

UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y
OBSTETRICIA

LA PARTICIPACIÓN del LICENCIADO EN ENFERMERÍA
y OBSTETRICIA EN EL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

TESIS GRUPAL QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presentan:

María Elena Domínguez Martínez
Diana López Pérez
María Guadalupe Rubio Pérez

Con la Asesoría de:

Rosa Elia Mendoza Pérez
Lic. Rosa Elia Mendoza Pérez

260283

México 1998

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por habernos dado el privilegio de vivir, otorgándonos las cualidades necesarias para emprender esta profesión y poder apoyar a quien más lo necesita.

A la **ENEO** por habernos sus puertas para ver cumplida una de nuestras metas, convertirnos en profesionistas

A los **PROFESORES** porque a través de sus enseñanzas nos otorgaron las herramientas necesarias para desarrollarnos en nuestra profesión.

AL **INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO** que nos permitió ser parte de su comunidad durante un año, en donde tuvimos la oportunidad de colaborar en la formación y atención de los niños y jóvenes. En especial a los **HERMANOS LASALLISTAS** que creyeron en nosotras para la realización de este trabajo. Por su apoyo, comprensión y facilidades. Gracias.

A la **Lic. ROSA ELÍA MENDOZA PÉREZ** que confió en nosotras para ser pioneras en el área de Enfermería en el Internado Infantil Guadalupano. Por su valiosa asesoría para la realización del presente trabajo, así como por su amistad incondicional. Gracias.

A todas aquellas personas que contribuyeron de alguna manera u otra para la realización de esta tesis, a quienes estamos profundamente agradecidos, en especial a:

Consolación.

* Héctor J. García Pérez.

* A la Casa Hogar para niños incurables Ntra. Sra. De la

* Al Dr. Willy

DEDICATORIA

El fruto de un sueño hecho realidad a través de esfuerzo, dedicación y empeño, se logra plasmar en este trabajo, que queremos dedicar muy especialmente a los **NIÑOS Y JÓVENES** del Internado Infantil Guadalupeño quienes fueron la fuente de inspiración con sus risas, su llanto, berrinches y travesuras... *A ustedes y por ustedes.*

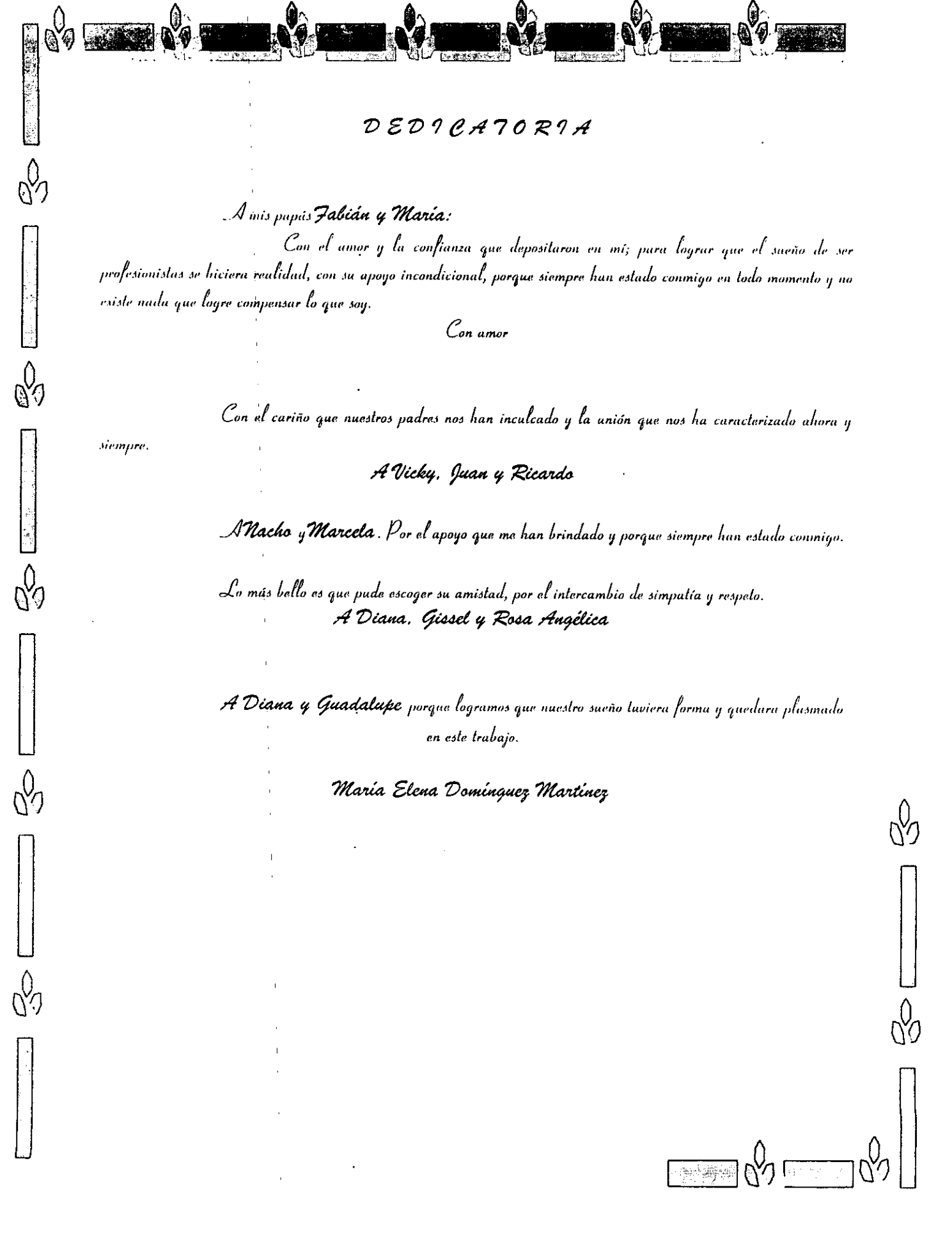
Por su amistad la cual conservaremos como el tesoro más valioso.

"Las Enfermeras"

María Elena Domínguez Martínez,

Diana López Pérez,

Ma. Guadalupe Rubio Pérez.



DEDICATORIA

A mis papás Fabián y María:

Con el amor y la confianza que depositaron en mí; para lograr que el sueño de ser profesionistas se hiciera realidad, con su apoyo incondicional, porque siempre han estado conmigo en todo momento y no existe nada que logre compensar lo que soy.

Con amor

Con el cariño que nuestros padres nos han inculcado y la unión que nos ha caracterizado ahora y siempre.

A Vicky, Juan y Ricardo

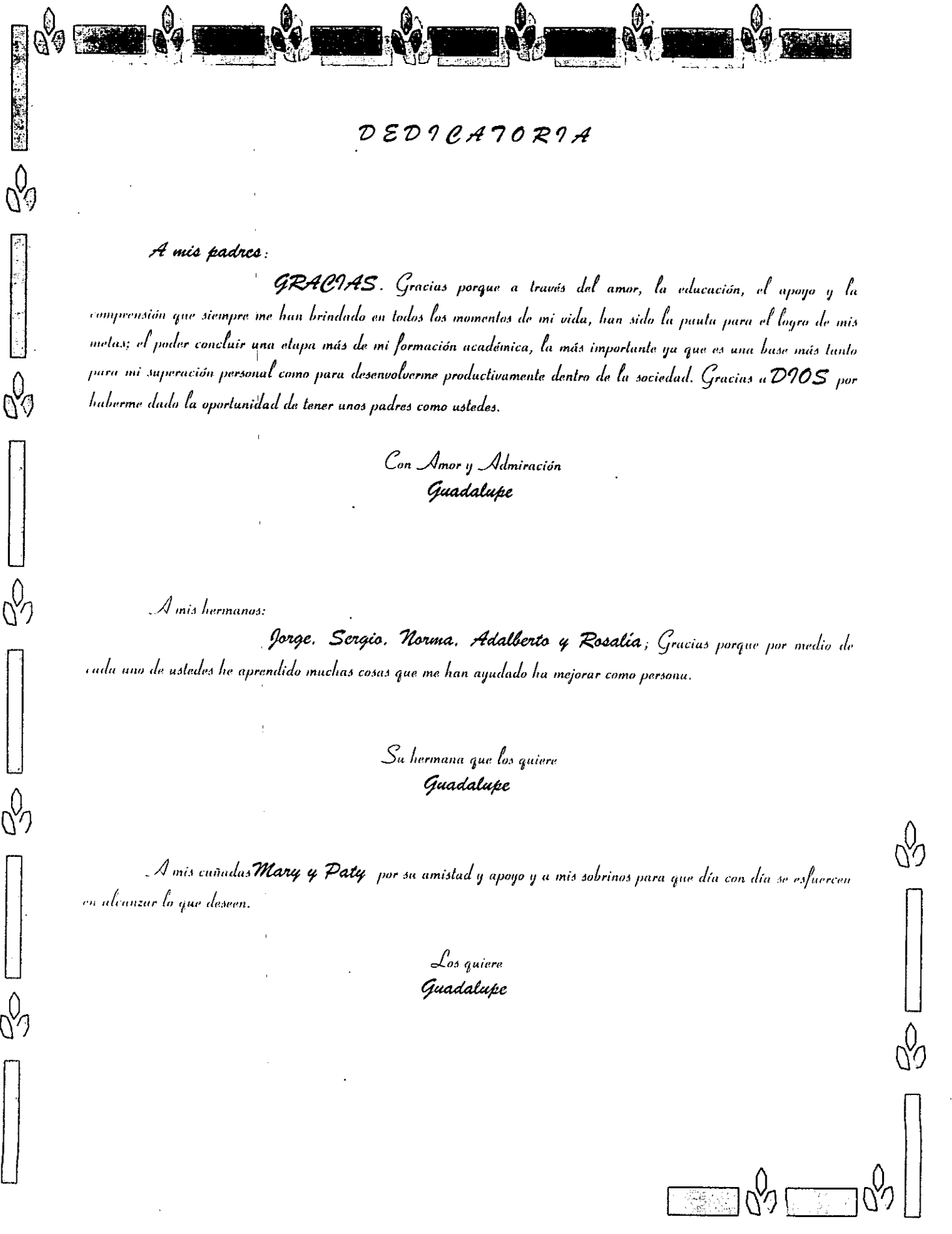
A Nacho y Marceta. Por el apoyo que me han brindado y porque siempre han estado conmigo.

Lo más bello es que pude escoger su amistad, por el intercambio de simpatía y respeto.

A Diana, Gissel y Rosa Angélica

A Diana y Guadalupe porque logramos que nuestro sueño tuviera forma y quedara plasmado en este trabajo.

María Elena Domínguez Martínez



DEDICATORIA

A mis padres:

GRACIAS. Gracias porque a través del amor, la educación, el apoyo y la comprensión que siempre me han brindado en todos los momentos de mi vida, han sido la pauta para el logro de mis metas; el poder concluir una etapa más de mi formación académica, la más importante ya que es una base más tanto para mi superación personal como para desenvolverme productivamente dentro de la sociedad. Gracias a **DIOS** por haberme dado la oportunidad de tener unos padres como ustedes.

Con Amor y Admiración
Guadalupe

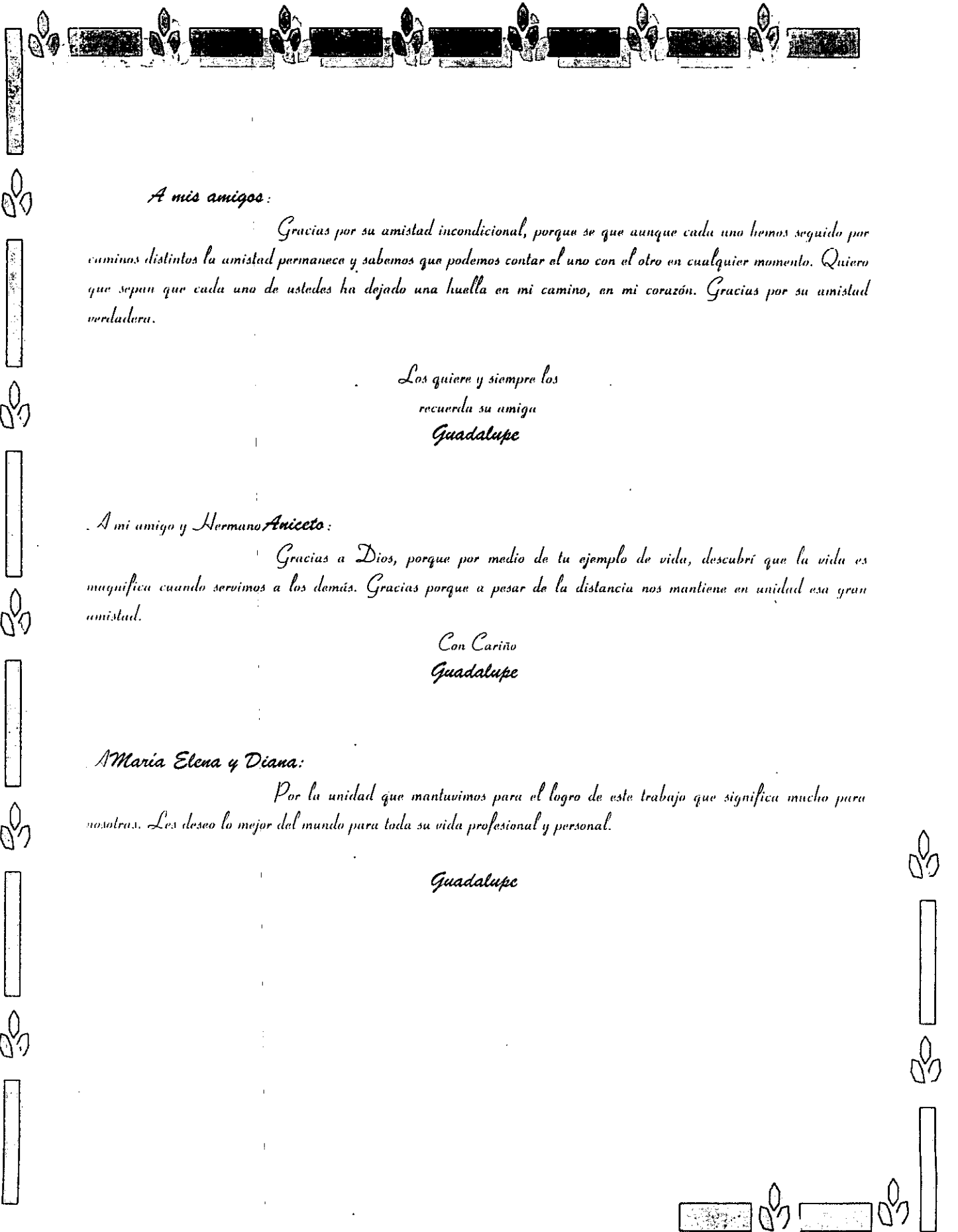
A mis hermanos:

Jorge, Sergio, Norma, Adalberto y Rosalia; Gracias porque por medio de cada uno de ustedes he aprendido muchas cosas que me han ayudado ha mejorar como persona.

Su hermana que los quiere
Guadalupe

A mis cuñadas Mary y Pety por su amistad y apoyo y a mis sobrinos para que día con día se esfuercen en alcanzar lo que deseen.

Los quiere
Guadalupe



A mis amigos:

Gracias por su amistad incondicional, porque se que aunque cada uno hemos seguido por caminos distintos la amistad permanece y sabemos que podemos contar el uno con el otro en cualquier momento. Quiero que sepan que cada uno de ustedes ha dejado una huella en mi camino, en mi corazón. Gracias por su amistad verdadera.

Los quiere y siempre los
recuerda su amiga
Guadalupe

A mi amigo y Hermano Aniceto:


Gracias a Dios, porque por medio de tu ejemplo de vida, descubri que la vida es magnifica cuando servimos a los demás. Gracias porque a pesar de la distancia nos mantiene en unidad esa gran amistad.

Con Cariño
Guadalupe

A Maria Elena y Diana:

Por la unidad que mantuvimos para el logro de este trabajo que significa mucho para nosotras. Les deseo lo mejor del mundo para toda su vida profesional y personal.

Guadalupe



DEDICATORIA

Por que este trabajo simboliza una de mis metas como ser humano y con el comienzo una nueva etapa en mi vida, quiero dedicarlo como el fruto de mi esfuerzo y constancia a esas personas que fueron, han sido y serán trascendentales para mí.

En primer lugar a mis padres *Arturo López Suárez y Josefina Pérez Aguilar*, por que a través de ellos recibí el don divino de la vida y fueron ellos quienes me inculcaron los valores morales con los que trato de conducirme. A ustedes gracias por sus desvelos, cuidados y dedicación en mi formación como mujer, les prometo esmerarme y superarme diariamente para que siempre se sientan satisfechos y orgullosos de mí.

A mis hermanos *Luis y Arturo* por su compañía, comprensión y apoyo incondicional, y muy en especial a ti *Paty* por tu paciencia y por los momentos buenos y malos que juntas hemos compartido y en los cuales has sido mi apoyo, este triunfo considéralo tuyo también.

A la persona que con su amistad me brindó la oportunidad de compartir metas, sueños e ilusiones en común. A ti *Mary* por tu paciencia, agradeciendo a Dios la dicha de haber conocido a una persona tan grande de corazón y espíritu.

A *Guadalupe* por que compartimos esfuerzos para lograr una meta común, espero de todo corazón que logres alcanzar tus sueños.

Y muy especialmente al hombre que supo conquistar mi corazón permaneciendo con constancia a mi lado aún en los momentos más difíciles. A ti *Héctor* gracias por encontrar las palabras exactas en cada momento. Por tu confianza en mí y por el inmenso amor que te tengo, te dedico este logro, de todo corazón.

DIANA



C O N T E N I D O

INTRODUCCIÓN	1
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	1
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. UBICACIÓN DEL TEMA	3
1.5. OBJETIVOS	4
1.5.1. General	4
1.5.2. Específicos	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ACTUAL	5
2.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	7
2.2.1. Conceptos de Crecimiento y Desarrollo	7
2.2.2. Crecimiento y Desarrollo del Escolar	8
2.2.3. Crecimiento y Desarrollo del Adolescente	14
2.2.4. Patologías mas frecuentes durante el periodo Escolar y Adolescente	18
2.2.4.1. En Piel	18
2.2.4.2. En Cabeza	24
2.2.4.3. En Tórax	29
2.2.4.4. En Abdomen	37
2.2.4.5. En Genitourinario	41
2.2.4.6. En Extremidades	45
2.2.4.7. Y otros	49
2.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS	51
2.3.1. Desarrollo de la Personalidad	51
2.3.2. Mecanismos de Defensa	59
2.3.3. Trastornos Psicosociales	62
2.4. ASPECTOS SOCIALES	76
2.4.1. La Familia	76
2.4.2. Niños de Padres separados	87
2.4.3. Niños de Padres con problemas de Tóxicos	92
2.4.4. Niños de quien se ha Abusado	95
2.5. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN RELACIÓN CON EL MANEJO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE	104
2.5.1. Conceptos de Enfermería en Salud Mental	104
2.5.2. Filosofía de Enfermería en Salud Mental	104
2.5.3. Objetivos de Enfermería en Salud Mental	105
2.5.4. Bases Teóricas de Enfermería en Salud Mental	107
2.5.5. Roles de Enfermería en Salud Mental	111
2.5.6. Necesidades fundamentales significativas en Salud Mental con Base en la Teoría de Virginia Henderson	113

2.5.7. La valoración de Enfermería en Salud Mental	116
2.5.7.1. Historia de Enfermería en Salud Mental	116
2.5.7.2. Diagnóstico de Enfermería en Salud Mental	118
2.5.8. Planificación de los Cuidados	120
2.5.8.1. Trastornos de la Ansiedad	120
2.5.8.2. Trastornos Afectivos	124
2.5.8.3. Trastornos de la Personalidad	129
2.5.8.4. Trastornos del Desarrollo	132
2.5.8.5. Alteraciones Psicofisiológicas	139
2.6. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS DIFERENTES CASAS HOGAR DEL DIF.	143
2.6.1. Antecedentes Históricos del DIF	143
2.6.2. La Enfermera en las distintas Casas Hogar del DIF.	145
2.7. LA POBLACIÓN ATENDIDA EN INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO.	147
3. METODOLOGÍA	149
3.1. VARIABLES	149
3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	150
3.2.1. Tipo	150
3.2.2. Diseño	151
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	151
3.3.1. Fichas de Trabajo	151
3.3.2. Cédula	151
3.3.3. Entrevista	151
4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	151
4.1. UNIVERSO DE ESTUDIO	151
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	151
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	169
6. PROPUESTAS	171
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	190
8. GLOSARIO DE TÉRMINOS	194
9. ANEXO	
CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	199

I N T R O D U C C I Ó N

En nuestro país, al igual que en los demás países en vías de desarrollo, los problemas económicos y políticos afectan de manera directa a la sociedad y a su desarrollo. La falta de vivienda, el desempleo y el analfabetismo entre muchos otros golpean con violencia a las familias, que se ven afectadas de diversas maneras, buscando diferentes medios para subsanarlos.

Resultado de lo anterior es el aumento de madres solteras, familias desintegradas, niños de la calle y abandonados, etc.. Siendo los últimos, en estos casos siempre los mas afectados, pues se ven en la necesidad de crecer desde muy pequeños en hogares desintegrados recibiendo malos tratos, faltos de satisfacer sus necesidades esenciales como son alimentación y vestido, pero sobre todo faltos de amor.

Algunos de ellos tienen que trabajar desde muy pequeños para ayudar al sostén de la familia, enfrentándose casi solos a la hostilidad de la sociedad, recibiendo todo tipo de abuso y maltrato, aprendiendo a defenderse con agresión y con la misma hostilidad que recibieron. Desgraciadamente por este mismo motivo, sus estilos de vida y conducta, más adelante los repetirán con sus propios hijos y así nuevamente estos con los suyos.

A toda esta problemática se trató de dar solución creando Centros e Institutos, que pudieran alojar a los niños y jóvenes de familias de escasos recursos, madres solteras, a niños de la calle, etc., en donde, se les pudiera brindar alimentación, vestido y en algunos casos educación.

En las diversas instituciones el grupo multidisciplinario de trabajo encargado de la atención de los niños, son médicos, maestros, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Y son estas últimas las que pueden ser capaces de lograr un cambio significativo de conducta en ellos, pues la enfermera posee la habilidad para compensar el satisfactor más importante en la formación de un niño "amor". Sin embargo, en la actualidad el papel que debe realizar la enfermera en la atención del niño en estos institutos no ha sido determinado de manera clara.

Por ello la presente investigación se ha elaborado para determinar cuales son las acciones que puede desempeñar el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en los hogares sustitutos y casas hogar, de acuerdo a la experiencia obtenida durante el tiempo de servicio social en el Internado Infantil Guadalupano.

Con este trabajo se pretende determinar la participación que tiene el L.E.O. en la detección de necesidades bio-psico-sociales de los internos en dicho instituto y con ello proponer alternativas de solución.

Para la conformación del presente se desarrolla en el primer capítulo la fundamentación del tema de estudio, que contiene la descripción de la situación problema, la identificación, la justificación, la ubicación del tema y los objetivos.

El segundo capítulo contiene el marco teórico con los fundamentos que sustentan el problema de investigación.

En el siguiente capítulo se describe la metodología utilizada para el desarrollo del trabajo.

En el capítulo cuatro se encuentra la instrumentación estadística así como los cuadros y gráficas que en relación al tema de estudio se obtuvieron.

Las conclusiones a las que se llegó al término de la investigación, así como las sugerencias al respecto se encontrarán en el capítulo cinco.

En el capítulo seis se incluyen las propuestas de los programas a desarrollar.

El séptimo capítulo contiene las referencias bibliográficas, consultadas para el desarrollo de la investigación..

Se desarrolló en otro capítulo un glosario donde se presentan las definiciones de los términos técnicos utilizados en la investigación.

Finalmente, el capítulo nueve de anexo contiene la cédula de recolección de datos.

Esperamos que este trabajo sea la pauta para desarrollar programas específicos de enfermería, aplicables en instituciones de características similares.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Internado Infantil Guadalupano es fundado en 1954 con siete niños, por el Hno. Miguel Cacho Villa, en la Colonia Roma; posteriormente por falta de recursos son lanzados, teniendo que solicitar ayuda y son reubicados en una casa en las Lomas de Chapultepec, extendiendo el servicio a ochenta niños.

Al mismo tiempo de su reubicación se forma el primer patronato que ayudó a conseguir en 1956 la que sería la sede definitiva del internado. Una granja de 25000m, ubicada en la calle de Reforma 471, de la Colonia Lomas Estrella, en la delegación Iztapalapa.

Ya en este lugar superan grandes incomodidades materiales, pues es hasta 1963 cuando se puede construir el primer dormitorio de ladrillo, y va formando un pequeño grupo de maestros y colaboradores.

Para 1984 los hermanos Lasallistas, por invitación del Hermano Cacho, toman la labor en sus manos garantizando su permanencia y continuidad. La Congregación buscó mejorar el sistema educativo, apoyándose en un equipo más amplio de hermanos y maestros, se incrementó el número de internos a 150 para que su atención integral y sobre todo su educación pudiera ser real.

En el año de 1987 comenzaron a mandar a los internos a las secundarias circunvecinas, al terminar esta etapa, en 1990 a tres se les mandó a la preparatoria y en 1993 comenzaron la universidad.

El patronato y los Hermanos buscaron el mejoramiento de las instalaciones, y después de analizar el problema se toma la decisión de construir las nuevas instalaciones para una capacidad de 200 niños, de acuerdo a un plan general y cuidando la calidad para lograr la permanencia y continuidad de esta labor.

A la fecha el Internado Infantil Guadalupano ha establecido convenios con el Consejo de Menores y Dirección de Prevención y Tratamiento, con la Procuraduría General de Justicia, con Protección Social y con el DIF, ofreciendo a los niños que lo requieren una casa, en donde, se les proporcione albergue, alimentación, vestido, pero sobre todo educación, comprensión y cariño.

A pesar de la planeación y el propósito de satisfacer las necesidades inmediatas de los niños, por parte del patronato o los hermanos, nunca se contempló la posibilidad de contar entre su equipo con colaboradores del área de salud, específicamente de Enfermería que contribuyera en la detección de necesidades y al mismo tiempo propusiera estrategias de solución, encaminadas a la atención integral del niño y el joven.

Para 1996 a iniciativa de la Lic. Rosa Elía Mendoza Pérez y con la aprobación del director del Internado Lic. Andrés Govea Gutiérrez, se inicia la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, con tres pasantes de recién egreso.

De esta forma se inicia la participación del profesional de Enfermería en el Internado Infantil Guadalupano, obteniéndose las primeras experiencias en una institución con las características de muchas casas hogar del DIF.

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Internado Infantil Guadalupeño?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de la investigación se desarrolló con la finalidad de difundir las experiencias adquiridas durante el Servicio Social, ya que, en la actualidad no se ha establecido formalmente la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en este tipo de internados.

Así mismo, con estas experiencias e información obtenida se elaboró un programa de trabajo para pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en el Internado Infantil Guadalupano. El que aportará beneficios para ambas partes, ya que mientras al Internado le permitirá contar con profesionales de Enfermería que puedan satisfacer en la medida de sus posibilidades problemas urgentes de salud de los internos; por otro lado, a los pasantes de la Licenciatura se les abrirá un campo para realizar su servicio social que ampliará sus conocimientos y les permitirá incursionar en un área pocas veces explorada, antes, las Casas Hogar e Internados Infantiles.

1.4. UBICACIÓN DEL TEMA

La presente investigación se ubica en:

Salud Pública, porque estudia a la comunidad y sus necesidades, en este caso, al Internado ayudando a detectar su situación de salud y sus posibles soluciones.

En *Enfermería*, porque se analizó la actitud de los Licenciados frente al compromiso de detección, solución y evaluación de riesgos contra la salud en niños y jóvenes.

En *Administración de Enfermería* debido a que la enfermera lleva un control de las actividades que realiza para coadyuvar a la obtención de resultados óptimos.

En el área de *Docencia*, porque al hacer un diagnóstico situacional de la comunidad a atender, se crean programas para contribuir a mejorar el estado en que se encontraron.

En *Pediatría*, porque se estudio el proceso de crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente.

Finalmente en *Psicología* porque se estudiaron los procesos de relación interpersonal enfermera-niño y los cambios emocionales que este ultimo tiene.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General

Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos que sustentan el quehacer profesional, para determinar como participa el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en la detección y solución de la problemática de salud detectada en el internado Infantil Guadalupeño.

Por otra parte, analizar la función que desempeña el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en hogares sustitutos o casas hogar.

1.5.2. Específicos

- Aplicar los métodos clínicos y epidemiológicos para conocer y delimitar los factores que ponen en riesgo la salud de la población del Internado Infantil Guadalupeño. Así como diseñar programas integrales para mejorar su nivel de salud y bienestar.

- Diseñar programas de Educación para la Salud, dirigidos a los jóvenes del Internado, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que contribuyan a la conservación de la salud y propicien el autocuidado.

- Sistematizar el estudio clínico integral del niño y el adolescente en base a los indicadores de normalidad para que con ello se detecten y clasifiquen las manifestaciones de alteraciones orgánico-funcionales de estos.

- Aplicar la metodología de la investigación para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso de salud-enfermedad, con el fin de proponer alternativas de enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud que se proporciona a la comunidad del Internado Infantil Guadalupeño.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ACTUAL.

El modelo de atención en México surgió de manera un tanto casual, segmentada y acumulativa. La salud como derecho fundamental del ser humano forma parte implícita del desarrollo del país. La educación y la salud como pilares, definen el bienestar de la población. La búsqueda de la eficiencia en las políticas de salud es una de las más importantes tareas que un país puede proponerse.

En los cincuenta años que requirió la consolidación del Sector Salud se lograron avances sin precedente en el combate a la enfermedad¹. Las infecciones respiratorias agudas en la población en general se presentaron con una tasa de 14 740.86, otras como las infecciones intestinales y mal definidas con 2 967.95, los traumatismos y envenenamientos con 2 589.32, las amibiasis con 1 096.56, las dermatofitosis y dermatomicosis con 558.88, las ascariasis con 459.58 y la varicela con 313.86, se consideraron como las primeras causas de morbilidad en 1994. Ahora por grupos de edad las principales causas en individuos de 5 a 14 años presentaron las siguientes cifras: infecciones respiratorias agudas con 13 837.68, los traumatismos y envenenamientos 1 867.66, otras infecciones intestinales y mal definidas 1 835.21, las amibiasis 1 133.69 y las ascariasis 807.17, en el grupo de 15 a 24 años, las infecciones respiratorias agudas siguieron en el primer lugar con una tasas de 7 716.66 por 100 000 habitantes, los traumatismos y envenenamientos 2 876.84, otras infecciones intestinales y mal definidas 1726.50, amibiasis 775.11, Dermatofitosis y dermatomicosis 535.27. Hacemos notar que existieron avances significativos en lo referente a la atención primaria a la salud, ya que las enfermedades infectocontagiosas presentaron en el grupo de 5 a 14 años las cifras siguientes varicela 606.18, parotiditis 250, rubéola 120.60 y escarlatina 50.45 en los lugares 6,8,13 y 19 respectivamente y en el grupo de 15 a 24 años la varicela presentó 269.35 y la parotiditis 45.90 con el lugar 6 y el 17 respectivamente². En el programa actual las acciones se orientan a la planificación familiar y la investigación en salud.

Destacando la importancia de reafirmar que las acciones deben llevarse a cabo para mejorar el nivel de salud se deben sumar esfuerzos para elevar más el nivel educativo, mejorar el tipo de alimentación, prevenir las adicciones, disminuir los accidentes en la vía pública, en el hogar, en el trabajo, y mejorar los hábitos de conducta. Haciendo frente a todos estos compromisos se requiere implicar modificaciones fundamentales en actitudes y conductas en los padres, maestros, responsables de los medios de comunicación y prestadores de servicios. Con el propósito de contender los retos demográficos, epidemiológico, y social que enfrenta el Sector Salud, es necesario que las acciones sustantivas queden enmarcadas dentro de la nueva orientación que la reforma propone para el Sector Salud, por ello, a continuación se mencionan las líneas programáticas prioritarias:

1. Programa de promoción y fomento de la salud.

Salud familiar
Ejercicio para la salud
Nutrición y salud

¹ Poder Ejecutivo Federal *Programa de Reforma del Sector Salud* pag. 6

² INEGI *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social* pag 12,15 y 16

En el capítulo cuatro se encuentra la instrumentación estadística así como los cuadros y gráficas que en relación al tema de estudio se obtuvieron.

Las conclusiones a las que se llegó al término de la investigación, así como las sugerencias al respecto se encontrarán en el capítulo cinco.

En el capítulo seis se incluyen las propuestas de los programas a desarrollar.

El séptimo capítulo contiene las referencias bibliográficas, consultadas para el desarrollo de la investigación.

Se desarrolló en otro capítulo un glosario donde se presentan las definiciones de los términos técnicos utilizados en la investigación.

Finalmente, el capítulo nueve de anexo contiene la cédula de recolección de datos.

Esperamos que este trabajo sea la pauta para desarrollar programas específicos de enfermería, aplicables en instituciones de características similares.

2.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

2.2.1. Conceptos de Crecimiento y Desarrollo

Todo niño y adolescente tiene su propia historia o serie de sucesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la salud.

El crecimiento y desarrollo está determinado por los factores genéticos, neuroendócrinos y ambientales que le otorga el grupo socioeconómico a que pertenece.⁴

Un conocimiento del crecimiento y desarrollo es importante para la enfermera por las siguientes consideraciones:

1. Para saber qué esperar de un niño particular en una edad dada ya que es probable que emerjan ciertos tipos de comportamiento en las formas más maduras.
2. Para planificar el manejo de enfermería y ayudar en la formulación del plan para la asistencia total de cada niño.
3. Para comprender mejor la razón de los trastornos y enfermedades particulares que aparecen en distintos grupos etarios.
4. Para enseñar a las madres y padres cómo observar y utilizar su conocimiento de modo que puedan ayudar a sus hijos a lograr el crecimiento y desarrollo óptimo.

Definición de términos:

Crecimiento se refiere a un aumento en el tamaño físico de todo o cualquiera de sus partes. El crecimiento es el resultado de la división celular y la síntesis de proteínas. Produce un cambio cuantitativo en el cuerpo del niño. Cada niño tiene un potencial genético diferente para el crecimiento, que no puede excederse pero puede ser obstaculizado en cualquiera de sus estadios.

Desarrollo se refiere a un aumento progresivo en la habilidad y capacidad para funcionar. Produce un cambio cualitativo en el funcionamiento del niño. El desarrollo es ordenado, no fortuito; existe una relación directa entre cada etapa y la siguiente.⁵

En proceso de crecimiento y desarrollo, caracterizado por la dinámica de maduración y de diferenciación deben valorarse:

1. Intensidad, o sean los grados mensurables
2. Velocidad y ritmo, con las alternancias de aceleración y de lapsos de uniformidad
3. Etapas que permiten la distinción de las divisiones de la infancia mencionadas antes, pero destacando las críticas, al nacimiento, al finalizar la edad preescolar y alcanzar la pubertad, "edades biológicas" en las que ocurren trascendentes adaptaciones bio-psico-sociales.
4. Niveles orgánicos y funcionales, donde se realizan, celular, tisular y en sistemas y aparatos orgánicos, clínicamente identificables aun cuando con predominios específicos en etapas diferentes
5. Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo
6. Las leyes que los gobiernan
7. Evaluación, los datos obtenidos hoy, los anteriores y futuros han de estimarse en la equilibrada y armónica correlación con que ocurren en condiciones normales, o en la forma desajustada en que acontecen en situaciones patológicas⁶

⁴ Martínez y Martínez R. *La Salud del niño y del Adolescente*, pag. 1445

⁵ Marlow y Redding *Enfermería Pediátrica*, pag. 119

El crecimiento y el desarrollo del niño constituyen además, excelentes indicadores positivos de salud. En general, para evaluar el estado de salud de una población se utilizan indicadores indirectos tales como la mortalidad materna, y la mortalidad infantil, del preescolar, escolar y general, los cuales -analizados con carácter retrospectivo constituyen referencias negativas por excelencia. La evaluación periódica del crecimiento, en cambio, ofrece la posibilidad de observar cómo, ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejoran los parámetros del crecimiento físico de los niños⁷

2.2.2. Crecimiento y Desarrollo del Escolar

Desarrollo físico

El crecimiento físico del niño durante la edad escolar continúa realizándose en forma lenta y regular. El aumento promedio de peso es de cerca de 3 kg. al año o la suma de su peso al nacer por año. A los cinco años de edad, el niño pesa aproximadamente el doble de lo que a la edad de un año. Hacia los 10 años, el peso del niño es cerca de 10 veces el peso al nacer. El crecimiento lineal continúa a un ritmo de declinación lenta hasta la iniciación de la pubertad. El ritmo de crecimiento varía de 5.1 a 7.6 cm/año. A la conclusión de este periodo, el niño habrá triplicado aproximadamente su longitud que tenía al nacer. La circunferencia cefálica varía poco durante este tiempo: aumenta cerca de 3 cm desde la iniciación hasta la conclusión del periodo. Las normas establecidas demuestran que la circunferencia cefálica está entre 49.2 y 52.1 cm a los cinco años y entre 52.1 y 55.1 cm en la pubertad. Se observa poca diferencia en el crecimiento de niños y niñas, los niños crecen sólo ligeramente más aprisa.

Aparato cardiovascular. El corazón y el aparato cardiovascular sufren cambios importantes durante el periodo escolar. El peso del corazón aumenta cerca del 20%. Su posición se desplaza hacia abajo en el tórax; el choque de la punta cambia, del cuarto espacio intercostal en la línea medioclavicular izquierda, al quinto espacio intercostal en esta línea. El volumen sistólico aumenta, coincidiendo con un incremento en los diámetros arteriales y mejoría del funcionamiento alveolar. También se dispone de un volumen mayor de sangre. En estos cambios se observa una declinación progresiva de la frecuencia cardíaca y elevación de la presión arterial. Las arritmias sinusales son comunes y se consideran normales.

Aparato respiratorio. El funcionamiento respiratorio y cardiovascular del niño se hace más eficaz con la disminución en el área de una superficie corporal y las demandas metabólicas subsecuentes. El crecimiento pulmonar se encuentra esencialmente completado hacia los ocho años de edad. Hay un aumento notable en el diámetro de las vías respiratorias y en el volumen y capacidad del tejido alveolar. La ventilación colateral entre las estructuras alveolares también comienza a establecerse. Hacia el final de este periodo, la capacidad vital es tres veces más que al nacer. Se calcula que el volumen inspiratorio requerido aumenta al cubo de la medición de los aumentos de estatura: o que se necesitan 131.9 cm (8 pulgadas) para un crecimiento lineal de 5.08 cm (2 pulgadas). Estos cambios de las estructuras permiten una mejor ventilación y riesgo.

Sistema nervioso. La maduración del sistema nervioso tiene lugar al cesar el crecimiento encefálico.

⁶ Valenzuela *Manual de Pediatría* Pag. 146, 147

⁷ Marcos Cusminsky *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño* Pag. 2

Los niños son capaces ahora de practicar múltiples funciones sensitivomotoras y cognoscitivas complejas.

Aparato digestivo. Aunque el aparato digestivo del niño en edad escolar funciona en forma semejante al de un adulto, están produciéndose ciertas diferencias estructurales. El estómago asume su forma característica al comienzo de la adolescencia y aumenta en capacidad a un volumen entre 700 y 900 mililitros. Acompañado al crecimiento lineal, los intestinos descienden más en la cavidad abdominal y el colon ascendente aumenta su longitud, mientras que el colon transversal disminuye. El hígado aumentado en tamaño en 50% durante este periodo, se sitúa en la porción más elevada de la cavidad abdominal.

Boca y bucofaringe. El maxilar inferior se desplaza hacia adelante y abajo, con objeto de acomodar los dientes permanentes. Al calcificarse éstos y comenzar a salir a través de las encías, la resorción de las raíces de los dientes deciduales se produce en forma simultánea.

Aparato urinario. El funcionamiento renal en los niños de edad escolar se acerca al del adulto, siendo prácticamente iguales la velocidad de filtración glomerular, la capacidad de concentración y la capacidad de acidificación. Los crecimientos lineal y volumétrico están correlacionados de manera estrecha con la longitud y el peso del riñón, aumentando en 20 y 50% respectivamente. La vejiga urinaria y los uréteres descienden más dentro de la cavidad pélvica, hacia la mitad del periodo de edad escolar. La capacidad vesical aumenta hasta 150 a 210 ml y la excreción urinaria diaria varía de 650 a 1500 ml.

Sistema musculoesquelético. Las proporciones del cuerpo continúan cambiando al crecer con mayor rapidez los huesos largos que los cortos. Los miembros inferiores son los que crecen con mayor rapidez, disminuyendo la proporción del tamaño entre cabeza y cuerpo a 1:6 al comenzar la pubertad. La estructura ósea está íntimamente relacionada con las mediciones de estatura y peso, y con la rapidez del desarrollo sexual. La composición corporal también cambia, aumenta la masa muscular en forma notable, sobrepasando el crecimiento combinado de todos los demás tejidos orgánicos.⁸

La terminación de la mielinización del sistema nervioso central y el uso motor conducen a una mejoría en la fuerza y en la coordinación. Las diferencias de sexo son mínimas; los niños se vuelven más diestros que las niñas durante los primeros años a mediados de la infancia en relación con tareas que requieran fuerza.

Al final de este periodo, las niñas sobrepasan de nuevo a los niños, sobre todo a causa de las influencias hormonales relacionados con la iniciación de la pubertad.

Sistema inmunitario. El tejido linfoide continúa proliferando hasta cerca de los 10 años de edad, cuando su capacidad es aproximadamente doble que la del adulto. En el niño de edad escolar, comúnmente se encuentran ganglios linfáticos discretos, móviles, no dolorosos, así como hiperplasia amigdalina y adenoidea. Las concentraciones de IgG e IgM continúan aumentando durante los años intermedios de esta edad, y se alcanza el nivel máximo de IgA durante la pubertad. La mayor parte de las inmunoglobulinas se acercan a las concentraciones del adulto al final de este periodo.

Sistema hematopoyético. La producción sanguínea se realiza sobre todo en el esternón, las costillas y las vértebras, ya que los centros de la médula ósea de los huesos largos son

⁸ Hayman y Sporing *Manual de Enfermería Pediátrica*, Pág. 46

esencialmente no funcionales. La proporción de monocitos, basófilos y eosinófilos permanece inalterada.

Órganos de los sentidos

Vista. La agudeza central está bien desarrollada en el niño en edad escolar. Al hacerse más esférico el globo ocular, desaparece la hiperopía fisiológica ligera (20/30 - 20/40) que se observa en los niños de seis y siete años de edad. Entre los nueve y los once años, se ha establecido bien la emetropía.

Oído. Los cambios estructurales en el oído que se inician en la lactancia tardía continúan en la edad escolar. Los más importantes son el alargamiento de las trompas de Eustaquio, el estrechamiento de su luz y su posición iniciada.

Aparato genital. Se produce un crecimiento ligero en los ovarios y úteros de niñas y en los testículos de niños. Esto se atribuye a la estimulación de las gonadotropinas hipofisarias. No obstante, los cambios principales en los órganos genitales internos y externos se producen en la pubertad.⁹

Aspecto general. El aspecto general del niño en edad escolar es en extremo individualizado. La relación del tamaño cabeza: cuerpo aumenta cerca de 1:6, y los niños adquieren un aspecto de "piernas largas". La figura o el físico de los niños y niñas en edad escolar continúa siendo semejante al que se ve en la pubertad.

Bóveda craneal y cara. El crecimiento de la bóveda craneal está íntimamente relacionado con el crecimiento encefálico. Debido a que el 90% del crecimiento del encéfalo se completa a los siete años, los cambios en la bóveda craneal son pequeños después de esa edad. Entre las edades de siete y once años, la cara experimenta una fase de crecimiento acelerado que produce alargamiento y una mayor prominencia hacia adelante.

Desarrollo de las destrezas motoras toscas y finas. El desarrollo motor tosco está señalado por mejoras en fuerza, energía, precisión y equilibrio. A comienzos del periodo de edad escolar los niños pueden brincar, saltar un obstáculo, correr hábilmente y practicar los movimientos rudimentarios de lanzar una pelota y pararla al vuelo. Al final de este periodo los niños en edad escolar pueden participar con éxito en actividades como andar en bicicleta, nadar, gimnasia, patinar y juegos de pelota, los cuales requieren un desarrollo de destrezas motoras toscas complejas.

Las destrezas motoras finas también se perfeccionan en este periodo. Al observar la coordinación entre ojo y mano, también mejora la rapidez y suavidad con la cual el niño puede realizar sus tareas motoras finas.

Al final del periodo de edad escolar estos niños deben ser capaces de dibujar, escribir en forma legible y practicar una diversidad de otras tareas motoras finas, como la de una costura simple. El uso de instrumentos se hace más automático y comienza a servir como medio de expresión personal.

Desarrollo cognoscitivo e intelectual. Las capacidades cognoscitivas del niño durante la edad escolar exceden con mucho a las de los niños pequeños.

Operaciones concretas. Se refieren al desarrollo de estrategias para solución de problemas con base en la lógica y fijas en la realidad.

⁹ Ibid. Pag. 47

Un sin número de características de un objeto simple pueden ahora ser consideradas desde diversos puntos de vista. Esto da origen a adelantos cognoscitivos importantes. En primer lugar, la melacognición, o capacidad para pensar en los propios procesos del pensamiento, comienza a surgir al hacerse más consciente el niño de su propia subjetividad hacia el mundo en general. En segundo lugar, el niño es ahora capaz de diferenciar varias clases de fenómenos, cambiando adicionalmente su atención entre éstos o enfocándola en algún aspecto específico de un fenómeno simple.

Las operaciones lógicas se usan como un sistema de organización para estructurar la realidad. Los fenómenos individuales se examinan de acuerdo con las propiedades de identidad, posibilidad de asociación, composición y reversibilidad.¹⁰

Estrategias mnemotécnicas. El desarrollo de dos tipos de memoria, a corto y a largo plazo, está relacionado con las operaciones concretas. Al perfeccionarse más el pensamiento causal, las operaciones lógicas y las habilidades de percepción del niño, éste puede usar tales destrezas para ayudarse a recordar acontecimientos u objetos en formas específicas.

Procesos de percepción. Las percepciones aumentan en su especificidad, permitiendo al niño diferenciar varios puntos finos del fenómeno y no sólo interpretar su significado. La capacidad para concentrarse en las dimensiones críticas de los fenómenos, mientras se hacen a un lado las dimensiones que ofrecen poca información, adelantada todavía más el proceso de percepción del niño. Ya no sólo puede transformar elementos de percepción en forma singular: ahora puede considerar de manera simultáneamente características múltiples de un objeto simple.

Los procesos de percepción están íntimamente relacionados con el funcionamiento auditivo y visual, el desarrollo motor, el adelanto cognoscitivo y la maduración nerviosa.

Desarrollo del lenguaje. El habla y el lenguaje se sujetan a una serie de cambios cualitativos en el período de edad escolar. En la iniciación del período, las capacidades de articulación están casi completas y la rapidez de adquisición de vocabulario se reduce de manera importante. Sin embargo, los aspectos sintáctico, semántico y social del lenguaje continúan desarrollándose.¹¹

Factores de riesgo del crecimiento

Agente: continúan siendo relevantes los factores infecciosos de diversa etiología y son causa también de compromisos en el crecimiento los traumatismos de diversa índole condicionados por la gran actividad que desarrolla el escolar.

Huésped: la participación de la genética representada en las anomalías congénitas síndrome de Down, el de Turner, el de Marfan, la acondroplasia, ejercen influencia nociva sobre el crecimiento a todo lo largo de la etapa. A esta edad disminuye la detección de errores congénitos del metabolismo, aunque todavía pueden alterar el crecimiento. La participación neuroendocrina como la diabetes mellitus juvenil, anomalías secundarias a hiperfuncionalismo o hipofuncionalismo hipofisiario y la presentación de pubertad precoz, pueden afectar el crecimiento.

Ambiente: la apertura del mundo en que vive el infante de su entorno familiar hacia la sociedad que lo rodea, diversifica los factores que pueden influir negativamente en su crecimiento, pudiendo considerar a esto como propicio para que se presenten lesiones corporales que pueden detenerlo.

¹⁰ Ibid. Pag. 48

¹¹ Ibid. Pag. 49

Factores de riesgo del desarrollo

Debe tomarse en cuenta que cualquier alteración de la estructura dinámica de la familia tenderá a repercutir dentro del funcionamiento del niño en la escuela, ya sea en la conducta, así como en el rendimiento académico, sin que esto último indique una dificultad real en los procesos intelectuales. De igual forma, una alteración individual en las áreas del desarrollo específico como la lecto-escritura, la lógica matemáticas, o bien en los trastornos de atención con la adecuada conducta o el aprendizaje formal.

FACTORES DE LOS CUALES DEPENDEN EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO

Endógenos (del niño mismo) Determinantes y reguladores	Genéticos (determinantes)	
	Endocrinos (reguladores)	
	Neurológicos (estimulantes)	
	De integridad órganofuncional (salud condicionantes)	
	Alimentarios	(satisfacción de requerimientos nutritivos)
Exógenos (del ambiente) Modificadores	Microambientales	Maternos (matroambiente) Familiar Vivienda
	Ambientales	Macroambientales Socioeconómico culturales Higiénicosanitarios Geográfico climáticos
	Noxas	Físicas Químicas Biológicas

FUENTE: CEDRATO, A. *Pediatría* Pag. 50

De progresión adaptativa Tendencia secular del crecimiento

Evakuación del Crecimiento y Desarrollo

Evaluación del crecimiento.

Al reducirse la velocidad de crecimiento y hacerse en forma relativamente constante la valoración del mismo tiene menos sobresaltos que en etapas anteriores.

Los parámetros a considerar son aún en forma primordial peso, talla y R/S, con medición de pániculo adiposo, brazada y PT en casos especiales.

Evaluación del desarrollo.

El cambio del ambiente familiar al social en la escuela, constituye un punto clave para el acopio de estímulos diferentes que permitirán al niño la incorporación de experiencias y nuevos modelos de conducta.

Depende en gran medida de la congruencia de actitudes y apoyo que se ofrezcan al niño entre la familia y la escuela para llevar esta etapa a feliz término.

