



99 20j

# Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS SERVICIOS ESCOLARES  
QUE OFRECEN LAS INSTITUCIONES PEDIATRICAS  
EN EL AREA METROPOLITANA.

**FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

Para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

**PATRICIA GUILLERMINA MORENO WONCHEE**

Asesor: LIC. PIEDAD ALADRO LUBEL

México, D. F.

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

RESEÑA .....	1
INTRODUCCION .....	3
CAP. I SALUD Y ENFERMEDAD .....	7
1.1 PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD .....	7
1.2 SALUD COMO SINONIMO DE NORMALIDAD Y ADAPTACION Y LA ENFERMEDAD COMO DESEQUILIBRIO .....	13
CAP. 2 EL NIÑO ENFERMO .....	17
2.1 EL NIÑO ENFERMO .....	17
2.2 HOSPITALISMO Y PRIVACION .....	26
2.3 CONSECUENCIAS ESCOLARES Y APECTIVAS DE LA RE- CLUSION HOSPITALARIA .....	35
2.4 PROGRAMAS ESCOLARES EN HOSPITALES .....	43
CAP. 3 METODO .....	48
CAP. 4 RESULTADOS .....	53
CAP. 5 PROPUESTA DEL MODELO.....	61
CAP. 6 DISCUSION .....	72
BIBLIOGRAFIA.....	77
APENDICE .....	83

## RESEÑA

El objetivo de este trabajo es, describir los servicios -- educativos ofrecidos por los hospitales pediátricos del área -- metropolitana para los niños en edad escolar, que padecen algu na enfermedad crónica o aquéllos que durante esta etapa, lle gan a sufrir algún accidente o problema de salud severo requiriendo de un internamiento hospitalario prolongado, entendido éste como un lapso mayor de dos semanas.

Se tomó una muestra representativa de 13 hospitales pediátricos o en su defecto que incluyeran dicho servicio, tanto -- públicos como privados o cuyos patronatos fuesen de participación mixta, entre los que se encontraban varios hospitales de pendientes del I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., de la Secretaría de Salud, el Hospital Central Militar y dos hospitales de coparticipación pública y privada para niños con problemas del aparato locomotor.

Para la presente investigación, se aplicó un cuestionario con 14 preguntas abiertas y cerradas conteniendo información -- referente al número y edades de los menores atendidos, duración de los períodos de internamiento y número de reingresos, tipo de servicios y de actividades ofrecidas, profesiones del personal asignado, así como, el material ya fuera didáctico o -- recreativo con el que se contaba.

Una vez recabada la información se detectó la escasa existencia de servicios de escolaridad la cual fue corroborada recientemente, procediéndose a analizar los resultados obtenidos con el objeto de conocer los recursos tanto humanos como materiales con los que se contaba, a fin de ofrecer una propuesta psicopedagógica factible de realizarse, a través de la labor desempeñada por pasantes de distintas profesiones en el área de la salud y la educación, cubriendo el trabajo correspondiente a su servicio social.

## INTRODUCCION

Es deseable y necesario que todo niño en edad escolar reciba instrucción inicial y básica. Esto le dará una mayor posibilidad de desarrollo bio-psico-social al llegar a la edad adulta. Dentro de la población infantil, un grupo importante es el de aquéllos que llegan a padecer alguna enfermedad crónica o aguda, o algún accidente grave en esta etapa, puesto que a causa de sus problemas de salud se ven en la necesidad de permanecer largo tiempo hospitalizados, con el consecuente retraso en todas las áreas de desarrollo, haciéndose más evidente en el aprendizaje escolar.

Como resultado de lo anterior, se desatiende en algunos casos en forma parcial y en otros totalmente, el estado emocional y la actividad escolar del menor, ocasionándole dificultades equiparables a su problema de salud, a pesar de que la política sustentada por las instituciones pediátricas, se oriente hacia la promoción del desarrollo óptimo de los niños y adolescentes internados (Golden D., 1988)

Las enfermedades sufridas durante la infancia inciden en un bajo aprovechamiento escolar, debido al período de inasistencia provocado, ya sea por la convalecencia en el hogar o en el caso más grave por el internamiento hospitalario (Green M. y Green J., 1980).

Cuando al niño se le haya tenido que hospitalizar, esto podrá superarse mediante un programa escolar que se asemeje a las actividades educativas normales y que le brinde a este la seguridad de que no se atrasará con relación a sus compañeros de clase. El interés que el hospital demuestre por su educación hará que de una manera sutil pero sumamente eficaz, se le refuerce la sensación de que logrará sobreponerse del trance (Seidel H. en Haller y cols., 1978).

A través de un programa educativo se le podrán proporcionar elementos que le sean familiares, así como la posibilidad de que exteriorice sus temores, a partir de los cuales podrá explorar su condición y beneficiarse con esta nueva aventura (Haller A., 1978).

Por otra parte, se debe considerar que el niño es un organismo que esta interactuando con el medio, respondiendo a la estimulación que de éste proviene (Bijou S., 1961), razón por la cual se deben procurar ciertas condiciones, a fin de que dicha interacción sea adecuada y provea al menor de ciertas experiencias provechosas que sirvan de sustento al aprendizaje posterior.

Es durante los primeros años de vida cuando se presentan los llamados "períodos sensitivos", es decir, etapas en las que el pequeño es sumamente receptivo a ciertos estímulos.

Esta sensibilidad particular hacia algo durará solo hasta que se satisfaga dicha necesidad (Montessori M., 1965). De aquí la importancia de crear un entorno adecuado del cual el niño pueda absorber el aprendizaje, evitando además que presente un comportamiento inadecuado e insuficiente.

Cuando por razón de salud el pequeño es separado del hogar y ha dejado de asistir a la escuela durante períodos prolongados, esto lo aislará de las relaciones afectivas que conforman su vida. "En la inmensa mayoría de los casos estos niños presentan un retraso intelectual frecuentemente ligero, a veces grave y casi siempre trastornos del comportamiento que se acompañan de un agudo retraso escolar" (Prudhommeau M., 1976 p. 41). De aquí la importancia, de procurar que en los hospitales y -- servicios pediátricos se considere a la escolaridad como un -- elemento primordial en el restablecimiento del menor. El niño hospitalizado no es, ni debe ser contemplado únicamente como -- un caso clínico sujeto a tratamiento médico (Petrillo M. y Sanger S., 1975). Se deben dar condiciones ambientales de tipo -- afectivo y cognitivo que lo ayuden una vez que sane, a reintegrarse lo más pronto posible a su vida normal.

Como ya se mencionó anteriormente, el propósito de esta -- investigación realizada a la mitad de la década de los ochenta, es la descripción y análisis de los servicios educativos existentes en los hospitales pediátricos del área metropolitana.

En el primer capítulo, se realiza una revisión de los -- aspectos teóricos referentes al proceso salud-enfermedad desde los diferentes enfoques: biológico, histórico social, ecológico, psicológico y de la Organización Mundial de la Salud.

En el capítulo dos, la revisión se orienta específicamente al niño que por causa de algún accidente grave o enfermedad aguda debe ser hospitalizado, así como a las consecuencias tanto emocionales como escolares generadas por la reclusión hospitalaria. Además se hace una consideración de algunos programas escolares existentes en hospitales pediátricos.

El capítulo tres está dedicado a la descripción de la -- metodología de investigación empleada en el presente estudio.

En el capítulo cuatro se lleva a cabo el análisis de los resultados obtenidos en la investigación.

En el capítulo cinco, se hace la proposición del modelo -- de servicio de escolaridad factible de instrumentarse en los hospitales pediátricos del área metropolitana.

Por último, el capítulo seis ofrece las conclusiones y -- sugerencias, a partir de las cuales surge una propuesta de servicio de escolaridad.

C A P I T U L O I  
"SALUD Y ENFERMEDAD"

## CAPITULO I

### SALUD Y ENFERMEDAD

#### 1.1 El Proceso de Salud y Enfermedad

La vida de todo organismo oscila entre dos polos que son la salud y la enfermedad, es decir existe un continuum o escala que va de un extremo a otro recorriendo los distintos estados, desde la salud relativa hasta la enfermedad clasificada que puede llegar a su culminación con la muerte. Dicho continuum se manifiesta de una forma simultánea como la unidad de dos contrarios, de tal suerte que uno de los elementos no puede existir si no existe el otro (Coplamar, 1982).

El hombre no es un ser estático que viva aislado, sino por el contrario, es un organismo en constante movimiento, que se agrupa en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales, de producción y estilos de vida concretos que finalmente determinarán su salud-enfermedad. Es por esto, que el concepto de salud-enfermedad, debe entenderse como un proceso dinámico que incluye elementos determinantes, no solo individuales sino también desde una perspectiva social. (Teixeira J. M., 1983).

Por lo tanto, es conveniente hacer una revisión de los -- conceptos más relevantes de lo que es el proceso salud-enfermedad desde el punto de vista: biológico, histórico social, - ecológico, psicológico, alcanzando el concepto planteado por - la Organización Mundial de la Salud, que como órgano rector - engloba a los anteriores.

Cuando se habla de la concepción biológica de salud, tenemos que entenderla como "el fenómeno o serie de fenómenos que se explican con las ciencias biológicas como la anatomía, la fisiología, la embriología, la bioquímica, o la biología molecular, etc. de esta manera, la salud representa cierta morfología y funciones correctas mientras que la enfermedad representa una modificación a dichos aspectos. Si se tiene -- presente que la morfología y las funciones sufren a menudo - cambios, es necesario indicar cuáles son los límites entre - lo normal y lo anormal" (Fajardo Ortíz, 1983 p.3). Este aspecto considera que los órganos, así como sus elementos componentes y sus funciones, serán susceptibles de cuantificarse no solo física sino químicamente; lo cual no siempre es - posible, ya que si se habla de la fase inicial de la enfermedad o de portadores sanos o pacientes asintomáticos, estos - quedarían fuera de la norma. Esta es la forma como la mayoría de los médicos y la población en general perciben a la - enfermedad.

Visto de esta manera, un organismo completamente sano sería aquél que pudiera ejercer todas sus funciones, a diferen

cia del enfermo, el cual sufrirá de una perturbación en su estado fisiológico o funcional. Esta alteración es considerada desde el agente generador hasta sus consecuencias finales, sin que su etiología sea necesariamente de origen patológico o morboso y que puede ser más o menos grave (San Martín H., 1981).

Para conceptualizar el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva histórico-social, se tomará en cuenta al hombre como parte esencial de una especie gregaria que se conforma en familias y grupos sociales, a través de las cuales elaborará y transmitirá aspectos culturales, modificando el concepto de salud de acuerdo a las ideas de cada época y a las condiciones de vida de cada comunidad (Fajardo Ortiz G., 1983).

Es así, como el proceso salud-enfermedad se da como un fenómeno que forma parte de la sociedad en su conjunto y de las relaciones sociales en particular. "El sentido de lo social, es destacado desde el hecho mismo de que el ser humano es una persona social y lo son todos sus actos y su historia. Por lo tanto, la salud y la enfermedad están condicionadas por la situación económica, social, política y de desarrollo histórico de su momento" (Teixeira J.M., 1983 p. 15).

Esta concepción propone una integración entre las ciencias naturales y las sociales, entendiendo a la salud-enfermedad -- como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida (Coplamar, 1982).

Desde el punto de vista ecológico, el proceso de salud-enfermedad es el resultado de la interacción agente, huésped y ambiente; esto significa que la salud debe definirse según las condiciones ecológicas predominantes o sea de acuerdo con las variables culturales y ambientales que afectan a los hombres y a los grupos sociales.

A partir de esta concepción, se considera a la salud como "la adaptación del organismo a los estímulos y agresiones que provienen del medio ambiente y a la enfermedad como consecuencia de la inexistencia, insuficiencia o ineficacia de los mecanismos adaptativos, tanto del individuo como del grupo al que pertenece" (Fajardo Ortíz op. cit.).

La psicología plantea que "la salud es un estado general del organismo humano, que puede ser prolongado de manera indefinida si se atiende tanto a la conducta de los individuos, -- como a la cultura de sus sociedades" (Rodríguez G. y Palacios J., 1989 p. 475). Partiendo de este principio, se rechaza el supuesto de que la enfermedad es inevitable y -

que tarde o temprano deberá atenderse, puesto que los trabajadores de la salud, en este caso los psicólogos, deberán actuar en función de su prevención, a través de la identificación de los patrones de conducta que conducen o predisponen a la enfermedad. De esta manera se modifica no solo su incidencia sino también su prevalencia en la comunidad, anticipándose de igual forma al daño que provoca.

Una vez que se ha dado la lesión, el procedimiento será -- el mismo, ya que se alterará el proceso de enfermedad a través de la determinación de los principios generales que regulan el padecimiento por medio de patrones de comportamiento, modificándolos con la finalidad de promover la salud.

