

50
2eg.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**"UNA EXPERIENCIA EN LA INVESTIGACION
SOCIOMEDICA Y LABORES
ASISTENCIALES EN PACIENTES
PEDIATRICOS DEL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS"**

M E M O R I A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
OCAÑA OCAÑA MA DE JESUS ADELAIDA



ASESORA: MTRA. AIDA VALERO CHAVEZ
ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
PRUEBAS Y EXAMENES
PROFESIONALES



MEXICO, D.F.

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.

DEDICATORIAS

A LA MEMORIA DE MI
MADRE:

IGNACIA OCAÑA.

Porque su recuerdo marca mi pasado, presente y futuro,
por los momentos que pasé a su lado.

A MI PADRE:

MAURILLO OCAÑA.

Como una prueba de admiración y respeto,
quien me ha enseñado, que la responsabilidad
y el trabajo son aspectos básicos para lograr
el éxito.

A MI CUÑADA:

ROCIO.

Porque en nosotras se ha sembrado la semilla de la
amistad y confianza.

A LOURDES GARCÍA.

Con cariño y respeto.

A MIS HERMANOS:

JERESA, LAIME Y EREN.

Por el apoyo y confianza que tuvieron en mí por
soportar mis malos momentos y porque siempre me
motivaron a dar este paso en mi vida, por tanto este
logro es también de ellos.

A MIS SOBRINAS:

ELIZABETH Y CONSUELO.

Que fortalezcan mi espíritu con su sonrisa e incondicional cariño.

A MI SOBRINETO.

CARLOS ESTREN.

Porque con su nacimiento, nació una esperanza.

A MIS HIJOS:

Porque con su ejemplo de dedicación y trabajo, me impulsaron y motivaron a seguir adelante.

A MIS PRIMAS:

JOSEFINA, GUADALUPE Y LAURA.

Por la amistad que nos une y que ha sido como un aliento para compartir los momentos más difíciles y bellos en nuestras vidas.

A MI ABUELA ADELAIDA:

Por enseñarme el camino del bien.

Muy especialmente al recuerdo de mi abuelita
CONCEPCION, mis tíos ESUHER,
JOSE Y RAFAEL MENDO.

A mis profesores que me brindaron su
enseñanza para un mejor desarrollo
profesional.

Con afecto a la Profesora:

ANITA VALERO CHAVEZ.

Que con su apoyo, vocación, paciencia, experiencia y
rectitud profesional, contribuyó en la realización y término
de este trabajo.

Con agradecimiento al personal de la Biblioteca
de la EMDS, en especial a Javier.

Con respeto y gratitud a:
ELLA RUIZ.

I N D I C E

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

I. EL SERVICIO SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

I.1. CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	5
I.1.2 MARCO JURÍDICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	9
I.2. GENERALIDADES SOBRE EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. (INER).....	13
I.2.1. UBICACIÓN.....	13
I.2.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	13
I.2.3. MARCO JURÍDICO DE LA INSTITUCIÓN.....	15
I.2.4. POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD VINCULADAS CON EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	16
I.2.5. OBJETIVOS DEL INSTITUTO.....	17
I.2.6. FUNCIONES.....	18
I.2.7. ORGANIZACIÓN.....	19
I.2.8. ESTRUCTURA.....	20
ORGANIGRAMA.....	23
I.3. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	24
I.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	24
I.3.2. OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.....	25
I.3.3. ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.....	26
I.3.4. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.....	26
I.3.5. METODOLOGÍA UTILIZADA POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.....	28
I.4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	29
I.4.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	29
I.5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.....	32
I.5.1.A LABORES DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA.....	32
I.5.2.B LABORES ASISTENCIALES.....	32
I.5.3. METODOLOGÍA UTILIZADA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.....	35

CAPÍTULO II

II. TRABAJO SOCIAL EN LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA Y LABORES ASISTENCIALES EN NEUMOPEDIATRÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

II.1.	IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA PARA TRABAJO SOCIAL.....	39
II.2.	ACTIVIDADES ASISTENCIALES REALIZADAS POR TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	45
II.3.	METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR LA PASANTE EN EL SERVICIO SOCIAL.....	49
II.4.	FORMACIÓN PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL TOMANDO EN CUENTA LA EXPERIENCIA.....	56

CAPÍTULO III

III. BALANCE DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

III.1.	BALANCE AL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA REALIZADA EN EL SRVICIO SOCIAL.....	60
III.2.	BALANCE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES REALIZADA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SERVICIO CLÍNICO 7-A DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	62
III.3.	BALANCE A LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN LAS FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.....	65

CAPÍTULO IV

IV. SUGERENCIAS PARA TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

IV.1	SUGERENCIAS SOBRE EL SERVICIO SOCIAL A LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.....	68
IV.2	AL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	70
CONCLUSIONES.....		71

A N E X O S

INVESTIGACION

"CARACTERISTICAS SOCIOFAMILIARES DE LOS PACIENTES CON ASMA
BRONQUIAL QUE INGRESAN
AL SERVICIO DE PEDIATRIA EN EL INER".....74

CONTENIDO.....	75
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	79
HIPOTESIS.....	80
OBJETIVOS GENERALES.....	80
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	80
METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.....	81
CONCEPTUALIZACIÓN.....	81
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	92
DESCRIPCIÓN.....	100
CONCLUSIONES.....	103
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	104

INTRODUCCIÓN.

Una de las virtudes del ser humano, es el conocimiento y parte de este surge de la experiencia, por esto, se considera importante manifestar la experiencia vivida durante el desarrollo del servicio social.

"La Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México define al servicio social, en su artículo 3o como aquella actividad de orden práctico realizada en forma temporal y obligatoria mediante la cual los pasantes vinculan sus conocimientos teóricos a las necesidades de la realidad del país"¹

Es así, como la finalidad del presente trabajo es presentar la descripción, análisis y un balance de las funciones y actividades realizadas durante seis meses de Servicio Social, llevado a cabo en una institución de tercer nivel de atención a la salud como es el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER.

En dicho Instituto, se desarrollaron actividades enfocadas a la investigación sociomédica, planteando un estudio orientado y con el objeto de conocer la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes asmáticos y no asmáticos, de caracterizar el tipo de familia a la que pertenecen los pacientes con diagnósticos de asma bronquial infantil que fueron hospitalizados en el Servicio Clínico de Pediatría en el INER, relacionar las características sociofamiliares de los pacientes con asma bronquial y la de los pacientes que no son asmáticos, todo ello para saber si existen diferencias entre las familias de estos pacientes.

Otra actividad en la que se participó, fue en las actividades asistenciales que permitieron conocer parte de la intervención práctica de Trabajo Social.

Asimismo, para la elaboración del trabajo, se retomó el modelo de sistematización que plantea el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS), "el cual define que una sistematización describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de una experiencia práctica de Trabajo Social".²

Se retomó el modelo de sistematización que plantea el CELATS, porque permite integrar teoría y práctica, con el objeto de producir conocimientos a partir de la experiencia, para esto se fueron haciendo ajustes necesarios para la elaboración del trabajo.

¹ INER, INGM. Guía de Servicio Social, México, 1991. p. 8.

² Apodaca Rangel, Ma. de Lourdes. La Sistematización en Trabajo Social. INER, INGM, México, D.F., 1992. p. 37.

El trabajo consta de cuatro capítulos.

El Primero muestra la descripción de la experiencia en tres puntos:

- a). Se hace referencia en forma muy breve sobre el Sistema Nacional de Salud.
- b). Se abordan generalidades sobre la Institución en general y en lo particular del Departamento de Trabajo Social identificando algunos antecedentes históricos, objetivos, organización y estructura.
- c). Se describe el programa de servicio social elaborado por la pasante, así como las funciones y actividades llevadas a cabo del 1° de junio al 31 de diciembre de 1993, en el Servicio Clínico de Neumopediatría (7/A) del INER, en el cual tuvo lugar la experiencia.

El Segundo Capítulo, aborda el análisis de la experiencia, es decir, se analizan aspectos relacionados con la investigación sociomédica realizada por la pasante, la participación en las actividades asistenciales del Servicio Clínico (7-A) incluyendo la metodología aplicada y formación profesional del licenciado en trabajo social tomando en cuenta la experiencia, alcances y limitaciones observadas en los resultados finales del Servicio Social.

Esto por considerar que en la sistematización el análisis es comprender el todo a través del conocimiento y comprensión de las partes, esta fase se sustenta en la reconstrucción de la práctica realizada.

En el tercer Capítulo, se realiza una evaluación crítica de las funciones y actividades desarrolladas durante el Servicio Social, fundamentalmente porque la crítica permite desencadenar la iniciativa y atrae la participación en la construcción del conocimiento.

Cuarto Capítulo, en él se presentan las sugerencias con el fin de que cada vez sea mejor la profesión de Trabajo Social, definido, Como una "disciplina de las ciencias sociales que mediante metodología científica, contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social, organización y

movilización consciente de la colectividad, así como en la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre".³

El trabajo finaliza con las conclusiones, bibliografía y anexos que respaldan parte del trabajo realizado en los 6 meses de Servicio Social.

³ Odessa-Jara, Francisco, et. al. Teoría y Técnicas de Salud Comunitaria. Edit. Nueva Sociología, México, 1984. p. 106.

CAPITULO I

**I EL SERVICIO SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.**

I.1. CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El servicio social en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, representa el cumplimiento de los objetivos de la institución en el aspecto de colaborar con la formación de profesionistas permitiendo que realicen su servicio social como parte terminal de su formación con el propósito de aplicar los conocimientos teóricos en la implementación de actividades asignadas a este personal para que tengan un conocimiento práctico sobre la organización, funcionamiento y actividades del instituto en general y en lo particular del Departamento de Trabajo Social.

Para ubicar el contexto en que se inscribe la experiencia al llevar a cabo el programa de servicio social, se hace necesario citar a grandes rasgos algunos aspectos del Sistema Nacional de Salud, que es el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos técnicos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, a través de mecanismos de coordinación, dirección, ejecución y de administración por lo cual se establece el sector salud, conceptualizado como "el conjunto interrelacionado de recursos donde el personal ligado a proporcionar servicios de atención a la salud desarrollan su trabajo por un pago económico del consumidor."⁴

⁴ Santa María Espinosa, Alberto. El Trabajo Social en Salud. Edit. Roldan Luna, Colombia, 1978. p. 21.

De esta manera, México para preservar la salud y atender las enfermedades, cuenta con las instituciones de salud, que se agrupan en tres sectores: El de la Secretaría de Salud, el de las Instituciones de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Sector Privado que está constituido por unidades en la que se ejerce la medicina en beneficio de los individuos.⁵

"Las instituciones son organismos creados por el Estado para dar cumplimiento a sus políticas mediante planes o programas que normarán su funcionamiento y que tendrán como significado especial cubrir dos aspectos: uno, el de proporcionar servicios y otro el de constituirse en una fuente de trabajo en la que participa personal técnico y de servicios diversos".⁶

Así, en México se ofrece una amplitud de matices que no permiten hacer una caracterización con facilidad, pero puede hablarse para fines prácticos de tres grandes tipos de atención profesional a la salud.

En primer lugar, tenemos el concepto de que la salud es un derecho de todos los mexicanos donde el gobierno es responsable de proporcionar los servicios médicos de la Secretaría de Salud (S.S.) Departamento del Distrito Federal (D.D.F.) de los Hospitales e Institutos Descentralizados que funcionan con el respaldo de un patronato mixto, público y privado en el que por lo general tiene una intervención la S.S. por ejemplo el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de la Nutrición, Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de México".⁷

Ma. de Lourdes Apodaca Rangel. Análisis del Ejercicio Profesional del Trabajador Social en el Sector Salud. Cuadernos de Trabajo Social No. 3. ENTS-UNAM. 1983, p. 27.
Idem. p. 43-44.
Ibidem. p. 44.

"En segundo término, encontramos las instituciones de seguridad social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales y paraestatales basadas en un derecho general a la prestación de servicios de salud que funcionan con un financiamiento generalmente bipartita ó tripartita, es decir con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patronos y el gobierno, dentro de esta categoría se ubican los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ejemplo, Centro Médico Siglo XXI, Instituto de Servicios Sociales al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ejemplo Hospital Adolfo López Mateos.

En tercer lugar, los servicios de salud privados constituidos por profesionistas que trabajan en forma individual o por grupos reunidos en unidades de atención externas y hospitalarias que presentan servicios como un negocio sujeto a las leyes del mercado y al régimen de libre competencia" ⁸

De esta manera, para el acceso a los servicios de salud se puede hablar de tres grandes grupos sociales:

"El primer grupo lo integran quienes no tienen derecho a la seguridad social (IMSS, ISSSTE) ni los recursos necesarios para pagar los servicios privados, es decir la población que es cubierta por algunas instituciones de asistencia pública respaldados por la Secretaría de Salud como el Hospital General de México, o el INER.

El segundo, grupo está formado por trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social así como sus familiares derechohabientes y los jubilados o pensionados, tales como el IMSS, ISSSTE.

El tercer grupo está constituido por la población que tiene más recursos económicos para hacer uso de los servicios de salud privados, ejemplo el Hospital Español" ⁹

El Sistema Nacional de Salud, se encuentra organizado para proporcionar los servicios en tres niveles:

⁸ Idem. p. 43-44.

⁹ Sánchez Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública, Edit. Mándes Cervantes Francisco, México, D.F., 1991, 2a Edic. p. 125.

"El primer nivel de atención, constituye la vía de entrada al sistema institucional en tanto que comprende acciones de promoción, prevención y protección de la salud, así como la resolución de problemas médicos no complicados en este nivel de atención se cuenta con la participación directa del individuo, la familia y la comunidad bajo la orientación y coordinación de un médico general familiar.

El segundo nivel de atención, comprende el conjunto de recursos técnicos necesarios para resolver los problemas de salud específicos de mediana complejidad en su diagnóstico y manejo de resolución y que no fueron solucionados en el primer nivel.

El tercer nivel de atención, es aquel en que se resuelven los padecimientos con dificultad en su diagnóstico y tratamiento que requiera de servicios especializados y tecnología, definido como el nivel que comprende a los hospitales e institutos, que tienen recursos sofisticados para la atención de casos complejos no resueltos; en el segundo nivel, siendo trasladados al tercer nivel porque se cuenta con super especialidades y se realizan importantes labores de docencia e investigación."¹⁰

"Por lo tanto, el avance de las ciencias biomédicas y la transformación de la medicina que hoy vivimos, con la incorporación de nuevas tecnologías y el conocimiento de la patología prevaliente en nuestro país hicieron necesario que el Sistema Nacional de Salud contara con el apoyo científico y tecnológico del más alto nivel que intenta consolidar la investigación, la enseñanza y la atención médica de excelencia.

Estas consideraciones hicieron posible la creación de los Institutos Nacionales de Salud, como un subsector del Sector Salud, en el cual se agrupan instituciones para la prestación de servicios asistenciales del más alto nivel y para el desarrollo de investigaciones biomédicas, clínica, sociomédica y de desarrollo tecnológico.

El subsector esta integrado, a partir de 1983 por instituciones descentralizadas siendo una de ellas el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias."¹¹

¹⁰Idea p. 125.

¹¹Santiago Martínez, Anabel. Análisis Teórico Metodológico de los Modelos de Intervención Social en Salud Perinatal. Tesis, México, D.F., 1993, p.6.

1.1.2. MARCO JURÍDICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Haciendo referencia al Estado como estructura Socio-política que ha contemplado en mayor o menor medida la necesidad de luchar éticamente contra las enfermedades y evitar una muerte prematura, México en la actualidad ha decretado el derecho a la protección de la salud en forma de una garantía, el acceso de los servicios consagrándolo en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; confiriendo a la Secretaría de Salud la responsabilidad de poner en práctica este derecho a través de diversas instituciones que forman el sector salud como el INER.

"El contenido ético que compete al Estado en el terreno de la salud, se basa en un juicio de valores que permite estructurar las políticas de salud procurando el máximo de bienestar con los recursos disponibles a un mayor número de seres humanos y en condiciones de igual oportunidad.

En este sentido, la Ley General de Salud: Es la Ley reglamentaria de la acción constitucional, emite las normas y funciones del Sistema Nacional de Salud, ésta cuenta con 3 estrategias: sectorización, descentralización y modernización que al actuar las tres en su conjunto, forman el Sistema Nacional de Salud.

En diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó la Ley emitida el 7 de febrero de 1984 entrando en vigor a partir del 1º de julio de ese año. Se trata de un instrumento jurídico ágil que sirve como marco de referencia legal a todas las decisiones que se llevan a cabo en el campo de la salud.

La Ley General de Salud de acuerdo a su misión:

- a). Define las bases y modalidades al acceso a los servicios de salud.
- b). Establece la separación de competencia entre la Federación y los estados toda vez que el derecho a la protección a la salud es de carácter concurrente.
- c). Define los rubros específicos de la salubridad general.

La Ley General de Salud, reglamenta el artículo 4° Constitucional teniendo como objetivo: definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud, establece las bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho, define la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado, establece las bases de operación del Sistema Nacional de Salud, reglamenta la prestación de servicios, actualiza y complementa la normatividad en materia de salud general y deslinda la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias".¹²

"La Ley esta estructurada en 18 títulos, 59 capítulos, 472 artículos y 7 artículos transitorios.

TITULOS.

- 1° Establece las finalidades de este derecho, se define al contenido básico de la salubridad general y determina cuáles serán las autoridades sanitarias.
- 2° Establece la conformación del Sistema Nacional de Salud, sus objetivos y su operación a través de mecanismos de coordinación, concentración e inducción con los sectores público, social y privado, se establece la distribución de competencias en materia de salubridad general entre el Ejecutivo Federal, por conducto de la SS y los gobiernos de los estados.
- 3° Define la naturaleza de los servicios de salud: atención médica, salud pública y asistencia social. Asimismo se determinan quiénes presentarán los diferentes servicios de salud: públicos a la población en general, a derechohabientes de las instituciones de seguridad social, y los servicios sociales y privados.
- 4° Caracteriza a los recursos humanos para los servicios de salud y establece las bases para la interacción de los sectores educativos y de salud.
- 5° Establece la naturaleza y propósitos de la investigación para la salud y señala la obligación de establecer comisiones de la investigación de ética y de bioseguridad.

¹² Soberón, Guillermo. Kunze, José. La Salud en México. Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1988. Tono 1, p. 57.

- 6° Se contempla la información para la ley y se establecen las reglas para integrar las estadísticas de salud.
- 7° Define los objetivos de la promoción de salud, que comprende los ámbitos de educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y la salud ocupacional.
- 8° Determina las actividades de prevención y control de enfermedades, accidentes y establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica.
- 9° Define las acciones de asistencia social, de prevención de la invalidez y rehabilitación inválidos.
- 10° Se refiere a la acción extraordinaria en materia de salubridad general en caso de epidemia, emergencia o catástrofe.
- 11° Establece los problemas contra el alcoholismo el tabaquismo y la farmacodependencia.
- 12° Incorpora los elementos para el control sanitario de alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, medicamentos estupefacientes, etc.
- 13° Se refiere al control sanitario de la publicidad.
- 14° Estipula el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- 15° Se ocupa de la sanidad internacional, migración, sanidad marítima y terrestre.
- 16° Establece las facultades para la autorización y la certificación sanitaria.
- 17° Precisa las facultades en materia de vigilancia sanitaria.
- 18° Refiere las medidas de seguridad y sanciones destinadas a proteger la salud de la población.¹³

¹³ *Idea*, p. 59.

"La Ley General de Salud, confiere al Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud la atribución de coordinar políticas programadas y acciones que en la materia se realicen, por lo que dicha dependencia se encarga de las instituciones que atienden a población abierta como las de seguridad social para que integren al sector y amplíen la cobertura de los servicios a toda población así como vigilar la calidad de los mismos".¹⁴

Por ello, en 1989 el presidente Carlos Salinas de Gortari, emitió dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) la siguiente política:

- "Asignar prioridades en la atención a las necesidades básicas de la población de acuerdo con el carácter de urgencia de las demandas detectadas en la consulta popular entre ellas la salud".¹⁵

"Una vez establecida la política de salud en el PND 1989-1994, se desprende en 1990 el Programa Nacional de Salud 1990-1994 considerándose como un instructivo de la encomienda constitucional de la garantía social presentando como estrategias generales:

- Mejorar la calidad de los servicios
- Atenuar las desigualdades sociales
- Modernizar el sistema de salud
- Descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud."¹⁶

¹⁴ Santiago Martínez, Anabel. Op.cit. p. 23.

¹⁵ Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Programación y Presupuesto. México, 1989. p. 100.

¹⁶ Iden. p. 105.

Teniendo como objetivo general el Programa Nacional de Salud: "Impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios"¹⁷

1.2 GENERALIDADES SOBRE EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER).

1.2.1. UBICACIÓN.

El Instituto se encuentra en Calzada de Tlalpan 4502, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F., Teléfono Comutador-65-25-86, 6-65-30-83, 6-65-33-17, ext. T.S. 158.

El INER es una institución de tercer nivel de atención a la salud, otorgando sus servicios a una población abierta sin importar, edad, sexo, raza, religión o posición socioeconómica.

La atención que brinda es a través de Consulta Externa, Urgencias, y de los servicios Clínicos Hospitalarios y Terapia Intensiva atendiendo y dando tratamientos de alta especialidad relacionados con las enfermedades respiratorias, asimismo se da atención a toda aquella población que solicite de los servicios del INER, sea derechohabiente o no a cualquier otra institución de salud.

1.2.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

"Se tiene conocimiento de que el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en 1929 inicia la construcción del Sanatorio para Tuberculosis de Huipulco cuyo proyecto se concretizó el 1º de marzo de 1936, iniciando su actividad con 168 camas, una

¹⁷ Programa Nacional de Salud 1990-1994, México, D.F., p. 25.

construcción de tipo horizontal se adaptó a las necesidades que en aquel momento requería el tratamiento de tuberculosis pulmonar durante la hospitalización de pacientes, éste contaba con gran extensión de territorio y zonas arboladas ya que en esa época al sanatorio se le veía más como un centro de aislamiento del enfermo para evitar contagios, (actualmente este concepto ha sido modificado y el tratamiento antifímico contempla un control entre y extra hospitalario para este padecimiento)".¹⁸

"En esa época comenzaban las actividades docentes y de posgrado para preparar fisiólogos que ayudarían a resolver el problema médico social que significaba la tuberculosis.

En 1936, el Sanatorio para Tuberculosis de Huipulco se formalizó como dependiente de la Secretaría de Salubridad cuyo fin fue atender a pacientes provenientes de toda la república.

Para 1959, se inicia la transformación del Sanatorio de Huipulco en Hospital para Enfermedades Pulmonares, encaminando las labores y esfuerzos no sólo a la atención médicoquirúrgica de la tuberculosis y al estudio de otras enfermedades pulmonares aplicando su campo de atención, sin embargo continuaban acudiendo al hospital desde diversos lugares de la república pacientes tuberculosos avanzados que demandaban atención médica hospitalaria, cuyas estancias de internamiento eran muy prolongadas ya que el grado de complejidad de ellos así lo requería.

En 1966, se transformó en Hospital para Enfermedades Pulmonares, ampliando su campo de acción para tratar la patología de las vías pulmonares y de formar especialistas en neumología.

En 1975, se convierte en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, a fin de realizar labores de investigación científica y técnica en la especialidad de neumología incrementando sus actividades docentes para formar personal médico y paramédico a diferentes niveles.

Finalmente, y por Decreto Presidencial, el 14 de enero de 1982 el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, se transforma en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y como un

¹⁸ INER. Manual de Organización Específica de Trabajo Social. México, D.F. s/n.

organismo público descentralizado para iniciar sus operaciones siendo objeto de una reestructuración y organización interna, el nuevo esquema de organización fue aprobado por la Junta Directiva el 20 de enero de 1983".¹⁹

1.2.3. MARCO JURÍDICO DE LA INSTITUCIÓN DE ACUERDO AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL INER.

Con fundamento en el punto 1.1.2., el marco que sustenta a la institución es:

- "Decreto que establece de manera permanente la campaña contra la tuberculosis D.O. 24-II-1934.
- Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias como Organismo Público Descentralizado D.O. 14-I-1982.
- Decreto por el que se reforman los artículos que señalan el Reglamento General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, D.O. 26-XI-1987
- Acuerdo acerca de la organización interior de los dispensarios antituberculosos, D.O. 31-XI-1971.
- Acuerdo que dispone que los certificados de defunción y muerte fetal y muerte deban presentarse y sufrir efecto ante las autoridades judiciales y administrativas de la república mexicana debiendo sujetarse al texto de los correspondientes modelos que se insertan, D.O. 20-XI-1986.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaría del artículo 123 apartado B., D.O. 28-XII-1963.
- Ley de premios, estímulos y recompensas civiles. D.O. 31- XII-1975
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servicios Públicos, D.O. 31-XII-1982.