La valoración comprende tomar en cuenta lo esperado en el desarrollo normal, así como de los factores de riesgo que interfieren su desarrollo, para lograr una percepción más justa de lo normal contra lo anormal.¹²

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 6 A LOS 12 AÑOS. CONDUCTA MÍNIMA ESPERADA

Área neuromotriz

- Complejo dominio de funciones corporales (5 años)
- Aumento de la velocidad en la coordinación oculomotriz (6 años)
- Uso de la bicicleta (6 años)
- Actividad física continua (7 años)

Área cognoscitiva

- Dibuja la figura humana con detalles (6 años)
- Realiza operaciones de suma y resta (7 años)
- Acomoda los objetos por su función (8 años)
- Clasifica los objetos por categorías (12 años)

Área afectiva

- Separaciones prolongadas de la familia sin ansiedad (6 años)
- Expresiones afectivas esporádicas hacia los padres (8 años)
- Interés e identificación con la conducta del padre del mismo sexo (7 años)
- Capacidad de relaciones afectivas con niños de su edad (9 años)

Área psicosocial

- Inicia la incorporación de normas sociales (5 años)
- Aumenta su interés por conocimientos académicos (7 años)
- Destaca su conducta de competencia y liderazgo (9 años)
- Elevado interés por actividades fuera del hogar (9 años)

FUENTE: Según Gessell, Erikson, Vencland, Bakwin y otros.

¹² Martínez y Martínez Op. Cit. Pag. 962.963

2.2.3. Crecimiento y Desarrollo del Adolescente

Es un período entre la infancia y la edad adulta caracterizada por cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Esta maduración está influida por el ambiente, la cultura, la familia y las características físicas del individuo. La adolescencia es el momento en el cual una persona domina las tareas referentes a su conversión en adulto.

Pubertad. periodo en el cual el adolescente comienza a cambiar hormonal y físicamente. Se inicia con cambios en la producción y funcionamiento hormonales, sobre todo la hormona estimulante del folículo, la hormona luteinizante y la testosterona, y continúa con cambios físicos definidos y notables.

Los primeros signos de que un niño está entrando en la pubertad varían con el sexo. En el varón, el primer desarrollo apreciado es un cambio en la textura cutánea del escroto y los testículos. Con el aumento de la testosterona, más aún en el varón, la laringe comienza a crecer con mayor rapidez dando como resultado un descenso en el timbre de la voz. La edad de iniciación de la pubertad varía con los individuos y puede ser influida por factores de tipo genético, enfermedades o estado socioeconómico.

Por lo común, las manos y los pies crecen primero, y el tronco y las extremidades inferiores aumentan en longitud antes de hacerlo a lo ancho. Los varones aumentan su densidad muscular en tanto que pierden cantidad importante de la grasa de bebés almacenada previamente. Los hombros del varón aumentan en anchura. La estatura del varón antes de la pubertad es de unos 5 cm por año, en cambio durante la adolescencia su crecimiento lineal aumenta rápidamente cerca de 10 cm por año.¹³

De acuerdo a los parámetros obtenidos en base al promedio de edad en que generalmente inicia la aparición de los caracteres secundarios o sexuales en los niños se han determinado algunos tipos de pubertad según el momento de su inicio.

PUBERTAD	NIÑOS (años)	NINAS (años)
<i>Precoz</i>	<i>antes de 9</i>	<i>antes de 8</i>
<i>Adelantada</i>	<i>9 a 11</i>	<i>8 a 10</i>
<i>Normal</i>	<i>11 a 13.5</i>	<i>10 a 13</i>
<i>Retrasada</i>	<i>después de 13.5</i>	<i>después de 13</i>

FUENTE: Apuntes de Psicología de 5º Semestre

Pubertad retrasada.

Es la ausencia de los síntomas y signos de la pubertad a una edad en la que la mayoría de los niños ya la presentan. En el caso de los varones se puede hablar de pubertad retrasada cuando después de los 13 años aún no le han crecido los testículos.

¹³ Hayman Op. Cit. Pag. 52

Con respecto a la pubertad retrasada cabe mencionar que existen dos grupos a considerar, algunos en los que por diversos procesos patológicos los niños se ven afectados en la normal aparición y desarrollo de la pubertad en comparación con un retraso fisiológico, que es cuando los jóvenes que la presentan no sufren de alguna enfermedad o trastorno endocrino, únicamente un retraso constitucional de la pubertad.

Retraso constitucional de la pubertad.

Esta es una variante normal de la velocidad de crecimiento y desarrollo, siendo un trastorno muy frecuente, pues lo padecen más del 50% de los varones que consultan al médico por falta de desarrollo sexual.

Los chicos que padecen de este trastorno han presentado un patrón previo de crecimiento lento cuando niños al igual que una maduración ósea retrasada, y existe un antecedente familiar similar, pero que al realizar exámenes físicos y complementarios se reportan normales.

Respecto a esta problemática los jóvenes que los padecen se muestran aislados, y sufren de una baja autoestima, aunque transitoria, ya que espontáneamente con un retraso de 2 a 4 años en relación a lo normal se inicia la pubertad la que con una excepción de su cronología es igual a la normal y el joven supera el trauma del retraso de la pubertad.¹⁴

Aparato cardiovascular. El corazón, como sucede con los otros músculos, aumenta en tamaño y el pulso incrementa su frecuencia 60 a 100 latidos por minuto, la presión arterial sistólica es más elevada en el varón.

Aparato respiratorio. Los pulmones aumentan de volumen al crecer el cuerpo del adolescente. Después de iniciada la pubertad, los varones pueden eliminar de su organismo mayores cantidades de bióxido de carbono y retener más oxígeno debido a su gran reserva alcalina 16 a 20 respiraciones por minuto.

Sistema nervioso. No hay un periodo acelerado de desarrollo nervioso en la fase de la pubertad.

Aparato digestivo. Durante la adolescencia brotan por completo los segundos molares y comienzan a aparecer los terceros. La mayor parte de los órganos de las vías digestivas se encuentran totalmente desarrollados mucho antes de la adolescencia, excepto el hígado, que continúa aumentando de volumen con objeto de almacenar las vitaminas adicionales necesarias.

Aparato urinario. Los riñones aumentan de tamaño y los uréteres se alargan al descender más la vejiga hacia dentro de la cavidad pélvica. La capacidad vesical aumenta y el gasto urinario es de cerca de 1400ml, en 24 hrs.

Sistema musculoesquelético. Prácticamente todos los huesos y músculos aumentan de tamaño durante el periodo de crecimiento rápido de la etapa adolescente.

Sistema inmunitario. El tejido linfóide que se encuentra distribuido por todo el cuerpo y toma la forma de amígdalas, adenoides, bazo, timo y linfocitos en la sangre, comienza a atrofiarse cuando se inicia la pubertad.

Sistema hematopoyético. Hay aumento de Hb y RBC en los varones que en las mujeres.

¹⁴ Jimenez. *Licenciatura Pediátrica I*. Pág. 297

Órganos de los sentidos.

Vista. Antes que los ojos alcancen el tamaño adulto durante la pubertad, tienen mayor probabilidad de adquirir miopía a causa de los cambios en el crecimiento de la longitud axial. La cista normal debe ser equivalente a 20/20.

Oído. Es durante la pubertad que las trompas de Eustaquio cambian su ángulo y se hacen menos propensas a la infección.

Aparato genital. Durante la pubertad los espermatozoides maduran en los testículos y se almacenan en el epididimo hasta que son eyaculados. Con frecuencia, el varón joven presenta emisiones nocturnas al ser abundante la cantidad de espermatozoides almacenados.¹⁵

Necesidades de nutrición. En todo crecimiento que se está produciendo las necesidades de nutrición totales del adolescente aumentan de manera sustancial.

Hay un momento en la demanda de proteínas para los huesos, músculos y otros tejidos en crecimiento. Junto con esto, se presenta la necesidad de cantidades adicionales de vitamina B12 y folacina a fin de producir los combustibles necesarios para el metabolismo de RNA y DNA.

También se necesita una cantidad adicional de otras vitaminas del complejo B, riboflavina, tiamina y niacina, con objeto de liberar la energía de los carbohidratos consumidos.

Con el aumento del ritmo de crecimiento de los huesos, el adolescente también necesita cantidades mayores de vitamina D. Las vitaminas A, C y E son necesarias para el mantenimiento celular.

Los minerales importantes que necesita a diario el adolescente son: zinc, para la maduración sexual y generación de tejido; hierro, para cubrir el aumento de RBC y el volumen sanguíneo; y calcio para asegurar una consolidación ósea adecuada.

Líquidos y electrolitos. El líquido extracelular disminuye sólo en 20% del peso corporal durante la adolescencia, mientras que el líquido intracelular aumenta de manera proporcional al incremento en el peso corporal.

Debido a la mayor masa muscular del varón, el valor del potasio es en realidad más elevado. Esto debe tomarse como interpretación de la información y no de las necesidades de nutrición. El varón ya no excreta creatina y la mujer lo hace en cantidades reducidas.

Sueño. Durante la adolescencia hay un aumento en la liberación de hormona del crecimiento, sobre todo durante el sueño. Además, los periodos de sueño del adolescente cambian y se hacen más consistentes.

Aspecto general

Piel. Las glándulas apocrinas producen aumento en la producción de sudor y olor. Las modificaciones en la capa córnea, sumadas a una disminución en el nivel del pH ácido de la piel, aumentan la resistencia del adolescente a las dermatitis. El crecimiento de las glándulas sebáceas, así como el aumento en la producción y secreción de sebo, propician la aparición de acné.

Pelo. El crecimiento de pelo en los órganos genitales, o vello púbico, de ordinario se considera en cinco etapas. En los varones, el crecimiento del pelo facial se presenta enseguida del vello púbico y, por lo común, sigue un patrón característico.

¹⁵ Hayman Op. Cit. Pag. 53

Cabeza. El tamaño de la cabeza es igual al del adulto hacia la edad de 10 años. Sin embargo, durante la pubertad se producen algunos cambios, como engrosamiento de los huesos craneales, frente salida y alargamiento de la mandíbula.

Desarrollo de las destrezas motoras toscas y finas. Durante la adolescencia hay un crecimiento rápido en la masa y fuerza muscular. Los cambios se producen tan rápidamente que el adolescente no tiene tiempo para ajustarse, por lo que se producen movimientos motores toscos extraños. Como el sistema nervioso ya está desarrollado en la pubertad, hay pocos cambios en la coordinación motora fina.

Desarrollo cognoscitivo e intelectual. El cambio fundamental durante la adolescencia es el hecho de que el niño ya no está más fijo en lo concreto.

La persona adquiere capacidad para suposiciones y considera posibilidades. El individuo ya no está sujeto a lo que ha experimentado y observado. Piaget llama a esto el periodo de operación formal.

Pensamiento de operación formal. Este pensamiento permite al individuo trabajar mediante problemas de razonamiento. Durante la adolescencia, el proceso de pensamiento se vuelve adaptable y sistemático. Como el adolescente puede manejar lo posible, el futuro comienza a ser realidad. Los pensamientos pueden ir más allá del aquí y el ahora. Los adolescentes se envuelven en lo abstracto y en lo teórico. Las ideas abstractas pueden combinarse con la emoción. Elkind cree que el pensamiento de operación formal permite a los adolescentes pensar acerca del acto del pensamiento, conceptualizar sus propios pensamientos y pensar acerca de los pensamientos de otros.

Desarrollo del lenguaje. Durante la fase de operación concreta el lenguaje se centra en acciones. En el periodo de operación formal un adolescente se vuelve capaz de manifestar conceptos por medio del habla y entender conceptos explicados por otros.¹⁶

Factores de Riesgo del Crecimiento

Agente: pueden ser biológicos como los procesos infecciosos de diversa etiología, los no infecciosos como procesos tumorales degenerativos, o mieloproliferativos; químicos como las intoxicaciones, el envenenamiento, yatrogenia por prescripción y autoprescripción inadecuada de medicamentos, socioculturales como la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo.

Huésped: Pueden ser genéticos como las malformaciones o errores congénitos del metabolismo que permiten la vida hasta esta etapa. Pueden también ser neuroendócrinos como el enanismo hipofisiario, el hipotiroidismo adquirido con todas sus secuelas, la diabetes mellitus dependiente de insulina, el panhipopituitarismo, etc.

Ambiente: La edad de inicio de los cambios puberales generalmente sorprende al niño en el seno de la familia, por lo que el microambiente familiar influye aún en el curso del crecimiento adolescente; y la extensión posterior de este niño fuera de los límites familiares amplía el ámbito de influencias negativas que pueden ser de tipo socioeconómico, nutricional y psicológico.

¹⁶ Hayman Ib. Id. Pag. 54-57

Factores de Resgo del Desarrollo

1. Aceptación o rechazo de los progenitores familiares, maestros o miembros del grupo social.
2. Desajustes familiares, abandono, separación divorcio de los padres, senectud de progenitores.
3. Ignorancia y pobreza de la familia y del grupo social.
4. Desconocimiento de padres y profesores de las características cambiantes del individuo.
5. Estímulos mediocres y falta de oportunidad para los jóvenes. Familias numerosas y crecimiento demográfico.
6. Pérdida de la autoridad y de la relación afectiva familiar. Carencia de educación sexual y permisivismo sexual. Iniciación en prostíbulos y trato heterosexual. Promiscuidad.
7. Inducción y proselitismo hacia actividades antisociales.
8. Desenfreno sexual.
9. Acción nociva de la comunicación masiva y publicidad moderna, con implantación de patrones ideales y falsos.
10. Prolongación de una dependencia económica de los jóvenes hasta el término de su preparación vocacional.
11. Anonimato de las grandes urbes.
12. Asociación delictuosa.
13. Pandillas de agresores que incitan y prometen aventura.
14. Absorción de la identidad.
15. Carencia de solidez formativa primaria familiar y comunal.¹⁷

2.2.4 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DURANTE EL PERIODO ESCOLAR Y ADOLESCENTE

2.2.4.1 En Piel

Las enfermedades de la piel y las afecciones cutáneas alérgicas están estrechamente relacionadas. La mayoría de los trastornos dérmicos menores o transitorios tratados en el centro de cuidado de la salud pueden ser vistos y tratados por la enfermera profesional. Estos trastornos se deben distinguir de problemas más graves, muchos de los cuales son de origen alérgico, y puede que haya necesidad de ser remitidos para diagnóstico y tratamiento posteriores.

Miliaria. Es producida por las glándulas sudoríparas inflamadas. Se caracteriza por pequeñas lesiones papulares eritematosas, con vesículas o pústulas diminutas en el centro, que se encuentran generalmente en la cara, cuello, hombros y tórax. Aparece repentinamente y puede remitir con la misma rapidez mediante tratamiento apropiado. Es extraordinariamente común. Es producida por glándulas sudoríparas inflamadas y obstruidas, precipitada a menudo por calor corporal excesivo debido al tiempo caluroso, demasiada ropa o calefacción excesiva en el hogar.

Furunculosis (furúnculos). Son infecciones profundas de las glándulas sebáceas o los folículos pilosos, que se aproximan gradualmente a la superficie y aparecen rojas, elevadas y dolorosas. Al cabo de varios días se adelgaza la piel del centro y puede formarse una pústula. Al romperse o incidirse el furúnculo se observa un "núcleo" de material necrótico junto con excreción de líquido purulento. Los furúnculos se ven más a menudo en el cuello, la cara, las axilas y las nalgas. La fusión de varios furúnculos produce un ántrax. Puede haber fiebre y malestar general.¹⁸

¹⁷ Martínez y Martínez Op. Cit. Pag. 1128-1131

¹⁸ Chow *Manual de Enfermería Pediátrica*, Pag. 453,469 y 478

Pediculosis. Se extiende mediante el contacto físico cercano y el empleo de sábanas y ropa de otras personas.

Hay diversos tipos de piojos, incluyendo ladillas, piojo de la cabeza y del cuerpo.

El piojo de la cabeza infesta y deja huevos en el cráneo y otras zonas de pelo. Los niños con infecciones en el cuero cabelludo deben ser examinados, con cuidado, para encontrar piojos. Han de observarse las zonas marginales del cuero cabelludo, sobre todo en la parte posterior y buscar piojos en las costuras de la ropa. En ocasiones se observa erupción prurítica mal definida, especialmente en las zonas que se encuentran en contacto con la ropa, como las axilas.¹⁹

Pediculosis corporis (piojos del cuerpo), se presenta con prurito intenso. múltiples marcas de rasguños y excoriación de la piel, es muy rara. Un examen detenido revela puntos hemorrágicos (pequeños puntos rojos) en los que los piojos han extraído sangre. Puede complicarse por urticaria o infección bacteriana superficial. Las lesiones son más comunes en la parte superior de la espalda, los lados del tronco y la parte superior y exterior de los brazos. Los insectos viven en los pliegues de la ropa.

Pediculosis pubis (ladillas), se presenta con prurito intenso de las áreas púbicas y rectales, originando excoriación y dermatitis secundaria. Pueden aparecer pequeñas marcas azuladas en la piel del tronco, las cejas, las pestañas y la región axilar. El origen de la infección suele ser venéreo. Las ladillas son extraordinariamente raras en los niños.²⁰

Sarna o escabiasis. La sarna es causada por un ácaro que excava por debajo de la piel. El diagnóstico es usualmente clínico. Las pápulas, las vesículas y la excoriación que produce, están típicamente localizadas entre los dedos de las manos, en los puños (el borde cubital de las manos), el abdomen, la parte superior de los muslos, los genitales, la región del tronco, las axilas y los glúteos. El prurito ocurre primariamente durante la noche y después del baño.

Estas lesiones tienen la propensión a tornarse eccematosas (reacción alérgica que puede presentar coloración rojiza, ampollas, exudación, descamación y agrietamiento de la piel) y a infectarse secundariamente. La transmisión se produce generalmente por contacto personal íntimo.

Los genitales masculinos se ven generalmente afectados por vesículas, pápulas o nódulos propios de la sarna (rojizos o pardos, con tendencia a ser crónicos y que pueden estar presentes en las axilas y en las ingles).

Otro tipo de sarna es la de origen animal (generalmente de los perros): ataca frecuentemente los brazos y las piernas (que son las áreas en contacto animal). Causa mucho prurito y es autocontagiosa, con un período de incubación de 1 a 10 días.²¹

Eritema solar

Las etapas del eritema solar se describen como sigue:

1. El eritema solar ligero o primer grado consiste en eritema, hipersensibilidad al contacto y dolor leve de las áreas expuestas al sol.
2. El eritema solar más grave progresa con más enrojecimiento, dolor, hinchazón y vesículas.
3. El eritema solar muy grave comprende extensas áreas de eritema, imposibilidad de tolerar el contacto con la ropa o las sábanas y síntomas generales de náuseas, taquicardia, escalofríos y fiebre. Deben descartarse los factores que predisponen a la sensibilidad al sol, como administración de drogas o enfermedades sistémicas.²²

¹⁹ Wacchter *Enfermería pediátrica*, Pag. 736

²⁰ Chow et. al. Op. Cit. Pag. 479

²¹ UNICEF La Prescripción Pag. 4

²² Chow et.al.Op. Cit. Pag. 481

Micosis. Las infecciones superficiales se establecen sobre la piel, y no en las capas internas de ésta. Se limitan a las capas muertas de queratina de piel, pelo y uñas, ya que los hongos no pueden sobrevivir en las capas más profundas. Las micosis superficiales son transmisibles de una persona a otra o; lo que es más común, de animales infectados, a seres humanos.

El niño afectado no debe prestar a otras personas sus objetos de arreglo personal, gorras, bufandas u otros artículos que hayan estado en contacto con el área infectada. Además, debe tener su propia toalla y usar una gorra protectora por la noche para no transmitir el hongo a la ropa de cama, en especial si duerme con otra persona. Esta infección puede adquirirse por transmisión de animal a humano, de modo que es necesario examinar todas las mascotas del hogar en busca del trastorno.²³

Tiñas. Se consideran un grupo de micosis exclusivamente tegumentarias causadas por dermatofitos, los cuales son una serie de hongos que afectan los tejidos queratinizados: piel, cabello y uñas.

Las esporas de los dermatofitos, al llegar a la piel cabelluda procedentes del ambiente, de animales o de personas enfermas, se multiplican y destruyen la queratina, estos hongos, crecen dentro o en la región externa del pelo ocasionando infección endothrix (región interna del pelo) en el caso de las tiñas tricofíticas y ectoendothrix (región externa e interna del pelo) en las tiñas microspóricas. Al multiplicarse, los hongos provocan cambios inflamatorios con enrojecimiento, edema, descamación, formación de vesículas y engrosamiento de la capa queratinizada; cuando se afecta la piel cabelluda, los pelos alterados se rompen formando placas pseudoalopécicas con cabellos cortos.

La tiña del cuerpo, hay placas eritematosas con escamas de forma circular u oval con bordes vesiculares activos acompañados de prurito intenso. En la tiña inguinal, las lesiones son similares, de forma políciclica y es común que el paciente curse además con tiña de los pies, está puede ser de tres tipos: vesicular, intertriginosa e hiperqueratósica. La intertriginosa es la más frecuente y se afecta en la mayoría de los casos entre los dedos 4 y 5, el paciente refiere prurito y fetidez; a la exploración física existe descamación de leve a moderada y maceración cutánea.

En la forma vesiculosa, las lesiones asientan en el borde del pie y en el arco plantar; la variedad hiperqueratósica se observa más en el talón y se caracteriza por placas escamosas con grietas y fisuras. La tiña de las uñas se denomina onicodermatofitosis, y se detecta por la presencia de engrosamiento ungual (paquioniquia), fragilidad, estrías y coloración amarillenta de predominio distal. Las dermatofitides son lesiones a distancia que se presentan en las palmas de las manos como descamación leve asintomática y se deben a la sensibilización al hongo, éstas no son contagiosas.²⁴

Dermatitis. La dermatitis es un patrón de inflamación cutánea, que puede ocurrir luego del contacto con una sustancia nociva (exógena) o que puede aparecer sin causa externa manifiesta (endógena)

Puede ser aguda, subaguda o crónica. La forma aguda es caracterizada por el eritema y el edema con pápulas, vesículas, exudación, costras serosas y escamas. La forma crónica se caracteriza por ser eritema descamativa, no exudativa, con engrosamiento de la piel o liquenificación y algunas veces fisuración. La forma subaguda es intermedia entre la forma aguda y la crónica.

²³ Whaley y Wong *Tratado de Enfermería Pediátrica*, Pág. 875

²⁴ Martínez y Martínez Op. Cit. Pág. 1093,1094

Causas - conocidas-

- dermatitis de contacto, irritante, resulta de prolongada exposición de la piel a sustancias irritantes.
- dermatitis alérgica de contacto; el individuo está específicamente sensibilizado a una sustancia química determinada de bajo peso molecular.
- asociado con infección e infestación, a consecuencia de una complicación por una infección bacteriana o micótica y especialmente a infestaciones parasitarias.

Causas - desconocidas -

- atópica, la forma más común del eccema infantil afecta a la cara, cuello y los pliegues de flexión distal, como las muñecas, codos y rodillas.
- seborreica, manifestada por caspa, prurito del cuero cabelludo, blefaritis, placas eritematodescamativas en surco nasolabial, retroarticular y cuello.
- liquen simple (neurodermatitis), placas hiperpigmentadas, engrosadas y liquenificadas en sitios fácilmente accesibles al rascado. empeoran con el <<stres>>.
- discoide (numular), adopta una forma de moneda con localización simétrica.
- palma y planta, aguda; vesículas pruriginosas simétricas recurrentes de localización palmoplantar.
- crónica, simétrica, no exudativa, hiperqueratótica, con engrosamiento de la piel y fisuración palmoplantar.
- diseminación secundaria, una placa de eccema puede complicarse con una diseminación de la dermatitis, la cual puede ser discoide o confluyente.

Síndrome de Stevens Johns. También denominado ectodermosis erosiva pluriorgánica de Fiesseger-Rendu o eritema polimorfo mayor. Se trata de una dermatitis por hipersensibilidad hacia infecciones virales, bacterianas, micóticas, por medicamentos, vacunas, sustancias tóxicas y neoplasias; se caracteriza por afección de por lo menos dos mucosas, por lo general estomatitis y conjuntivitis, y lesiones cutáneas que varían tales como las máculas, pápulas, vesículas o ampollas. La alteración mucocutánea es severa, acompañada de fiebre y en la mayoría de los casos se requiere hospitalización. Es más frecuente en niños y jóvenes, se puede intentar prevenir investigando antecedentes de reacciones cutáneas previas hacia los agentes señalados. El pronóstico es variable dependiendo de la intensidad de la alteración. El tratamiento se realiza con glucocorticoides por vía oral o intravenosa y medidas específicas para mantener el equilibrio hidroelectrolítico. La morbilidad varía del 3 al 40% y sus causas principales de muerte son choque séptico o trastornos hidrominerales.

Verrugas. Es una dermatosis de etiología viral, autoinoculable. Presenta 4 modalidades clínicas según las regiones de la piel afectadas; las vulgares, las planas, las plantares y los condilomas acuminados. Predominan en ambientes socioeconómicos y culturales bajos. Es muy frecuente en el preescolar y escolar.

Las verrugas planas predominan en la cara, especialmente en las mejillas, pudiendo localizarse también en el dorso de las manos y del antebrazo. Son neoformaciones queratósicas generalmente numerosas, aisladas, o agrupadas en trayectos lineales, de superficie plana, dura, de color un poco más oscuro que la piel normal, asintomáticas.

Las verrugas vulgares, conocidas como mezcquinos, afectan habitualmente las extremidades superiores, principalmente dorso de las manos y de los dedos en todas sus caras, incluyendo regiones periungueales, siendo posible que aparezca en cualquier parte de la piel. Son neoformaciones verruciformes, escasas o numerosas, de diversos tamaños; sésiles, realzadas, duras ásperas, en ocasiones oscuras y que pueden sangrar al traumatizarla

Vitiligo. Es una discromía cutánea, de evolución crónica, de carácter adquirido, cuya etiología se desconoce, existiendo tendencia familiar en algunos casos.

Ocasionalmente se presenta leve prurito en los sitios donde súbitamente aparecerán las manchas, las cuales se incrementan gradualmente en la medida que se altera la producción de melanina. La topografía habitual es en párpados, comisuras bucales, cara posterior de cuello, axilas, cara anterior de muñecas, dorso de manos, rodillas, cara anterior de piernas, maleólos y dorso de pies (es decir: los sitios sujetos a flexión, roce o traumatismo), con tendencia a la simetría, pudiendo afectarse cualquier sitio, en forma localizada o diseminada, generalizándose en algunos casos.

Respecto a la morfología, se trata de manchas acrómicas, escasas, numerosas o incontables, aisladas o agrupadas, de forma redondeada, oval, policíclica o cartográfica de unos cuantos mm a varios cm, llegando a cubrir grandes extensiones; la superficie a nivel, lisa, marcadamente despigmentada al igual que el pelo o vello, a veces eritematosa, con pequeños "islotos" de tonalidad normal; los límites son precisos, con frecuencia hiperacrómicos.

No compromete el estado general, pero puede repercutir psíquicamente; se ha visto asociado con trastornos endocrinos, inmunológicos y neoplásicos.

La evolución es impredecible y por tanto el pronóstico; desde el punto de vista estético, es motivo frecuente de consulta dermatológica.²⁵

Acné. Afecciones autolimitadas, comunmente inflamatorias, de evolución crónica, observadas principalmente en la adolescencia, que afectan selectivamente los folículos pilosebáceos de la cara y porción superior del tronco, dejando como secuelas diversos tipos de cicatrices.

El acné se encuentra en cara en el 90% de los casos, espalda 60% y pecho 15%. La piel cabelluda siempre está respetada.

Está compuesta por una variada colección de lesiones: comedones, pápulas, pústulas, nódulos, abscesos y cicatrices.

Existen dos tipos de comedones: el abierto (comedón negro) al cual se le ha imputado su coloración oscura a la oxidación del sebo, la melanina extracelular (que no existe) y a las células corneas impactadas, esto último es lo más aceptado en la actualidad, y el cerrado (comedón blanco), constituyendo estos dos tipos de lesiones el llamado acné no inflamatorio. Con frecuencia incorrectamente se emplea el término "quiste" ya que no se forma tal estructura. Se pueden encontrar cicatrices atróficas (en pica -hielo o sacabocado), hipertróficas y queloides.

El tratamiento debe individualizarse de acuerdo al paciente. Rutinariamente se le dará una idea clara de su enfermedad, desvaneciendo mitos, diciéndole que no hay una curación definitiva, por lo que deberá atender su dermatosis hasta que por sí sola desaparezca.²⁶

Herpes simple. El agente causal ha sido clasificado en dos tipos: herpes simple tipo 1 (HVS1) y herpes simple tipo 2 (HVS2). El HVS1 suele ser transmitido horizontalmente por la vía bucal o secreciones respiratorias.²⁷

El tipo 1 es muy común y muchos adultos son portadores del virus en forma asintomática. La infección se da por contacto directo con pequeñas gotas de saliva y con secreciones infectadas. Se manifiesta como una infección herpética inicial o como infecciones recurrentes. Las lesiones recurrentes son pequeñas, usualmente adentro o alrededor de la boca, causan una ligera incomodidad y se resuelven dentro de un periodo de unos pocos días sin dejar cicatriz.

²⁵ Ibid. Pag. 1090-1101

²⁶ Ibid. Pag. 1231-1233

²⁷ UNICEF Ibid. Pag. 316

La enfermedad tiene distribución mundial. Los factores predisponentes para su adquisición son el saneamiento ambiental deficiente, nivel socioeconómico bajo y parejas sexuales múltiples.

Las infecciones ligeras con herpes virus del tipo 1 son autolimitantes y usualmente no requieren tratamiento.

En relación a la respuesta dolorosa primaria, esta es una de las pocas recomendaciones para el uso de los anestésicos tópicos, tales como el clorhidrato de lidocaína al 2 a 4%. Si el dolor es intenso, pueden prescribirse analgésicos sistémicos.

En pacientes inmunocomprometidos, debe considerarse el peligro de diseminación y por lo tanto, se justifica el aciclovir sistémico (a nivel hospitalario).²⁸

Quemaduras. La clasificación de la quemadura depende de la profundidad de la lesión en la piel. Esta valoración determina la gravedad del problema, la duración en tiempo requerido para su curación y la probabilidad de complicaciones, como infección o cicatrización retrasada.

Quemaduras de primer grado (grosor parcial) : afectan la porción superficial de la epidermis. Ocasionan destrucción mínima de los tejidos y son típicamente enrojecida y sensibles al tacto. La piel es elástica y ligeramente edematosa.

Quemaduras de segundo grado (de grosor parcial) : afectan la epidermis y la dermis, pero las células epiteliales profundas que rodean los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas, son viables aún. Pueden aparecer vejigas o bolas. La piel puede aparecer más bien dura e inelástica.

Quemaduras de grosor completo (tercer grado) : comprende la epidermis, dermis y tejido subcutáneo, y también puede afectar estructuras más profundas, como la aponeurosis, músculo y hueso. La piel es dura, insensible, sin elasticidad y deprimida por debajo del nivel de la piel circundante. Cuando se afectan la aponeurosis, músculo o hueso, la quemadura a veces se clasifica como de cuarto grado.²⁹

Heridas. Es una lesión con abertura de los tejidos que sangra leve o abundantemente, según su magnitud.

Cuando la herida se ha producido por un instrumento agudo y tiene la forma de un orificio (aguja, clavo, punzón, etc.) se llama herida punzante.

Si la herida es producida por un instrumento plano filoso (puñal, cuchillo, navaja, maza, etc.) y no desgarrar los bordes, se llama herida cortante.

Cuando el instrumento produce un desgarramiento de los bordes en forma de colgajo se llama herida desgarrada, y si hay machacamiento y pérdida de tejidos (piel o músculos) se denomina herida contusa.

Las heridas también se clasifican en:

- superficiales o en sedal, cuando sólo interesan la piel.
- profundas, cuando penetran hasta los músculos.
- penetrantes, cuando penetran en alguna de las tres principales cavidades del cuerpo: craneana, torácica o abdominal.

El tratamiento inmediato de toda herida consiste en contener la hemorragia y lavar perfecta y enérgicamente con jabón y agua tres o cuatro veces, siempre y cuando no sean heridas penetrantes difíciles de clasificar.³⁰

²⁸ Martínez y Martínez Op. Cit. Pag. 8

²⁹ *Lo Esencial de las Urgencias Médicas*. Pag. 430-432

³⁰ Cervantes Eduardo *Primeros Auxilios*. Pag. 39,40

2.2.4.2 En Cabeza

Trastornos Dentales

La pedodoncia se preocupa por mantener los dientes sanos prevenir la enfermedad, tratar y restablecer la función. Entre los problemas dentales comunes están incluidos las caries dental, mal oclusión y enfermedad periodontal

Caries Dental Este es el principal problema dental de los niños ya que el 90% de todos los niños tienen alguna caries dental hacia los 12 años de edad, los de menor nivel socioeconómico sufren de más caries dental que los de otro grupo. Factores genéticos, dieta adecuada, correcta higiene oral y el empleo de flúor son importantes en la prevención, principalmente este último debe sustituirse cuando el agua de consumo no lo contiene.

La ideal para eliminar la placa dentobacteriana es el cepillado dental luego de cada comida y reducida además los alimentos con alto contenido en hidratos de carbono sustituyéndolos con alimentos nutritivos como leche, y sus derivados, frutas y verduras etc..

Muchos medicamentos orales (jarabes y suspensiones) endulzados, son tomados de manera abusiva por los niños, constituyendo una fuente de caries dental; ya que los agentes endulzantes - sacarosas, lactosa, fructosa y glucosa - están considerados todos cariogénicos. Por lo que el cepillado después de la medicación ayudará a prevenir el desarrollo de caries. Además de todo esto el niño debe visitar al menos dos veces en el año al dentista para limpieza y examen de los dientes.

Manchas Dentales Las manchas que se debe saber reconocer al momento de la exploración bucal en el niño son, las verdes, negras, grisáceas y amarillas.

Las manchas verdes sobre la zona próxima a la encía se deben exclusivamente a la falta de higiene, y son anticipo de caries; ya que la zona donde aparece es la del cuello del diente en donde se tiene mayor sensibilidad y predisposición a la caries. Se corre el peligro del avance de las caries en esta región estrangulando el cuello dentario y cortando la corona del diente, posteriormente a la caries sigue la infección de la pulpa y la fistulización, que se pone de manifiesto por la aparición de pus a nivel de la raíz del diente temporario.

Estos focos sépticos deben ser eliminados mediante tratamientos médicos pues también influyen en el desarrollo maxilofacial.

Las manchas amarillas suelen presentarse por ictericia neonatal prolongada o por ingestión de dosis elevadas de tetraciclinas en la lactancia.

Las manchas negras bordean la superficie del diente en forma de línea negra por variaciones de fosfato en la secreción de las glándulas salivas, desapareciendo cuando la situación se modifica

Las manchas grisáceas provienen de la pigmentación producida por la hemoglobina trasvasada y depositada en los canaliculos dentinales después de la rotura del paquete vasculonervioso del diente. Estas son muy peculiares en niños de 1 a 2 años que están aprendiendo a caminar, por la frecuencia de las caídas sufren golpes en la boca que producen movilización y mortificación de los dientes por rotura de ese paquete.⁵¹

Epistaxis El sangrado nasal es algo común durante toda la niñez, especialmente durante la edad escolar, disminuyendo después de la pubertad.

⁵¹ Cedrato- Ferrero *Pediatría*, Pag. 754

Origen: El inicio de la hemorragia puede presentarse por algún traumatismo externo, cuerpos extraños o hurgueteo de la nariz y en ocasiones al sonarse forzosamente la nariz. En algunos niños la rinitis alérgica o sinusitis pueden dar lugar a la epistaxis; aunque a veces la excitación emocional o el ejercicio físico intenso pueden ser suficiente. En casos más graves el sangrado es un síntoma de un trastorno circulatorio, renal o hipertensivo, o puede ser resultado de fiebre reumática dicrasia sanguínea o infección.

Manejo: Se debe precisar la frecuencia del sangrado, las actividades que presidieron a la epistaxis, examinar el color del sangrado en ambas narinas. Cuando se ha presentado el sangrado se debe mantener al niño en posición semierecta y la cabeza inclinada hacia adelante impidiendo que la sangre fluya hacia la faringe pues esto puede provocar al niño vómito náuseas. Deberá alojarse la ropa alrededor del cuello y no sonarse en ese momento la nariz, puede ser de utilidad la aplicación de hielo sobre el puente de la nariz, al tiempo que se comprimen las alas de la nariz contra el tabique suavemente.

En caso de que la hemorragia fuera profusa se puede optar por el taponamiento nasal y la aplicación de adrenalina con un algodón. Solo en el caso de una enfermedad hemorrágica será necesario en ocasiones la transfusión sanguínea.

Pronóstico: Como ya se mencionó la frecuencia de la epistaxis disminuye después de la pubertad, pero en caso de continuar esta el niño debe ser sometido a un estudio otorrinolaringológico.

Cefalea

Las cefaleas pueden aparecer como un síntoma benigno agudo en niños mayores o adolescentes, sin embargo cuando estas son repetitivas y en lapsos cortos de tiempo, se debe considerar la posibilidad de ser causadas por una enfermedad orgánica subyacente o una tensión emocional.

Entre las causas por la que se puede presentar cefalea están:

- 1.- Tensión o presión aplicada en las estructuras craneales (en caso de tumor o masa intracraneal)
- 2.- Vaso dilatación arterial
- 3.- Aumento o disminución en la presión intracraneal.
- 4.- Sinusitis
- 5.- Infección de oído medio
- 6.- Trastornos oculares (produciendo espasmo de los músculos extraoculares)
- 7.- Espasmo de los músculos craneales (resultado de trastornos emocionales y/o fatiga)

Independientemente de cual pueda ser el origen de la cefalea, será el resultado de la dilatación de los vasos sanguíneos que rodean al encéfalo. Generalmente las constricciones reflejas de los músculos del cráneo pueden agravar el cuadro.

Las cefaleas migrañosas, son ya cefaleas vasculares severas diagnosticadas en niños mayores adolescentes y adultos.

La Migraña Clásica: Se observa con más frecuencia en adolescentes y adultos que en niños precedida por una aura visual (visión borrosa, escotomas centelleantes o diplopia). Habitualmente el aura desaparece mientras se desarrolla una cefalea frontal unilateral pulsátil; acompañado de dolor abdominal, vomito, fotofobia, fonofobia y necesidad de dormir.

Las Cefaleas Migrañosas: Se observaron con mucho mayor frecuencia en niños que experimentan depresión, cambios de personalidad y palidez antes de presentarse la cefalea generalmente no se procede de una aura clásica. El sueño en una habitación oscura y tranquila puede ser suficiente para calmarla.

Manejo: Se debe realizar un examen físico completo con una historia psicosocial detallada, será importante también un examen ambiental. Se incluirá el número y tipo de cefaleas, el comienzo habitual, descripción y localización del dolor, el momento del día en que ocurre tratar de identificar los factores precipitantes.

Con lo anterior se podrá eliminar las posibles causas de la migraña (en caso de existir) y la administración de los analgésicos prescritos para estos casos.

En los niños mayores y adolescentes se recomienda técnicas de relajación y biorretroalimentación con lo que se reducirá el riesgo de dependencia a drogas. También es recomendable una buena dieta equilibrada y sueño adecuado.

Pronóstico: Las migrañas en los niños por lo general desaparecen antes de la pubertad o durante ella, aunque pudiera no ser así, sin embargo el pronóstico de la cefalea migrañosa es bueno cuando las causas subyacentes se conocen y se tratan como en el caso de la restricción de alimentos que se sabe agravan el trastorno (el chocolate uno de ellos).³²

Conjuntivitis

Es el resultado de la inflamación o edematización de la conjuntiva, causado por bacterias, virus, hongos o enfermedades generalizadas.

Tipo de Conjuntivitis	Agente causal
Bacteriana	Staphilococcus aureus Streptococo B hemolitico hemopilus influenza
Viral	adenovirus tipo 8 a 19 adenovirus tipo 3

Tipo de Conjuntivitis	Agente causal
Alérgicas (conjuntivitis primavera)	manifestaciones alérgicas (alergia bacteriana)
Sistémica	- deficiencia de vit. A - secundaria a enfermedad. micótica

FUENTE: Apuntes de la materia de
Proceso de 4º Semestre

³² Marlow Op. Cit. Pag. 1206, 1215 y 1216

El inicio puede ser fotofobia, seguido de escozor y sensación de quemadura bajo los párpados la congestión de la conjuntiva es clásica, lo que servirá como signo diagnóstico. Puede presentarse también edema de los párpados y adenopatias periauricular aunque no en todos los casos.

Manejo: Se debe observar la presencia o ausencia de secreciones así como sus características para determinar el origen de la conjuntivitis la frecuencia de su aparición y la época del año en que se presenta con mayor frecuencia.

Se puede realizar lavado ocular con agua hervida y la colocación de gotas oftálmicas, también es útil la colocación de compresas frías o el uso de anteojos oscuros para proteger del sol. En caso de continuar con el problema o que se acrecenté se debe acudir con el especialista.

Pronóstico: Por lo general para todos los tipos de conjuntivitis el pronóstico es excelente, siempre y cuando se lleve a cabo el tratamiento adecuado. En casos no tratados se corre el riesgo de cicatrización de las corneas con disminución o pérdida de la visión en el ojo afectado.

Otitis Se considera que cuando existe inflamación del conducto auditivo, se está hablando de una otitis, pero debe especificarse de que tipo se está hablando ya que su clasificación es similar a la del conducto auditivo. Teniéndose otitis externa, otitis media supurativa y otitis media serosa.

Otitis Externa Originada en ocasiones por traumatismos, nadar reacción a cuerpos extraños, acumulación de cerumen o infecciones piógenas (estafilococos o micosis). Manifestado por ardor del conducto auditivo, sordera o ambos. El tratamiento en estos casos es relativamente sencillo, bastando en ocasiones solo con la extracción del cuerpo extraño, o de cerumen impactado a través de un lavado con irrigador de manera suave, posteriormente se limpia y seca el conducto. En ocasiones será necesario la aplicación de antibióticos tópicos.

Otitis Media Supurativa En esta inflamación del conducto auditivo está ocasionada por algún agente infeccioso como neumococos, escherichia coli, Klebsiella etc. provocando inquietud durante el sueño, irritabilidad, dolor, vértigo, cefalea, fiebre y en niños pequeños se pueden llegar a las convulsiones cuando la fiebre es muy alta.

Al momento de la exploración el tímpano se muestra enrojecido en lugar del color gris perla normal, en los casos en que la membrana timpánica se ha roto puede verse la apertura y haber escurrimiento de pus o líquido seroso.

El manejo para estos casos generalmente es con antibióticos combinados, en casos extremos meningotomía cuando no hay respuesta a los antibióticos después de 48 hrs. o si se presenta mastoiditis.

Otitis Media Secretora (Serosa) Se manifiesta por una acumulación de material mucoso seroso ocasionado por obstrucción de la trompa de Eustaquio, rinitis alérgica, hiperplasia del adenoides etc. Esta es una causa común de pérdida moderada del oído en niños de 6 meses y hasta 7 años. Generalmente el niño muestra disminución leve de la audición, atalgia leve y refiere sensación de burbuja de agua en el oído. Al momento de la exploración del conducto auditivo el tímpano muestra la pérdida de su translucidez, movimiento disminuido y cambio de color gris perla a azulado. El tratamiento es por medio de antihistamínicos y descongestivos.

Sinusitis

Desde la lactancia los astros maxilares y las celdas etmoidales anterior y posterior suelen tener tamaño suficiente para albergar una infección el seno frontal raramente es lugar de infecciones significativas hasta los 6 - 10 años. Cuando existe una enfermedad etmoidal grave en los primeros años de la vida, el desarrollo y neumatización de los senos frontales puede verse reducido e incluso totalmente impedido. El seno esfenoidal no suele asumir importancia clínica hasta el tercer o quinto año de vida.

Es probable que los senos paranasales se vean afectados por un proceso exudativo en prácticamente todas las infecciones nasales agudas pero, por regla general, esta afección no persiste

una vez remitida la infección nasal, a menos que hubiera una infección sinusal preexistente. La incidencia de infecciones sinusales, tanto agudas como crónicas, se incrementa en la última etapa de la infancia. Factores alérgicos no diagnósticos, mal drenaje sinusal como el que puede ocurrir en el caso de desviación o hipertrofia adenoidea, proceso hereditario asociado, inmunosupresión y factores ambientales pueden aumentar la posibilidad de infección sinusal.

Sinusitis Aguda Purulenta

Además de la afectación de los senos durante las infecciones nasales agudas, puede haber epiema agudo de uno o más senos. Los signos o síntomas a menudo aparecen 3-5 días después de la rinitis aguda.

Manifestaciones Clínicas: Debe sospecharse una sinusitis cuando el resfriado parece más intenso de lo habitual (fiebre arriba de 39°C, edema preorbitario, dolor facial) o se prolonga durante más de 10 días. Después de una infección respiratoria alta de origen viral es frecuente la tos nocturna, pero una tos diurna es más sugestiva de sinusitis. Son habituales las cefaleas, el dolor facial, la hiperestesia y el edema. Un examen tras la aplicación de descongestionantes tópicos puede mostrar pus en el meato medio, lo que sugiere afectación de los senos maxilar, frontal o etmoidal anterior; la presencia de pus en el meato superior sugiere afectación de las celdas esfenoidal o etmoidal posterior. La secreción postnasal puede dar lugar a dolor de garganta o tos persistente, especialmente por la noche.

Diagnóstico: La radiografía es muy utilizada, aunque puede dar lugar a confusión. Los hallazgos diagnósticos más comunes son los niveles hidroaéreos y la opacificación completa. Las radiografías de senos (incluso las TC) en los lactantes conducen a menudo a error. En los niños no es necesaria inicialmente la punción del seno para establecer un Dx. No obstante la punción antral es el único método fiable de obtener material para cultivo bacteriano.

Los microorganismos que se encuentran habitualmente en los niños son *S.pneumoniae*, *B.catarrhalis* y *H.influenzae* no tipificable. La extensión directa de las secreciones suele revelar principalmente neutrófilos, aunque puede ayudar a detectar una alergia asociada si aparecen muchos eosinófilos.

Tratamiento: Consiste fundamentalmente en una terapéutica antimicrobiana eficaz. La amoxicilina constituye una elección inicial razonable. En aquellas zonas en las que *H.influenzae* y *B.catarrhalis* productores de B-lactamasa son comunes, y en los casos de fracaso de tratamiento, puede prescribirse trimetoprim-sulfametoxazol, amoxicilina con clavulonato potásico, eritromicina más una sulfamida, y cefalosporinas de 2a. y 3a. generación.

El tratamiento dura de 14-21 días. El drenaje y la irrigación de los senos están reservados para aquellos pacientes en los que fracasa el tratamiento o que sufren dolor intenso.

Sinusitis Crónica

La infección crónica de los senos paranasales de sugerir la posibilidad de un trastorno local o generalizado que facilite la persistencia de la infección. La sinusitis crónica o recurrente es también frecuente en los pacientes con ausencia de anticuerpos secretos y en otros estados de inmunodeficiencia.

Manifestaciones Clínicas: Varían considerablemente, la fiebre cuando existe, es escasa. Puede aparecer malestar, fatigabilidad fácil y anorexia. La secreción nasal puede ser unilateral o bilateral, varía de un día para otro con frecuencia existe una hinchazón suficiente de los cornetes medios como para causar una obstrucción nasal importante. Cuando existe secreción nasal acuosa o estornudos asociados debe tenerse en cuenta la posibilidad de una rinitis alérgica.

Tratamiento: Además de los microorganismos aislados durante la sinusitis aguda, en los cultivos de los aspirados antrales se encuentran frecuentemente estreptococos B-hemolíticos, S.aureus y anaerobios. En general, deben administrarse los antimicrobianos apropiados durante 6 semanas. A menudo se añaden antihistamínicos y descongestionantes en especial si existen manifestaciones alérgicas asociadas. Con frecuencia se precisa cirugía.

2.2.4.3 En Tórax

Enfermedades del Sistema Respiratorio

Los tipos de enfermedades del aparato respiratorio en la infancia se relaciona con varios factores modificadores: edad, sexo, variación estacional, geografía, factores socioeconómicos, raza, etc.

La distribución anatómica de las enfermedades del aparato respiratorio puede cambiar también con la edad. Por ejemplo, las infecciones por estreptococos hemolíticos β grupo A se localizan comúnmente en la nasofaringe en los niños pequeños, a diferencia de los niños mayores que se encuentran en las áreas tonsilar y faríngea.

Existe poca variación en la frecuencia o gravedad de enfermedad, del aparato respiratorio, según el sexo. Las infecciones respiratorias inferiores son ligeramente más comunes en niños que en niñas menores de 6 años de edad, más adelante la frecuencia de infección es igual. Las enfermedades pulmonares no infecciosas de la infancia suelen tener una frecuencia igual en ambos sexos.

Lo que es realmente importante clínicamente son las variaciones estacionales en la frecuencia de infección del aparato respiratorio y asma bronquial, ya que los patógenos víricos del aparato respiratorio más comunes aparecen en forma epidémica durante los meses de invierno y primavera, en contraste con las infecciones micoplasmáticas que son más comunes en el otoño y comienzo del invierno.

Los síntomas relacionados con planes (en el caso del asma) se registran más frecuentemente en primavera, verano y comienzo del otoño, mientras que los síntomas debidos a polvo y moho de la casa pueden ser más comunes cuando los niños son confinados en casa durante los meses de tiempo frío.

Otro dato importante es el hecho de que aunque la frecuencia no es diferente, la gravedad de las enfermedades de las vías respiratorias bajas, es generalmente menor en familias de clase media que de la clase baja.

Infección de Vías Aéreas Superiores

Están consideradas dentro de este grupo las infecciones que afectan principalmente a las estructuras del aparato respiratorio situadas por encima de la laringe y a esta misma. De entre las más comunes se encuentran la Nasofaringitis aguda (o resfriado común), Faringitis y Faringoamigdalitis, Rinitis crónica, entre otras.

Estas enfermedades pueden ser causadas por diferentes microorganismos pero principalmente por virus, los cuales pueden causar desde una infección inaparente hasta síntomas clínicos de diferente gravedad dependiendo de factores del huésped tales como: edad, sexo, contacto previo al agente, estado de nutrición, etc.

CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS

- Infiltrados inflamatorios
- Edema de la mucosa
- Congestión vascular
- Aumento de la secreción de moco
- Alteración de la estructura y función de los cilios

FUENTE: Misma del cuadro de la pág. 26

PRINCIPALES AGENTES INFECCIOSOS

<i>NOMBRE</i>	<i>TIPO DE AGENTE</i>
- Virus Respiratorio Sincital VRS	VIRUS
- Virus de parainfluenza	VIRUS
- Adenovirus	VIRUS
- Coxsakievirus	VIRUS
- Micoplasma	HONGO
- Hemophilus Influenzae	BACTERIA
- Streptococo neumonia	BACTERIA
- Estreptococo β hemolítico	BACTERIA

FUENTE: Misma del cuadro de la pag. 26

ENFERMEDAD	EPIDEMIOLOGÍA	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	COMPLICACIONES
<p>NASOFARINGITIS AGUDA (Resfriado Común)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta todo el año. • Con mayor frecuencia los primeros 2 años de vida. • En promedio los niños sufren de 5 a 8 infecciones por año. 	<p>Niño de 3 meses a 3 años</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición brusca de fiebre - Irritabilidad y agitación - Estornudos y secreción nasal <p>Niños mayores: - Resequeza e irritación nasal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estornudos, rinorrea fluida - Dolor muscular y cefalea - Anorexia y febrícula 	<ul style="list-style-type: none"> - Mastoiditis - Otitis media
<p>FARINGITIS AGUDA (Comprendidos la amigdalitis y faringoamigdalitis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es rara antes del año • Aumento entre los 4 y 7 años • Persiste en la infancia tardía y en la edad adulta. 	<p>F. Viral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre, malestar, anorexia - Dolor de garganta, ronquera y tos - Rinitis, inflamación laríngea, úlceras - La enfermedad no dura + de 3 días <p>F. Estreptocócica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea, dolor abdominal y vómito - Fiebre, eritema faríngeo - Enrojecimiento difuso de amígdalas papilares. - La enfermedad puede durar hasta 2 semanas. 	<p>Virus - Otitis media bacteriana</p> <p>Estreptocócica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abscesos periamigdales - Sinusitis - Fiebre reumática <p>Ambas: Úlceras crónicas en la faringe.</p>
<p>RINITIS CRÓNICA</p>	<p>Rinitis - Suele ser estacional Alérgica</p> <p>Rinitis - Consecuencia del uso prolongado de descongestionantes nasales tópicos</p> <p>Rinitis - Asociada a algún proceso Atrofia debilitante o inmunodepresor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Secreción nasal - Escoriación de aletas nasales y labio superior - En ocasiones secreción hemática - Alteración del gusto y el olfato - Fiebre frecuente durante exacerbaciones 	

FUENTE: Misma del cuadro de la pag. 26

Infección de Vías Aéreas Inferiores

En este grupo están comprendidas las patologías que afectan a la laringe y traquea principalmente además del árbol bronquial. Están comprendidas dentro de éstas desde las anomalías congénitas hasta los procesos infecciosos adquiridos.

Las infecciones agudas de la laringe y la traquea son importantes en las lactantes y niños pequeños, principalmente por su vía aérea más pequeña y predispuesta a mayor estrechamiento con el mismo grado de inflamación, lo que ocasiona que la infección rara vez se limite a una sola área del aparato respiratorio, y generalmente afecta en grado variable a la laringe, la traquea, los bronquios y aún la porción respiratoria superior.

ENFERMEDAD	EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
CRUP INFECCIOSO	<ul style="list-style-type: none"> - 3 meses a 5 años no muy frecuente. - Mayor frecuencia de influenza de 3 a 7 años. - Mayor incidencia en varones. - Persiste en estaciones frías del año. - En el 15% pacientes tienen antecedentes familiares de CRUP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Virus de parainfluenza en ¼ partes de los casos. - Virus Respiratorio Sincital en los demás casos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leve tos metálica. - Estridor respiratorio intermitente. - Al aumento de obstrucción: aleteo nasal y retracciones supraexternales e intercostales. - La agitación y llanto del niño agravan el cuadro con hipoxemia y debilidad.
LARINGO TRAQUEO BRONQUITIS	<ul style="list-style-type: none"> - Puede durar de varios días hasta varias semanas. - Se presenta en mayor proporción de los 3 a los 6 años. - Disminuye con el crecimiento de la vía aérea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es causado por virus 	<ul style="list-style-type: none"> - Estridor respiratorio y dificultad respiratoria antes de la tos metálica. - Intranquilidad y malestar general del niño. - Temperatura entre 39 - 40 °C. - Ruidos respiratorios bilaterales roncos y estertores diseminados. - Los síntomas empeoran por la noche.

FUENTE: Misma del cuadro de la pag.26

Interferencias con la Función Cardiovascular

Las afecciones cardíacas en general están divididas en 2 grupos para su estudio, congénitas y adquiridos las cuales a su vez sufren divisiones en base a aspectos clínicos específicos y a manifestaciones de la enfermedad

Cardiopatías Congénitas

Patología y Epidemiología: Aparece aproximadamente en 8/1000 nacidos vivos, aproximadamente de 2-3/1000 lactantes permanecen asintomáticos en el primer año de vida fetal, solo cuando se elimina la circulación materna y de que el sistema cardiovascular se hace independiente, se pone en manifiesto el impacto de una anomalía anatómica y después hemodinámico de lesiones cardíacas. También cambia con el crecimiento la importancia relativa de los diferentes defecto

Etiología: Rara vez se conoce la causa de la cardiopatía congénita en cada caso aislado. Los patrones de herencia multifactorial son responsables de la mayoría de las lesiones de los síndromes debido a genes únicos, son raros.

Algunas anomalías cromosómicas se asocian con cardiopatías congénitas graves, pero estos casos representan menos del 5% del total.

En la mayoría de las ocasiones existe una combinación de influencias genéticas y ambientales.

La embarazada que contrae la rubéola durante los dos primeros meses de embarazo puede dar a luz a niños con lesiones cardíacas, incluidos el conducto arterioso permeable, estenosis de una rama de la arteria pulmonar.

Manifestaciones Clínicas: Se dividen en dos grandes grupos, de acuerdo con la presencia o la ausencia de cianosis a su vez y tomando en consideración el monto de la vascularización pulmonar, cada uno de estos grupos se puede subdividir en dos.

CARDIOPATIAS CONGÉNITAS ACIANOTICAS MAS FRECUENTES

Con aumento de la circulación pulmonar (Corto circuito de izquierda a derecha)	Persistencia del conducto arteriovenoso Defecto aortoseptal Comunicación interventricular Comunicación interauricular y anomalías parciales del retorno venoso Persistencia del canal atrioventricular
	Malformaciones obstructivas del lado derecho del corazón: estenosis pulmonar y sus variedades
	Malformaciones obstructivas del lado izquierdo del corazón
	Coartación de aorta Estenosis aórtica y sus variedades
	Miocardiopatías (fibroelastosis, enfermedad glucogénica, anomalía coronaria)
Otras:	Valvulopatías Anomalías del arco aórtico Tumores del corazón

CARDIOPATIAS CONGÉNITAS CIANOTICAS MAS FRECUENTES

Con disminución de la circulación pulmonar	Tetralogía de Fallot Atresia Tricuspidéa y otras variedades de ventrículo derecho hipoplástico Seudotruncos arteriales Estenosis o atresia pulmonar con comunicación interauricular Doble tracto de salida del ventrículo derecho con estenosis pulmonar Ventrículo único con estenosis pulmonar Enfermedad de Ebstein Síndrome de Eisenmenger Síndrome de asplenia
Con aumento de la circulación pulmonar	Transposición completa de los grandes vasos Síndrome de Taussig-Bing, Fístulas arteriovenosas pulmonares Anomalía total del retorno venoso Truncos arteriales verdaderos Con signos de congestión pulmonar pasiva: estenosis o atresia mitral, atresia aórtica, etc.

De acuerdo con el riesgo las cardiopatías congénitas se clasifican en:

ALTO RIESGO: Un tercio de las cardiopatías congénitas, tiene muy elevada mortalidad (80%) espontánea en el primer año de vida, requieren tratamiento quirúrgico corrector, reparador o paliativo en el lactante.

MODERADO RIESGO: De estas un tercio de las Cardiopatías Congénitas. con elevada morbi-mortalidad en el niño, adolescente o adulto con respecto a la población general requiere tratamiento quirúrgico corrector o reparador después del año de vida.

LEVE RIESGO: En este tercio de las Cardiopatías Congénitas no se requiere tratamiento quirúrgico.³³

Endocarditis Infecciosa

- Es una enfermedad significativa de morbilidad y mortalidad entre los niños adolescentes
- Existen grupos de riesgo tales como:
 - adictos a drogas
 - supervivientes de cirugía cardíaca

Etiología

- *Streptococcus viridians* → Responsable del 50% de los casos
- En las últimas 2 décadas
Se ha hecho más común → *Estafilococos* de 1/3 de los casos

↳ (Esto es más frecuente en niños sin cardiopatía subyacente)

Epidemiología

- Se ve amenudo como complicación de cardiopatías congénitas o reumáticas.
- La enfermedad congénita es el factor predisponente más común.
- Puede ocurrir en niños que no padecen malformaciones cardíacas.
- Son susceptibles los pacientes afectos de una lesión asociada con inyección de sangre a gran velocidad en una cavidad o vaso.

(Se forman vegetaciones)

- Niños con:
 - tabique ventricular defectuoso
 - enfermedad valvular del lado izq.
 - comunicación arterial pulmonar sistémica
 - paciente operados con una derivación paliativa entre circulación sistémica y pulmonar.
 - prótesis valvulares
- ↳ Tienen mayor riesgo

- Los procedimientos quirúrgicos y odontológicos sin asepsia adecuada.
 - La mala higiene dental.
- Aumenta el riesgo

³³ Cedrato-Ferrero Op. Cit. Pag. 459

Manifestaciones Clínicas

Signos y Síntomas : - Fiebre prolongada sin/otra manifestación

Precoces

- Ocasionalmente pérdida de peso

- El comienzo puede ser agudo y grave c/ fiebre alta intermitente y postración
- La fiebre en ocasiones es de baja intensidad con elevación vespertina.
- Fatiga, mialgia, artralgia, cefalea
- En ocasiones se presenta
 - nauseas,
 - escalofríos,
 - vómitos,
 - embolización,
 - esplenomegalia
- Complicaciones :
 - Neurológicas : Embolias
 - Abscesos cerebrales
 - Aneurismas micóticos y hemorragias
 - Meningismo
- Las manifestaciones cutáneas se presentan tarde en el curso de la enfermedad:
 - Hemorragia subungueal
 - Nódulos de Osler (nódulos intradérmicos, blandos en las yemas de los dedos de manos y pies)
 - Lesiones de Janeway (lesiones eritematosas y hemorrágicas indoloras en plantas de manos y pies)

Diagnóstico

Por hemocultivo

- Deben obtenerse muestras de sangre aunque el niño este bien y no presente signos muy significativos pero se sospecha la enfermedad.
- Se extraen muestras separadas de sangre.

Tratamiento

- Necesario el reposo en coma prolongada
- Cuando sean indicados se usarán digitálicos, restricción de sodio y tratamientos diuréticos.
- Intervención quirúrgica cuando la afección valvular aórtica o mitral severa conduce a insuficiencia cardíaca intratable.
- Extirpación de vegetaciones y en ocasiones sustitución valvular.
- Terapia antibiótica específica para cada caso.

Prevención

- Profilaxis antimicrobiana previa y posterior a procedimientos de extracción dental u otra manipulación odontológica.
- Cuidado dental general
- Higiene Oral
- Asepsia cuidadosa durante la cirugía y cateterismo cardíaco.

Fiebre Reumática Aguda. (FRA)

En la población pediátrica la FRA es la causa principal de enfermedad cardíaca, su incidencia ha disminuido en los últimos años gracias al reconocimiento y tratamiento más efectivo de las infecciones estreptocócicas, y por el hecho de que la enfermedad se ha vuelto en realidad menos grave. En países en desarrollo la incidencia aún es elevada por las prácticas subestándares de salud, por las condiciones de vida y por el bajo nivel socioeconómico y educativo.

La enfermedad alcanza su mayor incidencia entre los 5 y 15 años de edad dado que el escolar entra en contacto con más fuentes de contagio entre sus compañeros y otros portadores, especialmente a fines de invierno y comienzos de primavera.

Fisiopatología.

Se considera que es un grupo de respuestas corporales a una infección estreptocócica, y aunque la patogenia real se desconoce se considera que la infección o la respuesta a la agresión de la bacteria es quien proporciona el cuadro clínico de la enfermedad.

Cuadro Clínico.

MANIFESTACIONES MAYORES

Carditis
Poliartritis
Corea
Eritema marginado
Nódulos subcutá-
neos

MANIFESTACIONES MENORES

CLÍNICAS

Fiebre reumática o
enfermedad cardíaca
reumática previa
Artralgias
Fiebre

DE LABORATORIO

Reactantes de fase
aguda:
Eritrosedimenta-
ción, proteína C
reactiva, leucoci-
tosis
Intervalo P-R pro-
longado.

Tratamiento.

Los parámetros a considerar en el tratamiento son: 1) supresión del proceso inflamatorio, 2) erradicación de la infección estreptocócica y 3) prevención de la recurrencia a la enfermedad. Los agentes antiinflamatorios como la aspirina y los corticoesteroides, son efectivos en la supresión de las manifestaciones agudas de la enfermedad y la reducción del malestar. Se debe asegurar de administrar la dosis apropiada a tiempo en especial con las comidas y no precedidos por un antiácido ya que interferiría con la absorción efectiva de los antiinflamatorios.

Para la supresión de la infección se administra una serie de terapia penicilínica, o terapia de eritromicina si el niño es sensible a la penicilina, para erradicar la infección estreptocócica.

Pronóstico.

Por lo general es bueno el pronóstico de la FRA. El énfasis en la prevención de las recidivas es de suma importancia, ya que con cada recidiva de infección estreptocócica la probabilidad de necesidad potencial de reemplazo valvular aumenta.³⁴

2.2.4.4. En Abdomen

En las diferentes épocas del año, pero sobre todo cuando hacer calor, el que los niños padezcan enfermedades gastrointestinales es frecuente, estas están entre las primeras causas de morbilidad infantil.

³⁴ Marlow Op. Cit. Pag. 1225-1230

Las enfermedades pueden obstaculizar el funcionamiento normal del aparato digestivo de varias maneras:

- Alteraciones en la motilidad
- Alteraciones funcionales de etiología inflamatoria ulcerativa o malabsortiva y,
- Ostruición del tránsito de alimento, quimo o heces a través del tubo digestivo.

Las alteraciones de la motilidad intestinal ocasionan varios problemas :

Vómito: este suele estar precedido por náuseas o puede ser aislado. Puede ser síntoma de un proceso morboso (infecciones) o una reacción a fármacos o dolor.

El vómito se produce por estimulación del centro del vómito cerebral, consiste en la inversión de los movimientos peristálticos.

Los vómitos abundantes y prolongados alteran la nutrición y producen desequilibrio hidroelectrolítico, deshidratación y alcalosis metabólica por pérdida de potasio, cloruro e hidrogeniones. El vómito produce la contracción de los músculos abdominales.

Flatulencia: en el tubo digestivo se acumulan gases procedentes del aire deglutido, causando gran malestar abdominal, el abdomen se distiende globosamente y tiene sonido timpánico a la percusión.

Estreñimiento: Puede ser consecuencia de una disminución de la motilidad del colon o de una retención de heces en la porción inferior del colon o recto. Dado que el agua se reabsorbe en el colon, cuanto más tiempo permanezcan las heces allí, tanto mayor será la absorción de agua y las heces serán entonces más secas y difíciles de expulsar., el individuo puede referir sensaciones de presión o plenitud rectal y tenesmo al defecar. Las heces endurecidas se pueden palpar en la fosa ilíaca izquierda.

Diarreas: La definición de diarreas se basa en la consistencia de las heces y no en el número de deposiciones diarias. Aparecen fundamentalmente como consecuencia de patologías que aumentan el contenido líquido de las heces o que aceleran el tránsito intestinal. Las consecuencias son deposiciones acuosas.

Las diarreas graves pueden producir pérdidas excesivas de agua, sodio, potasio y bicarbonato, produciéndose deshidratación, hiponatremia, hipopotasemia y ácidos metabólica. La distensión intestinal y las contracciones frecuentes causadas por la hipermotilidad, produce espasmos abdominales aunque no puede haber molestias.

El aumento del peristaltismo puede producir ruidos intestinales agudos a intervalos frecuentes (borboríngos)

Causas más frecuentes de diarrea

* Aumento del contenido acuoso de las heces

Infecciones intestinales

trastornos intestinales

laxantes salinos

antiácidos (Con magnesio)

cafeína

* Aumento de la motilidad
resección gástrica e intestinal
antibióticos.³⁵

Parasitosis Las parasitosis intestinales son particularmente frecuentes en el niño en la primera década de su vida y tienden a originar en esta edad mayores trastornos que en el adulto. Se adquieren a través de la penetración del parásito por vía oral o por la piel, en los casos en que llega por la boca lo hace a través de alimentos o partículas de tierra contaminadas, o por el contacto con animales domésticos o con humanos infectados (ano-dedos-boca). Cuando ingresa por la piel, resulta del contacto de ésta con las larvas que se hallan en el suelo.

Los síntomas que la parasitosis provoca dependen en mucho del grado de infestación y, si ésta es mínima, no es desusual que curse asintomática.³⁶ A continuación se describen algunas de las que más importancia tienen.

PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

ENFERMEDADES	APARECE ENTRE	MANIFESTACIONES
Infección intestinal aguda	1 a 2 días	Diarrea abundante, retortijones vómitos, fiebre.
Amibiasis	15 a 30 días	Diarrea con moco y sangre, y molestia en el recto.
Giardiasis	1 a 15 días	Diarrea, asco y vómito.
Cólera	1 a 5 días	Diarrea repentina, abundante, líquida y blanquecina, vómito y deshidratación rápida.
Disentería	1 a 3 días	Diarrea con moco y sangre, fiebre, puede haber moco y cólicos.
Tifoidea	8 a 20 días	Fiebre, dolor de cabeza, debilidad, más frecuente estreñimiento que diarrea.
Ascaris o lombrices	2 meses	Diarrea, vómito, retortijones, tos.
Oxiuriasis o alfilerillo	4 a 5 semanas	Falta de apetito, insomnio, nerviosismo, comezón y salida de lombrices por el ano.
Tenias o solitaria	2 a 3 meses	Diarrea y estreñimiento alternado, salida de pedazos de lombriz en el excremento, hambre y desnutrición.
Triquinosis	5 a 30 días	Diarrea, hemorragias en los ojos, dolores musculares, debilidad general. Puede dañar el cerebro y provocar ataques o dolor de cabeza.

FUENTE: DGSM Enfermedades Gastrointestinales 1992

³⁵ Long C. Bárbara *Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica*, Pag. 932-934

³⁶ De la Torre Joaquín *Pediatría Accesible*, Pag. 457

Dolor abdominal recurrente Es uno de los síntomas somáticos de la niñez que casi siempre es atribuible a una causa psicógena, aunque también puede ser atribuible de cualquier trastorno psicossomático y orgánico.

El rasgo característico de este trastorno es un dolor abdominal que el niño usualmente localiza en el área periumbilical. Sin embargo, es más probable que a la palpación experimente el dolor en el área epigástrica o los cuadrantes inferiores derecho o izquierdo, y que se acompaña de sensibilidad anormal vaga sin rigidez o defensa muscular. Es irregular en cuanto a su hora de aparición, su duración y su intensidad, y se relaciona con reblandecimiento de las heces o forma esférica de éstas. Otros síntomas acompañantes del dolor abdominal son cefaleas, palidez, mareos y disuria.

El supuesto origen psicógeno de este trastorno se basa en la observación de que los síntomas se agravan durante periodos de tensión o estrés. Los niños con dolor abdominal recurrente dienten a ser muy sensibles, tener una imagen adecuada de sí mismos y sentirse incómodos ante las expresiones de ira de su vida. El tratamiento es difícil. Suele requerir la hospitalización. Los esfuerzos se dirigen a descartar causas orgánicas del dolor.³⁷

Hernias: Se llama hernia a la protusión de una porción intestinal por una abertura normal o anormal en las paredes del abdomen, puede ser congénita o adquirida. La mayor parte de las hernias adquiridas en la niñez proceden de anomalías congénitas. La más frecuentes son las hernias umbilicales e inguinales.

Hernia umbilical: Es la protusión de parte del intestino o del epiplón por el anillo umbilical, lo que produce abultamiento debajo de la piel del ombligo. De andanario, la hernia umbilical no se manifiesta al nacer sino en los primeros meses de la vida, y aumenta de volumen cuando el niño llora o hace esfuerzo, se reduce con facilidad, y prácticamente se desconocen casos de estrangulamiento. Todas las hernias, excepto las más voluminosas, curan espontáneamente hacia el tiempo en que el niño comienza a tener músculos abdominales fuertes, entre los 3 y 4 años de edad. En la vigilancia de la evolución de la hernia tiene más importancia el tamaño de la abertura palpable a nivel del anillo umbilical que el tamaño de la masa real. El defecto que tiene más de 1.5 cm. de diámetro y no se vuelve más pequeño de manera progresiva hacia los tres o cuatro años de edad tendrá pocas probabilidades de cerrar. Las hernias que no cierran pueden ser reparadas por medios quirúrgicos en la parte final de la infancia, aunque siguen siendo motivo de controversias las indicaciones de reparación y la edad óptima de la misma. No tiene utilidad el vendaje tradicional del abdomen.³⁸

Bulimia: Es un trastorno en el cual los pacientes comen en forma excesiva y luego se purgan a través del vómito por estimulación del reflejo náuseoso con los dedos o tomando jarabe de ipecacuana o a través del abuso de laxantes o diuréticos. Su comienzo habitualmente ocurre en la adolescencia tardía o en el inicio de la niñez.

La ingestión excesiva de alimentos consisten en sobrealimentarse con consumo excesivo de calorías, por lo común con alto contenido de hidratos de carbono.

Es característico que la persona afectada sienta una necesidad poderosas e insaciable de comer en exceso e intente evitar el sobrepeso que acompaña a la alimentación excesiva produciendo el vómito o usando laxantes.

³⁷ Whaley Wong *Tratado de Enfermería Pediátrica*, Pag. 402-414

³⁸ Waccler Eugenia *Enfermería Pediátrica*, Pag. 320

2.2.4.5. En Genitourinario

Trastornos de los Organos Genitales Masculinos

En el varón la mayor parte de los órganos genitales son externos y, por tanto, visibles y palpables, lo usual es que se identifiquen en los inicios mismos de la niñez casi todas las anomalías más evidentes, como hipospadias, hidrocele, fimosis y criptorquidia, y que se instituyan medidas correctivas. Los trastornos más frecuentes de los órganos genitales hacia fines de la niñez son:

1. Infecciones, como uretritis.
2. Hematuria
3. Problemas peneales, como el prepucio no susceptible de retracción en varones incircuncisos, el carcinoma y los traumatismos
4. Trastornos del escroto, como el varicocele (alargamiento, dilatación y tortuosidad de las venas situadas por arriba del testículo, y,
5. Torsión testicular (padecimientos en el que un testículo pende independientemente de sus estructuras vasculares, lo que puede dar por resultado la oclusión venosa parcial o completa rotación) los tumores testiculares no son comunes, pero en caso de manifestaciones en la adolescencia por lo general, son malignos y requieren evaluación inmediata.

Hipospadias Hace referencia a un padecimiento en el que el orificio uretral se localiza en la cara ventral del glande del pene o de cualquier punto de la misma cara del tallo peneal. En casos muy leves, el meato urinario simplemente es excéntrico respecto de la punta del pene, mientras que en otros más graves se localiza en el perineo, entre las dos mitades del escroto. En encordamiento o corda venérea, que es la curvatura anormal del pene en sentido ventral, resulta de la sustitución de la piel normal por una baranda o tejido fibroso, lo que causa la constricción del órgano masculino. Además, usual que éste ausente el prepucio en la cara ventral, y cuando esto se combina con el encordamiento, el aspecto del órgano es de tener una capucha y estar encorvado. Este aspecto anormal quizá haga que surjan dudas en cuanto al género al momento del nacimiento. Debido a su posición perineal, el meato urinario puede confundirse con la uretra femenina, y en casos de que el haya testículos no descendidos, quizá el pene pequeño parezca un clitoris agrandado.

Epispadias La uretra se localiza en la cara dorsal del pene en esta anomalía congénita. Al igual que en el hipospadias la gravedad del defecto es variable. En los casos más leves, el meato urinario se localiza por delante del glande mientras en los más graves el epispadias se extiende hasta incluir la extrofia de la vejiga. El tratamiento es quirúrgico, por lo general con operaciones.

Fimosis La fimosis es el angostamiento anormal o estenosis de la abertura del prepucio en varones incircuncisos, de modo que no se puede retraer el prepucio hacia la parte proximal del glande del pene. En la mayoría de los varones normales hay cierto grado de adherencia del prepucio, que no se retrae de manera completa sino hasta los tres años de edad. En unos cuantos casos el angostamiento obstruye el flujo de orina, lo que da por resultado la necesidad de esforzarse para la micción y el goteo, de orina en vez del flujo constante durante la micción.

La fimosis puede ser una anomalía congénita o lo que es más común, resultar de higiene deficiente. En el segundo de tales casos se acumula el esmegma entre el prepucio y el glande, ocurren infecciones y se forman adherencias, lo que impide la retracción fácil del prepucio.

Criptorquidia (o testículo (s) no descendido (s)). Consiste en el hecho de que uno o ambos testículos no descendan hasta el escroto, y son dos las variantes de este trastorno. En casos de

testículos no descendidos verdaderos, estos órganos nunca descienden al escroto, sino que se sitúan en algún punto de la vía de su descenso, por arriba del anillo inguinal. En los casos de testículos ectópicos, estos órganos han descendido más allá del conducto inguinal a través de los anillos externos, pero quedan fijos en una posición más proximal, del escroto. Los testículos descienden normalmente durante los meses séptimo y noveno de gestación, de modo que este trastorno es común en prematuros. Es frecuente que el defecto se acompañe de hidrocele congénito o hernias inguinales y se desconoce su causa.

Hernia inguinal La hernia inguinal es la protusión de las vísceras o tejidos abdominales a través de una zona de debilidad o de una abertura anormal de la pared de la región inguinal hacia un saco peritoneal. Existen tres tipos de hernia inguinal:

*Indirecta. Se produce a través del anillo inguinal profundo hacia el proceso vaginal permeable, siguiendo el canal inguinal. Puede extenderse hasta el escroto. En pediatría el 99% de las hernias inguinales son indirectas, por esta razón.

*Directa: La protusión ocurre a través de la pared posterior del canal inguinal medial a las vísceras epigástricas profundas inferiores. Constituye aproximadamente el 0.5 a 0.8% de las hernias inguinales en los niños.

*Femoral o crural. Protuye por debajo del ligamento inguinal y medial de los vasos femorales. Es extremadamente rara en edades pediátricas, ya que ocurre sólo en 0.4 a 0.2% de los casos.

El saco herniario está presente al nacimiento, pero no suele ser evidente sino hasta que la presión intrabdominal es suficiente para abrir el saco, por lo común hacia los dos o tres meses de edad. El conducto inguinal es corto, de modo que las hernias ocurren en una fase relativamente temprana. La hernia inguinal es mucho más frecuente en varones (90% de los casos).

Hidrocele Consiste en la presencia de líquido en el proceso vaginal que persiste después del nacimiento, y es resultado de las mismas anomalías del desarrollo que la hernia inguinal. El término hidrocele no comunicante hace referencia al defecto en el que se ha obliterado el segmento superior del proceso vaginal, o la túnica vaginal todavía contiene líquido peritoneal. Este tipo de hidrocele es común en neonatos y con frecuencia cede espontáneamente en la medida en que se absorbe gradualmente en líquido.

Un hidrocele comunicante es aquel en el que permanece abierto el proceso vaginal y al que pasa el líquido peritoneal de manera forzada por la presión intraabdominal y la fuerza de gravedad. La magnitud del hidrocele depende de la propia del proceso vaginal, y suele abarcar la túnica vaginal en el interior del escroto. El hidrocele es asintomático, excepto por una protuberancia de la hernia, el hidrocele no se puede reducir y no resulta de aumentos súbitos en la presión intraabdominal, como ocurre al pujar.

Extrofia de la vejiga Es un defecto congénito evidente y grave que afecta a tres hombres por cada mujer.

No se relaciona con tendencias familiares y pocas veces ocurre en dos o más hermanos.

En varones, el defecto suele acompañarse de otros trastornos como criptorquidia, cortedad anormal del pene (Microfalo) epispadias o hernia inguinal. Desde el punto de vista sexual, la desventaja en varones suele ser grave, ya que el pene sobresale inadecuadamente.

La separación de los huesos del pubis causa dificultades de la ambulación, como sería la marcha de ánade.

Uropatía obstructiva Las anomalías estructurales o funcionales del aparato urinario que obstaculizan el flujo normal de la orina pueden producir nefropatías. En casos de haber tal obstrucción, el sistema colector proximal respecto de la obstrucción, provoca hidronefrosis (acumulación de orina en la pelvis renal hasta el grado de que ocurre la formación de quistes como resultado de la dilatación lo que a la larga destruye el parénquima renal por presión. La obstrucción puede ser unilateral o bilateral y completa o incompleta además de ocurrir en cualquier parte de las vías urinarias superiores o inferiores.

La orina acumulada constituye un medio para la reproducción bacteriana, por lo que las infecciones de vías urinarias incrementan todavía más la gravedad de las lesiones renales.

Enuresis Trastorno común y problemático al que no es fácil distinguir en virtud de la edad variable en que los niños logran el control de esfínter vesical. En sentido amplio, se le podría definir como la micción involuntaria y repetitiva (usualmente nocturna) en niños más allá de la edad en que normalmente han adquirido el control voluntario de la vejiga.

Es necesario descartar las causas orgánicas que pueden guardar relación con la enuresis antes de considerar factores psicógenos. Entre aquellos se incluirán los trastornos estructurales y las infecciones del aparato urinario, déficit neurológico importantes y epilepsia nocturna, trastornos como la diabetes sacarina y la insípida, que incrementan el gasto urinario normal, y otros como la insuficiencia renal crónica o la anemia deprimocítica, que reducen la capacidad de concentración de la orina por los riñones. En otros, casos, la enuresis depende de factores emocionales, aunque se duda de que éstos sean los factores causales.

El mojar la cama es en la mayoría de los niños con enuresis nocturna, un problema importante de la maduración que suele interrumpir entre los 6 y 8 años de edad, aunque a veces continúa hasta la adolescencia. El síntoma predominante es una necesidad de orina, urgentemente que se acompaña de una molestia aguda, inquietud y a veces micción frecuente.³⁹

Varicocele El varicocele es una masa de venas varicosas en el escroto, por lo general parte del cordón espermático.

Manifestaciones clínicas:

- El varicocele puede causar infertilidad, es posible que suprima la espermatogénesis por cambios vasculares y de la temperatura, o más probablemente por reflujo de los corticoesteroides suprarrenales izquierdos o ambos testículos por intercomunicación de sus circulaciones venosas.
- La principal molestia puede ser una sensación de pesantez en el escroto.
- El varicocele derecho puede indicar tumor retroperitoneal.

La evaluación diagnóstica se lleva a cabo por medio de masa intracrotal (con el paciente en posición erecta) que desaparece poco después que éste se acuesta.⁴⁰

Escroto agudo Inflamación aguda del escroto, se caracteriza por cambios de coloración, edema y dolor. Puede ser secundario a torsión testicular, torsión de apéndices testiculares o procesos infecciosos del epidídimo y del testículo. El dolor escrotal agudo o el edema de mismo debe considerarse como torsión testicular hasta no demostrar lo contrario, desafortunadamente, esta patología no se diagnostica a tiempo o se diagnostica mal lo cual lleva invariablemente a la pérdida del testículo debido a la afección vascular de su pedículo.⁴¹

³⁹ Whaley Wong Op. Cit. Pag. 772-776

⁴⁰ Bruner *Manual de Enfermería*. Pag. 629

⁴¹ INP *Pediatría Médica*. Pag. 516.517

Infecciones del Tracto Urinario

Se denomina infección urinaria a la serie de alteraciones derivadas de la invasión y multiplicación de agentes patógenos (bacteria, virus y hongos) en el árbol urinario o el parénquima renal. El término lo describe en si un grupo de manifestaciones que tiene como característica común la presencia de un número significativo de gérmenes en la orina.

Cuando los síntomas indican localización vesical, como disuria, polaquiuria, nicturia y tenesmo vesical se clasifica la infección urinaria como cistitis. En cambio, cuando la sintomatología denota localización en las vías urinarias altas y en el riñón como fiebre y dolores en los flancos y la región lumbar se califica a la infección como pielonefritis⁴²

1 a 2 % de los niños en edad escolar las padecen comprobadas por bacteriuria significativa. Estas infecciones pueden acompañarse o no de síntomas clínicos, micción frecuente y urgente, disuria, goteo urinario, enuresis nocturna, enuresis diurna y fetidez de la orina. No son raros signos y síntomas como fiebre, irritabilidad, dolor abdominal, anorexia, vómito, inflamación de los órganos genitales externos y hematuria observada.

Es causada por la presencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias con signos y síntomas. La infección puede predominar en la vejiga (cistitis), la uretra (uretritis), la próstatas (prostatitis) o el riñón (pielonefritis)

Factores Predisponentes:

-Estasis urinaria y obstrucción (estenosis uretral, cálculos, tumor) el flujo lento de orina hace más sensible al riñón a infecciones bacterianas.

-Presión intralumbar creciente o vejiga sobredistendida.

-Reflujo:

Uretrovesical: flujo retrógrado de la orina, de la uretra o la vejiga.

Reflujo vesicouretral (reflujo ureterovesical), flujo retrógrado de orina de la vejiga a uno o ambos uréteres.

Ensuciamiento fecal del meato uretral.

Instrumentación, sondeo, cistoscopia.

Trastornos metabólicos (diabetes sacarina), enfermedades de los vasos sanguíneos (arteriosclerosis), que pueden disminuir el riesgo de los órganos de las vías urinarias.

Anormalidades neurológicas.

Enfermedades renales: aumentan la sensibilidad renal a las infecciones.

Las infecciones de las vías urinarias son las que ocurren dentro del sistema urinario.

Pueden afectar las vías urinarias bajas (uretra, vejiga, porción baja de los uréteres), las altas (porción alta de los uréteres o riñones), o ambas.

Etiología:

1. Microbios causales: E. Coli (más frecuente).

2. Vía de penetración:

Ascendente a partir de la uretra (más frecuente)

Sangre circulante

Causas que contribuyen: Obstrucción, por lo regular congénita., Reflujo vesiculouretral, infecciones en algunas otras partes del cuerpo (vías respiratorias superiores, gastrointestinales[diarrea), mala higiene perineal.

⁴² Celtrato-Ferrero Op. Cit. Pág. 529

sondeo e instrumentación, introducción de un irritante a la vejiga, defecto inherente en la capacidad de la mucosa vesical para protegerse de invasiones microbianas.

Incidencia: Es una enfermedad renal más común en niños.

Es casi 10 veces más frecuente en mujeres que en varones.

Alteración de la Fisiología

- Hay cambios inflamatorios en las vías urinarias
- Puede haber grumos de bacterias
- La inflamación causa retención urinaria y estasis de orina en la vejiga. Puede haber flujo retrógrado hacia los riñones por los uréteres. Hay alteraciones inflamatorias en la pelvis renal y en todo el riñón, cuando se afecta este órgano.

En infecciones crónicas hay cicatrización del parénquima renal que obstaculiza su función, en particular la capacidad de concentración de la orina.

Manifestaciones Clínicas:

Puede ser repentino a gradual

Puede ser asintomático

Signos y síntomas

- Fiebre
- Anorexia y malestar general
- Poliaquiuria, micción imperiosa, disuria, goteo
- Enuresis diurna o nocturna
- Mal olor o cambio en el aspecto de la orina
- Dolor abdominal o suprapúbico
- Hipersensibilidad sobre uno o ambos riñones.
- Irritabilidad
- Vómito
- Falta de desarrollo en la lactancia

2.2.4.6. En Extremidades

Las anomalías ortopédicas menores y variantes de desarrollo son problemas comunes para tratamiento en el cuidado pediátrico ambulatorio. Aunque el diagnóstico y tratamiento definitivo de los problemas ortopédicos es competencia del ortopedista, la detección temprana de estas alteraciones es responsabilidad de la enfermera.

Genu Valgun (choque de rodillas) Desviación del eje de los muslos y las pantorrillas de más de 10° a 15°. Los choques de rodillas "fisiológicos" se consideran como familiares, del desarrollo, y se asocian con pies en pronación, relajación de ligamentos y exceso de peso. El genu valgum es grave (30cm o más entre los maleolos con contacto de los cándilos femorales) puede atribuirse a raquitismo o lesión epifisaria. Los choques de rodillas se consideran normales de las edades de 2 a

6 años, mientras que genu valgum fisiológico se corrige espontáneamente y sólo hay sobrecompensación.

El tratamiento se dirige a la pronación con cuñas interiores en los talones, apoyos para los arcos, y a reducción de peso.

Genu Varum (piernas arqueadas). Se debe a desviación del eje de los muslos y pantorrillas. Se definen las piernas arqueadas como:

1. Piernas arqueadas “fisiológicas”. Se presenta a menudo esta afección con torsión tibial interna y genu valgum normal. Es congénita, familiar o de origen postural. Es común y se la considera normal hasta las edades de 2 ó 3 años, produciéndose la corrección espontánea con el crecimiento.
2. Piernas arqueadas “patológicas”. Esta afección es rara y puede deberse a raquitismo, lesión a las epífisis, acandropiasis, enfermedad de Morquio o enfermedad de Blount.

Torsión tibial interna. Suele ir acompañado de metatarsus adductus y puede presentarse como resultado de:

1. Torsión de la tibia debido a yacer en “posición de comodidad” in útero, con tendones relajados. Puede continuar con una posición asimétrica deformada durante unas pocas semanas después del parto.
2. Fuerzas externas aplicadas a la tibia, tales como dormir o sentarse en posición con las nalgas arriba y los pies doblados hacia adentro. Si cesan de actuar estas fuerzas hay una tendencia natural a mejorar la afección. Si el niño continúa con estos hábitos posturales puede persistir la deformidad.

Lordosis. Es una curva cóncava exagerada en la región lumbar de la columna vertebral. Representa una lesión del desarrollo. La lordosis grave puede causar claudicación y dolor. La lordosis lumbar es causada en gran medida por la falta de extensión y elongación de los flexores de la cadera. Normalmente los niños con abdomen protuberante tienen un ligero grado de lordosis lumbar.

Escoliosis Curvatura lateral en forma de S de la columna vertebral con rotación de los cuerpos vertebrales. Hay dos clasificaciones básicas:

1. Escoliosis estructural. Esto significa una curva que es menos flexible y que no suele ser corregida completamente o casi completamente por cambios posturales. La escoliosis estructural comprende:

* Escoliosis congénita. Estas curvas comprenden hemivértebras, falta de formación de vértebras, falta de segmentación y costillas supernumerarias. Frecuentemente estas curvas tienen un mal pronóstico.

* Escoliosis paralítica. Asociada principalmente con poliomielitis, se ve ahora con otros trastornos neuromusculares. Este tipo tiende a empeorar después de la madurez ósea.

* Escoliosis idiopática. Es la variedad más común. Tiene una alta historia familiar. Anteriormente, se creyó que era una enfermedad de la adolescencia, y ahora se encuentra también al nivel de 4 a 9 años de edad.

2. Escoliosis funcional o no estructural no supone cambio estructural específico. Puede deberse a acortamiento de una pierna como resultado de una fractura antigua; crecimiento asimétrico de las piernas; fracturas por flexión de la cadera, la rodilla, el tobillo o el pie; postura incorrecta; o dolor.

Dedos Cabalgantes. En el niño mayor puede producirse como resultado de zapatos mal ajustados. Puede corregirse colocando una férula en el dedo cabalgante a un dedo adjunto.

Pronación. Es un trastorno postural común evidenciado por posición aplanada o deprimida del arco longitudinal. Se presenta como “andar sobre el lado interior del pie” y suele ser familiar. Puede verse pronación en el niño normal de 3 años y en niños excedidos de peso.

El tratamiento consiste en zapatos altos con una suela dura y una cuña interna en el talón con un arco longitudinal. Si se asocia con cordón tirante del talón puede ser necesario el ejercicio.

Andar con las puntas de los pies hacia adentro puede deberse a:

1. Metatarsus adductus. Si no se encuentra antes, se presenta cuando el niño comienza a caminar.
2. Torsión tibial interna.
3. Aumento de la anteversión femoral. Se presenta como caminar con las puntas de los pies hacia adentro y con aspecto de piernas arqueadas a la edad de 3 ó 4 años, y se debe a deformidades rotatorias de la cadera. Estos niños pueden tener hasta 90° de rotación interna de las caderas en extensión y rotación externa muy restringida. La rotación interna normal en el nacimiento es 38° a 6°; para adultos es de 19° a 20°.

Xifosis. Es una convexa exagerada en la región torácica de la columna vertebral. Representa una lesión del desarrollo y puede causar dorsalgia y dolor. Puede ser secundaria a deformidad congénita tal como escoliosis, tumor, traumatismo, infección.⁴³

Pie plano. Conocido también como talón prono, talón valgus, pie plano hipermóvil y pes planus, es provocado por una relajación de las estructuras de soporte del arco longitudinal, en la parte media del pie. Los pies de todos los lactantes tienen aspecto plano, pero la mayoría cambiará de apariencia uno o dos años después. Sin embargo cuando comienzan a caminar, muchos tienen eversion de los talones o pies con pronación, debido a los ligamentos laxos. En general esto es asintomático y resulta más preocupante para los padres, por el temor de una incapacidad subsecuente, que para el niño. Es común que algún otro miembro de la familia tenga el problema y podrá demostrarse la presencia de ligamentos laxos en articulaciones. Esta tendencia a ligamentos laxos es hereditaria, por lo cual no resulta sorprendente que el pie plano sea característico de ciertas familias.

Por lo general el pie plano no produce síntomas, y no hay tratamiento de eficacia reconocida. Se emplean dispositivos diversos, como cuñas para la parte media del talón (tacón de Tomas), diversos tipos de soportes para el arco y las plantillas para los zapatos. Sin embargo, no se ha diseñado un método eficaz para reforzar los ligamentos laxos que provocan el problema.

El tipo de pie plano hipermóvil común, debe distinguirse del pie plano rígido, el cual presenta una anomalía ósea y pérdida del movimiento en la parte posterior del pie, en contraste con el movimiento excesivo que se observa en el pie hipermóvil.⁴⁴

Pie plano flácido: tiene un arco longitudinal adecuado, que desaparece cuando el pie soporta peso y usualmente aparece de nuevo cuando el paciente se para en las puntas de los pies. Este trastorno resulta de flaccidez ligamentosa, suele ser congénito y frecuentemente surge en personas de edad madura que están paradas durante períodos largos por virtud de su trabajo, o en los que aumentan excesivamente de peso, hacen poco ejercicio o han estado en reposo total durante mucho tiempo. No siempre es sintomático o está indicado su tratamiento.

Pie plano rígido: es el que está en pronación y con arco aplanado e inflexible, y se trata de un trastorno que conlleva contractura de tejidos blandos, lesión articular, luxación o fractura no

⁴³ Chow et al. Op. Cit. Pag. 691-695

⁴⁴ Waechter et al. Op. Cit. Pag. 992-997

reducidas, o anquilosis ósea; a veces resulta de contractura fibrosa de los músculos peroneos. Suelen requerirse radiografías para establecer el diagnóstico diferencial.

La corrección de este padecimiento requiere el uso de un conjunto de aparatos de yeso que modifiquen la convexidad del arco y lleven el escafoides a su posición normal. La intervención quirúrgica con frecuencia es necesaria para este objetivo pero, los resultados por lo general son desalentadores y se requiere una artrodesis quirúrgica más adelante, si surge dolor en el pie.⁴⁵

Fracturas y luxaciones. De todos los traumatismos en el niño, de 10 a 15% afectan de una u otra forma al esqueleto. El manejo de las lesiones óseas en el niño tiene características especiales por tener particularidades anatómicas, fisiológicas y biomecánicas que lo diferencian del adulto.

Fractura. Es la pérdida de la continuidad del tejido óseo a consecuencia de una fuerza que actúa sobre él y vence su resistencia.

Luxación. Es la pérdida de la relación normal entre dos o más huesos que integran una articulación

Tipos de fracturas

Con trazo transversal, oblicuo, espiroidal, en alas de mariposa, etc. Algunas son características del hueso del niño, como las fracturas en rama verde, en las que una corteza se fractura y la opuesta se dobla sobre sí misma hasta 90 grados sin llegarse a romper, por la elasticidad del hueso.

Las fracturas en botón se pueden considerar una variedad de fractura en rama verde. Las espiroidales se producen por torsión en un hueso largo, tienen una gran superficie del trazo de fractura y generalmente el periostio limita el desplazamiento.

Las fracturas epifisarias del niño tienen particular importancia por la lesión que se produce en la fisis y el posible daño a la zona germinativa. Se les ha clasificado de muy diversas formas para su mayor comprensión: la clasificación más conocida y aceptada es la de los doctores Salter y Harnas, quienes la dividieron en cinco tipos, de acuerdo al trazo de fractura, el mecanismo de producción, el pronóstico y el tratamiento.

Las luxaciones más frecuentes de los niños se producen en el codo y la cadera y revisten una verdadera urgencia del tratamiento por la posibilidad de que se presente necrosis postraumática de la cabeza femoral en el caso de la cadera.

En las luxaciones metacarpofalángicas e interfalángicas es importante ver que no haya lesión epifisaria; en particular en la luxación metacarpofalángica del dedo pulgar debe pensarse en su irreductibilidad manual y la necesidad de la cirugía.

Síntomas y signos: En las fracturas se presentan tres datos clínicos sugestivos el dolor, la incapacidad funcional y la deformidad; los otros dos signos son patognomónicos de fractura, la movilidad anormal y la crepitación ósea, pero estos no se presentan en las fracturas en rama verde ni en las impactadas, y además falta la crepitación ósea si hay tejidos blandos interpuestos en el foco de fractura. Los síntomas de las luxaciones son los mismos, excepto la crepitación ósea: aquí predomina la deformidad en el sitio de la lesión y el dolor suele ser más intenso: la articulación está inmóvil.

El síndrome compartamental está dominado por el dolor intenso, implacable, constante, no se modifica con la inmovilización del miembro y aumenta con la extensión pasiva de los dedos. No guarda relación con las características de la fractura. También hay palidez de tegumentos o cianosis, parestesias e ingurgitación de los dedos, con llenado del lecho ungueal retardado.⁴⁶

⁴⁵ Cailliet *Síndromes Dolorosos, Tobillo y Pie* Pag. 94

⁴⁶ Martínez y Martínez Op. Cit. Pag. 1107-1110

Traumatismos craneoencefálicos. Son lesiones del cráneo y de su contenido, causadas por el contacto violento de un agente físico contra la cabeza, o por choque de la misma contra una superficie más o menos dura, lo cual puede provocar una lesión orgánica del cráneo y/o de su contenido, que en forma directa o por sus complicaciones puede llegar a producir la muerte, o dejar como secuelas grados variables de invalidez permanente.

Síntomas y signos: cuando el agente traumático se pone en contacto con la cabeza y provoca el TCE, se inician una serie de eventos que van a determinar la extensión final de la lesión, su severidad y sus secuelas.

La hipoxia, la cual se debe al periodo de apnea que sigue inmediatamente al golpe de la cabeza, periodo cuya duración es directamente proporcional a la intensidad del traumatismo. Además de la hipoxia provocada por este periodo de apnea se puede agregar la causada por una ventilación deficiente por obstrucción de las vías respiratorias por lesiones en cabeza, cuello y tórax, además de la que puede ser secundaria al edema en pacientes con TCE e hipertensión intracraneal agregada.

La isquemia puede ser secundaria a hipertensión arterial por hemorragia sistémica o choque.

En los niños se puede presentar en forma característica después de un TCE cerrado (sin fractura expuesta), una congestión vascular que se considera secundaria a vaso parálisis, con hiperemia y congestión, lo que provoca un incremento importante del volumen del parénquima cerebral.

Pueden agregarse alteraciones metabólicas: hiponatremia, hipoglucemia, acidosis, etc., u otras como edema pulmonar neurogénico, que son capaces de provocar un daño ulterior en un cerebro ya lesionado físicamente por el trauma.⁴⁷

Contusión Lesión en la superficie cutánea que ocasiona tumefacción de los tejidos blandos. Por lo general, la piel que recubre el sitio de la lesión, suele estar intacta. La rotura de los capilares y de los vasos sanguíneos pequeños dentro del sitio contundido, provocan el hematoma que acompaña a la lesión.

Abrasión Lesión causada por el frotamiento o la raspadura de las capas superficiales de la piel, es relativamente frecuente en los traumatismos en los que la piel se desliza en contacto directo a lo largo del pavimento, tierra o asfalto. Gran parte de las abrasiones sólo afectan la superficie de la piel y ocasionan una hemorragia mínima.⁴⁸

Hipotonía Tensión o toxicidad disminuida, especialmente de los músculos, tensión intraocular menor: hipotensión.

2.2.4.7. Y Otros

Trisomía 21 Síndrome de Down (mongolismo)

Se caracteriza por retraso mental grave, anomalías en las huellas de las palmas de las manos y rasgos faciales característicos. Los pacientes con este síndrome viven en término medio hasta los 16 años, algunos llegan hasta la edad adulta, pero muy raramente producen prole. La

⁴⁷ Ibid. Pag. 1072-1074

⁴⁸ Rund, Op. Cit. Pag. 314,315

mayoría de los casos de síndrome de Down se deben a la presencia de 47 cromosomas, con el cromosoma 21 repetido tres veces en vez de dos. Sin embargo, una pequeña parte de los casos tiene los 46 cromosomas. Estos individuos realmente llevan tres copias del cromosoma 21, pero una de ellas está fusionada con otro cromosoma (el brazo largo del cromosoma 14). La fusión de los cromosomas 14 y 21 se hereda de uno de los padres, que tiene solamente 45 cromosomas y es un portador: el progenitor no sufre la condición, pero pasa el cromosoma fusionado 14-21 algunos de sus hijos.

La trisomía resulta de la unión de un gameto normal con uno que tiene dos cromosomas homólogos como resultado de una no disyunción en la meiosis. El aumento de la incidencia del síndrome de Down en los hijos de mujeres mayores se debe, presumiblemente, a un aumento en la frecuencia de no disyunción en la meiosis.⁴⁹

Enfermedades Infectocontagiosas

Las enfermedades infectocontagiosas son aquellas producidas por microorganismos como virus y bacterias. si un enfermo tiene contacto con otra persona no infectada puede transmitirle la enfermedad, propagándose está rápidamente.

Durante la infancia el riesgo de adquirir estas enfermedades es mayor, ya que el organismo no cuenta con las defensas necesarias que protejan y eviten el contagio, suelen afectar el estado general del niño e influir negativamente en la realización de sus actividades de la vida diaria.