Como se puede apreciar, la diferencia desde esta perspectiva se establece a partir del momento de la aplicación en el -- continuo del proceso de salud-enfermedad, de los principios -- psicológicos reguladores y no en los procedimientos empleados (Rodríguez G. y Palacios J., 1988).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, define a la misma como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de -- afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo" (OMS/UNICEF, 1978 citado en Coplamar, 1982 p. 19).

A partir de todos estos conceptos se puede asentar que el estado de salud en el hombre es relativo, no hay ninguna persona totalmente sana o enferma, ya que como se mencionó con anterioridad, el proceso de salud-enfermedad es un continuo - cambiante, en donde la persona se encuentra colocada en una - de las infinitas situaciones intermedias, siendo éste un proceso dinámico y por lo tanto constantemente variable. Es por esto que tanto una como la otra de las posiciones, serán el - resultado de la interacción del equipo orgánico con que cuenta el individuo y de la reacción que establezca con el medio social y el ambiente biológico y físico que lo rodea.

1.2. La salud como sinónimo de normalidad y adaptación y la enfermedad como desequilibrio.

La medicina considera generalmente a las palabras "normal" y salud como sinónimos, definiendo normal como promedio, lo cual en el caso de las ciencias biológicas se refiere a una cierta variabilidad en torno a un promedio característico de determinada población. Esta variación indica que no puede existir un modelo fijo, por esta razón, la definición estadística de normalidad no está acorde a la realidad médica (San Martín H., 1981).

Lo hasta ahora revisado, permite afirmar que hablar de la salud como un concepto abstracto o generalizado es muy difícil, ya que pueden haber tantos tipos de salud como culturas e individuos existen. Para realizar un diagnóstico sobre salud o enfermedad, se han determinado normas generales tales como: el ritmo cardíaco, los niveles de glucosa o de ácido úrico en el torrente sanguíneo, así como la temperatura corporal, por mencionar sólo algunos.

Al existir estas pautas o medidas se pueden establecer parámetros de comparación, que servirán para clasificar de una mejor manera a las diversas enfermedades. No siempre el hecho de que se encuentre fuera de la norma, va a significar --

que el sujeto esté enfermo, simplemente puede ser que exista -- cierta anomalía, sin llegar por esto a ser un padecimiento -- claramente especificado.

"La salud representa la fase de adaptación del organismo humano a su medio, y en el caso del niño constituye además, -- la etapa del crecimiento y el desarrollo, durante la cual es capaz de manejar su ambiente y de manejarse a sí mismo dentro de ciertos límites, relativamente inmune al dolor y a las fallas que pudieran incapacitarlo en su adecuada relación interpersonal. La enfermedad representa por el contrario, una falla en la adaptación, un rompimiento en el intelecto del organismo por mantener la homeostasis, ese "equilibrio" dinámico que caracteriza la buena relación entre el individuo y el medio" (Velazco F. R., 1976 p. 13).

Tanto la salud como la enfermedad implican variación biológica, la cual va, con una serie de estados intermedios a -- través de una escala, desde la inadaptación llamada enfermedad hasta el intento de adaptación perfecta (casi imposible) que es la salud, lo que se traduce en el fracaso o éxito del individuo para adecuarse física, mental y socialmente a las -- condiciones de nuestro ambiente total ( San Martín H., 1981).

A partir de estas consideraciones, se contempla a la salud bajo un programa a desarrollar en relación al equipo biológico con que cuenta el hombre y a los factores ambientales, los cuales pueden ser favorables o adversos e íntimamente vinculados con la capacidad de adaptación del ser humano y a la enfermedad, como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo, produciendo al no responder adecuadamente a los estímulos externos, una perturbación ya sea a nivel anatómico o fisiológico y emocional.

De la misma manera como en medicina se contempla a la salud como sinónimo de normalidad, en psicología existen también parámetros de normalidad. Los rasgos y atributos psicológicos se distribuyen normalmente en la población, lo que implica que existe un continuo en donde hay extremos. Una pequeña parte de esta población se encuentra localizada en el extremo negativo o desfavorable, es decir en el patológico o más bien disfuncional, otro escaso grupo se encuentra ubicado en el extremo positivo o favorable del rasgo que se esté evaluando, como por ejemplo la inteligencia, el desarrollo del lenguaje, el desarrollo motriz, etc., pero el grueso del grupo se encontrará en la parte media, es decir ésta será la norma.

Como ya se mencionó, el psicólogo como profesional de la

salud, se abocará no solo al remedio, control y/o prevención de la enfermedad o rasgo disfuncional que se esté valorando, sino a la formación de la salud en la comunidad a través de la aplicación de los principios tecnológicos de la psicología, que le permitirán incidir ya sea de una manera abierta o encubierta en el comportamiento de los individuos, modificando -- sus hábitos y costumbres lo que repercutirá en la fisiología de su organismo para el mejoramiento y conservación de la salud (Rodríguez G. y Palacios J., 1989).

## CAPITULO 2

### EL NIÑO ENFERMO

#### 2.1 El niño enfermo y su desempeño escolar

El niño no es un individuo independiente que pueda vivir y valerse por sí mismo como sucede con el adulto. Depende directamente del ambiente familiar y en menor medida del escolar -- en donde se desarrolla. Son estos dos grandes entornos los -- que componen principalmente su universo. El pequeño será el -- resultado del medio que le rodea, el inmediato que es su familia y hogar , el indirecto conformado por su comunidad (escuela, barrio, etc.). La escuela es por lo tanto, su primer contacto con la sociedad, pasa del ámbito familiar en donde el es un miembro importante y en ocasiones el centro de atención, a otro donde será uno más y en el cual deberá ganarse por sí mismo un lugar. Es ahí donde se le enseñarán e impondrán las normas y reglas que dirigirán su vida futura y se socializará, -- en el mejor de los casos será un espacio neutral que él habrá de conquistar (Tocaven R., 1971; cit. en Mata R., 1988).

Al efectuar un sondeo en cualquier grupo escolar, se detectan alumnos que se encuentran aislados del resto del grupo,

son niños que no están incorporados al ritmo de trabajo de -- los demás educandos. El motivo de tal separación puede ser - multicausal, pero entre todas las razones, una muy frecuente y que es la que nos ocupa, es la de los estudiantes que sufren un retraso escolar debido a largos períodos de ausencia como consecuencia de alguna enfermedad y en ocasiones de internamiento hospitalario.

Al enfermarse el menor su organismo sufre alteraciones, - este desequilibrio va a trastornar por completo el curso normal de su vida. Las necesidades generadas por la enfermedad, sobre todo cuando ésta es grave y se encuentra en el período - agudo, requieren de atención y cuidados especializados, ya - que pueden llegar a poner en peligro la vida del niño. En tal caso es imperioso atender el estado de salud, canalizando todos los esfuerzos hacia el pronto restablecimiento del paciente.

Los actuales adelantos en el campo de la medicina, ofrecen la posibilidad de prolongar y mejorar orgánicamente la vida de los enfermos que antes no contaban con esperanza alguna, pero no sólo debe dárseles la oportunidad de una vida más larga sino que esta tendrá que ser de mejor calidad.

Por lo general, detrás de las dificultades escolares de -- los niños de inteligencia normal pero con una salud precaria,

se encuentran problemas de tipo emocional, que estarán manifestando diversos grados de ansiedad provocados, no sólo por la situación que genera la enfermedad misma, sino por la inasistencia a clases y el retraso académico en las distintas materias, lo que los coloca en una situación desventajosa con respecto a sus demás compañeros. Al reintegrarse el pequeño a la escuela, después de un internamiento hospitalario o de convalecencia en su hogar, sentirá una gran inseguridad debido a la prolongada ausencia, lo que puede llegar a manifestarse como aparentes problemas de aprendizaje y de conducta; como son dificultades tanto en la lectura como en la escritura, o en el área de las matemáticas, que se vuelva agresivo, o sumamente retraído, inseguro, distraído, ansioso, principalmente.

El escolar que no logra alcanzar el mismo nivel que su grupo de compañeros, o que es señalado por alguna conducta anómala o extraña, presentará conflictos emocionales provocados por su inadaptación y fracaso en el ámbito escolar. Esto podrá ocasionar recaídas o estados regresivos en su salud no sólo en el nivel orgánico sino en el emocional, retroalimentándose el uno en el otro, situación que es frecuente y por lo tanto riesgosa en los enfermos con padecimientos crónicos (Lewis M., 1984).

Una de las enfermedades que genera problemas crónicos y que presenta una gran incidencia entre la población mexicana en edad escolar es la fiebre reumática, por eso se utilizará -

para ejemplificar la problemática que puede producir, debido a las secuelas que deja en el paciente.

La fiebre reumática, es una infección estreptocócica en cuyas manifestaciones clínicas interviene también un factor genético, presentándose con mayor frecuencia en el período comprendido entre los 3 y los 18 años de edad (San Martín H., 1981). Esta enfermedad se ha extendido por toda la Tierra, particularmente en las zonas templadas, lo que hace de México terreno idóneo para su proliferación. Como prueba de ello, mencionaremos que en nuestro país este padecimiento ocupa el segundo lugar en frecuencia después de la arterioesclerosis (Salas H. y Ramírez J., 1981).

Esta dolencia, así como las complicaciones que de ella se derivan, incide mayormente en los niños en edad escolar y en los adolescentes, limitándoles considerablemente su actividad en esta etapa tan importante y trascendente en su formación. En la edad adulta decrece la ocurrencia de ésta, ya que su presentación es extraordinariamente rara después de los dieciocho años.

En el Servicio de Cardiología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social se encontró el padecimiento en el 28.95% de 5,753 de enfermos del corazón estudiados. En el Hospital de Cardiología y de Neumología del mis

mo Centro Médico Nacional, el índice fue de 35,41 de 1722 cardiopatías detectados en el lapso de un año (Coplamar, 1982).

A través de estas estadísticas se puede ver que el número de personas afectadas es muy elevado, además en plena etapa formativa y productiva, de ahí la gran repercusión social del mismo.

La importancia de la adecuada atención de esta dolencia en su fase tanto aguda como posterior, se debe a que es generadora de ciertos tipos de invalidez en los enfermos, provocadas por poliartritis, corca de Sydenham y lesiones cardíacas que llegan a incapacitar a los sujetos para la realización de determinadas actividades.

La artritis o enfermedad reumática, de la cual existen cien tipos diferentes, no es un problema de salud propio de ancianos como generalmente se cree, además está tan extendida en nuestro país, que uno de cada diez habitantes acude a consulta al menos en una ocasión por dolencias reumáticas, uno de cada cien tiene una enfermedad reumática crónica y uno de cada mil llega a presentar algún tipo de invalidez generada por el padecimiento reumático (Salas M. y Ramírez J., 1981).

Los datos anteriormente mencionados establecen que en nuestro país, las enfermedades reumáticas son la primera causa de incapacidad de los individuos dentro de los padecimientos no relacionados con los del trabajo.

Se ha hecho referencia a este problema, debido a su incidencia entre niños y jóvenes, así como a que en la mayoría de los casos, los convertirá en enfermos crónicos que padecerán alguna secuela y que a consecuencia de ello, tendrán varios reingresos hospitalarios más o menos prolongados y por consiguiente un retraso escolar, lo que es sumamente importante para el estudio que nos ocupa.

Es de todos conocido que la salud y la educación son áreas que requieren de toda nuestra atención, ya que la falta de estas aunadas al hambre, son las grandes generadoras de los conflictos sociales. Nuestro país esta conformado por una población fundamentalmente joven, puesto que el 65% de total de los habitantes son menores de 15 años y además deben enfrentar graves problemas de salud debidos a la pobreza e ignorancia que en él imperan. Desafortunadamente estas últimas van siempre unidas a la enfermedad, lo cual es muy evidente en las zonas humildes y mas aún en las marginadas, en donde el hacinamiento en que viven las familias (hasta ocho o más personas en una misma habitación), así como el alto grado de contaminación ambiental, hacen que proliferen ciertos padecimientos de tipo viral e infeccioso, los cuales dejan secuelas que van desde la invalidez temporal o definitiva, convirtiendo al paciente en sujeto de educación especial, hasta la muerte en el peor de los casos.

Otra enfermedad crónica importante en la población que nos ocupa es la diabetes mellitus juvenil. Entre más tempranamente se presente en el menor, ésta será mas grave y sus consecuencias mayores. Su tratamiento implica que el paciente esté sujeto a normas regulares y además muy rígidas que el pequeño experimenta como castigos, por ejemplo la aplicación de la insulina y la dieta rigurosa que se le impone.

Los niños y adolescentes que la padecen, presentan descompensaciones con cierta frecuencia, lo que obliga a su hospitalización, interrumpiéndose así su ciclo escolar y separándosele de su familia.