- Código Penal para el D.F. en materia de fuero común y para toda la república en materia de fuero Federal, D.O. 14-III-1931
- Reglamento Federal de Cementerios, inhumaciones, exhumaciones conservación y traslados de cadáveres, D.O. 12-III-1928.
- Reglamento de Banco de Sangre, servicios de transfusión y derivados de la sangre, D.O. 28-IV-1961.
- Reglamento General de Seguridad e Higiene en el trabajo D.O. 5-VI-1978.²⁰

1.2.4. POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD VINCULADAS CON EL INER.

La política nacional de salud, establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, reitera que "la salud no es sólo la ausencia de enfermedades si no un estado de completo bien-estar físico y mental en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo".²¹

Así, se considera a la salud como un elemento imprescindible del desarrollo en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad social siendo un derecho esencial de todos, por ello el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias vincula esta política atendiendo a toda la población que solicita de sus servicios tomándolo como un derecho que corresponde a todos sin distinción alguna.

Dentro de este mismo documento se señala que "la salud requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde puedan estar expuestos a distintos riesgos: el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio-ambiente"²², con esta política el instituto a través de trabajo social y otros departamentos pone interés en

²⁰ Idem.
²¹ Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, Op. cit. p. 104.
²² Idem. p. 104.

conocer entre otros aspectos las características de vivienda, alimentación, educación y en lo general aspectos socio-familiares de los pacientes que son atendidos, esto porque son aspectos que determinan la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del enfermo con problemas y afecciones respiratorias para intervenir en forma eficiente.

Asimismo, establece "que la asistencia y la seguridad social complementan a la salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social, en este sentido el Instituto colabora con la Secretaría de Salud proporcionando atención de sus servicios específicos a la población que no tiene acceso a la atención privada por falta de recursos económicos, ni a la seguridad social (IMSS, ISSSTE).

En otra de las políticas se manifiesta, que es de gran importancia impulsar la investigación biomédica y el desarrollo tecnológico para aprovechar sus logros en beneficio de la salud, así el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias cuenta con un Departamento exclusivo y moderno para llevar a cabo funciones de investigación que generen conocimientos científicos y tecnológicos que permitan avances en las ciencias de la salud humana, con esto el INER colabora al logro de la política nacional de salud.

Otra política con la que el INER vincula sus actividades es la que señala convenios y mecanismos para superar los problemas relacionados con la capacitación y el desarrollo del personal con la intención de formar especialistas neumólogos y preparar al personal para un eficaz y eficiente servicio".²³

1.2.5. OBJETIVOS DEL INSTITUTO.

"El Instituto tiene como objetivos básicos, promover, coordinar y desarrollar programas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias, mediante acciones de investigación básica y aplicada, docencia, atención médica, así como participación y realización de eventos nacionales e internacionales".²⁴

²³ Ibidem. p. 105.

²⁴ INER. Control y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, México 1993, Secretaría de Salud, Folleto de Divulgación Sobre Temas de Patología Respiratoria 2, 3ª ed. p. 11.

1.2.6. FUNCIONES.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias desarrolla 3 principales funciones y actividades que son de tipo asistencial, investigación y docencia:

La Función Asistencial, "se lleva a cabo a través de diferentes programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, se proporciona atención en los diferentes servicios en equipo multidisciplinario a pacientes portadores de infecciones respiratorias agudas (tuberculosis etc.), se da atención a pacientes con casos de enfermedades crónicas, como el asma etc., en igual situación se atienden los padecimientos degenerativos como los tumores malignos del aparato respiratorio. Se realizan acciones educativas dirigidas a la población en general y en especial para grupos de alto riesgo.

Se realizan enlaces entre el INER y otras instituciones de salud, se determinan los niveles socio-económicos de los pacientes, se promueven y coordinan actividades de educación para la salud en general a toda la población, se mantiene coordinación con otras instituciones para la referencia y contrarreferencia de pacientes, se realizan trámites administrativos requeridos en las instituciones donde se solicitan las interconsultas, estudios especiales y traslados de pacientes etc.

El Instituto ofrece los servicios a través de Consulta Externa, Urgencias y según la gravedad y complejidad de su enfermedad requieran de acciones médicas altamente especializadas son canalizados a los servicios de hospitalización y Terapia Intensiva.

Función de Enseñanza, se realiza desde su fundación, se mantiene una sólida tradición docente que estableció sus raíces en el antiguo Sanatorio y fructifico en el Instituto.

Actualmente, se participa en la enseñanza en los niveles; pregrado, posgrado, maestría, doctorado, técnico y educación continua, se brinda apoyo a los estudios de los alumnos de diferentes escuelas que soliciten hacer prácticas institucionales, a los pasantes que deseen cumplir con su servicio social en el

Instituto. Es importante señalar también que el Instituto apoya la participación de su personal en cursos reuniones, congresos nacionales y extranjeros".²⁵

Es así, como a través de la Subdirección General de Administración se imparten cursos de capacitación al personal para actualizar conocimientos, mejorar aptitudes y actitudes hacia el trabajo.

Función de Investigación, "en el Instituto se inició con esfuerzos aislados, con la ejecución de proyectos que intentaban responder parcialmente a ciertos aspectos relacionados con las enfermedades respiratorias.

La Descentralización del Instituto, permitió crear paulatinamente las condiciones necesarias para el desarrollo de la investigación mediante la adquisición de equipo y materiales de apoyo, se incorporaron progresivamente investigadores de carrera, esta estrategia fructifico finalmente al desarrollar programas de investigación conformados en una red de proyectos interrelacionados que intentan abordar de una manera integral los problemas de la patología respiratoria".²⁶

1.2.7. ORGANIZACIÓN

"Desde 1983 se ha establecido que el órgano directivo del Instituto, sea la Junta de Gobierno que es precedida por el Secretario de Salud, el cual es representado por el Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, pertenecen también a la Junta de Gobierno un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto, un representante de la Secretaría de Hacienda y Crédito público, vocales designados por el presidente entre otras personalidades del Sector Salud y de la UNAM.

La Junta de Gobierno aprueba los programas y presupuestos anuales, supervisa la organización interna, evalúa permanentemente las actividades y orienta el desarrollo institucional.

Los miembros de la Junta han apoyado siempre la calidad y eficacia de los servicios del Instituto.

²⁵ Soberón, Guillermo. et. al. Op. Cit., p. 144-149.

²⁶Idem p. 142.

El director del Instituto somete a su consideración los programas de trabajo y presupuestos, informa de las actividades realizadas y conjuntamente se hace el seguimiento de los acuerdos tomados en las reuniones para cumplir con la Ley.

De la Dirección dependen cuatro subdirecciones generales; encargadas de las tareas substantivas del INER: Sub dirección General Médica, Sub Dirección General de Investigación, Sub Dirección General de Enseñanza y Sub Dirección General de Administración".²⁷

El INER cuenta con personal capacitado para el cumplimiento de sus objetivos como investigadores, médicos especializados, técnicos, enfermeras, administradores, servicios generales, para elevar aptitudes y actitudes hacia el trabajo y mejorar las relaciones humanas dentro de la institución, se cuida especialmente la selección de personal de nuevo ingreso, se da impulso a la capacitación y se aplican oportunamente las sanciones y estímulos administrativos, mediante la solución conjunta de problemas laborales con la representación sindical de la Sección 16 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

1.2.8 ESTRUCTURA.

"El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, cuenta con instalaciones modernas, rodeadas por áreas verdes que ocupan gran parte del terreno.

El edificio principal alberga al Cuerpo de Gobierno y a los Servicios Clínicos de Hospitalización, como terapia intensiva, central de equipos y quirófanos.

Al sur se encuentra la Unidad de Investigación que cuenta con laboratorios, bioterio, quirófano para cirugía, oficinas de las diversas jefaturas.

Al Norte se ubica la Unidad de Enseñanza que cuenta con auditorio, la residencia de médicos y áreas para las oficinas con sus diferentes jefaturas, así como la biblioteca.

²⁷ Ibidem p. 152.

Así mismo, el INER cuenta con una unidad de consulta externa y sus respectivos consultorios para la atención al público, esta áreas se complementa con el espacio destinado a radiología, medicina nuclear, fisiología respiratoria, rehabilitación y las oficinas de trabajo social, archivo clínico, administración, medicina preventiva, cuentas corrientes, entre otras oficinas que dan apoyo administrativo y clínico para la atención del paciente-familiar, a su vez se trabaja para modernizar las instalaciones del Instituto a fin de ofrecer una mayor capacidad y funcionalidad para atender la creciente demanda de los diversos servicios que proporciona el INER.

Los servicios son:

"Servicio Clínico 1 (Pabellón 1), se concentran los protocolos de investigación médica.

Servicio Clínico 2 (Pabellón 2), se hospitalizan pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Servicios Clínicos 3 y 4 (Pabellones 3 y 4), se atienden a pacientes con diagnóstico de cáncer y SIDA.

Servicios Clínicos 5 y 6 (pabellones 5 y 6), hay pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

Servicio Clínico 7-A (Pediatría), atiende la patología de las enfermedades respiratorias a una población de 0 a 15 años de edad de ambos sexos, sin ninguna distinción por religión o posición socio-económica; el servicio cuenta con 11 camas, 14 cunas, hay 1 jefe, 5 médicos, de 3 a 5 residentes, 3 enfermeras, 2 enfermeros, 1 dietista, 2 profesoras, 1 trabajadora social, existe un espacio especial para comedor de los pacientes, otro para recreación utilizado por las profesoras y pacientes, un jardín, un sanitario una oficina para los médicos, una para enfermeras, y una para Trabajo Social, y estancia para la recepción de enfermeras.

Así en este servicio se trabaja multidisciplinariamente y donde Trabajo Social tiene como objetivo: Colaborar con el equipo de salud para el mejoramiento del paciente pediátrico, desde un punto de vista integral: en su salud física y mental, en su ambiente social, a través de la participación interdisciplinaria y desarrollo de actividades profesionales de Trabajo Social institucional, retomando las acciones de educación para la salud y

fomento de la participación de los padres para el logro de una atención integral, se describe este servicio por ser en el que tuvo lugar la experiencia.

Servicio Clínico 7-B, es para otorrinolaringología, se atienden pacientes que requieran de estancias cortas.

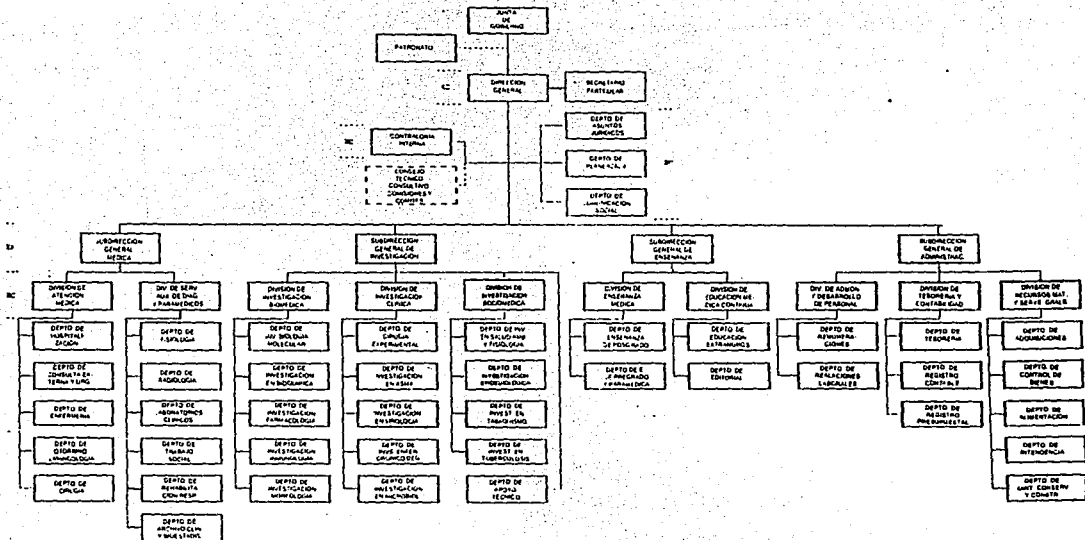
Servicio Clínico 8 (Pabellón 8), se encuentra terapia intensiva y área de recuperación.

Servicio Clínico 9, es para pacientes, con mayores posibilidades económicas".²⁸

Por otro lado y con la intención de simplificar la información anterior y para ubicar al Departamento de Trabajo Social en seguida se muestra el organograma del INER.

²⁸ Introducción al INER: Breve Explicación Descriptiva Sobre los Servicios Clínicos de Hospitalización en el INER., Oficina de Supervisión, Departamento de Trabajo Social, Apuntes mimeo, México, D.F., julio de 1993.

ORGANOGRAMA



1.3 DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL INER.

En este punto, se describen algunos antecedentes históricos sobre el Departamento, su estructura y metodología en que se apoya para el desarrollo de sus funciones y actividades. Esto por ser el espacio con el cual se tuvo coordinación para la realización del programa de servicio social elaborado por la pasante y bajo el cual se desarrollo la experiencia al desempeñar labores que el mismo Departamento asignó integrando un proceso teórico-metodológico y sobre todo práctico, de gran utilidad para la sistematización de las funciones y actividades realizadas en el servicio social.

1.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

"El Departamento de Trabajo Social ha tratado de evolucionar de acuerdo a como lo ha hecho el INER puesto que desde el inicio hasta 1959 se mantuvo con dos trabajadoras sociales empíricas, incrementándose en 1960 con dos trabajadoras sociales más asignadas al Servicio de Pediatría.

En 1976, se asignó a una trabajadora social empírica como encargada del servicio contando para ese entonces con 6, cuya función de tipo asistencial se amplía al impartir pláticas educativas y cursos de alfabetización.

En 1978, la Jefatura de Trabajo Social quedó a cargo de una trabajadora social titulada sin nombramiento oficial contando en el servicio con 7 trabajadoras sociales.

En 1979, se incrementó el personal a 11 lo que permitió la asignación de un elemento por cada 2 servicios, 2 asignadas a Consulta Externa, 2 en el Servicio de Medicina preventiva apoyando el control y seguimiento de los pacientes de tuberculosis pulmonar observándose un incremento en las acciones de educación para la salud.

En 1980, se asignaron 2 trabajadoras sociales para cubrir turno en sábados, domingos y días festivos.

Para 1981, la Dirección General de Asistencia Médica en apoyo al Departamento envió una trabajadora social como coordinadora del Departamento.

Con la descentralización del INER, en agosto de 1982, el Departamento es adscrito a la División del Servicio Auxiliar de Diagnóstico y Paramédicos para el manejo, control y seguimiento de actividades".²⁹

"En el período 1983-1986, se nombró por primera vez a una licenciada en trabajo social como jefa del Departamento quien elaboró un programa de trabajo y un proyecto para elaborar un Manual de Organización para el Departamento de Trabajo Social.

En 1984, se asigna a una supervisora de Trabajo Social en el turno matutino, así como el nombramiento de un gestor, permitiendo un incremento paulatino de actividades de Trabajo Social sustituyendo a las asistenciales y administrativas.

De 1986, a la actualidad se revisó por la jefatura de trabajo social el modelo de trabajo que se ha venido desarrollando, se ha intentado intensificar los programas de educación para la salud, así como establecer un proceso de supervisión y evaluación congruente con las necesidades del personal pero tomando como punto de partida las políticas del Instituto favoreciendo la docencia y la investigación".³⁰

1.3.2. OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

- "Coadyuvar a la rehabilitación médica-social del paciente con padecimientos del aparato respiratorio.
- Cooperar en el tratamiento y recuperación del enfermo estableciendo la integración con los demás profesionales que intervienen en cada caso.
- Colaboración en la atención médica del enfermo".³¹

²⁹ Manual de Organización Específica de Trabajo Social, op. cit. s/n.

³⁰ Idem s/n.

³¹ Departamento de Trabajo Social, Situación Actual y Perspectivas del Trabajo Social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, V Reunión de Trabajo Social 1981-1993, México, D.F., septiembre de 1993.

POLÍTICAS.

- "Atender con oportunidad y calidad los problemas sociales.
- Establecer una estructura de solidaridad entre los que tienen y los que carecen de recursos económicos.
- Coordinarse con otras instituciones en caso necesario de manera oportuna y eficiente".³²

1.3.3. ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

"El nivel jerárquico del que depende el Departamento de Trabajo Social del INER es la División de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos.

El Departamento, presenta una organización a partir de la Jefatura recayendo la responsabilidad en un jefe de profesión licenciada en Trabajo Social, de esta jefatura dependen la oficina de supervisión a cargo de dos licenciadas en Trabajo Social, una para el turno matutino y otra para el turno vespertino así como también Trabajo Social de hospitalización en 10 servicios clínicos, una trabajadora social para cada servicio, Trabajo social de Consulta Externa, Urgencias, Trabajo Social de la Clínica de Tabaquismo, Supervisión, que también tiene a su cargo en coordinación con la jefe al personal administrativo y de gestoría".³³

1.3.4. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Trabajo Social en el INER desarrolla 5 funciones: que son de tipo, administrativas, educativas, asistenciales, docencia, e investigación.

Estas se realizan en coordinación con el equipo de salud y demás personal administrativo que colabora con Trabajo Social.

³² Departamento de Trabajo Social, INER, Manual de Procedimientos de Organización de Trabajo Social, op. cit.

³³ INER, Departamento de Trabajo Social, apuntes Mimeografiados, México, 1993.

Los trabajadores sociales del INER se apoyan en documentos administrativos como el Manual de Procedimientos Específicos de Trabajo Social y el Manual de Organización Específica de Trabajo Social, que indican los machotes, formatos, fases y procedimientos que se deben seguir para la atención administrativa de quienes soliciten el servicio, así mismo se utiliza bibliografía de acuerdo a las funciones y actividades que requieren de la fundamentación y apoyo documental, se cuenta con una computadora para capturar información, se utiliza libreta para registros, notas y recados, para llevar un control del trabajo y asistencias de las trabajadoras sociales.

Las cinco funciones se desarrollan en forma individual y equipo multidisciplinario e interdisciplinario, se realizan como en seguida se describe a grandes rasgos:

Funciones Administrativas.

"Se desarrollan a través de la actividades siguientes elaboración y ejecución de programas anuales de Trabajo Social por servicio, se controlan los procesos administrativos del departamento, se mantiene constante supervisión y asesoría a programas específicos, se diseñan manuales que indican normas y procedimientos de trabajo, se realiza evaluación de programas anuales de trabajo del servicio de asignación y del mismo Departamento.

Funciones de Educación.

En esta función Trabajo Social desarrolla actividades como promover, coordinar e impartir pláticas con temas relacionados a la patología de los servicios clínicos del fomento al cuidado de la salud.

Estas actividades son mediante la elaboración de material audiovisual y de apoyo para las actividades de educación para la salud, organiza y coordina la formación de grupos transitorios y cursos a pacientes, colabora en asesoramientos para desarrollar protocolos de investigación, se brinda apoyo a pasantes y estudiantes que realizan prácticas de Trabajo Social.

Funciones Asistenciales.

Para cumplir estas funciones, Trabajo Social cumple con actividades como elaborar estudios socio-económicos iniciales, de actualización y reclasificación, realiza trámites de ingreso a hospitalización, orienta a pacientes y familiares sobre su atención, hace trámites de referencia y contrarreferencia, realiza

revisión de expedientes clínicos, hace entrevista estructurada y no estructurada para elaborar las notas de Trabajo Social para ingreso y subsiguientes a pacientes hospitalizados, se hacen visitas a pacientes y familiares a domicilio con equipo de salud en casos necesarios, visitas a otras instituciones, se establece coordinación intra y extra institucionales, se proporciona información y orientación sobre los trámites de egreso e ingreso, cabe aclarar que en alguna de estas actividades estuvo adscrito el pasante para participar en su desarrollo, y que se describen en las actividades específicas del programa del servicio social.

Funciones de Docencia (Enseñanza).

Esta función se lleva a cabo mediante actividades de organización, asistencia y participación en eventos académicos, lecturas y reuniones complementarias, supervisión individual y grupal para la capacitación y actualización del trabajador social en el área de la salud, se proporciona asesoría a estudiantes y pasantes de la carrera de Trabajo Social.

funciones de Investigación.

Trabajo Social en esta función, sus actividades son colaborar mediante su participación en protocolos de investigación sociomédica que desarrolla el INER, identifica el perfil social del paciente en apertura de expedientes clínicos de asma y tabaquismo".³⁴

1.3.5. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DE ACUERDO AL MANUAL ESPECIFICO DE TRABAJO SOCIAL DEL INER.

La metodología utilizada se fundamenta en los principios básicos de la administración:

- "Previsión: Principio que permitió entre otros aspectos la determinación de actividades por niveles Jerárquicos.
- Planeación y Organización: En este punto se establecen metas y tiempos para realizar cada actividad, así como la elaboración de programas de trabajo por servicio, simultáneamente se da la organización.

³⁴ V Reunión de Trabajo Social, op. cit., Apuntes Mimeo.

- Dirección: Se establecen mecanismos de supervisión y evaluación dándose el sistema de control.

A través de la metodología del proceso administrativo, la trabajadora social incide en dos áreas de intervención para la profesión (CASO Y GRUPO).

Es así, como Trabajo Social en el INER, a través de la metodología administrativa y la supervisión, pretende que la trabajadora social responda a los niveles del conocimiento adquirido en la formación profesional, para teorizar sobre el modelo de intervención en instituciones de tercer nivel de atención a la salud.³⁵

1.4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El programa de servicio social elaborado por la pasante contempló el interés de fundamentar la prestación de su servicio social y a su vez que la Sección Académica de Servicio Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) conociera las funciones y actividades que se efectuaron en el INER, mismas que dieron la base para la elaboración del Informe Final de la Prestación del Servicio Social; modalidad que permite la titulación del pasante.

El Programa se llevó a cabo con la finalidad de realizar las funciones y actividades referentes al desarrollo de una investigación socio-médica y la participación en actividades de tipo asistencial del Servicio Clínico de Pediatría lugar específico en el que se desarrollaron las actividades programadas.

1.4.1. Objetivos del Programa.

- 1) Elaborar un protocolo de investigación sobre aspectos relacionados con la incidencia de las crisis asmáticas en los niños que son atendidos en el INER, para detectar posibles factores que provoquen el asma bronquial infantil.

³⁵ INER, Departamento de Trabajo Social, Apuntes mimeo.

- 2) Identificar posibles causas de tipo social, cultural y económicos que pudieran estar provocando las crisis asmáticas en los niños con diagnóstico de asma bronquial.
- 3) Participar en las actividades asistenciales que realiza la trabajadora social en el Servicio Clínico 7-A.
- 4) Aplicar los conocimientos teórico-metodológicos adquiridos durante la formación profesional en las actividades asignadas por el Departamento de Trabajo Social en el desarrollo del servicio social.

Metas.

- 1) Desarrollar un informe final de las actividades realizadas durante el servicio social en un 100%.
- 2) Elaborar un protocolo de investigación socio-médica en un 100%.
- 3) Visitar tres centros de investigación o bibliotecas para obtener información teórica referente al tema de la investigación.

Límites.

Tiempo: El servicio social se realizó en un período de 6 meses a partir del 1o de julio al 31 de diciembre de 1993.

Espacio: Las actividades se llevaron a cabo en el Servicio Clínico 7-A y en la biblioteca del INER.

Universo: Se trabajo con las familias de los pacientes de pediatría que fueron hospitalizados en el Servicio Clínico 7-A, del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993.

Recursos.

Humanos: Jefe del Departamento de Trabajo Social, la supervisora de trabajo social, la prestadora de servicio social, un asesor especializado de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

Materiales: Lápiz, goma, pluma, etc.

Financieros: Beca alimenticia.

Organización.

La pasante de Trabajo Social fue adscrita al Departamento de Trabajo Social del INER, específicamente en el Servicio Clínico 7-A para desarrollar actividades que le asignó el Departamento de Trabajo Social donde recibió orientación sobre el trabajo realizado y asesoría por la trabajadora social titular y encargada de dicho servicio.