Las enfermedades infectocontagiosas que se presentan más frecuentemente durante la infancia son: sarampión, rubéola, varicela, parotiditis y hepatitis, .

Todas estas resultan de una secuencia de eventos. Estos episodios comprenden: el agente causal, el reservorio, una puerta de entrada y el huésped susceptible. El agente causal o patógeno, puede ser una bacteria o un virus, un hongo, etc., el reservorio es el lugar donde subsiste el agente causal y puede ser un humano o animal, tierra, agua, soluciones de infusión intravenosa o aparatos. los reservorios humanos pueden ser individuos con una infección aguda clínicamente aparente o individuos portadores asintomáticos; Los portadores pueden estar incubando el agente, y por lo tanto en una etapa previa al inicio de los signos y síntomas de a enfermedad, padecer una infección inaparente, cursar una etapa convaleciente o ser portadores crónicos del agente infecciosos.

El agente debe tener una vía de eliminación desde el reservorio, si el reservorio es el hombre, la vía puede ser: el árbol respiratorio, tubo digestivo, las vías genitourinarias, la piel o mucosas, la sangre o trasplacentaria.

Una vez que el agente ha abandonado el reservorio necesita un mecanismo de transmisión hasta el huésped. Existen cuatro mecanismos de transmisión, contacto directo por vía aérea, vehículo o vector debe penetrar en él. Las puertas de entrada son análogas a las vías de eliminación desde el reservorio humano, y comprenden, el árbol respiratorio, el tubo digestivo, las vías genitourinarias la piel y mucosas, la sangre, la vía trasplacentaria.

La etapa final del proceso luego de la inoculación del huésped es la maduración y multiplicación del agente infeccioso..

Se debe conocer el componente de cada mecanismo para valorar correctamente los riesgos reales o potenciales de infección. En estas condiciones las acciones de enfermería pueden contribuir a minimizar o eliminar lates riesgos.⁵⁰

⁴⁹ Ayala y Kiger *Genética Moderna*, Pag. 587

⁵⁰ DGSM Fomento a la Salud México 1994 Pag. 1-4

Diabetes Insípida

El principal trastorno del lóbulo posterior de la hipófisis es la hiposecreción de la hormona antidiurética que produce un trastorno conocido como la diabetes insípida. La variante primaria de este trastorno puede ser resultado de una deficiencia hereditaria o idiopática de la vasopresina. La diabetes insípida secundaria es el resultado de lesiones del lóbulo posterior de la hipófisis, usualmente a raíz de traumatismos o neoplasias céfalicas (crancofaringomas).

La diabetes insípida nefrótica (diabetes insípida no sensible a la vasopresina) es una enfermedad hereditaria poco frecuente debida a la falta de respuesta de los túbulos renales a la vasopresina, y no a hiposecreción hipofisaria de la hormona antidiurética.

Los signos cardinales de la diabetes insípida son poliuria y polidipsia, en niños mayores la micción excesiva acompañada por sed insaciable de carácter compensatorio suele ser tan intensa que el niño parece no hacer otra cosa que ir al sanitario y beber líquidos, es frecuente que la enuresis sea el signo de trastorno.

Diabetes Sacarina

Trastorno que afecta principalmente el metabolismo de los carbohidratos y se caracteriza por la deficiencia de insulina o disminución en la eficacia de esta hormona. En su ausencia el cuerpo - con excepción de unas cuantas células muy especializadas - no puede metabolizar de manera adecuada los carbohidratos. Esta forma de diabetes es la endocrinopatía más frecuente en niño.

Diabetes tipo I: antes llamada "diabetes juvenil" se caracteriza por catabolismo y cetosis en ausencia de tratamiento sustitutivo de insulina. Es característico que se inicie en la niñez y la adolescencia guarda relación específica con la herencia de antígenos de histocompatibilidad y autoinmunidad específica de órganos.⁵¹

2.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

2.3.1. Desarrollo de la Personalidad

El desarrollo psicológico del ser humano es un proceso que toma lugar a través de varios fenómenos que ocurren a diferentes niveles, afecta en cadena y es afectado por cada fenómeno no producido. El estudio del desarrollo se puede emprender mediante la observación de alguno de los diferentes niveles en que ocurren estos fenómenos tales como: el desarrollo de las relaciones interpersonales, el de las funciones intelectuales, de las sexuales, etc. de lo que resultara siempre una visión parcial y unidimensional. Pero si es abordado a través del concepto de líneas de desarrollo podremos comprenderlo en su totalidad.

Nunca han dejado de reconocer los observadores del desarrollo humano la enorme significación de las dimensiones físicas y psicológicas de la pubertad. Dado que la maduración sexual es de gran importancia en esta etapa del crecimiento, la cual esta relacionada directa y casualmente con las transformaciones de la personalidad en la pubertad. Sin embargo, no ha sido posible entender a la pubertad en sus aspectos psicológicos hasta que se sistematizo y exploro la psicología de la niñez temprana. Las aclaraciones sobre la niñez temprana

⁵¹ Whaley Wong Op. Cit. Pag. 337

unían genéticamente a la adolescencia con los periodos más tempranos de la vida, así la pubertad estaba establecida como una continuidad del desarrollo psicológico.

Durante el periodo de crecimiento - comprendido las dos primeras décadas de la vida hay una diferenciación e integración progresiva de la personalidad. Los procesos de diferenciación son llevados a cabo por los estímulos de maduración que actúan simultáneamente de adentro y de afuera en forma suplementaria y complementaria, y se integran de acuerdo con el tiempo de maduración del cuerpo y del aparato psíquico.

DESARROLLO PSICOSOCIAL Y EMOCIONAL DEL ESCOLAR

Las etapas que los niños atraviesan antes de los 6 años son probablemente las más importantes para el desarrollo saludable de la personalidad. Los niños que no han logrado el nivel esperado en cada etapa es probable que permanezcan discapacitados a menos que se les preste ayuda.

A la edad de 6 años los niños deben haber aprendido a confiar en los otros y haber desarrollado sentido de autonomía, habiendo desarrollado también el sentido de iniciativa sus actividades deben ser controladas en cierto grado por la conciencia.

Sentido de Industria: Este ha sido identificado por Erikson como la etapa del desarrollo a lograr entre los 6 y 12 años de edad. Durante esto los niños desean participar en tareas en el mundo real. El dominio de las interacciones sociales facilita el desarrollo del sentido de industria y un sentido de competencia. El logro de habilidades concretas aumenta la capacidad del niño para convencer a otros incluso a sus propios compañeros; y si es aceptado por estos el sentimiento resultante de poder y controlar logran el afianzamiento del yo.

Un sentimiento de inferioridad puede ser el resultado del fracaso del niño en sus intentos de separarse fisiológicamente de su cuidador primario, cuando se le exige lograr objetivos demasiado elevados. Los niños que carecen de autoestima tienen una mala base para el dominio de las tareas de la adolescencia y adultez.

El tipo de escuela a la que un niño asiste es importante para el desarrollo del sentido de industria y de logros futuros, así como la experiencia escolar tendrá una influencia positiva (o negativa) sobre el desarrollo de la personalidad.

El niño que fracasa en la escuela desarrolla una autoimagen negativa, si además es incapaz de hacer amigos con un grupo de compañeros puede sentirse aislado y rechazado por los demás. Si el niño acepta positivamente el sentido de inferioridad abandonará la escuela tan pronto como lo sea posible y fuera de esta buscará un trabajo en un intento por adquirir sentido de responsabilidad, y si fracasa en el trabajo es posible que se vuelva a la delincuencia para ganar el prestigio y reconocimiento de sus compañeros que le estaba faltando en la escuela y el trabajo.

Si la delincuencia es extrema también logran la atención de los adultos que no podrían atraer por medios legítimos.

La importancia de adoptar la experiencia escolar a las necesidades del niño en crecimiento es evidente, ya que durante esta etapa el niño debe desarrollar actividades saludables hacia sí mismo como persona y aprende el papel social masculino o femenino apropiado. Al aprender como progresar con sus compañeros de edad, el niño es capaz de actuar de acuerdo a sus valores y conciencia.

Se logra independencia en el autocuidado.

Relaciones con Amigos: Desde el punto de vista psicológico en la medida que el niño se va alejando del hogar, los amigos se vuelven cada vez más importantes. Inicia la vida social aprendiendo a tomar su lugar como miembro de un grupo, cada sexo tiende a desarrollar su propio lenguaje,

actividades y conductas, y al realizar estos ajustes los niños tienden a evitar la compañía del sexo opuesto, aprendiendo a cooperar y competir entre sí en sus actividades específicas de acuerdo a cada sexo.

Los niños escolares pueden ser extremadamente crueles entre sí, desean controlar o sentirse capaces de controlar a otra persona, excluyendo a algunos niños del grupo de amigos y verdaderamente los hacen sentir incómodos.

La imagen corporal del escolar sufre cambios constantes debido a que ellos están cambiando física, emocional y socialmente.

Hacia los 7 años, pueden identificar la parte faltante de un cuerpo en un dibujo incompleto. El pudor aparece alrededor de los 9 años y a los 10 comienza la investigación de sus propios órganos sexuales. En este momento se vuelve más importante el grupo de amigos cuando los niños "investigan entre sí".

Como los escolares han aprendido que sus padres no son omnipotentes, que cometen errores y a veces tienen miedo, tienden a confiar no en los padres sino en los amigos. Este grupo puede ser simplemente un grupo de amigos o puede ser una sociedad secreta o una pandilla antisocial dependiendo de las necesidades de los niños que lo forman, los miembros discuten los problemas que enfrentan y sus teorías sobre la vida, la muerte y cuestiones sexuales; comparten actividades, valores e ideas. Dado que muchos escolares han pasado horas enteras frente al televisor, sus ideas y las del grupo pueden estar bajo la influencia de este medio masivo.

Las niñas también forman grupos y discuten sus problemas, no participan en las actividades agresivas comunes en las pandillas de varones, pero disfrutan los deportes tanto como ellos.

Hacia el final del periodo escolar, los niños han aprendido a compartir, comprometerse y cooperar, han aprendido como progresar en su propio grupo y a seguir las reglas de las sociedades mayor.

Han aprendido a desarrollar un sentido de responsabilidad sobre los asuntos que saben son importantes.

Los padres deben ser suficientemente inteligentes para aceptar las actividades de sus hijos escolares y predisponerse a dar independencia cuando estos la requieran, sin perder de vista que los niños todavía necesitan de amor, interés y apoyo continuo de ambos padres.

DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL ESCOLAR: Al comienzo del periodo escolar el niño está en el proceso de resolver la situación edípica descrita por Freud. Al alejarse del trastorno psicosexual intenso del periodo genital, el niño se mueve hacia un periodo algo más tranquilo de "lactancia". Durante esta es especialmente importante la presencia del padre del mismo sexo en hogar para hacer posible la identificación correcta.

Periodo de Latencia. Inicia aproximadamente de los 6 años y dura hasta la pubertad temprana. En esta el niño no tiene las fantasías eróticas intensa de los años preescolares y está libre para desarrollar nuevos intereses y capacidades sociales más allá de los campos del hogar.

Se vuelven menos egocéntricos y dirigen sus energías más allá de ellos mismos, se asocian con compañeros del sexo opuesto.

Sexualidad en Años Escolares. Entre los 8 y 11 años, los niños comienzan a percibir los roles de sexo casi en forma adulta, continuarán como lo hicieron en la época preescolar, haciendo preguntas referentes a la reproducción, pero estas serán más específicas, este interrogatorio dependería del grado de curiosidad del niño, del grado de comunicación de este con sus padres y de la permisividad de los progenitores. El grado de información que se da al escolar debe ser proporcional a la edad y al nivel de madurez emocional del pequeño.

En la medida en que se acerquen a la pubertad tanto varones como niñas debe proporcionárseles información con respecto al ciclo reproductivo y sus roles respectivos, explicando también los cambios sexuales masculinos y femeninos con idoneidad y afecto.

La información significativa referente a la sexualidad proporcionada en primer lugar por la familia posteriormente por la escuela, podrá prevenir a los niños de recibir información errónea de sus compañeros, la prensa laica o material pornográfico

Juego Sexual. En el escolar la naturaleza del juego sexual, la exploración genital y la masturbación, cambia. Ocurre principalmente entre los compañeros de la misma edad y sexo. A partir de los 9 años los varones tienden a sobrepasar a las niñas en nivel de actividad sexual, actitud provocada por la presión social del grupo.

Los padres y enfermeras pueden considerar inofensivo el juego sexual ocasional entre compañeros. La mejor medida de prevención para el juego sexual es la honestidad en la respuesta a las preguntas relativas a aspectos de la sexualidad planteadas por los niños curiosos.

El juego sexual entre hermanos (hombre-mujer) es indeseable y potencialmente dañino, cuando ambos comparten la habitación, esta practica no solo es facilitada, si no que puede convertirse en habitual, repetida durante años. Por lo que los hermanos en edad escolar deben dormir en habitaciones separadas, especialmente en los últimos años escolares y la pubertad.

DESARROLLO PSICOSOCIAL Y PSICOSEXUAL DEL ESCOLAR

Periodo	Desarrollo Psicosocial	Desarrollo Psicosexual
6 - 8 años	<ul style="list-style-type: none">- Comienzo del desarrollo del sentido de laboriosidad.- Tiene actitud de "saberlo todo"- Suplico atención- Insiste en ser el primero en todo- Retorno de las rabietas- Utiliza liberaciones tensionales: menearse, masticar el cabello, hurgarse la nariz.- Desea jugar con otros niños- Celosos de los hermanos- Tome la lesión corporal- Sentido de Industria	Etapa de latencia
8 - 10 años	<ul style="list-style-type: none">- Demuestra curiosidad por todo- Orienta su interés hacia los compañeros- Considera las opiniones de los compañeros más importantes que las de los padres- Mejoran las relaciones con hermanos- Tiene temores razonables	Etapa de latencia Consciente del rol sexual apropiado
10 - 12 años	<ul style="list-style-type: none">- Sentido de laboriosidad- Tiene mayor autocontrol- Respeta a los padres y su rol- Tiene breves estallidos de enojo, pero es capaz de controlarlos.- Se une a grupos	Etapa de latencia Tiene conocimientos sobre la relación sexual.

DESARROLLO PSICOSOCIAL Y EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE.

Se ha utilizado el termino adolescencia para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad que no es más que la manifestación física de la maduración sexual.

El hecho es el que cambio puberal o el estado de maduración sexual, influyen en la aparición y en la declinación de ciertos intereses y actitudes que construidos sobre antecedentes específicos de la niñez permite comprender los factores psicológicos de la adolescencia.

Durante la adolescencia ocurre una profunda reorganización de la vida emocional con un estado de caos bien definido que traen a colación impulso que en diversas constelaciones regresivas y progresivas permiten cumplir con la tarea principal que tiene esta etapa del desarrollo: la búsqueda y logro de una identidad propia y única.

Socialmente la adolescencia es un periodo de transición de la dependencia familiar hasta la autonomía práctica y emocional.

Búsqueda de si mismos y de la Identidad: Probablemente la tarea más importante de la adolescencia, y la más difícil, sea la búsqueda de la identidad. En esta etapa la mayoría de las actividades de los adolescentes entre 13 y 19 años se encaminan a responder a la pregunta ¿Quién soy yo?.

Dirigiendo fundamentalmente su energía psicológica a desarrollar un sistema propio de valores, la elección de una carrera u ocupación y desarrollar la capacidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor.

Existen dos cuentas claves para iniciar la búsqueda de la identidad en la adolescencia.

- 1) Con el desarrollo del pensamiento abstracto se adquiere la capacidad de autoanálisis y reflexión, con la que el joven se vuelve capaz de percibirse así mismo diferente a como la hacia durante la niñez, estando consiente de los rasgos que comparte con las demás personas y reconociendo los que le son únicamente peculiares. Concibiéndose como un ser autónomo con su propio y único destino en la vida.
- 2) Además de lo anterior los cambios físicos ocurridos durante la pubertad enfrentan al niño ante un nuevo cuerpo, en un lapso de tiempo relativamente corta, perdiendo el físico con el que había a prendido a vivir por 12 años o más , este nuevo cuerpo lo impulsa a la búsqueda de un nuevo "yo".

Junto con estas condiciones propias del desarrollo humano, vienen algunos factores sociales que conducen al adolescente a la búsqueda de una identidad. Con el inicio de la pubertad se hace consiente de su propia sexualidad y mientras sus padres lo motivan a volverse más independiente y responsable, sus maestros le sugieren pensar en su futuro laboral.

Erikson señala que la identidad tiene su propio periodo de desarrollo, antes del cual no existe crisis, por que las condiciones físicas psicológicas y sociales aún no están presentes (Erikson 1970).

Aunque es cierto que la búsqueda de la identidad es un proceso lento y progresivo que solo termina con la muerte, es la adolescencia la etapa de la vida donde esta tarea se inicia y cobra importancia pero ¿como se inicia este proceso?

Realmente no existe un proceso único para lograr la identidad, pero se puede agrupar en 4 categorías la forma en como la mayoría de las personas resuelven su crisis de identidad.

IDENTIDAD CERRADA Este grupo ha aceptado pasivamente la identidad que otras personas han elegido para ellos, encerradas dentro de un contexto cultural. El hijo de un abogado será abogado y se casara con una mujer parecida a su madre.

IDENTIDAD LABORATORIA Estos no adquieren compromisos, siguen siendo imprecisos respecto a sus propios valores, se encuentran en crisis que debe ser resuelta y si lo logran, probablemente logran una identidad más adelante.

IDENTIDAD DIFUSA Desgraciadamente estos jóvenes han renunciado a la tarea de definir que desean o como se sienten. No son capaces de revelarse contra sus padres (u otras figuras de autoridad) ni de esforzarse por resolver un conflicto. No se encuentran en estado de crisis y se dejan llevar sin rumbo ni metas. Difícilmente logran una identidad.

IDENTIDAD LOGRADA Es el grupo que ha estado en crisis y la ha superado logrando una postura personal definida en cuanto a sus propósitos y visión del mundo.

Como se ha visto es beneficioso vivir una crisis (y superarla) si realmente se desea lograr una identidad.

La Tendencia Grupal: En la búsqueda de la identidad adolescente, el individuo en esta etapa de la vida, recurre a la búsqueda de uniformidad que puede brindar seguridad y estima personal. De ahí surge el espíritu de grupo al que tanto afecto muestra el adolescente, a veces el apego es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al familiar, ya que de alguna manera las actuaciones del grupo representan la oposición a las figuras parentales y la manera activa de determinar una identidad distinta a la familiar.

El grupo constituye de esta manera la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta.

Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse de la "barra" y asumir su identidad adulta, pero para llegar a ello y dado que los padres desempeñan todavía un papel muy activo en la vida del individuo, el adolescente busca un líder para sustituir el poder del padre o la madre.

Contradicciones en las Manifestaciones de la Conducta: El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intenta y la busca.

Spiegel (63) habla de la personalidad del adolescente describiéndola como "esponjosa", y por supuesto es una personalidad permeable que recibe todo y proyecta enormemente, en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes. Lo que la hace que no pueda llevar una línea de conducta determinada y que de si hacerlo indicaría una alteración de la personalidad del adolescente.

En el adolescente un indicio de normalidad se observa en la labilidad de su organización defensiva.

Por irónico que parezca el mundo adulto es el que no tolera los cambios de conducta del adolescente, no acepta que el chico pueda tener identidades ocasionales, transitorias, circunstanciales y exige de él una identidad adulta que por supuesto no tiene por que tener.

Estas contradicciones de los adultos punto con la utilización variada de defensas del adolescente facilitan los duelos típicos de este periodo de la vida y caracterizan la identidad adolescente.

Separación Progresiva de los Padres: Esta es una tarea básica junto con la búsqueda de la identidad del adolescente, favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en este momento cronológico del individuo, dado que la capacidad afectora de la genitalidad impone la separación de los padres y activa los aspectos genitales aletargados en la fase de latencia en la etapa de latencia del escolar.

La aparición de la genitalidad con apariciones procreativas es percibida también por los padres del adolescente, y dado que no son ajenos a la ansiedad que despierta la genitalidad la

evolución de la sexualidad del adolescente depende en gran parte de como los mismos padres aceptan los conflictos y del desprendimiento que los hijos de una manera u otra pueden expresar.

La presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos y una escena primaria amorosa y creativa, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil y facilitará al adolescente el pasaje a la madurez para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto.

Fluctuaciones del Humor y Estado de Animo: La cantidad y calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinan de manera directa la intensidad de mayor a menor la expresión de estos sentimientos.

La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo pues se ven de pronto sumergidos en la desesperanza más profunda o pasar casi instantáneamente a una euforia optimista de manera posible solo para los adolescentes.

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos, ya discretos (un cuerpo de niño, la protección paterna, etc.)

Evolución Sexual desde el Autoerotismo hasta la Heterosexualidad. En relación a la evolución sexual que se observa en el adolescente, se puede describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital que tiene características especiales en esta fase del desarrollo, en donde existe más contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio que procreativo.

Conforme el adolescente va aceptando su genitalidad inicia la búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa, periodo en el que inician los contactos superficiales, las caricias (cada vez más profundas e íntimas) que llenan la vida sexual del adolescente. Se cree que a la edad de 13 a 20 años el 88% de los varones y el 91% de las niñas han tenido ya este tipo de actividad sexual y prácticamente a los 21 años el 100% de los adolescentes ya han tenido estas experiencias.

Otro fenómeno que adquiere características singulares y que presenta todo el aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interpersonal del adolescente, es el enamoramiento apasionado. El primer episodio se presenta durante la adolescencia temprana y suele ser de gran intensidad, es el llamado "amor o primera vista" que la mayoría de las veces además de no ser correspondido, es totalmente ignorado por la parte amada de la pareja. Muy a menudo ese ser amado es una figura idealizada, un actor de cine, o estrella del deporte, etc., el cual reúne las características exactas de sustituto parental al que el adolescente se vincula con fantasías edípicas.

Muy a pesar de que los adultos tratan de negar la relación genital heterosexual entre los adolescentes minimizando esta capacidad y por supuesto obstaculizándola; es un fenómeno mucho más frecuente de lo que habitualmente piensa especialmente durante la adolescencia tardía aproximadamente el 40 o 60% de los adolescentes realizan el acto sexual completo (genital) aunque con características exploratorias y de aprendizaje de la genitalidad, más que como un ejercicio genital adulto de tipo procreativo con las responsabilidades que ello implican.

Considerando el criterio clásico freudiano es necesario reconocer que la conducta de los padres frente a la fase genital previa y a toda la genitalidad infantil, influirá en forma determinante en la forma genital del sujeto por lo que las figuras del padre y la madre son esenciales ya que la ausencia o difícil del padre en los chicos va a determinar la fijación en la madre y por lo tanto va a ser también el origen de la homosexualidad en el varón tanto como en la mujer.

Cuando por el contrario se ha tenido la presencia significativa de los padres el adolescente manifestará una evolución satisfactoria del autoerotismo a la heterosexualidad.

Masturbación: Tanto en la homosexualidad normal transitoria, como en la actividad genital previo y preparatoria para la genitalidad procreativa, el proceso masturbatorio esta presente desde la temprana infancia hasta la adolescencia avanzada.

En la primera infancia tiene una función exploratoria y la preparatoria para la aceptación de la genitalidad a diferencia durante la adolescencia cuya finalidad de exploración aprendizaje y preparación son para la aceptación de la futura genitalidad procreativa.

La masturbación como fenómeno normal de la adolescencia permitirá al individuo que considera (de manera no consiente) a sus genitales como ajenos así mismo tratar de recuperarlos e integrarlos a todo el concepto de si mismo formando realmente una identidad genital adulta con capacidad procreativa, independencia real y capacidad de formar una pareja estable en su propio espacio y en su propio mundo.⁵²

DESARROLLO PSICOSOCIAL Y PSICOSEXUAL DEL ADOLESCENTE

PERIODO	DESARROLLO PSICOSOCIAL	DESARROLLO PSICOSEXUAL
Adolescencia Temprana 12-13 años	Comienza el desarrollo del sentido de identidad. Egocentrismo, el mundo se centra su alrededor. Intensa lealtad por el grupo de compañeros. Oscilaciones del humor, y extremos de conducta. Experimente sentimientos de perdida cuando inicia a separarse de los padres.	Etapa genital. Ocurre masturbación. Continúan las amistades del mismo sexo.
Adolescencia media 14-16 años	Sentido de identidad Disminuye el egocentrismo Continúan la separación de los padres Ataca verbalmente las ideas y valores de los padres.	Etapa Genital Relaciones e interese heterosexuales comunes.
Adolescencia tardía 17-21 años	Sentido de identidad casi definido. sentido de intimidad. Rompe lazos con los padres. Establece relaciones interdependientes con los padres. Tiene poco amigos pero más íntimos.	Etapa genital Las relaciones heterosexuales son la regla.

2.3.2 Mecanismos de Defensa

Los trastornos del hábito incluyen muchas actividades que reducen la tensión que aparece durante la niñez en distintos niveles del desarrollo, algunas veces se utilizan como mecanismos de defensa, o para llamar la atención y son reforzados por los padres.

Estos son los procesos psicológicos que utilizan las personas para resolver conflictos y tensiones que son vergonzosos, dolorosos o amenazantes, comienzan en la niñez y ayudan a manejar los problemas de la vida diaria y las amenazas de la dignidad de la persona. Estas se utilizan dependiendo de la estructura de personalidad del individuo y sus experiencias específicas de aprendizaje. En los niños es fácil observarlas, a causa de su relativa sencillez y la inmadurez

⁵² Ofelia Contreras *Revista Psicología para todos*.

Marlow Op. Cit. Pag. 1473

Ferguson *Desarrollo de la Personalidad*, Pag. 281

de su ego. Cuando se emplea alguna defensa se suele deformar algún aspecto de la realidad. A continuación se mencionan algunos de los más usados por los niños.

La represión se utiliza para negar u “olvidar” experiencias desagradables o acontecimientos embarazosos. De tal forma que la represión es empleada y aprendida porque se recompensa. Ejemplo de esto es el bloqueo transitorio de la rememoración del nombre de una persona conocida a la que no se le tiene simpatía.

Otra defensa relacionada con la anterior pero de carácter más primitivo es la negación, en la cual, deseos, impulsos, sentimientos y pensamientos inaceptables, así como realidades externas que son repudiadas en forma inconsciente e ignoradas por el niño como si no existieran. un ejemplo podría ser el niño que mientras llora, insiste en que “no se siente triste”. Algunos niños que han sido rechazados por sus padres insisten en que estas personas no son su familia y afirman que han sido adoptados por sus padres verdaderos, que si los quieren.

La proyección se utiliza para negar pensamientos y sentimientos inaceptables atribuyéndoselos a otra persona. Este mecanismo protegen la dignidad; el desplazamiento se utiliza para sustituir un objeto o persona por otro, considerando al sustituto como si fuera el original. La proyección y el desplazamiento, consisten en que se acepta un sentimiento o impulso inadmisibles, pero se atribuye a otra fuente.

La racionalización es una defensa consoladora, proporciona razones socialmente aceptables para conductas o actitudes, cuando la verdadera razón no sería aceptable para la propia conciencia. El padre que castiga a su “hijo” a causa de la intensa cólera que siente en su contra, pero dice luego “Lo hago por tu bien” está recurriendo a la racionalización.

La formación reactiva se manifiesta por una conducta opuesta al deseo inconsciente. ejemplo, es el caso del niño exageradamente preocupado por andar limpio y arreglado: el niño quizás se esté defendiendo realmente a sí mismo en contra de deseos fuertes y censurables de andar sucio y desastrado.

La retirada es una de las defensas utilizadas con mayor frecuencia por los niños, es la evitación directa, o la huida de situaciones o personas amenazadoras, los niños se niegan a acercarse a un grupo de niños extraños no obstante el deseo que tiene de vivir con ellos.

La respuesta de retirada aporta transitoriamente al niño de la situación temida pero la tendencia a retirarse se vuelve más fuerte cada vez que el niño la práctica. Por lo consiguiente, esta respuesta es a menudo poco útil para la adaptación, ya que el niño se niega a enfrentarse a situaciones en las que puede sentirse tenso, podrá llegar a tener miedo a todos los problemas y conflictos y tal vez no logre aprender jamás a enfrentarse a las crisis que inevitablemente se les presentaran en el transcurso del desarrollo.

La regresión es la adopción de una respuesta característica de una etapa anterior al desarrollo. El chuparse el dedo u orinarse en la cama son ejemplos de conducta regresiva, a través de la regresión, el niño está tratando de huir de una situación angustiante presente hacia el estado más satisfactorio y menos ansioso de la infancia.⁵³

OTROS MECANISMOS DE DEFENSA UTILIZADOS SON LOS SIGUIENTES:

La compensación consiste en sustituir una forma de satisfacción por otra ya que por diversas circunstancias la primera resulta inasequible o prohibida.

La sublimación permite a una persona canalizar el impulso de una conducta inaceptable mediante un comportamiento aceptado socialmente.

⁵³ Mussen Paul y Otros *Desarrollo de la Personalidad en el Niño*, Pag. 341-343

La disociación consiste en la separación de las experiencias embarazosas o dolorosas de la propia conciencia.

La fantasía es el uso de la imaginación para resolver un problema, refugiándose en ella y evitando la realidad.

La identificación es imitar a una persona que se idealiza, con el propósito de parecerse a ella. Un niño quiere convertirse en instructor de gimnasia y llegar a ser exactamente igual a su profesor favorito.

La conversión es un mecanismo a través del cual una persona transforma un conflicto psicológico en una enfermedad física.

La regresión es cuando se es incapaz de manejar presiones externas o internas del individuo. Se revierte a un nivel de conducta y gratificación más infantil o temprana.

Sublimación. Las energías instintivas infantiles y profundas se cambian de forma y se dirigen para que el individuo pueda expresar, canalizar y gratificar sus instintos inhibidos en forma más aceptable.

Introyección o incorporación. La imagen de otra persona se incorpora dentro del inconsciente, con todas las emociones y los sentimientos que rodean a esta otra persona. El mecanismo suele utilizarse para identificación, para ser igual al objeto incorporado o para la destrucción del objeto.

Aislamiento. es la separación de una idea de la emoción que lo acompaña, con la idea admitida al conocimiento consciente, mientras la emoción permanece inconsciente, reprimida.

Intelectualización -se ocupa del pensamiento abstracto para evitar emociones desagradables, se puede ser en la tendencia de muchos adolescentes a tener discusiones de temas tales como religión, política, filosofía y el significado de la vida.

Ascetismo o la abnegación. Porque los adolescentes tienen miedo a perder el control sobre sus impulsos, algunos toman la abnegación como acercamiento a la vida, con el resultado de que controlan demasiado sus impulsos.⁵⁴

Ausentarse de uno mismo: Escapar para no escuchar o ver lo que es doloroso o intolerable en alguna otra forma en un momento específico en la relación con otros.

Amnesia. Olvido de datos o acontecimientos importantes que resultan demasiado dolorosos para vivir con ellos en forma consciente.

Compensación: Debido a sentimientos muy arraigados de inferioridad o inadecuación se presenta un intento inconsciente por parte del individuo de defenderse con medidas designadas a aumentar la autoestima y lograr un sentimiento de seguridad.

Condensación. Esto representa la comprensión de diversos deseos, impulsos, pensamientos y objetos inconscientes, en una sola imagen, pensamiento, palabra, acto o síntoma consciente.

Disociación. Un segmento del inconsciente que está produciendo un conflicto emocional intenso se segrega de la estructura principal de la personalidad y funciona por separado.

Distorsión. Alteración de las personas, ideas, recuerdos, situaciones y cosas reales, de forma que no estén presentadas en forma exacta ante sí mismo o ante otros.

Evasión. Uso de disfraces encasillamiento, inventos, puntos débiles y negativas para evitar enfrentarse a las verdades o verse frente a una responsabilidad que no se desea o no se puede cumplir.

Pensamiento mágico. Desarrollo o perpetuación de una creencia de que por medio de pases mágicos los problemas se resolverán; las situaciones reales, difíciles o dolorosas desaparecerán y no habrá que enfrentar la responsabilidad. Esta es la perpetuación de un proceso que comienza en la infancia.

⁵⁴ Papalia Diane *Psicología el Desarrollo*, pag.563

Formación de una imagen idealizada . Se refiere al desarrollo y perpetuación de un concepto del yo ideal, que se utiliza para alentar a una persona de forma que se sienta bien cuando se acerca momentáneamente al logro de las demandas de su imagen.⁵⁵

Aún cuando todo el mundo usa mecanismos de defensa, una fuerte dependencia respecto de los mismos, y el grado en que invaden con exceso la conducta del individuo, pueden estar asociados a frecuentes y graves deformaciones de la realidad y a una incapacidad de tratar provechosamente los problemas psicológicos y los que nos presenta el mundo real. Utilizados de estas maneras, los mecanismos de defensa pueden tener los malos efectos para la salud mental y el ajuste emocional de los niños.

Los trastornos del hábito tienden a desaparecer cuando los niños crecen, pero pueden reaparecer en momentos de tensión., son específicos en los niños y estos los utilizan como defensas.

Succión de los dedos. La succión continua luego de este período puede producir maloclusión, que interfiere con la masticación y la deglución y dar lugar a distorsión facial. Algunos niños pueden experimentar dificultades del habla con la consonantes D y T , otros pueden desarrollar ceceo. Si el niño reanuda la succión de los dedos hacia los 7 y 8 años es señal de tensión. El elogio y el aliento son bien recibidos por el niño que intenta abandonar el hábito.

Onicofagia es un hábito común en los niños escolares. Pueden tener una base de imitación y puede involucrar las uñas de los 10 dedos, e incluye la mordedura de la uña, la cutícula o los márgenes cutáneos del lecho ungueal y el arrancamiento parcial de la uña y sus tejidos circundantes.

Chirrido de dientes (bruxismo) es involuntario y suele ocurrir durante el sueño. Las causas incluyen maloclusión y tensión emocional.

Tics. Son movimientos repetitivos de grupos musculares sin función aparente. Con mayor frecuencia comprenden los músculos del rostro, cuello, hombros, tronco y manos, parecen ser la manifestación de una descarga de tensión. Los tics faciales en especial, el parpadeo, constituyen la forma más común.

Mentira. Cuando los niños ingresan en el período de los escolares todavía están intentando separar el mundo real del mundo de fantasía. Mienten cuando describen cosas como desean que sean en lugar de como en realidad son.

Conducta propensa a los accidentes. Algunos niños presentan un cuadro de lesión accidental repetida, estos accidentes pueden ser una manifestación de que el pequeño es incapaz de manejar los problemas familiares.

Los niños pueden utilizar un accidente en un intento de llamar la atención de los padres. Pronto, consciente o inconscientemente puede adoptar conductas imprudentes y temerarias como medio para cubrir necesidades de atención y porque piensan que no son queridos por sus padres.

Fobia escolar . Los niños temen abandonar a sus padres, en especial a la madre, el tema central del problema es una dependencia exagerada de los padres.⁵⁶

2.3.3. Trastornos Psicosociales

Las neurosis

1. *Reacciones de ansiedad.* La ansiedad es un sentimiento difuso de aprensión, de naturaleza vaga, que aparece asociado a sentimientos de incertidumbre y desamparo. Es una emoción sin causa específica, que se experimenta de forma subjetiva y se comunica de forma interpersonal. La

⁵⁵ Milton M Berger *Como trabajar con pacientes*, pag.212-216

⁵⁶ Marlow-Redding Op. Cit. Pag. 1295-1297

capacidad de sentir ansiedad es necesaria para la supervivencia, pero si los niveles de ansiedad son muy intensos, pueden llegar a ser incompatibles con la vida.

La ansiedad puede tener distintos grados:

1. La ansiedad leve aparece asociada a los problemas de la vida cotidiana, hace a la persona alerta, y mantiene activado su campo de percepción. Este tipo de ansiedad motiva para el aprendizaje y favorece la autorrelación y la creatividad.
2. La ansiedad moderada ayuda a centrarse en los problemas inmediatos bloqueando la periferia, ya que estrecha el campo de percepción. De esta forma, la persona experimenta una falta de atención selectiva pero puede atender más directamente los problemas que le ocupan.
3. La ansiedad grave reduce en gran medida el campo de percepción. El individuo tiende a centrarse en los detalles específicos y a no pensar en nada más. Toda su conducta está dirigida a conseguir alivio a la ansiedad. El individuo con este problema requiere mucha ayuda para centrar su atención en otras áreas.
4. Las crisis de pánico aparecen asociadas al temor, al miedo y al terror. El individuo concede una importancia exagerada a los detalles y experimenta una pérdida de control que le impide actuar con sensatez. El pánico supone una desorganización de la personalidad. Además produce un aumento de la actividad motriz, dificulta las relaciones con los demás, distorsiona las percepciones y el razonamiento. Este nivel de ansiedad es incompatible con la vida, y si se prolonga mucho puede provocar agotamiento y, en último caso, la muerte.

Mecanismos de adaptación

Normalmente, los niveles leves de ansiedad se resuelven de forma inconsciente mientras que los niveles leves de ansiedad moderados o graves provocan dos tipos de mecanismos de adaptación:

1. Las reacciones orientadas hacia un fin son intentos conscientes de superar de forma realista las demandas que impone la situación de estrés.

* La conducta de ataque se utiliza para eliminar o superar un obstáculo que impide la satisfacción de una necesidad.

* La conducta de retraimiento se emplea para alejarse, ya sea física o psicológicamente, de la fuente que origina la amenaza.

* La conducta de compromiso consiste en modificar la conducta, sustituir los objetivos o sacrificar ciertos aspectos de las necesidades personales.

2. Los mecanismos de defensa del ego ayudan al individuo a enfrentarse a la ansiedad leve y moderada, pero como sólo operan a un nivel relativamente inconsciente y suponen un cierto grado de engaño personal y distorsión de la realidad, pueden acabar siendo una respuesta de mala adaptación al estrés.⁵⁷

1. *Reacciones fóbicas.* La ansiedad se enfoca sobre algún objeto o situación muy definido. El miedo es irracional, aunque la reacción fóbica es un tanto más adaptativa que la ansiedad generalizada, ya que a través de una evitación específica se controla la aparente causa del miedo.

⁵⁷ Smart y Sundeen *Enfermería Psiquiátrica* pag. 127-130

En los primeros años de vida los niños suelen desarrollar fobias transitorias cuando aún no han organizado adecuadamente los medios que les permiten manejar la tensión y la ansiedad.

3. *Reacciones de conversión*. Un proceso empleado para transformar un conflicto inconsciente es un síntoma corporal. Un síntoma único suele tener muchos significados inconscientes, algunos infantiles o pueriles, otros más serios.

4. *Reacciones disociativas*. Es un intento por huir de la tensión y la ansiedad excesivas aislando o separando del resto ciertas partes de la función del ego. Se presenta bajo distintas formas e intensidades, incluyendo el sonambulismo, los trances, el aislamiento y la despersonalización, la amnesia masiva, las fugas o huidas y las personalidades múltiples.

5. *Reacciones obsesivo compulsivas*. Son actos, palabras o pensamientos repetidos que parecen absurdos e inútiles, pero que en realidad le permiten a la persona reducir una tensión y una ansiedad intolerables a través de medios mágicos. A veces los únicos síntomas presentes son especulaciones

abstractas, meditaciones y dudas. Las reacciones compulsivo obsesivas están relacionadas con ceremonias normales, con la magia y con las ciencias.

6. *Reacciones neurótico depresivas*. Consisten dichos síntomas en quejas continuas de sentirse inferior, inútil y desesperado. Esas quejas estimulan a otras personas a oponerse a tal idea y darle seguridad al paciente, aunque el sentido de culpa inconsciente los hace rechazar toda oposición y apoyo e insistir en su inferioridad, inutilidad y desesperanza. La depresión neurótica se puede diferenciar de la psicótica por la severidad de la perturbación general de la personalidad y por la profundidad de la regresión.⁵⁸

Las psicosis

1. *Reacciones paranoideas*. Son intentos por escapar de los efectos de impulsos y fantasías hasta el momento inconscientes y han irrumpido en las organizaciones preconscientes y conscientes gracias a los procesos de negación y proyección.

2. *Reacciones psicótico depresivas*. Las depresiones psicóticas son desórdenes de la disposición de ánimo en que el abatimiento, el desprecio y la condena de sí mismo alcanzan proporciones exageradas. Surge y se mantiene una sensación de culpa y demérito agudamente consciente, y se presenta una regresión arrolladora que revive conflictos entre un ego infantil, que habla con voz de adulto, y un superego primitivo, que acosa al paciente. A menudo el paciente trata de proyectar su odio contra sí mismo como si fueran las actitudes que los otros muestran hacia él, pero suele tener menos fortuna en esta maniobra.

3. *Reacciones maniacas y ciclos maniaco-depresivos*. Muchos consideran la reacción maniática como, ante todo, una defensa contra la amenaza inminente de una depresión psicótica; es decir, como un rechazo de las tendencias depresivas y una formación de reacción contra ellas, ocurrida a la vez en la fantasía y en la acción.

4. *Reacciones esquizofrénicas*. Dichas psicosis son intentos por escapar de la tensión y de la ansiedad abandonando las relaciones interpersonales y substituyéndolas por ideas ficticias y alucinaciones, que reconstruyen para el paciente la realidad externa de acuerdo con fantasías

⁵⁸ Norman Cameron *Desarrollo y Psicopatología de la personalidad*, Pag. 37-39

anteriormente inconscientes, pero que ahora han invadido en gran volumen las organizaciones preconscientes y conscientes.

5. *Reacciones psicóticas involutivas.* Sólo la existencia de precedentes históricos justifica el emplear este nombre, existe un obvio compromiso entre quienes gustarían de conservar el viejo concepto de melancolía involutiva y quienes gustarían de eliminarlo por completo

Ansiedad neurótica

El paciente sujeto a una reacción de ansiedad es víctima de una amenaza vaga y desconocida. Está vigilante y alarmado sin ser capaz de comprender por qué, como un centinela temeroso que no supiera qué hacer, qué oír o hacia donde mirar. Los músculos del paciente están tensos y su sistema nervioso autónomo está sobreactivado. Su ritmo de vida habitual, incluyendo el funcionamiento fisiológico de las vísceras, pueden verse seriamente perturbados. El paciente se muestra predispuesto a dar respuestas exageradas e inadecuadas ante cualquier provocación ligera.

Variedades de la reacción de ansiedad.

Como la reacción de ansiedad es un intento por hacer disminuir la tensión y la ansiedad con la ayuda de la descarga corporal, puede participar en el patrón neurótico toda combinación posible de actividad de los músculos voluntarios y del sistema nervioso autónomo: por consiguiente, la variedad de patrones de queja es virtualmente infinita. Todos ellos manifiestan el carácter más o menos vago y borrosamente estructurado que conocemos gracias a nuestras experiencias con la ansiedad normal.

Por otra parte, los cambios de intensidad presentan diferencias muy nítidas. Distinguiremos tres niveles de intensidad: la reacción de ansiedad crónica (neurosis de ansiedad). Quien sufre ansiedad crónica padece un miedo sin estructura. Por lo común no puede indicar qué es lo que le da miedo exactamente. Se siente constantemente tenso y aprensivo, como si estuviera esperando el acaecimiento de algo terrible. Fisiológicamente, se encuentra siempre dispuesto a cualquier emergencia, listo para cualquier desastre que no puede especificar y que en realidad nunca llega a sucederle. Casi siempre es inconsciente de que es él quien lo genera. Necesita esforzarse continuamente para liberarse de tensiones y ansiedades que sin cesar se acumulan, y debe soportar una sucesión interminable de interferencias en los patrones fisiológicos normales de su funcionamiento corporal, provocados por los esfuerzos de descarga.

Es probable que el paciente crónicamente ansioso sea olvidadizo, incapaz de concentrarse y pensar claramente, muy inquieto y nervioso de no poder dedicarse por largo tiempo a una actividad.

En casi cualquier órgano o sistema del cuerpo se encuentran manifestaciones de estrés y aprensión constantes. El corazón puede latir fuertemente, acelerar su ritmo y tener saltos. La respiración suele ser poco profunda e irregular, interrumpida de vez en cuando por un suspiro. El apetito se afecta. La persona ansiosa puede sentirse propensa a las náuseas, con dificultades para tragar y para mantener la comida en el estómago. La persona que ocasionalmente sufre de ansiedad experimenta un vacío y come vorazmente. Son síntomas comunes y bien conocidos, la diarrea provocada por el miedo y el estreñimiento provocado por la tensión. Las glándulas de secreción interna y externa participan en el desorden emotivo general. Casi siempre se afectan las funciones sexuales. En el varón hay una impotencia relativa y en la mujer irregularidades en la menstruación y frigidez como manifestaciones sexuales obvias de la ansiedad.

Cuando intenta evitar cualquier cosa que incremente su ansiedad, la persona ansiosa vuelve la auto-protección su preocupación central y a ello subordina todo; lo que seriamente viene a empobrecer su vida, pues le cierra muchos caminos de expresión, de intercambio social y de placer.

Aunque no restrinja sus actividades y sus contactos tan rígidamente como la persona fóbica, sus limitaciones suelen cubrir tanto territorio que sus relaciones personales se ven seriamente restringidas.

Ataques de ansiedad

Los ataques de ansiedad son episodios agudos de descompensación emocional, que suelen surgir cuando existe una ansiedad crónica, y que manifiestan en grado exagerado las características del miedo normal. El ataque de ansiedad es a menudo el punto culminante de un largo periodo de tensión creciente, a la que se ha venido adaptando progresivamente la persona ansiosa, pero que cada vez con mayores dificultades. Finalmente se llega a los límites de tolerancia, no puede compensarse más la situación y el estrés continuo precipita una descarga súbita a través de todos los canales disponibles.

Reacciones de pánico

La reacción de pánico es un ataque de descompensación emocional extrema. Puede ser preludeo de una agresión violenta, de una huida frenética, de una desintegración del ego o del suicidio. Un miedo incontrolable es parte del cuadro clínico. No son raras las manifestaciones psicóticas, en las que el paciente puede incluso interpretar erróneamente su medio ambiente, sufrir delirios de persecución y experimentar alucinaciones auditivas de carácter amenazador, ofensivo e insultante. El pánico puede durar poco, tal vez unas horas o unos días; puede también persistir por meses, durante los cuales la intensidad del ataque fluctúa dentro de límites muy amplios.

Personalidad emocionalmente inestable

Una falla en lograr un control de sí mismo maduro, sin que se tomen en cuenta sus posibles orígenes psicodinámicos. Se hace hincapié sobre la presencia de una hostilidad, una culpa y una ansiedad suma y pobremente controladas que, junto con la impulsividad, le impiden a la persona emocionalmente inmadura establecer y mantener relaciones interpersonales estables y significativas. Se afirma que la persona emocionalmente inestable reacciona en ocasiones con intensidad explosiva a un estrés externo relativamente ligero. En el transcurso de esa reacción emocional puede gritar, amenazar y atacar a otros o destruir objetos. Se le describe como celosa y peleonera respecto a personas del sexo opuesto. Incluso pudiera intentar suicidarse para liberarse de una situación intolerable. Cuando no se encuentra emocionalmente perturbada, llega a mostrarse amable y amistosa.

Personalidades pasivo-agresivas

1. El tipo pasivo dependiente. Son personas al parecer desvalidas, indecisas y dependientes como niños pequeños. A pesar de una actitud hostil subyacente contra los demás, evitan mostrar tal agresión, se manifiestan temerosas y tímidas y rehuyen las situaciones que expresan hostilidad. Parecen bebés crecidos temerosos y airados.
2. El tipo pasivo agresivo. Cumplen, en su vida personal, los principios de la desobediencia civil. Su agresión pasiva puede resultar tan enfurecedora para sus amigos como las huelgas de brazos caídos para los patrones.
3. El tipo agresivo. Las personas agresivas de este grupo no son en lo fundamental menos temerosas y dependientes que las arriba mencionadas. Su agresión es puramente reactiva y defensiva, más la de un niño o un adolescente rebelde que la de un adulto. Esa agresión adopta formas familiares para quien hayan trabajado con niños y adolescentes rebeldes. Son elementos

típicos de este cuadro el sarcasmo, los actos provocadores, un habla agresiva, una oposición y competitividad continuas y exigencias de que se preste atención especial al agresivo. Algunos miembros de este grupo parecen constantemente irritados, explotan en rabietas y se muestran destructivos ante una provocación relativamente menor. A menudo pueden buscar que los otros se desquiten. Algunos individuos son ambiciosos y otros se permiten sueños de grandeza.

Perturbaciones de la personalidad sociópata

La persona sociópata parece incapaz de aprender, es decir, de aprovechar las experiencias, en ciertos campos de las relaciones interpersonales. Puede ser una persona de inteligencia promedio o superior. Sin embargo, continuamente se comporta como si atrajera el ostracismo social y, a menudo, las acusaciones legales, mostrándose incapaz de cambiar su conducta impulsiva.

Como regla, la persona sociópata no llega a darse cuenta cabal de que sus hechos resultan socialmente equivocados o peligrosos o que ante la sociedad tiene la responsabilidad de controlar su conducta.⁵⁹

Desviaciones sexuales

En nuestra actual cultura el desviado sexual típico es una persona emocionalmente inmadura, cuyo desarrollo sexual se ha visto detenido o distorsionado en las primeras etapas de la vida. A menudo, y cuando niño, esta persona se vio expuesta a una seducción consciente o inconsciente por parte de un niño mayor o de un adulto y mucho antes de que su desarrollo sexual hubiera llegado al nivel genital maduro. Con frecuencia el niño parece no haber estado expuesto a seducción alguna, pero parece haber sufrido un desarrollo sexual distorsionado a causa de una ansiedad infantil intensa.

Las perversiones o desviaciones sexuales son patrones de conducta sexual que culminan en un acto heterosexual cuando tal acto es permisible y objetivamente posible.

Homosexualidad franca

Gran parte de los desviados sexuales consideran sus anomalías "naturales", simplemente porque las han tenido, hasta donde pueden recordar. Desde un punto de vista social, la homosexualidad se vuelve un delito cuando se practica en público y, por tal razón, ofende a otras personas; también cuando se emplea para seducir niños o adolescentes.

Otra fuente que añade confusión en el campo es la suposición, muy aceptada en la literatura del día, de que todos tenemos tendencias homosexuales latentes. Sin embargo, en la gran mayoría de los adultos no hay asumo ninguno de homosexualidad franca. Incluso tal tendencia parece ausente de la gran mayoría de sueños manifiestos, fantasías y ensoñaciones. Tal vez nuestras dificultades en comprender la homosexualidad abierta sean en parte producto del éxito tenido por nuestras defensas de ego parcialmente afortunadas explicarían la ansiedad y el enojo exagerados que algunos muestran respecto a la homosexualidad, así como la conducta públicamente seductora de una pequeña minoría de encargados de aplicar la ley.