Esto al paso del tiempo hace del menor un muchacho inseguro y dependiente, se vuelve más demandante de lo esperado en función de su problema de salud, con una mayor necesidad de -- protección debido a la falta de confianza en sí mismo y por lo tanto, los cambios en su estado de ánimo serán constantes.

Todos estos factores unidos, además del rezago académico -- que presentará, hacen que su inseguridad y dependencia sean aún mayores. La pérdida de contacto con el ámbito escolar, provoca que estos niños y jóvenes se sientan aún mas "stressados" debido a la diferencias que se establecen, esto conlleva a un estado anímico mas deprimido, lo que hace del paciente terreno -- fértil para que el padecimiento se retroalimente pudiendo agra

varse.

Al igual que el niño, el adolescente enfermo, manifiesta -- ciertas respuestas relacionadas directamente con el tipo de -- problema de salud que padece. Es decir, existe una diferencia entre las reacciones presentadas por un paciente con una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus o una nefropatía y -- las conductas referidas por aquél que ha sufrido un accidente o enfermedad aguda, teniendo como consecuencia, una mutilación o la pérdida de algún órgano o miembro, dejándole una secuela de invalidez como ceguera, sordera, parapleja, etc.

El infante que tiene un padecimiento crónico, arriva a la adolescencia debiendo enfrentar este período de transición, -- con una desventaja adicional. Su cuerpo enfermo, no le permite en la mayoría de los casos, un desarrollo normal, colocándolo en una situación desfavorable con respecto a sus coetáneos. Por lo tanto, requerirá de atención profesional especializada en el tratamiento o manejo de adolescentes.

El menor enfermo no debe ser tratado solamente como un organismo que se encuentra funcionando mal, es conveniente abordarlo de una manera integral, es decir como a una totalidad. -- Se debe incluir el área psicosocial para evitar que la ansiedad generada por el padecimiento, se manifieste en forma de -- rechazo y aislamiento.

De esta manera al ofrecérsele la posibilidad de tener actividades ocupacionales, recreativas y sobre todo escolares, se

le dará la oportunidad, de estar en contacto con aproximadamente la mitad de las ocupaciones realizadas durante el día por los educandos entre 5 y 15 años, cubriendo así un aspecto relevante de su vida cotidiana.

## 2.2 Hospitalismo y privación

Antes de decidir la hospitalización de un pequeño, se deben considerar todos los inconvenientes que ello representa, - llevándola a cabo, sólo cuando sea inevitable debido a la naturaleza y gravedad de la enfermedad o accidente.

El internamiento hospitalario, implica un cambio radical en la vida de la familia y primordialmente en la del niño, ya -- que éste será separado de su medio natural para ser confinado en una sala donde encontrará menores de edades diversas, lo -- atenderán personas mayores totalmente desconocidas y que tendrán a su cargo a varios pacientes mas. Habrá ocasiones en -- que no se le permita deambular y ni siquiera efectuar ciertas actividades tan comunes para él, como son el atender sus necesidades de aseo; alimento, etc. Además, deberá sujetarse a rutinas y horarios (de sueño, alimentación, aseo, medicamentos, - análisis, etc.) sumamente rígidos a los cuales no está habituado.

A finales del siglo XIX, la mortalidad de los lactantes menores de seis meses que ingresaban en los sanatorios del continente europeo era de un 70% a un 40% en el mejor de los casos. De tal suerte, que existían instituciones como el Hospital de Niños "Francisco José" de Praga, en el que sólo se les admitía excepcionalmente, siempre y cuando, se contara con la apro-

bación del director del mismo, siendo reintegrados a sus familiares a la mayor brevedad posible, o bien, confiándose su cuidado individual a personas que quisieran encargarse de los pequeños (Cooke, R., 1978 cit. en Haller A., 1978).

En 1899, Finkelstein describió bajo el nombre genérico de "influencia hospitalaria", tanto a las enfermedades agudas, como a las formas de curso crónico que por lo general conducían a la muerte del lactante. Desde este punto de vista, se entendía a la "influencia hospitalaria" como un problema de lucha antinfecciosa. Paralelamente al forma aguda de la "influencia hospitalaria", se presentaban formas de curso crónico denominadas "marasmo hospitalario" u "hospitalismo propiamente dicho", en el que los infantes que se veían expuestos a una larga permanencia en el hospital, presentaban claros signos de decadencia física, aún cuando se controlaran y anularan los efectos de infecciones graves (Haller A., 1978).

A principios de siglo, cuando un pequeño tenía que ser hospitalizado, las visitas de la madre se reducían a dos horas -- una vez por semana. Esto se hacía debido a que se consideraba que las madres eran los agentes portadores de contagio, además, se suponía que su presencia desestabilizaba al niño retardando su adaptación al medio hospitalario (Petrillo M. y Sanger S., 1975).

Posteriormente el Dr. Mason Knox (1914), realizó estudios con niños internados en hospitales de la ciudad de Baltimore,

observando que el paciente que debía permanecer en ellas por espacio de un año, tenía una probabilidad entre diez de sobrevivir, es decir, la mortalidad en dichas circunstancias era de aproximadamente un 90%. Los pequeños que conformaban el 10% de los sobrevivientes, eran aquéllos que habían salido del hospital durante algún tiempo y por causa de esta situación, tenían acceso a algún tipo de estimulación y de afecto, redundando -- ello en una mejoría de su estado general.

En la actualidad, el "hospitalismo" es un síndrome perfectamente identificado esto es, a pesar de que el niño sea bien alimentado y se atiendan perfectamente sus necesidades biológicas, su crecimiento y desarrollo se detienen o son muy deficientes, existiendo específicamente un retardo en el desarrollo intelectual, así como la presentación de conductas emocionales perturbadas. Se ha observado que este síndrome se presenta también en menores internados en orfanatorios, asilos e instituciones de reclusión, de igual manera que, en infantes -- que a pesar de vivir en el seno familiar, carecen de estimulación y afecto. Esto ha llevado a que el término "hospitalismo" sea sustituido por los de "privación", "privación materna o del medio familiar" o "privación social" (Haller A., 1978),

Dicha "privación", afecta directamente las esferas emocional intelectual y social del niño, dando lugar a la presentación de déficits o excesos conductuales, así como a un retardo en el desarrollo, causado principalmente por la falta de afecto y de estimulación, como ya se mencionó anteriormente.

Uno de los estudios más conocidos, pero desafortunadamente menos controlados al respecto de lo que la "privación" hace en los niños, fue el llevado a cabo por el Dr. R. A. Spitz (1946), demostrando que los bebés internados en grandes orfanatos separados de sus madres inevitablemente, sin la atención adecuada y dejados solos en sus camitas, presentaban además de un desarrollo y crecimiento físicos deficientes, trastornos relativamente serios en la esfera afectiva tales como ansiedad, depresión, regresiones (enuresis, encopresis, etc.) conductas de -- autoestimulación, por mencionar algunas.

Fue considerada tan grave esta situación, en hospitales -- tanto de los Estados Unidos como de Europa que se designó personal especial para que cuidara a los pequeños y se les pudiera brindar una atención semejante a la que recibían en sus -- hogares. Una vez que el niño aumentaba de peso, se asignaba a alguien para que los atendiera, abrazara y acariciara, procurando así restablecer su salud emocional. El resultado de esto, era una inmediata mejoría en el peso corporal del infante, así como, la desaparición de enfermedades menores como pequeñas infecciones, problemas de la piel, alteraciones del comportamiento, conductas estereotipadas por mencionar algunas consecuencias.

Actualmente, se tiene una concepción diferente de lo que es o al menos de lo que debe ser la estancia del infante en el hospital, dándose acceso a ambos padres casi a cualquier hora

del día, pero sobre todo a la madre, a fin de que pase la mayor parte del tiempo con el pequeño, aliviando de esta manera, la falta de estimulación y el terrible aislamiento al que puede estar sujeto por causa de la enfermedad (Green J. y Green M. - 1980, Petrillo y Sanger 1975, Haller y cols 1976, Programa de madre participante Sector Salud en vigencia).

Se ha empezado a dar importancia el hecho de que el paciente debe recibir apoyo emocional y estimulación, enfatizándoseles tanto a los médicos como a las enfermeras y demás personal hospitalario, la conveniencia de hablar con los niños, acariciarlos en fin darles algún tipo de estimulación afectiva.

Confinar al pequeño paciente en su cama y condenarlo a la inactividad no sólo física sino también intelectual, hará que sus potencialidades mermen e incluso habrá ocasiones en que -- puedan atrofiarse severamente. (Bakwin H. y Bakwin R. M., 1974).

La inmovilidad, la reclusión en la cama, el excesivo aislamiento de ésta, la permanencia durante varias horas en la misma posición, la falta de contactos afectivos y personales, son la causa del síndrome llamado injustamente "hospitalismo". Esto es erróneo, pues el hospital no merece que se le adjudique el banquillo de los acusados, sino la inadecuación de un servicio deshumanizante y despersonalizado hacia los pequeños pacientes (Lelong 1972 cit. Haller A., 1978).

Entre más prolongado sea el internamiento, la posibilidad de que aparezcan efectos residuales será mayor, ya que el pa-

ciente se encuentra confinado a un espacio limitado (sala), -- inactivo y en la mayoría de los casos angustiado por la enfermedad. Además hay ocasiones, en que la naturaleza del padecimiento exige que el paciente sea aislado, con lo que se favorece el que se sienta deprimido, obstaculizando de esta manera, su recuperación (Green J. y Green M., 1980).

Muchos han sido los autores que a partir de este siglo, han observado los efectos de la reclusión en diversos tipos de instituciones como son asilos, hospitales, orfanatos e internados y los resultados han sido siempre semejantes. El dejar al menor solo en su cama, dando atención únicamente a sus necesidades biológicas y de supervivencia, originan un retardo en el desarrollo y un crecimiento físico deficiente, además de generar diversos problemas emocionales en algunos casos leves y en otros severos (Spitz 1964, Lemkau en Haller A. y cols, 1978, Petrillo y Sanger, 1975; Green J. y Green M., 1980).

Como ya se mencionó con antelación, es prioritario resolver el o los problemas orgánicos que se generen a partir del padecimiento, pero una vez controlados éstos, se deben encaminar todos los esfuerzos hacia la atención emocional, educacional y/o ocupacional del enfermo, favoreciendo de esta manera, su pronta recuperación.

En el caso del lactante, se ha considerado que debe ser rodeado de afecto y de estimulación, para ello, se ha preparado en este sentido a los médicos y a las enfermeras, así como a -

las madres y a las voluntarias que asisten a los servicios hospitalarios. Sin embargo, tanto el personal médico como de enfermería no siempre podrá hacerlo debido a su carga laboral y responsabilidades, además de que esto no será suficiente, ya que con los pequeños en edad escolar pueden y deben llevarse a cabo actividades mas estructuradas y dirigidas por personal capacitado específicamente para ello.

Como se ha venido planteando, algunos infantes que se ven expuestos a estancias prolongadas en el hospital, presentan -- severos trastornos emocionales como son: conductas de autoestimulación, dificultades tanto para establecer relaciones adecuadas con otras personas, como para aprender. El menor recluido, sólo tiene contacto con el mundo exterior en forma indirecta, a través de las visitas de sus padres y/o familiares y de la realización de actividades planeadas y estructuradas, de -- aquí la importancia relevante de este aspecto (Petrillo M. y Sangers S., 1975).

El menor que sufre hospitalizaciones durante su etapa escolar, tendrá que enfermar en la mayoría de los casos, un período de inactividad tanto física como intelectual. El niño se va rezagando académicamente, y es por esta razón que deben llevarse a cabo tareas planeadas y estructuradas a través de actividades específicas en sustitución de su asistencia a la escuela, favoreciendo de esta manera, la reincorporación del infante a su medio una vez que se recupere (Prodhommeau M., 1976).

Confinar al pequeño paciente en su cama y condenarlo a la inactividad no sólo física, sino también intelectual, hará que sus potencialidades mermen e incluso habrá ocasiones en que - puedan atrofiarse severamente. (Bakwin H. y Bakwin R.M., 1974).

Muchos han sido los autores que a partir de este siglo, han observado los efectos de la reclusión en diversos tipos de instituciones como son asilos, hospitales, orfanatos e internados y los resultados han sido siempre semejantes. El dejar al menor solo en su cama, dando atención únicamente a sus necesidades biológicas y de supervivencia, originan un retardo en el desarrollo y un crecimiento físico deficiente, además - de generar diversos problemas emocionales, en algunos casos leves y en otros severos (Spitz, 1964; Lemkau en Haller A. y cols 1978, Petrillo y Sanger 1975; Green J. y Green M., 1980).

Como ya se mencionó con antelación, es prioritario resolver él o los problemas orgánicos que se generen a partir del padecimiento, pero una vez controlados estos, se deben encaminar todos los esfuerzos hacia la atención emocional, educativa y/o ocupacional del enfermo, favoreciendo de esta manera, su pronta recuperación.