No obstante, el servicio social en el INER, básicamente se llevó a cabo a través de las fases siguientes:

- 1) Inducción
- 2) Observación
- 3) Programación
- 4) Ejecución.

- 1). Fase de Inducción. Consistió en la bienvenida y presentación del personal que labora en el Departamento de Trabajo Social para tener conocimiento de algunos antecedentes históricos, conocer sus objetivos y organización en lo general del INER y en lo particular del Departamento y del Servicio Clínico de Pediatría, se efectuó un recorrido para conocer los diferentes servicios con los que cuenta el INER, esto se complementó con la lectura del Manual General de Organización del Instituto y el específico de Trabajo Social que integra las acciones de Trabajo Social al equipo de salud dando pauta a la siguiente fase.
- 2). Observación. Esta se llevo a cabo con el propósito de observar como se realizan algunas actividades de asistencia por la trabajadora social en el Servicio de Pediatría, para la colaboración en la realización y práctica de las mismas y a su vez conocer algunas características socio-familiares, económicas y culturales de la población que es atendida en este servicio, esto con el fin de recabar elementos útiles para la elaboración del programa y protocolo de investigación.

- 3). **Programación:** Para cumplir con esta fase fue necesario tener conocimiento previo del funcionamiento de la institución en especial de Trabajo Social en el Servicio Clínico de Pediatría para que el pasante cumpliera con sus funciones y actividades con base en lo programado para el servicio social sobresaliendo dos actividades:
- A) El desarrollo de una investigación socio-médica y,
 - B) La participación en las actividades asistenciales.
- 4). **Ejecución del programa.** Con las mencionadas actividades comenzó esta etapa.

1.5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PASANTE DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

La etapa de Ejecución se llevo a cabo con el propósito de alcanzar los objetivos y lograr las metas planteadas en el programa, aplicando los conocimientos teórico-metodológicos y haciendo uso de las habilidades y aptitudes que la pasante posee, contando con el asesoramiento profesional tanto del INER como de la ENTS, y supervisión individualizada.

1.5.1. A). Actividades de Investigación Socio-médica realizadas durante el Servicio Social.

La investigación realizada durante el servicio social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, contemplo una práctica muy enriquecedora en el aprendizaje teórico práctico de la pasante.

Por ello, se presenta la investigación en el anexo I, que deberá consultarse para conocer mejor esta actividad, además se describe la metodología que se siguió para su realización y las conclusiones a las que se llegó en este estudio.

1.5.2. B). Actividades Asistenciales en las que participó la pasante durante el Servicio Social.

Las actividades asistenciales desarrolladas en el Servicio Clínico 7-A, se llevaron a cabo al integrarse la pasante a estas actividades, con el interés de aplicar y adquirir

elementos teórico-prácticos que pudieran retroalimentar la participación y colaboración de la pasante para la descripción de la práctica (experiencia) la cual represento un elemento de gran importancia.

Las acciones realizadas consistieron en la aplicación de entrevistas, elaboración de pases, citatorios, etc., así como aspectos de orientación e información a familiares dado que los pacientes son menores de edad, coordinación de las acciones de trabajo social con las del equipo multidisciplinario para elaborar documentos del enfermo, entre otras actividades rutinarias de asistencia para la organización y funcionamiento del servicio.

Dentro de la aplicación de entrevistas, para elaborar documentos tenemos las Notas de Trabajo Social, Estudios Socio-económicos, Citatorios, Pases, etc.

Las *Notas de Trabajo Social*; son formatos que el servicio proporciona a la trabajadora social para que sean elaboradas al ingresar el paciente a hospitalización por medio de la entrevista.

Asimismo, tienen el objetivo de describir el diagnóstico y tratamiento social establecido por la trabajadora social en la atención médica social del paciente y su familia incluyendo datos como el número de expediente, nombre del paciente, sexo, clasificación socio-económica, número de servicio y de cama, fecha y hora de ingreso, en este documento "notas de trabajo social", se describen brevemente aspectos como la dinámica familiar, características de la vivienda, alimentación, a quien se entrevista, origen y lugar de residencia, para identificar quien es el responsable del paciente, una vez que se describe esto se hace un diagnóstico social para elaborar un plan social que deberá ser ejecutado por la trabajadora social.

Concluida la nota de trabajo social deberá ser firmada y anexada al expediente clínico del paciente por la trabajadora social responsable.

Estudio socio-económico inicial; es un formato que se aplica a través de la entrevista al familiar o paciente cuando es de primera vez la consulta, este tiene por objetivo, obtener información necesaria para dar la clasificación socio-económica a los pacientes y de acuerdo a ello establecer las cuotas de recuperación correspondiente.

Citatorios; es un documento que el servicio requiere, y es elaborado y firmado por la trabajadora social para solicitar por escrito la presencia del familiar para tratar asuntos relacionados con el padecimiento del paciente, esto puede ser en casos de agravamiento, abandono del familiar, o cuando el paciente presenta agudos problemas emocionales, en caso de fallecimiento y el familiar no este presente porque ocurre fuera de los horarios de visita, porque se requiere de hacer algún tratamiento necesario para la hospitalización etc.

Pases especiales; elaborados por la trabajadora social y el médico tratante, con el objeto de permitir la entrada al servicio de hospitalización en caso de que el paciente requiera de alguna atención especial, como (amamantamiento, invalidez, agravamiento constante etc.), este documento debe ser autorizado por el médico tratante y la trabajadora social.

Orientación e información; estas actividades las realiza la trabajadora social encargada del servicio, con el objetivo de indicar a los familiares de pacientes hospitalizados sobre los trámites administrativos que deben cubrirse para el ingreso y egreso del medio hospitalario, la información se complementa al proporcionar un instructivo sobre los trámites y requisitos para la estancia hospitalaria, a su vez se da la orientación sobre cómo debe realizar los trámites, así mismo se da una breve platica al familiar del paciente en caso de que este se encuentre muy alterado o afligido por la enfermedad y hospitalización del paciente, o bien sobre problemas concretos relacionados con la atención del servicio.

De esta manera, la integración de la pasante a las actividades de tipo asistencial le permitieron identificar que Trabajo Social en el INER tiene la responsabilidad de atender la problemática socio-económica, familiar y emocional que rodean al paciente y a su medio familiar, entre otros aspectos como son los trámites administrativos para la hospitalización y atención del paciente, por este motivo Trabajo Social debe tener la preparación y conocimientos necesarios que le permitan desarrollar habilidades, y destrezas que le proporcionen la dotación de capacidades para ejecutar las acciones que le son propias y producir resultados específicos.

1.5.3 METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR LA PASANTE DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

La metodología utilizada para el desarrollo de las funciones y actividades se considero como un recurso para llegar al conocimiento a través de la práctica concreta al realizar las actividades descritas anteriormente apoyándose en métodos, técnica, e instrumentos que la pasante utilizó complementándolas con las que la misma institución apporto para la realización de las mismas.³⁶

Los métodos utilizados fueron; a) método estadístico, b) método de caso, c) método deductivo, d) método racional.

a) Método Estadístico.

Fue utilizado para fundamentar cuantitativamente la justificación del protocolo de investigación al consultar los datos de archivo clínico y bioestadística del INER, para conocer el lugar que ocupa la morbilidad del asma bronquial con respecto a otros padecimientos que el instituto atiende, también se utilizó para establecer la muestra de trabajo de la investigación y el control numérico del total de las entrevistas para la investigación y resultados de la misma.

b) Método de Caso.

Utilizado y proyectado por los casos de pacientes y familiares entrevistados, ya que cada familiar entrevistado represento un caso, con el objetivo de obtener datos que permitan formular el diagnóstico social, en el que se interpreta la situación presentada por la persona o paciente entrevistada, para que a su vez se haga un pronóstico con la opinión de la trabajadora Social, respecto a las posibilidades de éxito o fracaso del caso.

c) Método Deductivo.

Utilizado en el proceso que se siguió para la elaboración del protocolo de investigación partiendo de juicios, de conocimientos generales, es decir de lo general a lo particular.

³⁶ "Hablar de metodología es hablar del conjunto de métodos y técnicas a utilizar- las armas metodológicas como se les ha llamado- dependen en cada caso concreto de una serie de factores tales como la naturaleza del fenómeno a estudiar, el objetivo de la investigación o actividad, los recursos financieros disponibles, el equipo humano y la cooperación que se espera lograr de los demás colaboradores o público en general".

Técnicas.

Se define a la técnica; como el conjunto de mecanismos y de maquinas, así también de sistemas y medios de digerir recolectar, conservar, reelaborar transmitir energía y datos, todo ello creado con vistas a la producción, a la investigación, etc.³⁷

Concretizando en las técnicas que permitieron realizar las funciones y actividades fueron:

Técnicas Documentales.

Como la revisión documental, y bibliográfica, elaboración de registros y programación de los mismos, elaboración de resúmenes y fichas bibliográficas.

Técnicas de Campo.

Observación no participante y participante, entrevista estructurada y no estructurada.

La observación no participante, auxilió la fase de inducción a la Institución, permitiendo observar la realización de las actividades.

Con esto, la pasante obtuvo información y datos necesarios para la elaboración del protocolo de investigación y posteriormente colaborar en las actividades asistenciales que la trabajadora social responsable del servicio realiza.

Observación participante, esta técnica fue utilizada para el desarrollo de las fases, programación y ejecución del programa de servicio social, en este caso la pasante alternadamente observaba y desarrollaba actividades propias del servicio y de las establecidas en el programa de servicio social.

Ahora bien, la entrevista estructurada es una técnica que la pasante utilizó a través del instrumento(cuestionario) elaborado y aplicado a la población de estudio con el objetivo de recabar la información necesaria para la investigación.

³⁷ Alfredo Tecla J., et.al., Teoría Métodos y Técnicas en la Investigación Social, Edit. Ediciones de Cultura Popular, México, 1977, p.29.

Entrevista no estructurada, utilizada en la participación de las labores asistenciales, es decir cuando se permitía expresarse con libertad y hacer preguntas abiertas a los familiares que son entrevistados; por ejemplo, para las Notas de Trabajo Social, o cuando se desea conocer alguna información del paciente y su familia, necesaria para el diagnóstico, tratamiento y los trámites de atención y hospitalización del paciente.

Instrumentos.

Los instrumentos que auxiliaron la realización de las funciones y actividades desarrolladas durante el servicio social fueron los siguientes:

Formatos para la entrevista, libreta de notas para trabajo social, machotes, cronograma de actividades, maquina de escribir, computadora, hojas blancas, lapices, plumas para escribir, gomas, resúmenes, borradores, apuntes, registro de actividades, informes de trabajo, fichas bibliográficas y programas de actividades.

Con el auxilio de los instrumentos mencionados, el esfuerzo e interés de la pasante, fue posible llevar a cabo y concluir las funciones y actividades, a pesar de algunos contratiempos como; la falta de espacio para realizar las actividades, entre otros que serán analizados posteriormente.

CAPITULO II

2. TRABAJO SOCIAL EN LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA Y LABORES ASISTENCIALES EN NEUMOPEDIATRÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

Teniendo en cuenta la información presentada en el capítulo uno, se considera tener los elementos necesarios para comprender y desarrollar un análisis de la experiencia vivida durante la realización del Servicio Social.

El análisis se desarrolla tomando como punto de referencia a la experiencia adquirida durante 6 meses de actividades en el Servicio Clínico 7A del INER, pretendiendo una reflexión que retroalimente los campos de intervención de Trabajo Social en el Área de la Salud, para ello, se tomaron en cuenta dos de las actividades en las que se participó: como fueron la investigación sociomédica que puede verse en el anexo 1 y las actividades asistenciales en las que participó el pasante durante el servicio social.

Se trata pues de analizar los siguientes aspectos:

- a) Importancia de la investigación sociomédica para Trabajo Social.
- b) Labores asistenciales realizadas por Trabajo Social.
- c) Metodología utilizada para el desarrollo de las funciones y actividades durante el servicio social.
- d) Formación profesional del Licenciado en Trabajo Social tomando en cuenta la experiencia.

2.1 ANALISIS DE LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA PARA TRABAJO SOCIAL.

Para entender mejor el análisis de este punto se consideró necesario mostrar un marco de referencia sobre la investigación sociomédica.

Partiendo del concepto medicina social por la relación que existe con la investigación sociomédica "que estudia la interrelación entre la salud y la sociedad, así como las respuestas que tiene la sociedad para la atención de la salud"³⁸

El término medicina social tiene su origen en los países europeos, principalmente en Alemania, Francia y Bélgica. Han sido muchos los intentos por definirla, uno de los primeros fue realizado por Grotjahn (1869-1931) primer profesor de Higiene Social de la Universidad de Berlín.

Mientras tanto en un modelo causal del que nos habla Francisco Gómez Jara en su libro, Teoría y Técnicas de la Salud Comunitaria dice: "que la medicina profesional presenta cada enfermedad como el resultado de la acción de un agente patógeno específico, generalmente de carácter biológico; es decir, cada enfermedad tiene su casusa particular y única. Esta conceptualización de la causalidad surge y tiene su edad de oro, con el desarrollo de la microbiología, siendo todavía modelo dominante dentro de la medicina.

³⁸ Higashida Hirose, Bertha. Ciencias de la Salud. Edt. McGraw-Hill. México, 1983, p. 325.

No obstante, se ha descubierto que las causas únicas no permiten la explicación de algunos aspectos de ciertos procesos patológicos y fracasan por completo en la aclaración de otros. El virus de la poliomielitis, por sí solo no explica porque de 100 que se infectan únicamente 20 enferman de gravedad. Parece también poco probable que el azote en los países metropolitanos del infarto cardiaco puede deberse a una causa única.

Surge con estas observaciones un modelo causal alternativo, que postula que se necesita de la confluencia de muchos factores para que presente la enfermedad. Cabe aclarar; sin embargo, que generalmente el modelo multicausal es una versión del modelo unicausal. En vez de buscar un gen, busca varios factores de riesgo de carácter biológico o físico-químico.

Sin embargo, en el siglo pasado se enfrentaron dos corrientes de pensamiento médico: la sociomédica que sostenía; la salud y la enfermedad, son manifestaciones del proceso histórico-social y la biomédica que conceptualizaba la enfermedad como un problema biológico individual, esta fué derrotada, primero políticamente junto con los obreros alemanes y franceses en el movimiento revolucionario de 1848, y después ideológico y prácticamente por la corriente biomédica que proponía remedios que no implicaban cambios en la organización social.

Mientras tanto, las corrientes sociomédicas que sostenían un modelo de causalidad social de la enfermedad, parten de conceptos distintos de la biomédica, ven en la salud y en la enfermedad fenómenos colectivos que se interrelacionan con el resto de los procesos sociales, el hecho de que su manifestación concreta sea un fenómeno biológico en el individuo no niega su carácter social.

Es decir, la enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a impulsos exteriores que actúan sobre éste, el hombre no se enferma solo, sino en interacción con los demás y con la naturaleza.

Así, las condiciones socioeconómicas, familiares y ecológicas son la causa determinante de la enfermedad, en cuanto se combinan en dinámicas que desencadenan y transforman los fenómenos biológicos".³⁹

Tomando en cuenta lo anterior se establecieron los objetivos y planteamiento del problema para la investigación sociomédica, realizada durante el servicio social, asimismo, se consideró el Programa Nacional de Salud 1990-1994, "el cual manifiesta que la investigación en salud tiene como propósito estudiar los factores

³⁹ Gómezjara, Francisco, op. cit. p. 155.

que influyen en ésta, las causas de la enfermedad y las variables que modifican sus manifestaciones, los efectos del medio ambiente sobre la misma, la prevención y curación de las enfermedades, la producción de los insumos para la salud y para la rehabilitación del minusválido y los métodos para la organización y la prestación eficiente de los servicios de salud a la comunidad".⁴⁰

Como se puede ver, la importancia de la investigación, es una pieza fundamental en la organización para la atención de la salud.

Sin embargo, la investigación es un elemento que no actúa de manera directa en la práctica de servicios de salud, su utilidad para evaluar las acciones, servicios y programas que se llevan a cabo y su carácter de reproductora social de las instituciones de salud es de gran importancia.

Es decir, se considera como un elemento que no actúa de manera directa en la prestación de servicios de salud, porque hablando del investigador dedicado exclusivamente a hacer investigación, no colabora en otras actividades necesarias para la atención del paciente, como lo hace Trabajo Social que dedica la mayoría del tiempo de su jornada laboral a las actividades de tipo asistencial, evitando con ello, la práctica exclusiva a la investigación sociomédica, siendo uno de los factores que obstaculizan la práctica de la investigación desarrollada por Trabajo Social.

Entre otras limitantes, pueden señalarse la falta de experiencia en esta actividad, el no saber aplicar métodos de análisis adecuados al tipo de investigación.

Considerando lo anterior, se comenta que el método de análisis aplicado para la investigación realizada por la pasante, no fue el adecuado, debido a que en la presentación de resultados sólo se presentaron cuadros estadísticos describiendo porcentajes y frecuencias, cuando se pretendía conocer otros resultados cualitativos a través del cruzamiento de variables para lo cual se debió utilizar un método estadístico que permitiera un análisis que diera explicación precisa del cruzamiento de variables, atribuyendo este error a la inexperiencia en esta actividad.

Puesto que se debió tomar en cuenta si era una investigación experimental, descriptiva, comparativa, etc, aspecto que ignoraron la pasante y el personal de Trabajo Social que colaboró con ésta, obteniendo resultados descriptivos cuando se pretendía que fueran explicativos, considerando los resultados, no muy satisfactorios para lo que se pretendía de la investigación.

⁴⁰ Programa Nacional de Salud 1990-94, op. cit. p. 60.

Tomando en cuenta estos puntos, podría decirse que el procesamiento de datos para el análisis de una encuesta o entrevista para una investigación, es una de las etapas más importantes de la metodología aplicada al desarrollo de una investigación, porque de ésta va a depender la validez y la importancia de lo que se haya podido comprobar, por lo tanto, es indispensable que el trabajador social tenga los suficientes conocimientos y capacidades para saber elegir y aplicar diferentes métodos de análisis adecuados al tipo de investigación que se pretende realizar, ya que si no es así, es posible detectar sesgos de error que hagan perder la validez científica de una investigación.

Otro de los factores que también entorpecen la calidad de las actividades desarrolladas por Trabajo Social, está el no comprender inglés o cualquier otro idioma, en algunos casos, dado que por este motivo no fue posible entender el modelo que fue utilizado para medir la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes asmáticos y no asmáticos resultados que aparecen en los cuadros 3-A y 3-B de la investigación, (ver anexo 1), ya que el instructivo venía impreso en inglés en una revista, por lo tanto, se tenía que traducir el contenido, lo que implicaba utilizar gran tiempo del servicio social, o en caso contrario pagar por su traducción, dado que el personal de Trabajo Social que colaboró con la pasante, también se le dificultó la comprensión del artículo de referencia.

Se deduce, que aspectos como los mencionados, provocan la marginación de Trabajo Social en funciones de investigación en instituciones de tanta importancia como el INER, especializado para atender las enfermedades de alto riesgo y complejidad respiratoria.

Fundamentalmente, la investigación es de gran utilidad para evaluar las acciones, los servicios y programas que se llevan a cabo dentro del Sistema Nacional de Salud, dado que la investigación genera conocimientos de los factores, hechos y acciones que alteran o modifican el estado de salud del individuo, a su vez permite la identificación detallada de las enfermedades específicas, proporciona información cuantitativa y cualitativa, bajo la cual se puede evaluar las acciones y servicios, así como elaborar y ejecutar nuevos programas a través de los cuales se realizan las actividades en beneficio del usuario de los servicios de salud y en sí de la sociedad.

Considerando que la sociedad en su conjunto, y todos los problemas ligados a la organización de la misma, interactúan en ella problemas que son de naturaleza física, biológica y económica.

Se menciona esto, porque son problemas en los que Trabajo Social continuamente trabaja y dedica su mayoría de tiempo sin ir más allá de las actividades asistenciales, de las cuales nos ocuparemos más adelante, por ser un campo muy nutrido para la

investigación sociomédica desarrollada por Trabajo Social, que podría tener relevancia en las políticas nacionales de salud y objetivos de la institución que sirve como fuente de trabajo de los trabajadores sociales y desde luego, para la elaboración y ejecución de los propios programas del departamento de Trabajo Social, que serán planteados con una esencia específica de Trabajo Social.

Igualmente, la investigación a Trabajo Social, le dará los elementos teórico-prácticos para establecer sus propias acciones de trabajo en los programas que serán ejecutados en equipo multidisciplinario y coordinación con todos los departamentos que integran la institución.

Asimismo, podrá considerarse a la investigación desarrollada por Trabajo Social de gran importancia puesto que representa un paso para una transformación más dinámica de Trabajo Social, porque analizando el desempeño profesional que hasta ahora ha tenido Trabajo Social en el área de la Salud en instituciones como el INER, dentro de las actividades asistenciales, se puede decir que no ha encontrado la forma de sobresalir como profesión capaz de producir teorías y técnicas que le permitan validar la importancia de Trabajo Social en esta área, puesto que se dedica a desarrollar actividades que le permiten darse cuenta de la problemática social, sin proporcionar aportes para encontrar soluciones más allá de lo administrativo y cotidiano, sujeto de las políticas y objetivos que la misma institución establece, cuando éste podría desarrollar procesos de soluciones con matices científicos.

Por lo consiguiente esto sólo podrá ser a través de la investigación que no ha mostrado el desarrollo, que de alguna manera, es deseado por Trabajo Social, en parte quizá porque hace falta enfocar la práctica asistencial con una mente investigadora, alerta al valor del estudio de aquellos problemas que se encuentran en la propia práctica y estar listos para elaborar y ejecutar proyectos de investigación que generen conocimientos necesarios para programar las actividades asistenciales.

Sin embargo, para que se realice investigación en el Departamento de Trabajo Social, es necesario que exista gente exclusiva para comprometerse a realizar actividades específicas de investigación.

Por lo tanto es conveniente que Trabajo Social, ponga interés en actualizar o moficiar su ideología y metodología aplicada a las actividades asistenciales, porque en la actualidad constituyen una de las principales fuentes de trabajo por ser una de las de mayor identidad, pero de menor importancia en cuanto a profundizar el conocimiento de los factores de la sociedad que se interrelacionan y alteran el completo bienestar físico y mental del ser humano, desde el punto de vista científico.

Por ello, es que Trabajo Social debe partir de la investigación, siguiendo un proceso sistemático, riguroso y experimental que permita conocer e identificar los factores causantes de los desequilibrios en el completo bienestar físico y mental del individuo por factores sociales a nivel individual y en general.

Dado que la investigación propiciará mayores conocimientos e implementará actividades entre otros aspectos, como la orientación y educación para la salud con mayor estrategia, calidad y eficiencia, puesto que el campo de conocimientos que generan los resultados de la investigación, sobre el problema o tema de estudio es muy amplio, propiciando incluso nuevos programas e inquietudes, deseos y necesidades de una preparación constante y actualizada.

Con la investigación, también surge la necesidad de nuevos recursos, espacio, tiempo, etc., para mostrar y realizar un Trabajo Social cada vez mejor, apegándose con disciplina a un proceso, como se dijo anteriormente sistemático, riguroso y experimental.

"Se entiende por sistemático al hecho de estudiar la realidad mediante modelos y diseños de las etapas o pasos que debe reconocer el investigador para seleccionar el tema, los métodos, las técnicas, los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación.

Por riguroso, el seguir una metodología o camino lógico analítico-sintético, para comprender el problema o el factor de una realidad estudiada. Esto puede ir de lo general a lo particular, o viceversa, puesto que lo importante es generar nuevos conocimientos.

Y por experimental, al proceso de conocimientos basados en la misma realidad social, en probar afirmaciones hechas por nosotros. Esta prueba no significa simplemente presentar los resultados de la encuesta, la estadística o el análisis documental-bibliográfico, sino ir más allá de la pura manifestación cuantitativa de la investigación, para penetrar en su esencia y trascender a lo que se ve a simple vista o que hemos recogido".

De este modo, se define a la investigación "como una actividad generadora de nuevos conocimientos, se está haciendo referencia a su capacidad de entender la naturaleza, y por ende, transformar un orden constituido para el beneficio individual y colectivo en relación a la salud, permitiendo avances en la prevención, rehabilitación y tratamiento de los enfermos, siendo precisamente en estos aspectos, donde se debe planear la vinculación del quehacer científico y la aplicación de políticas definidas en los Programas Nacionales de Salud

y en sí de Trabajo Social".⁴²

2.2 ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES REALIZADAS POR LA PASANTE DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN TRABAJO SOCIAL DEL INER.