Desde un punto de vista técnico, se habla de homosexualidad franca cuando un adulto prefiere relaciones sexuales con una persona del mismo sexo, a pesar de disponer de una pareja potencial del sexo opuesto. Por acuerdo común, se exceptúan los adultos que por largos periodos se han visto impedidos de toda relación con el sexo opuesto. También exceptuamos a los adolescentes que experimentan homosexualmente, pero que no desarrollan tendencias homosexuales francas

⁵⁹ Ibid. Pag. 39-41, 257-265, 629-631

cuando adultos. Se exceptúan también los niños cuyos juguetes sexuales con sus amigos resultan a veces más o menos indiscriminados.

Es probable que un niño o una niña sufra distorsiones en las relaciones de objeto básicas, incluyéndose en ellas la homosexualidad, si en casa la madre es fuerte y dominante y el padre débil e ineficiente o descuidado con los hijos en lo general. Un niño puede ser incapaz de identificarse con tal padre y, por ausencia caer en una identificación femenina. Una niña puede no lograr aceptar a ese hombre como objeto amoroso. Por tanto, no sólo se identificará con la madre poderosa, sino que adoptará las actitudes maternas de dominación masculina, lo que hace que sea incompetente para cumplir un papel femenino normal. Sin embargo, es necesario insistir en que tales constelaciones familiares ocurren con frecuencia en los antecedentes de los pacientes neuróticos y psicóticos.

Exhibicionismo

El exhibicionismo genital se limita casi exclusivamente a los hombres. Se trata de un fenómeno posterior a la pubertad y por lo común posterior al matrimonio. Lo usual es que el exhibicionista muestre compulsivamente su órgano genital a mujeres jóvenes o maduras en un lugar público. A menudo se dice que hace esto para estimular en la mujer una conducta similar, sea para estimular en la mujer una conducta similar, sea para observar si ella tiene un órgano genital masculino o para asegurarse de que el de él está intacto. Tal vez sea la motivación inconsciente básica.

No están los orígenes psicodinámicos del exhibicionismo genital. La ansiedad de castración y el narcisismo son los factores que se citan con mayor frecuencia. Son obvios dada la conducta de los pacientes. También se mencionan como factores una exhibición franca y natural del órgano genital en el hogar y el haber tenido relaciones íntimas precoces con una chica. Seguimos a oscuras respecto a por qué se "elige" esta desviación. La curiosidad sexual normal en la niñez primera permite un exhibicionismo mutuo como ocurre cuando se juega al doctor, pero ello no explica la ansiedad intensa presente en el acto o la falta de interés como objeto sexual por la mujer ante la cual se exhiben los genitales. La presencia de desórdenes de la personalidad profundamente asentados son indicados por la combinación de una forma de agresión desusada con la timidez, de una inhibición sexual general con un acto público que despierta ansiedad, y de acusar a otros con la policía con los impulsos de verse atrapado.

El que las mujeres rara vez caigan en el exhibicionismo pudiera tener como causa las diferencias genitales, así como el que en nuestra cultura se considera normal que las mujeres atraigan la atención sobre sus características sexuales secundarias mediante su modo de vestir, digamos, hacer notar los pechos, las caderas, la figura en general y la suavidad de la piel. Incluso en los espectáculos de desnudismo hay menos probabilidades de que se tome por patológico a la desnudista que a los clientes.

Voyeurismo

Hablamos de voyeurismo cuando una persona obtiene su principal, y a veces su única, satisfacción sexual viendo órganos sexuales, la conformación del cuerpo desnudo o las actividades sexuales de otros. Los voyeuristas varones suelen estar sexualmente inhibidos e incluso ser impotentes, pero casi siempre son heterosexuales respecto al objeto de interés. Una de las formas más comunes de esta desviación es la de un hombre que a escondidas observa mujeres desnudas o en proceso de desnudarse.

Fetichismo

El fetichismo adopta su nombre del empleo de algún objeto especial y por lo común inanimado en las prácticas religiosas de sociedad preliterarias (primitivas), las que atribuyen a

dicho objeto mágico o fetiche poder, alivio o bienestar. En nuestra cultura los desviados sexuales emplean algo, por lo general inanimado, como objeto sexual en lugar de una pareja, o bien exigen que dicho objeto se encuentre presente para entonces llevar a cabo el acto sexual. Los fetichistas casi siempre son hombres y suele ser un fetiche común el zapato de una mujer.

Una de las hipótesis más ampliamente aceptadas es que el fetiche substituye a la pareja amorosa, substituto que nada exige y que no es peligroso. Otra, que alguna demanda compulsiva olvidada o reprimida, cuyo origen se encuentra en la primera niñez, impone su presencia en el fetichista cuando llega a adulto.

Transvestismo

El término transvestismo significa literalmente vestir opuesto. En esta desviación se obtiene la satisfacción, o se simboliza la identificación con el sexo opuesto, poniéndose la ropa que a éste corresponde. Esta desviación, al igual que el fetichismo, surge ante todo en hombres.

En el pasado se ha afirmado a menudo que los transvestistas no han estado sujetos a una seducción, sino que de hecho representan un sexo intermedio. Sin embargo, en estudios recientes en los que se ha tratado simultáneamente a padres e hijos se descubrieron casos indudables de seducción por parte de los padres, y se tomó a la patología de éstas como fuente del transvestismo.

Sadoquismo

Significa obtener placer sexual de inflingir dolores, de aplicar prohibiciones o de humillar. El masoquismo significa obtener placer sexual en sufrirlos. El sadismo es considerado una fijación en una interpretación infantil errónea y una distorsión del papel masculino en el acto sexual que el adulto como un niño, malinterpreta como un ataque brutal. También se considera al masoquismo como una fijación en una interpretación errónea y una distorsión del papel femenino por parte del niño, que cuando adulto lo interpreta como el placer que se recibe al sufrir un ataque cruel y una daño físico. En esas actitudes se da por hecho que el niño presencié en el dormitorio de los padre, donde es casi inevitable que observen el juego amoroso de estos.

Debido a que por lo general están presentes actitudes sádicas y masoquistas, de intensidad anormal, en la misma persona -es decir, la misma persona tiene fantasías sádicas y a la vez fantasías sobre las experiencias masoquistas que aquéllas provocan, o viceversa lo común es recurrir al término sadomasoquista para designar a esa desviación sexual. Pero cuando se presenta sólo el sadismo, el sádico parece identificarse mucho con su víctima, cuando lo que prevalece es el masoquismo, el masoquista parece experimentar placer en imaginar lo que el sádico hace.⁶⁰

Esquizofrenia infantil

La esquizofrenia infantil, un término que se reserva en general para los trastornos psicóticos que aparecen después de los primeros cuatro o cinco años de vida, se manifiesta en muchas formas distintas.

Aparentemente, la sintomatología varía con el nivel de desarrollo del niño, la edad de la aparición, la naturaleza de las experiencias durante la primera infancia y el tipo de mecanismos de defensa utilizados. A pesar de la heterogeneidad notable de la sintomatología, hay un trastorno nuclear básico, que es la falta de contacto del niño con la realidad y el desarrollo subsecuente de su propio mundo. Además del trastorno nuclear crucial, hay características secundarias adicionales, la mayoría de las cuales se representan en la lista de "manifestaciones clínicas" de Kaufman.

1. Movimientos corporales extraños, tales como el caminar como autómatas a los giros ágiles graciosos.

⁶⁰ Ibid. Pág. 639-649

2. Movimientos estereotipados y repetitivos, tales como el dar vueltas a los objetos y sacudir los brazos
3. Uso distorsionado del cuerpo o partes corporales, tales como el empleo de una porción del cuerpo para representar una totalidad o el uso del cuerpo total para representar una de sus partes.
4. Dar idea de una identidad no humana mediante la posición, el movimiento o el sonido: por ejemplo, ladrar, oscilar o llamarse a si mismo un limpia parabrisas.
5. Trastornos en el contenido y la estructura del habla, tales como fragmentos de frases; presentación de asincronía en los efectos, el contenido verbal y el tono de la voz; repetición constante; expresión de una identificación trastornada mediante el mal uso de los pronombres personales.
6. Negación aparente de la calidad humana de las personas que lo rodean, como por ejemplo, al tratar de utilizar a una persona cercana detallada del sistema de transportes de la ciudad.
7. Afectos inadecuados, que van de la indiferencia a la explosión.
8. Intereses especiales o conocimiento de algún tema en particular relacionado con la patología del niño, como por ejemplo, inmación detallada del sistema de transportes de la ciudad.
9. Orientación cronológica distorsionada, confundiendo el pasado, el presente y el futuro, por ej. el niño puede relacionar eventos que ocurrieron años antes con sus temores imaginarios de un modo que sugiere que forma parte de su existencia actual.

En resumen, parece ser que se ven perjudicadas numerosas zonas del desarrollo -cognición, percepción, emoción y características motoras físicas, como resultado de la incapacidad básica del niño.

Habla y lenguaje distorsionados

Los trastornos del lenguaje y el habla son probablemente síntomas de procesos de pensamiento fragmentarios y desintegrados. Esta hipótesis es congruente con el descubrimiento de que la presencia de habla adecuada a los cinco años de edad predice resultados posteriores más favorables.

Algunos niños esquizofrénicos son mudos o sólo pronuncian palabras sueltas en ocasiones raras. Quienes pueden hablar, con frecuencia no lo hacen con fines de comunicación. Por el contrario, su uso idiosincrásico del idioma obstaculiza frecuentemente las comunicaciones eficientes, en la misma forma en que las facilita. Por ende, el lenguaje, en lugar de servir para mantener el contacto del niño con la realidad, le permite alejarse todavía más de ella.

La repetición de palabras a la manera de los pericos no es poco común. Las distorsiones del lenguaje se manifiestan a veces en el desarrollo de un idioma privado, en el que a las palabras antiguas se les dan significados diferentes o se utilizan secuencias desacostumbradas de palabras. También se ha observado una confusión en el uso de los pronombres, que refleja problemas de identidad del yo. El juego con las palabras y los sonidos se advierte en el habla rimada y alineada.

Relaciones interpersonales inadecuadas

Las relaciones interpersonales inadecuadas son también muy características de los niños esquizofrénicos. Tanto si este trastorno se expresa en la forma de un apego vacío y simbiótico o una separación enajenada, se pone claramente de manifiesto la existencia de interacciones emocionales inadecuadas en forma grave y perdurable.

Además de la indiferencia y el retraimiento son típicos de las relaciones esquizofrénicas con los adultos y los coetáneos, su incomodidad ante la presencia de otros se pone de manifiesto en su incapacidad para mantener contacto visual. En contraste marcado con su aislamiento interpersonal se encuentra su relación con los objetos inanimados.

Las reacciones selectivas ante su ambiente, como se indico antes, han hecho que muchos clínicos sospechen que los niños esquizofrénicos, aun cuando dan la impresión de olvidarse del

ambiente que lo rodea, están en realidad conscientes -quizá con dolor- de lo que ocurre en torno a ellos.

Afectos distorsionados

Las distorsiones de los afectos, pueden desencadenar su rabia o una ansiedad excesiva.

Desempeño educativo retrasado

No es raro que la gran mayoría de los niños esquizofrénicos, cuyo contacto con la realidad es notablemente inadecuado, tengan dificultades de aprendizaje.

Evidentemente, el retraimiento intenso, los patrones de lenguaje idiosincráticos o individualizados y la falta de acceso personal -características que se observan en grados variables entre la mayoría de los niños esquizofrénicos- no conducen a la utilización eficaz del potencial intelectual del niño. Por ende, el retraso educativo es un descubrimiento común en los estudios hechos de niños esquizofrénicos.

Los niños esquizofrénicos con frecuencia ocultan sus aprendizajes en la escuela mediante el uso del negativismo.⁶¹

Tabaquismo

-Estructura biopsicosocial del fumador-

Las propuestas para explicar la existencia del tabaquismo incluyen desde las teorías genéticas.

Las teorías psicodinámicas, que buscan la implicación simbólica del cigarrillo como un fallo y de las tendencias orales relacionadas con succionar y mantener un objeto placentero en la boca, las sociales, que sugieren que es un mecanismo para lograr estatus y aceptación de grupo. hasta los más recientes, que contemplan los aspectos neurobioquímicos de la dependencia, tolerancia y supresión respecto de la nicotina.

Estructura y mecanismo

Hay múltiples estudios que demuestran que el hábito del tabaquismo se inicia por imitación: el niño ve que sus padres y las personas mayores fuman y reflejan su deseo de identificarse con ellos. Así, la probabilidad de que un adolescente fume es mucho mayor si sus padres lo hacen. Debido a las características del periodo de la adolescencia, el muchacho se encuentra en proceso de individuación y de identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que previamente no se atrevía a iniciar.

En los inicios la nicotina no es suficiente para explicar la habituación y se considera que es particularmente en esta etapa cuando los factores psicosociales son más relevantes.

El tabaquismo es un hábito que se ha universalizado, llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas, aun cuando reproducir modelos de tabaquismo en animales no ha sido una tarea sencilla, lo que sugiere que existen ciertas motivaciones privativas del ser humano. Así, se postulan tres mecanismos básicos de motivación.

- a) Para disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, etc., es decir, con el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante.
- b) Para evitar las molestias del síndrome de supresión.
- c) Por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina per se.

⁶¹ Harvey y Mecoy *Trastornos de la conducta en el Niño*, Pág. 367.368

Personalidad

Hasta la fecha no se ha podido determinar una personalidad característica del fumador, a pesar de que se han hecho infinidad de intentos.

Dichos rasgos, que se enumeran sin considerar orden de importancia o de frecuencia, son las siguientes: mayores tendencias orales, rasgos antisociales, mayor actividad y energía, preferencia por el control externo más que por el interno, mayores niveles de ansiedad y competitividad; algunos autores agregan que los fumadores desarrollan poca tolerancia a la frustración y mayor dependencia afectiva respecto de quienes les son significativas.

Clasificación

De acuerdo con Russell, se obtienen entonces cinco grupos diferentes que interrelacionan estas recompensas: las características de tales se describen a continuación.

1. Fumador psicosocial. En esencia, las recompensas son sólo psicosociales; prácticamente no existe inhalación de nicotina. El fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales.
2. Fumador indulgente. Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como al ver televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etc.
3. Fumador por tranquilizarse. El efecto de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para aliviar la ansiedad y la tensión. Las recompensas son tanto sensoriales como farmacológicas y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.
4. Fumador por estimularse. Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir. La frecuencia del fumar se incrementa notablemente en estas situaciones específicas. La recompensa es predominantemente farmacológica.
5. Fumador por adicción. El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra tomar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias. La frecuencia del fumar no varía con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa sólo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en sangre. La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displacentero el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones en que el individuo así lo desea.⁶²

Alcoholismo

A menudo consideramos el alcoholismo como algo que nunca podría ocurrirnos a nosotros mismos.

Hay muchas teorías que tratan de explicar por qué beben los adolescentes. Un investigador señala que muchos de los jóvenes que beben en abundancia tienen padres que decididamente desaprobaban su comportamiento aunque no prediquen con el ejemplo. En otros tiempos, el que los adolescentes bebieran constituía una forma de rebelión y era casi siempre disimulada u ocultada.

Otra teoría, que por nuestra parte suscribimos, achaca la introducción a la bebida a la "presión de los compañeros". Simplemente arguye que buena parte del hábito de beber de los adolescentes es resultado de un deseo de lograr aceptación de sus compañeros. El ser aceptados por el grupo o la pandilla es de máxima importancia para la mayoría de los adolescentes y, en consecuencia, muchos son presionados o inducidos a la bebida. No obstante, si los jóvenes tienen un fuerte sentido de amor propio y el necesario sistema de apoyo, pueden evitar esa trampa.

⁶² Rico y Ruiz. *Tabaquismo*, Pág. 41-45

Muchos adolescentes están bebiendo a una edad mas temprana, sólo debido al comportamiento al que se ven más expuestos. Por fortuna para algunos, sus padres todavía tienen una incommensurable influencia positiva sobre ellos. El tener padres que no beben o que enseñan a sus hijos como ser bebedores responsables, probablemente reducirá mucho las posibilidades de que dichos adolescentes abusen del alcohol.

Para muchos jovencitos, el beber y el fumar representan símbolos de acercamiento a la edad adulta. Del mismo modo, en gran parte, que algunos de nosotros imitamos a nuestros padres vistiéndonos con sus ropas, hay adolescentes que empiezan a beber a fin de sentirse "más hombres". Cuando se les pregunta por qué lo hace, es probable que respondan: "Bebo para sentirme bien" o "para sobresalir". Aunque estas fueron las respuestas más comunes, hubo otros que decían "Para tener aplomo" y "Para arreglárselas" -es decir, para contender- con la escuela, la familia y las presiones sociales.

Aun cuando casi todo el mundo reconoce y acepta el disminuido papel de la familia, nunca ha habido realmente nadie que se haya detenido a pensar en los cambios en esa institución han significado o en cual haya sido su efecto. En realidad, la verdadera índole de los cambios todavía no ha sido determinada, de modo que no está claro si las instituciones, concretamente las escuelas, han aceptado las tareas abandonadas por la familia como parte de su misión, y esto causa el problema crucial que sufren muchos adolescentes: carecen de una parte crítica de la paternidad esencial para su propia realización.⁶³

Delincuencia juvenil

Técnica y legalmente un delincuente juvenil es una persona joven consignada a una autoridad judicial, por actos que ponen en peligro a la comunidad. Los límites de edad varían entre un estado y otro, pero el término "juvenil" generalmente se aplica a personas entre los diez y dieciocho años de edad.

En la adolescencia, se arresta con frecuencia a los muchachos por consumo de drogas y delitos contra la propiedad, tal como robo y vandalismo.

¿Quiénes se convierten en delincuentes?. La mayoría de las personas tienen la imagen siguiente del delincuente típico: un muchacho de quince años de edad, que pertenece a una familia de un grupo minoritario de clase baja. Su familia vive en un populoso vecindario paupérrimo en el barrio de una gran ciudad. Lo que queda de las viejas casas está en muy malas condiciones y la basura bordea las calles. esta imagen es una descripción exacta del hábitat de los adolescentes capturados y con antecedentes penales.

Los actos criminales de los adolescentes de clase baja tienen una mayor probabilidad de convertirse en un adolescente penal que los mismos actos contenidos por adolescentes de la clase media. Hancy y Gold (1973) observaron que se tolera más a los chicos de clase media, o sus padres disponen de los medios necesarios para sacarlos de un problema, o sus acciones son interpretadas más bien como "travesuras que como delitos". Por consiguiente, sus acciones no se registran en los archivos policíacos.

Los factores biológicos pueden desempeñar una importante función en la delincuencia. Las obras clásicas de Glueck y Glueck y de Healy y Bronner, revelaron la existencia de algunas relaciones físicas interesantes.

Los cuerpos de los delincuentes varones eran más sólidos y musculosos que los de los no delincuentes, pero eran más propensos a padecer problemas orgánicos y enfermedades. Sus condiciones prenatales se caracterizaron por la preocupación, la angustia y las enfermedades de la madre, y el parto, fue muy difícil. Su infancia había sido penosa y agitada, y el control de esfínteres había presentado cierto problema. Cuando fueron examinados como delincuentes juveniles, casi la mitad manifestó hiperactividad y "extraordinaria impaciencia".

⁶³ North y Orange *El Alcohólicismo en la Juventud*, Pág. 26,27

La familia y los amigos del delincuente

Dentro de la familia, cuatro factores relacionados con la paternidad están asociados con el desarrollo de la delincuencia, los delincuentes juveniles provienen de hogares sueltos. No obstante, como era de esperarse, los hogares disueltos no siempre provocan la delincuencia.

El segundo factor es la calidad de las relaciones entre padres e hijo. Cuando esta relación es cálida y afectuosa, el índice de delincuencia es bajo. Se trata de la dimensión "hostilidad-autonomía" de la paternidad. Recuerde que los niños criados en esos hogares tienden a ser agresivos, desinteresados en los derechos y sentimientos de otras personas, y no cooperativos.

El tercer factor se relaciona con la disciplina. Los padres de los delincuentes utilizan la técnica del empleo de la fuerza. Es decir, aplican o amenazan con el castigo físico. La disciplina es drástica, y se caracteriza por la pérdida de control emocional de los padres, la irracional exhibición de fuerza y las palizas repentinas y drásticas.

El último factor relacionado con los padres se refiere a la personalidad y rasgos de conducta de los padres. Muchos padres de delincuentes juveniles sufren perturbaciones emocionales, muchos delincuentes juveniles son miembros de pandillas.

Las pandillas en cierto sentido se parecen a las agrupaciones, puesto que incluyen a miembros que pertenecen a grupos más pequeños. Las pandillas, sin embargo, tienen un alto grado de estructura formal, los roles de liderazgo, las líneas de autoridad y el territorio geográfico están definidos con exactitud. Los adolescentes que integran las pandillas tienden a un coeficiente intelectual inferior, y tienen padres con antecedentes criminales; provienen de hogares pobres y disueltos, y acuden a la agresión física y verbal para resolver los problemas a que se enfrentan.

La personalidad del delincuente

Los delincuentes son más impulsivos, desafiantes y resentidos contra la autoridad. También manifiestan sentimientos inferiores de autoestima, autoconfianza, felicidad y aceptación por parte de otras personas.

Los delincuentes parecen poseer un temperamento "difícil" desde el nacimiento, es probable que, cuando eran bebés, su inquietud, su llanto y su sueño irregular hayan sido tratados drásticamente; y porque sus padres tendían al castigo y la intolerancia, fueron disciplinados por su impaciencia e impulsividad durante la niñez.

Farmacodependencia

La farmacodependencia en México es un grave problema de salud pública que afecta por igual a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos y de todas las clases sociales. Es originado por múltiples factores, principalmente de tipo social, que al coincidir con problemas familiares e individuales, llevan a las personas a buscar salidas equivocadas a través de las drogas.

Es un problema que nos afecta a todos, aun cuando no se padezca directamente, ya que somos integrantes de una comunidad en la que el ocio, la inseguridad y la abundancia e invitación al consumo de sustancias, expone a las personas a caer en el abuso de las mismas.

Las drogas son todas sustancias químicas que introducidas en el organismo produce cambios físicos o mentales. Existen drogas que son de utilidad para el hombre, como las medicinas; pero existen otras, como la marihuana, los inhalables y algunos derivados del opio, que no tienen uso médico. Sin embargo, ambas categorías llegan a ser consumidas indebidamente.

Cualquier droga puede ser dañina; aunque los efectos varían dependiendo de la cantidad, la frecuencia y la vía de consumo; el tipo de la droga; las condiciones físicas y mentales del consumidor, así como el ambiente donde se consume. El uso de drogas puede afectar la personalidad y el funcionamiento familiar y social del individuo ya que todos tienen algo en común; y la mayoría también afecta físicamente al usuario.

Actualmente, en México, se consumen muchas drogas diferentes. Sin embargo, en los jóvenes, las drogas de mayor uso son la marihuana, el alcohol y los inhalables. Desafortunadamente en los últimos años el consumo de inhalables ha ido en aumento en los grupos en los grupos de menor edad, aún en niños.⁶⁴

Menor infractor

En la mayor parte de las familias existen el padre y la madre; sin embargo, la figura paterna es muy inestable.

En los grupos familiares en los que uno de los padres está ausente y no hay una persona que lo sustituya, los controles son débiles o nulos, y los roles tanto de padres como de hijos son confusos y no se hallan delimitados claramente. Estas familias están propensas a problemas, tanto familiares como individuales.

El abandono paterno es una experiencia dolorosa que generalmente se expresa como rechazo hacia el padre (algunas veces también hacia la madre), resentimiento y actitudes agresivas hacia los representantes de la autoridad (maestros, policías y patrones). También conlleva falta de disciplina aunada con una organización débil y matriarcal, lo cual desarrolla lo que se ha llamado autonomía prematura. El niño actúa a voluntad y atiende sus propios problemas y carencias desde temprana edad.

La familia marginal sería aquella que no ha podido "integrarse" o "conformarse" a los valores de la sociedad "ideal".

El delito es un trabajo más en el mundo de su subcultura. En este contexto, la infracción del menor se manifiesta ante y contra una sociedad que le impone valores y costumbres que le son ajenos. En suma, el problema no consiste en la marginación, sino en el proyecto dominante de una sociedad. Un país comprometido en un modelo masivo de industrialización, al dejar en el abandono a más de la mitad de su población, obstaculiza sus posibilidades de lograr un desarrollo firme y duradero.

Niños de la calle

Los sin hogar sufren de falta de alimentos, ropas adecuadas, acceso a los cuidados sanitarios y servicios sociales, y oportunidades educativas.

Muchos adolescentes se encuentran viviendo solos como consecuencia de escaparse o ser expulsados de sus familias. De muchos adolescentes que se escapan de casa se ha abusado sexual o físicamente por parte de un padre u otro pariente. En otras situaciones, los padres de los adolescentes que están actuando mediante el abuso de drogas pueden sentirse desamparados y amenazados y forzar al adolescente a salir de casa como forma de recuperar el control de sus propias vidas. Los adolescentes también se quedan sin hogar por conflictos familiares, sistemas familiares caóticos, y cambio de la estructura familiar.

Características conductuales

Sin lugar donde vivir y con limitados o sin ningún recurso económico, las personas sin hogar a menudo se ven forzadas a robar o buscar en la basura para conseguir comida, y a mendigar dinero para comer.

El albergue puede consistir en cualquier protección de los elementos, incluyendo por debajo de los puentes, coches, edificios abandonados, cafés abiertos o moteles y vivir con amigos. Las personas sin hogar pueden cometer delitos menores para quedarse en una celda toda la noche. Si no hay un refugio, una persona sin hogar puede dormir en un banco de un parque o en una rejilla de vapor.

⁶⁴ Edward P. y James *Desarrollo del Niño y del Adolescente*. Pag. 440-448

Dada la falta de necesidades tales como la comida y el refugio, muchas personas sin hogar tienen dificultad en afrontar las actividades de la vida diaria. Puede ser imposible realizar la higiene básica. Puede ser muy difícil encontrar ropa adecuada para el clima. A menudo es un problema protegerse de la lluvia, el frío y la nieve.

Características afectivas

La sociedad percibe como fracasados a los sin hogar. Muchas personas sin hogar piensan que sus vidas están fuera de control y se sienten desesperanzados y desamparados hacia el futuro. Muchos están inmovilizados por una depresión severa y pueden no ser capaces de reunir la energía para seguir un plan que resulte en encontrar una casa. Otros sufren de miedos múltiples, sospechas e ideas paranoides que interfieren con la petición de ayuda a los servicios de apoyo en la comunidad. Los niños sin hogar sufren sentimientos de humillación si se les toma el pelo o ridiculiza por los otros niños sobre su aspecto o su falta de un hogar.

Características cognitivas

El estar sin hogar contribuye a la baja autoestima. Muchas personas sin hogar están abrumadas por sentimientos de incompetencia. Los niños tienen que sentir el éxito y ser capaces de relacionarse a un mismo nivel con los demás niños y el entorno general de estabilidad para desarrollar la autoestima. Los niños sin hogar no disponen de esas condiciones. Los adolescentes que han escapado de casa a causa de abuso sexual o físico no han tenido la oportunidad de desarrollar una autoestima positiva.

Características socioculturales

El 40 por 100 de los niños sin hogar no asisten regularmente a la escuela.

Características fisiológicas

Hay muchos problemas fisiológicos que se relacionan directamente con el no tener hogar. Las personas sin hogar tienen más probabilidades de ponerse enfermas a causa de su exposición a los elementos, estrés, abuso de sustancias, y condiciones de aglomeración en albergues y misiones. Los problemas de enfermedad se complican a causa de que los sin hogar son los que con menos probabilidad sean capaces de cuidarse a sí mismos cuando están enfermos.

Cualquiera que sean las razones para estar sin hogar y las cuestiones implicadas en la identificación de los sin hogar como un problema social o mental, las personas sin hogar como un problema social o mental, las personas sin hogar tienen que tener cubiertas sus necesidades básicas. Ellos necesitan adecuados albergues, alimentos, cuidados de salud, escolarización, entrenamiento laboral y otros servicios que les ayuden a convertirse en miembros participativos de la sociedad⁶⁵

2.4. ASPECTOS SOCIALES.

2.4.1 La Familia

Muy a menudo se utiliza el término familiar para designar una variedad de grupos que incluyen:

- 1) Un padre, una madre y sus hijos
- 2) Los hijos de un padre y una madre
- 3) Un grupo de personas que viven en la misma casa
- 4) Todos los parientes de una persona
- 5) Los antepasados etc.

⁶⁵ Cook y Fontaine *Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental*. Pag. 741-745

Aunque cuando se habla de familia, se hace referencia generalmente a un grupo de adultos y de niños que viven juntos durante un periodo prolongado, va más allá de esto. El grupo como tal es una unidad articulada de un sistema de seres humanos de diferentes edades, interrelacionados biológica y psicológicamente, que tienen entre todos, un conjunto de recursos que utilizan para adaptarse a las situaciones psicológicas sociales y físicas por lo que pasan inmersos en un contexto cultural propio.

PAPEL Y ESTRUCTURA

Independientemente de su tipo sociológico, poli o monogámico, exo o endogámico, es notable por su permanencia en la especie humana la familia, aun con las intervenciones religiosas y sociales para mantener su "coherencia, sancionando en ocasiones su existencia y enunciándola como institución básica.

La estructura y cualidad de las relaciones familiares varían según el carácter y equilibrio de los elementos que la constituyen, y aunque la complejidad de las acciones de las relaciones y de las interacciones, en el interior de la célula familiar, no permite considerar relaciones familiares tipo, ideales o perfectas que se puedan estudiar independientemente identificando las posibles variaciones. Existe un mundo familiar cambiante multiforme, siempre nuevo y sin embargo siempre el mismo que hay que aceptar globalmente.

La pareja, condición necesaria del hogar, no puede considerarse suficiente para que exista una familia, la llegada del hijo crea la familia; por lo que las relaciones familiares normales se ordenan en torno al hijo, en función de este y para este. La actitud del hombre frente a la sociedad dependerán en gran parte de su experiencia familiar, por otro lado esta experiencia facilita al niño el aprendizaje de su oficio de hombre.

El aprendizaje significa experiencia, tanteos, reveses, torpezas, repeticiones, papel primordial de la familia es permitir esas experiencias que darán al niño el dominio de sí mismo. Las pequeñas mortificaciones familiares, los renunciamientos necesarios a las exigencias afectivas exageradas, las limitaciones obligatorias de su egoísmo son un ensayo para exigencias análogas y menos suaves de su vida de adulto lo que explica porque una protección excesiva de niño, destinada a evitarle la más mínima dificultad durante su infancia, puede ser tan perjudicial como una ausencia total de dirección.

Las relaciones familiares están representadas por tres personajes principales; padre, madre e hijos y varios complementarios (aunque no siempre) abuelos, tías, tíos, etc. Existen un cuarto elemento aunque no tangible disfruta de no menor importancia que los tres primeros, el hogar.

En toda sociedad existe un equilibrio permanente entre amor y autoridad, entre solidaridad y rivalidad, papeles que en la familia son representados por los cuatro personajes que ya mencionamos, el padre encarna la autoridad, la madre el afecto, los hermanos y hermanas la rivalidad y el hogar la solidaridad, papel que no es exclusivo de cada uno, de ahí la complejidad de las acciones e interrelaciones de la familia, sin mencionar los acontecimientos exteriores insuperables o irrevocables que pueden perturbar la armonía familiar.

Uno de los fines de la familia es proporcionar a sus componentes seguridad en especial a los más pequeños y que se encuentran en un periodo transicional de formación, es decir los hijos necesitan de un ambiente familiar que les haga sentir el poder protector que una a ambas figuras paternas ofrece.

Según Preston los tres elementos esenciales de la seguridad se llaman amor, aceptación y estabilidad ya que el amor de los que rodean y sobre todo de la madre es fundamental en el desarrollo del niño no solo en el plano afectivo sino como se ha demostrado en el físico e intelectual, ahora bien el amor solo representará su papel asegurador cuando el niño se siente aceptado en la familia y finalmente la estabilidad es la tercera condición que completa la seguridad del niño en familia.

Cuando un niño se desenvuelve en un medio agresivo se corre el riesgo de transformar un terreno firme u benévolo en el que el niño pueda adaptarse progresivamente a las exigencias de la vida por terreno movedizo no homogéneo, pobre en valores afectivos donde su crecimiento será insuficiente o deformado.

Así como la inestabilidad afectiva trae repercusiones en el niño, la inestabilidad material puede presentar inconvenientes aunque menos graves que los primeros. Especialmente los cambios frecuentes de residencia o de escuela resultan perjudiciales porque obligan al niño abandonar la constelación afectiva de sus amistades, inconveniente que puede suavizarse por una estabilidad afectiva familiar.

Continuando con la postura de Preston la estabilidad y por ende la seguridad depende sobre todo de la conducta de los padres. Dicho de otra forma es necesario que el niño sea amado, que se sepa amado estable con el cual el niño tendrá el apoyo para levantar el mundo que se le ofrece sobre los tres columnas de la seguridad, amor aceptación y seguridad como adulto que acepta la inseguridad como riesgo normal.

EL PAPEL DE LA MADRE

El papel principal de la madre es amar, es ella la encargada de aportar uno de los tres pilares de la seguridad necesaria para el buen desarrollo afectivo del niño. En torno a este se ordenarán las relaciones del niño, primero con ella y más tarde con los demás elementos de la familia.

Si bien es esta función de las más importantes en la familia, no es la única para la madre, también debe tener autoridad que en ningún momento es incompatible con el amor. Sin embargo el amor debe desempeñar un papel más importante en ella que la autoridad, ya que de su calidad depende la afectividad futura del niño, modelado por la madre persistiendo en el psiquismo del adulto.

El tema sentimental "carne de mi carne" traduce una realidad biológica profunda, que el niño recién nacido no es más que un fragmento maternal exteriorizado, incapaz de la misma autonomía vital que logrará poco a poco la independencia orgánica con la madre, pero la dependencia afectiva sigue una evolución parcial paralela que surge desde la concepción y continua después del nacimiento.

Así como la personalidad y comportamiento de la madre posee una influencia determinante sobre el porvenir psíquico del niño, el comportamiento de la madre depende en gran medida de sus otras relaciones familiares, en particular la sostenida con el marido, es decir, del equilibrio interno del hogar.

PAPEL DEL PADRE

Así como el niño espera amor de su padre, espera antes que nada autoridad. Se ha dicho que solo el autor tiene autoridad, tal es el caso del padre, ya que es el autor de la vida de su hijo.

Algunos padres llegan a abandonar sus autoridad a otros miembros de la familia incluso a la madre, hasta llegar al extremo de ser despojado de ella, pudiendo llegar a afectar el equilibrio afectivo del niño.

Ya se ha mencionado que el amor materno y la autoridad paterna son fundamentos indispensables para el equilibrio de las relaciones familiares, lo que no prohíbe a la madre mantener cierta autoridad sobre sus hijos de manera contraria al padre tampoco se le impide manifestar su ternura, por el contrario esta es necesaria sin perder de vista la jerarquía de los roles que cada uno representa.

Si bien es cierto que en los primeros años de la infancia el comportamiento paterno frente al niño no es relevante por ser la madre la que ocupa todo el campo afectivo infantil, el padre puede hacer sentir su acción sobre el niño de manera indirecta manteniéndose junto a la madre a fin de

ayudarla y reconfortarla en sus momentos de fatiga e inquietud. Sin embargo debe evitar dar cosas. *primero*, querer ocuparse de todo, *segundo*, convertirse en un padre terrible y temible, ciego y sin compasión. Formuladas estas recomendaciones, la amenaza de revelar al padre las culpas del niño puede ser útil, con la condición de que se utilice con entero conocimiento y sin exageración para evitar que en el niño nazca un terror ansioso excesivo.

Algo verdaderamente importante es el objeto de la identificación que el padre ofrece al niño, su comportamiento al igual que sus intervenciones directas o indirectas ofrecen a su hijo una imagen de identificación, para que este más adelante, supere el conflicto temporal hostilidad-admiración, y llegue a una aceptación total de la virilidad simbolizada por el padre.

EL PAPEL DE LOS ABUELOS

Es importante entender que los abuelos no deben ser, ni padres repuesto, ni padres sustitutos. Poseen numerosas maneras de ayudar útilmente al hogar, en los matrimonios jóvenes su papel indiscutiblemente es de sostén (económico y/o moral) ya que teóricamente representa con la pareja joven el papel de formación y apoyo que muchas veces exige un tacto y discreción muy difíciles de mantenerse pero necesarios para la joven pareja.

El papel de apoyo debe disminuir paulatinamente hasta extinguirse espontáneamente en un lapso más o menos largo, de lo contrario su exceso acarrearía dificultades constantes entre los cónyuges.

Los abuelos disfrutan también de un papel autoritario, aunque de autoridad complementario, pues deben apoyar a los padres en su conducta con los hijos más no sustituirlos directamente (salve casos especiales) configurándose ante el niño como referencia y confirmación de la autoridad paterna.

Los abuelos deben hablar de sus experiencias de la vida a sus nietos, ya que de manera fácil, sencilla y frecuentemente divertida, enseñará a los niños muchas cosas útiles transmitiendo de generación en generación los grandes mitos, secreto de la evolución afectiva individual.

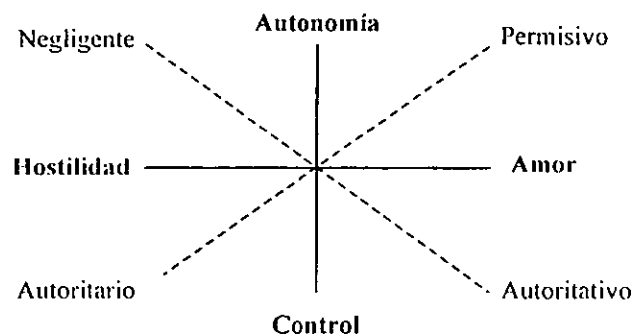
LOS PADRES COMO AGENTES DE SOCIALIZACIÓN

Se ha señalado ya la función que el padre y la madre tienen en el núcleo familiar y la flexibilidad de los roles propicia para la distinción de las funciones de los sexos y la satisfacción de necesidades materiales y emocionales del grupo.

Así como es evidente el que en la actualidad la mujer participe de manera más activa en las actividades económicas como un apoyo económico del padre, contribuyendo al sostén y manutención del hogar, de manera inversa, el hombre inicia en la formación de la disciplina de sus hijos, en sus juegos y en la comunicación de aprobación o rechazo de sus aspiraciones, conformándose como un factor importante de apoyo para sus hijos hombres y mujeres. Y aunque los niños piden mayor atención a la madre que al padre en las actividades de cuidado infantil, es evidente la participación del papá en la educación de sus hijos.

Las prácticas de crianza infantil, exige a los padres traducir tipos específicos de interacciones sobre su papel como padres con sus hijos, en donde la mayor parte de las actitudes de los padres son una combinación de amor-hostilidad y autonomía control.

Bluss y Plomin (1975) funden en un modelo la disciplina impuesta por los padres considerando las manifestaciones de hostilidad, amor, autonomía y control, y en estudio realizado a 137 familias con hijos gemelos, se encontró que el estilo de crianza infantil, estaba determinado por el temperamento de los padres; mientras los padres muy sociables tienden a la dimensión de amor; los padres de alto nivel de actividad, tienden a favorecer el control, en contraste con los padres tímidos e impulsivos que tienden a ser pobres en su dimensión de amor.



FUENTE: Buss y Plomin Δ Temperament theory of personality. 1975

En verdad la función socializadora de los padres es difícil, y los padres no muy a menudo se preocupan por sus responsabilidades al respecto y con frecuencia los conflictos que tienen los padres entre sí por su diversa escala de valores, salen a la luz en el momento en que intentan decisiones sobre la manera de como deben tratar a sus hijos, y también ante un mundo cambiante, dudan si vale la pena imponer a sus hijos sus propias actitudes y valores morales.

LOS PADRES COMO PROTECTORES Y RESPONSABLES DE SUS HIJOS

Generalmente durante los primeros 6 meses de vida del niño, la madre se encarga de la mayor parte de los cuidados que requiere, incluso en sociedades en donde la mujer tiene un papel importante como fuerza de trabajo, conserva al niño en casa los primeros meses para amamantarlo y cuidarlo; o algunas otras abandonan el trabajo desde el nacimiento de su primer hijo, hasta que el último que tienen comienza a ir a la escuela.

La actitud de los padres en las familias donde ambos trabajan, la tendencia es hacer una división de trabajo. La madre alimenta, baña y viste al niño mientras que el padre se encarga de cosas más pesadas, reparar juguetes y proteger al niño de peligros. En estas familias el padre tiende a asumir más responsabilidades del hogar que cuando las mujeres no trabajan. Algunas veces contrario a todo lo anterior, cuando los papas trabajan, la responsabilidad del cuidado del niño pasa a parientes o se encomienda a un servicio, situación que favorece un desapego de las funciones de crianza, socialización y educación que corresponde por naturaleza a los padres y con lo que más adelante perderán autoridad y respeto frente a sus hijos situación por demás alarmante para el núcleo familiar.

LOS HERMANOS.

En cada familia influye de manera distinta el nacimiento, la diferencia de edad, y el sexo de los hermanos en el patrón de relaciones entre los distintos miembros de la familia cada hijo de familia tiene una perspectiva diferente dependiendo de su posición en el orden de hermanos. Esta junto con el tamaño de la familia han sido las características que más se han estudiado y aunque el hecho de que el niño vive el tamaño de su familia y la posición que tiene en relación con sus hermanos como un todo, se abordará por separado estos aspectos para tener una idea más clara de como la relación fraterna incluye en el desarrollo de cada uno de los hijos.

LOS EFECTOS DEL ORDEN DE LOS HERMANOS EN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA

Considerando que los estudios realizados sobre el orden de los hermanos, rara vez toma en consideración otras variables importantes como el tamaño de la familia, el esparcimiento entre

nacimientos y el sexo, los datos detenidos al respecto forman un panorama poco claro. Lo que mejor se conoce del orden de los hermanos son las reacciones del primogénito.

En relación con los aspectos físicos, el primogénito tiene un parto más largo, resiente mayor presión en los huesos del cráneo y el índice de mortalidad es mayor que en los otros hijos. Generalmente son más pequeños al nacer y más grandes al año o dos años que sus hermanos, diferencia que desaparece en la edad adulta.

Los datos disponible sobre inteligencia y éxito no muestran diferencia significativas entre el primogénito y los demás aunque los primogénitos tienden a tener más éxito académico, sus mejores puntuaciones en inteligencia, éxito académico y motivación para estudiar los hace parecer más inteligentes.

Esta superioridad académica del primogénito se puede deber a que interaccionan más con los adultos, les hablan más, le explican más y razonan con él, y al hecho de que tienen acceso a una fuente mayor de recursos. Muchas familias de escasos o limitados recursos dedican lo más que pueden a la educación del primogénito con la esperanza de que más tarde en la vida, estarán en posición de ayudar mejor a sus hermanos.

EXPERIENCIAS DEL GRUPO FAMILIAR

Con cada nuevo hijo la naturaleza del grupo familiar cambia y el modo de funcionar de la familia es distinto dependiendo del número de hijos. Las relaciones existentes, la disponibilidad de recursos, y la movilidad de la familia, contribuyen a crear un ambiente inmediato de desarrollo para el niño.

El Primer Hijo. Con el primer hijo los progenitores calibran sus capacidades como padres, para el niño se vuelven los compañeros primordiales de relación. Dependiendo de la relación que lleven otras familias con hijos las dificultades en la crianza de su propio hijo les parecerán normales o anormales olvidándose que en ocasiones serán producto de su propia experiencia.

Por lo general los padres sienten mayor ansiedad con el primer hijo que con los demás y muy a menudo intervienen mucho emocionalmente pero en sentido positivo, con el primer hijo. Cada experiencia con el primogénito es un cambio de dirección para los padres con los demás hijos. Se sienten menos preparados y seguros en la crianza del primer niño que con los demás. A menudo estas experiencias de los padres los primogénitos las resienten en el aspecto de que son más estrictos y han usado más castigos físicos con ellos que con los hijos siguientes.

En términos de espacio una familia de tres miembros puede acomodarse cómodamente en un departamento de cuatro habitaciones asegurando la intimidad necesaria de la pareja. Un grupo así además tiene gran movilidad, se puede ir a restaurantes, museos, espectáculos etc., cosa que sería inapropiada, inconveniente y demasiado costosa con más niños.

En relación con la economía a pesar de que los recursos económicos de la familia cuando nace su primer hijo son menores que en etapas subsecuentes y la familia puede irse adaptando con mayor facilidad y menos apuros económicos ya que el costo de alimentos, ropa y gasto médicos o de la escuela aumentan con cada nuevo hijo y cuesta menos mantener una familia de tres miembros que una familia numerosa.

El Segundo Hijo. Se presenta varios cambios importantes en la familia cuando nace el segundo hijo. Mientras por un lado disminuye la intensidad de cuidados otorgados al primogénito, por otro lado, ahora son capaces los padres de reconocer los patrones de desarrollo del segundo y anticiparse a los cambios, sensibilizando al mismo tiempo de las diferencias de temperamento entre los dos niños comienzan a aceptar a cada niño como en vez de tratar de imponer una idea abstracta de lo que un niño debe ser.

Para cada niño la experiencia también es diferente, ahora tienen un grupo más amplio con quien relacionarse. El mayor tiene la oportunidad de asumir un papel de dominio y enseñanza sobre

el hermano menor como compañero de juego. Con dos niños ambos son modelos de imitación uno del otro en especial el menor comienza a imitar conductos del mayor.

Un inconveniente con un segundo hijo es la rivalidad entre hermanos atribuida a dos causas:

- 1) celos que el mayor siente por el amor, atención y tiempo que los padres dedican al recién nacido
- 2) el celo del menor por la capacidad y autoridad que el primogénito goza.

La intensidad de la realidad estará determinada en primer lugar por el temperamento de los niños, pero deberá ser controlada o estimulada por la conducta de los padres. Si los padres pasan menos tiempo con el mayor después del nacimiento del segundo o con insistencia alaban a alguno de los dos, los niños no pueden menos que apreciar estas conductas como signos de preferencia. Si por el contrario los padres intervienen en los conflictos entre hermanos de forma consciente y justa insistiendo en sus principios y enseñando como encontrar la solución; los niños aprenderán líneas de conducta aplicables para ambos.

Con cuatro personas se puede tener mayor fricción en relación con el espacio ya que el nivel de ruido de dos supera con mucho al que provoca un solo niño.

En cuestiones económicas el segundo nombra los recursos materiales de la familia al principio ya que el segundo puede usar la mayor parte de la ropa y juguetes del primero aunque después de los 18 meses los gastos ocasionados por cada uno se comienza a notar, exigiendo respuestas individualizadas.

El Tercer hijo y los Sigüientes. Recordando que con cada nuevo nacimiento, los demás miembros de la familia tienen más edad es posible que con la llegada del tercer hijo el primero ya este en la escuela, los padres promovidos en el trabajo con aumento de sus responsabilidades laborales y algunos de los abuelos haber fallecido ya.

Las relaciones adulto-niño disminuye, siendo el mayor quien desempeña el papel de supervisor o maestro de los demás en vez de los padres, hecho que represento otro problema dependiendo de su disponibilidad para hacerlo.

Las familias numerosas son menos flexibles y requieren de más espacio además que conforme crecen no es posible que tomen parte de las mismas actividades pues la diferencia de edades trae consecuencias en la diferencia de intereses y capacidades que muchas veces es imposible integrarlas en una sola actividad familiar. Muy a menudo en las familias de cinco o más hijos el mayor y el menor generalmente se conocen poco y no participan de las mismas actividades.

Resumiendo lo expuesto se entiende que en la medida cambia el número de hijos, cambian las relaciones entre los miembros de la familia, regulado por la disposición de sus miembros para responder a los cambios que implica el nacimiento de un nuevo niño.⁶⁶

EL HIJO ÚNICO. El hijo único es un niño mimado porque suele ser hijo de egoísta, la esterilidad voluntaria de los padres lo inclinará hacia una esterilidad psicológica en donde el "tienen" un hijo y no han "dado" la vida a otros.

Es un niño mimado y adulado ya que son pocos los cuidados con que se rodea a un objeto único cuya desaparición derrumbaría la construcción familiar. El padre suele ser un ente blando y la madre escapa difícilmente de un comportamiento super protector. Vigilara su alimentación, ropas, amistades etc., con una minuciosidad que el niño reaccionará exigente y caprichoso por estar harto de atenciones constantes.

La madre exigirá disciplina esfinteriana prematura, cortes, a más formal, resultados escolares más brillantes, elección de amigos bien educados, todo esto es lo mínimo que se espera de él. Se le evitan amistades no seleccionadas, se le preserva de todo contacto nocivo (microbios o

⁶⁶ Newman *Desarrollo del niño*, Pag. 181-195

palabras groseras), se anticipan sus más pequeños deseos, y toda esta falta de iniciativa se dejará sentir más adelante aprendiendo solo recibir y nunca a dar. Privado además de la menor decisión fracasará ante las grandes responsabilidades (carrera y/o matrimonio). Sus mismos padres corren el riesgo de cosechar, como única recompensa, ingratitud fruto del egoísmo que sembraron en él.

Solitario como ha crecido, nada le permite desarrollar un espíritu comunicativo, la ausencia de vida social adaptada a su edad favorecerá un narcisismo reforzado por la actitud admirativa de los adultos.

Suele ser brillante en el aspecto intelectual ya que la atención que se le presta permite la realización precoz de todas sus posibilidades intelectuales, pero en lo afectivo, sensorial y motor sigue siendo un bebé sin independencia personal.

Este cuadro sombrío del hijo único encierra sobre todo el riesgo de dejar en el adulto un narcisismo y un egoísmo que amenazarán gravemente su adaptación social.⁶⁷

IMPORTANCIA DEL NIÑO EN LA FAMILIA

La visión de la familia como sistema psicosocial no quedaría completo sin considerar la importancia que los niños tienen en el sistema.

En la familia el proceso de adaptación es más eficaz cuando cada miembro ve a los otros como parte valiosa del grupo, la manera de considerar a los niños en el grupo familiar refleja la orientación de una cultura hacia los niños.