En el caso del lactante, se ha considerado que debe ser rodeado de afecto y de estimulación. Para ello, se ha preparado en este sentido a los médicos y a las enfermeras, así como a las madres y a las voluntarias que asisten a los servicios

hospitalarios. Sin embargo, tanto el personal médico como de enfermería, no siempre podrán hacerlo debido a su carga laboral y responsabilidades, además de que esto no será suficiente, ya que con los pequeños en edad escolar pueden y deben llevarse a cabo actividades más estructuradas y dirigidas por personal capacitado específicamente para ello.

Algunos infantes que se ven expuestos a estancias prolongadas en el hospital, presentan severos trastornos emocionales como son: conductas de autoestimulación, dificultades tanto para establecer relaciones adecuadas con otras personas, como para aprender. El menor recluido, sólo tiene contacto con el mundo exterior en forma indirecta, a través de las visitas de sus padres y/o familiares y de la realización de actividades planeadas y estructuradas, de aquí la importancia relevante de este aspecto (Pettrillo M. y Sanger S., 1975).

El menor que sufre hospitalizaciones durante su etapa escolar, tendrá que enfrentar en la mayoría de los casos, un período de inactividad tanto física como intelectual. El niño se va rezagando académicamente, y es por esta razón, que deben llevarse a cabo tareas planeadas y estructuradas a través de actividades específicas en sustitución de su asistencia a la escuela, favoreciendo de esta manera, la reincorporación del infante a su medio una vez que se recupere (Prudhommeau M., 1976).

#### 1.4 Consecuencias afectivas y escolares de la reclusión hospitalaria.

Al enferarse cada niño muestra una reacción particular, -- hay respuestas que son generales para todos los pequeños y -- otras específicas referidas a ciertos padecimientos. Las primeras son provocadas por diversos factores como son; 1) la correspondiente etapa de desarrollo en que se encuentre el pequeño paciente, esto se refiere a su nivel emocional y cognoscitivo, así como a su capacidad de adaptación, 2) el grado de dolor, mutilación o invalidez que el accidente o enfermedad produzca, así como el significado que ésta representa, tanto para el menor como para su familia, 3) la relación que exista entre el enfermo y su(s) progenitor(es) y la respuesta de aquél ante la reacción presentada por sus padres; 4) el comportamiento -- que provoquen en el paciente los métodos médicos, quirúrgicos y la hospitalización y por lo tanto la separación de su familia; 5) el deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales. Las segundas, o sea las específicas, se encuentran directamente relacionadas con la índole y gravedad del padecimiento o accidente sufrido por el menor (Lewis M., 1984) por ejemplo, no son iguales -- las conductas que presenta un paciente crónico por ejemplo un cardiópata, que aquellas observadas en un menor con quemaduras de tercer grado o con algún problema locomotor.

Cuando la enfermedad es aguda la mayoría de los niños presentan regresiones, es decir, habrá un retroceso hacia etapas previas del desarrollo. Esto se manifiesta con conductas de apego y dependencia, enuresis y encopresis temporal, chupeteo del dedo, etc. que, como ya se mencionó, pueden corresponder a fases de su crecimiento superadas con antelación (Mussen P., Conger J. y Kagan J., 1976; Lewis M., 1984).

Otra de las conductas presentadas por el paciente es la ansiedad, la cual puede traducirse en comportamientos irritables y agresivos, falta de control y dominio sobre su cuerpo, impotencia e inseguridad, lo que los vuelve sumamente dependientes y demandantes.

En la mayoría de los casos, a los niños no se les informa adecuadamente lo referente a su padecimiento, esto se debe al afán de los adultos (padres, médicos y personal hospitalario), de evitar producirles una mayor ansiedad respecto a lo que está sucediendo -- prefiriendo ocultárselo, pero el cuerpo enfermo del pequeño, -- así como toda la información que absorbe del medio, aunados a las fantasías generadas por la situación y a la inactividad física e intelectual, consiguen provocar exactamente lo que había tratado de evitarse, un gran temor y ansiedad ante lo desconocido. Si bien es cierto, que el conocimiento de lo que le está ocurriendo también será origen de miedos y ansiedad, al menos éstos no serán tan graves y se podrán controlar mejor sus efectos, ya que el pequeño tendrá información apta para su edad y nivel escolar, siendo además -- manejada con veracidad.

Otro de los efectos de la enfermedad en los niños, es precisamente el rezago escolar. Los accidentes o padecimientos sufridos por el pequeño, inciden en un bajo aprovechamiento académico debido al período de inasistencia, provocado ya sea por la convalecencia en el hogar o en el caso mas grave, por el internamiento en el hospital.

Al sucederse la reclusión hospitalaria, el menor deberá adaptarse a una serie de situaciones nuevas como son el ser atendido por personas extrañas, verse rodeado de objetos y aparatos que le son totalmente desconocidos y que en ocasiones le serán sumamente aversivos, se verá sujeto a una disciplina y rutinas que en nada se asemejan a las de su entorno -el hogar y la escuela principalmente- y sufrirá la separación de sus padres, maestros, amigos y familia en general, con todas las consecuencias que tanto a corto como a largo plazo conlleva esto. Aun cuando la hospitalización sea breve, el niño mayor de cinco o seis años perderá contacto con uno de los elementos primordiales de su vida y medio cotidianos, que es la escuela.

Durante el período de enfermedad y convalecencia del adulto, se le incapacita retribuyéndosele económicamente y en caso de necesario se le rehabilita. Esto no sucede con el pequeño, el cual tendrá que reincorporarse a un medio igualmente competitivo, acarreado una serie de deficiencias y en ocasiones cierto tipo de invalidez temporal o definitiva pro-

vocada por el padecimiento. Este hecho, lo deja en franca desventaja con respecto a la demás población infantil, lo que es aún mas grave cuando el nivel socioeconómico y cultural de la familia es bajo. De aquí la importancia de que se continúe con su instrucción escolar cuando haya existido un desempeño adecuado y cuando éste no haya sido el caso, - empezar a darle cierto entrenamiento específico en actividades que a pesar de sus limitaciones, pueda llevar a cabo a fin de ayudarlo a convertirse en una persona productiva y - adaptada y no en un lastre social, permitiéndosele así ocupar el lugar que le corresponde en la sociedad (Prudhommeau M., 1976; Haller A. y cols., 1978; Lewis M., 1984).

Al presentarse la etapa aguda de la enfermedad, lo más probable es que el niño sienta tal malestar que no le interese nada de lo que le rodea, pero una vez que la fase crítica haya sido superada y que se inicie el período de convalecencia y recuperación, será de suma importancia que pueda llenar su tiempo con actividades tanto educativas como recreativas y ocupacionales. Esto favorecerá una mejoría en su estado general, ya que se llevará a cabo tareas semejantes -- a las realizadas por niños sanos. Debe recordarse que tanto el niño hospitalizado como el saludable, tienen realmente -- una necesidad educativa, la cual es de vital importancia -- satisfacer.

La educación debe tener continuidad y no detenerse ante

ninguna circunstancia ya que persigue el desarrollo integral de la persona, de aquí que no habrá de permitirse que se suspenda y cuando esta suspensión haya sido inevitable por causa de algún accidente o enfermedad grave, tan pronto el sujeto -- salga de la etapa crítica, deberá continuar con su instrucción escolar.

La razón de la hospitalización puede ser múltiple y va desde el niño que sufre de alguna enfermedad crónica, es decir, -- una vez que se presenta el padecimiento permanecerá con él toda su vida, (motivo por el cual requerirá de frecuentes internamientos, algunas veces prolongados, otras no tanto por lo -- que es indispensable proporcionarle instrucción y capacitación, orientándole hacia cierto tipo de ocupaciones o actividades -- factibles de realizarse) hasta el paciente que sufre de un único pero prolongado internamiento hospitalario, causado por algún accidente severo o enfermedad aguda. En este caso como en el anterior, la subestimulación a la que se ve expuesto el sujeto incidirá sobre su conducta general, produciéndole problemas emocionales como regresiones, agresividad, retraimiento, -- depresión, inseguridad, impotencia, sentimientos de culpa generados por la ansiedad y temor provocado por el padecimiento, -- afectando de esta manera, su propia estima. Estas conductas -- al igual que el retraso escolar, le causarán una falta de adaptabilidad al medio al cual deberá reintegrarse una vez que se haya recuperado.

Existen enfermedades congénitas, crónicas, así como las secuelas de ciertas enfermedades infecciosas o de accidentes, que causan invalidez temporal o permanente, que en el menor de los casos pueden llegar a afectar el rendimiento escolar del pequeño debido a su inasistencia a la escuela. En estos casos, es necesario que se proporcione atención escolar y vocacional acordes a las características y posibilidades de la persona.

La atención de un menor, que por causa de un accidente o enfermedad grave requiere de hospitalización única pero prolongada o breve pero recurrente, afectando así su desarrollo armónico, sólo será integral cuando se tomen en cuenta y se atiendan sus necesidades, tanto de salud como de bienestar emocional y de escolaridad. Es por esto, que debe existir personal capacitado en el área psicopedagógica que pueda atender todas las necesidades del paciente (Haller A. y cols., 1978, Green J. y Green M., 1980, Fajardo Ortiz G., 1983).

El trance hospitalario es sumamente difícil de superar, sobre todo cuando se habla de pequeños en edad escolar. Pero, cuando existe un programa académico en el hospital que se asemeje a las actividades educativas normales, el niño tendrá contacto con situaciones y objetos que le son familiares. Se favorecerá la socialización del menor y la instrucción escolar por sí misma, le dará la posibilidad de estar en circunstancias semejantes a las de sus demás compañeros, ya que el -

rezago académico no será tan marcado. Es en la infancia, cuando el pequeño adquiere los repertorios y conductas que servirán de sustento a todo su comportamiento posterior (Montessori M., 1967).

A pesar de los grandes cambios sociales y económicos producidos en los últimos cincuenta años, la escuela tradicional, a la que asiste la mayoría de la población infantil, lejos de evolucionar, ha sufrido un gran deterioro. Anteriormente, cada maestro tenía a su cargo de 10 a 25 niños, teniendo por lo tanto, la posibilidad de establecer una relación maestro-alumno más personal. Actualmente, existe una sobrecarga de clases en la escuela, cada maestro tiene que atender a un número aproximado de 40 a 50 educandos y por si esto no fuera bastante, el centro escolar se convierte casi en un cuartel que alberga de 800 a 1000 alumnos, lo que despersonaliza totalmente la educación, ya que el niño pasará a ser un número más. La escuela, por lo tanto, representa un campo de batalla con un alto nivel competitivo, plagada de exámenes implacables y de trabajo exhaustivo cuyos objetivos no son claramente identificables por el menor (Médici A., 1979).

Es a este medio agresivo y punitivo, al que ha de reintegrarse el pequeño paciente, que además de todas estas desventajas, acarreará grandes deficiencias de orden cognitivo, afectivo y social, generadas por la inactividad y el aislamiento hospitalario y ocasionalmente, también algún tipo de invalidez que puede ser temporal en algunos casos y en otros definitiva.

La hospitalación además de interrumpir la secuencia del -- aprendizaje escolar, generará alteraciones en los conceptos de espacio, tiempo, imagen corporal, razonamiento, percepción, memoria y lenguaje, repercutiendo por tanto en su desempeño académico, así como en su esfera afectivo social, señalándolo como un niño especial.

Se tendrá que ofrecer al paciente no sólo la posibilidad -- de una vida más larga y saludable, es necesario que esta prolongación sea también en términos de calidad y no sólo de cantidad, dándole la oportunidad de alcanzar el máximo desarrollo en todas sus áreas. Esto será más factible en la medida en -- que el hospital cuente con la infraestructura necesaria, es -- decir, servicios de rehabilitación para las diferentes áreas, -- de salud mental y de escolaridad, así como actividades recreativas y ocupacionales, lo cual le permitirá al paciente una -- mejor y mas rápida recuperación y reintegración a su vida normal.

#### 2.4 Programas escolares en hospitales

Hoy en día, en la mayoría de los hospitales pediátricos de las grandes urbes, se contempla la necesidad de ofrecer a los pequeños pacientes internos algún tipo de actividad no solo re creativa y ocupacional, sino también algo más estructurado y sistemático en el área escolar. Se conoce a este departamento como servicio de escolaridad para los pacientes hospitalizados y tienen como función la instrumentación e impartición de programas escolares.

Estos planes educativos, buscan la participación directa de los padres, tanto para el cuidado directo de los menores hospitalizados, como para el apoyo en actividades de estimulación temprana o precoz, establecimiento de conductas básicas (imitación, discriminación, seguimiento instruccional) conductas de autocuidado, precurrentes académicas, de lenguaje, de socialización, conductas académicas, aumentando de esta manera la presencia de ánimo de los pequeños e impidiendo que se de un retardo en su desarrollo (Green J. y Green M., 1980, - Haller A., 1978, Lewis M., 1984, Programa de madre participante del sector salud en vigencia).