Con respecto al análisis de la participación en algunas actividades asistenciales, realizadas por la pasante, en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, se tiene que en el Programa Nacional de Salud 1990-1994, dentro del programa para el impulso de la asistencia social, "define a la asistencia social como un servicio de salud que debe prestarse a todas aquellas personas que se encuentren en estado de minusvalidez, ya sea física, mental, económica o social, para contribuir a su bienestar e incorporarlas a una vida social satisfactoria y económicamente productiva."⁴³

En este sentido, se dice que Trabajo Social en una institución como el INER en hospitalización del Servicio Clínico 7/A, es un elemento que se integra a las funciones y actividades de tipo asistencial y administrativas (descritas en el capítulo I), para realizar un trabajo determinado por factores como las políticas nacionales de salud, las mismas actividades que lleva a cabo, los recursos; materiales, financieros y humanos, entre otros aspectos que no es posible analizar por la diversidad de estos y el corto tiempo destinado a la participación en las actividades asistenciales.

Se dice entonces, que Trabajo Social es determinado por las políticas nacionales de salud, que el mismo Estado establece, dado que éste proporciona los recursos que considera necesarios para la prestación de los servicios de salud, y que a su vez, ni siquiera son los indispensables para lograr sus propios objetivos que él mismo se plantea, o para cumplir con las políticas y menos aún para solucionar necesidades que propicien un completo bienestar social como se plantea en el Plan Nacional de Desarrollo.

Desafortunadamente, esto es quizá porque no se satisface como debiera ser a la población que demanda los servicios, y que supera el espacio disponible en las instalaciones, el equipo material, y en sí el personal especializado para atender los problemas de salud, es insuficiente, observándose que se atiende cantidad pero no calidad, en la atención y tratamiento sobre todo para los pacientes asmáticos infantiles que requieren de tratamientos costosos, tardados y laboriosos.

⁴² Apuntes Mimeo grafados, México, 1993.
⁴³ Programa Nacional de Salud, op.cit. p. 54.

Bajo estas circunstancias, específicamente Trabajo Social, se ve aún más afectado en su imagen de proporcionar ayuda al necesitado, puesto que es el encargado de atender a la población que solicita el servicio para dar atención y solución a los problemas específicos de la población atendida y desgraciadamente la solución que éste proporciona, de acuerdo a su función, sólo se concreta a realizar actividades que derivan de las políticas nacionales y de los objetivos de la misma institución, y por si fuera poco, Trabajo Social lleva a cabo sus labores con recursos muy limitados y una metodología que a juicio personal, no es muy bien aplicada para poder lograr sus propios intereses y objetivos de la trabajadora social.

Igualmente, en muchos de los casos, Trabajo Social hace a un lado la esencia de su labor asistencial, puesto que en la mayoría de las situaciones éste tiene diversas actividades, y que sólo por mencionar y analizar una de ellas, tenemos la de fijar las cuotas de pago a través del estudio socioeconómico para la atención de los pacientes, y que de alguna manera, Trabajo Social, para no ser visto como un irresponsable por la institución, debe hacer que el paciente o familiar se vean obligados a cubrir el pago correspondiente por los servicios otorgados, por lo tanto, adquiere una actitud de indiferencia ante la situación del paciente, a pesar de que muchas veces, ya se ha detectado a través del estudio socioeconómico, que no se tienen los recursos económicos suficientes para hacer el pago, ya que de lo contrario el paciente se ve en la penosa y desfavorable necesidad de pedir su alta voluntaria, sin que éste haya concluido con el tratamiento médico indispensable para lograr el completo bienestar físico y mental.

Trabajo Social, al relacionarlo con las políticas nacionales de salud, se encuentra en un conflicto entre lo que la política establece y lo que precisamente tiene como esencia en su labor asistencial.

Esto es que Trabajo Social, no muestra independencia en su propia desenvolvimiento como profesión, con respecto a lo que marca la política nacional de salud y los servicios que éste proporciona a través de sus actividades, comprendiendo que sus labores asistenciales no tienen la trascendencia necesaria ni esperada en la vinculación con la política de salud y la atención efectiva que Trabajo Social proporciona en beneficio de la población que solicita el servicio de salud, porque éste cumple sólo con tramitar requisitos establecidos por la institución para la atención del paciente olvidando en cierta medida su preparación profesional.

Asimismo, Trabajo Social también se ve limitado por sus propias actividades que lleva a cabo, tal vez porque éste no logra innovar cambios que despierten el interés de sí mismo y de los demás, para plantearse retos en el desempeño asistencial y evitar la monotonía, por ejemplo, de las actividades que fueron

descriptas en el Capítulo I, con las que podemos darnos cuenta como la elaboración de las llamadas Notas de Trabajo y la aplicación del estudio socioeconómico; siendo dos actividades que permiten escuchar y observar varios aspectos de la naturaleza socio-económica, familiares, de vivienda, alimentación, de nivel cultural o escolaridad, así como antecedentes de alcoholismo, delincuencia, etc, son factores que influyen en el desequilibrio del completo bienestar físico y mental del individuo, y que son tomados como elementos de relevante importancia para establecer el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente.

Trabajo Social en el INER identifica el tipo de población a la que atiende el instituto en lo general y en lo particular, el tipo de familia a la que pertenece el paciente, sobre todo si se considera que "Trabajo Social está ligado desde su origen al paciente y a su medio familiar, con un papel marginal a la acción médica que busca enseñar y orientar a seguir las ordenes del médico, la dieta prescrita, las precauciones al tomar los medicamentos, el tratamiento de los temores por el padecimiento del paciente, etc".⁴⁴

Como se puede ver, y a pesar de la importancia que tienen estos aspectos en salud, y la antigüedad que tiene Trabajo Social ejerciendo la práctica sobre ello, todavía estas actividades parecen ser nulas con respecto a las aportaciones que éste hace para la toma de decisiones en la planeación de los servicios de salud, el planteamiento de los objetivos y las políticas dentro de la institución.

De esta forma, las actividades asistenciales aún siguen mostrando una imagen de marginación, porque pareciera ser que son realizadas en un ambiente pasivo ante los cambios económicos, políticos y sociales, ya que la profesión a través de estas actividades, no destaca más allá del simple hecho de archivar información o cuando mucho darla a conocer sin una información teórica-analítica que propiciara cuestionamientos positivos para que se presentara un dinamismo de trabajo ante los cambios que van surgiendo por los adelantos tecnológicos que el ser humano desarrolla.

Sin embargo, se debe también a la experiencia, habilidad o conocimientos de que se disponga para que el propio trabajador social pueda opinar, sugerir y captar los objetivos del programa o investigación, etc., dentro del cual está trabajando o participando.

Por otro lado, las actividades de orientación e información están relacionadas y aplicadas como si fueran una sola, es decir, cuando la trabajadora social efectúa estas actividades, parece

⁴⁴ Santasaría Espinoza, Alberto, El Trabajo Social en Salud, Edit. Roldan Luna, México, 1978, p. 63.

ser que solamente da información porque solo implica indicar o informar al paciente o familiar los procedimientos y requisitos que deben efectuarse para la atención del paciente, o bien se limita a dar respuesta breve a alguna pregunta que surja de algún familiar o paciente sobre los horarios de visita o sobre los mismos trámites a realizar.

Mientras que la orientación debería implicar una explicación más amplia, dirigida a todas las dudas o aspectos que son ignorados en relación al padecimiento o tratamiento del paciente, o bien retroalimentar los pocos o muchos conocimientos que la misma población o paciente manifiestan en su manera de ser, de expresarse, de dirigirse al trabajador social, cosa que éste no hace por considerar que con un instructivo proporcionado al momento en que se permite el ingreso del paciente para su atención, se está dando la orientación, cuando en el instructivo sólo aparecen algunos señalamientos de información muy breves sobre los pasos a seguir para la hospitalización del paciente.

De esto podría pensarse que las actividades de orientación e información, están condicionadas por un conjunto de acciones establecidas por la misma institución, un tanto ajenas al quehacer profesional del Trabajo Social, con el fin de lograr objetivos sin tomar muy en cuenta lo que se puede captar a diario con los diversos pacientes y familiares, en los que se observa que existen características muy similares y diferentes en las actitudes, en lo socioeconómico, en lo familiar, etc., y que lo del instructivo no logra orientar adecuadamente.

Como podemos ver, estas actividades, quizá por la forma en que son llevadas a cabo, no tienen mayor trascendencia que la de dar a conocer información cuando podrían tener mayor importancia, porque se tiene el trato directo con el paciente y su familia, lo que implica valorar a ambos desde un punto de vista social.

También, se tiene una comunicación frecuente y directa con el enfermo y familiar, con lo cual se tiene parte del conocimiento de los factores que desequilibran la atención de los pacientes y sobre ello dar la orientación.

Sin embargo, se observa que Trabajo Social muestra dificultad para llegar a implementar estrategias eficientes para el mejoramiento de la orientación e información para la atención de los usuarios.

Haciendo referencia a los recursos, tanto materiales como económicos y humanos, que también han entorpecido, en parte, la eficiencia, calidad y relevancia de Trabajo Social como profesión.

La carencia de un espacio adecuado para realizar las actividades, no deja sentir optimismo para llevarlas a cabo, la

falta de material, como lo son hojas, formatos, maquinas de escribir, etc., provocan la imagen de un Trabajo Social poco profesional y de limitada seriedad en sus actividades, puesto que en ocasiones se deben improvisar los formatos que son proporcionados por la misma institución, debidamente membretados y algunas veces sellados, para trámites de considerable importancia, necesarios para el tratamiento y la hospitalización del paciente.

A pesar de que Trabajo Social ha mostrado un fuerte y constante interés para resolver cualquier tipo de problema, en algunos casos, a través de la intervención individualizada y en otras colectivamente con el enfoque asistencialista, aún no tiene el apoyo, el reconocimiento, ni la imagen de una profesión como cualquier otra de nivel licenciatura.

Con respecto a los recursos humanos, también parece presentar dificultades en relación a no tener personal dedicado a desarrollar trabajo teórico, ya que se observa la carencia de un buen marco-teórico que respalde el conocimiento general y particular para trabajar sobre los problemas sociales de los que se responsabiliza Trabajo Social.

En ocasiones se llegan a ver rivalidades entre los mismos miembros de Trabajo Social, cuando se debería ver un efectivo trabajo de equipo, en donde se tengan muy claros los objetivos, las técnicas, etc., comunes de trabajo, y exista la flexibilidad necesaria para hacer cuestionamientos y ser cuestionados en conclusiones frente al aporte de las otras disciplinas con las que se tiene coordinación para enriquecer los propios y los conocimientos de otros.

2.3 ANALISIS DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR LA PASANTE DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

Para el análisis de la metodología que auxilió las funciones y actividades realizadas en el servicio social, es fundamental partir de una visión teórica en cuanto al concepto de metodología, puesto que es uno de los elementos que ha preocupado desde siempre al trabajador social por la interacción que tiene en el quehacer profesional.

Así se tiene que, "la trascendencia del hombre sobre el mundo se da en la materia de la identificación, que éste tenga y las relaciones que se establezcan, así como su capacidad de atraer de él sus elementos más esenciales, será su posibilidad de ir trascendiendo en sus diferentes niveles, tomando como base la comprensión del mundo, lo que lo sitúa en una actitud determinada para lograr una actividad transformadora, en la que

va conformando la construcción del instrumento, de la técnica, del método de la ciencia, la teoría y la filosofía para realizar una praxis que le permita resolver su enfrentamiento, en una visión de totalidad que recoja la unidad del actuar humano en la insesante búsqueda de satisfacer las necesidades; lo cual realiza a través de la prolongación y el afinamiento de su cooperación y su espiritualidad, construyendo el instrumental necesario para apropiarse de la realidad, conceptualizarla y transformarla en un proceso continuo, riguroso y lógicamente diseñado para tal fin".⁴⁵

Con respaldo en lo anterior, se hace referencia a Trabajo Social por considerar que aún no logra trascender en sus actividades, porque parece ser que tiene una actividad transformadora muy lenta en la conformación de su metodología específica aplicada a sus funciones y actividades, no pudiendo establecerse como ciencia, o crear teoría para realizar su práctica, que le permita resolver las situaciones, hechos o problemas relacionados con la atención que proporciona de acuerdo a sus actividades que realiza.

En este sentido, se considera que la metodología responde a una estructura compleja que supera la visión simple del "método", el cual, de acuerdo con Eli de Gortari, es un procedimiento riguroso planeado y diseñado para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos para conocer, generalizar y profundizar los conocimientos y demostrarlos con rigor racional y conseguir después su comprobación en el experimento y con la técnica de su aplicación.

De esto, se puede decir que Trabajo Social no logra aplicar su metodología con rigurosidad propia, ni transformarla para una trascendencia en el conocimiento de la realidad de sus funciones, por ello, se hace referencia a un marco teórico sobre la construcción de la metodología diciendo que "los métodos se cumplen siempre a través de la relación de ciertas fases o etapas que van cubriendo el desarrollo de su proceso, en un intento por pasar del fenómeno a la esencia, de lo inmediato a lo mediato, de lo simple a lo complejo y de lo abstracto a lo complejo".⁴⁶

Es por eso, que "el método se inicia siempre en el conocimiento de la cosa, el hecho o el fenómeno logra su explicación y aprende su desarrollo interno y su necesidad evolutiva, siendo indispensable contar también con un instrumento teórico, que no precisamente forma parte del método, sino de una concepción, la cual se considera que define de una manera clara,

⁴⁵ Mendosa Rangel, Ma. del Carmen, Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales, Edit. Comité Directivo de la Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos, México, 1966, p. 49.

⁴⁶ Ídem p. 50.

las diferencias entre las distintas formas que existe para el abordaje de la realidad".⁴⁷

Es decir, la metodología no sólo comprende el instrumental técnico para conocer, analizar, e interpretar la realidad, también influye la concepción teórica e ideológica de dicho abordaje, pero es necesario precisar que para construir una posición metodológica debe existir una coherencia significativa en torno a sus elementos, la teoría debe estar en correspondencia con los objetivos y estos con el método y las funciones, lo mismo que las técnicas, instrumentos y actividades.

De esta manera, con la metodología utilizada para el desarrollo de las funciones y actividades del servicio social, se utilizaron y aplicaron: métodos, técnicas e instrumentos que hicieron posible el cumplimiento de los objetivos planteados en el programa, y desde luego, gracias a la práctica, también se logró observar parte de una realidad social y profesional, además con la ejecución del programa se contribuyó en parte, a cumplir con los objetivos de la institución y lo establecido en el Programa Nacional de Salud 1990-1994.

Asimismo, la metodología utilizada constituyó un elemento necesario para llegar al conocimiento adquirido a través de las actividades desarrolladas, es decir, de la aplicación adecuada de una técnica o método utilizado y siguiendo un procedimiento lógico y apropiado a la naturaleza del trabajo, investigación, programa, etc., dependen los resultados finales.

Ahora bien, particularizando en la metodología utilizada, para la realización de la investigación sociomédica y la participación en las actividades asistenciales, se observaron deficiencias en la aplicación de los métodos adecuados para la realización eficiente de las actividades, como fue el caso concreto de no haber aplicado el método estadístico para el análisis adecuado al tipo de investigación, provocando retraso en concluir satisfactoriamente la investigación, al no lograr dar la explicación que se esperaba de los resultados obtenidos contribuyendo a ello el no saber utilizar los instrumentos disponibles (computadora).

Entendiendo, que el método es una de las partes más importantes de la metodología de Trabajo Social, porque el método específico de cada actividad permite esclarecer los procesos de las actividades.

Así el método estadístico, no sólo nos auxilia a recontar o distribuir la información, sino sobre todo a comprender la profundidad y la combinación de los datos recabados en una

⁴⁷ Ibidem p. 51.

investigación, he aquí la importancia de saber utilizar y aplicar un adecuado análisis, porque de éste depende una buena interpretación.

Otro de los métodos utilizados y esenciales para la metodología de Trabajo Social, es el Método de Caso, y que de acuerdo a la experiencia se observó que éste se aplica y se considera, por el hecho de entrevistar al familiar o paciente que ha ingresado a hospitalización, sin llevar ningún seguimiento de caso, porque sólo se da una breve información sobre los trámites a realizar para su atención.

A pesar de que muchos de los casos presentan problemas de adaptación, desequilibrios emocionales, etc., tanto en los pacientes como en los familiares.

Es aquí, donde el estudio o seguimiento de caso y la orientación, debería ser más amplia, puesto que el método de caso para Trabajo Social, es definido "como un servicio personal proporcionado por trabajadores sociales calificados para los individuos que requieren orientación especializada, para resolver algún problema emocional de readaptación, es una actividad disciplinada, que requiere una plena apreciación de las necesidades del cliente en el lugar que ocupa en su familia"⁴⁸

Analizando lo anterior, la trabajadora social no sólo debe preocuparse por entrevistar al paciente y conocer su problemática e informarle lo que tiene que hacer, sino que también hay que interpretar, descubrir y dirigir las condiciones positivas del sujeto, para debilitar o eliminar las negativas y poder lograr un mayor grado de ajuste y adaptabilidad entre el individuo y su medio circundante.

El trabajador social, debe atender al individuo que está solicitando el servicio para ayudarlo a disminuir las tensiones o problemas emocionales negativas que interfieren en el tratamiento médico y desarrollar sus potencialidades positivas para hacer frente al "stress".

Sin embargo, a pesar del tiempo que se tiene aplicando el método de caso como parte de la metodología aún no se utiliza el proceso que se debe seguir; por ejemplo, como lo define Mary Richdman, o bien la responsabilidad de realizar una cuidadosa y rigurosa investigación mediante un orden sistemático de los problemas que afectan al paciente y que es atendido por el trabajador social, quien deberá hacer y presentar un cuadro biopsicosocial del paciente para que sirva como un medio de identificación de la necesidad de un estudio médico-social más

⁴⁸ Castellanos, Marie C., Manual de Trabajo Social, Ediciones Científicas la Prensa Médica, México, 1969,

profundo y la apreciación de disfunciones físicas o emocionales observadas en determinados casos de paciente o en los miembros de su grupo familiar.

Por lo anterior, se puede decir que una eficiente y oportuna intervención del trabajador social sirve para facilitar al paciente y a los miembros de su familia los servicios especializados que pueden proporcionar los medios de prevenir un posterior desarrollo o agravamiento de un proceso crónico de enfermedad.

Con respecto a las técnicas utilizadas, se comenta que no se observó mayor dificultad, sin embargo, si se toma en cuenta al concepto de que la técnica, es un sistema de objetos y procedimientos creados por el hombre para la realización de sus actividades.

De tal manera, nos damos cuenta que Trabajo Social, sólo ha adoptado técnicas, sin lograr una transformación más actualizada, porque la técnica se debe de crear y actualizar con base en el conocimiento de la actividad, mientras que a Trabajo Social no se le han observado grandes cambios en su metodología, cuando es indispensable para una superación cada vez mayor de Trabajo Social.

Así, una de las principales técnicas utilizadas por Trabajo Social en sus actividades, es la entrevista y la observación, las que constituyen una de las fuerzas más enriquecedoras para el conocimiento real y práctico de Trabajo Social, puesto que la observación auxilia todo y cada una de las actividades, cosas, personas, actitudes, etc., permitiendo fundamentar datos o información valiosa que en ocasiones no es posible tener de otra forma, más que a través de la observación.

La observación, puede definirse como "el uso sistemático de nuestros sentidos, en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación, dicho de otro modo, observar científicamente, es percibir activamente la realidad exterior, orientándonos hacia la recolección de datos previamente definidos, como de interés en el curso de una investigación".⁴⁸

Mientras tanto la entrevista, permite ser fuente de conocimientos cuantitativos y cualitativos sobre diversos problemas sociales en lo general, y en lo particular del paciente y su familia, porque hablando de la entrevista no estructurada, es una actividad común para la comunicación verbal del ser humano, puesto que es una conversación entre dos o más personas, en cambio, se ha hecho de ella una técnica estructurada que garantiza la precisión, el enfoque, confiabilidad y validez de

⁴⁸ Apuntes Mimeo. México, 1993.

la conversación que puede ser dirigida o no dirigida, las ventajas y desventajas de la entrevista están condicionadas a la habilidad para entrevistar y establecer la relación profesional, unida a la aptitud para abordar un caso con la experiencia vivida y los recursos de la institución.

La habilidad para entrevistar, se basa en una actitud profesional, en el respeto a la persona y en el deseo de ayudar a quien lo necesita.

En la investigación, la entrevista es el cimiento de todo estudio y programa en general, ya que se trata de la fase en que se reúnen datos a través del cuestionario.

El cuestionario es el instrumento indispensable para llevar a cabo la entrevista estructurada, éste debe ser elaborado con mucho cuidado en la redacción, en no hacer preguntas repetidas y complicadas, ni muy largas, debe haber coherencia entre los objetivos, hipótesis y preguntas, esto debe elaborarse, con un previo conocimiento sobre lo que se pretenda investigar.

Además, para la entrevista también se debe tener la capacidad de comunicación con los demás, como un requisito para sentir bienestar y seguridad, para que la persona entrevistada no omita información valiosa para el entrevistador, ya que mucho del éxito de la entrevista depende de características como la habilidad, la identificación, la información clara del asunto o motivo de la entrevista, el estado emocional del entrevistado.

No debe ser laboriosa, debe aplicarse en un ambiente y espacio lo más agradable posible que se pueda, para que el entrevistado sienta confianza de responder a las preguntas sin temor, ya que de los datos obtenidos y procesados, dependerán los resultados de las respuestas, y en mucho la validez científica del trabajo o de la investigación, en la que se observan conclusiones que deberán ser dadas a conocer para propiciar una continuidad en la investigación.

Sin embargo, Trabajo Social sobre este asunto, no ha logrado en su totalidad dar seguimiento a investigaciones que no han sido terminadas, o que por sus conclusiones ameritan el seguimiento que podría ser valiosísimo para el quehacer profesional por un lado, y por otro las conclusiones de una investigación, también motivan, dirigen y podrían exigir soluciones al problema, hecho o situación social, investigado por Trabajo Social.

Ahora bien, relacionando lo anterior con la experiencia vivida en el proceso de la entrevista, aplicada para la investigación, se comenta que es necesario, tener la idea clara del procesamiento de datos o el tipo de análisis que se va a aplicar, y que debe ser de acuerdo al tema de investigación para evitar posibles equivocaciones que alteren todo el trabajo

realizado a la hora de llegar a la interpretación y conclusiones, ya que la entrevista permite la obtención de los datos que serán procesados, para que a partir de ellos sea posible sacar conclusiones que esclarezcan el problema formulado en el planteamiento del problema y cumplir con los objetivos, ya que si no se concluye, de nada sirve todo el esfuerzo físico y gastos económicos, que se hacen por el trabajo realizado.

Con respecto a los instrumentos, se dice que son la parte esencial de un verdadero auxilio para la realización de las actividades en Trabajo Social, porque analizando que gracias a ellos es posible desarrollar y concluir las actividades, ya que son el fundamento de las técnicas, por ser el conjunto de diversas piezas combinadas adecuadamente para ser o ejecutar algún trabajo en el ejercicio de Trabajo Social.

No obstante, parte de las deficiencias que se pudieron haber presentado y observado con respecto a la metodología aplicada, se debe también a la influencia de factores, como la falta de experiencia en funciones como la investigación, lo que obstaculizó saber aplicar adecuadamente los métodos y técnicas a las actividades, a la indiferencia para desarrollar ampliamente y con dedicación actividades como la investigación en Trabajo Social, lo que no permite la trascendencia de esta actividad, y conlleva a un lento desarrollo de la metodología.

Por otro lado, los instrumentos utilizados y disponibles, no siempre están en buenas condiciones para presentar trabajos que dejen ver el profesionalismo responsable y eficiente del trabajador social, influyendo en ellos los recursos económicos destinados a Trabajo Social, incluyendo los salarios otorgados por su trabajo. Estos factores interactúan entorpeciendo el seguimiento de un procedimiento adecuado para establecer una metodología eficaz y específica de Trabajo Social.