La importancia de los niños para el grupo familiar se evidencia de cuatro fuentes

- 1) Una primera supone la importancia en relación con el mejoramiento de status de los padres con cada nacimiento.
- 2) Una segunda fuente sustenta la importancia de los niños en la utilidad de estos para la ayuda y supervivencia económica así como a la manutención de la organización familiar (situación en la que la mayoría de las veces se llega al extremo de la explotación del niño).
- 3) La celebración de rituales celebrados por o para los niños, consiste en la tercera evidencia de importancia del niño en el núcleo familiar ya que por ejemplo en cada familia la celebración del bautismo, cumpleaños o graduación donde el niño es el centro de atención se da a este su importancia en el grupo familiar.
- 4) La última evidencia de la importancia del niño en la familia esta dada por el aumento de recursos que la familia tiene por la presencia en ella de un niño, por ejemplo, regalos dados al padre, la madre o el mismo niño, así como la asistencia brindada por parientes o vecinos aún del mismo gobierno quien suministra servicios a las familias con hijos como seguro social, educación pública etc.

La importancia de esta ayuda dependerá de la riqueza de la sociedad que le proporciona y de la necesidad que la proporciona y de la necesidad de los niños que la requieran.⁶⁸

ASPECTOS DE LA DISGREGACIÓN FAMILIAR

Cuando se emplea el termino "disgregación familiar" se hace referencia a los casos cuando el hogar no representa para el hijo, el papel que debería asumir, se agrupan en tres categorías: Hogares inexistentes, Hogares inestables y Hogares destruidos.

Hogares Inexistentes. Para elaborar una sociedad en quiebra es necesario que haya estado en primer lugar constituido, muchas familias de las llamadas disgregadas nunca fueron realmente más allá de una pareja "unida libremente". Consideraron el matrimonio bajo sus propias características sociales o religiosas lo que para muchos otros no basta para construir un hogar.

⁶⁷ Porot *La familia y El Niño*, Cap.1

⁶⁸ Newman Op. Cit. Pag. 203-206

Hogares Inestables. Son frecuentemente de los hogares disgregados más perjudiciales para el niño estos e pueden clasificar por el orden de nocividad y por la desarmonía de los padres encontrando nocividad aguda y latente.

Los desacuerdos agudos son a veces transitorios y no dependen siempre del desacuerdo entre los padres, sin embargo, cuando el niño presencia los espectáculos de hostilidad paterna y materna a través de gritos y groserías, no se le esta ofreciendo a éste el ideal necesario para su identificación. Los chicos y las chicas mayores experimentarán según su estado evolutivo y preferencias, desprecio u odio hacia el padre, la madre o ambos, sentimiento que transferirán más tarde a la sociedad.

Los desacuerdos latentes visibles o no son los más frecuentes. El egoísmo e incomprensión de los cónyuges denominado "incompatibilidad de caracteres" provoca un fracaso del que ambos son responsables. Cuando intentan mantener una aparente y superficial cohesión por los hijos, la sociedad o las exigencias de la vida profesional, la virulencia de los sentimientos se exagera en la obligación de reprimirlos.

Independientemente de la causa del desacuerdo latente no serán las manifestaciones directas del desacuerdo entre pareja, las que afecta al niño, pero a pesar de su corta edad de este su conocimiento intuitivo le dejará saber la situación real que trastornara gravemente a veces su afectividad y comportamiento, sin que los progenitores se den cuenta hasta tiempo más tarde, por la aparente "vida familiar normal" que hacen creer llevan.

El peligro de todo esto reside en la solución que los cónyuges encuentran en su desacuerdo. Con la pérdida de lazos efectivos y la frustración de que el hogar no aporte ya nada sus intereses, crea un estado de disponibilidad afectiva que a través de evasiones, refugios o compensaciones fuera o dentro de la casa, situaciones que permiten realizar la "convivencia" familiar que necesitan aparentar.

Las compensaciones sexuales son las que con más frecuencia se buscan con la tentación de buscar fuera lo que no se encuentra en casa, y de la simple aventura genital pasajera a la creación de un segundo hogar son posibles todos los grados y componendas, destacando siempre lo difícil que es para el niño idealizar al padre a la madre, cuyo comportamiento contradice las enseñanzas morales que pretenden inculcarle.

Existen infidelidades platónicas que no por ello dejan de ocasionar grandes consecuencias en los hijos, otros matrimonios se conceden libertad sexual reciproca con la condición de guardar apariencias "por los hijos", sin embargo la realidad es develada tarde o temprano por los espíritus juveniles.

Entre las evasiones la más "honrosa" es el trabajo con la que el padre buscará horas suplementarias para trabajar en la oficina o en casa para evadirse del seno familiar que se le ha vuelto penitenciaría. Existen otras evasiones menos honrosas como los estupefacientes, el juego y el alcohol que es por demás sabido que producen estragos tanto por su consecuencia afectivas como materiales.

Finalmente cuando se quiere evadir de una situación que no se acepta todo puede constituir diversión por ejemplo los deportes, independientemente de practicarlos o seguirlos como espectador, incluso, la bibliomanía o el coleccionismo, pueden convertirse en puntos de evasión familiar para el varón. Para las mujeres las "buenas obras" son de las más honrosas evasiones. La mentalidad de la "señora caritativa" reúne proporciones variables de elementos narcisistas y una necesidad de comprensión afectiva, el te de caridad, ofrece la posibilidad de tolerar una vida difícilmente soportable sin este escape.

El refugio en la vida piadosa, solo en ocasiones es una erosión, pero de ser así, tiene graves consecuencias familiares y que la deformación conjunta del ideal parental con el ideal religioso no facilita ni el acceso del niño a un criterio firme ni aun afecto razonable, aporta solamente una doble condenación y rechazo a la religión y la familia.

Otra de las evasiones femeninas es el refugio en la enfermedad, la cual permite huir de las dificultades del hogar al mismo tiempo que permite obtener los beneficios que trae consigo: cuidados y atención. Dado que es difícil determinar el límite entre lo auténtico y lo irreal algunas mujeres encadenan a su cama a causa de la "enfermedad al cónyuge que no supieron retener de otra manera.

El recurso del hijo es el más peligroso de los recursos ya que el niño se convierte en el medio y víctima de la compensación buscada.

Los elementos afectivos disponibles y los que no se pudieron colocar normalmente en el cónyuge son proyectados en el niño, obligándolo a soportar una carga afectiva abrumadora que no se ajusta ni a su edad ni a su situación, ya que no puede sostener el papel de padre o madre que es llamado a remplazar, naciendo en el niño un sentimiento de culpabilidad. Por otro lado cuando se obliga al niño a tomar partido por su falta de madurez y criterio se inclinará por el que ofrezca muestras afectivas intensas, sin identificar la calidad, que valor e interés de estas.

Para la identificación del niño son trascendentales las experiencias afectivas que le sean proporcionadas. Cuando los padres por evitar que el niño se parezca a su cónyuge, niegan todo acceso de éste a las calificaciones legítimas de su sexo mutilando psicológicamente al hijo.

Estos muchachos y muchachas se convierten en invertidos físicos y psicológicos frecuentemente mal-sexuados que no podrán desempeñar correctamente el papel que les corresponde en la vida social.

Hogares Destruídos. Si para lograr la esencia familiar se requiere de la unión del padre y la madre, basta la desaparición de cualquiera de los dos para definir su destrucción. La ausencia prolongada por años representa un papel análogo de la muerte, abandono o divorcio, motivos de disgregación definitivas del hogar.

De todo esto el niño criado por una madre viuda en la admiración de un padre desaparecido saldrá favorecido con respecto al que crezca junto a una divorciada llena de independencia u hostilidad hacia su antiguo cónyuge.

EL NIÑO HUÉRFANO O ABANDONADO

El común denominador de la orfandad y el abandono es la carencia definitiva e irremediable en el momento que el ser humano todavía necesita de unos padres para su educación. Para algunos niños el abandono crea sentimientos de infamia y rencor.

Son diversos los factores que modifican las reacciones del niño, para el primogénito las responsabilidades con los hermanos pequeños crean reacciones más intensas. Cuando se tiene la presencia de hermanos y hermanas permite una compensación afectivo permitiendo a los pequeños identificarse aceptablemente al mayor del mismo sexo a falta de un padre a una madre. Por otro lado las circunstancias (brutal o progresiva) en que se da la desaparición de la familia también posee influencia ya que las reacciones serán distintas a la muerte del padre, de la madre, de ambos o si el superviviente contrae o no matrimonio. De todo esto el factor principal es la edad en que el niño se convierte en huérfano o es abandonado.

Antes de los siete años las consecuencias son nulas si el niño es muy pequeño y los padres sustitutos aceptables. En el niño mayor las reacciones pueden ser confusas la tristeza de quienes rodean al niño lo inquieta y puede traducirla en agresividad y rencor contra los padres desaparecidos. Intelectualmente el niño no progresa y en lo afectivo no adaptarse fácilmente al cambio de ambiente y la nueva forma de querer, se hace exigente, exclusivo, celoso, ávido sobre todo y más tardar mal adaptado a la vida social.

Hasta los cinco años el huérfano vive poco o mucho la presencia imaginaria de sus padres, negando la realidad de la muerte del padre o forjando una imagen excesivamente idealizada que le impedirá aceptar con facilidad el nuevo matrimonio de su otro progenitor, creando situaciones delicadas. Pero si para el huérfano, la desaparición de sus padres es una situación dolorosa pero

confesable; el niño abandonado debe sufrir por añadidura la humillación de haber tenido unos padres desnaturalizados que lo puede a sumergir un sentimiento de inferioridad reforzando la tendencia a conductas de reísticas y regresivas.

De los siete a los diez años percibe con mayor claridad el dolor que lo abrumba, el carácter irremediable de la desaparición, le crea un anonadamiento al que no esta en edad de reaccionar satisfactoriamente, interrumpiendo su desarrollo y afectividad. La consecuencia más grave del crecimiento, es la tendencia a huir de la realidad que puede concluir a un comportamiento esquizoide francamente inquietante.

Pasados los 10 años, tiene reacciones más parecidas a las de un adulto, su personalidad profunda queda menos afectada y por regla general se acelera su autonomía, en ocasiones sus esfuerzos por reemplazar al padre desaparecido, cargando con obligaciones demasiado pesadas para el, traen como consecuencia un desánimo al fracasar con esta misión. Nace por otro lado un rencor contra quien reemplaza al desaparecido, el padrastro o la madrastra, ya que la pérdida de los padres es irreparable e imposible sustituirlos, de ahí el fracaso de tantos padrastros y madrastras llenos de excelentes intenciones para desconocedores de esta realidad.⁶⁹

EL ESCOLAR Y LA FAMILIA

En la familia los escolares continúan aprendiendo valores y competencias que llevarán al mundo adulto, las que dependerán de los expectativas, estimulación y guía de los padres. Entre los 6 y 12 años deben tener ampliado su horizonte social, a esta edad la relación competitiva del niño con el padre del mismo sexo se ha resuelto, (pero puede resurgir durante la pubertad y adolescencia temprana) ahora se siente identificado con él y quiere ser como él.

Con el ingreso del niño al sistema escolarizado los padres reajustan sus vidas.

Los progenitores ayudan a los niños a desarrollar sus habilidades, aprender principios del trabajo, ajustarse a las leyes y reglas de la sociedad y a mantener ideales y comprender valores, pero ahora comparten esta guía con un número creciente de adultos, por lo que los niños adquieren nuevas ideas fuera de la familia, que frecuentemente entran en conflicto con las de sus padres, por lo que los adultos deben ayudar al niño a comprender este conflicto para que no se impacienten con sus padres y pierdan respeto por ellos.

Los padres también pueden estar confundidos y entrar en conflicto emocional por los nuevos conceptos que los niños traen al hogar, pero pueden discutir esto con el maestro del niño, su médico, un consejero religioso o con la enfermera escolar para que les aclare sus inquietudes y lograr que estos estimulen la confianza de sus hijos, dejando la puerta abierta al dialogo y las discusiones, pero nunca invadiendo la privacidad del niño.

También deberán los padres constituir un buen ejemplo para que su hijo siga en la construcción de los rasgos de carácter como honestidad y lealtad, estableciendo juntos límites sobre la conducta de su hijo y nunca comparando aun hijo con otro en la familia aceptándolo como un individuo diferente de los hermanos o primos.

EL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA

Uno de los objetivos importantes durante la adolescencia es el logro de independencia familiar, por lo que se da un desplazamiento de la orientación hacia la familia a la orientación de los compañeros, tornándose la relación adolscente-familia interdependiente.

Es verdad que el adolescente aún necesita de la ayuda y atención de la familia y sus padres, pero estos no deben actuar como sus compañeros, sino tomando en cuenta sus puntos de vista con respeto, confianza y compromiso mutuos, cualidades esenciales en la relación adolscente-padres.

⁶⁹ Perrot Op., Cit. Cap. II

Los padres deben dedicar tiempo para conversar con sus hijos adolescentes y compartir sus preocupaciones y expectativas sugiriendo (más no imponiendo) formas para manejar sus problemas sociales como drogas y sexo sin ceder a las presiones de sus compañeros; de esta manera el adolescente aumentará su autoestima y los padres se convertirán en modelos de rol para este periodo y en la edad adulta.

Si contrariamente a lo anterior, cuando el adolescente está intentando manejar la lucha hacia su propia independencia, los padres al mismo tiempo tratan e resolver su crisis de madurez. pueden producirse conflictos entre adolescentes y padres; conflictos que si se resuelven permitirá a la familia crecer en relación interdependiente, pero que si se resuelve irreconciliable, el adolescente puede unirse al número creciente de fugados que escapan de la vida hogareña.⁷⁰

2.4.2. Niños de Padres Separados

Los hijos sufren cuando sus padres se separan definitivamente, pueden experimentar pena, confusión, rabia, odio, amargo desengaño, sentimiento de fracaso y dudas de sí mismos. Para muchos, este rompimiento de la familia es el evento central de la niñez con efectos que persisten en la vida adulta, ante los ojos de un niño el divorcio representa la disolución de la fidelidad familiar y la necesidad de escoger entre los padres, por quienes se siente un cariño intenso. También representa el pensamiento ansioso y constante de querer que los padres vuelvan a estar juntos, y muchos niños se aferran a ésta esperanza hasta los últimos años de la adolescencia.

Durante el periodo previo al divorcio, el hogar, en general experimenta patrones de vida caóticos, confrontaciones emocionales, tensión y a veces violencia física. En este caso, los niños experimentan síntomas somáticos como temblores nerviosos, pérdida o aumento de peso, cambios en apetito, úlceras y vómitos, los cuales indican que el niño está afectado.

Durante el proceso de ajuste, los hijos de padres que se divorcian, con frecuencia, sienten temor del futuro, se sienten culpables de haber causado el divorcio, se duelen por el rechazo que sienten del padre que se va de casa. Pueden deprimirse, ser hostiles, destructores, irritables, solitarios, tristes, inclinados a sufrir accidentes y aún con tendencias suicidas, pueden sufrir fatiga, insomnio, enfermedades de la piel y, perder interés en el trabajo escolar o en la vida social.

Los niños de 6 a 12 años, sienten miedo ya que cuando oyen la noticia por primera vez, pueden correr en estado de pánico o ser agobiados por severos ataques de vómito. Con frecuencia se vuelven amargados o furiosos con un padre o con ambos, en especial con el padre al que culpan de causar el divorcio. Pueden exteriorizar su rabia robando o mintiendo, o emprenderla contra ellos mismos con dolores de cabeza o dolores de estómago.

Los jóvenes adolescentes (13 a 15 años) sienten rabia, depresión, culpa y desesperación. Pueden verse preocupados por dinero o volverse muy activos sexualmente. Puede que comiencen a competir con los padres del mismo sexo o sucumbir bajo la presión de ser "hombre" o la "mujer" de la casa. Tienden a creer que sus padres se han divorciado porque sus relaciones se han deteriorado debido a problemas de personalidad o diferencias irreconciliables⁷¹

Las dificultades conductuales se pueden caracterizar por cólera, ansiedad, sentimientos de culpa, aflicción y regresión como a continuación se enuncia.

- Cólera - Muchas veces los niños no pueden discernir entre lo que es mejor para cada uno de sus padres y por consiguiente muestran cólera. Otros se irritan y utilizan la cólera como defensa, aunque tal vez se sientan tristes. Los niños más pequeños hacen berrinches o se vuelven demasiado obedientes.

⁷⁰ Marlow Op. Cit. Pag. 1177,1178,1311,1312

⁷¹ Papalia Op. Cit. Pag. 481,482

- Ansiedad - Los niños ven el divorcio a través de la fantasía y los sueños como resultado de la ansiedad. Muchos niños temen que se les pida que se vayan y se preocupan por quién cuidará de ellos, tienen temor al abandono.

- Sentimientos de culpa - Estos sentimientos se presentan principalmente en niños de edad escolar, piensan que fueron la causa de la separación.

- Aflicción - Los niños consideran el divorcio como una pérdida en la que atraviesan por etapas de aflicción similares a las que se sienten por una pérdida debido a la muerte. Muchos niños pueden responder con periodos de depresión, una conducta retraída o perturbadora. Independientemente de la conducta del niño, su vulnerabilidad se intensifica durante este periodo.

- Regresión - Orinarse en la cama y sentir necesidad de participar en los rituales de la familia. Los juguetes o las mantas que le dan seguridad pueden volverse una compañía constante. Los niños mayores pueden tener dificultades con sus relaciones interpersonales, tener una conducta rebelde mostrar preocupación excesiva, adquirir una independencia prematura de la familia y sentir vergüenza cuando hablan del divorcio.⁷²

Al divorciarse los padres, los hijos encaran retos especiales y cargos impuestos además de las tareas usuales del desarrollo emocional.

1. Aceptación de la realidad de la ruptura matrimonial. Con frecuencia los niños no entienden lo que ha ocurrido y muchos de ellos de diferentes edades inicialmente niegan la separación. Otros pueden verse abrumados por fantasías de abandono o refugiarse en fantasías de reconciliación. La mayoría de los hijos, sin embargo, encaran el hecho del divorcio al final del primer año de separación.
2. Desembarazarse del conflicto y aflicciones de los padres y reasumir las búsquedas acostumbradas. Al principio, los hijos frecuentemente están tan perturbados que no pueden concentrarse en el colegio, jugar con otros niños o tomar parte en sus actividades usuales. Necesitan distanciarse de sus aturdidos padres y volver a sentir su propia vida. Por fortuna, la mayoría de los niños son capaces de hacer esto hacia finales del primer año o año y medio después de la separación.
3. Resolver la pérdida. Absorber las pérdidas causadas por el divorcio puede ser la tarea más importante para los hijos. Necesitan acostumbrarse a la pérdida del padre con el que no están viviendo, a la pérdida de la seguridad de sentirse amados y cuidados por ambos padres, a la pérdida de las rutinas familiares diarias y las tradiciones de familia y, frecuentemente a la pérdida de todo un modo de vida. A algunos hijos les toma años sobreponerse a estas pérdidas y algunos nunca lo hacen, conservando un sentido de rechazo, de no ser digno y de falta de amor hasta la edad adulta.
4. Reducir la rabia y la autoinculpación. Los hijos se dan cuenta de que el divorcio a diferencia de la muerte, es voluntario y con frecuencia experimentan rabia durante años con el padre o padres, que pudieron hacerles una cosa tan terrible. Cuando llegan a alcanzar la etapa del perdón - si ocurre - tanto para sus padres como para ellos mismo se sienten más poderosos y con más control de sus vidas.
5. Aceptar la permanencia del divorcio. Muchos hijos se aferran durante años a la fantasía de que sus padres se reconciliarán, aún después de que ambos se han vuelto a casas. Muchos jovencitos aceptan la situación solo después de lograr separarse psicológicamente con sus padres en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta.
6. Lograr una esperanza realista con respecto a las relaciones. Muchos jovencitos que se han ajustado bien en otros aspectos sales de un divorcio sintiendo temor a aventurarse a

⁷² Crawford y Curry *Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental*, Pag.95

entablar ellos mismos relaciones íntimas, por temor de fracasar como lo hicieron sus padres. Pueden convertirse en cínicos, deprimidos o, simplemente, dudosos a la posibilidad de encontrar amor eterno.⁷³

Se cree, que el divorcio deja marca en la mayoría de los jóvenes. Estos están agobiados por sentimientos de tristeza, necesidades insatisfechas y un sentimiento de impotencia. Echan de menos a sus padres (a quienes tienden a idealizar), temerosos acerca sus propias relaciones amorosas y posibilidades de un matrimonio exitoso y temen ser traicionados, heridos y abandonados, tienen problemas de comportamiento académico sociales.

Todos los divorcios involucran a los hijos. Idealmente sus padres estarían felizmente casados pero no había opción. Lo único que podían escoger era un hogar infeliz o un hogar desbaratado.

La mayoría de las personas divorciadas se alegran de haber dado fin a su matrimonio. Existen en 1992 una tasa de 7.8 divorcios, y 7.7 matrimonios registrados por 1000 habitantes.⁷⁴ Las cifras demuestran que hay más personas que se divorcian que las que se unen en matrimonio.

Así como las personas involucradas en relaciones múltiples necesitan separarlas en una primaria y en una o más secundarias, también los niños que tienen que habérselas con múltiples padres necesitan saber cuál es su padre primario y cuál el secundario. Así encontró que los hijos de divorciados tuvieron menos problemas personales y familiares que los padres tan infelices que ameriten un divorcio.

Los hijos de padres autoritarios frecuentemente presentan menos problemas de conducta que los padres dictatoriales o permisivos, les va mejor en el colegio y tienen menos problemas en llevarse bien con los otros niños. Estos efectos son más visibles en cuanto a los muchacho.

Los hijos bajo custodia de los padres y con problemas psiquiátricos tienen problemas de equilibrio respecto de ellos mismos, y los hijos de padres que continúan peleando con frecuencia y extremadamente después del divorcio tienen más problemas de conducta y de personalidad.

Los adolescentes que no se llevan bien con sus madres y son capaces de convivir con sus padres, con frecuencia tienen problemas de equilibrio al momento del divorcio, pero finalmente, muestran crecimiento psicológico. Cuando el padre a quien un jovencito acude es sensible éste puede proteger y ayudar al hijo, pero si es insensible, da lugar a un "amargo" e inclusive trágico desengaño. Aunque el divorcio es una experiencia desgarradora para todos en la familia la adaptabilidad del espíritu humano permite a muchos hijos sortear el doloroso trauma con una renovada sensibilidad y compasión que les será de provecho en la edad adulta.

FAMILIAS CON UN SOLO PROGENITOR

Una consecuencia importante de los divorcios es el gran número de hijos que son criados por un solo padre. Algunas veces las familias con un solo padre pueden tener su origen en la muerte de uno de ellos o porque la madre nunca se caso pero, más comúnmente resultan del divorcio, la separación o la deserción.⁷⁵

Madres que Trabajan y Madres Solitarias

Durante mucho tiempo, se afirmaba que era malo para los niños que la madre trabajara, dependiendo del contexto- de los sentimientos de la madre con respecto al trabajo, de lo que significa su trabajo para la familia, de la actitud del padre (si esta presente), de que si la madre es o no una profesionalista, de si la familia pertenece a la clase baja o clase media, etc. - Para ello

⁷³ Papalia Op. Cit. Pag. 432

⁷⁴ INEGI Op. Cit. Pag.29

⁷⁵ Papalia Op. Cit. Pag. 485,486

Hoffman organizo cinco hipótesis las cuales describen diferentes situaciones a las que se pueden ver enfrentadas estas, al trabajar:

Primera - Las madres que trabajan presentan un modelo de papel materno, distinto al que ofrecen las madres que no trabajan y los hijos desarrollan ideas distintas acerca del papel del sexo femenino.

Segunda: El trabajo afecta emocionalmente a las madres que trabajan, y que esto a su vez tiene un efecto adverso en el trato que tienen con sus hijos ya que puede exagerar la compensación que hace, sobre pasándose en sus atenciones para con los niños.

Tercera; es que debido a diferencias situacionales que se crean cuando las madres trabajan, las madres que trabajan usan prácticas de crianza infantiles distintas de las madres que no trabajan.

Cuarta: Las madres que trabajan proporcionan una supervisión inadecuada a sus hijos, y que los niños por consiguiente están más propensos a convertirse en delincuentes. En las familias de clase baja, casi siempre se advierte una relación entre una supervisión inadecuada y una conducta delincuente por parte de los hijos, trabaje o no trabaje la madre. En las familias de clase media, los niños de madres que trabajan si tienen un trato más propenso a la delincuencia.

Y finalmente, la hipótesis de que los hijos de madres que trabajan están despreciados emocional e intelectualmente o que se sienten rechazados por el hecho de que sus madres trabajen.

En consecuencia las madres solas, tienen que asumir todas las cargas, no sólo materiales, sino también afectivas del "hogar".

Padres Ausentes

La sabiduría popular sostiene que el crecer en hogares en los que falta el padre es algo nocivo para los niños, aunque sean o no verdad, dependen las circunstancias del contexto, de que tipo de relación existía con el padre antes de la separación, de qué edad tenía el niño en ese momento, de cuánto tiempo ha estado ausente el padre, de que si el niño dispone o no de algún otro tipo de modelo de papeles masculinos (incluyendo hermanos mayores), de que la causa por la que el padre se separo, de la calidad de trato recíproco entre los miembros de la familia que se encuentra actualmente presentes y de la situación económica y social en que vive la familia.

Existe un análisis que examinan las relaciones que pudieran haber entre la ausencia del padre y la delincuencia pública y la práctica misma de conducta delincuente, siendo un hecho que los niños de clase baja tienen que afrontar realidades sociales y económicas distintas de las que afrontan los niños de clase media y las normas comunitarias con las que crecen suelen alentar, en lugar de desalentar la conducta delincuente.

Se llego a la conclusión de que, aún cuando pueda haber cierta relación entre la ausencia del padre y la delincuencia, probablemente es tan pequeña que casi no tiene importancia práctica. La poca relación que pueda haber se debe probablemente no tanto a la ausencia del padre, sino a la tensión que hay en el hogar, a la reacción de la madre por la separación del esposo a su incapacidad para ejercer la debida supervisión, y a las condiciones depresivas de vida y de ingreso.

El trato con el padre influye sobre las aptitudes cognoscitivas que se van desarrollando en el niño, y los niños cuyos pares están ausentes suelen tener un rendimiento académico inferior y una menor aptitud para las matemáticas. Cuando la ausencia del padre se debe a la deserción, al divorcio o a la separación de los padres, estos efectos por lo general son mayores en los niños varones por la importancia que de el padre para, el aprendizaje de los papeles del sexo por parte de ellos y su identidad del papel del sexo en los niños.

Los patrones de los efectos por la muerte del padre son algún tanto diferentes, el efecto negativo sobre los hijos varones es mucho mayor cuando el padre muere, cuando ellos están entre los 6 y 9 años, aunque en todo caso los efectos por la muerte del padre son menos intensos que los

efectos que causan la separación, el divorcio o la deserción, tal vez por las circunstancias diferentes que rodean la muerte del padre y las que se dan cuando se ausenta el padre por razón de divorcio o deserción, suelen dar en una familia el ambiente de tensión, de inquietud y de discordia antes de la separación del padre, y este ambiente suele continuar después de su partida.

Más aún si realmente hay discordia y falta de armonía en el hogar, suele ser mejor para los niños que los padres se separen. En estas circunstancias negativas, cualquier ventaja que haya en tener a ambos progenitores en el hogar la desvanecen los efectos del mal ambiente familiar, los padres ejercen un flujo del mal ambiente familiar y los padres ejercen un influjo muy importante sobre el desarrollo de sus hijos, que tal vez sea bastante diferente del influjo de la madre.⁷⁶

Madre Viuda

Podría decirse que representa un riesgo para el niño, ya que se tiende fácilmente a olvidar las malas cualidades del difunto, y su ausencia permite presentar al niño una imagen paterna próxima al ideal que se forja.

Algunas mujeres, que enviudaron con hijos pequeños, se niegan, con fidelidad que las honra, a volverse a casarse, por el temor de dar a sus hijos un padrastro que podría quererles poco o competir con el recuerdo idealizado del padre.- Creen sacrificarse por ello y, en realidad, los privan de una presencia y de una imagen viril necesaria en su evolución afectiva normal. Esto sólo es aceptable cuando los niños son muy pequeños, más tarde es distinto. Cuando la viudez ni siquiera se halla compensada por la idealización del padre ausente, los inconvenientes comunes a todas las mujeres solitarias alcanzan un punto álgido.

Padre Viudo

A este le resulta casi imposible ocuparse de las necesidades materiales del hogar y asegurar, al propio tiempo, su existencia ganándose la vida. O a los niños se les interna en establecimientos benéficos, o son confiados al cuidado de una familia, con la que existen lazos de parentesco o no; está solo, pero ya no es padre, por lo menos prácticamente. Quizá instale una sustituta en el hogar, pero entonces si bien sigue siendo padre, ya no está solo. La calidad de esta última solución depende de la del sustituto maternal y la edad de los hijos al desaparecer la madre.

FAMILIAS CON PADRASTROS

Las familias con padrastrros - también llamada mezclada o reconstituida - es diferente a la familia "natural". Tiene un reparto principal más grande con todos los parientes de los adultos. Debido a las pérdidas por muerte o divorcio, niños y adultos por igual tienen miedo de confiar y amar. La lealtad de los hijos con los padres ausentes o muertos puede interponerse en la formación de vínculos con los padrastrros, en especial cuando los hijos van y vienen entre dos hogares.

Madrastra

Hay que reconocer que la madrastra goza de mala reputación y que se encuentra en una situación muy difícil. O teme ser madrastra, en el sentido peyorativo de la palabra, y peca por exceso multiplicando las muestras de afecto a sus hijastros, caso que no abunda demasiado, o bien llega, no sin dificultades, a mantener una justa medida en el reparto de su cariño a sus propios hijos, equilibrio muy difícil de mantener, o bien, y esto es más corriente, la madrastra sólo es madrastra, es decir, un sustituto maternal, pero muchas veces poco útil.

⁷⁶ Strammen et. al. *Psicología del Desarrollo*. Pag. 227-232

Padrastró

En general es mejor aceptado que la madrastra, pues las relaciones con hijastros son más fáciles de establecer, la inversión de afecto que debe realizar, por real y necesaria que sea, resulta menor. La madre puede conservar la casi exclusividad del afecto del niños. Por otra parte, la presencia del padrastró en los hogares es mucho menos constante, y, por ende, menores las dificultades. Al igual que en el caso del padre adoptivo, cabe temer que peque más por exceso de discreción y, por consiguiente, por insuficiencia, que por exceso de autoridad.⁷⁷

2.4.3. Niños de Padres con Problemas de Tóxicos

El enfoque transgeneracional considera que a través del aprendizaje y la experiencia temprana se transmiten pautas y patrones socioculturales de una a otra generación .

Los niños que crecen en un sistema familiar alcohólico reciben una corriente constante de dobles mensajes.

En el hogar alcohólico se les enseña siempre a decir la verdad mientras sea algo que los padres desean oír. Aprenden a mentir automáticamente y sin culpa. Se enseña a los niños el mito de que todo está bien, aunque la atmósfera familiar es de desesperación y depresión.

La alta incidencia de casos de alcoholismo entre individuos del sexo masculino ha obligado a considerar la importancia que pueden tener algunos factores socioculturales, principalmente los problemas económicos y afectivos.⁷⁸

Entre los afectivos es necesario precisar los mensajes verbales y los no verbales mediante los cuales los miembros de la familia se relacionan entre sí.

En general entre más perturbada este la familia, el proceso de comunicación está más alterado. esto incluye la detección de dobles mensajes. Estos mensajes continuos y confusos conducen al desarrollo de "hijos adultos" con un sentido distorsionado de la realidad, realizando actividades necesarias para satisfacer las necesidades de la familia. Como a continuación se describen:

El responsable, estos niños también asumen la tarea abrumadora de comportarse en forma adulta a corta edad. Por ello se preocupan por tener confianza y control de sí mismos. No gozan su niñez como los demás niños.

El adaptador: estos niños aprender a separarse de las tensiones familiares. Pueden parecer reservados, retraídos, y alejados de las situaciones que normalmente serían la causa de una reacción. En su mundo, no han sido capaces de aceptar el hecho de que su padre beba. Se refugian en el deseo de que la vida puede ser mejor y descartan la creencia de que puedan ejercer algún control sobre sus propias vidas.

El pacificador: Los niños cuidan al padre alcohólico, al otro progenitor a sus hermanos, pero no tienen tiempo de cuidarse a sí mismos. Creen que sus sentimientos y preocupaciones no son importantes, pero luchas para que la familia sea más saludable.

Los sentimiento de tristeza, culpabilidad, vergüenza y confusión son difíciles para que un niño los enfrente. La reacción básica es negar que el alcoholismo está presente y adoptar alguno de los papeles descritos.

Los papeles tradicionales también son un factor importante en la familia. Si el alcohólico es hombre, se le acepta y tolera más que a una mujer. En el caso de las madres alcohólicas, los problemas conductuales y emocionales pueden ser ocasionados por la interrupción de la relación madre-hijo. Los niños también pueden considerar el hecho de que su padre tome como un reflejo de que algo está mal en su hogar y, por consiguiente, pueden llegar a la conclusión de que "Soy un

⁷⁷ Parot Op. Cit. Pag. 142-144,179-181

⁷⁸ Marlow y Redding Op. Cit. Pag. 1447

persona mala". Y los niños influidos por el alcoholismo; consideran a sus padres como modelos y pueden imitar su conducta. Teniendo el riesgo de volverse alcohólicos.⁷⁹

Además de los roles familiares tradicionales, de , esposa, madre, padre, hijos, hermanos, etc., existen los llamados roles idiosincráticos que cumplen generalmente un propósito dinámico y dan a cada miembro de la familia una importancia esposo, funcional y un sentido particular de preservar el equilibrio familiar

El "bueno" . es aquel miembro que no expresa sentimientos negativos acerca de ningún otro y tiende a complacer cualquier expectativa manifiesta de la familia.

El "malo". Es la persona que actúa o se expresa generalmente en forma "negativa" y nunca complace las expectativas de los demás;

El "provocador". Es aquel que estimula intencionalmente el surgimiento de sentimientos negativos en los demás, mediante bromas pesadas, burlas, provocaciones directas, etc., pueden jugarlo en forma alterna el propio paciente alcohólico y el cónyuge no alcohólico.

El "pacificador" es aquel que trata de calmar o apaciguar los sentimientos negativos cuando con dos miembros (algún hijo joven de la pareja alcohólica) tienen problemas entre sí.

El "enfermo" Generalmente habla y se comporta como el más débil, achacoso "enfermito" y los demás lo tratan conforme con esta imagen.

La "víctima" Es el miembro de la familia que sirve generalmente como receptor de los sentimientos agresivos que se generan, los absorbe y ayuda sí a mantener la unidad familiar.(madre, o hijos) En la familia también pueden establecerse situaciones de alianza o coalición por dependencia y convivencia de una o ambas partes y subsistemas de equilibrio o enfrentamiento. Con frecuencia la madre ("víctima") logra una alianza de los hijos contra el padre alcohólico ("agresor").⁸⁰

Subby (1983) resume algunos de los aspectos familiares en un hogar alcohólico

- Los miembros de la familia no hablan sobre los problemas (abuso de alcohol, drogas, problemas financieros, etc.
- Los sentimientos son desestimados y a menudo poco compartidos
- La comunicación con frecuencia es implícita, cubierta o indirecta requiriendo un tercer miembro como intermediario.
- Los miembros de la familia se sienten incómodos al demostrar afecto.
- "Haz como digo, no como hago"
- Vivir por reglas : ser fuerte , ser bueno, ser correcto, ser un éxito, ser feliz, ser perfecto.
- No zarandear el bote.

La frecuencia con que ocurren alteraciones en los patrones de comunicación y una grave disonancia funcional en la familia con un miembro alcohólico . La ingestión de alcohol y la conducta que el sujeto muestra cuando está intoxicado, se consideran tanto en la forma como en el grado que afecta la vida de los demás miembros de la familia. Es tal la importancia del papel que adquiere el alcohol, así como las consecuencias conductuales, socioculturales y físicas en la vida de la familia del alcohólico, que es posible hablar de un "sistema alcohólico".

⁷⁹ Crawford Op. Cit. Pag. 98,99

⁸⁰ Fernández Velasco Rafael *Alcoholismo visión integral*, Pag.376,377

En este sistema, la presencia o ausencia del consumo excesivo del alcohol es la variable más importante para determinar no solamente las relaciones entre el bebedor identificado y otros miembros de la familia, sino entre los miembros que no beben.

En los hogares alcohólicos algunas normas y reglas familiares sirven para promover los patrones de conducta disruptivos. Las reglas familiares y su transmisión producen patrones previsibles de relaciones, interacciones que son autodecepcionantes, autolimitantes y autodestructivas.

- No necesito a otras personas
- No debo tener problemas, no está bien
- Mis sentimientos no cuentan
- No puedo permitirme ser vulnerable o débil
- No puedo confiar en que tú u otros estén allí para mí
- Soy un fracaso -o peor- no valgo nada
- Si algo anda mal o no funciona, probablemente es mi culpa

Se ha establecido que los hijos de alcohólicos forman una de las poblaciones más grandes, más explosivas y más remediables y como población están expuestos a distintas dificultades.

1. Abuso de alcohol y drogas y alcoholismo. Numerosos estudios indican que los hijos de alcohólicos están 5 veces más propensos a desarrollar alcoholismo, a menudo se mantienen abstemios hasta la adultez, pero cuando comienzan a beber desarrollan rápidamente problemas con la bebida.
2. Problemas psicológicos y emocionales. Los problemas psicológicos asociados con alcoholismo de los padres son depresión crónica, síntomas psicossomáticos, agresión social, separación emocional, aislamiento y suicidio, pobre autoconcepto y poco sentido de la realidad. Los hijos de alcohólicos es más probable que otros, sean ubicados en hogares adoptivos y tengan antecedentes de delincuencia.
3. Problemas de salud física. Son los que intentan logros en forma compulsiva, sobresalen en la escuela y carrera, que nunca se relajan realmente aceptan el fracaso o parecen satisfechos con sus logros.
4. Negligencia física y abuso incluyendo el abuso sexual. Estudios comunican una alta incidencia de abusos de alcohol en padres incestuosos. A la luz de la tendencia pronunciada mostrada por las víctimas de abuso físico a repetir este abuso con sus propios hijos, el alcoholismo familiar puede producir tanto víctimas como perpetradores de este daño intergeneracional.
5. Fracaso para completar la escolaridad. Los hijos de alcohólicos se hallan en número desproporcionado entre los que tienen escaso rendimiento en la escuela, asisten en forma regular y eventualmente la abandonan.
6. Dificultades en las relaciones interpersonales. Las relaciones que los niños observan entre sus padres y las relaciones que los niños desarrollan con sus padres y hermanos indudablemente tienen influencia sobre las interacciones que más adelante tienen con amigos y compañeros de trabajo y especialmente compañeros reales y potenciales.⁸¹

⁸¹ Marlow y Redding Op. Cit. pag.1447,1448

2.4.4. Niños de quien se ha Abusado

REGISTRO.

Entre 1977 y 1984 los registros de Maltrato Infantil se denominaban Registro de Sospecha de Lesiones No Accidentales, donde se incluían niños a los que se había maltratado físicamente y/o que sufrían diferencias no orgánicas para crecer. Para 1980 el criterio de registro se amplió y se incluyeron otras formas de maltrato como negligencia y maltrato emocional, tomando el nombre de Registros de Maltrato Infantil, en el que muchas autoridades incluyeron casos de abuso sexual aunque no estaban contemplados en el aquel tiempo.

Los criterios para el registro de lesiones quedo definido de la siguiente manera, para todo niño menor de 17 años:

ABUSO FÍSICO: Comprende los actos voluntarios y premeditados de daño corporal

NEGLIGENCIA FÍSICA: Es privar voluntaria e intencionalmente a los niños de las necesidades de atención medica, física, emocional y nutricional.

ABUSO EMOCIONAL: Verbalización deliberada de palabras crueles, insultos y frases similares que hacen que el niño se sienta despreciado, no querido ni amado.

NEGLIGENCIA EMOCIONAL: Implica no proporcionar un ambiente de educación al niño que lo haga sentirse aceptado, querido, seguro y que pertenece a alguien.

ABUSO SEXUAL: Actividad o contacto sexual violento o no violento con un niño. Comprende el contacto sexual intimo entre los miembros de una familia. Comprende además la incapacidad del adulto para informar acerca de estas actividades o intervenir en el bienestar del niño

EDAD DE LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE DIFERENTES FORMAS DE ABUSO, 1977-1984

Edad	Lesionados físicamente	Deficiencias en el crecimiento	Abuso sexual	Negligencia	Abuso emocional	Distribución nacional *
0-1 años	3147 (55)	177 (96)	10 (4)	142 (70)	30 (43)	(28)
5-9 años	1325 (23)	6 (3)	67 (3)	41 (21)	23 (33)	(26)
10-14 años	1030 (18)	1 (0.5)	130 (52)	19 (20)	14 (20)	(32)
15-17 años	206 (4)	1 (0.5)	43 (17)	2 (1)	3 (4)	(14)
Total	5708 (100)	185 (100)	250 (100)	204 (100)	70 (100)	(100)
Edad media	5 años y 8 meses	1 año y 7 meses	11 años y 7 meses	4 años y 1 mes	6 años y 10 meses	

FUENTE: MAHER *El Abuso Contra los Niños* Pag.55

SEXO DE LOS NIÑOS

De los registros de maltrato físico y emocional es mayor el número de niños que niñas, al igual que en deficiencias en el crecimiento y negligencia.

Sin embargo las niñas sufren de un porcentaje mucho mayor de agresión sexual.⁸²

⁸² Maher Peter *El Abuso contra los Niños*. Cap. II

MADRES ABUSIVAS

Distinguiendo el amor maternal del abusivo, observaríamos que el primero sirve al niño, en tanto que el segundo sirve a la madre. El amor maternal sano es ablativo y el más desinteresado de todos los sentimientos, donde la madre se colocará detrás de su hijo no frente a él.

Contrario a este el amor maternal abusivo es captatorio, donde el niño sirve a la madre o se sirve de él en forma sutil e inconsciente (aunque no siempre) mostrando su misión para sentirse segura que nos se le escapara ese niño y donde toda demostración de autonomía por parte del niño es un golpe a su "amor maternal".

TIPOS DE MADRES ABUSIVAS

Frecuentemente son mujeres que no difieren mucho de los demás, de igual forma son escasas las que escapar totalmente de esta tentación, pero realmente son pocas las que se acentúen hasta un grado patológico.

Madres Tiránicas. Son mujeres que no aceptaron su femineidad, por razones generalmente familiares neuróticos, su hostilidad disfrazada la orienta hacia la rivalidad con el hombre, sus hijos sufren por que los quieren a su manera para utilizar, mandar y dominar; lamentando toda muestra de afecto o interés que otros puedan mostrarles.

Madres Superprotectoras Perfeccionistas. Son madres escrupulosas en exceso, neuróticas con sentimientos de ansiedad y culpabilidad inconscientes, jamas satisfechas abrumadas por obligaciones que ellas mismas se crean. Mujeres intelectuales demasiado cultas que se apoyan en principios de higiene mal asimilado para dar de comer a sus hijos alimentos altamente esterilizados, lo atiborran o racionan para que su curva de crecimiento sea idéntica ala del niño ideal, pero lo privan de caricias y besos. En la edad escolar lo abruman para la obtención de mejores resultados, exigiendo en todo tiempo un orden riguroso difícil de respetar para un niño. Son mujeres inteligentes para que se dejen cegar por un sentimiento maternal.

Madres Posesivas. Son madres que quieren demasiado a sus hijos al grado de exclusivizar su amor al hijo, separando a su marido, es por lo general una mujer madura que se ve colmada en su vejez con un hijo y por lo tanto se convierte en lo más valioso para ella.

Madres que no quieren bastante a su hijo. Engaña multiplicando las muestras externas de amor maternal pero el niño no se deja engañar ni el observador en el mejor de los casos, ya que el exceso de solicitud disimula mal la irritación, indiferencia o agresividad que la mujer siente por el niño.⁸³

ABUSO Y NEGLIGENCIA FÍSICA

MALTRATO INFANTIL O SINDROME DEL NIÑO GOLPEADO

Desde 1962 el Dr. C. Henry Kempe expone y define las características del síndrome del maltrato de los niños, como una de las principales causas de muerte e incapacidad permanente en niños

Parker y Collmer (1975) definen el maltrato del niño como:

"Es maltratado todo niño que recibe daño (o daños) físicos no accidentales como resultado de acciones (u omisiones) de sus padres o tutores que violan las costumbres de la sociedad, en el trato de los niños".

Actualmente el termino de maltrato infantil, incluye el maltrato físico, la negligencia o el maltrato emocional y los ataques sexuales.

⁸³ Forast Op. Cit. Pág. 115-123

La evaluación y tratamiento de un problema tan delicado como este, exige comprender la psicodinámica del maltrato del niño y el establecimiento de una relación terapéutica no amenazadora con la familia. Al respecto la enfermera es parte integral del equipo multidisciplinario que aborda la evaluación y el tratamiento a largo plazo del niño víctima del maltrato; ofreciendo apoyo psicológico a los padres, actuando los servicios comunitarios de ayuda para la familia.

Epidemiológicamente se tienen datos de que los niños menores de tres años son las víctimas más frecuentes de maltrato, que son las mujeres quienes más frecuentemente maltratan a los niños, diferencia de los hombres, sin embargo son estos los que los maltratan más severamente o abusan sexualmente de ellos, ocasionalmente el maltrato viene por parte de otros familiares o amigos.

Aunque el maltrato se registra en todas las razas y clases sociales, las estadísticas revelan una mayor frecuencia en la clase proletaria, ya que estas personas recurren a centros médicos en doce las denuncias se realizan de manera sistemática, a diferencia de las consultorias privadas, en donde solo se declara aproximadamente el 2% de todos los casos.

Psicodinámica

No se conoce con exactitud la causa del maltrato a los niños, pero si se ha logrado identificar la existencia de 3 factores o situaciones para que se de el fenómeno de negligencia o maltrato físico en contra del niño.

Investigaciones recientes exponen que para que la violencia explote en las relaciones existen:

- 1) Un tipo particular de padres
- 2) Un tipo particular de niños
- 3) Una situación especial de tensión en un contexto cultural que permite la violencia.

Características Paternas

Pese a no existir semejanza absoluta entre ningún par de personas que maltraten a los niños o que tienden a serlo, existen varios indicadores comunes a todas ellas que ayudan a identificarlas. Entre ellos se encuentran el tipo de crianza que recibieron y en donde la gran mayoría de ellos fueron víctimas de maltrato en su infancia o les faltó la figura materna al haber sido abandonados de pequeños. También algunos casos esta situación les va creando una autoimagen y autoestima inadecuada hacia su persona lo que los orilla a vivir en aislamiento de las demás personas e incluso de su misma familia.

En otros casos los embarazos no deseados y los matrimonios precoces se suman a lo anterior provocando una situación de falta de comprensión entre los cónyuges quienes al tener un escaso conocimiento de los logros normales del desarrollo del niño, no reconocen la satisfacción de las necesidades emocionales de estos como algo indispensable, en su formación y educación.

Características del Niño

El niño también contribuye de manera involuntaria al maltrato. En familias con 2 o más hijos usualmente solo uno es víctima de maltrato y en consecuencia de este, se le sustituye por algún otro hijo.

Su temperamento, el lugar que ocupa al orden de nacimiento de los hermanos sus necesidades físicas cuando se enferma, etc., son factores que contribuyen de alguna forma a que no se le someta a maltrato o que estimulan este último.

Frecuentemente los niños maltratados son ilegítimos o producto de la unión de parejas divorciadas con hijos, en otros muchos casos son hijos no deseados o neonatos prematuros productos de cesáreas con los cuales es difícil establecer vínculos afectivos al inicio de la vida

extrauterina por las condiciones de su nacimiento y el tiempo que permanecen en incubadoras lejos de los padres.

En otros casos los niños con lesiones cerebrales o incapacidades físicas especialmente cuando los padres no aceptan tal situación de sus hijos.

Entre los niños más grandes los poco atractivos físicamente, los hiperactivos o los desafiantes pueden provocar actitudes agresivas de sus padres hacia ellos.

Características Ambientales

Esta forma parte de los componentes determinantes en el maltrato del niño, dado que el estrés crónico producto de situaciones como pobreza externa, desempleo, problemas conyugales, madre soltera, alcoholismo y drogadicción, soledad etc., son el resultado de crisis financieras emocionales, físicas y materiales en donde no hay otra posibilidad de expresión de las emociones más que dirigir la ira y frustración hacia una víctima indefensa; el niño, el cual sufre ocasionalmente de lesiones premeditadas que finalmente terminan por convertirse en habituales dada la frecuencia de las agresiones y la tensión provocada por el aislamiento social. Generalmente estas familias son rechazadas por las demás, pero en parte se aíslan ellas mismas y aíslan a sus hijos de otros niños, tienen un alto nivel de movilidad, no tienen familia extendida y rara vez tienen amigos o pertenecen a alguna organización.

El Contexto Cultural

Aunque este no se considera precisamente como un factor del maltrato infantil, ayuda a entender de manera más clara el fenómeno, ya que la aceptación social de la fuerza física para resolver un conflicto y en particular para imponer disciplina a los niños se puede decir que es universal y una característica admirada en ciertas culturas.

La T.V. es el portador privilegiado de nuestro deseo cultural de violencia y se continúa explotación es el resultado en el aumento de la conducta agresiva. Aunque es bien cierto que los medios de comunicación crean el ambiente de violencia, son los adultos los que resultan responsables de transformar actitudes de violencia que han visto en conductas que ellos emplean. Producto de esto son los castigos físicos usados en todas las clases sociales por que bien sabido que este problema de maltrato infantil no es propio de una clase social específica pese a que se presente en mayor proporción en grupos sociales de extracción humilde.⁸⁴

Formas de Maltratamiento

Son todas aquellas que implican lesiones, homicidio o cualquier otro daño, sin importar si se realizan mediante la propia actividad corporal del sujeto o mediante otros instrumentos. La más frecuente son las contusiones, quemaduras, asfixia, lesiones por arma blanca y en menor grado, lesión por arma de fuego.

CONTUSIONES: Es toda lesión producida por choque o aplastamiento contra un cuerpo duro no cortante. los mecanismos pueden variar presión de un cuerpo pesado, presión de dos cuerpos duros en movimiento, golpe de un objeto manipulado intencionalmente etc. El objeto generado también es variado, puede ser cualquier parte del cuerpo humano o un objeto cualquiera como piedras, palos, macanas, etc., o algo más complejo como maquinas, automóviles, tranvías, autobuses. etc., pero en todo los casos la lesión será producida por un cuerpo duro no cortante.