Dependiendo de este servicio, se encuentra una sala que hace las veces de aula o salón de clases llamada "escuela del hospital", a ella asisten los pacientes con capacidad ambulatoria, ya sea en silla de ruedas o por su propio pie. Este es

pacio cuenta con los elementos materiales de cualquier salón de clases normal, es decir gises, pizarrón, borradores, lápices de colores, libros, cuadernos, plastilina, tableros de resaque etc., así como con el personal necesario, maestros, educadores, puericultistas, psicólogos (en caso necesario) para la impartición regular de clases (op. cit.).

En este ambiente, el niño se siente seguro pues tanto los objetos como las personas y las situaciones le son familiares. En cambio, lo propiamente hospitalario como son el instrumental, los aparatos, los médicos y enfermeras, así como las actividades y circunstancias a que se ve expuesto por su padecimiento, le son totalmente ajenas y en la mayoría de los casos aversivas y aterrorizantes, de aquí la importancia de este servicio, que lo remite a experiencias conocidas y las más de las veces agradables.

Cuando el paciente está incapacitado para trasladarse a la "escuela del hospital", uno o varios maestros acuden hacia el "ambiente" o sala hospitalaria donde se encuentra confinado, a fin de darle las clases y asesorías necesarias para que no se atrase en su desempeño escolar (Seidel H., citado en Haller A., 1978). Estos programas son manejados de manera conjunta con el equipo interdisciplinario de salud (pediatras, médicos especialistas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, maestros, maestros especialistas y/o terapeutas) que se ocupan de la atención y recuperación del paciente.

La atención de este servicio, se hace a partir del personal adscrito al mismo, contratado para ello y de pasantes de diversas disciplinas cubriendo internados, servicio social y prácticas escolares.

Este proyecto existe en la mayoría de los hospitales pediátricos o servicios pediátricos de los hospitales generales de los Estados Unidos y Canada (Hospital John Hopkins, Hospital - Cornell del Centro Médico de Nueva York, Hospital Infantil de Texas, Centro Médico de la Universidad de Rochester, el Hospital Pediátrico de Boston, Hospital Pediátrico de Arkansas por mencionar algunos), que consideran como deber del hospital -- la atención escolar de los pequeños internos, siendo el "Programa para la vida del niño" parte esencial de los cuidados -- proporcionados por las clínicas.

En la mayoría de los nosocomios el plan de trabajo con -- los pequeños es bastante similar, uno de los mas variados sería el del Hospital Infantil James Whitecomb Riley de Indianapolis, Indiana (Green M. y Green J., 1980) donde existe un pabellón hospitalario para el internamiento conjunto de los menores con sus padres, pretendiéndose que las actividades y - situaciones referentes a la hospitalización sean apoyados y - en algunos casos realizados totalmente por los progenitores, o algún miembro de la familia a cargo, con la finalidad de que éstos tengan una compenetración mayor con la enfermedad o padecimiento del pequeño y aprendan a hacer un manejo más ade-

cuado de éste. Al mismo tiempo el paciente tiene la oportunidad de tener contacto con situaciones cotidianas. El problema que se presenta es lo elevado de su costo, ya que se requiere de instalaciones especiales, así como de cierta infraestructura económica y social principalmente, que apoye a los padres para poder abocarse al cuidado del menor hospitalizado.

En la Cd. de México, en algunos hospitales dependientes de la Secretaría de Salud se lleva a cabo el Programa de madre participante, consistente en proporcionarle a ésta un pase -- que le permite estar prácticamente todo el día con el pequeño. Desafortunadamente la falta de orientación, así como la imposibilidad de algunas madres de permanecer muchas horas en el hospital, debido a que tienen que atender a sus otros hijos o trabajar, hace que dicho programa no arroje todos los beneficios esperados.

Las propuestas y los programas en nuestro país son adecuadas, pero la carencia de recursos materiales y de centros de asistencia social para apoyarlos, hacen que estos resulten -- poco viables e ineficaces y por lo tanto la solución tendrá -- que partir del hospital mismo, dando capacitación a las madres y contando con personal dependiente de la institución para cubrir las necesidades de los pequeños pacientes, al menos en ciertas áreas.

Cabe señalar que los programas instrumentados en los hospitales pediátricos de nuestro país, son una derivación y ade

cuación de los "Programas para la vida del niño" utilizado -- en las clínicas pediátricas de los Estados Unidos. Las adaptaciones de dichos planes de trabajo, dependen en primer término de las limitaciones presupuestales en las instituciones, razón por la cual se ven reducidos considerablemente sobre -- todo en el aspecto referente a la contratación y capacitación del personal del servicio, así como de la adquisición del material necesario.

### CAPITULO 3

#### METODO

Para poder recabar información al respecto de la existencia, así como del tipo y calidad de servicios de escolaridad y/u ocupacionales de los internos y sus funciones en los hospitales pediátricos de la zona metropolitana, se elaboró y aplicó un cuestionario que sufrió varias modificaciones a partir de un estudio piloto, hasta llegar a su versión final la cual fue aplicada en las instituciones de la muestra.

#### OBJETIVOS

1. Detectar la existencia de servicios educativos para pacientes pediátricos con internamiento hospitalario superior a diez días.
2. Conocer la calidad y funcionamiento de los sistemas de escolarización para pacientes pediátricos con internamiento hospitalario superior a diez días, por medio de la administración de un cuestionario.
3. Proporcionar una propuesta de un modelo de servicio de escolaridad, para dar apoyo a los niños con un internamiento hospitalario superior a los diez días.

## SUJETOS

La muestra elegida se conformó de 13 hospitales pediátricos u hospitales generales que ofrecían el servicio de pediatría. Dicha selección se hizo a partir de la posibilidad o disposición de una cantidad mayor de hospitales de dar la información requerida, reduciéndose de esta manera, al número descrito anteriormente, de tal suerte se habla de una muestra selectiva.

Los sujetos elegidos para la aplicación del cuestionario, fueron los jefes del servicio de escolaridad para pacientes internos (maestros, terapeutas de distintas áreas, psicoterapeutas, trabajadores sociales) cuando éste existía. En los casos donde dicho servicio era inexistente, el instrumento de evaluación, se administraba a los jefes de trabajo social. Por lo tanto como se mencionó con antelación, el número de sujetos que conformaron la muestra se redujo a 13 personas.

## ESCENARIOS

La muestra estuvo compuesta por trece hospitales o aquellos que contaban con un servicio de pediatría dentro del área metropolitana. Se consideraron tanto aquéllos que pertenecían a instancias oficiales (IMSS, Secretaría de Salud, ISSSTE) como algunos privados (Hospital Infantil Privado, Hospital Shrinner's y otros cuyos patronatos eran de participación mixta como el caso del Hospital Germán Díaz Lombardo.

Inicialmente se tomaron dos de los centros de la muestra para aplicar el cuestionario y de esta manera, poder detectar las fallas del mismo. Los hospitales en cuestión fueron el -- Hospital Shrinner's y el Hospital Germán Díaz Lombardo. Ambas instituciones dan atención a personas con problemas del aparato locomotor, los cuales demandan que el paciente tenga inter-namientos recurrentes y por períodos prolongados.

Una vez aplicado el cuestionario, se analizó y se llevaron a cabo los ajustes necesarios, para dejarlo en la versión defi-nitiva, que habría de aplicarse en las trece insituciones de - la muestra.

#### MATERIALES

El material con el que se trabajó fue un cuestionario elab-orado por la autora, el cual sufrió varias modificaciones has-ta llegar a su tercera y última versión.

El cuestionario inicial constó de veinte preguntas y de éste se derivaron las siguientes versiones, las cuales fueron afinándose hasta llegar a la definitiva conformada por cator-ce preguntas.

#### PROCEDIMIENTO

El modelo de trabajo empleado fue un estudio descriptivo - basado en una investigación exploratoria, llamada también estu-dio de ensayo.

Se entiende por estudio descriptivo a la explicación sistemática y detallada de hechos o situaciones de una población o área de interés, teniendo como propósito la realización de predicciones, sin buscar la explicación de relaciones o la comprobación de hipótesis. Este método generalmente emplea estudios de registros como la recolección de hechos, identificación de problemas, realización de comprobaciones y evaluaciones de la información obtenida (Isaac S. y Michael W. B., 1977; Ary J., Jacobs L. Ch. y Razavieh A., 1988).

El primer sondeo (ver ap. 1), fue aplicado en dos de las instituciones que dan atención a menores de edad y permitió al analizarlo, la detección de algunas carencias y fallas del instrumento. Este constaba de veinte preguntas abiertas y cerradas, cuya finalidad era explorar los recursos tanto humanos como materiales existentes en las instituciones, para la conformación de un departamento o servicios de escolaridad para los pequeños pacientes.

Las modificaciones hechas al cuestionario dieron como resultado la segunda versión (ver ap. 2). Esta constaba de veintiún preguntas abiertas y cerradas y fue aplicada a cinco de los hospitales, logrando de esta manera determinar precisamente, cual era la información pertinente y la forma de obtenerla para los objetivos de este estudio.

La tercera y última versión (ver ap. 3) fue el producto de

las correcciones hechas a las anteriores. Este instrumento - estaba integrado por catorce preguntas abiertas y cerradas y fue aplicado en los trece hospitales de la muestra seleccionada en el área metropolitana. El cuestionario fue respondido en la mayoría de los casos, (once de trece) por los jefes del servicio y en las dos restantes por personal relacionado directamente con éstos.

Como ya se mencionó, ésta permitió la exploración mas precisa de los recursos, tanto humanos como materiales, así como los programas y actividades que estaban en vigencia en los -- centros hospitalarios.

Una vez aplicados los cuestionarios se procedió al análisis de la información obtenida, arrojando datos al respecto - de la cantidad y calidad de los servicios, así como de la disposición de medios profesionales y económicos, con que contaban las instituciones. Sirviendo esto de apoyo para la elaboración de una propuesta psicopedagógica viable que proporcionara una mejor atención a los pacientes internos.

## CAPITULO 4

### RESULTADOS

A continuación, se hace la descripción de los datos obtenidos a través del cuestionario administrado al personal de los diferentes centros hospitalarios seleccionados para el presente estudio.

El total de camas pertenecientes a los hospitales de la muestra seleccionada fue de 2137, de las cuales, 1917 correspondían a dependencias oficiales: Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), Secretaría de Salud (S.S.A.), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E) y la Secretaría de la Defensa Nacional (S.D.N.), - las restantes, es decir 220 a hospitales privados (H.P.).

De las 2137 camas disponibles en la investigación, el 38% de los pacientes tienen la posibilidad de recibir instrucción pedagógica a través de los servicios de escolaridad para los pacientes internos en las instituciones. El 62% sobrante cuentan con actividades de tipo ocupacional, recreativo y en algunas ocasiones escolar, pero solo en forma esporádica.

PACIENTES HOSPITALIZADOS

DEPENDENCIA	CAMAS DISPONIBLES	No. DE PACIENTES	PROCENTAJE DE OCUPACION
IMSS	692	575	85%
SSA	842	777	90%
ISSSTE	251	167	79%
SDN	132	75	57%
H. PRIVADOS	220	196	92.5%
TOTAL	2137	1790	78.9%

CUADRO 1. Disponibilidad y ocupación de camas por dependencia.

Las edades límite de los pacientes pediátricos se dan en función de las políticas de las dependencias. Es así como para el IMSS el rango va de recién nacidos a 16 años, en la SSA va de recién nacidos hasta los 16 y los 18 años estableciéndose un promedio = 17.4, para el ISSSTE es de recién nacidos a 14 años, lo mismo que para la SDN. En los H.P., se reciben desde recién nacidos hasta los 12 y los 18 años, con un promedio de 15 años.

DEPENDENCIA	LIMITE DE EDAD	TIEMPO DE INTERNAMIENTO						REINGRESO
		2s	4s	+4s	6s	8s	+8s	
IMSS	16 años	85%	7.5%	7.5%		-	-	10%
SSA	17.4 años	79%	10%	9%	1.4%		0.6%	21%
		82%	7.5%	7.5%	1.75%		.75%	8.3%
ISSSTE	14 años	90%	-	3.3%	-		6.6%	5%
SDN	14 años	90%	5%	-	3%	1%	1%	5%
H.P.	15 años	87%					7.5%	42.5%
		90%	-	5%	-		15.1%	10%

CUADRO 2 Límite de edad, tiempo de internamiento y reingreso por dependencia.

1  
5  
1

De igual manera, los porcentajes de reingreso en un año -- también se determinan por dependencia, así para el IMSS éste -- corresponde al 10% en la SSA es variable y va desde el 5% hasta el 80% estableciéndose un promedio de 21%, en el ISSSTE al 5%, en la SDN al 5% y para los H.P. varía del 75% al 10%, dando como promedio el 42.5%.