Tomando en cuenta lo anterior, y lo que dice el profesor Alfredo Tecla, en su libro Teoría, Métodos y Técnicas en la investigación social, manifiesta que: "la posibilidad de transformar concientemente la realidad o de dirigir los cambios, está en relación directa con la posibilidad de conocer objetivamente esa realidad. Este es el fundamento de la estrecha relación que existe entre la teoría en método y las técnicas que en su conjunto es lo que constituye la ciencia".⁵⁰

" Tecla J., Alfredo. op. cit., p. 11.

Por lo citado, podría decirse que el trabajador social para poder transformar la realidad de los problemas que atiende en la naturaleza de su quehacer profesional, en forma conciente, necesita descubrir el funcionamiento, el mecanismo, las relaciones en y entre los fenómenos que se le presenten y que pueda investigar hasta ser ciencia, para que Trabajo Social pueda definirse como ciencia, y no como una disciplina social, y de esta forma tenga las posibilidades de predecir los cambios y dirigirlos de acuerdo a las necesidades concretas, para ello requerirá de una innovación metodológica propia.

2.4 ANALISIS DE LA FORMACION PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL, TOMANDO EN CUENTA LA EXPERIENCIA.

En atención al hecho, de que el servicio social constituye una instancia, donde el pasante todavía adquiere una enseñanza en su parte termina de profesión, por ser el momento en que aplica los conocimientos teórico-metodológicos, habilidades, destrezas y aptitudes obtenidos y cultivados durante su formación profesional, porque los pasantes se vinculan operativamente a las instituciones que les brindan la oportunidad de poner en práctica los elementos de su formación profesional y las funciones y actividades que llega a realizar.

Sin embargo, se manifiesta que el conocimiento que se obtiene a nivel teórico-metodológico en su salón de clase no tiene la suficiente vinculación con la aplicación práctica en determinadas actividades o en situaciones sociales presentadas en una realidad social, en parte porque no hay una total correspondencia entre las materias teóricas y la práctica, puesto que al ejercer la profesión se dificulta aplicar el conocimiento teórico-metodológico que se obtuvo en el aula como estudiante.

Además se pudo observar, que dicho conocimiento, en parte no corresponde al desarrollo científico y tecnológico de las instituciones, ni a dar soluciones a las necesidades o problemas en el aspecto social, atendido por Trabajo Social.

Ahora bien, no corresponde al desarrollo científico, porque no se lleva a cabo la rigurosidad o el proceso sistemático preciso, y sobre todo continuo en la metodología en que se apoya Trabajo Social para ejercer su profesión, y tecnológicamente porque el trabajador social no es capacitado constantemente sobre las novedades en instrumentos de trabajo, por lo tanto, en muchos aspectos no hace uso de estos, o lo hace muy deficientemente.

En lo que respecta a las necesidades o situaciones problemáticas de índole sociofamiliar, económico, cultural, emocionales, etc., Trabajo Social a pesar del empeño que muestra para atender los problemas sociales, referidos de la población atendida, en realidad no aporta las suficientes soluciones como

investigación sociomédica, enfatizar en la formación de grupos, desarrollar dinámicas de integración, llevar a cabo pláticas utilizando técnicas e instrumentos que propicien la participación en confianza y voluntaria de los integrantes de algún grupo o persona que solicite los servicios de Trabajo Social, para manifestar algún desahogo emocional al sentirse presionados, por ejemplo para pagar por los servicios otorgados al enfermo y preocupados por el padecimiento del paciente.

En fin, es indispensable buscar estrategias que realmente muestren la dinámica de Trabajo Social en los servicios de salud, por un lado, y por otro se puede decir que en su mayoría las actividades y soluciones que Trabajo Social puede aportar, están determinadas por la institución, por los recursos disponibles y el mismo interés del Trabajador Social, significando dependencia para que este pueda cumplir con sus propósitos desarrollando actividades solamente de apoyo con pocas y reales soluciones a los problemas sociales específicos, que le competen a Trabajo Social, implicando un limitado fortalecimiento en el quehacer profesional, además por diversos y muy variados aspectos, tales como:

- La carente integración a nivel operativo entre las materias de teoría y la práctica, no permitiendo un buen desenvolvimiento de la pasante en las funciones y actividades que se llevan a cabo por el departamento de Trabajo Social.

- El proceso de enseñanza-aprendizaje obtenido en el salón de clase, está más orientado al repaso de las lecturas y elaboración de resúmenes que tienen valor significativo en la calificación cuantitativa, sin hacer evaluaciones cualitativas donde se obligue al alumno, en forma individual a proporcionar explicaciones aplicativas a una realidad, y haga análisis críticos directos entre alumno y maestro, o frente al grupo, que podrá cuestionar al ponente para que así se pudiera valorar un verdadero aprendizaje teórico, para que el alumno pueda ir a aplicar sus conocimientos teóricos a hechos prácticos y reales con seguridad, optimismo, deseo de superación constante y actualizarse para que cada vez elabore y ejecute mejores programas de trabajo.

Con el escaso estudio o análisis que se desarrolla durante la formación profesional de la metodología específica de Trabajo Social, tanto a nivel teórico como práctico no es posible trascender o innovar en la metodología, porque al estudiante se le forman criterios muy limitados para saber aplicar y utilizar los métodos, técnicas e instrumentos adecuadamente para las actividades, además la preparación del estudiante, en este punto

tiene poco ligamento con las diversas posibilidades de aplicar la metodología en las funciones y actividades concretas, lo que afecta en mucho la posibilidad de obtener especificidad de Trabajo Social.

Asimismo, durante la formación profesional se hace énfasis en la enseñanza de la investigación y planeación, pero surge nuevamente el problema de que el alumno solamente intenta hacer investigación trabajando en equipo y sin concluir las, lo que implica que cuando se enfrenta a la práctica en forma independiente, se sienta dificultad para hacerla, porque siente carecer de bases, de elementos prácticos necesarios para sacar adelante su trabajo personalmente, restando interés en volver a hacerlo por sí mismo, sintiendo más facilidad y menos complicación, solamente participar en la elaboración de algunas investigaciones o proyectos de algún otro profesionista que requiera de apoyo para aplicar entrevistas o encuestas.

Lo anterior permite fundamentar, que la formación profesional debe ser determinada por la especificidad de la profesión, es decir, no dar "probaditas" de diferentes materias en cada semestre, porque esto no permite asimilar un conocimiento teórico específico de cada área en la que Trabajo Social desarrolla su quehacer profesional.

CAPITULO III

3. BALANCE DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

El desarrollo de este capítulo, tiene el interés de presentar una evaluación sobre las funciones y actividades llevadas a cabo durante el servicio social en el Servicio Clínico de Pediatría (7-A), en coordinación con el Departamento de Trabajo Social del INER, tratando de identificar elementos positivos y negativos que interaccionaron en el desarrollo de las funciones y actividades programadas y llevadas a cabo durante el servicio social.

Las funciones y actividades programadas en general, se llevaron a cabo dentro del tiempo estimado, siguiendo los procedimientos, políticas y objetivos que establece la Institución y el mismo programa de servicio social elaborado por la pasante.

Las actividades se realizaron, dentro de un medio ambiente adecuado para que la pasante interviniera en actividades propias al perfil profesional de Trabajo Social, surgiendo una relación agradable con el personal del Departamento, observándose cooperación, comunicación, dando confianza para iniciar y desarrollar las actividades que el Departamento de Trabajo Social en el INER asignó, tomando en cuenta el programa de servicio social, con esto la pasante mostró y adquirió habilidades, destrezas y actitudes ante la entrevista y el trato directo con el paciente y familiares sintiendo y observando aspectos de angustia, ansiedad, y preocupación, así mismo se pudo sentir la necesidad de realizar investigación, por ello en el punto siguiente se hace referencia a la trascendencia de la investigación sociomédica.

3.1. BALANCE AL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA REALIZADA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

La investigación sociomédica realizada, tuvo una trascendencia de considerable importancia para la experiencia de la pasante, porque a través de ella se logró:

- Caracterizar el tipo de familia a la que pertenecen los pacientes con diagnóstico de asma bronquial infantil que fueron hospitalizados en el Servicio Clínico 7-A del INER, del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993.
- Comparar las características sociofamiliares de los pacientes con asma bronquial y las de los pacientes que no son asmáticos para saber si existen diferencias entre las familias de estos pacientes.
- Conocer la adaptabilidad y cohesión de la familia con un miembro asmático.

Al mismo tiempo, y a pesar de algunas dificultades o limitaciones que ya fueron consideradas en el capítulo II, se pudo dar cumplimiento a los objetivos y metas del programa de servicio social, al igual que cumplir con objetivos del

Departamento de Trabajo Social y de la misma Institución, al ser uno de sus mayores propósitos dar impulso a la investigación, porque a su vez constituyo una forma de conocer más ampliamente los problemas o situaciones de índole social que enfrenta la sociedad representada en los pacientes que atiende Trabajo Social en el Servicio Clínico 7-A del INER, ya sea a nivel individual o familiar.

Se enmarca un alcance de la investigación, en la caracterización de algunos factores causantes o que influyen en el estado físico-mental del paciente, y a su vez alteran el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del mismo.

Sin embargo, y desafortunadamente, el desarrollo de la investigación se sintió complicado no pudiendo concluir la satisfactoriamente, en parte porque no se tiene la experiencia práctica que refuerce los conocimientos teórico-metodológicos adquiridos durante la formación profesional, es decir se tiene el conocimiento teórico pero no la práctica por lo tanto es difícil aplicar la teoría en la práctica sobre todo cuando se realiza por primera vez esta función de investigación.

Por otra parte, en Trabajo Social no es frecuente ni reconocido, porque aún no se tiene desarrollado algún programa específico de esta función dentro del Departamento de Trabajo Social en el INER, que pudiera generar experiencia práctica, o bien estimular u "obligar" al trabajador social para que muestre el interés y dedicación a esta función que es indispensable en una profesión como Trabajo Social.

Ahora bien, es inexplicable darse cuenta que Trabajo Social enfoca prácticamente todas sus actividades para dar atención a los problemas socio-económicos, familiares, culturales, etc. del paciente y que siempre termine unicamente describiendo o caracterizando los problemas en una visión solamente descriptiva y poco analítica de la población atendida en el servicio sin poner mayor interés ni profundizar la vinculación existente entre lo médico y lo social.

Por otro lado, la experiencia que se tiene a través de la colaboración o participación de Trabajo Social en proyectos de investigación de otras áreas, debería ser retomada para que éste logre tener su propio programa de investigación y aplicar su propia metodología (por ejemplo, seguimiento de caso); se enfatiza en esto porque existen errores por falta de conocimientos prácticos que no permiten presentar resultados de investigaciones hechas por Trabajo Social con toda la rigurosidad científico-social.

Otro aspecto que no permitió la satisfactoria realización de la investigación, fue que en ocasiones la coordinación que se tuvo con la trabajadora social adscrita y que colaboró en la investigación, se mostró inestable e insegura de continuar colaborando, mostrando deficiencia en el trabajo, repercutiendo esto en la calidad del mismo.

Otro factor que podría medir la importancia de la investigación en Trabajo Social, es la etapa relacionada al procesamiento de datos para su análisis e interpretación, por ser una de las etapas más importantes porque de esta depende la validez de lo que se haya podido comprobar.

Por esto, el que no se sepa establecer un método de análisis adecuado al tipo de investigación, se llega a errores que hagan perder la validez científica de una investigación, provocando preocupación y decepción al sentir impotencia por un lado al no poder identificar satisfactoriamente las situaciones sociales de índole conflictivo, que afectan la salud siendo el interés de la investigación.

También, se observó incapacidad y desconocimiento práctico para elaborar un protocolo de investigación específico de Trabajo Social en el INER, donde se cuenta con un comité ético científico formado por personal especializado y dedicado a la investigación, con amplia experiencia dentro de la misma institución, que se encarga de aprobar y desaprobar los protocolos de investigación que son presentados por personal interesado en desarrollar investigación de cualquier Departamento que forme parte del INER.

No obstante, el Departamento de Trabajo Social no mostró algún formato o lineamientos que especificaran la metodología o estrategias de Trabajo Social para realizar su función de investigación cuando se dice que el licenciado en Trabajo Social está preparado para hacer investigación con rigurosidad científica.

Por ello, Trabajo Social en el INER y en la actualidad lucha por establecer lineamientos de trabajo que proporcionen explicaciones que comprueben o se aproximen a la causa, o a la relación que pueda existir entre el padecimiento y los problemas sociofamiliares y económicos etc. del paciente, para establecer aportes que contribuyan a solucionar los problemas y no nada más identificarlos y describirlos para archivarlos sin darles atención para su solución de parte de Trabajo Social.

3.2. BALANCE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SERVICIO CLÍNICO 7-A DEL INER.

Durante el tiempo de participación que se tuvo como pasante en las actividades asistenciales del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias específicas del Servicio Clínico 7-A, se sintió motivación al darse cuenta que Trabajo Social, es una profesión fundamental en los servicios de tercer nivel de atención a la salud, ya que capta prácticamente toda la problemática socio-económica, familiar y de tipo emocional, etc. de la población que acude a solicitar la atención.

Sin embargo, también se pudo observar que el campo profesional, dentro de estas actividades esta ligado a desarrollar todo un proceso de trámites y requisitos administrativos que en ocasiones no dejan desarrollar ni aplicar la metodología específica de Trabajo Social, porque en muchos de los casos los mismos reglamentos y recursos, del servicio se muestran como una barrera para que Trabajo Social avance y crezca en su quehacer profesional.

Por otro lado, tampoco se puede llegar a un total conocimiento porque como se dijo anteriormente no hay investigación constante o seguimiento de caso que profundice el conocimiento, de las causas sociales que alteran el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente, provocando grandes limitaciones en la elaboración y ejecución de programas específicos del servicio que ayudan a prevenir y controlar enfermedades o que ayuden a promover educación para la salud, a pesar de que prácticamente son los propósitos esenciales de Trabajo Social, sobre los que tiene el interés de emprender sus actividades asistenciales, que aún no logran trascender en la Política Nacional de Salud, en la organización y planeación de los servicios de salud como se pretende.

Además, se observo que estas funciones se llevan a cabo prácticamente con bases empíricas de la profesión, porque resulta que el pasante, al enfrentarse o participar en las actividades específicas del servicio, se percató de que existe desconocimiento sobre como se deben realizar las llamadas actividades asistenciales, aprendió a realizarlas a través de la experiencia práctica que fue teniendo, porque insistiendo nuevamente no hay un conocimiento teórico-metodológico adquirido durante la formación profesional de estas actividades.

Es decir, el estudiante no está preparado ni capacitado para llegar a una institución con la seguridad de que si sabe realizar actividades de tipo asistencial, como la elaboración de Notas de Trabajo Social o aplicar el estudio socio-económico, o elaborar pases especiales, citatorios etc. que no muestran significativa relevancia en la organización y planeación de actividades específicas del tratamiento médico-social, ya que el marco teórico-metodológico que se le proporciona al estudiante como enseñanza en un salón de clases es muy general y nada práctico, por lo tanto el pasante no sabe aplicarlo a la realidad práctica, cuando por lo menos debería desarrollar un análisis critico para que a este se le despierten ideas que proyecten innovaciones en esta área de intervención ya que hasta hoy día las actividades asistenciales parecen ser vitales para Trabajo Social en las instituciones de salud como el INER.

Sin embargo, estas actividades se "duermen" para responder al conocimiento y aportes de solución a los problemas sociales.

También fue aspecto de reflexión, darse cuenta que a pesar de tener el contacto directo con la población, conocer y escuchar sus problemas emocionales y necesidades sólo se cumple con describir o dar una respuesta muy breve a los pacientes o familiares quienes se encuentran muy inseguros y preocupados por lo que pasa con el paciente, ya que la concreta respuesta o explicación brindada por de Trabajo Social no deja satisfechos a los familiares o pacientes en sus dudas o preocupaciones porque no se les explica adecuadamente el estado de salud del paciente, el porque se encuentra hospitalizado y no poder quedarse con él durante la noche, ya que son niños, aspecto que preocupa muchísimo a los padres, al mismo tiempo manifiestan inconformidad con respecto a la atención que se brinda en dicho servicio.

Ante esta situación, surge la interrogante de ¿ por qué Trabajo Social no hace algo más que la pura y breve información sobre los trámites y requisitos que deben cumplirse para la atención del paciente ?, para dar respuesta a esta interrogante se considera a la experiencia diciendo que quizá se ha tenido la iniciativa y responsabilidad de establecer programas para amortiguar estos problemas, pero no han tenido éxito considerando un escaso apoyo económico y una limitada disposición y coordinación del personal médico y paramédico, y la participación de la misma población atendida que en ocasiones no colabora de buena voluntad, propiciando que no exista una programación continua en la que se trate de sensibilizar o dar una amplia explicación u orientación de acuerdo al diagnóstico social, el caso del paciente, la situación familiar, o sobre los motivos del porque hay momentos en que la misma enfermedad y reglamentos del servicio no permiten la visita o convivio continuo entre familiar y paciente después de ser hospitalizado.

Se hace referencia a estos aspectos, porque paciente y familiar constantemente hacen preguntas tales como; ¿ por qué no puedo estar con mi hijo si el es un niño y llora mucho sin mí ?, ¿ estará bien atendido o no ?, etc. al mismo tiempo que se escuchan estas preguntas también se observa un agudo desequilibrio emocional tanto en el familiar como el paciente, y si se toma en cuenta, que algunas investigaciones actualmente han demostrado que los desajustes intrafamiliares y psíquicos a nivel individual influyen de manera negativa en las enfermedades y afecta en la pronta rehabilitación del enfermo, y con la breve respuesta o explicación que se proporciona, no se logra tranquilizar al familiar ni al paciente, mostrando una reacción en su conducta negativa de confusión y nerviosismo considerando esta situación, podría decirse que a mayor comprensión sobre la situación de la institución del funcionamiento y reglamentos del servicio y constante información sobre el estado de salud del paciente, menor será la preocupación e inconformidad y dudas del familiar, constituyendo una mejor atención laboral de Trabajo Social.

3.3. BALANCE A LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

De la metodología utilizada para el desarrollo de las funciones y actividades, podría decirse que éstas se adecuaron a los métodos, técnicas e instrumentos que la misma institución proporcionó y que en algunos casos el pasante desconocía provocando obstaculización y complicaciones a la realización eficiente de las actividades, mientras tanto se hizo uso de algunos conocimientos adquiridos en la formación profesional apoyados en el asesoramiento de personal especializado de la ENTS y de la misma institución.

Ahora bien, la metodología comprendió el auxilio de métodos, técnicas e instrumentos y procedimientos que hicieron posible cumplir con los objetivos de las actividades.

Sin embargo, el uso de los métodos se dificultó porque no se pudo elegir y aplicar con exactitud, como ocurrió con el método estadístico para el análisis de datos adecuado al tipo de investigación.

Observando y sintiendo dificultad para lograr la presentación de resultados, al no demostrar lo que se esperaba de la investigación, restando calidad y seriedad al trabajo realizado por Trabajo Social en el nivel de la investigación.

Por otro lado, tenemos al método de caso, que reflejo una gran carencia del seguimiento y profundidad del mismo, en las situaciones sociales que se presentaron, tanto en el paciente como en la familia mostrando superficialidad en la realización del diagnóstico social, para su tratamiento y rehabilitación del paciente, deduciendo que no se aplica como corresponde a la teoría, puesto que se exige a la trabajadora social agilizar trámites y atención a las personas que solicitan el servicio contribuyendo a complicar el seguimiento del caso, pues la trabajadora social se ve en la necesidad de poner mayor atención y rapidez a las actividades de carácter administrativo, no pudiendo establecer un buen diagnóstico social para el seguimiento de caso, de tratamiento y rehabilitación del paciente o familiar atendido por Trabajo Social.

Con el uso de técnicas utilizadas como la entrevista y la observación, también permitieron adquirir y aplicar habilidades y tener la oportunidad de sentir comunicación con los familiares de los pacientes.

Asimismo, con el uso de estas técnicas se logro realizar la investigación de campo para la investigación y desarrollar actividades de tipo asistencial, aun que se observó que no existen en el Departamento de Trabajo Social cambios que modifiquen o complementen la metodología utilizada por Trabajo Social.

Es decir, se aplica una entrevista y observación muy costumbrista, sin tener unos lineamientos u objetivos específicos de lo que se pretende observar o entrevistar ya que se hace en forma muy cotidiana y repetitiva como en el caso de las actividades asistenciales, que siempre se entrevista con las mismas preguntas aunque existan casos diferentes y con necesidades de apoyo y orientación especial por parte de Trabajo Social.

He aquí la necesidad de luchar por el avance teórico y metodológico de la profesión, y más si Trabajo Social quiere ver una mayor trascendencia en las labores que desempeña, en este sentido se puntualiza que el pasante debe entender perfectamente bien los niveles de intervención y su metodología aplicada para cada función o actividad, para que éste también defina si en realidad es lo que quiere hacer o no, puesto que las actividades se desarrollan en función de los métodos, técnicas, e instrumentos, procedimientos y hasta de trámites administrativos implantados de acuerdo a la política social del Estado etc., convirtiéndose en elementos que interactúan en las actividades del quehacer profesional.

Contemplando lo anterior, la metodología permite reflexionar, retroalimentar y sobre todo obliga a actualizarse en conocimientos y capacitarse constantemente para la eficiente utilización y aplicación de métodos, técnicas e instrumentos de Trabajo Social.

CAPITULO IV

4. SUGERENCIAS PARA TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD.

Este capítulo, muestra algunas sugerencias, con el objetivo de retroalimentar la profesión de Trabajo Social en el área de la salud, reiterando que las sugerencias estarán planteadas con base a la experiencia vivida durante el servicio social y a lo desarrollado en los capítulos anteriores.

Es así, como nuestras sugerencias se dirigen a los puntos siguientes:

4.1 SUGERENCIAS SOBRE EL SERVICIO SOCIAL A LA ENTS.

A LA SECCIÓN ACADÉMICA DE SERVICIO SOCIAL.

Por considerar que el Servicio Social, es un aspecto fundamental para la formación del licenciado en Trabajo Social, es que la Sección Académica de Servicio Social, debe poner especial interés y rigurosidad en vigilar las funciones y actividades que el pasante programa para dar cumplimiento a su Servicio Social, esto debe ser mediante una evaluación mensual minuciosa tanto cualitativa como cuantitativa, que el pasante entregara en su informe de actividades mensual, el cual deberá ser acompañado de un análisis y una crítica a sus propios aciertos y errores como pasante y en sí lo que hace Trabajo Social como profesión en la institución patrocinadora donde el pasante cumple con la ejecución de su programa.

Por otro lado, la Sección Académica de Servicio Social, debe proporcionar elementos y programas que motiven al pasante a desarrollar su Servicio Social en instancias adecuadas al quehacer profesional de Trabajo Social, es decir, que el pasante debe sentir la necesidad de llevar a cabo funciones y actividades acordes y dignas de un licenciado en Trabajo Social; además deberá demostrar que realmente desempeña sus labores con responsabilidad, honestidad y sobre todo con una preparación y ética profesional, lo que a su vez permitirá conocer y analizar los diferentes objetivos y políticas sociales con las que Trabajo Social desarrolla sus labores de intervención en una realidad concreta, para que el pasante aprenda a resolver las situaciones conflictivas que se le presenten.

SECCIÓN ACADÉMICA DE EXÁMENES PROFESIONALES.

Considerando que la titulación de un profesionista debe ser lo más rápido posible, para que este no pierda el interés de agilizar su propio trabajo, es que la Sección Académica de Exámenes Profesionales debe desarrollar programas de orientación específica de acuerdo al área en que se desarrollen los trabajos, que permiten la titulación.

Lo anterior, es con el objetivo de que el pasante, con deseos de titularse inmediatamente después de haber concluido sus estudios tenga los recursos necesarios para cumplir con los trámites administrativos necesarios y evitar aquellos que

entorpecen el trámite ya que unidos a ellos se encuentra el proceso teórico-metodológico que se tiene que seguir para la elaboración del trabajo y que resulta un verdadero conflicto cuando no se realiza satisfactoriamente y en muchas ocasiones no es posible superar los problemas de índole administrativo relacionados con el proceso teórico metodológico del trabajo ni siquiera con el asesor.

Así mismo, debe haber una constante y clara coordinación entre el responsable de la Sección Académica de Servicio Social, el Asesor y la Sección Académica de Exámenes Profesionales, para que el pasante dirija sus actividades en esta modalidad de titulación, con certeza, uniformidad en su trabajo, y comunicación con las partes señaladas para el desarrollo teórico-metodológico y práctico del trabajo.