⁸⁴ Ronald S. *El Niño Normal*. Pag.1001-1010
Newman Op. Cit. Pag. 211-215

Por sus características pueden dividirse en:

- Excoriaciones
- Contusiones con derrame
- Contusión profunda sin heridas
- Heridas contusas

QUEMADURAS: Según Benain son un conjunto de lesiones originadas por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, que actuando sobre los tejidos, dan lugar a procesos de reacción locales o generales, cuya gravedad guarda relación con su extensión o profundidad. Las más frecuentes son las producidas por calor, ya sea por contacto directo con la llama, el líquido hirviente, cuerpo caliente o elemento gaseoso, los signos típicos de las lesiones son eritema (congestión edematosa de la dermis que reproduce la forma del objeto si es sólido) y flictema (acumulación serosa entre la dermis y la epidermis).

ASFIXIA: Bonnet la define como “muerte violenta o no aparente o real resultante de la interrupción transitoria o definida de los intercambios respiratorios”. Puede presentar las siguientes formas:

- *Sofocación
- *Ahorcadura
- *Extrangujación
- *Sumersión

LESIÓN POR ARMA BLANCA

Estas se dividen por:

- 1) **Armas cortantes**, en donde se presentan heridas incisivas con bordes lisos y regulares que se corresponden exactamente entre si.
- 2) **Armas punzantes** en estas el arma no secciona los tejidos y órganos según se profundidad.
- 3) **Armas punzocortantes**, objetos con punta y filo que producen lesiones mixtas, mientras perfora con su parte aguda, conforme penetra, secciona con el filo.
- 4) **Armas Contusocortantes**, el tipo de lesión también es misto, muestra una incisión provocada por el contacto del filo con la piel y una contusión provocada por el peso del arma y la fuerza empleada.

ABUSO Y NEGLIGENCIA EMOCIONAL

En esencia el abandono o maltrato emocional consiste en que un niño vulnerable esta expuesto a resultar emocionalmente ansioso y mentalmente atrofiado por que las necesidades esenciales de la niñez son negadas o pervertidas, produciendo perturbaciones en el desarrollo personal social y educativo.

En la infancia se caracteriza por el castigo ante comportamientos positivos como sonreír, movilizarse, explorar y manipular objetos, y por desalentar la creación de lazos de unión. En la niñez y adolescencia esta dado por el castigo de la autoestima, y el castigo de las habilidades interpersonales necesarias para el funcionamiento adecuado en contextos no familiares como escuela o grupo de compañeros.

El abandono emocional ocurre cuando no se logra satisfacer las necesidades básicas del niño como cuidado físico y protección, afecto y aprobación, estímulo y enseñanza, disciplina y control apropiados a la edad así como oportunidad y estímulo para adquirir autonomía en forma gradual.

Para el término de abuso se incluyen otras actitudes y comportamientos negativos tales como, amenazas constantes al niño y castigos como mandarlos lejos, pegarles y maltratarlos. Estas amenazas tocan el temor infantil más primitivo que por la vulnerabilidad del niño y su búsqueda de afecto no evocan ternura y protección si no por el contrario intimidación y burla.

Cuando los esfuerzos del niño no tienen incentivos, fracasan y reciben burlas y menos precios, utilizando a este como depositario extremo o representativo de todos los sentimientos de impotencia y fracaso de los padres, convirtiéndose en figuras inadecuadas, imposible de amar y con un aspecto negativo de ellos.

Los padres pueden desear que el niño permanezca siempre como un niño, o por lo contrario, convertirlo en "padre" de ellos mismos con el deseo de conseguir el cuidado que les faltó en su desgraciada infancia.

Este ejemplo de padres ansiosos de cariño y afecto pero al mismo tiempo con desapego e indiferencia, muestra una de las muchas formas en las que las experiencias e imágenes de las relaciones familiares pueden transmitirse y repetirse de generación en generación.

REPERCUSIÓN EN EL NIÑO

Los niños encuentran dificultades para descubrir un sentido verdadero de valor, conocer sus propias necesidades y experimentar sentimientos de propósitos definidos con espontaneidad y convicción. Interfiriendo con su capacidad para establecer relaciones e involucrarse en actividades socializadoras de forma satisfactoria. Cuando los niños son pequeños se tiene la esperanza que responderán óptimamente a la terapia o los servicios de orientación a menores y sus familias.

Otras de las consecuencias manifestando por los niños fueron la falta de confianza en los adultos, y una ansiedad por desatenderse de su persona, expresada durante el juego, con riesgo de una caída o tratándose así mismo como se sintieran que son "solo basura" ensuciándose deliberadamente. La sexualización inapropiada y/o precoz de la relaciones es otra manifestación consecuencia de la seducción sexual o exhibicionismo provocativo aprendido de los adultos. Las dificultades en el aprendizaje y los desordenes del pasatiempo ocurren también muy a menudo.

AGRESIÓN SEXUAL CONTRA NIÑOS

La explotación sexual de los niños incluye abuso incesto, violación, pornografía y prostitución infantil y todas estas son más comunes de lo que se sospecha. Se estima que el 75% al 80% ocurren dentro de la familia o involucra a amigos íntimos de la familia, donde las víctimas con mayor frecuencia son las niñas ya que una de cada seis niñas y uno de cada diez niños sufren de abuso sexual.

El abuso sexual es la exposición de l niño a estimulación sexual que no es apropiado para su nivel de edad de desarrollo físico o psicosexual; incluyéndose manoseo inadecuado, inducir a la pornografía y a la indecencia; participación en actos sexualmente estimulantes como masturbación y prostitución; coito heterosexual, homosexual forzado o de otra índole se vaginal, oral o anal.

El abuso sexual en los niños y adolescentes es un proceso mucho más insidioso que el abuso físico, que como consecuencia de las amenazas a la víctima de agresión sexual esta puede negarse o discutir en forma directa lo que ha ocurrido.

ELOFENSOR

Son tantos hombres como mujeres pero con mayor incidencia del sexo masculino, de cualquier clase social, religión, raza, profesión muchos de ellos son casados, y tuvieron una historia temprana de abuso sexual ellos mismos careciendo de afecto y contacto físico natural.

Existen dos grupos, los que abusan dentro del ambiente familiar y los que actúan en la comunidad. Cuando el que comete el abuso sexual del niño del adolescente y no es miembro de la familia se le denomina Pedofílico.

Los ofensores con historia de escasas relaciones sociales, pasividad e ineptitud habilidades sociales y una inmadurez subyacente son denominados Fijados. Mientras que los ofensores que muestran un nivel superior de alcances sociales como matrimonio y éxito en la educación y la carrera, se les clasifica como Regresados.

Aunque el abuso sexual se ha asociado con consumo de alcohol y drogas no se presenta esto como regla general, lo que sí es frecuente es que se mantenga en secreto la agresión por un largo periodo ya que los niños guardan silencio fácilmente por las amenazas o promesas de los adultos.

Cuando el abuso es cometido por personas que no son de la familia, amigos o adultos de confianza de la comunidad o por el personal de la guardería. Muchos adultos se resisten a creer o escuchar a los niños cuando intentan explicar lo que esta sucediendo.

LA VÍCTIMA

Ambos, niños y niñas pueden ser víctimas de abuso 19% de las mujeres y 9% de los hombres han sufrido agresiones sexuales y como resultado han padecido efectos nocivos en su autoestima y capacidad para establecer relaciones sexuales.

La edad de los niños es un factor no determinante aunque sí significativo en cuanto a la proporción del sexo ya que en los lactantes y preescolares ambos están igualmente expuestos a la agresión en tanto que en los escolares y adolescentes la agresión es mayor en las niñas que en los niños, al igual que con los adolescentes en donde el abuso es más confuso ya que el hecho de que el adolescente tolere los avances del adulto no elimina la responsabilidad del agresor hecho que no alcanza a asimilar de esta manera el chico.⁸⁵

NIÑOS Y/O ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

Las víctimas almacenan en la memoria fragmentos del asalto, aislándose de la conciencia y utilizando parte de esa estructura para interferir en su supervivencia inmediata, disminuyendo su capacidad para cuidarse y protegerse después de ocurrido el abuso, por lo que no es raro que la víctima de abuso sexual infantil o adolescente se convierta en víctima de abuso similar más tarde.

Algunos lactantes, niños y adolescentes son secuestrados, atacados bruscamente, violados y golpeados, si no mueren, la rapidez e intensidad del asalto interrumpen su estabilidad psicológica y fisiológica.

Otras criaturas pueden sentirse culpables y responsables por lo que ocurrió adoptar conductas infantiles y de fantasía o parecer disociados, las relaciones con sus iguales pueden empobrecerse evitando participar en actividades físicas, mostrando letargo y cansancio.

Muchos niños víctimas de abuso sexual desarrollan una postura corporal de defensa.

INCESTO Y OTRAS FORMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

El incesto ocurre dentro de la estructura familiar cuando el niño es sometido a abuso por medio de intimidación, engaño o ejercicio de la fuerza por un adulto de su propia familia. Cuando esto ocurre la reacción del otro miembro de la familia (generalmente madre) cree más en el abusador que en el niño por lo que no realiza una denuncia contra este, existen varias razones por las que esto sucede. La madre está en colusión con el ofensor y perdona el abuso, o puede temer a

⁸⁵ Osorio Nieto *El Niño Maltratado*, Pag. 31-61

la pareja si lo confronta con la acusación otras ocasiones la madre teme la venganza o violencia física del ofensor contra ella.

Otra aspecto del abuso sexual es el uso y compromiso del niño y adolescente en pornografía teniendo un efecto devastador sobre la víctima porque se le une a la agresión la explotación.

La prostitución juvenil es otro tipo de agresión sexual pero con mayor incidencia de niños mayores o adolescentes, actividad sexual realizada por distintas recompensas psicológicas, monetarias y sociales, ocurre generalmente en tres tipos de círculos:

Iniciación sexual del niño, en donde un grupo de prepúberes es conducido por un adulto que los alista en las actividades sexuales.

Prostitución juvenil, comprende niños púberes de 14 a 16 años que son sexualmente activos con un grupo de adultos a cambio de dinero u otros favores.

Organización estructurada, organizada por adulto con el propósito de reclutar niños para la producción de pornografía o para servicios sexuales directos a clientes.

CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN

Las consecuencias habitualmente son manifestadas por respuestas de temor exagerados, conductas de evitación y aislamiento de las actividades escolares. Los niños pueden sufrir pesadillas y temores nocturnos síntomas secundarios pueden manifestar conductas fijas como promiscuidad sexual, masturbación (consciente o no) y conductas sexualizantes.

Los adolescentes pueden fracasar en la escuela, aislarse, quedar embarazadas precozmente, adquirir enfermedades venéreas o abusar de las drogas y el alcohol.

En la vida posterior, la disfunción sexual y la dificultad en las relaciones con compañeros desarrolla síntomas psicóticos en el adulto, al rededor de una experiencia sexual violenta.

CONSECUENCIA DEL MALTRATO INFANTIL

Los malos tratos pueden generar múltiples resultados de lesiones físicas, mentales o ambas, pudiendo ser susceptibles de recuperación o bien irreversibles con secuelas definitivos.

Las muestras de inactividad o agresividad hacia el niño pueden producir retraso mental, retraso del crecimiento, hemiplejía, epilepsia, o una encefalopatía (producto de hematoma subdural por falta de afecto o golpes recibidos) que produce invalidez motoras o sensoriales.

La muerte se presenta con frecuencia como resultado de gravísimas lesiones cerebromeningeas o viscerales. Esta muerte es tipificado legalmente como infanticidio y respecto a este homicidio de niños maltratados la agravante más frecuente es la premeditación. La frecuencia de este tipo de desenlace en los casos de maltrato infantil, se debe a la debilidad y fragilidad propias del niño, así como a la inaudita y extraña crueldad con que son tratados por parte del agresor.

EL COMPORTAMIENTO ESCOLAR PROBLEMÁTICO

De los niños maltratados es originado precisamente por los actos violentos que los niños sufren, careciendo de una formación adecuada y basada en el afecto, no encuentran estímulos ni reconocimiento a su esfuerzo, solo indiferencia, crítica y desprecio. Por otro lado, su estado emocional está lleno de tensión y angustia, lo que impide una conducta escolar positiva. Agregando a todo lo anterior que generalmente son niños mal nutridos, descuidados y que viven en malas condiciones de vivienda, lo que contribuye a los problemas y deficiencias escolares. Por último los golpes que recibe el niño pueden producir lesiones cerebrales que impiden el desarrollo normal en el ámbito escolar, y estos son más difíciles de corregir que todo lo anterior.

El niño que sufrió malos tratos, llegará a la edad juvenil carente de claros y definidos conceptos de solidaridad humana y respeto de los individuos y de la colectividad; con sentimientos de odio, agresividad y revanchismo, con lo que le será difícil adaptarse a la vida colectiva incurriendo en **CONDUCTAS JUVENILES ANTISOCIALES** como reacción de los malos tratos recibidos. Un elevado porcentaje de los menores infractores presentan defectos de formación moral y falta de cariño, producto de jóvenes carentes de afecto hacia sus semejantes.

Los malos tratos a los niños provocan estados de desasosiego, angustia y sufrimiento en la infancia y adolescencia por lo que la **FARMACODEPENDENCIA** puede presentarse como una forma de evasión de la realidad, significando para el sujeto maltratado, un sostén ilusorio en los momentos de inseguridad personal.

Según el Dr. Ricardo Franco Guzman, la causa de la prostitución es el que la mujer no recibió durante la infancia el debido cariño, Freud por otro lado, señala el hecho de que algunas niñas no se sentían amadas por sus padres y degradaban así su valor sexual. Independientemente de estas teorías existe el hecho que un alto índice de prostitutas provienen de familias desintegradas o inestables, o de uniones ilegítimas que abandonaron su casa a consecuencia del ambiente perturbado e inseguro que existía. La causa real de la prostitución viene a ser la falta de afecto hacia el niño ya que este independientemente de su sexo cuando sufre malos tratos desarrolla un sentimiento de carencia de afecto y degradación por la extrema rigidez y severidad familiar. No podemos dejar de señalar los casos en que los mismos padres prostituyen a sus hijos y donde la prostitución puede ser una consecuencia directa o indirecta, mediata o inmediata, según el caso de maltrato al niño.

Las causas de la **DELINCUENCIA** son múltiples en el orden subjetivo, familiar y social que tiene raíces profundas en la personalidad y formación de los sujetos. Algunas de esas raíces pueden ser las vivencias familiares de los primeros años del individuo, las relaciones con sus padres, el sentirse querido o rechazado, atendido o abandonado, tratado adecuadamente o maltratado.

En un artículo publicado en 1967, se expresó que gran parte de los criminales, homicidios y asesinos provienen de medios en los cuales se presentó el maltrato a los niños; los sentimientos creados en estas personalidades antisociales se proyectaron a través de la comisión de delitos en cualquiera de sus tipificaciones legales, delitos contra la vida y la integridad corporal, delitos sexuales, delitos patrimoniales, etc.

Al rededor de un suicidio generalmente se encuentran sentimientos de temor culpa, falta de dignidad, desvalorización, apatía, frecuentes estados de melancolía, situaciones familiares negativas etc., un sin fin de condiciones personales y ambientales nocivas al sujeto. Los malos tratos pueden generar los sentimientos y situaciones a las que se ha hecho referencia, por lo que es válido afirmar que una consecuencia que puede ocasionar el maltratamiento es el suicidio, por las situaciones de sufrimiento, temor y angustia que genera en el sujeto el deseo y la decisión de morir como una forma de evasión y castigo dirigida a los agresores.

Muchos adultos agresores fueron a su vez niños maltratados que tuvieron infancias desafortunadas, situación que manifiestan en la edad adulta, pues como en su infancia carecieron de afecto, les resulta difícil desarrollarlo y manifestarlo.

El niño golpeado crece con **AGRESIVIDAD** que proyecta **HACIA LA NUEVA FAMILIA Y LOS HIJOS** y será un padre agresor, y el cuadro familiar deteriorado, negativo e inestable en el cual se desarrolló en su niñez, se va a repetir en su nueva familia.⁸⁶

⁸⁶ Maher Peter, Op. Cit. pag. 154-160

2.5. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN RELACIÓN CON EL MANEJO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE.

2.5.1. CONCEPTOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

La salud mental se define según los siguientes criterios:

1. Actitudes positivas hacia uno mismo
2. Crecimiento, desarrollo y autorrealización
3. Integración y capacidad de respuesta emocional
4. Autonomía y autodeterminación
5. Adecuada percepción de la realidad
6. Dominio del entorno y competencia social⁸⁷

El concepto de salud mental según el modelo de enfermería de Virginia Henderson, menciona que los cuidados básicos prodigados por la enfermera son los mismos, se trate de pacientes física o mentalmente enfermos, ya que en realidad ambos tienen un efecto físico y estos juntos afectan el estado mental. Virginia Henderson basa este modelo y entiende al ser humano según la teoría holística de la salud; al igual que plantea las 14 necesidades fundamentales como indicadores del nivel de salud.

Evans y Col (1976) la definen como un área especializada de la práctica de la enfermería que emplea teorías de la conducta humana como su ciencia y hace uso intencionado del yo como su arte, dirigida a tener un impacto tanto preventivo como correctivo sobre los trastornos mentales y sus secuelas, y se preocupa de la promoción de una óptima salud mental para la sociedad.⁸⁸

2.5.2. FILOSOFÍA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

La filosofía sirve para aplicar, clarificar y justificar la práctica de la enfermería. Las principales justificaciones para la práctica son teóricas, psicológicas y sociales. El análisis de la teoría ayuda a clarificar las ideas en relación con la práctica de la enfermería en salud mental. Las justificaciones psicológicas clarifican la naturaleza de los humanos como seres sociales con necesidades sociales.

El modelo de pensamiento que se presenta en este texto es el humanismo, en el que un humano se define holísticamente como un patrón dinámico de procesos físicos, emocionales, mentales y espirituales. Lamont (1975) identificó 10 proposiciones, en la cual el individuo se considera el centro del universo:

1. La naturaleza es la totalidad del ser y es un sistema en constante cambio de materia y energía que existen independientemente de cualquier inteligencia o consciencia.
2. Las personas son un producto evolutivo de la naturaleza y el humanismo se extrae de las leyes y hechos de la ciencia. La personalidad y el cuerpo de una persona son inseparables, y no hay una supervivencia consciente después de la muerte.
3. Hay una confianza suprema en la persona, un ser humano posee el poder de resolver sus propios problemas utilizando el método científico.
4. Los seres humanos poseen una libertad auténtica de selección creativa y acción y son los dueños de sus propios destinos.

⁸⁷ Stuart y Sundeen Op. Cit. Pag.27

⁸⁸ Rigol y Ugalde *Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica*. Pag. 52

5. La ética o moral es el campo de todos los valores humanos. Su objetivo más alto es la felicidad del mundo, la libertad, y el progreso de toda la humanidad, cualquiera que sea su nación, raza o religión.
6. El individuo alcanza <<bienestar vital>> combinando armoniosamente las satisfacciones personales y el continuo desarrollo personal con el trabajo significativo que contribuye al bienestar de la comunidad.
7. El mayor desarrollo posible del arte y el conocimiento de la belleza surgen de la creencia de que la experiencia estética puede convertirse en realidad en las vidas de las personas.
8. Los programas sociales deben ser de amplio alcance y promover la democracia, la paz y un alto estándar de vida en todo el mundo.
9. Todas las áreas de la vida económica, política y cultural deben aplicar el razonamiento y el método científico utilizando procedimientos democráticos.
10. Las suposiciones y convicciones básicas deben estar abiertas al análisis experimental, a los hechos recientemente descubiertos, y a un razonamiento más riguroso.

La enfermera utilizará estas creencias y valores cuando tome decisiones de enfermería. El reconocimiento y la comprensión de la propia filosofía y la comparación con las premisas del humanismo son esenciales para unos buenos cuidados de enfermería de los clientes mentalmente enfermos.⁸⁹

2.5.3. OBJETIVOS DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

En décadas pasadas los enfermeros solo recibían un adiestramiento mínimo, de la asistencia a los enfermos mentales, poco a poco fue en aumento esta formación hasta llegar a establecer programas precisos de formación profesional. Cuando se inició el curso de especialización de enfermería psiquiátrica, se planteó como objetivo primordial mejorar la atención del enfermo mental hospitalizado. Al paso de los años y ante el surgimiento de la psiquiatría comunitaria la enfermera ampliaría sus actividades integrándose al equipo interdisciplinario de salud mental.

Estos cambios modificaron la labor de la Enfermería, así como su enseñanza puramente didáctica y descriptiva, sustituyéndola por el aprendizaje de los métodos terapéuticos que las enfermeras necesitarían para desempeñar sus funciones; junto con los conocimientos de la comprensión del desarrollo de la personalidad, teorías de conducta humana, aspectos sociológicos de la asistencia psiquiátrica y métodos e trabajo en grupo. Pero sobre todo considerando al individuo como una unidad biopsicosocial.

Para el personal que acude al Centro de Salud Mental Comunicaría San. Rafael a efectuar sus prácticas en salud mental y salud pública, el objetivo de sus actividades se basa en:

1. Ayudar a interpretar las necesidades del individuo, del grupo familiar y de la comunidad.
2. Colaborar en la interpretación de las normas de salud y en los avances de la ciencia médica frente a la comunidad.
3. Colaborar en la identificación de los problemas de salud y en su jerarquización.
4. Planificar la atención de enfermería, considerándola como parte integral del plan total.
5. Dar atención de enfermería al individuo, familia y comunidad a través de técnicas que le son propias y de la acción educativa individual y de grupo.
6. Evaluar su programa de trabajo y participar en la evaluación total con los demás miembros que constituyen el equipo.

⁸⁹ Cook y Fontaine OP. Cit. Pag.47

Osborne (1973) comparó los significados de psiquiatría y salud mental señalando que el primero denotaba una especialidad que se ocupa de los trastornos de la mente, mientras que la segunda designaba salud y no disfunción, por lo que los servicios incluidos en salud mental tienen por objeto prevenir la enfermedad para favorecer y conservar la salud.

La designación "enfermería psiquiátrica" indica la atención que se ofrece en un hospital que está encaminada a tratar a personas que quienes se aplica el nombre de "enfermos". A la enfermería psiquiátrica comunitaria incluía a la comunidad en el tratamiento, pero la finalidad de ambas es prevenir la aparición de trastornos mentales.

Para la "enfermera en salud "mental" comunitaria" no hay un cliente individual y concede mayor importancia a la población de alto riesgo, planeando las actividades a efectuar en la comunidad, valorando sus necesidades y recursos, teniendo como metas:

- 1) Desterrar el centralismo psiquiátrico
- 2) Desterrar la actitud negativa del personal profesional de salud.
- 3) Garantizar el rompimiento progresivo de la valoración negativa y pesimista de la población hacia la enfermedad mental.

Para el logro de estas metas la enfermera debe cumplir los objetos de:

AYUDAR A LOS INDIVIDUOS A AFRONTAR, sus problemas presentes, se hace énfasis en el presente porque el cambio solo es posible aquí y ahora. El futuro y el pasado son importantes pero como perspectiva, pues cuando el individuo le da vueltas a los problemas del pasado y sufre sin hacer caso del presente, está en peligro de aceptar los problemas como permanentes, sin esperanza de cambio.

Al final de este proceso, la enfermera y el sujeto deben estar de acuerdo sobre una definición concreta del problema y enunciarlo de tal forma que este implicado una posible solución.

Después que se ha especificado el problema y establecido los objetivos, el siguiente paso es ENSEÑAR AL INDIVIDUO A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS. Es importante sentarse en un problema a la vez y como cada uno de los problemas está conectado, los cambios en uno producirán cambio en los otros.

El rol de la enfermera durante este proceso será ejecutado solo por el sujeto determinando las soluciones que se han intentado, enumerando soluciones alternativas, tratando de predecir las probables consecuencias de cada alternativa, elegir y ejecutar la alternativa en una situación de la vida real o en la práctica y evaluando los resultados.

El éxito en el logro de los resultados significa que la solución fue eficaz y que puede continuar en su ejecución, el fracaso en el logro significa que el individuo y la enfermera tienen que analizar como y en que forma fue ineficaz la solución.

Otro objetivo de enfermería es ayudar al sujeto con la conducta de SOCIALIZACIÓN. Todos necesitan creer que son valorados y significan algo para los demás personas de su entorno, algunos necesitarán ayuda para integrarse socialmente, por la que la enfermera debe identificar o crear recursos como: grupos de apoyo, grupos de autoayuda, clubs de intereses especiales, etc. que pueden ayudar a los sujetos que tienen un sistema de estructuras limitado.⁹⁰

⁹⁰ Calderón G. *Salud Mental Comunitaria*. Pag.160
Cook y Fontaine, OP. Cit. Pag.26,27,29
Lancaster J. *Enfermería Comunitaria*. Pag.8,9

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

- Ayudar a los sujetos a afrontar
- Enseñar a los individuos el proceso de solución de problemas
- Ayudar a los individuos a socializar

2.5.4. BASES TEÓRICAS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Las teorías ayudan a predecir el mundo real organizando sistemáticamente las declaraciones que describen y explican el mundo. La combinación de la teoría básica, del conocimiento del cliente, de las técnicas de enfermería física, y de las técnicas de comunicación ayudan a las enfermeras a cubrir las necesidades de apoyo emocional de los clientes.

Principales teorías de la enfermería en salud mental

Teoría general de sistemas. Un sistema es un conjunto de elementos que interaccionan y que contribuyen al objetivo general del sistema. En la enfermería en salud mental, se utilizan los conceptos de la teoría de sistemas para entender la conducta de los clientes. La enfermera y el cliente son parte de sistemas tanto abiertos como cerrados. Un enfoque importante en las interacciones entre el cliente y la enfermera es el feedback o retroalimentación. La enfermera utiliza el feedback para ayudar al cliente a lograr la homeostasia.

Teoría de la adaptación. Ampliamente aplicada a las respuestas biológicas, fisiológicas y psicológicas de la persona, es también la base de muchos tratamientos médicos actuales. La adaptación es la forma en que el cuerpo responde a los factores de estrés. En el entorno de salud mental, los mecanismos de defensa son ejemplos de adaptación.

Teorías de las necesidades humanas. Se basa en el concepto de que una necesidad crea una tensión interna que resulta de una alteración en el estado de un sistema y de la motivación necesaria para cubrir dicha necesidad.

Jerarquía de necesidades:

Necesidades fisiológicas, se refieren al mantenimiento del bienestar físico con los suficientes aire, alimentos, agua, sueño, y así sucesivamente.

Necesidades de seguridad, surgen una vez que se han satisfecho las necesidades físicas. Para unos sistemas sociales estables, pacíficos y efectivos, es necesaria la seguridad.

Necesidades de amor y pertenencia, surgen mediante las relaciones con los padres, cónyuges, hijos, amigos y colegas. Las necesidades de amor y pertenencia se cubren mediante el afecto, la intimidad y estar juntos, y el respeto.

Las necesidades de estima, se relacionan con el respeto a sí mismo, y el respeto a los demás. Las necesidades de estima incluyen un deseo de fuerza, logro, adecuación, dominio y competencia. Los sentimientos de la propia importancia, confianza y dignidad son factores importantes para cubrir las necesidades de estima.

Teoría de la percepción. Cada persona tiene un sistema único de conducta para tratar las situaciones. Las variables en el estudio de la percepción son el ambiente físico, los procesos fisiológicos y las interacciones, y los sucesos de la conducta.

Teoría del aprendizaje. La conducta está determinada por las condiciones ambientales y que las diferencias en la conducta podrían explicarse por las diferencias en el ambiente.

En el condicionamiento operante, un organismo emite una respuesta a un estímulo, si esa respuesta se refuerza, el organismo es probable que responda de forma similar en el futuro en presencia de ese estímulo.

Teoría de la comunicación. Es la base de las teorías de la solución de problemas. La enfermera utiliza la solución de problemas para decodificar la comunicación entre la enfermera y el cliente en el entorno de salud mental.

Modelos importantes de la enfermería en salud mental.

Desde el principio de la teoría de la enfermería, las enfermeras han estado creando un sistema teórico basado en la suposición de que cada persona es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales que no pueden separarse. El énfasis de la enfermería sobre la visión holística ya comenzó con Florence Nightingale. Ella retó a la enfermería a que se definiera a sí misma y la empujó constantemente a hacerlo por sí misma.

El aumento en el énfasis sobre los procesos interpersonales se evidencia en las siguientes descripciones del trabajo de las enfermeras teóricas.

Virginia Henderson.

La teoría de las necesidades humanas. Un concepto clave propuesto por Henderson fue la personalidad. En la personalidad, la mente, y el cuerpo eran inseparables. La enfermera ayudaba al cliente a desarrollar la fuerza, la voluntad o el conocimiento para obtener la independencia tan rápidamente como fuera posible.

La función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas de Proceso de Atención:

1. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- * El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades
- * Las causas de la dificultad en tal satisfacción
- * La interrelación de unas necesidades con otras
- * La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas

2. En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo -siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3. Finalmente: en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

Hildegard Peplau.

Relaciones interpersonales en enfermería. Los conceptos principales de su teoría incluían el crecimiento, desarrollo, comunicación y roles. La comunicación era un proceso de solución de problemas que tenía lugar dentro de la relación -un proceso de colaboración en el que la enfermera podía asumir muchos roles para ayudar a los clientes a cubrir las necesidades y a crecer y desarrollarse continuamente. Peplau reconoció cuatro fases en la relación terapéutica:

- Durante la primera fase, orientación, al cliente decidía si necesitaba ayuda.
- Durante la segunda fase, identificación, se profundizaba en las expectativas tanto de la enfermera como del cliente.
- Durante la tercera fase, profundización, el cliente podía oscilar entre la dependencia y la independencia.
- Idealmente, el cliente utilizaba todos los recursos disponibles para resolver los problemas. Durante la cuarta fase, resolución, podía producirse una batalla final entre la dependencia y la independencia. La fuerte relación enfermera-cliente, que había sido construida durante las otras fases, ayudaba al cliente a cumplir con éxito el reto de la resolución.

Ida Jean Orlando

Orlando propuso que la responsabilidad de la enfermera era ver que las necesidades del cliente se cubrían, bien mediante la propia actividad de la enfermera o por una llamada de ayuda a otros.

Dorothy Johnson

Definió a la persona como un ser biopsico-social. El trabajo de Johnson estuvo influido por la teoría general de sistemas y la teoría de las necesidades humanas. Johnson vio los cuidados de enfermería como un servicio directo a las personas y dijo que el logro y mantenimiento de un estado estable era la contribución de la enfermería al bienestar del cliente. Johnson reseñó cuatro estadios del proceso de enfermería: valoración de primer y segundo nivel; diagnóstico; actuación (restringir, defender, inhibir, y facilitar); y evaluación.

Imogene M. King.

Que pensó en las personas como sistemas abiertos, consideró la enfermería como un proceso de interacciones entre la enfermera y el cliente. En la interacción, la enfermera y el cliente. Se percibían entre sí y a la situación, y lograban los objetivos mediante la comunicación. King vio la comunicación como el medio por el cual se desarrollaba y se profundizaba en los objetivos además de como se acordaban y se lograban. King vio el proceso de enfermería como un proceso

interpersonal o humano. Ella lo definió como una acción, reacción, interacción y transacción entre los individuos y los grupos dentro de los sistemas sociales.

Juan Mellow

Mellow pensó que la enfermera debería intentar proporcionar una experiencia emocional correcta. Mellow pensó que hablando, escuchando, bañando, alimentando, vistiendo y proporcionando diversión, las enfermeras podían desarrollar vínculos emocionales con los pacientes.

Dorothea E. Orem.

Orem desarrolló los conceptos de autocuidado, déficits de autocuidado, y desviaciones universales y de la salud. Orem definió la enfermería como un esfuerzo hacia los sistemas de diseño, administración y control del autocuidado terapéutico. Para Orem, el objetivo de la enfermería era ayudar a los individuos o grupos cuando necesitaban ayuda para alcanzar la salud. Identificó tres pasos para el proceso de enfermería: diagnóstico de enfermería, diseño de un sistema de enfermería, y acciones de la enfermera.

Martha Rogers

Dijo que la enfermería como un proceso interpersonal en el cual la enfermera ayudaba a la persona o familia a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y a encontrar un significado en la experiencia. Las fases que identificó. Travelbee fueron el encuentro original, las identidades emergentes, la empatía, la simpatía, y las relaciones de aceptación. Vió que era necesario usar la observación, interpretación, toma de decisiones, acción y evaluación para el desarrollo de las relaciones enfermera-cliente.

Sister Callista Roy

El modelo de adaptación de Roy estaba basado en ocho premisas que veían a los humano como seres biopsico-sociales en interacción constante con un ambiente cambiante. Roy vió la salud y la enfermedad como dimensiones inevitables de la vida y creyó que las personas deben ser capaces de adaptarse para responder positivamente a la vida.

Betty Neuman

Neuman desarrolló un instrumento de valoración de enfermería -intervención para obtener datos biográficos del cliente; los factores de estrés percibidos por los cuidadores; la identificación de los factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales; el enunciado del problema; el resumen de los objetivos; y el plan de actuación.⁹¹

2.5.5. ROLES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

Las actividades diarias proporcionan una oportunidad inigualable para aportar una contribución terapéutica especial, las hay sin límites y la enfermera aprende a conocer y comprender a los pacientes. Su papel cambia conforme se esfuerza por hacer que en el ambiente se desarrolle una situación terapéutica. Desempeña el papel de creadora de un ambiente terapéutico cuando proporciona oportunidades de experimentar la sensación de que son aceptados en las relaciones sociales. Con frecuencia desempeña el papel de agente socializado para ayudar a los niños en las reuniones. La enfermera encuentra que tiene que asumir el papel de consejera cuando los niños necesitan que alguien los escuche con comprensión y simpatía mientras hablan de

⁹¹ Cook y Fontaine OP. Cit. Pag. 47-53

los problemas que los perturban . Es a veces una maestra , cuando ayuda a aprender cómo comportarse en forma aceptable desde el punto de vista social. Es frecuente que desempeñe el papel de madre sustituta, cuando proporciona apoyo emocional y comprensión o cuando lleva a cabo actividades maternas como dar de comer a un enfermo.

A veces funciona de acuerdo con el papel tradicional de la enfermera, cuando ejecuta labores técnicas de enfermería, como administrar medicinas o tratamientos. La enfermera quizá nunca actúa un solo papel en un momento dado habitualmente desempeña todos a varios de estos papeles al mismo tiempo. Dentro del proceso de enfermería, estos se llaman roles (patrones de conducta adecuados a situaciones y personas en particular),

Los roles a utilizar en un momento particular se deciden sobre la base de las actuaciones planeadas y dentro de la variedad de roles, las enfermeras deben esforzarse porque hay una coherencia general en la conducta, lo que ayuda especialmente a promover el crecimiento de los pacientes.⁹²

Rol profesional

Dentro de la relación enfermera-paciente, las enfermeras deben actuar en un rol profesional más que en un rol social con los pacientes.

El rol profesional, por otra parte, existe para los pacientes, y el enfoque está en las necesidades de los pacientes. Para disminuir el potencial de dependencia insana, las enfermeras deben intentar conscientemente no cubrir todas las necesidades. En el rol profesional, la enfermera y el paciente trabajan juntos como un equipo, forman una alianza terapéutica cuyo objetivo es ayudar al crecimiento y adaptación del paciente.

Agente de relaciones sociales

Las enfermeras funcionan como agentes de relaciones sociales con la población. Sobre la base de relación uno a uno, se centran en las deficiencias que tienen los clientes en la comunicación de pensamientos y sentimientos a los demás. Esta técnica social es extendida luego por los individuos a los grupos de compañeros. Al participar en grupos informales, las enfermeras son capaces de evaluar el crecimiento de los pacientes en las técnicas sociales. Las relaciones sociales ayudan a moldear la conducta de grupo adecuada. La conversación informal da los pacientes da la oportunidad de discutir temas tópicos sin estrés y algo de alivio a la ansiedad.

Educador

Este es otro rol de enfermería. Una enfermera educa a un paciente sobre los problemas médicos relevantes, el impacto que tienen sobre las enfermedades y cómo afecta la enfermedad a los problemas médico. Se impone una gran cantidad de enseñanza con respecto al plan de tratamiento. Esta enseñanza aumenta el control del paciente y disminuye sus miedos prediciendo lo que es probable que ocurra.

Modelo

La enfermera no sólo enseña una conducta más adaptativa, sino que también sirve como modelos para los pacientes.

Las personas aprenden imitando actitudes, creencias y conductas. El tener un modelo permite que los clientes observen y experimenten patrones de conducta alternativas. Ayuda a los

⁹² Meneses Dorothy *Elementos de Enfermería Psiquiátrica*, Pag.62,63

pacientes a clarificar los valores y a comunicarse abierta y congruentemente. Las enfermeras son modelos importantes para clientes y como tales tienen que ser sensibles a su grado de influencia. La sensibilidad ayudará a asegurar a las enfermeras que no imponen su propio sistema de valores a los pacientes impresionables.

Abogado.

Las responsabilidades de la abogacía incluyen adaptar el ambiente para cubrir necesidades de los clientes tales como intimidad e interacción social. La enfermera aboga el apoyo de rutinas flexibles para la población de técnicas de comunicación para llegar a los clientes de forma que ellos puedan entender y a la cual puedan responder. La abogacía de la enfermera sirve como nexo entre los clientes y los otros miembros del equipo de salud. Como miembros de la comunidad. Las enfermeras sirven como abogados para todos los receptores de los cuidados de salud mental esforzándose para suprimir el estigma de la enfermedad mental.

Asesor.

Este rol basado como está en sus conocimientos, habilidades y valores depende del cuidado y competencia de las enfermeras.

En la primera fase del rol de asesor, se establece una relación de confianza para asegurar una valoración correcta. Esto sigue de la segunda fase, de planificación, ejecución y evaluación. La interacción en la asesoría se dirige a objetivos específicos y se basa en el plan de cuidados desarrollados conjuntamente por el cliente y la enfermera. Las enfermeras asesoras crean oportunidades para que los pacientes hablen sobre los pensamientos, sentimientos y conductas que les afectan a ellos mismo y a los demás.

Tanto la comunicación verbal como la no verbal se modelan y practican durante las interacciones. Es el momento en el que se ejecutan, evalúan y modifican una diversidad de actuaciones. Se anima a los pacientes a que utilicen el proceso de resolución de problemas para afrontar más eficazmente las áreas de problemas identificados. La eficacia del asesoramiento se ve cuando los clientes muestran una mejora en las técnicas de afrontamiento, aumento de la autoestima, y mayor visión interior y comprensión de ellos mismos.

Role Playing.

Otro método de ayudar a los pacientes a alcanzar sus objetivos es mediante el role playing, en el cual se recrea y representa una situación específica pasada o futura como si estuviera ocurriendo en el presente.

El role playing es un proceso activo en el que se prueban y practican realmente los cambios de conducta propuestos.⁹³

Madre sustituta.

Es una parte de las funciones tradicionales de la enfermera e incluye muchas actividades semejantes a las de una madre. Cuando la enfermera actúa como madre sustituta, tiene la oportunidad de proporcionar a los pacientes experiencias sanas en el área de relaciones emocionales quizá pueda establecer la relación maternal afectuosa y de aceptación que algunos enfermos necesitan para progresar hacia una conducta más madura, y tal vez sirva como el blanco de muchos de los sentimientos iracundos y hostiles que algunos pacientes no pueden admitir o expresar relacionándolos con su propia madre.⁹⁴

⁹³ Cook y Fontaine OP. Cit. Pag.23-26

⁹⁴ Mercens Dorothy OP. Cit. Pag. 68-70

2.5.6. NECESIDADES FUNDAMENTALES SIGNIFICATIVAS EN SALUD MENTAL CON BASE EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Necesidad de Seguridad. Consideramos la necesidad de seguridad, como una de las más significativas para la salud mental de las personas, basándonos principalmente en la existencia de factores de orden psicológico, que tratan de mantener el equilibrio personal e influyen decisivamente en esta necesidad.

Si, como hemos propuesto, estudiamos esta necesidad y sus alteraciones, desde una perspectiva más amplia y fijándonos en los aspectos que contempla en detalle la enfermería de salud mental, entendemos que todos los seres humanos necesitamos y buscamos la armonía; tanto interior (yo personal) como en el entorno, en nuestras relaciones con los demás y con el mundo.

La seguridad, así entendida como un sentimiento más profundo, aunque quizás no tan operativo, el <<sentirse seguro>>, puede tener muy diferentes significados para cada persona: un estado de armonía interna y externa, poseer la sensación de tranquilidad, ser capaz de disfrutar con los demás, mantener adecuadas interacciones con el entorno y buscar ser comprendido, apreciado o amado.

La adaptación implica de alguna manera que existe una acomodación entre la persona y el entorno: esta asimila las modificaciones que se realizan como consecuencia de sus interacciones con el entorno. Cuando las personas se enfrentan a problemas o situaciones conflictivas, tratan de modificar la situación y, si esto es imposible o no lo logran, aparece como respuesta saludable la búsqueda de los medios necesarios para adaptarse a la situación.

En los aspectos causales, si consideramos el estrés como un trastorno de adaptación, veremos que puede ser debido lo mismo al éxito que al fracaso, a la alegría que a la pena, y a todo acontecimiento de la vida personal o social al que el organismo da una respuesta inadecuada. La causa puede ser distinta, pero el resultado es el mismo. Lo que importa no es lo que nos sucede, sino la forma cómo lo recibimos y como influye en nuestro sentimiento de seguridad.

Para resumir, diremos que hay unas situaciones generales que para la mayoría resultan alteradoras del sentimiento de seguridad y, en casos particulares, existen parámetros que aumentan o disminuyen las vivencias, produciendo una tensión sobreañadida, que no resulta generalizable.

Existe una vertiente de la agresividad, que resulta de difícil percepción. Cuando la persona aparece incapaz de canalizar normalmente la expresión de su agresividad hacia el exterior debido a sus dificultades de índole psicológica, caso en que la introyecta y llega a desencadenar los mecanismos fisiológicos internos, productores de los denominados trastornos psicósomáticos.

Necesidad de comunicarse. Una de las características propias del ser humano es la capacidad de comunicarse con otros para expresar sentimientos, experiencias íntimas y necesidades, de manera que los demás puedan participar de ellas y ayudarle a satisfacerlas.

En todas ellas necesitamos enviar mensajes precisos y suficientemente definidos como para que sean comprendidos por el interlocutor y consignan el efecto deseado, ya sea satisfacer una necesidad o demanda o bien expresar un sentimiento o una idea; si no se cumplen este objetivo funcional, podrían distorsionar nuestras relaciones, frustrar nuestras expectativas o bien desadaptarnos o aislarnos del contexto.

Podemos, pues, definir la comunicación como <<El sistema de comportamiento integrado que calibra, regulariza, mantiene y, por ello, hace posibles las relaciones entre los hombres>> (comunicación personal de R. Birdwhistell).

Lo que comunicamos y el cómo lo comunicamos no estará tan sólo relacionado con los componentes de la relación, sino con el contexto en que se establece esta comunicación, ya que el

bagaje lingüístico está siempre relacionado con un contexto cultural concreto, una situación determinada y unos condicionamientos previos, tales como personalidad, educación, cultura e intereses, que conforman el trasfondo de la comunicación, siendo imposible analizarlos de forma aislada.

En todo mensaje existen un componente cognitivo y uno afectivo, que engloban todo el proceso de la comunicación, infiriendo significado a la información, en función del acento en uno u otro sentido. La comunicación lleva implícitos procesos de aprendizaje y de internalización de valores, y comienza a desarrollarse desde la infancia.

Entendemos como uno de los pilares básicos para el desarrollo de un buen nivel de salud mental, el desarrollo de pautas de comunicación saludables, que permitan establecer relaciones sanas. Para poder establecer una relación con los demás y comunicarse, es preciso tener conciencia clara del propio yo, la propia identidad personal. Paralelamente es preciso poder definir al otro para poder comprender el mensaje que se está produciendo. En función de la definición que hagamos del otro. Esta nos permitirá comprender el contenido del discurso, es decir, si la relación es amistosa o profesional, con lo que el significado de palabras concretas variará.

Existe, pues, una relación directa entre el proceso de la comunicación y el nivel de salud mental de los individuos, necesario para la existencia de unos factores personales bien configurados:

1. Una percepción adecuada de los acontecimientos, que permite interpretar correctamente el entorno y, por tanto, hacer inferencias correctas.
2. La autovaloración positiva y realista sobre uno mismo. El conocer la propia fuerza, no actuando de manera inferior, posibilita la expresión de la ternura, produciendo seguridad y control sobre la propia conducta.

Es por esto que entendemos, de acuerdo con Virginia Henderson, que una de las necesidades fundamentales del ser humano es la comunicación, ya que la distorsión de este proceso va a producir alteraciones psicológicas importantes, debido a la misma patología del proceso de comunicación o bien influyendo en otras necesidades fundamentales del ser humano.

Necesidad de realizarse. Según nos dice Virginia Henderson, todos los seres humanos tenemos la necesidad de trabajar en alguna actividad que nos produzca la sensación de rendir provecho. Esto ocurre porque la mayoría de las personas para sentir un cierto grado de bienestar y satisfacción, incluso con nosotros mismos, necesitamos comprometernos en alguna tarea que nos parezca interesante, productiva y nos permita sentirnos realizados y obtener un beneficio económico en orden a nuestro propio mantenimiento.

Aseveramos que la necesidad de realizarse es sumamente significativa para evaluar el nivel de salud mental de las personas.

Hay situaciones en las que este sentido de realizarse no es tenido en cuenta por la persona entre sus necesidades, dando lugar a la aparición de lo que, desde un punto de vista social, se entiende como significativo de estado de salud mental deficitario. Son los individuos que pueden sentirse satisfechos con una vida improductiva y de meros espectadores, que no participan en las actividades comunes.

Es opinión común compartida que el ser humano realiza los esfuerzos necesarios encaminados a lograr el éxito en el trabajo, exigiendo que éste en contrapartida nos proporcione los medios y recursos suficientes para obtener no tan sólo la supervivencia, sino una calidad de vida gratificante y satisfactoria. La ambición de realizar algo constructivo, de sentirnos independientes y autónomos, y de obtener riqueza y poder son, entre otros motivos, los responsables de nuestras actividades y trabajos.

Si entendemos la salud mental desde un ámbito amplio y globalizador, la propia realización también hace referencia al trabajo en colaboración se hace obligada como parámetro definidos del nivel alcanzable de salud.

Necesidades de actividades lúdicas. Consideramos que es también una de las necesidades directamente relacionadas con la salud mental. Participar en actividades recreativas significa practicar actitudes encaminadas a la diversión y comprende la capacidad de disfrutar, de poseer sentimientos positivos sobre uno mismo y sobre los demás, y de sentir placer.

Y siguiendo esta línea, resulta cierto que el ser humano a lo largo de todas y cada una de las fases del período evolutivo, para vivir con plenitud y sentirse saludable, debe ser capaz de poseer también un sano sentimiento de alegría y de disfrutar de las cosas y de las relaciones con sus semejantes.

Necesidad de aprender. El concepto que entiende al hombre como un ser libre y autónomo resulta incompatible con la ignorancia; quien no sabe o no conoce depende, en mayor o menor medida, de la información e indicaciones de los demás. Por tanto, la capacidad de ampliar los conocimientos puede darnos a entender tanto sus posibilidades intelectuales como su capacidad de adaptación al medio, y resultar indicativo de ella lo que nos definirá también el nivel de salud mental de una persona.

Como consecuencia de la cada vez mayor complejidad de las actividades humanas nadie es experto en todo y cada vez se tiende más a la especialización en pequeñas parcelas del saber. Cada uno de nosotros puede dominar en cierto grado un área de conocimiento y esta será nuestra responsabilidad a la hora de ampliarlo y transmitirlo.

Aprender no es tan sólo una necesidad significativa en salud mental, sino que, además, es también una obligación profesional: cuando uno debe ser competente para cuidar la salud de las personal debe estudiar de forma continuada para estar al día en los conocimientos.⁹⁵

2.5.7. LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

2.5.7.1. Historia de enfermería

El proceso de enfermería es el mecanismo que guía el proceso cognitivo de la enfermera en el cuidado al paciente.

Una función fundamental de la enfermera al valorar al paciente es determinar el grado en el se han cubierto sus necesidades humanas, esto, proporciona un abordaje holístico al cuidado del paciente. Este abordaje fomenta la individualidad reconociendo las variaciones en los patrones de interacción de la persona, conciencia de sí mismos, y la visión que tiene el individuo de los demás. Junto con el reconocimiento de la individualidad, la enfermera debe entender también su propia naturaleza de ser único. Cada enfermera tiene sus potenciales, limitaciones, patrones de respuesta, valores y actitudes que son únicos y que deben ser reconocidos antes de responder a los demás.

Con un enfoque de valoración de la información, en relación con las necesidades humanas del paciente, es importante incluir información sobre el paciente en la valoración.

La historia de enfermería es el instrumento principal utilizado en la obtención de datos. Esta se obtiene a través de una entrevista planificada con el paciente. Las áreas de recogida de datos en una historia de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en nuestro caso

⁹⁵ Rigol Op. Cit. Pag. 79-91

utilizamos el modelo de Virginia Henderson valorando las 14 necesidades básicas que ella propone:⁹⁶

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Biofisiológicos: Edad, alineación corporal, talla corporal, nutrición e hidratación, sueño, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).

Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.) ansiedad, inquietud, irritabilidad, etc.

Socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación).

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Biofisiológicos: Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.

Psicológicos: Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida

Socioculturales: Influencias familiares y sociales: status socioeconómico, entorno físico próximo, entorno físico lejano, religión, trabajo,

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Biofisiológicos: edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.

Psicológicos: Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.

Socioculturales: Organización social, estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales, clima.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Biofisiológicos: Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).

Psicológicos: Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.

Socioculturales: influencias familiares y socioculturales, (hábitos, aprendizaje, raza, valores, creencias y costumbres) rol social, organización social, Tiempo dedicado a la actividad/ ejercicio, hábitos de ocio/trabajo, entorno físico lejano, (clima, temperatura, altitud), entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Biofisiológicos: edad, ejercicio, alimentación/hidratación.

Psicológicos: Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño personal).

Socioculturales: Influencias familiares y sociales, trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación ruido, colores, mobiliario), entorno lejano, creencias y valores, estilos de vida.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Biofisiológicos: Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.

Psicológicos: Emociones (alegría, tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.

Socioculturales: influencias familiares, status social, trabajo, cultura, creencias, religión, significado personal de la ropa, entorno próximo.

⁹⁶ Cook y Fournie Op. Cit. Pág. 53-57

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Biofisiológicos: Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.

Psicológicos: Ansiedad, emociones.

Socioculturales. Entorno físico próximo, entorno físico lejano, raza, status económico.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Biofisiológicos: edad, desarrollo, alimentación, ejercicio, temperatura corporal.

Psicológicos: Emociones, estados de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.