En el cuadro 2, se observa que hay una consistencia respecto a los límites de edad de los pacientes atendidos. En el -- IMSS es de 16 años, en la SSA el promedio es de 17.4 años, en el ISSSTE y la SDN es de 14 años y en el caso de los HP el promedio es de 15 años.

El tiempo de internamiento de los pacientes está relacionado de igual manera con las políticas de las dependencias, ya que en todas, el tiempo de internamiento es en su mayoría de 2 semanas, con un porcentaje que fluctua entre el 90% y el 79% y de más de 2 semanas, sobre el 10% al 20%.

En lo referente a los reingresos, también existe un equilibrio entre el 5% y el 10%, a excepción de los hospitales Germán Díaz Lombardo (SSA) y Shrinner's (HP) que al ser incluidos en los rubros correspondientes, elevan los porcentajes de reingreso al 21% y al 42.5% respectivamente. Cabe aclarar que en -- ambos casos, se trata de hospitales que atienden pacientes con problemas del aparato locomotor, dando como resultado una población cautiva, con secuelas permanentes y problemas de salud crónicos. De esta manera, se eleva la edad límite de los pa-

cientes así como el porcentaje de reingreso anuales.

DEPENDENCIA	HOSPITAL	LIMITE DE EDAD.	TIEMPO DE INTERNAMIENTO						REINGRE- SO.
			2s	4s	+4s	6s	8s	+8s	
SSA	D.L.	18 años	65%	20%	15%				80%
H.P.	SHRINNER'S	18 años	85%					15%	75%

CUADRO 3. Hospitales pediátricos que atienden problemas del aparato locomotor.

Al separar el Hospital Germán Díaz Lombardo y el Hospital Shrinner's, los cuales cuentan con un porcentaje de reingreso en un año del 80% y del 75% respectivamente, el resto de las instituciones de la SSA y H.P guardan una cierta semejanza en sus reingresos, siendo el promedio para los primeros del 8.3% y para los segundos del 10%.

De aquí, se desprende el hecho de que en ambas instituciones existe un servicio más estructurado de escolaridad para los pequeños pacientes, situación que se presenta únicamente en otros dos hospitales de la muestra, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil de México pertenecientes a la Secretaría de Salud, quienes por su carácter de hospitales de concentración, de tercer nivel y por estar además a la cabeza del cuidado del niño, tienen el deber de atender integralmente al niño y al adolescente.

A partir de lo anterior, se podría concluir que los menores

hospitalizados en otros centros, no reciben otro tipo de atención que no sea la relacionada con la médica, lo cual es falso. Existe interés en favorecer al pequeño, brindándole servicios de rehabilitación en un 100%, de terapia ocupacional en un 77% y de tipo recreativo en un 92.3%. En estos casos, las actividades se orientan hacia la rehabilitación del área afectada en un 100%, hacia las actividades manuales en terapia ocupacional en un 77% y a la proyección de películas, funciones de teatro, payasos y títeres en un 84.6%.

En una panorámica general de todas las instituciones revisadas, podemos observar que las personas responsables de llevar a cabo las funciones referentes a las distintas áreas de atención, son en su mayoría terapeutas y maestros (normalistas, de educación preescolar y especializados), correspondiendo para rehabilitación al 100%, en terapia ocupacional y actividades recreativas al 84.6% y en escolaridad al 30.7%. Hay también colaboración pero en menor escala de psicólogos, puericultistas y voluntarios.

En la situación específica de los 4 hospitales que tienen contemplado como tal el servicio de escolaridad, el 75% de los jefes de servicio son profesores especialistas y el 25% restantes, profesores normalistas. El personal se compone de profesores y profesores especialistas en un 75% y el 25% sobrante cuenta con psicólogos. En el 100% de los servicios se tiene material educativo conformado por libros, cuadernos, lápices, colores, crayones, tijeras, plastilina, fichas, rompe-

cabezas, dados, tableros de resaque, mismo que es proporcionado en todos los casos por la institución y el voluntariado. En ninguno de los nosocomios existe otra instancia aparte de las mencionadas, que proporcione el material didáctico.

En el total de los centros de la muestra, los encuestados consideraron que la existencia de un servicio de escolaridad sería benéfico. En un 84.6% se cree que el menor no tendría un retraso escolar. En el 69.2% se piensa que servirá para que el pequeño tenga una mejor adaptación al medio hospitalario. El 46% de los jefes de servicio, estimaron que el paciente tendría la posibilidad de una mejor y más pronta recuperación, favoreciendo de esta manera que no se presente la depresión en un 38.4%. Por último, se encontró que en el 7.6% juzgaban provechoso que el paciente tuviera actividades semejantes a las de su vida cotidiana, facilitándole su reincorporación.

A partir de los resultados arrojados por la investigación, se concluye la necesidad real de la existencia de servicios escolarizados, para menores que sufren internamientos hospitalarios superiores a las 2 semanas y mas aún cuando se habla de enfermos crónicos con requerimientos de hospitalizaciones recurrentes.

Lo anterior, es imprescindible cuando se trata de hospitales oficiales que atienden a mayor número de pacientes y con una capacidad económica inferior, lo que los deja en una situación totalmente desventajosa con respecto al resto de la --

población. A diferencia de los niños usuarios de los hospitales privados, los cuales por ser de clase media alta y alta - provienen de un entorno mas estimulante y saludable, manejanse además mayor información con respecto a las áreas de salud y educación.

## CAPITULO 5

### PROPUESTA DEL MODELO DE SERVICIO DE ESCOLARIDAD

La presente propuesta, ofrece una alternativa viable y económica de rehabilitación orgánica y recuperación escolar, para el pequeño que sufre uno o varios internamientos hospitalarios durante su infancia. Se sugiere que el hospital por ser pediátrico proporcione al paciente, además de la detección, diagnóstico y tratamiento del padecimiento o enfermedad, la posibilidad de recibir durante su internamiento: estimulación temprana, estimulación psicopedagógica, rehabilitación en todas las áreas como motora, verbal, auditiva, visual, es decir integral, facilidades para continuar con su instrucción escolar, actividades recreativas y sociales, así como, asesoría psicológica que aborde la problemática emocional generada por la enfermedad, tanto para el pequeño como para su familia. Todo esto, con el objetivo de impulsar el desarrollo y/o la recuperación de las funciones afectadas ya sea por la enfermedad, o por los efectos provocados por el aislamiento hospitalario.

Una vez que el menor sane, volverá a su hogar y con ello a sus actividades cotidianas, tratando de reincorporarse lo mas pronto posible, a su ritmo de vida normal, en el cual la escuela juega un papel preponderante. Cuando la hospitaliza-

ción haya sido breve, quizá la falta de adaptación del niño no será muy marcada y podrá reintegrarse al grupo escolar sin mayor problema, alcanzando el nivel académico de sus compañeros en un corto tiempo. Por el contrario, cuando se ha visto sujeto a internamientos breves y recurrentes o únicos pero -- prolongados, las limitaciones generadas por un marcado retraso escolar serán múltiples y en ocasiones severas.

El paciente pediátrico crónico está expuesto a reinternamientos periódicos, algunas veces por lapsos cortos, otros no tanto y cuyo objetivo será tener un control del estado de salud del pequeño, la actualización de sus estudios y análisis clínicos, así como lo referente a su medicación. Es este tipo de paciente, quien más requiere de actividades educativas estructuradas en forma regular, durante su estancia hospitalaria.

La finalidad del modelo de servicio de escolaridad que se propone, será la elaboración y desarrollo de los programas -- educacionales, que aportarán las experiencias designadas específicamente para remediar los problemas académicos que llegue a presentar el paciente, cuando su desempeño escolar haya sido normal y sin irregularidades relevantes, ayudándole de esta manera, a mantener dicho nivel académico a través de actividades adecuadas a su edad y estado de salud. Es un hecho comprobado que los niños que permanecen largo tiempo hospitalizados, presentan serios problemas escolares y/o trastornos

de conducta, derivados precisamente de los largos períodos de inactividad durante su internamiento, de aquí la importancia de la realización de labores de tipo escolar.

Para poder llevar a cabo el trabajo antes mencionado, el servicio deberá contemplar la captación, jerarquización y distribución tanto de recursos materiales como humanos, así como el establecimiento y organización de medios y actividades a desarrollar, tanto por el personal del servicio como por los pequeños pacientes y sus familiares.

Es primordial tomar en cuenta, que en las instituciones existen limitaciones de presupuesto y personal. Por esta razón en el modelo que se sugiere, el personal del servicio en su mayoría, estará constituido por pasantes de las diversas disciplinas, cubriendo el trabajo correspondiente a su servicio social.

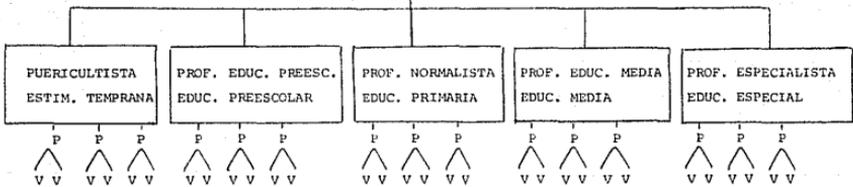
El personal de base del servicio estará compuesto por un psicólogo educativo, quien será el encargado de coordinar las actividades del personal conformado por: una puericultista, una profesora de educación preescolar, un profesor normalista, un profesor de educación media y un profesor de educación especial, quienes a su vez serán responsables de los 3 pasantes de cada profesión, que se encontrarán cubriendo el trabajo correspondiente a su servicio social. Estos profesionales y pasantes estarán en constante relación con los médicos especialistas, pediatras, trabajadoras sociales y los psicólogos --

clínicos del hospital, formando así un equipo multidisciplinario, que se abocará a la completa rehabilitación y reincorporación del paciente a su medio familiar y escolar. La cantidad de pasantes y de voluntarios se determinará dependiendo si se refiere a un hospital pediátrico o a un servicio de pediatría dentro de un hospital general, así como, de la capacidad de -- atención que estos tengan (ver organigrama).

En esta situación, se considera a la educación como una -- disciplina directamente involucrada en el proceso de tratamiento y recuperación del pequeño paciente.

ORGANIGRAMA  
SERVICIO DE ESCOLARIDAD

JEFATURA  
PSICOLOGO EDUCATIVO  
ASESORIA PSICOLOGICA



P = PASANTES DE DIVERSAS AREAS

V = VOLUNTARIOS

Las actividades del servicio se realizarán de la siguiente manera:

El área de estimulación temprana que abarca desde neonatos y lactantes, hasta infantes de 3 años, así como, la de educación preescolar que incluye a los pequeños de 3 a 5 años, estarán supervisadas por una puericultista y una educadora (profesora de educación preescolar) y las actividades se centrarán en programas de:

- 1) estimulación precoz
- 2) establecimiento de conductas básicas (atención, imitación, seguimiento instruccional).
- 3) discriminación auditiva y visual
- 4) coordinación motora gruesa y fina
- 5) conductas de socialización
- 6) conductas de autocuidado
- 7) precurrentes académicas

Para los niños en edad escolar, se trabajará de acuerdo a los programas vigentes en las escuelas primarias y utilizando los libros de texto. El aula o salón de clases (escuela del hospital), será el espacio donde se impartan las lecciones correspondientes, orientándose principalmente hacia las matemáticas y la lecto-escritura. Las otras materias, también serán objeto de revisiones periódicas, pero con menor frecuencia.

Cabe señalar la relevancia dada a las áreas mencionadas en primer término. Esto se debe a que son fundamento para el aprendizaje del resto de las materias.

En el caso de los adolescentes hospitalizados que se encuentren cursando la enseñanza media, se formarán círculos de estudio en grupos pequeños de pacientes que se encuentren cursando el mismo grado, para la revisión de los temas correspondientes a las diversas materias sobre todo aquéllas consideradas como "cuello de botella", es decir con un alto índice de reprocción. Tendrán al menos, una asesoría semanal para la resolución de las dudas surgidas durante las horas de estudio.

Ambas situaciones relatadas previamente, se refieren a niños y adolescentes con capacidad ambulatoria. Cuando esto no sea factible, deberán instrumentarse programas de asesoría individual, sin importar la edad del menor, ya sea que se trate de un preescolar de 4 años o un adolescente de 16. Este trabajo será posible realizarlo gracias a que se contará con pasantes y voluntarios capacitados, supervisados por profesionales de las distintas áreas.

Los pacientes con requerimientos de educación especial, serán atendidos ya sea en forma individual o en grupos pequeños, que no excedan de tres. Se dará orientación a los padres sobre la atipicidad y la forma más adecuada de abordarla, es decir se llevarán a cabo programas de entrenamiento, orientación y apoyo, favoreciendo el mantenimiento y generalización de --

ciertas conductas tanto del pequeño como de su familia.