PARA LA VINCULACION DEL ASESOR Y PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL, EN LA MODALIDAD DE TITULACIÓN COMO LA PRESENTE.

Dada la inexperiencia del pasante al integrarse a las funciones y actividades de la institución, es indispensable y de valiosa importancia que el pasante tenga el respaldo de un asesor especializado y con experiencia en el área correspondiente a su Servicio Social, porque constituye una guía básica para un eficiente desarrollo del Servicio Social, ya que éste apoya y aporta elementos teórico-metodológicos, en los casos en que al pasante se le dificulte como resolver situaciones poco familiares para él o bien en aspectos de la metodología utilizada para el desarrollo de sus funciones y actividades específicas, programadas para llevarlas a cabo por el pasante en la institución correspondiente.

PARA LOS FUTUROS PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL.

En virtud de que las funciones y actividades programadas, en ocasiones no se realizan como debiera ser en la institución, por falta de espacio o recursos que faciliten el desarrollo adecuado y satisfactorio de las actividades, es conveniente elegir instituciones que por lo menos propicien la comunicación e integración total del pasante a las actividades específicas de Trabajo Social.

Así mismo, se debe tener el cuidado de conocer el perfil profesional que le ofrece la institución en la que se prestara el Servicio Social, para que se pueda valorar anticipadamente la propia capacidad, habilidad y aptitudes que permitan un desempeño profesional satisfactorio y a su vez el Servicio Social sea una práctica eficiente y productiva tanto para la institución como para la formación terminal del licenciado en Trabajo Social.

El pasante, debe tener el objetivo de llevar a cabo acciones que permitan la aplicación y profundicen el conocimiento teórico-metodológico que fue adquirido en la formación profesional, con

la finalidad de que este reafirme sus propias habilidades, destrezas y actitudes que serán elementos clave para su vida profesional.

Por la importancia que representa la imagen profesional, el pasante deberá tener claro, que la institución requiere de personal bien preparado, capaz de sacar adelante las situaciones sociales a las que, éste se enfrentara, pudiendo ser complicadas y deprimentes económica y moralmente; por esto el pasante debe estar consciente de la responsabilidad, puntualidad y honestidad que deberá presentar en la institución durante el proceso de su servicio social, puesto que es la valoración que dejara para su fuente de trabajo.

4.2 SUGERENCIAS AL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

Se plantean los aportes siguientes al Departamento de Trabajo Social de la institución, por ser el lugar en el que se llevo a cabo el Servicio Social.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

Considerando, que el Departamento de Trabajo Social del INER, está integrado en su mayoría por personal de Trabajo Social de nivel licenciatura, sería interesante que dicho Departamento realice cursos e intercambios constantes de experiencias en aspectos prácticos y teórico-metodológicos con el Departamento de Investigación de la ENTS, con el objetivo de unificar funciones y actividades que retroalimenten los conocimientos y a su vez esto permita, actualización y capacitación constante en beneficio de la profesión en ambas instituciones.

Por la dificultad que se sintió para la elaboración del protocolo de investigación, se sugiere elaborar algún formato o programa específico de Trabajo Social en la investigación sociomédica para propiciar y facilitar el desarrollo de funciones como la investigación sociomédica de Trabajo Social en el INER.

En vista de que la investigación sociomédica es un medio que genera conocimientos que permiten la identificación de los factores causantes del alteramiento en el completo bienestar físico y mental del individuo, se sugiere a Trabajo Social, que esta función se considere como una de las más importantes y necesarias para la planeación, programación, y organización de actividades, puesto que con la investigación sociomédica también se puede trascender en el conocimiento de los problemas de índole social que afectan y alteran el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente.

CONCLUSIONES

1. Haber realizado el servicio social en una institución de tercer nivel de atención a la salud, como es el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, represento una enorme enseñanza teórico-práctica adquirida por la experiencia que se vivió en dicha institución.
2. Trabajo Social es una profesión fundamental en los servicios de tercer nivel de atención a la salud por la participación que tiene, en captar y atender aspectos de índole social que interactúan en el tratamiento y rehabilitación del paciente y población en general que solicita los servicios de salud en el INER.
3. Las actividades asistenciales llevadas a cabo por Trabajo Social, son dependientes de la Política Nacional de Salud, de la misma institución y de los reglamentos del servicio específico en que el trabajador social desarrolla sus actividades, porque éste elabora y ejecuta los programas de actividades de acuerdo a los reglamentos y las políticas de salud que establece la institución.
4. Las actividades del nivel asistencial en salud, son acciones "muy administrativas" y poco analíticas que la trabajadora social realiza y que no permite formar un marco teórico que se convertirá en un respaldo documental para las funciones de Trabajo Social en el nivel asistencial, y posibiliten establecer marcos de referencia para el ejercicio profesional.
5. Con la oportunidad que se tuvo de conocer y sentir aspectos relacionados al estado emocional, a los conflictos sociofamiliares, económicos y de índole cultural entre otros que atiende el Servicio Clínico 7/A, se concluye que el trabajador social no hace uso adecuado del respaldo teórico-metodológico específico de la profesión, para atender y dar solución a las situaciones conflictivas que afectan el tratamiento y rehabilitación del paciente.
6. La investigación sociomédica constituye un proceso que, mediante la aplicación del método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir y aplicar el conocimiento para proporcionar alternativas de solución de problemas concretos que correspondan a Trabajo Social.

7. La metodología aplicada por Trabajo Social, es un aspecto fundamental, para desarrollar las funciones y actividades, con eficiencia y calidad profesional, sin embargo se pudo observar, que carece de la aplicación de un marco teórico metodológico que ayude a reforzar y actualizar sus propias teorías, técnicas e instrumentos y procedimientos que sigue para la realización de las actividades.
8. Se identificó que existe dificultad para llevar a la práctica los conocimientos teórico metodológicos adquiridos en la formación profesional.
9. Los conocimientos teórico-metodológicos adquiridos durante la formación profesional, presentan limitaciones al momento de aplicarlos a la práctica, porque se condicionan por el contexto en que se ejerce la profesión, o bien no se aplican adecuadamente atribuyendo esta deficiencia a la falta de experiencia en algunos casos.

ANEXO I
INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA

SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA
DIVISIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE Y PARAMEDICOS
DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

- "CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE LOS PACIENTES CON ASMA
BRONQUIAL QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN EL INER."

INER, México, D.F. 1993.

CONTENIDO

- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.
- METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.
- CONCEPTUALIZACIÓN
- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.
- DISCUSIÓN.
- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFÍA.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

El interés de realizar una investigación, sobre las características sociofamiliares de los pacientes con asma bronquial, que ingresan al servicio de pediatría del INER, se debe al antecedente de un estudio realizado en el Servicio Clínico de Pediatría durante 1990-1991, titulado "Perfil del Paciente Asmático" en el que se pudo "identificar que de 204 pacientes que ingresaron a dicho servicio 105 fueron casos de asma bronquial representando el 51.4% en relación al total de los ingresos del mencionado período, lo que llamó la atención de este estudio enfocado a los pacientes con asma bronquial a nivel de hospitalización".⁵²

El Departamento de Archivo Clínico de Bioestadística, proporcionó datos de considerable importancia al saber que de enero a junio de 1992, "el asma ocupó el primer lugar de morbilidad en el Servicio de Urgencias con respecto a los demás padecimientos que el Instituto atiende".⁵³

Asimismo, se tiene conocimiento de que el "niño privado de un ambiente familiar adecuado, es vulnerable, no sólo a su salud física sino también en lo referente a su salud mental, su educación y adaptación a la sociedad"⁵⁴

Mientras tanto, los investigadores sociales consideran a la familia como el campo psicológica más importante de un niño: es un refugio, una fuente de afectos, e identidad indispensable para el desarrollo físico mental de un niño. Se hace referencia a la familia por que representa un medio fundamental en las crisis asmáticas puesto que aparecen a menudo después de un traumatismo afectivo y posteriormente el niño sufre sus crisis en condiciones bien determinadas, en presencia o ausencia de una misma persona, en igual circunstancia, sin que nada de esto tenga que ver directamente con el alérgeno.

⁵² Departamento de Trabajo Social, Perfil del Paciente Asmático en el Servicio de Pediatría, INER, México, Junio 1990.

⁵³ Concentrados Mensuales de Morbilidad en el Servicio de Urgencias, Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística, julio 14 de 1992.

⁵⁴ Naciones Unidas, Niños Privados de un Medio Familiar normal, Ediciones: Grijalva Argentina, 1989, 3a edición, p. 19.

"Alergeno es el polvo más frecuente en la génesis del asma bronquial, es mezcla de sustancias de origen animal y vegetal su composición antigénica es muy variable según el lugar de procedencia".⁵⁵

Así, en una de las varias definiciones del asma bronquial, se conceptualiza como "Una enfermedad crónica controlable de las vías respiratorias, cuya característica es la hiperreactividad de los bronquios ante diversos factores, de tipo ambiental, infeccioso, alérgico y emocional que producen la inflamación y obstrucción generalizada de los bronquios en forma transitoria y que en un estado de gravedad severo puede poner en peligro la vida del paciente, cuando presenta insuficiencia respiratoria que limita todo tipo de actividad".⁵⁶

Se entiende por "Hiperreactividad, a la respuesta exagerada y descontrolada, de las vías áreas ante estímulos que en la población normal no tiene repercusiones clínicas, si no que son mecanismos de defensa limitados al tipo y grado de la agresión no causando molestias apreciables".⁵⁷

Sin embargo, el asma bronquial es "Una enfermedad que puede afectar a personas de cualquier edad, el síntoma característico es una respiración laboriosa y una sibilancia durante la fase respiratoria la cual es prolongada y acompañada por una tos seca que produce sólo pequeñas cantidades de esputo mucoso, el asma bronquial ocurre en forma de próximos separados por intervalos asintomáticos, que pueden durar de unas cuantas horas a meses o incluso años, esta enfermedad puede presentarse en forma crónica: los pacientes tienen dificultades respiratorias aun entre los intervalos de los ataques, la enfermedad puede afectar en forma leve o intensa la vida normal del paciente y puede llevarlo a una falla ventilatoria crónica severa".⁵⁸

⁵⁵ Prevención Inmunoterapia Especifica (Hipersensibilización), revista N° 2, México, 1990.

⁵⁶ Clínica de Asma, Guión de Contenido Educativo para el tema: Descendocadenantes de Crisis y su Prevención, Curso Asma-I, INER, México, 1992.

⁵⁷ Chapela M., et.al, Asma Bronquial, Sobre Temas de Patología Respiratoria, INER, Secretaría de Salud, México, 1992, folleto N°4, p. 13.

⁵⁸ Aspectos Epidemiológicos del Asma, Serie Asma-I, México, 1992, p.3, folleto-I.

Tomando en cuenta lo anterior, es importante notificar que el asma se divide en dos grupos: el Asma Extrínseca y el Asma Intrínseca.

"El asma extrínseca se aplica a los casos de crisis asmática desencadenados por unas sustancias externas, llamadas Alergenos que provocan en el organismo la formación de unos anticuerpos que desarrollan una reacción antigénica (anticuerpo) provocando la crisis asmática.

Asma intrínseca se refiere a aquellos caso en que no se pueden identificar alergenios como causantes de la crisis asmática, ni tampoco se producen los fenómenos propios del individuo asmático.

Por lo mencionado, se considera que existe dificultad para determinar con exactitud el factor causante del asma bronquial, sin en cambio hoy en día se ha destacado la importancia de relacionar a la familia en el proceso de diagnóstico y tratamiento de los enfermos dado que la familia es la encargada de conservar en buen estado a los miembros que la integran, el estudio de la familia tiene como raíz el concepto de que el paciente es un síntoma de la patología familiar y a su vez constituye un buen indicador para investigar la adaptabilidad y cohesión familiar en este caso de los pacientes asmáticos del Servicio Clínico de Pediatría del INER.

En este trabajo, se le considero a la familia como el punto clave para prevenir y controlar enfermedades como el asma bronquial infantil, que en una de sus diversas definiciones se le considera como una enfermedad crónica controlable de las vías respiratorias provocada por diversos factores de tipo ambiental, infeccioso, alérgico y emocionales que para nuestro juicio es donde entra la familia por ser el grupo que funciona como un sistema en equilibrio dinámico, puesto que ésta pasa por distintas etapas a las que se debe adaptar y conservar una cohesión en su funcionar dinámico.

Por que en primer lugar una familia cambia a lo largo del tiempo ajustándose y reestructurándose de modo tal que pueda seguir funcionando satisfactoriamente, ya que si no fuera así indudablemente repercutirá en el tratamiento y rehabilitación del enfermo.

Sin embargo, y por razones diversas, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente, responde al stress del desarrollo apegándose en forma inadecuada a nuevas formas de vida desestabilizando su cohesión y adaptabilidad familiar. Estos conceptos permiten evaluar el tipo de familia según su funcionamiento.

La Cohesión mide los lazos emocionales que tienen los miembros de la familia entre si y el grado de autonomía individual que un miembro experimenta en el sistema familiar.

Por otra parte, la adaptabilidad se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan situaciones y tensiones en su desarrollo⁵⁹

Para cualquier familia es de vital importancia conocer el equilibrio dinámico dentro de su sistema por que dentro de éste van surgiendo y modificándose los roles, la comunicación, los límites y las reglas que rigen el sistema familiar, donde todo tipo de tensiones son vividas en su funcionamiento.

También, hay que señalar que las características familiares de los pacientes asmáticos y no asmáticos desde el punto de vista cohesión, adaptabilidad y aspectos sociofamiliares que se muestran en el desarrollo de este trabajo se detectaron utilizando un instrumento (cuestionario) ya validado y utilizado en Estados Unidos a través de un modelo llamado CIRCUMLEX, del cual se tendrán antecedentes en la explicación de la metodología de esta investigación en la cual se determinó en gran medida el tipo de familia a la que pertenecen estos pacientes con los que se llevo a cabo la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Ratificando que el asma es una enfermedad caracterizada por una reactividad incrementada de la tráquea y los bronquios a diversos estímulos y que se manifiesta por un estrechamiento generalizado de las vías áreas, cuya gravedad puede variar espontáneamente o como resultado de una terapia, sin embargo es conveniente mencionar que el asma es conocida desde la más remota antigüedad y que a pesar del tiempo transcurrido y lo progresos científicos alcanzados todavía resulta difícil precisar los factores causantes de esta enfermedad que actualmente se presenta con mayor frecuencia en la población infantil por lo que se ha pensado que existen factores sociofamiliares que pueden influir en el surgimiento del asma bronquial, por ello nos interesa abordar el problema planteando las siguientes interrogantes:

- ¿ Como es la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes asmáticos y no asmáticos ?
- ¿ Existen diferencias de las características sociofamiliares de los niños con asma bronquial y aquellos sin esta enfermedad?
- ¿ Hay relación entre la familia y la presencia del asma bronquial infantil ?

⁵⁹ Riestra H., Padilla H. Sams, A. Evaluación Cooperativa de Cohesión y Adaptabilidad Entre Familias de Pacientes Psiquiátricos y Familias de Estudiantes Universitarios, Psiquis México, 1992, Vol. 1: 19-23.

¿Cuál es la actitud de la familia ante la presencia del asma en un miembro ?

¿Hay relación entre los aspectos socioeconómicos, culturales y el tratamiento del menor con asma bronquial?

¿Cómo es la situación familiar ante la hospitalización del menor?

HIPÓTESIS.

"Las características sociofamiliares de los pacientes con asma bronquial infantil son diferentes a las de los pacientes que no son asmáticos."

OBJETIVOS GENERALES.

Caracterizar el tipo de familia a la que pertenecen los pacientes con diagnóstico de asma bronquial infantil que son hospitalizados en el Servicio Clínico de Pediatría del INER de acuerdo a su cohesión y adaptabilidad familiar.

Relacionar las características sociofamiliares de los pacientes con asma bronquial infantil y las de los pacientes que no son asmáticos para saber si existen diferencias entre las familias de estos pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Conocer la adaptabilidad y cohesión de la familia con un miembro asmático.

Identificar las características sociofamiliares de los pacientes con asma bronquial infantil.

Determinar si los aspectos socio-económicos y culturales influyen en la evolución del asma bronquial infantil.

Contribuir a la elaboración de protocolos de investigación que profundicen el conocimiento de los factores sociofamiliares relacionados con el asma bronquial infantil.

Aportar algunas sugerencias educativas para los padres con hijos asmáticos.

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.

Para efectuar la investigación se siguió un proceso de tres etapas:

- a) Investigación Documental.
 - b) Investigación de Campo.
 - c) Procesamiento y análisis de datos para los resultados.
- a) Investigación Documental.

Comenzó con la elección del área de interés y tema de investigación, planteamiento del problema, para ello se acudió al Servicio Clínico de Pediatría(7-A) para conocer las actividades de este servicio, debido a que atiende la patología de las enfermedades respiratorias infantiles, ahí se consultaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de asma bronquial infantil, para familiarizarse con el problema a investigar.

Posteriormente y alternadamente se acudió a diferentes bibliotecas como a la del Instituto para revisar bibliografía y recopilar información teórica para conceptualizar algunos términos que fueron utilizados para el desarrollo de la investigación, de esta manera en seguida se presentan algunos conceptos y definiciones que apoyaron el desarrollo del trabajo.

CONCEPTUALIZACION.

Como una forma de respaldo teórico con respecto a los conceptos utilizados en el desarrollo de la investigación en seguida se definen algunos términos en relación al trabajo de investigación.

Asma Bronquial

El asma es una enfermedad bronquial que se caracteriza por crisis periódicas de dificultad respiratoria y se manifiesta por falta de aire, fatiga, sibilancias y tos. En efecto el niño que probablemente hasta los días anteriores ha estado gozando de buena salud, comienza bruscamente o de manera paulatina a respirar con mayor frecuencia y en lugar de 20 o 30 respiraciones por minuto que normalmente tiene para respirar con una frecuencia de 40, 60 o más movimientos respiratorios por minuto, es que sus bronquios se han estrechado.

"Los bronquios son los tubos encargados de llevar y traer el aire a la intimidad de los pulmones, el aire pasa a través de ellos habitualmente sin dificultad y silenciosamente, pero los bronquios son elásticos, es decir tienen la capacidad de contraerse y dilatarse, de aumentar o disminuir su calibre, de

hacerse más anchos o más finos según las circunstancias, cuando alguna causa obra sobre ellos y se establece la bronconstrucción el aire entonces pasa a mayor presión, como consecuencia la respiración se hace ruidosa, sibilante y es posible a veces que los padres puedan escuchar la respiración de sus niños aun desde otro dormitorio.

Hiperreactividad Bronquial.

Expresa la reactividad de los bronquios en los asmáticos, que producen respuestas anormales aun que reversibles, ante estímulos normales.

El término hiperreactividad bronquial, describe con mayor precisión el trastorno funcional que persiste a lo largo del desarrollo del asma, aún después de largos períodos de revisión".⁶⁰

Anticuerpo.

"Sustancia específica producida como reacción a al introducción de un antígeno, tiene actividad defensiva solamente contra ese anticuerpo.

Antígeno.

Toda sustancia que introducida en el organismo provoca la formación de anticuerpos.

Hipersensibilidad.

Aumento de la reactividad de un organismo frente a distintas sustancias, es una forma de denominar a la alergia.

Psicosomático.

Se entiende cuando el cuerpo y el espíritu relacionados y tomados en conjunto.

Sibilancia.

Ruido a manera de silbidos producidos por el aire al pasar por los bronquios estrechados".⁶¹

⁶⁰ Chapela M. Rocio, et. al., op. cit., p. 13.

⁶¹ Bustos J. Guillermo, op. cit., p. 132-136.

Familia.

"Desde el punto de vista biológico, la familia se plantea como, la unidad que brinda protección física y biológica.

Socialmente es la unidad que establece relaciones sociales con otras unidades sociales, con otras familias y otros individuos de la sociedad, ejemplo la escuela".⁶²

Dinámica Familiar.

"Es entendida como una colección de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que esta comunidad funcione bien o mal, la manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros, que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión".⁶³

"La familia sin problemas no existe, es decir, en una familia se encontrarán aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto a otro, puesto que la familia esta compuesta de varios individuos diferentes, es imposible para cada uno satisfacer completamente las necesidades de los otros todo el tiempo.

Sin embargo, se dice que una familia funciona normal cuando identifica sus problemas de manera clara, los miembros no dudan en expresar verbalmente su inconformidad o incomodidad cuando una situación difícil llega, se dice mutuamente lo que uno quiere y el otro no quiere y están dispuestos a comprenderse a resolver los problemas en unidad, sin experimentar rencores o resentimientos exagerados.

En una familia patológica, utiliza sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento. En una familia funcional los problemas son vistos como situaciones que afectan a todos los miembros de la familia sin que exista individualismo en los miembros".⁶⁴

⁶² Higashida Hirose, B. Yoshiko, El Hombre como Individuo Social, Ciencias de la Salud, Edit. McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A. DE C.V. México, 1983, p.242.

⁶³ Chagoya B., Leopoldo, Dinámica Familiar y Patología, La Familia, Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México, 1975, p.25.

⁶⁴ Iden. p.25.

"Expresión de Sentimientos: Ternura, en una familia normal los sentimientos positivos son expresados de manera libre, mientras que en la familia patológica los grandes problemas están en la incapacidad de los miembros para pedir y dar el afecto o la atención que tanto unos como otros necesitan.

En una familia normal o funcional cada miembro se ama así mismo, se siente capaz de satisfacer hasta cierto punto las necesidades afectivas de los y sienten también que merecen ser amados. En una familia patológica la poca estima que cada miembro tiene por sí mismo lo lleva a sentirse incapaz de dar afecto o ternura, pensando que no hay ninguna esperanza de ser amado por los otros.

Cólera; cuando en una familia estalla la cólera y las frustraciones de la vida cotidiana invaden el ambiente familiar, los miembros permiten la expresión libre de los sentimientos de disgusto y desacuerdo, tienen la convicción de que nadie será destruido por un pleito temporal.

En una familia patológica, por el contrario, cuando están enojados o frustrados, tratan de ocultarlo, de expresarlo indirectamente, en estas familias existe el temor de una destrucción total de la familia y de sus miembros si se permite la libre expresión de los sentimientos negativos".⁶⁵

"Depresión; toda familia tiene períodos depresivos. El grado de salud o de patología en una familia puede notarse según como enfrenta los períodos depresivos. Si expresan libremente la depresión, lloran juntos y se reconfortan mutuamente, la depresión es resuelta con la depresión, el tiempo y la unidad familiar reforzada después de la crisis.

Incertidumbre; Hay muchas situaciones en la vida que son ambiguas y donde la imperfección humana aparece. Una familia normal tolera esas situaciones, así como los errores que un miembro u otro comete, la familia patológica para evitar la angustia de la incertidumbre empuja a sus miembros a obrar de una manera exagerada, produce así algunas veces trastornos de comportamiento que no habrían aparecido si hubiera sabido esperar.

Individualidad y Dependencia; en este caso los miembros de una familia normal están comprometidos unos con otros, pero no hasta el punto de una dependencia absoluta, fundamentalmente una familia normal reconoce que cada miembro es un individuo con necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes. En una

⁶⁵ Iden, p. 28.

familia patológica las zonas de autonomía están delimitadas y son la causa de pleitos, recriminaciones y manipulaciones.

Disolución Familiar como Meta; Esto es que en una etapa o cierto nivel, el objetivo de una familia normal es disolverse, por que la finalidad de los padres es perder la presencia constante de sus hijos, en vista de que se convertirán en individuos con sus propios puntos de vista ante la vida y formarán nuevas familias de las que serán cabeza, la familia patológica considera un futuro en que no habrá jamás separación, la familia inicial continuará funcionando como si los hijos fueran siempre de la edad preescolar y como si los padres no cambiarán en sus necesidades por la edad. Esto quiere decir que la evolución de una familia normal lleva hacia la separación total, es inevitable un cierto desprendimiento necesario para que los hijos se desarrollen como individuos".⁶⁶

En una familia normal, los padres se separan poco a poco de los hijos, según su crecimiento. En una familia patológica mientras más crezcan los hijos más se angustian y deprimen los padres ante la posibilidad de perder la compañía, el apoyo y la admiración de sus hijos, cuando la relación madre mujer no ha sido tan satisfactoria como cada uno de los cónyuges quería, se vuelven hacia los hijos para encontrar en ellos las satisfacciones que les han faltado en el matrimonio, entonces cuando los hijos comienzan a dar signos de querer abandonar la protección materna o paterna, la angustia de cada uno aumenta y la lucha de los padres para perseverar la dependencia y la compañía de los hijos comienza.