En educación especial se llevarán a cabo programas de:

- 1) adquisición de repertorios básicos
- 2) establecimiento de conductas de socialización
- 3) establecimiento de conductas de autocuidado
- 4) adquisición de lenguaje
- 5) rehabilitación motora y auditiva (auxiliando a los servicios de terapia física y foniatría)

En esta propuesta se plantea también la necesidad de brindar ayuda de tipo emocional al pequeño, con la finalidad de -- que pueda tener una mejor adaptación a las condiciones hospitalarias, además de favorecer la expresión de los conflictos generados por su internamiento, mismos que lo confunden y atemorizan.

Se propone trabajar a través de las terapias de arte y de juego, escogiéndose éstas, por ser mas fácil y natural para el menor manifestarse en forma plástica y lúdica, que oralmente, favoreciéndose así la intervención. La dificultad que presenta el pequeño para hablar de sus pensamientos y emociones, se debe a que se encuentra en una etapa donde su nivel de pensamiento es preconceptual, dificultándose el establecimiento de un diálogo, en el que pueda desplegar la ira, el miedo, el dolor que siente y otras expresiones emotivas que afectan su comportamiento.

El procedimiento más adecuado será en grupos pequeños, supervisados por terapeutas en formación, cubriendo de esta manera, las prácticas clínicas correspondientes a su formación en psicoterapia.

Estas actividades se realizarán en el mismo salón o aula de clases, con la finalidad de familiarizar al niño con el ambiente hospitalario, además de permitirle expresar sus dudas y temores referentes al proceso de enfermedad.

La razón principal para el empleo de dichos enfoques terapéuticos, se debe a que ambos comparten ciertos objetivos. En lo referente al área afectiva, tanto uno como otro, persiguen la expresión de sentimientos, emociones y conflictos, en un ambiente libre de tensión y amenazas. La cognoscitiva se aboca al desarrollo de la propia conciencia, la reflexión y la imaginación. En tanto que la social, pretende alcanzar el desarrollo de habilidades de interacción como la cooperación, la comunicación, el apoyo interpersonal, la aceptación de los demás y de sí mismo.

Así como "el juego es su habla y los juguetes sus palabras" (Ginott H., 1961 cit. en Landreth G., 1988 p. 182), sus respuestas artísticas, son la expresión de su mundo interno o sensibilidad propia y única.

Tanto la terapia artística como la lúdica pueden realizarse de manera individual y grupal. En la mayoría de los casos, el sistema de trabajo en la terapia artística consta de tres -

partes: La introducción, en donde se lleva a cabo la presentación, así como el establecimiento de los objetivos y de las reglas; la actividad en sí consistente en el proceso de realización y con una duración de 30 a 45 minutos y el debate, es decir, la discusión con respecto a los productos.

Algunas de las actividades que conformaron las tareas psicoterapéuticas, serán las de pedirle al niño que interprete pictóricamente, las situaciones que ha vivido, sus sentimientos y pensamientos, proyectándolos en dibujos vivenciales como el pintarse como un instrumento musical, plasmar el sueño que más le haya impresionado y experiencias de tipo sensorial.

En la terapia lúdica, el pequeño se vale de los objetos con los que juega, empleándolos como símbolos para la expresión de sus sentimientos y pensamientos. Al indentificarse con el juguete, el infante va descubriendo formas personales de sentir y actuar. En las sesiones grupales, tendrá la posibilidad de establecer comparaciones y contrastaciones conductuales con sus compañeros.

Como corolario de las actividades de apoyo terapéutico, será recomendable dar orientación familiar, pretendiendo que el paciente y su familia reciban apoyo, y asesoría sobre el problema de salud que lo aqueja y como esto incide en todos los miembros del grupo afectando su comportamiento.

Al llevarse conjuntamente las labores de escolaridad, con

las de terapia, se propiciará una mejoría tanto en la adaptación, como en el manejo del pequeño paciente internado, permitiéndole a futuro reincorporarse a su grupo social sin presentar tantas desventajas.

En todos los niveles se trabajará con técnicas para estimular la respuesta creativa del niño y el adolescente; por ejemplo, actividades sobre visualización e imaginación creadora, los múltiples usos que se le pueden dar a los diferentes estímulos, y los variados puntos de vista convencionales y novedosos a través de los que se pueden ver los eventos y experiencias (Torrance E. P., 1977). En resumen, se tratará de enseñarle a resolver en forma productiva y creativa, las experiencias y situaciones afectivas, cognitivas y sociales que se le presentan y se confrontan en la interacción social.

## CAPITULO 6

### DISCUSION

A partir de los resultados obtenidos, se concluye la existencia de servicios escolares para los pacientes internados en la tercera parte de las instituciones exploradas. De éstas, una pertenecía a la iniciativa privada y las restantes a la -- Secretaría de Salud, observándose que en las dependientes del IMSS, ISSSTE y Secretaría de la Defensa Nacional, no hay programas escolares estructurados, únicamente actividades aisladas y sin sistematización, de tipo recreativo, ocupacional y en ocasiones escolares, supervisadas por profesores de los distintos niveles, puericultistas y voluntarios.

Esto puede deberse al tiempo de internamiento, el cual en la mayoría de los casos (80%), no rebasa las dos semanas, aunque otro dato de importancia es que los centros que cuentan -- con éste son todos hospitales pediátricos y los que no lo tienen son los servicios de pediatría de hospitales generales, -- considerándose ésta una razón de peso para la existencia o no del servicio de escolaridad.

La situación en los hospitales generales privados como el Hospital Mocel, el Sanatorio Español, el Hospital Inglés (ABC) por mencionar algunos, es mas complicada pues ni siquiera está considerado un servicio pediátrico, entendiéndolo como un espa

cio físico reservado únicamente para el internamiento de pacientes menores de 18 años. Lo anterior dió como resultado la eliminación de dichos nosocomios de la muestra seleccionada.

El Hospital Infantil Privado presenta una condición más grave, pues a pesar de ser un hospital pediátrico, no ofrece un servicio de escolaridad para los pacientes internos. Esto aunado a la carencia total de la estimulación mínima necesaria a través de elementos visuales (colores y formas en movimiento) y sonoros (por ejemplo cajas musicales), dejan toda la responsabilidad al personal médico y paramédico, el cual difícilmente atenderá las demandas del niño, ocupándose como es su deber de las exigencias de la enfermedad o padecimiento.

A través de esta investigación y lo establecido por otros autores (Bakwin H. y Bakwin M., 1974; Green M. y Green J., 1980; Haller A. 1978, Petrillo M. y Sanger S., 1975, Programa de madre participante de la Secretaría de Salud en vigencia), se ha señalado la necesidad imperiosa de programas educativos para el pequeño hospitalizado, favoreciendo así su pronta recuperación y la reintegración a su medio y vida cotidianos.

El cuestionario validado externamente, fue administrado en las instituciones seleccionadas para determinar la calidad y funcionamiento de los servicios de escolaridad. La información obtenida, permitió establecer semejanzas y diferencias entre estos y los registrados en las investigaciones revisadas previamente.

Fueron más las diferencias que las semejanzas encontradas entre las investigaciones registradas (op. cit.) y el presente estudio. La semejanza, se refiere a la filosofía que subyace el ofrecer un servicio de escolarización para los pequeños internos, así como la conformación del mismo.

Las diferencias, se refieren principalmente al presupuesto, la capacitación del personal asignado, así como a la supervisión de los programas educativos por parte de las instancias correspondientes. En el caso de las investigaciones anteriores, el presupuesto era mayor, se contaba con una plantilla de personal bien conformada y con mejor capacitación, habiendo apoyo y supervisión constante por parte de las autoridades del Departamento de Educación, situación que no se presenta en nuestro país.

Se hace una propuesta de servicio con un mínimo de personal adscrito al hospital y una de cuyas funciones será la capacitación de los pasantes de las distintas profesiones que se encuentren cubriendo su servicio social, internado o prácticas escolares, partiendo de un mínimo de horas a cubrir y los cuales serán apoyados por los voluntarios, también entrenados en el trabajo con programas estructurados y sistemáticos.

La propuesta compuesta de las áreas pedagógica y psicológica, pretende apoyar al paciente durante su internamiento, favoreciendo su reincorporación a la vida cotidiana, considerando las limitaciones tanto económicas como de capacitación

que se presentan en los hospitales y servicios pediátricos -- del área metropolitana.

A partir de esta propuesta, se tiene presente el beneficio ofrecido a un sector de la población que carece de posibilidades económicas y cuya salud se encuentra mermada.

A modo de sugerencia, se elaboró el bosquejo de la propuesta de servicio de escolaridad, la cual es perfectible para -- aquellos interesados en realizar y comprobar los efectos del programa psicopedagógico, basándose en los principios de la -- tecnología educativa, esto es, elaborar planes de trabajo escolarizado considerando un enfoque integral que comprenda estrategias tanto instruccionales, como de aprendizaje, más apropiado para la población mencionada.

Los hallazgos permiten concluir, que no es necesaria una -- fuerte erogación presupuestaria para integrar un servicio de -- escolarización adecuado, dado que el hospital cuenta con el -- personal mínimo necesario para llevarlo a cabo. Este proporcionará ayuda tanto pedagógica como psicológica, favoreciendo con esto, una mejoría en el estado general de salud, permitiendo alcanzar los efectos esperados en el aprendizaje cognitivo, afectivo y social.

La limitación más importante de este estudio es la relativa al muestreo, el cual se conformó de una selección de los -- hospitales pediátricos o con servicio de pediatría, donde había disposición para proporcionar la información requerida, --

de tal suerte que fue imposible realizar un muestreo al azar.

Lo encontrado a través de la presente investigación realizada en 1985, se corresponde con la situación actual, esto es, persiste la inexistencia de servicios escolares estructurados para pacientes con internamiento hospitalario prolongado, reduciéndose a actividades poco sistemáticas y de orden recreativo y ocupacional mayoritariamente.

Por último, se desea enfatizar que es de suma importancia señalar la relevancia de la aplicación de los programas psicopedagógicos para los pacientes pediátricos internos, con la finalidad de generar condiciones hospitalarias adecuadas, redundando estas en una mejoría de la salud integral de los menores.

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

BIBLIOGRAFIA

- Aladro L. P. Listas de comprobación de los contenidos de -- una tesis profesional en investigación psicológica. Mecanograma México: Facultad de Psicología U.N.A.M., 1983.
- Aladro L. P. Psicoterapia de arte. Mecanograma. México: -- Fac. de Psicología U.N.A.M., 1989.
- Ary, J.; Jacobs, L. Ch. y Razavieh, A. Introducción a la in vestigación pedagógica (2a. ed.) México: Interamericana, -- 1988.
- Austin State Hospital. Patient education procedures manual. Austin, 1984.
- Axline V. Terapia de juego. México: Diana, 1975.
- Bakwin , H. y Bakwin , R. M. Desarrollo psicológico del -- niño normal y patológico. México: Interamericana, 1974.
- Biehler, R. Introducción al desarrollo del niño. México: -- Diana, 1980.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. Psicología del desarrollo infantil I. México: Trillas, 1969.
- Brown, E. Nuevas dimensiones en el cuidado de los pacientes. México: La Prensa Médica Mexicana, 1971.
- Clarizio, H. y Mc. Coy, G. Trastornos de la conducta en el niño. México: El Manual Moderno, 1981.

- Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Simposio sobre pediatría conductual. Vol. 2 México: Interamericana, 1982.
- Coplamar. Necesidades esenciales en México situación actual y perspectiva para el año 2000. Salud No. 4 México: Siglo XXI Editores, 1982.
- Cuevas, R. C. y Carrascal, L. L. Muestreo. México: Fac. de Psicología, U.N.A.M., 1982 Tomado de Cochran, W. Técnicas de muestreo. México: CECSA, 1974.
- Cuevas, R. C., Carrascal, L.L. Rivera A. S. y Flores, G. M. Manual de prácticas de estadística. México: Fac. de Psicología U.N.A.M., 1984.
- Dabas, N. E. (comp.) Los contextos del aprendizaje situaciones socio-psico-pedagógicas. Buenos Aires: Nueva Visión, 1988.
- Fajardo, O. G. Breve historia de los hospitales de la ciudad de México. México: La Prensa Médica Mexicana, 1982.
- Fajardo, O. G. Atención médica. Teoría y práctica administrativas. México: La Prensa Médica Mexicana, 1983.
- Frost, J. L. y Kissinger, J. B. The young child and the educative process. Holt Rinehart & Winston 1978.
- García, M. H. Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud. México: La Prensa Médica Mexicana, 1983.