Comunicación.

"Desde el punto de vista de la dinámica familiar, la comunicación entre los miembros se verá que en todas las familias hay muchos mensajes no verbales, secretos que se guardan, a través de los que la familia no habla y momentos en que las personas no comprenden los mensajes de los otros. Si en los momentos de calma los mensajes entre los miembros de la familia son claros y directos, pero en los momentos de crisis cuando todos los miembros están amenazados los mensajes se hacen enmascarados o desplazados, la familia está funcionando de una manera patológica. Una familia con la capacidad de utilizar comunicación verbal, clara y directa en los momentos de crisis es una familia normal.

Roles.

Un rol, es la asignación de funciones o conductas a una persona, éstos pueden ser múltiples, es decir, al mismo tiempo que desempeñamos el rol de hijo o padre, hermano, etc.

" *Ibidem.* p.30.

Una familia funcional, el comportamiento según los roles están bien diferenciados, un padre decide cuáles son sus responsabilidades, las ejecuta y no espera que otro miembro de la familia, asuma su rol o papel para permitirle hacer otra cosa diferente del padre de familia. De la misma manera la madre decide cuál es su rol o papel, que es lo que ella debe de esperar de su marido y de sus hijos y no intenta borrar de manera abierta o clandestina, los límites entre su papel de mujer de madre y los roles de los otros miembros familiares.

En una familia patológica, se observan hijos que funcionan como padres y niñas que funcionan como las amas de casa.

Algunas veces, la mejor manera de funcionar para una familia, es aceptar un cambio temporal de roles, la rígidas en los roles es un signo de patología en la familia. La flexibilidad en los roles es un signo de salud mental familiar.

La familia, representa algo más que un conjunto de individuos, existen formas reguladas en las transacciones de cada uno de los miembros de la familia y entre ésta y la comunidad, con una implicación para la salud y el bienestar de todos, se puede entender a la familia como un sistema interactivo gobernado por reglas, por las que se puede llegar a un equilibrio u homeostasis siempre y cuando no exista rigidez en las mismas".⁶⁷

Homeostasis.

"Define la estabilidad del sistema o su estado de equilibrio, ayudando a los miembros de familia en forma abierta o en forma encubierta, las pautas de comunicación, repetitivas, circulares y predicibles revelan este equilibrio, cuando la homeostasis familiar es precaria los miembros hacen un gran esfuerzo para mantenerla influyendo decididamente el subsistema conyugal en el carácter de la homeostasis familiar. El sistema se encuentra en equilibrio siempre que cada parte lo este en las condiciones determinadas por las otras partes para las cuales tiene que ser aceptable, de manera tal que sus mecanismos internos relativamente automáticos e involuntarios mantienen la unidad a pesar de las presiones producidas dentro y fuera.

⁶⁷ Díaz Curiel, Juan, El Niño Psicossomático y su Familia, Argentina, 1991, p. 120.

Ciclo Vital de la Familia.

Es el proceso cuyo transcurso representa etapas naturales, en las cuales el núcleo familiar sufre modificaciones y debe adaptarse a ellas puede hacerlo dentro de un marco de salud y funcional o adquirir ciertas características de enfermedad o patología".⁶⁸

Tipos de Familias en la Sociedad.

"Familia nuclear: es elemental y esta formada por padres, madres e hijos, este tipo de familia es transitoria por que crece cuando nacen los hijos, disminuye cuando éstos se casan y crecen sus propios hogares y desaparece cuando muere la pareja de casados.

Familia Extensa: incluye más de una unidad nuclear, es decir que en ella hay varias generaciones; abuelos, hijos casados y solteros, hijos políticos y nietos.

Familia Compuesta; En la cual puede haber poligamia o poliandria. En la poligamia el hombre es esposo y padre de varias familias nucleares, en la poliandria la mujer es esposa de varios hombres.

Familias Rígidas; Estas familias suelen funcionar como sistemas cerrados, con dificultades en adaptarse a situaciones nuevas, momentos de cambio (pubertad, cambios de domicilio, trabajo etc.) son vividos con dificultad, tendiendo a mantener y preservar los modelos habituales de funcionamiento, la enfermedad del niño aparece o se agrava en función de que el umbral de tolerancia a los cambios aumente o disminuya, esto hace que la familia se mantenga en un precario equilibrio y en un estado permanente de estrés.

Familias Emocionalmente Desvinculadas; básicamente los miembros de la familia están insatisfechos uno con el otro, puede existir una ira y hostilidad entre ellos, todos los miembros están desvinculados emocionalmente y tienen dificultad para involucrarse como grupo, sin embargo por razones externas, necesidades financieras, expectativas religiosas o sociales, ellos mantienen una asociación mínima como familia pero cada individuo tiene su existencia privada o separada.

⁶⁸ Curso Monográfico, Detección Temprana de Problemas en Salud Mental Infantil, Hospital Psiquiátrico Infantil, Juan N. Navarro, abril de 1991.

Familias Desorganizadas; la familia tiene múltiples problemas en las funciones de grupo que incluyen división de roles, comunicación y organización, la dificultad de roles, es indefinida y confusa, la comunicación es ambigua e inafectiva y la organización es caótica.

Así, la familia como grupo se caracteriza por su desintegración y desorganización.

Familia Sobreestructurada; la familia está regida por un padre perfeccionista que influencia a toda la familia y que hace que toda la familia se oriente básicamente hacia la tarea y se preocupe principalmente con la disciplina y el rendimiento, la familia como grupo tiende a funcionar primeramente con la estructura y a través de orden pero frecuentemente carece de interacción y calidez emocional o afectiva.

Familia Patológicamente Integrada; esta familia se caracteriza por una división de roles, inapropiadamente asignada pero patológicamente balanceada entre los miembros de la familia, aun que el panorama general de la relación intrafamiliar aparece como extremadamente desbalanceado o confuso, la familia como grupo puede funcionar a nivel superficial sin interferir en las actividades".⁶⁹

b) Segunda etapa de la Investigación.

Investigación de Campo, ésta tuvo lugar mediante la entrevista estructurada(cuestionario) en la cual se procedió a establecer una muestra al azar, cuyos participantes fueran familiares de los pacientes hospitalizados, entrevistando a un integrante de la familia de cada paciente de manera voluntaria sin importar sexo, ocupación, lugar de procedencia, ni posición socioeconómica, ser mayor de 15 años, excluyendo a todas aquellas personas que no fueran familiares de los pacientes.

Los pacientes se organizaron en dos grupos: Uno el grupo problema o de estudio(pacientes asmáticos), el otro se tomo como grupo control (pacientes no asmáticos) para su comparación.

⁶⁹ Iden.

Población:

Se captó una muestra de 85 pacientes pediátricos con edades de 0 a 15 años de edad, ambos sexos y hospitalizados en el Servicio Clínico de Pediatría(7-A).

Procedimiento:

De las 85 familias captadas se dividieron en dos grupos con un número igual de pacientes asmáticos y no asmáticos para su comparación. Sin embargo el número máximo de pacientes no asmáticos captados fue de 32 por tal circunstancia fue necesario elegir al azar otros 32 pacientes asmáticos estableciendo la muestra de 64 entrevistas excluyendo a las restantes.

El instrumento(cuestionario) utilizado para la recolección de datos integro tres formatos:

Uno para registrar los datos demográficos, el segundo para identificar datos clínicos y el tercero llamado FACES II, para medir la adaptabilidad y cohesión familiar.

Del instrumento FACES II se tienen referencias como las que a continuación se presentan:

"El instrumento se considera como un modelo para medir la adaptabilidad y cohesión familiar, es un estudio que permite evaluar y conocer el tipo de familia, llamado CIRCUMPLEX, desarrollado en 1976 como una necesidad de integrar los conceptos usados en terapia familiar y otras áreas afines, Olson y colaboradores(investigadores sociales norteamericanos) lograron esta integración mediante la utilización de los conceptos cohesión y adaptabilidad que al combinarse permiten observar el tipo de familia.

La definición de cohesión familiar utilizada en este modelo tiene dos componentes: los lazos emocionales que tienen los miembros de una familia entre sí y el grado de autonomía individual que un miembro experimenta en el sistema familiar.

Las variables específicas que utilizan para medir el grado de cohesión son: independencia, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones.

Por otra parte, la adaptabilidad se define como la habilidad de un sistema familiar para cumplir su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones y situaciones en el desarrollo familiar.

En esta área las variables a medir son: estructura familiar, poder, asertividad y control, formas y estilos de negociación, roles y reglas de relación y retroalimentación, tanto positiva como negativamente.

Para facilitar la identificación de las variables específicas Olson y Col. diseñaron la escala para medir la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES) misma que contaba con 111 reactivos, con siete subescalas de adaptabilidad y nueve de cohesión; posteriormente este instrumento se simplificó quedando 30 reactivos y cuatro subescalas ya referidas (FACES II).

Este instrumento ha sido utilizado en Estados Unidos y en México la doctora Braverman válido la adecuación del instrumento para aplicarse en la población mexicana".⁵²

De acuerdo con lo anterior se determino la cohesión y adaptabilidad de los familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en el INER retomando lo que propone el Modelo Circumplex para clasificar a las familias como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO 1

MODELO CIRCUMPLEX.

COHESIÓN

		BAJA		ALTA		
		FAMILIA	DESVINCLADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
A L D T A P T A C I O J O N	CAÓTICA	Caótica	Desvinculada	Caótica Separada	Caótica Conectada	Caótica Amalgamada
	FLEXIBLE	Flexible	Desvinculada	Flexible Separada	Flexible Conectada	Flexible Amalgamada
	ESTRUCTURADA	Estructurada	Desvinculada	Estructurada Separada	Estructurada Conectada	Estructurada Amalgamada
	RÍGIDA	Rígida	Desvinculada	Rígida Separada	Rígida Conectada	Rígida Amalgamada

Fuente: Psiquis, Vol. 1, No. 2 1992, p. 20 Revista

El esquema indica que las cuatro posibilidades centrales (ver líneas subrayadas) son las que se refieren a un mejor funcionamiento familiar mientras que las otras son las que indican que hay problemas agudos en la familia, es decir si las familias están fuera de los cuatro cuadros centrales son familias

⁵² Riestra M. Padilla Sáenz A., op. cit. p.20.

con problemas para adaptarse a las circunstancias cambiantes en su desarrollo o crecimiento familiar de modo tal que no existe una cohesión ni adaptabilidad satisfactoria, ni en su dinámica familiar ni en el aspecto psicosocial de sus miembros. La capacidad de adaptación por un lado y la tendencia homeostática por otro, son indispensables para conservar el equilibrio dinámico dentro del sistema mismo en un contenido circular.

Es la capacidad de adaptación una transformación constante de interacciones familiares, capaz de conservar la continuidad y cohesión de la familia pero sin impedir el crecimiento de sus miembros.

Así los términos: adaptación y cohesión en diversos modelos de evaluación familiar se sostiene que la función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas. Minuchin basa su modelo estructural en la idea de la familia como un sistema que opera a través de pautas transaccionales; estas son de qué manera, cuando y con quién relacionarse; se basan en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí. Minuchin toma en cuenta las alianzas que se pueden formar, las jerarquías el grado de participación de los miembros y su distribución en el tiempo y en el espacio, entre otros puntos comunes. ²¹

De esta forma, y tomando en cuenta lo escrito, se elaboraron cuadros similares al Circumplex que muestran los resultados finales obtenidos de la entrevista para la investigación, clasificando el tipo de familias de acuerdo a su cohesión y adaptabilidad de los pacientes asmáticos y no asmáticos.

c) Tercera Etapa de la Investigación.

Procesamiento y Análisis de Datos. esta tercera etapa de la investigación se realizó mediante la codificación, ordenamiento y procesamiento de datos elaborando cuadros

estadísticos para la presentación y análisis de resultados, conclusiones y de esta manera integrar y redactar el informe final de la investigación.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Al concluir la investigación y como ya se dijo la muestra incluyó 32 pacientes asmáticos y 32 no asmáticos, entrevistando a un familiar de cada paciente.

De los pacientes asmáticos, el 59.3% son mujeres y el 40.4% son hombres con edades en promedio de 7.4 años y los familiares a quienes se les aplicó el instrumento fueron 25 madres, 5 padres con edades promedio de 34.24 años, 2 abuelas promedio de edad 56 años y 2 tías con edades promedio de 33 años.

En lo que respecta a los pacientes no asmáticos, el 46.8% fueron mujeres y el 53.1% fueron hombres con edades en promedio de 4.1 años, los familiares fueron 24 madres, 4 padres con edades en promedio de 30.8 años, 2 abuelas edad promedio 58 años, 1 hermana 29 años, 1 tía materna.

CUADRO 2.

PACIENTES

	ASMÁTICOS		NO ASMÁTICOS	
SEXO	Mujeres	59.3%	Mujeres	46.8%
	Hombres	40.6%	Hombres	53.1%
EDAD PROMEDIO DEL PACIENTE	Años	7.4	Años	4.1
FAMILIAR	Madres	76.1%	Madres	75%
	Padres	15.6%	Padres	12.5%
	Abuelas	3.12%	Abuelas	6.25%
	Tías	3.12%	Hermanas	3.25%
			Tías	3.25%
EDAD PROMEDIO DEL FAMILIAR	Padres	34.24	Padres	30.8
	Abuelas	56	Abuelas	58
DIAGNÓSTICO	Asma bronquial	50%	Otro diagnóstico	50%

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A INER.

Insistiendo, que la muestra para esta investigación fue de 64 entrevistas de los también 64 pacientes, dividiendo esta muestra en 32 para los pacientes asmáticos y 32 para los no asmáticos.

Así en el cuadro 3-A, se incluye la distribución de las familias de los pacientes asmáticos indicando que de las 32 familias de estos pacientes, solamente 13 de ellas presentaron una cohesión y adaptabilidad alta, esto representa un 40.6% de este grupo al clasificarse en los cuatro espacios centrales del cuadro 3-A, es decir hay 2 familias que son flexiblemente-separadas, 5 flexiblemente-conectadas, 4 estructuralmente-separadas, 2 estructuralmente-conectadas (espacios centrales del cuadro 3-A).

CUADRO 3-A

CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS

C O H E S I O N

	BAJA			ALTA
FAMILIA	DESINTEGRADAS 5 fem. * calif. 56.1 ó 56.9 ó menor	SEPARADAS 11 fem. calif. 57.0- 65.0	CONECTADAS 13 fem. calif. 65.1 - 73.0	AMALGAMADAS 2 fem. calif. 73.1 ó menor
A L D T A P T	CAÓTICAS 9 fem. * calif. 56.1 ó mayor	2 Familias caoticamente separadas	5 Familias caoticamente separadas	2 Familias caoticamente amalgamadas
B C	FLXIBLES 8 fem. calif. 50.1 - 56.0	1 Familia flexiblemente desintegrada	2 familias flexiblemente separadas	5 Familias flexiblemente conectadas
A I C J O	ESTRUCTURADAS 8 fem. calif. 44.0 - 50.0	2 Familias estructuradamente desintegradas	4 Familias estructuradamente separadas	2 Familias estructuradamente conectadas
A N	RÍGIDAS 7 fem. calif. 43.9 ó menor	3 Familias rígidamente desintegradas	3 Familias rígidamente separadas	1 Familia rígidamente conectada

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A DNER.

Nota * Indica la calificación del instrumento Fases II, de acuerdo a una escala para medir la cohesión y adaptabilidad familiar.

Las clasificaciones centrales significan que existen buenas relaciones emocionales entre los miembros, con un buen grado de autonomía individual que algún miembro experimenta en el sistema familiar, esto es de acuerdo a lo que mide y define la cohesión.

En lo que respecta a la adaptabilidad, estas familias reflejan facilidad para cambiar o modificar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones que afectan al desarrollo. Esto refiere un buen funcionamiento familiar. Sin embargo en el cuadro se observa que de las 32 familias 19 clasificaron para ubicarse en los espacios que refieren la existencia de problemas agudos representando el 59.3% de estas familias, es decir se ubicaron como familias caoticamente-separadas, caoticamente-amalgamadas, conectadas y rígidamente-desintegradas, rígidamente-separadas, en niveles bajos, esto nos demostró que hay conflictos que dificultan la existencia de buenas relaciones familiares, que no hay un buen grado de autonomía individual que algún miembro experimente en la familia, con esta valoración se puede decir que es muy probable que los problemas familiares interfieran y perjudiquen el estado emocional de estos pacientes, manifestándolo a través de su enfermedad, porque además hay un mal funcionamiento en las coaliciones o alianzas, en el espacio y tiempo que delimitan el desarrollo del sistema familiar tomando en cuenta la etapa de procreación familiar, las funciones naturales, porque es dentro de la familia que el ser humano tiene su origen y puede satisfacer sus necesidades básicas para subsistir, desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante, dado que la familia

vista como institución y grupo primario presenta en la sociedad funciones universales; como el sustento económico, la regulación sexual, la reproducción, la función educativa y socializadora, la de desarrollo y equilibrio emocional que proporciona ánimo, amor y cariño, otro aspecto importante del funcionamiento familiar es el ciclo vital de la familia que designa las etapas naturales en las que el núcleo familiar sufre modificaciones y debe adaptarse a ellas en un contexto de salud o bien con características disfuncionales.

Otro aspecto que interacciona en la dinámica familiar es la aceptación o negación de los amigos, la toma de decisiones por las que se rige o gobierna la familia en los intereses y recreaciones, necesarias para que una familia evolucione adecuadamente ya que esto permite un mayor integramiento familiar, en términos generales podría decirse que las familias de los pacientes asmáticos están inmersas en una dinámica familiar desfavorable para ser el hogar en que viven los pacientes con asma bronquial.

En el siguiente cuadro 3-B, se puede ver la distribución de las familias con pacientes no asmáticos, observando que de las 32 familias tomadas como muestra para este grupo únicamente fueron 7 las que presentaron una cohesión y adaptabilidad alta siendo el 21.8% de la muestra, ubicando a dos familias flexiblemente-separadas, 2 flexiblemente-conectadas, 3 estructuralmente-separadas, esto refiere un adecuado funcionamiento en estas familias, al establecerse en los espacios centrales del cuadro 3-B.

CUADRO 3 - B

CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES NO ASMÁTICOS

C O H E S I Ó N

BAJA

ALTA

A L D A P T A B I L I D A D	C O H E S I Ó N			
	FAMILIA	DESINTEGRADAS 15 fam. calif. 56.9 ó menor	SEPARADAS 7 fam. calif. 57.0 - 65.0	CONECTADAS 8 fam. calif. 65.1 - 73.0
CAÓTICAS 7 fam. calif. 56.1 ó mayor		1 Familia caoticamente separada	5 Familias caoticamente conectadas	1 Familia caoticamente analgamadas
FLEXIBLES 5 fam. calif. 50.1 - 56.0	1 Familia flexiblemente desintegrada	2 Familias flexiblemente separadas	2 Familias flexiblemente conectadas	
ESTRUCTURADAS 7 fam. calif. 44.0 - 50.0	3 Familias estructuralmente desintegradas	3 Familias estructuralmente desintegradas		1 Familia estructuralmente conectada
RÍGIDAS 13 fam. calif. 43.9 ó menor	11 Familias rígidamente desintegradas	1 Familias rígidamente separada	1 familia rígidamente conectada	

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A DNER.

Estos resultados muestran a 25 familias de las 32 como conflictivas, es decir el 78.12% del total de este grupo se ubicaron en los espacios que indican una cohesión y adaptabilidad problemática al observar un porcentaje significativo del 34.37% de familias rígidamente desintegradas, esto nos dice que funcionan como sistemas cerrados y con dificultades para adaptarse a situaciones inesperadas o nuevas (cambios de domicilio, de trabajo, enfermedad o muerte de algún miembro, etc.) estos aspectos son vividos con dificultad tendiendo a mantener los modelos habituales de funcionamiento sin tomar en cuenta los cambios, haciendo que la familia se mantenga en un precario equilibrio y en un estado permanente es estrés, provocando que los miembros de la familia estén insatisfechos unos con otros, pudiendo existir ira y hostilidad entre los miembros que se encuentran desvinculados emocionalmente teniendo dificultad para involucrarse como grupo, adquiriendo una asociación mínima como familia pero cada individuo tiene su existencia privada o separada. También se observaron a 5 familias caóticamente conectadas y 3 estructuradamente desintegradas, deduciendo que este tipo de familias tienen múltiples problemas en las funciones de grupo que incluyen división de roles, comunicación y organización, especificando que la diferencia de roles, es indefinida y confusa, la comunicación es indirecta y poco afectiva, la organización enmarca un estado de desintegración.

De lo anterior, se resume que los problemas o situaciones negativas existentes en este tipo de familias son muy difíciles de resolver por sí mismas por lo tanto se da un funcionamiento familiar bastante nocivo e incómodo para un niño o algún miembro sensible a los problemas o bien cuando hay un enfermo al que afecta aún más porque su estado emocional es más irritable e inseguro perjudicando a su tratamiento y rehabilitación del enfermo, se hace referencia a estos aspectos porque se ha considerado a la familia como uno de los más importantes factores que interaccionan entre la enfermedad y el completo bien estar físico y mental del individuo. Por otro lado existen las características sociofamiliares como la escolaridad, el lugar de procedencia, la vivienda y los servicios con los que cuenta esta, entre otras características.

Ahora bien, para dar respuesta a otra de las interrogantes del planteamiento del problema y por la importancia que tienen aspectos como el lugar de procedencia, vivienda, escolaridad, etc. para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del enfermo y sobre todo para el buen funcionamiento de la familia se considero apropiado dar a conocer los resultados captados a través de la entrevista en los cuadros siguientes:

En el cuadro 4, se pudo observar el lugar de procedencia y que al hacer comparación entre los pacientes asmáticos y no asmáticos podemos ver que el 71.87% de los asmáticos son procedentes del D.F. y el 59.37% de los no asmáticos, otro dato

que llamo la atención fue que no se registro ningún paciente asmático de algún otro estado de la república mexicana más que del Estado de México y solamente dos de otros estados que no fueran del Estado de México en los pacientes no asmáticos.

CUADRO NO 4:

PROCEDENCIA.

PACIENTES

ASMÁTICOS		NO ASMÁTICOS	
D. F.	71.87%	D. F.	59.37%
ESTADO DE MÉXICO	28.12%	ESTADO DE MÉXICO	34.37%
		VERACRUZ	3.12%
		ENSENADA	3.12%

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A INER.

Como se puede ver, más de la mitad de los pacientes son ingresos a hospitalización procedentes del D.F., siendo una zona bastante contaminada, y que al relacionar los resultados, es muy posible que se deba a lo que numerosos estudios han demostrado al asociar la contaminación atmosférica y el desencadenamiento de las crisis asmáticas, los pacientes con problemas respiratorios agudos, en especial los asmáticos por ser más susceptibles a los alérgenos y con ello menos tolerantes a una atmósfera contaminada.

Otro punto captado, fue la escolaridad tanto del paciente como del familiar de ambos grupos, y al hacer comparaciones en el cuadro 5 se observan diferencias y semejanzas tal vez no de mucha importancia, sin embargo en otras investigaciones se ha comprobado la relación que existe entre la escolaridad y el padecimiento porque son frecuentes los problemas de escolaridad por la inasistencia debido al malestar que siente el niño y por el temor de los padres a que se baya a poner mal el hijo asmático y a su vez el paciente cuando acude a la escuela empieza a tener frecuentes recaídas, sin embargo en este cuadro sólo se pretende comparar resultados para conocer mejor a este tipo de pacientes y sus familias, a través de las cifras observadas en el cuadro siguiente.

CUADRO 5

ESCOLARIDAD PACIENTES ASMÁTICOS

PACIENTE	PREESCOLAR	37.5%	
	PRIMARIA	28.2%	
SECUNDARIA	18.74%		
S/ESCOLARIDAD	15.62%		
FAMILIAR	PADRE	15.62%	MADRE 25%
	PRIMARIA	34.37%	40.62%
	SECUNDARIA	21.87%	25%
	NIVEL MEDIO SUPERIOR		
	PROFESIONAL	16.75%	15.62%
	OFICIO	9.37%	6.25%

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A INER.

CUADRO 6

ESCOLARIDAD
PACIENTES NO ASMÁTICOS

PACIENTES	ESCOLARIDAD	%	
	Preescolar	21.87	
Primaria	9.37		
secundaria	3.12		
s/escolaridad	62.65		
Educación Especial	3.12		
FAMILIAR	ESCOLARIDAD	PADRE %	MADRE %
	Primaria	9.37	18.75
	Secundaria	31.52	43.37
	Nivel Medio Superior	25	12.5
	Profesional	9.37	12.5
	Carrera Técnica	6.25	
S/Escolaridad	3.12		18.75
			00000

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A INER.

De los porcentajes observados se pueden notar los datos más representativos como el de; SIN ESCOLARIDAD, que muestra un 15.62% de los asmáticos y un 62.5% de los no asmáticos, se hace la aclaración de que los pacientes no asmáticos son de más corta edad con un promedio de 4.9 años, con respecto a los asmáticos de 7.6 años de edad por lo que se observa una considerable diferencia en la escolaridad primaria y secundaria. En referencia a la escolaridad del familiar se denotan semejanzas aun que existen algunas diferencias mínimas en los resultados observados.

Otros datos familiares que se captaron y se presentan en el cuadro 6 para saber de que familia se trata; NUCLEAR, EXTENSA, INCOMPLETA, NÚMERO DE MIEMBROS, PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO, etc., esto por ser elementos que dan pie para conocer la estructura familiar, denotan rasgos de como interaccionan los miembros, como se relacionan, cuando, con quien de que forma, estos aspectos ayudan a entender y diagnosticar mejor la adaptabilidad y cohesión familiar y a su vez determinar de que familia se trata desde la perspectiva funcional o disfuncional: Las familias funcionales son aquellas en donde los roles son flexibles, aceptados, complementarios, satisfactorios, intercambiables en condiciones de requerimiento o crisis, son claros, a su vez debe haber una comunicación clara y directa, congruente confirmada y retroalimentada.

En las familias disfuncionales se ven elementos tales como: la rivalidad, la ambigüedad, la competencia, no hay aceptación, hay rigidez, no complementariedad y contradicciones entre los miembros y no hay comunicación adecuada, es lo contrario de la funcional.

CUADRO 7

DATOS FAMILIARES.

P A C I E N T E S

	ASMÁTICOS		NO ASMÁTICOS	
TIPO DE FAMILIA	Incompleta Nuclear Extensa	18.25% 56.25% 25.00%	Incompleta Nuclear Extensa	18.25% 53.12% 28.12%
Nº DE MIEMBROS EN PROMEDIO	4.93		4.12	
ANTECEDENTES FAMILIARES	Alcoholismo Tabaquismo	9.37% 28.12%	Alcoholismo Tabaquismo	12.05% 12.05%
	Alcoholismo, Tabaquismo y Pandillerismo Ningún antecedente	37.5% 25.00%	Alcoholismo, tabaquismo y pandillerismo Ningún antecedente	28.19% 46.87%

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 a THER.

Los resultados del cuadro muestran para los pacientes asmáticos un satisfactorio porcentaje del 56.25% de familias nucleares y un 53.12% para los no asmáticos, consideradas como las mejor funcionales, integradas por padres e hijos, desde luego esto no significa que estén libres de situaciones conflictivas.

Así mismo, se registraron familias que viven con problemas de tabaquismo, pandillerismo y alcoholismo en un 31.25% (pacientes asmáticos), y un 28.12% (pacientes no asmáticos), otro dato que llama la atención, es que se registro un promedio de 4.93 miembros en las familias de los pacientes asmáticos y de 4.12 en los no asmáticos, al relacionar estos datos con el promedio de dormitorios (cuadro 7) que es de 1.90 para los asmáticos y de 1.75 para los no asmáticos, significando que mas de cuatro personas comparten un dormitorio.

CUADRO 8

**DATOS DE LA VIVIENDA
P A C I E N T E S**

	ASMÁTICOS		NO ASMÁTICOS	
TERENENCIA	Prestada Propia Rentada	43.75% 31.25% 25.00%	Prestada Propia Rentada	56.25% 15.62 28.12%
TIPO DE CONSTRUCCIÓN	Mampostería Mixta(lamina, cartón,concre- to, etc.)	68.75% 31.25%	Mampostería Mixta(lamina, cartón,concreto, etc.)	62.5% 37.5%
TIPO DE PISO	Cemento Loseta Tierra	68.75% 28.12% 3.12%	Cemento Loseta Tierra	71.87% 25.00% 3.12%
CLIMA DE LA CASA	Cálido Húmedo Frio	43.75% 31.25% 25.00%	Cálido Húmedo Frio Caliente	43.75% 25.00% 28.12% 3.12%
Nº DE HABITANTES EN PROMEDIO	4.18		3.71	
Nº DE DORMITORIOS EN PROMEDIO	1.90		1.75	

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A IBER.

Las características de la vivienda y su ambiente familiar son aspectos que están en función uno con el otro relacionándose en parte con los padecimientos por problemas respiratorios en especial los asmáticos, a pesar de que los resultados del cuadro muestran mas semejanzas que diferencias al comparar los porcentajes de los dos grupos de pacientes.

El interés de conocer otras características de la vivienda como los servicios con los que cuenta(cuadro 8) se debe a que es información que en cierto modo da a conocer las condiciones de vida en que se desenvuelve el paciente.

CUADRO No. 9

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA

SERVICIOS	ASMÁTICOS	NO ASMÁTICOS
Agua en el domicilio	87.5%	75.00%
Drainaje	75.12%	81.25%
Luz	96.87%	96.87%
Recolección de basura	87.5%	84.37%
Teléfono	46.87%	50.00%
Cocina	96.87%	90.62%
Baño	75.00%	93.75%
Sala comedor	53.12%	40.62%
Ventilación		
Ventana	90.62%	93.75%
Puerta	9.37%	6.25%
Lugar de ubicación		
Urbana	62.5%	65.62%
Suburbana	37.5%	25.00%
Rural	00.0%	9.37%

Fuente: Entrevista realizada a un familiar de cada paciente del 22 de septiembre al 22 de noviembre de 1993, Servicio Clínico 7 A IBER.

Los resultados del cuadro 7 reflejan la existencia de familias con problemas relacionados con la tenencia de su vivienda al encontrar un porcentaje de un 43.75% de familias que habitan en viviendas que son prestadas. Por otro lado el cuadro 8 muestra los porcentajes de los servicios con los que cuenta la vivienda observando que la mayoría tiene los servicios, aun que existen familias carentes de estos servicios porque los resultados no están al 100%.

Otros hechos que pueden alterar la relación de la familia es cuando la enfermedad se prolonga y se agrava, en este momento es cuando se altera el clima emocional de la familia y el aspecto económico, en otras el niño enfermo implica un elemento de equilibrio en situaciones conflictivas profundas. Tal es el caso de conflictos conyugales que no desembocan en separación debido a la consideración hacia el hijo enfermo y que si ha esto se le aumentan la carencia de vivienda, escolaridad, y considerando el tipo de familia entre otros aspectos más que determinan el buen funcionamiento familiar.

Es muy importante detectar todas estas situaciones, no solamente por que complican el proceso salud enfermedad y tratamiento, sino por que su adecuado y oportuno reconocimiento permitirán establecer la correcta estrategia terapéutica.

DISCUSIÓN.

Como se pudo ver, la investigación se desarrolló con una muestra de pacientes asmáticos y no asmáticos, identificando algunas diferencias y similitudes en la edad, sexo, escolaridad, aspectos de la vivienda, del lugar de procedencia y el tipo de familia a la que pertenecen los grupos de estudio.

Al comparar estos grupos, podemos ver diferencias con respecto a los datos de edad y sexo, al registrarse un 59.3% de mujeres y el 40.6% de hombres con un promedio de edad de 7.4 años en los pacientes asmáticos.

Pacientes no asmáticos, tienen un promedio de edad de 4.1 años, registrando el 46.8% de mujeres y el 53.1% de hombres, estos resultados muestran que hay más mujeres asmáticas que hombres, en comparación con los no asmáticos hay más hombres que mujeres y que estos son de mas corta edad que los asmáticos, si se toma en cuenta la edad promedio de los padres (cuadro 2) que es de 34.24 años para los pacientes asmáticos y de 30.8 años de edad para los no asmáticos en realidad este dato tal vez no sea de gran importancia, sin embargo al considerar que el desarrollo familiar esta en función del ciclo vital familiar y que englobando la edad de los padres y de los hijos, estas familias se encuentran en la etapa de procreación de los hijos, deduciendo que el medio adecuado para el desarrollo familiar variará según la etapa del ciclo por la que esta pasando y de acuerdo a la comunicación, a los roles a la convivencia que exista entre los

miembros se dará la dinámica familiar, es decir, al comienzo será el contacto piel a piel en el momento de hacer comer y dormir al bebe, más tarde, será el juego, luego el diálogo o el compartir instantes de la vida.

En referencia a la escolaridad el cuadro 5 muestra algunas diferencias tanto para el familiar como para el paciente. Al comprobar los datos se encontró en los pacientes asmáticos sólo un 5% sin escolaridad y un 18.75% de nivel secundaria, en los pacientes no asmáticos hay un 20% sin escolaridad y sólo uno de secundaria, aun que para considerar esta información se debe tomar en cuenta la edad promedio de los pacientes no asmáticos por ser menores de 4 años, en tanto los familiares muestran similitudes en estos aspectos.

En referencia a las características de la vivienda cuadro 7, al comparar los resultados se observaron semejanzas incluso en el promedio de dormitorios 1.90 con respecto al número de miembros 4.93, este dato implica que hay un dormitorio para cada cuatro miembros que duermen en la misma habitación, lo cual no es recomendable para un enfermo.

Con respecto al lugar de procedencia, (cuadro 4) se puede ver que hay más pacientes asmáticos del D.F. en un 71.87%, al compara con los pacientes no asmáticos hay un 59.37% que ingresan del D.F. registrando sólo dos pacientes del interior de la república mexicana de los no asmáticos, esto podría considerarse como un indicador de que la contaminación ambiental existente en el D.F. es un factor causante de padecimientos como el asma bronquial infantil.

En lo tocante al tipo de familia desde el punto de vista cohesión y adaptabilidad cuadro 3-A y B, se observa la clasificación de las familias de ambos grupos; que al compararse y englobar los resultados se identificaron discrepancias en relación a que hay más familias que presentan problemas de adaptación y cohesión en un 78.12% para los pacientes no asmáticos mientras que para los asmáticos hay un 59.3% de estas familias, captandose únicamente 21.8% de familias con una mejor cohesión y adaptabilidad para los no asmáticos y un favorable 40.6% para los asmáticos.

Al identificar estas diferencias se presenta la inquietud de sugerir, que se profundicen los estudios con familias relacionadas con este tipo de pacientes y con ello conocer y fortalecer la interacción, familia-paciente-tratamiento para un oportuno y eficiente tratamiento.

Asimismo los resultados observados, no afirman ni desechan la hipótesis planteada porque en los datos sociofamiliares registrados muestran similitudes y diferencias entre las distintas poblaciones tomadas para la investigación, sin embargo sería conveniente ampliar y aplicar la muestra a un tercer grupo

de pacientes para establecer con más certeza las diferencias familiares de pacientes con problemas respiratorios como el asma bronquial infantil y otro tipo de padecimientos y a su vez determinar hasta que punto se puede considerar a la familia como factor esencial para bien o para mal en la salud humana, por ser la que cuida a los individuos que forman la sociedad, aun que los resultados de esta investigación sólo permiten conocer el tipo de familia según la cohesión y adaptabilidad y algunas características sociofamiliares, para ello se utilizo una muestra pequeña, por el corto tiempo dedicado a este trabajo y por que la hospitalización de los pacientes en el servicio clínico 7_A fue muy variable. No obstante los resultados apoyan la hipótesis planteada al encontrar diferencias en los grupos de estudio.

De lo más sobre saliente, está la ubicación de las familias en los cuadros 3-A y 3-B, que tomando en cuenta los resultados mas representativos ya mencionados anteriormente, en el cuadro A, con respecto al B, en el que se confirma que hay más familias con una adaptabilidad rígida y caótica y una cohesión desintegrada, conectada, demostrando que hay tendencia a los problemas negativos en este tipo de familias que suelen ser rígidas en sus roles y con reglas estrictas que dificultan enormemente la oportunidad de intercambios o negociaciones, restringiendo las posibilidades de solución a los problemas, que generalmente se agudizan mas y se toman en forma individual, en estas familias también se encuentran miembros que manifiestan estilos agresivos en la corrección o crítica a los demás miembros, este ambiente familiar aumenta la desintegración de sus miembros obligándose a pasar mas tiempo separados emocionalmente y sin implicar a la familia en las actividades y recreaciones.

Igualmente en estas familias es posible encontrar lazos abiertos hacia afuera de la familia y cerrados hacia adentro de esta.

De acuerdo a los resultados de la investigación se puede decir que los pacientes con este tipo de familias que tienen problemas negativos y que interactúan como un factor favoreciente a la presencia, recaídas y complicaciones de la enfermedad y a su vez una lenta recuperación del paciente.

En este concepto el paciente puede ser la protesta en contra del mal funcionamiento familiar.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN (ANEJO I).

El asma es una enfermedad multifactorial, provocada por diversos factores capaces de desencadenar las crisis asmáticas en cualquier momento o circunstancia, estas son de naturaleza alérgica, infecciosa o físicos y emocionales.

Los problemas familiares son situaciones que amenazan la positiva funcionalidad familiar y con ello el buen estado de salud del individuo. En este sentido se detectó la existencia de familias caóticamente-separadas, conectadas, amalgamadas y rígidamente desintegradas, estos conceptos indican la presencia de conflictos que obstaculizan las buenas relaciones emocionales entre los miembros y afirman las dificultades para lograr una satisfactoria cohesión y adaptabilidad familiar.

Tomando en cuenta los conceptos cohesión y adaptabilidad son familias que podían caracterizarse como problemáticas para enfrentarse a situaciones inesperadas o nuevas, complicándose aún más si estas provocan tensiones o desequilibrios emocionales en los miembros que integran la familia, porque no tienen un adecuado funcionamiento en las coaliciones o alianza, en el espacio y tiempo que delimitan el desarrollo del sistema familiar, no hay aceptación de los amigos, de la toma de decisiones por las que se rige o gobierna la familia porque suelen ser autoritarias y estrictas.

Además, en este tipo de familias es muy posible encontrar roles rígidos y poco aceptados, no intercambiables en condiciones de requerimiento o crisis, no son claros tampoco se da una comunicación directa, congruente, confirmada ni retroalimentada.

En términos generales hay familias con una adaptabilidad rígida y caótica, con una cohesión desintegrada y conectada en niveles bajos, sobre todo en los pacientes no asmáticos, estas características son desfavorables al clima afectivo que determina el destino emocional de sus miembros.

Considerando la situación familiar ante la hospitalización del enfermo es muy posible que los resultados también muestren un agudo desequilibrio en la dinámica familiar o en algún miembro de la familia al ver un integrante enfermo y hospitalizado, alterando aún más la adaptabilidad y cohesión, a pesar de que se registraron familias con un buen funcionamiento en su cohesión y adaptabilidad familiar, siendo mas significativo esto en los pacientes asmáticos.

Se identificó que las familias de los pacientes asmáticos presentaron una mejor adaptabilidad y cohesión que los no asmáticos y con ello una mejor dinámica familiar, esto tal vez por la atracción y cuidados que necesita el enfermo ya que el paciente asmático tiende a llamar la atención de los miembros que forman el grupo familiar o personas que lo rodean.

Por otro lado se pudo determinar que las familias con pacientes hospitalizados en el Servicio Clínico 7-A, sin tomar en cuenta el diagnóstico, por que no se registraron grandes diferencias en los datos sociofamiliares, son familias con algunas dificultades en la tenencia de su vivienda y en los servicios con los que cuenta esta, con un nivel de escolaridad de nivel medio básico y que de acuerdo al ciclo vital de la familia se encuentran en la etapa de procreación de los hijos, con antecedentes familiares de alcoholismo, tabaquismo y pandillerismo, estos problemas son favorables que disminuyen el completo bienestar físico y mental del individuo.

Asimismo se considera que los problemas o situaciones negativos existentes en este tipo de familias son muy difíciles de resolver por si mismos.

Teniendo en cuenta la relación de la familia y el paciente, es de considerarse que todo paciente pediátrico con padecimientos como el asma bronquial sea evaluado emocionalmente, por que algunos tal vez necesitan terapia familiar especializada, para que todos se beneficien de una oportuna y adecuada información a los padres. A veces, éstos mismos necesitan tratamiento y orientación en pareja o individualmente.

Una actitud inteligente ante la enfermedad o crisis por parte de los padres debe tener en cuenta dos aspectos: el uso adecuado de medicamentos aconsejados previamente por el médico y una conducta serena y tranquilizadora que transmita seguridad al niño.

El tratamiento dirigido contra las causas de la enfermedad requiere perseverancia y colaboración de los padres que deben ser informados precoz y adecuadamente.

El hecho de padecer una enfermedad prolongada no justifica la sobreprotección del niño, por el contrario, las diversas experiencias del proceso enfermedad-tratamiento deben convertirse en motivos de educación y maduración no sólo del niño sino también de los padres, esta reflexión se considero por la experiencia vivida durante las entrevistas para la investigación.

Siempre se debe luchar por formar una sociedad armoniosa y saludable física y mentalmente de los individuos que la forman, esto sólo podrá lograrse a través de la colaboración y apoyo de la familia por ser la célula principal de la sociedad así definida por algunos investigadores sociales.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Apodaca Rangel, Ma. de Lourdes. "ANÁLISIS DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL SECTOR SALUD". ENTS, UNAM. México, 1983, Cuadernos de Trabajo No. 9, P. 111.

Apodaca Rangel, Ma. de Lourdes. "LA SISTEMATIZACIÓN EN TRABAJO SOCIAL". ENTS-UNAM, México, D.F. 1992, p. 54.

Baena Paz, Guillermina. et. al. "COMUNICACIÓN PARA LA SALUD: UNA ESTRATEGIA PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA", Edit. Pax-México, S.A. 1989, P. 72.

Bustos J., Guillermo. "EL NIÑO ASMÁTICO". Edit. Grijalbo, Córdova 30 de marzo de 1977, 5ª edic., p. 17.

Chapela M., Rocío. Salazar H., Jorge. Páramo R. "ASMA BRONQUIAL SOBRE TEMAS DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA". INER México, D.F., 1992, Folleto No. 4, p. 13.

Díaz Mejía, S., Pacheco, Guillermo R., Carlos. "ASMA". UNAM México, 1991, p. 3.

Flores Cisneros, Carmen. "EL TRABAJO SOCIAL Y LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO" ENTS-UNAM, México, D.F., 1989, (una propuesta metodológica), Tesis Profesional., p. 373.

Frank Robin, Julio, et. al. "SALUD: DE LA INVESTIGACIÓN A LA ACCIÓN", Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1990, Biblioteca de la Salud, Secretaría de Salud, p. 128.

Gómezjara, Francisco, et. al., "TEORÍA Y TÉCNICAS DE LA SALUD COMUNITARIA", Editorial Nueva Sociología, México, 1984, p. 689.

Hernández de Victorioso, Lidia, "TRABAJO SOCIAL-CUADERNOS DE ASISTENCIA SOCIAL", No. 20, Edit. Humanitas, México, 1976, p. 59.

Higashida Hirose, Bertha Yoshiko, "CIENCIAS DE LA SALUD", Edit. McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A. de C.V., 1983, p. 242.

Iliario, Manuel, "LA ASISTENCIA SOCIAL RENOVADA", Instituto Jalisciense de Asistencia Social, México, p. 145.

J. de Ajuriaguerra, D'Marcelli, "ASMA INFANTIL", Edit. Masson, S.A. París, 1987, Manual de Psicopatología del niño, 2ª edic., p. 322.

Kisnerman, Natalio, "SALUD PÚBLICA Y TRABAJO SOCIAL", Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1987, p. 239.

Leñero Otero, Luis, "LA FAMILIA", Edit. Edicol, S.A., México, 1976, p. 95.

Líberman F, "TRABAJO SOCIAL, EL NIÑO Y SU FAMILIA", Edit. Pax México, S.A., 1981, p. 33.

Gutiérrez Lulato, E, "LA FAMILIA", Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1975, Brevario de Pediatría, p. 25.

Martínez, Santiago, "ANÁLISIS TEORICO METODOLOGICO DE LOS MODELOS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL EN SALUD PERINATAL", Tesis, México, D.F., 1993, p. 126.

Méndez Ramírez, Ignacio, et. al., "EL PROTOCOLO DE LA INVESTIGACIÓN: LINEAMIENTOS PARA SU ELABORACIÓN Y ANÁLISIS", Edit. Trillas, México, 1991, 2ª Edic., p. 210.

Mendoza Rangel, Ma. del Carmen, "UNA OPCION METODOLOGICA PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES MEXICANOS", México, 1986, P. 111.

Muñoz López, F, "ASMA BRONQUIAL INFANTIL", Edit. Espaxs España, 1974.

Robles de Flores, et. al., "EL ENFERMO CRÓNICO Y SU FAMILIA, PROPUESTAS TERAPÉUTICAS", Edit. Nuevo Mar, S.A. de C.V., México, 1987, p. 149.

Sabino A., Carlos, "EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN", Edit. Humanitas, Argentina, 1986, p. 108.

Sánchez Rosado Manuel, "ELEMENTOS DE SALUD PÚBLICA", Edit. Mendez Cervantes, 2ª edición, México, D.F., 1991, p. 308.

Santamaría Espinoza, Alberto, "EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD", Edit. Roldan Luna, México, 1978, p. 104.

San Martín, Hernan, "MANUAL DE SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA", Edit. Masson, S.A., Madrid, 1986, p. 246.

San Martín, Hernan, et. al., "SALUD COMUNITARIA, TEORÍA Y PRÁCTICA", Edit. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1984, p. 355.

Soberón Guillermo, et. al., "LA SALUD EN MEXICO: TESTIMONIOS MEXICO 1988", Secretaría de Salud, Tomo I, p. 256.

Tecla J. Alfredo, et. al., "TEORÍA, METODOS Y TÉCNICAS EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL", Ediciones de Cultura Popular, S.A., México, 1977, p. 140.

Ward, Petter, "POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL EN MÉXICO 1970-1989", Edit. Nueva Imagen, 1986, p. 247.

Weiss B. Earle, M.D., "ASMA BRONQUIAL: MECANISMOS Y TERAPÉUTICAS", Editores Impreso en España 1986, 2ª edic.

Zorrilla Arena, Santiago, "INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN", Edit. Aguilar León, 6ª edición, México, 1989, p. 372.

FUENTES DOCUMENTALES

Apuntes: "Capacitar a Trabajadores Sociales para Intervenir en los Grupos Familiares", Instituto Mexicano de Psiquiatría, División de Enseñanza, México, 1988, p.11.

Apuntes: Curso Monográfico, "DETECCION TEMPRANA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL INFANTIL", Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro, México, abril de 1991.

Blauberg: "Diccionario Marxista de Filosofía", Ediciones de Cultura Popular, México, 1978, p. 344.

Secretaría de Salud, Folleto de Divulgación sobre temas de Patología Respiratoria No. 2, "Control y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar", INER, México 1993. 3ª edición, p. 39.

Guía de Servicio Social, ENTS-UNAM., México, 1991, p. 12.

Depto. de Trabajo Social del INER, Manual de Organización Específica de Trabajo Social, México.

INER, Manual de Procedimientos de Trabajo Social, México, D.F.

Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994, Poder Ejecutivo Federal, México, 1989, p. 143.

Depto. de Trabajo Social del INER, Programa de Trabajo Social 1993, Servicio Clínico de Pediatría, México 1993.

Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, 1990-1994, México, D.F., 1990, p. 78.

ENTS-UNAM, Propuesta del Plan de Estudios, México, 1986. p. 470.

ENTS-UNAM, Revista de Trabajo Social No. 37, México, D.F., 1989, p. 84.

Riestra M., Padilla, "Evaluación Comparativa de Cohesión y Adaptabilidad entre Familiares de Pacientes Psiquiátricos y Familias de Estudiantes Universitarios" Revista, Psiquis, México, 1992, vol. 1, p. 20.

Ruiz Lara, Rafael, et. al., Nuevo Diccionario, Edit. Teide, México, D.F.



TESIS UNIVERSIDAD

TEL: 5-54-26-06
5-54-11-10
6-59-44-77

Copilco-Universidad