- Gesell, A. El niño de 1 a 5 años. Buenos Aires: Paidós, --  
1976.
- Golden, D. B. Terapia de juego para niños hospitalizados. -  
En Schaefer, Ch. E. y O'Connor J.K. Manual de terapia de  
juego México: El Manual Moderno, 1988.
- Green, M. and Green, J. G. Care of Children at the hospi-  
tal by their parents. En Children's Bureau Review. India-  
napolis: U.S. Departament of Health, Education and Welfare,  
1980.
- Hainstock, E. G. Enseñanza Montessori en el hogar. Los --  
años preescolares. México: Diana, 1972.
- Hainstock, E. G. Enseñanza Montessori en el hogar. Los años  
escolares. México: Diana, 1973.
- Haller, A. J.; Talbert, J. L. y Dombro, R. H. El niño hos-  
pitalizado y su familia. Buenos Aires: El Ateneo, 1978.
- Illich, I. Némesis médica. La expropiación de la salud. --  
Barcelona: Barral Editores, 1975.
- Illingworth, R.S. El niño normal. México: El Manual Moder-  
no, 1982.
- Isaac, S. y Michael W.B. Handbook in research and evalua-  
tion. (8th. printing) San Diego: Edits Publishers, 1977.
- Landman, G. B. Preventing school failure the phisician as  
child advocate. En The Pediatric Clinics of North America  
Vol. 33 No. 4. Philadelphia: W.B Sainders Co; 1986.

- Landreth, G. Terapia de juego en escenarios de escuelas primarias. En - Schaefer Ch. E. y O'Connor J. K. Manual de terapia de juego. México: -- El Manual Moderno, 1988.
- Linton M. Manual simplificado de estilo. México: Trillas, 1978.
- Lewis, M. Desarrollo psicológico del niño (2a. ed.) México: Interamericana, 1984.
- Mata, R. F. Inadaptación escolar y problemas emocionales: - Una propuesta al plan de estudios del área de psicología - educativa de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Tesis Lic. México: Fac. de Psicología U.N.A.M., 1988.
- Médici, A. La escuela y el niño. Barcelona: Ed. Planeta, 1976.
- Montessori, M. El niño el secreto de la infancia (2a. ed.) México: Diana 1982.
- Munsinger, H. Desarrollo del niño. México Interamericana, 1978.
- Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J. Desarrollo de la persona lidad del niño. México: Trillas, 1976.
- Nickerson, E. T. El arte como medio terapéutico de juego. - En Schaefer, Ch. E. y O' Connor, J. K. Manual de terapia de juego. México: El Manual Moderno, 1988,
- O'Connor, J. K. La técnica de ilumina tu vida. En Schaefer, Ch. E. y O'Connor, J. K. Manual de terapia de juego. México, El Manual Moderno, 1988.
- Osman, B. Problemas de aprendizaje. Un asunto familiar. Méxi-co: Trillas, 1988.

- Padua, J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.
- Pappalia, D. y Olds, W. Psicología del desarrollo. México: Interamericana, 1985.
- Pardiñas F. Metodología y técnicas de investigación en las ciencias sociales. México: Siglo XXI Editores, 1979.
- Petrillo, M. y Sanger, S. El cuidado emocional del niño -- hospitalizado. México: La Prensa Médica Mexicana, 1975.
- Petrillo, M. y Sanger, S. El cuidado emocional del niño -- hospitalizado. México: La Prensa Médica Mexicana, 1975.
- Piaget, J. e Inhelder B. Psicología del niño (4a. ed) Buenos Aires: Editor 904, 1973.
- Porot, M. La Familia y el niño (9a. ed.) Barcelona: Planeta, 1975.
- Prudhommeau, M. Educación de la infancia anormal. México: Planeta Mexicana, 1976.
- Robin, G. Las dificultades escolares (10a. ed) Barcelona: Planeta, 1975.
- Robles, F. T.; Eustace, J. R. y Fernández, C.M. El enfermo crónico y su familia propuestas terapéuticas. México: Ed. Nuevomar, 1987.
- Rodríguez, O. G. y Palacios, V. J. Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En Urbina, S. J. (comp.) El psicólogo Formación, ejercicio profesional prospectiva. México: U.N.A.M., 1989.

- Salas, M. y Ramírez M. Medicina Interna. México; La Prensa Médica Mexicana, 1981.
- San Martín, H. Salud y enfermedad. México: La Prensa Médica Mexicana, 1981.
- Teixeira, J. M. Trabajo, valoración e invalidez cuadernos laborales. Vol. 30 México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 1983.
- Torrance, E.P. Educación y capacidad creativa. Madrid: Marova, 1977.
- Velazco, F. R. El niño hiperquinético (2a. ed.) México: -- Trillas, 1980.

A P E N D I C E

CUESTIONARIO 1

Nombre de la institución \_\_\_\_\_

Dependencia \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que responde el cuestionario \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa \_\_\_\_\_

1.- La edad de los pacientes atendidos en este hospital es de \_\_\_\_\_

2.- ¿A cuántos pacientes se da atención hospitalaria anualmente (número aproximado)?  
\_\_\_\_\_

3.- ¿Cuál es el tiempo promedio de internamiento hospitalario de los pacientes?  
\_\_\_\_\_

4.- ¿Qué porcentaje de pacientes reingresan en el lapso de un año?  
\_\_\_\_\_

5.- ¿Reciben los pacientes algún otro servicio aparte de la -  
atención médica?

( ) Si            ( ) No

6.- ¿Qué servicios?

---

---

---

---

7.- ¿En qué consisten las actividades de las siguientes áreas?

Escolar

---

---

---

---

---

Recreativa

---

---

---

---

---

Ocupacional

---

---

---

---

---

De rehabilitación

---

---

---

---

---

Otras (especificíquelas)

---

---

---

---

---

8.- ¿Quién lleva a cabo dichas actividades?

---

---

---

---

16.- ¿Quién dirige estas actividades? (especifíquelo)

---

---

---

---

---

17.- ¿Se cuenta con material educativo para los pacientes?

( ) Si ( ) No

18.- ¿Qué tipo de material? (describalo)

---

---

---

---

---

19.- ¿Quién proporciona este material?

---

---

---

20.- ¿Considera benéfico un servicio de escolaridad en la institución?

( ) Si ( ) No

CUESTIONARIO 2

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que contesta el cuestionario \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa \_\_\_\_\_

1. La edad de los pacientes atendidos en este hospital (servicio) es de:

\_\_\_\_\_ Recién nacidos a 1 año

\_\_\_\_\_ 1 a 3 años

\_\_\_\_\_ 3 a 6 años

\_\_\_\_\_ 12 a 18 años

2. ¿A cuántos pacientes se da atención hospitalaria anualmente (número aproximado)?

100 a 200 \_\_\_\_\_

201 a 300 \_\_\_\_\_

301 a 400 \_\_\_\_\_

401 a 500 \_\_\_\_\_

501 a 600 \_\_\_\_\_

601 a 700 \_\_\_\_\_

701 a 800 \_\_\_\_\_

Mas de 800 \_\_\_\_\_

(indique la cantidad aproximada)

3. ¿Cuál es el porcentaje promedio de pacientes internados por períodos de: ?

2 semanas \_\_\_\_\_

4 semanas \_\_\_\_\_

6 semanas \_\_\_\_\_

8 semanas \_\_\_\_\_

Mas de 8 semanas \_\_\_\_\_

4. ¿Qué porcentaje de pacientes reingresan en el lapso de 1 --  
año? \_\_\_\_\_

5. ¿Reciben los pacientes algún otro servicio aparte de la --  
atención médica?

\_\_\_\_\_ Si

\_\_\_\_\_ No

6. ¿Qué servicios?

\_\_\_\_\_ Rehabilitación

\_\_\_\_\_ Escolaridad

\_\_\_\_\_ Ocupacional

\_\_\_\_\_ Recreativa

\_\_\_\_\_ Otros (especificquelos) \_\_\_\_\_

7. Describa en que consisten las actividades de las siguientes  
áreas:

Rehabilitación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ocupacional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recreativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si existen otras, especifíquelas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Quién lleva a cabo dichas actividades? (correlacione ambas columnas)

Rehabilitación

Maestro normalista

Escolaridad

Maestro de educación especial

Ocupacionales

Maestra de educación preescolar  
(educadora)

Recreativas

Terapistas

Otras

Psicólogo clínico

Psicólogo educativo

Psicopedagogo

Trabajadora social

Voluntarias

Otro profesional o paraprofesional  
(especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.- ¿Existe un servicio de escolaridad para los pacientes?

( ) Si ( ) No

Si existe, responda las siguientes preguntas. Si no existe, pase por favor a la pregunta 14.

10.- ¿Cuál es la profesión del jefe del servicio de escolaridad?

---

---

11.- ¿Cuántas personas mas integran el servicio de escolaridad?

---

---

12.- ¿Que profesión tienen? Marque la profesión e indique el número que corresponda a cada una de ellas.

- a) Maestro normalista
- b) Maestro de educación especial
- c) Maestra de educación preescolar (educadora)
- d) Psicólogo clínico
- e) Psicólogo educativo
- f) Psicopedagogo
- g) Trabajadora social
- h) Voluntarias

i) Otra (especifique cuál)

---

---

13.- ¿Qué actividades realiza el personal del servicio (describalas)?

---

---

---

---

---

14.- ¿Tienen los niños alguna actividad durante los períodos de convalecencia o de recuperación?

( ) Si ( ) No

15.- ¿Qué tipo de actividad?

Escolar

Recreativa

Ocupacional

De rehabilitación

Otras (especificíquelas)

---

---

---

16. ¿Quién dirige estas actividades? (correlacione ambas columnas)

Rehabilitación	Maestro normalista
Escolaridad	Maestro de educación especial
Ocupacionales	Maestra de educación preescolar (educadora)
Recreativas	Terapistas
Otras.	Psicólogo clínico
	Psicólogo educativo
	Psicopedagogo
	Trabajadora social
	Voluntarias
	Otro profesional o paraprofesional (especifique) _____

17. ¿Se cuenta con material educativo para los pacientes?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

18. ¿Que tipo de material?

\_\_\_\_ Libros  
\_\_\_\_ Cuadernos  
\_\_\_\_ Lápices  
\_\_\_\_ Material para trabajo manual (plastilina, crayones, -- colores, tijeras, etc.)  
\_\_\_\_ Juguetes educativos (dados, aros, fichas, etc.)  
\_\_\_\_ Otros (describalos) \_\_\_\_\_

19. ¿Quién proporciona este material? \_\_\_\_\_

20. ¿Considera beneficioso un servicio de escolaridad en la institución?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

21. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO 3

1. Institución: \_\_\_\_\_
2. Dependencia: \_\_\_\_\_
3. Nombre y puesto: \_\_\_\_\_
4. ¿Con cuántas camas cuenta el servicio u hospital? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuántos pacientes pediátricos se encuentran hospitalizados? \_\_\_\_\_

6. Edad de los pacientes pediátricos hospitalizados.

\_\_\_\_\_ R.n. a 11 meses

\_\_\_\_\_ 1 año a 3 años

\_\_\_\_\_ 3.1 años a 6 años

\_\_\_\_\_ 6.1 años a 12 años

\_\_\_\_\_ 12.1 años a 18 años

7. De los pacientes pediátricos hospitalizados, señale usted que porcentaje de ellos permanecerán internados por los siguientes períodos de tiempo:

	Internados	% de reingresos
Hasta 2 semanas	_____	_____
Hasta 4 semanas	_____	_____
Hasta 6 semanas	_____	_____

	Internados	% de reingresos
Hasta 8 semanas	_____	_____
Mas de 8 semanas	_____	_____

8. ¿Cuántos de estos pacientes reingresan en el lapso de 1 -  
año? \_\_\_\_\_

9. ¿Reciben los pacientes que están hospitalizados por períodos de mas de 1 semana, algún otro servicio aparte de la atención médica?

- \_\_\_\_\_ 1) Rehabilitación
- \_\_\_\_\_ 2) Escolaridad
- \_\_\_\_\_ 3) Terapia ocupacional
- \_\_\_\_\_ 4) Recreativa
- \_\_\_\_\_ 5) Otras (explíquelas) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Describa las actividades correspondientes a cada uno de --  
esos servicios.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿Quién lleva a cabo dichas actividades?

---

---

---

---

---

12. Si existe el servicio de escolaridad:

12.1 ¿Cuál es la profesión del jefe de servicio?

---

12.2 ¿Cuántas personas integran el Servicio?

---

---

---

---

---

12.3 ¿Se cuenta con material educativo para los pacientes?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12.4 ¿Qué tipo de material?

---

---

---

---

12.5 ¿Quién proporciona el material?

---

---

---

---

---

13. ¿Aún cuando no exista este servicio por parte de la institución, hay alguna otra instancia que lo proporcione?

---

---

---

14. ¿Considera benéfico un servicio de escolaridad en la Institución? \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

---

---

---

---

---