Socioculturales: Cultura, educación, corrientes sociales, modas, organización social, influencias familiares, ambiente lejano.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Biofisiológicos: Edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.

Psicológicos. Mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento (competencias, personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.

Socioculturales: Sistemas de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano y próximo.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Biofisiológicos: Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.

Psicológicos: Inteligencia, percepción memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo., humor de base, autoconcepto, pensamiento.

Socioculturales: Entorno físico próximo., cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales, profesión.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.

Psicológicos. Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamientos, inteligencia, percepción puntual del entorno.

Socioculturales: Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

Psicológicos: Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.

Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

Psicológicos: Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamientos, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, autoconcepto.

Socioculturales: Cultura, rol social, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilos de vida.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.

Psicológicos. Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre sí mismo), carácter (activo, pasivo), estado de ánimo.

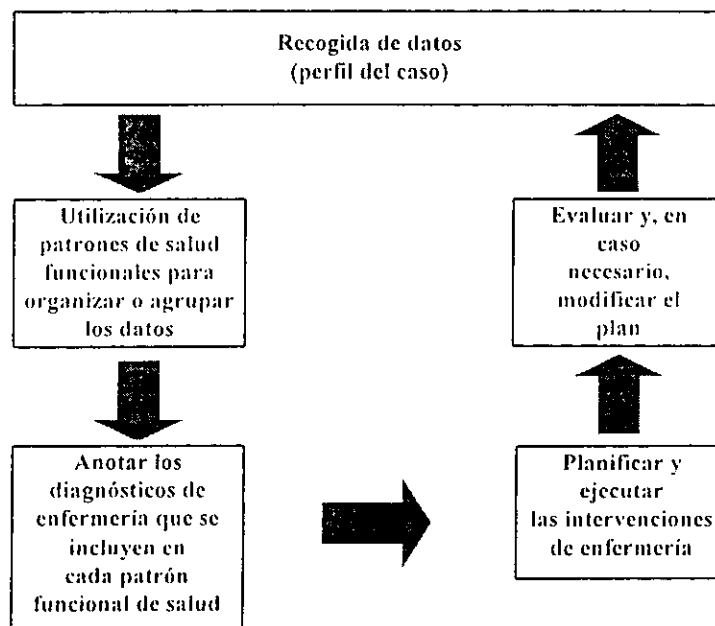
Socioculturales: Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción de educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.⁹⁷

Aunque se describieron todas las necesidades y los factores se repiten, esto quiere decir que, al valorar se toman en cuenta las necesidades al momento de realizar el diagnóstico.

2.5.7.2. Diagnóstico de Enfermería en Salud Mental.

El término Diagnóstico de Enfermería apareció por primera vez en la década de los 60's, como parte del proceso de enfermería en estándares para la práctica de la Enfermería. Marjory Gordon (1976) define el Diagnóstico de Enfermería como: "Los diagnósticos de enfermería o diagnósticos clínicos hechos por enfermeras profesionales, describen los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas para tratar."⁹⁸

Durante los últimos años, la enfermera ha puesto en práctica un método que ha incluido formalmente el diagnóstico en el proceso de atención de enfermería, de esta manera se ha convertido en un proceso para recoger, interpretar, agrupar y definir la información para que, posteriormente las enfermeras puedan aplicar el tratamiento necesario.



FUENTE: PELLETIER *Enfermería Psiquiátrica* Pag.17

⁹⁷ Valoración de las 14 necesidades básicas Pag.16-37

⁹⁸ Cook y Fontaine Op. Cit. Pag. 72

Desgraciadamente en la actualidad el Diagnóstico de Enfermería es el eslabón más débil del proceso de enfermería en todos sus ámbitos y especialidades, sin embargo, en Salud Mental aunque no es una excepción, se han logrado identificar 11 patrones funcionales de salud que permiten elaborar una lista de diagnósticos de enfermería más claros y utilizables en la elaboración de los planes de cuidados.

PATRÓN 1 :Percepción del mantenimiento de la salud.

PATRÓN 2 :Nutricional-metabólico.

PATRÓN 3:Eliminación.

PATRÓN 4:Actividad-ejercicio.

PATRÓN 5:Sueño-reposo.

PATRÓN 6:Cognitivo-perceptual.

PATRÓN 7:Percepción de sí mismo.

PATRÓN 8:De roles-relaciones.

PATRÓN 9:Sexualidad-reproducción.

PATRÓN 10:Afrontamiento-tolerancia al estrés.

PATRÓN 11:Valores-creencias.

FUENTE: COOK y FONTAINE *Enfermería psiquiátrica* Pag.75

El propósito de estos es alertar al profesional de enfermería hacia los diagnósticos potenciales cuando se valoran los problemas en una de estas áreas, desarrollando enunciados claros y concisos sobre el estado de salud del paciente.

Para desarrollar claramente el diagnóstico de enfermería se debe identificar, de la base de datos (historia clínica) el estado de salud del sujeto, sus preocupaciones o problemas; es decir los factores etiológicos que subyacen a una disfunción. Ya que dichos factores de riesgo pueden señalar la etiología específica que predispone al sujeto a un patrón disfuncional.

En salud mental a estos factores se les denomina **características definitorias**, entre las que podemos encontrar: conductuales, afectivas y cognitivas, fisiológicas y socioculturales; con las que el diagnóstico de enfermería en salud mental se sustentará y proporcionará las bases para el plan de cuidados.⁹⁹

2.5.8. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

2.5.8.1. Trastornos de la ansiedad

El ser humano a través de sus actuaciones trata de disminuir o evitar la ansiedad pero hay que tomar en cuenta que es necesario un cierto nivel de ansiedad o de activación neurofisiológica. La ansiedad también actúa como elemento protector de nuestro organismo, a permitirnos hacer frente o adaptarnos a situaciones de estrés de alarma o defensa.

Este mecanismo psicofisiológico que nos induce a la acción es el mismo que se produce en las situaciones de miedo o estrés. La diferencia existente estriba más en la causa por la que tal mecanismo se pone en marcha que en las características de sus manifestaciones.¹⁰⁰

⁹⁹ Pelletier *Enfermería Psiquiátrica*. Pag.15.16

¹⁰⁰ Rigol Op. Cit. Pag. 181-182

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Ansiedad. Vago sentimiento de inquietud cuyo origen es frecuentemente inespecífico o desconocido por el individuo, relacionado con la amenaza a su autoconcepto y miedo a la pérdida de control.

Actividades

- * Valorar e informar al paciente de su nivel de ansiedad
- * Fomentarle que exprese pensamientos y sentimientos de ansiedad
- * Ayudarle a que identifique situaciones que le aumentan la tensión
- * Ayudarle a identificar pensamientos negativos anticipados de pérdida de control y asociados con situaciones que incrementan la ansiedad
- * Ayudarle a que identifique situaciones en que existe una pérdida de control
- * Analizar situaciones anteriores para ver cómo se enfrentaba a ellas
- * Ayudarle a identificar estrategias de afrontamiento que necesitaría en la situación actual para reducir la ansiedad
- * Sugerirle y enseñarle a utilizar métodos alternativos para reducir la ansiedad (relajación, reducción del estrés, biofeed back)
- * Ayudarle a identificar pensamientos negativos anticipados
- * Analizar la realidad de su potencial pérdida de control en situaciones temidas
- * Administrar medicamentos ansiolíticos

Patrón respiratorio: ineficaz. Estado en el cual un individuo tiene un patrón de espiración e inhalación inadecuado para llenar o vaciar los pulmones, relacionado con la sensación de ahogo e hiperventilación.

Actividades

- * Valorar e informarse de su patrón respiratorio
- * Permanecer con él y ayudarle a mantener la calma a través de una aproximación directiva
- * Enseñarle a respirar lenta y profundamente, y hacerlo con él para que aprenda a realizarlo de manera adecuada
- * Aflojarle la ropa
- * Enseñarle a respirar en una bolsa
- * Enseñarle técnicas de relajación
- * Aislamiento de las cogniciones y sensaciones corporales asociadas a los ataques
- * Demostrarle que la hiperventilación reproduce los síntomas
- * Enseñarle que la interpretación catastrófica de la sensación relacionada con la hiperventilación aumenta a su nivel de ansiedad.
- * Aprendizaje de técnicas de control respiratorio
- * Informarle sobre lo que le ocurre, para que lo comprenda y aumente el control de la situación

Afrontamiento individual ineficaz. Trastorno de la conducta adaptativa y de la habilidad de resolución de problemas de una persona para cubrir las exigencias y roles de la vida, relacionado con la incapacidad para buscar ayuda y tomar decisiones, con actitudes rígidas y perfeccionistas, con el mantenimiento de distancia con los demás y con la comprobación ritual.

Actividades

- * * Desarrollar la confianza
- * * Ayudarle a identificar situaciones que pueden ocurrirle y valorar si necesitará ayuda
- * * No discutir sobre la absurdidad de su comportamiento
- * Ayudarle a que identifique situaciones posibles en las que podría sentirse rechazado
- * Ayudarle a evaluar situaciones en términos de sentimientos
- * Ayudarle a valorar la objetividad y realidad de los miedos

- * Explorar para qué le sirve la conducta de comprobación o el comportamiento ritual
- * Centrarse en la evaluación de experiencias presentes, más que en las previas
- * Desarrollar planes para evaluar nuevas posibilidades o disminuyan la ansiedad
- * Ayudarle a aceptar responsabilidades de su conducta y a explorar los efectos que tiene en los demás y la respuesta que genera
- * Iniciar el proceso de modificación de su conducta sin que signifique una tensión sobreañadida para su control
- * Utilizar el sentido del humor en el aprendizaje como alivio de la tensión
- * Ayudarle a identificar conductas que interfieren en actividades diarias
- * Utilizar resolución de problemas de sus conductas y enseñar a manejar la ansiedad y disminuir conductas compulsivas
- * Aceptar su propio autoconcepto
- * Promover un entorno y rutinas consistentes, modificándolos de forma gradual cuando sea tolerable para él

Alteración de los procesos familiares. Estado en el cual una familia que funciona normalmente con eficacia experimenta una disyunción, relacionada con la incapacidad para expresar sentimientos, el distanciamiento en las relaciones, la ineptitud para satisfacer necesidades de seguridad.

Actividades

- * Ayudar a la familia a definir y clarificar el tipo de relaciones
- * Ayudar a analizar al paciente las actitudes de distanciamiento y relacionarlas con la dificultad para experimentar sentimientos afectivos
- * Ayudarle a expresar sentimientos y compartirlos con los demás miembros de la familia
- * Ayudar a utilizar un lenguaje adecuado para la expresión emocional
- * Explorar efectos de la rigidez en la relación y falta de espontaneidad
- * Ayudarle a identificar necesidades, implicándose emocionalmente
- * Identificar y definir roles y funciones entre los miembros de la familia para ayudar a modificarlos
- * Responsabilizar a todos los miembros en la planificación y renegociación de cambios
- * Identificar exceso de dependencia, necesidades que aumentan poder y control de la familia
- * Analizar ganancias secundarias del comportamiento fóbico

Temor. Sentimiento de miedo cuyo origen es identificable por la persona relacionado con la confrontación con el objeto o situación temida

Actividades

- * Ayudarle a que identifique situaciones u objetos que le produzcan miedos y que le ayuden a adaptarse al entorno
- * Expresar miedos que interfieren en su vida y por qué
- * Ayudarle mientras experimenta temor
- * Examinar nuevas situaciones en función de experiencias anteriores
- * Enseñar conductas asertivas para actuar ante el estrés y aumentar opciones de afrontamiento
- * Enseñanza de biofeedback en una situación dada
- * Practicar técnicas de relajación durante el proceso de biofeedback
- * Enseñarle a manejar su conducta a través de rol-playing de acontecimientos posibles

Impotencia. Percepción de que una acción propia no afecta de forma significativa en los resultados: percibe pérdida de control sobre una situación cotidiana o acontecimiento inmediato, relacionado con estilo de vida de desvalimiento, comportamiento perfeccionista para protegerse de

sentimientos de inferioridad, utilización de la intelectualización y negación emocional para aumentar su control

Actividades

- * No forzarle a situaciones que no puede sostener
- * No intentar razonar el comportamiento de falta de ayuda
- * Darle ayuda para controlar necesidades
- * No enfocar la atención hacia el comportamiento temido, sino dirigirlo hacia otras actividades
- * Capacitarle con expresiones en las que se sienta cómodo
- * Identificar ganancias secundarias que reducen la responsabilidad y aumenta la dependencia
- * Explorar métodos alternativos para hacer frente a sus necesidades
- * Utilizar la relación con el paciente para explorar los sentimientos que le produce la situación
- * Ayudar al paciente a identificar factores que contribuyen a aumentar la impotencia

Trastorno de la autoestima. Evaluación/sentimientos negativos sobre sí mismo o las propias capacidades que pueden ser directa o indirectamente expresadas, relacionada con sentimientos de desvalimiento y desvalorización, por exceso de perfeccionismo e imposibilidad de controlar pensamientos y actos irracionales

Actividades

- * Aceptar sus sentimientos, empatizar
- * Ayudarle a relacionar la disminución de su autoestima con sentimientos de ansiedad
- * Ayudarle a identificar las experiencias que aumentan estos sentimientos
- * Utilizar resolución de problemas que incrementan la adecuación personal, control y competencia
- * Explorar limitaciones y definir objetivos realistas
- * Identificar sentimientos y confrontación directa
- * Ayudarle a que discuta y exprese sus sentimientos
- * Feedback realista en cuanto a sus capacidades y cualidades positivas
- * Explorar las cualidades y valores personales que pueden aportar
- * Disminuir estímulos del entorno y de la interacción con otros
- * Respetar sus capacidades personales y sus limitaciones
- * Hacerle participar en actividades que le permitan obtener éxito
- * Aumentar la competencia a través del aprendizaje de habilidades
- * Reforzar sus conductas satisfactorias

Ateraciones sensoperceptivas. Estado en que una persona experimenta un cambio en la cantidad o en los patrones de recepción de los estímulos, acompañados de una disminución, exageración, distorsión o incapacidad para responder a dicho estímulo, relacionado con el campo perceptivo disminuido durante una ansiedad moderada e intensa

Actividades

- * Permanecer con él durante los episodios de ansiedad elevada
- * Tranquilizarlo, asegurándole nuestra permanencia junto a él
- * Animarle a verbalizar las sensaciones que experimenta
- * Utilizar frases cortas y simples para disminuir su temor y donarle de seguridad
- * Disminuir estímulos del entorno

Ateración del patrón del sueño. Desorganización del tiempo o de sueño que causa incomodidad o interfiere con el estilo de vida deseado, relacionado con pensamientos recurrentes y estado de tensión.

Actividades

- * Proporcionar un ambiente relajado y tranquilo
- * Evitar exceso de ruidos y luces
- * Enseñar al paciente a autorrelajarse antes de irse a dormir
- * Procurarle métodos alternativos que favorezcan el descanso
- * Mantener actividad diaria, para facilitar el descanso nocturno
- * Evitar que duerma durante el día
- * Favorecer la utilización de técnicas de control cognitivo

Aislamiento social. Soledad que la persona siente o percibe como impuesta por los demás y como un estado negativo o amenazante, relacionado con dificultades para iniciar relaciones personales satisfactorias y miedo a alejarse de su domicilio

Actividades

- * Identificar factores que contribuyen al sentimiento de aislamiento social
- * Ayudarle a diferenciar entre sus percepciones y la realidad
- * Planificar un plan estructurado de relación con los demás
- * Iniciar una relación a nivel individual
- * Incrementar de forma gradual la relación con los otros
- * Ayudarle a identificar cómo afecta a su vida el aislamiento
- * Ayudarle a valorar cómo el aislamiento no ayuda a disminuir su ansiedad
- * Ayudarle a sentirse aceptado por los demás y a que participe en actividades
- * Explorar ganancias secundarias de su conducta

Potencial de violencia: Autolesiones, lesiones a otros. Estado en que una persona demuestra conductas físicamente peligrosas para sí mismo o para los demás, relacionado con la incapacidad de verbalizar sentimientos y falta de autocontrol

Actividades

- * Ayudarle a identificar sentimientos de ansiedad o tensión
- * Ayudarle a distinguir sus diversos sentimientos
- * Valorar con él la forma de expresión apropiada de estos sentimientos, de manera que no resulten hirientes
- * Apoyar la expresión verbal de sentimientos negativos
- * Explorar situaciones que aumentan la ansiedad y comportamientos destructivos
- * Ayudarle a canalizar la tensión de forma más constructiva
- * Valorar factores indicativos del aumento de tensión
- * Valorar la causa de este aumento de tensión y retirarle de la situación temida
- * Permanecer tranquilo y accesible si aumenta la tensión
- * Ayudarle a buscar salida inmediata para disminuir la tensión
- * Evitar personalizar las conductas agresivas
- * Permanecer con el paciente hasta que recupere el control
- * Poner límites a sus actividades y movimientos
- * Analizar conjuntamente el efecto destructivo de estas actuaciones sobre él

Alteraciones en los procesos de pensamiento. Estado en el que la persona experimenta una desorganización en las operaciones y actividades cognitivas relacionado con omnipotencia, pensamiento mágico, indecisiones o dudas, dificultad de concentrarse y pensar en estados de ansiedad intensa.

Actividades

- * Centrar al paciente en los temas de conversación y redirigirlo cuando se dispersa

- * Ayudarle a encontrar significado en situaciones fuera de él
- * No discutir, ni competir ante sus afirmaciones de grandeza
- * Utilizar un lenguaje simple y concreto
- * Realizar actividades simples y permanecer con él y reenfoque su atención
- * No tomar decisiones innecesarias por él
- * Identificar efectos negativos de la indecisión
- * Señalarle efectos destructivos de la indecisión
- * Enseñarle el proceso de resolución de problemas para la toma de decisiones
- * Ayudarle a realizar valoraciones realistas sobre sí mismo, flexibilizando creencias y opiniones
- * Reforzar su toma de decisiones
- * Explicarle que los demás no saben lo que piensa, si no lo verbaliza, y que no puede influir en los demás, ni en los acontecimientos
- * Ayudarle a aumentar su introspección
- * Ayudarle a distinguir entre pensamientos y acciones¹⁰¹

2.5.8.2. Trastornos Afectivos

Afecto es el término utilizado para descubrir el tono emocional de una persona. Es la comunicación verbal y no verbal de los sentimientos internos de la persona. Las sugerencias verbales son palabras usadas para describir sentimientos tales como regocijo, felicidad, placer, frustración, enojo u hostilidad. La sugerencia no verbal a los sentimientos incluye las expresiones faciales tales como estar radiante, sonreír, fruncir el ceño y parecer abatido o inexpresivo. Una persona puede elegir no comunicar los sentimientos verbales pero es casi imposible impedir su expresión no verbal.¹⁰²

INCIDENCIA

La incidencia de depresión en niños de padres deprimidos oscila del 14 por 100 hasta casi el 50 por 100. En los años prepuberales, los síntomas depresivos son dos veces más comunes en los niños. Después de la pubertad, los síntomas se ven dos veces más en niñas. Además, el índice de depresión se duplica de la preadolescencia a la adolescencia. En adolescentes entre las edades de 14 y 16 años, Kashani (1987) encontró un índice de prevalencia del 4.7 para la depresión mayor y del 3.3. por 100 para la distimia, para un índice total del 8.0 por 100.

Los signos y síntomas que desarrollan las personas cuando tienen trastornos afectivos varían según la persona. No se ha distinguido entre las depresiones de la infancia y adolescencia y la depresión del adulto, se indica que hay más similitud entre los dos que diferencias.

Otras fuentes no coinciden y comentan las diferentes características según las edades y niveles de desarrollo. Las características depresivas aumentan en complejidad al progresar el nivel de desarrollo. La depresión en niños puede reconocerse en una cara triste, inmovilidad, disminución del apetito, e incapacidad de ser consolado. Como síntomas adicionales se incluyen disminución del apetito, cambios en el sueño y quejas somáticas. Los niños, en edad escolar muestran cambios inespecíficos que indican depresión o algún otro problema. Estos cambios pueden incluir problemas con los compañeros, mal desempeño escolar y bajos logros, mala conducta y rabietas. La sugerencia importante es el cambio en la conducta junto con un afecto triste o deprimido.

Los adolescentes que experimentan depresión demuestran también características específicas a la edad tales como conducta antisocial, agresión, humor lábil, dificultades en la

¹⁰¹ Ibid. Pag.200-207

¹⁰² Cook y Fontaine Op. Cit. Pag. 428

escuela, huida de los compañeros y de las actividades familiares, fatiga e hipersomnio. Son extremadamente sensibles al rechazo en sus relaciones románticas. Los adolescentes tienen menos probabilidades que los adultos que experimentan alucinaciones, delirios de culpa, sentimientos de persecución. Sin embargo, se quejan frecuentemente de no ser atendidos. No es raro que la depresión de los adolescentes este enmascarada por el abuso de sustancias, fobia a la escuela, trastornos de la conducta alimentaria, o trastornos de conducta.

El primer episodio maníaco de trastorno bipolar puede producirse durante la adolescencia y se caracteriza por una inestabilidad marcada de la conducta y un intenso desorden del adolescente.¹⁰³

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Intolerancia a la actividad. Estado en que la persona carece de la energía física o psíquica suficientes para soportar o acabar las actividades cotidianas que requiere o desea, relacionado con la disminución o exaltación de los impulsos o la energía.

Actividades

- * Mostrar una actitud comprensiva y paciente ante la conducta inhibida o exaltada.
- * Reforzar la confianza del enfermo en el equipo terapéutico y no atemorizarle con órdenes, gritos o amenazas.
- * Interactuar sin atosigarle y no aumentar su inhibición o hiperactividad con la nuestra
- * Ayudar a descubrir su capacidad de movilidad
- * Organizar un plan programado para que realice pequeñas actividades cotidianas, aumentándolas gradualmente, y recordar que, dado el ritmo circadiano peculiar de cada persona, se suelen encontrar peor por las mañanas.
- * Iniciar con el paciente en las actividades cotidianas, para producir el primer estímulo y así fomentar su actividad.
- * Controlar el negativismo y el exceso de actividad, y poner límites a la conducta agitada o ansiosa, fomentando un medio ambiente terapéutico.
- * Ayudar a tomar decisiones sencillas sobre la realización de actividades independientes.
- * Resaltar sus logros
- * Aplicar el tratamiento prescrito.¹⁰⁴

Déficit de actividades recreativas Estado en el que las experiencias individuales reducen los estímulos o el interés para realizar actividades lúdicas o recreativas, relacionado con la falta de energía y la incapacidad de disfrutar o sentir placer.

Actividades

- * Proponer, entre las distracciones conocidas, las actividades más sencillas, que, al realizarlas, permiten la satisfacción y el refuerzo positivo.
- * Favorecer los cambios ante la falta de interés.
- * Cambiar de actividad si desaparece la satisfacción o aparece cansancio.
- * Procurar la variedad en las distracciones.
- * Evitar en lo posible actividades desagradables.
- * Ayudar a tomar decisiones sencillas, como entrenamiento para la readaptación social.
- * Descubrir y resaltar sus capacidades y logros
- * Proponer programas sociales preventivos, como clubes sociales.¹⁰⁵

¹⁰³ Ibid. Pag. 428-430

¹⁰⁴ Rigol Op. Cit. Pag.455

¹⁰⁵ Ibid. Pag.456

Trastornos de la comunicación verbal Estado en el que el sujeto experimenta una disminución o ausencia de habilidades para utilizar o comprender el lenguaje en la interacción humana, relacionado con el curso o contenido del pensamiento.

Actividades

- * Iniciar la comunicación y continuar durante un tiempo prudencial, aunque no recibamos respuestas verbales
- * Hablar pausadamente y en tono bajo.
- * Mantener una actitud de escucha.
- * Actuar sin prisa, disponer de un tiempo y dedicarlo a hablar, escuchar o simplemente estar disponible, acompañando.
- * No forzar la situación, a fin de que no resulte incómoda.
- * Preparar un ambiente relajado y confidencial.
- * Practicar la escucha activa, realizando preguntas.
- * Comenzar la conversación con temas generales, y posteriormente pasar a temas más concretos de su interés o que le preocupen.
- * Proporcionar la oportunidad de manifestar libremente el dolor y permitir que se exprese abiertamente
- * Mantener una actitud de aceptación y apoyo incondicionales.
- * Evitar profundizar en la temática de contenido depresivo y cambiar la conversación con delicadeza.
- * Dar tiempo para que responda y tener paciencia con los períodos de latencia.
- * Soportar la verborrea
- * Dominar la hilaridad ante los juegos de palabras o bromas características de la comunicación maniaca.
- * Mantener una actitud neutra ante lo que explica y no llevarle la contraria ni discutir, pero tampoco "seguirle la corriente".
- * Hablar con claridad, brevedad y concreción.
- * 17. Cambiar de interlocutor con cierta frecuencia.¹⁰⁶

Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros. Estado en el que una persona demuestra conductas físicamente peligrosas para sí mismo, relacionado con los sentimientos de inutilidad o abandono y exaltación del humor.

Actividades

- * Prevenir autoagresiones y retirar del alcance los objetivos susceptibles de producir lesiones.
- * Aplicar los cuidados específicos para el tipo de lesiones que presente.
- * Controlar el estado físico general y constantes vitales.
- * Preguntar indirectamente sobre las ideas autolíticas.
- * Favorecer la expresión de sentimientos y que explique, a ser posible, qué le ha conducido al hecho y cuáles son las motivaciones.
- * Evitar expresiones de reproche o medidas punitivas que aumenten los sentimientos depresivos.
- * Proteger contra los propios sentimientos y señalar hechos importantes de su vida y otros aspectos positivos.
- * Determinar la existencia de ansiedad elevada o reacciones de temor ante hechos concretos.
- * Prevenir conductas de riesgo.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Ibid, pag. 457

¹⁰⁷ Ibid, pag. 458

Aislamiento social Soledad que la persona siente y percibe como impuesta por los demás y como un estado negativo o amenazante, relacionado con la disminución o pérdida de relaciones o intereses habituales.¹

Actividades

- * Preguntar por las relaciones anteriores o personas significativas.
- * Registrar los temas de su interés para orientar la relación hacia personas afines.
- * Impedir la soledad y el aislamiento.
- * Estimular la relación con otras personas, y si se halla retraído, acompañarle y presentarle.
- * Ayudar a mantener relaciones sociales.

Déficit de autocuidado: alimentación Estado en que la persona experimenta una insuficiente habilidad para efectuar o completar por sí misma las actividades para alimentarse.

Déficit de autocuidado: baño/higiene Estado en que la persona experimenta una insuficiente habilidad para efectuar u completar por sí misma las actividades para el baño/higiene, relacionado con la inhibición o excitación psicomotriz y la pérdida es significado de las actividades habituales.

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento Estado en que la persona experimenta una insuficiente habilidad para efectuar o completar por sí misma las actividades para el vestido/acicalamiento, relacionado con la inhibición o excitación psicomotriz y la pérdida de significado de las actividades habituales.

Actividades

- * Identificar las preferencias dietéticas y proporcionar la dieta adecuada a las características individuales.
- * Ayudar ante dificultades movilidad.
- * Ayudar en la higiene personal.
- * Estimular actividades graduales para el autocuidado.
- * Criticar si la ropa no es adecuada al clima, la edad o el momento social.¹⁰⁸

Impotencia Percepción de que una acción propia no afecta de forma significativa en los resultados; percibe pérdida de control sobre una situación cotidiana o acontecimiento inmediato. Relacionado con la falta de rendimiento, interés o capacidad.

Actividades

- * Preguntar acerca de la familia, status social y nivel de responsabilidades personales y profesiones.
- * Evitar las expresiones triviales y fomentar el ánimo.
- * Evitar expresiones de menosprecio, reconvencciones o medidas punitivas.
- * Controlar el riesgo de agresividad autodirigida.¹⁰⁹

Desesperanza Estado subjetivo en que una persona percibe una limitación o no ve alternativas o elecciones personales eficaces y es incapaz de movilizar las energías en favor propio, relacionado con los sentimientos de inutilidad o abandono.

Actividades

- * Favorecer la expresión de sentimientos para evaluar su trascendencia y plantear alternativas reales.
- * Estimular las percepciones realistas sobre sus capacidades.
- * Evitar expresiones de agresividad autodirigida.

¹⁰⁸ Ibid. Pag.459

¹⁰⁹ Ibid. Pag.460

- * Organizar un programa de actividades graduales que favorezca la colaboración e iniciativa del enfermo.¹¹⁰

Trastorno de la imagen corporal. Desorganización en la manera de percibir la propia imagen corporal, relacionado con el estado de abandono de su cuidado.

Trastorno de la autoestima. Autoestimación/sentimientos negativos sobre sí mismo o las propias capacidades de pueden ser directa o indirectamente expresados, relacionados con los sentimientos depresivos o exaltados.

Alteración en el desempeño del rol. Desorganización en la manera que una persona percibe el desempeño de su propio rol, relacionado con los sentimientos de incapacidad, inutilidad u omnipotencia.

Trastorno de la identidad personal. Dificultad para identificarse uno mismo, relacionado con la situación de crisis, que presenta ideas de ruina, culpa, muerte o grandeza.

Actividades

- * Contribuir a que el paciente encuentre sus valores como persona.
- * Resaltar los valores más significativos.
- * Fomentar la expresión de sentimiento.
- * Ayudar a canalizar las emociones para incrementar la autoestima.
- * Confirmar las percepciones reales sobre la propia imagen.
- * Ayudar a reconocer la propia identidad. Podemos utilizar los datos biográficos conocidos para poder forzar las apreciaciones correctas.
- * Obtener el apoyo y colaboración de otras personas para ayudar con la relación interpersonal a facilitar la autoidentificación.
- * Resaltar sus logros.

Alteración en los procesos de pensamiento. Estado en el que una persona experimenta una desorganización en las operaciones y actividades cognitivas, en relación con los sentimientos conflictivos, que presenta trastornos del curso o contenido del pensamiento, dificultades de concentración y fallos de la memoria.

Actividades

- * Actuar con calma.
- * Corregir o prevenir la ansiedad.
- * Favorecer al paciente a que se exprese, para que pueda sentirse acogido, apoyado y sobre todo entendido.
- * Ayudarle en la expresión de sentimientos intolerables o dolorosos.
- * Mantener una actitud neutra, no darle la razón en lo que explica, ni llevarle expresamente la contraria.
- * No tratar de convencerle, tan sólo sembrarle dudas sobre lo que afirma.¹¹¹

Alteración del patrón del sueño. Desorganización del tiempo de sueño que causa incomodidad o interfiere con el estilo de vida deseado, relacionado con el estado anímico, que presenta despertar precoz e hiperactividad.

Actividades

- * Colocar al paciente en la habitación apropiada, con compañeros que no representen problemas de sueño.
- * Reducir la hiperactividad y no permitir iniciar actividades a la hora de acostarse.

¹¹⁰ Ibid. Pag.461

¹¹¹ Ibid Pag. 462

- * Limitar los estímulos ambientales, ruidos, luces, etc.
- * Respetar las horas de sueño habituales del sujeto, si son naturales.
- * Impedir el sueño diurno.
- * Realizar un programa de actividades diurno, que fatigue y predisponga al sueño.¹¹²

2.5.8.3. Trastornos de la Personalidad

Para entender los trastornos de la personalidad, se debe entender que se define por "personalidad". A pesar de lo abstracto del concepto y de las diferentes corrientes que han tratado de definirla, todas coinciden en que es "La organización de la totalidad de los procesos psicológicos, y psicofisiológicos que intervienen en la adaptación del individuo a sus circunstancias".

Por lo anterior los trastornos de la personalidad vendrán determinados por los elementos desadaptativos que aparecen en la biografía del sujeto, no siendo catalogados como enfermos, pero sí de individuos con síntomas psiquiátricos. Muchos de estos síntomas no suelen aparecer de forma aislada, por el contrario son patrones de conducta inadaptada que suelen iniciarse en la niñez o adolescencia, persistiendo o estabilizándose en la edad adulta y en la vejez.¹¹³

INCIDENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Es muy difícil estimar la incidencia de los trastornos de personalidad; muchas personas jamás llegan a ser atendidas en el sistema de salud mental, a causa del rechazo a buscar tratamiento, la existencia del problema es desconocido para quien sufre de algún trastorno de personalidad y sus familiares. Se ha logrado determinar que los varones tienen una mayor tendencia de padecer trastornos de personalidad paranoide esquizoide y antisocial, mientras que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de ser diagnosticado de trastornos de personalidad límite a histriónico.¹¹⁴

INTERVENCION DE ENFERMERIA

Afrontamiento Individual : Ineficaz. En todos los casos en que se presente trastornos de la conducta adaptiva y de la habilidad de resolución de problemas de una persona, para cubrir las exigencias y roles de la vida, relacionado con dificultades para funcionar de forma independiente con conductas destructivas y antinormativas, manipulación de los demás y exceso de racionalización a proyección en cualquiera de sus formas y diagnósticos según el subtipo de la clasificación.

Actividades

- * Ayudarle a identificar sus preferencias respecto a diferentes áreas de su vida.
- * Enseñar a tomar decisiones.
- * Ayudarle a adquirir conductas asertivas mediante la enseñanza de rol-playing que le permita satisfacer sus necesidades.
- * Dar soporte emocional durante la modificación de sus actitudes.
- * Ayudarle a planificar objetivos prácticos y expectativas realistas, y adquirir efectividad.
- * Poner límites consistentes a sus conductas, en cuanto a la estructura y sus relaciones.
- * Delimitar bien los objetivos en cuanto al tiempo y las tareas que hay que realizar.
- * Hacerle participar en el tratamiento, responsabilizándole de sus actuaciones.
- * Poner límites a sus conductas para reducir la manipulación.
- * Establecer roles firmes y consistentes en la relación.

¹¹² Ibid. Pag.463

¹¹³ Ibid. Pag.235

¹¹⁴ Cook y Fontaine Op. Cit. Pag.385

- * Enseñarle a aceptar la limitación de su conducta: confrontarlo con el efecto derivado de sus actuaciones.
- * Establecer un contrato terapéutico.
- * Evitar la manipulación profesional, estableciendo responsabilidades claras de tratamiento.
- * Dar una estructura ambiental consistente
- * Ofrecer modelos de conducta.
- * Recompensar el cumplimiento de responsabilidades.
- * Ayudarle a que reconozca sentimientos de falta de empatía.¹¹⁵

Trastorno de Autoestima, Identidad Personal y Desempeño de Rol, En cualquiera de sus formas se determinara el diagnóstico de alguno de estos trastornos de la personalidad que manifiesten sentimientos negativos hacia sí mismo o hacia sus capacidades relacionado con falta de autorealización y carencia de autoconfianza. En otros casos la dificultad para identificarse a sí mismo o insertidumbre sobre su identidad sexual y finalmente la forma como una persona percibe el desempeño de su propio rol.

Actividades

- * Ayudarle a reconocer las dificultades de relación que disminuyen su autoestima.
- * Ayudarle a aceptar sus propios sentimientos de autodevaluación.
- * Mantener una actitud de respeto y aceptación de sus características.
- * Ofrecer soporte emocional.
- * Hacerle participar en actividades en las que demuestre habilidad.
- * Fomentar una actitud realista hacia sí mismo, en los aspectos en que presenta habilidades o dificultades.
- * Informarle de los cambios producidos en su conducta.
- * Dar refuerzo positivo a sus logros
- * Animar al paciente a expresar consecuencias de cambios físicos y emocionales, en su autoconcepto.
- * Ayudar al paciente a identificar conductas alternativas congruentes para el cambio del estilo de vida, relaciones personales o rol de actividades.¹¹⁶

Potencial de Violencia. En los diagnósticos donde se determine que una persona de muestra conductas físicamente peligrosas para sí mismo o para los demás, relacionado con déficit del control de impulsos y baja tolerancia a la frustración.

Actividades

- * Ayudarle a identificar formas alternativas de expresar su enojo y las consecuencias derivadas de las distintas formas de actuación.
- * Establecer un entorno estructurado, con límites consistentes.
- * Detectar y prevenir las situaciones significativas de riesgo de violencia.
- * Establecer mayor relación si observamos tensión indicativa de pérdida de control.
- * Establecer un contrato terapéutico, informándole de las consecuencias de su ruptura.
- * Demostrar calma si se producen situaciones de violencia.
- * Alejar a los espectadores del entorno.
- * Alejarlo del entorno y realizar contención física si fuera imprescindible.
- * Ayudarle a expresar los sentimientos relacionados con la conducta violenta.
- * Valorar el potencial riesgo de autolesión.
- * Establecer normas de prevención para evitar que se autolesione.¹¹⁷

¹¹⁵ Rigol Op. Cit. Pag.245-246

¹¹⁶ Ibid. pag.246-247

Aislamiento Social. Cuando la persona percibe o siente la soledad como impuesta por los demás o como un estado negativo o amenazante, además de incapacidad para establecer relaciones con los demás.

Actividades

- * Valorar el nivel de relaciones.
- * Planificar objetivos de relación graduales.
- * Enseñarle a establecer nuevas relaciones a través de actividades grupales.
- * Ayudarle a identificar y expresar sus sentimientos en las relaciones.
- * Ayudarle a planificar expectativas reales de la relación con los demás.
- * Enseñarle habilidades sociales que le sirvan para relacionarse.
- * Ayudarle a identificar actividades de diversión adaptativas.¹¹⁸

Alteración Parental. En los casos cuando una figura nodriza experimenta la incapacidad para crear un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo de otro ser humano, relacionado con maltrato o descuido de los hijos.

Actividades

- * Ayudar al paciente a identificar déficit en el cuidado de los hijos.
- * Fomentar la expresión de sentimientos al respecto.
- * Valorar los recursos personales y económicos con que cuenta para hacerse cargo de los hijos.
- * Ayudarle a planificar la forma de responder a las necesidades financieras.
- * Planificar con el paciente el desarrollo de objetivos parentales realistas.
- * Identificar expectativas realistas en el desarrollo del rol parental.
- * Valorar la frecuencia de interacciones con los hijos.
- * Ayudarle a identificar el tipo de interacciones que desarrolla con sus hijos.
- * Valorar las necesidades de separación de los hijos y favorecer el mantenimiento de contacto si fuera necesario.
- * Asesorar a la familia, consultas con otros profesionales y recursos para cubrir sus necesidades.¹¹⁹

2.5.8.4. Trastornos del Desarrollo

Durante los periodos evolutivos que corresponden a la infancia y adolescencia, se produce de manera normal el proceso de crecimiento y desarrollo de las funciones intelectuales y psicosociales que culminan por lo regular con la maduración en la edad adulta.

Los patrones de desarrollo considerados dentro de la normalidad están fijados por los conceptos desarrollados en las teorías de crecimiento y desarrollo que abordan diferentes perspectivas de l proceso de desarrollo humano. Por lo que se considera que aparece un trastorno del desarrollo en los casos en que no se alcanza los resultados previsibles a la etapa correspondiente.

Los trastornos del desarrollo según el **DSM-III-R** consisten en: “Una alteración en el aprendizaje de las habilidades cognitivas, verbales, motoras o sociales. La alteración puede implicar un retraso general, como en el retraso mental, o bien un retraso o un fracaso en el

¹¹⁷ Ibid. Pag.247

¹¹⁸ Ibid. Pag.248

¹¹⁹ Ibid. Pag. 249

aprendizaje de una habilidad específica". Aparece antes de los 18 años, su curso es crónico, tiene una duración indefinida y ocasiona deterioros o incapacidades persistentes y estables.¹²⁰

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Déficit de Actividades Recreativas. Estado en que las experiencias individuales reducen los estímulos o el interés para realizar actividades lúdicas o recreativas, relacionado con déficit, insuficientes conocimientos o falta de habilidades.

Actividades:

- * Animar la expresión de dificultades y el intercambio de opiniones en este sentido.
- * Tranquilizar respecto a las limitaciones existentes y su posible superación.
- * Favorecer la participación, buscar expresamente las actividades que más estimulan el interés y la participación del niño, y realizar programas individuales en principio.
- * Ser realista y tener en cuenta y atender especialmente las dificultades asociadas, como déficit de atención o comunicación, estado de psicomotricidad, conductas alteradas, hiperactividad, conductas autodestructivas y alteraciones sensoriales, de vista, oído y tacto.
- * Evitar expresamente las experiencias que presenten posibilidades de fracaso y cambiar de actividad cuando aparecen dificultades insuperables.
- * Practicar sistemáticamente de manera inicial las actividades que resulten más sencillas y produzcan mayor satisfacción, pasando posteriormente hacia actividades que representen mayor complejidad.
- * Proporcionar un entorno o hábitat adecuados, que posibiliten la realización del programa de actividades lúdicas.
- * Disponer de los recursos necesarios, juguetes u objetos estimuladores.
- * Tomar en consideración la necesidad de un experto, terapeuta ocupacional, que coordine las actividades lúdicas como parte del programa educacional.
- * Utilizar las actividades lúdicas, el juego, como medio formativo.
- * Programar las actividades de la vida cotidiana con un sentido de diversión, como un juego: vestirse, lavarse, peinarse, etc. pueden resultar gratificantes.
- * Proporcionar refuerzos constantes e inmediatos, que estimulen al niño a continuar.
- * Identificar el ritmo y habilidades particulares.
- * Evitar la rutina o actividades rituales con juegos no monótonos, presentando diferentes alternativas y cambios de actividad cuando el niño demuestre estar cansado o aburrido, o presente estereotipias.
- * Los juegos participativos favorecen la socialización y creación de nuevas relaciones y amistades.
- * En edades algo más avanzadas podemos contar con el juego como entrenamiento para la actividad laboral, introduciendo elementos que tengan relación con el trabajo futuro.

Incontinencia Fecal. Estado en el cual una persona cambia los hábitos intestinales normales, se caracteriza por la defecación involuntaria relacionada con la insuficiente maduración en el control de los esfínteres.

Actividades

- * Conocer la frecuencia con que se producen los episodios de incontinencia.
- * Averiguar si guardan relación con hechos o momentos concretos.
- * Evitar las expresiones peyorativas o ridiculizantes.
- * Proporcionar apoyo en la confianza de que el problema se resolverá. Desdramatizar la situación.
- * Establecer un programa educativo para favorecer el control de esfínteres.

¹²⁰ Ibid. Pág.253-254

- * Instaurar un plan de alimentación e hidratación adecuado y coordinado con el programa para el control de la eliminación involuntaria.
- * Planear actividades evacuatorias sistemáticas acordes con la frecuencia de las eliminaciones.
- * Organizar actividades evacuatorias nocturnas en horarios prefijados, con el fin de paliar los efectos de la enuresis o encopresis.
- * Explicar detalladamente y al nivel adecuado las actividades programadas.
- * Impedir las manipulaciones desordenadas de excrementos, que el niño tiende a realizar con fines lúdicos.
- * Alentar su colaboración y participación.
- * Proporcionar los medios necesarios y la ayuda inicial imprescindible.
- * Facilitar el entorno adecuado, tomando en consideración la preservación de la intimidad.
- * Supervisar que el programa se lleva a la práctica.
- * Evitar el desaliento por los fracasos repetidos.
- * Realizar las actividades de higiene necesaria o ayudar a ellas.
- * Aplicar los cuidados paliativos o preventivos que se requieran por afectaciones concomitantes, como prurito anal, alteraciones de la integridad de la piel, fisuras, etc.

Alteración Parental. Estado en que la figura nodriza experimenta una incapacidad para crear un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo de otro ser humano, relacionado con la dificultad para aceptar sus carencias.

Actividades

- * Ayudar a identificar los factores que contribuyen a la problemática
- * Disminuir el impacto familiar de los déficit o trastornos conductuales.
- * Alentar la expresión de los sentimientos conflictivos de los padres, como rechazo, culpabilidad, temor, ambivalencia u otros similares.
- * Establecer un plan que concrete las demandas de colaboración profesional.
- * Propiciar el intercambio de relaciones afectivas entre los padres y el hijo.
- * Recalcar que resultan imprescindibles para el desarrollo madurativo del niño el contacto físico y el intercambio emocional con los padres.
- * aconsejar sobre los cambios más convenientes en las interacciones familiares.
- * Favorecer la creación de expectativas realistas, de acuerdo con los recursos reales del niño.
- * Ayudar a la organización de los apoyos sociales y familiares.
- * Informar sobre los derechos del niño en cuanto educación especial a otros programas.
- * Contribuir a la aceptación del niño, facilitando contactos, intercambios o puntos de encuentro con asociaciones de padres que presenten problemática similares.

Alteración del Crecimiento y Desarrollo. Estado en que una persona muestra desviación respecto a las normas de su grupo de edad, relacionado con alteraciones fetales, traumatismos del parto o déficit de maduración de la infancia.

Actividades

- * Reconocer los déficit o incapacidades que presenta el niño.
- * Trazar junto con la familia un programa de actividades de aprendizaje realista.
- * Incluir aspectos sobre la adaptación del niño medio sociocultural favorecerá su proceso de socialización personal.
- * Fomentar la práctica continuada de cuantas habilidades se conozcan en el niño.
- * Estimular el incremento de conocimientos, aportando nuevas informaciones que estimulen su interés.
- * Enseñar al niño la práctica de habilidades sociales.

- * Ampliar gradualmente los conocimientos y habilidades que promuevan su mayor grado de autonomía.
- * Expresar satisfacción por cuantos progresos realice el niño en la adquisición de nuevos conocimientos o adelantos que se produzcan en la práctica de las habilidades, lo que hará aumentar su autoestima.
- * Facilitar a la familia información sobre soportes sociales y comunitarios, escuelas centros especiales, unidades de día, ayudas económicas, etc.
- * Ofrecer la orientación y consejos que sean necesarios para incluir al niño en los programas educativos especiales que precise.
- * Ayudar a la aceptación por parte de la familia y del niño de las incapacidades que se evidencien como insuperables.
- * Proporcionarles soporte y ayuda emocional para superar los episodios críticos o períodos conflictivos.
- * Informar sobre las vías de acceso a otros profesionales.
- * Enseñar las actividades necesarias para el mantenimiento general de la salud del niño.
- * Proporcionar cuidados específicos.

Trastornos de la Comunicación Verbal. Cuando el sujeto experimenta una disminución o ausencia de habilidades para utilizar o comprender el lenguaje en la interacción humana relacionado con insuficiente estimulación sensorio-motora.

Actividades

- * Reconocer las posibilidades reales de comunicación verbal, según estimaciones pertinentes del estado de los órganos de los sentidos.
- * Tratar de centrar la comunicación y llamar al niño por su nombre al iniciar la relación.
- * Alentar la expresión verbal de necesidades o sentimientos, e iniciarla con preguntas sencillas.
- * Establecer la interacción verbal y hablarle, aunque no exista respuesta.
- * Utilizar el tono de voz adecuado en cada momento y evitar los gritos.
- * Permitir períodos de silencio, no abrumar al niño con excesiva verborrea y esperar un tiempo prudencial para favorecer que se produzca la respuesta.
- * Seleccionar los mensajes con significado afectivo para utilizarlos convenientemente.
- * Tomar en consideración los estímulos ambientales, para reducirlos o aumentarlos según lo requiera la relación.
- * Demostrar y mantener el interés, a pesar de las dificultades de comprensión.
- * Ayudar al niño a corregir o modificar los mensajes hablados, teniendo en cuenta que, en los casos con déficit específicos, será necesaria la inclusión del niño en un programa especial para la educación y el desarrollo del lenguaje.
- * Favorecer la educación del lenguaje verbal y no verbal, miradas, gestos y postura.
- * Propiciar la comunicación no verbal, en los casos en que la comunicación verbal resulta imposible de establecer.
- * El contacto físico, tocar al niño con la delicadeza, en ocasiones puede eliminar ciertas barreras de comunicación.
- * Suprimir el contacto físico, si aparece rechazo expreso de éste o se observa un aumento de la inquietud.

Potencial de violencia: Autolesiones , lesiones a otros. Estado en que una persona muestra conductas físicamente peligrosas para si mismo, relacionado con control deficiente de sus impulsos o una baja tolerancia a la frustración.

Actividades

- * Actuar con previsión, en cuanto el niño manifieste los primeros signos indicativos de que aparecerá la autoagresión.
- * Establecer unos límites reales y efectivos para la conducta violenta.
- * Reducir los estímulos ambientales, ruidos, luces, espectadores. etc.
- * No dejarle solo ningún momento.
- * Evitar los factores causantes de riesgos añadidos, como objetos desplazables o pesados.
- * Evitar algunas situaciones potencialmente peligrosas, como afrontar la conducta violencia con una insuficiente dotación de personal.
- * Mantener la serenidad y la calma, y evitar las expresiones de temor.
- * Intentar la comunicación verbal.
- * Llamar al niño por su nombre.
- * Establecer referencias claras, lugar y conducta esperada.
- * Procurar conocer la causa de la conducta violenta.
- * Razonar dentro de los límites establecidos.
- * Obviar las discusiones baldías.
- * Actuar sin violencia en los casos que requieren medidas enérgicas.
- * Evitar expresiones punitivas; el niño debe entender que nuestra actuación es debida a su conducta violenta y no se trata de un castigo.
- * Planear actividades físicas alternativas, que representen un desgaste de energía para el niño y sirvan de prevención de las conductas violentas.
- * Permitir que el niño exprese verbalmente sus sentimientos de ira o frustración favorece su aceptación y puede resultar una buena medida preventiva.

Afrontamiento Individual Ineficaz. Trastorno de la conducta adaptativa de la habilidad de resolución de problemas de una persona para cubrir las exigencias y roles de la vida, por insuficientes recursos personales.

Actividades

- * Identificar las áreas de incapacidad o desadaptación.
- * Planear objetivos realistas, de complejidad gradual para su resolución.
- * Describir las estrategias pertinentes para la consecución de los objetivos.
- * Facilitar la expresión de sentimientos de incapacidad o impotencia que permitan la reestructuración cognitiva.
- * Ayudar y enseñar la resolución de problemas.
- * Favorecer la identificación y el desarrollo de conductas adaptadas.
- * Proporcionar información sobre la conducta esperada.
- * Promover en la medida de lo posible actividades de interacción social, que mejoren la autoestima y proporcionen retroalimentación positiva.
- * Indicar un margen de expectativas realistas de acuerdo con la capacidad de desarrollo del niño.

Deterioro de la Interacción Social. Cuando una persona participa del intercambio social en insuficiente o excesiva cantidad o inadecuada calidad, relacionado con déficit de habilidades o conocimientos y dificultades de comunicación.

Actividades

- * Analizar conjuntamente con el niño y la familia las razones de la limitación en la relación social.
- * Ayudar a identificar las conductas que de manera primordial afectan la intercomunicación.
- * Proporcionar oportunidades para practicar las relaciones sociales, reuniones, juegos, etc.
- * Proponer las actividades graduales que favorezcan esta socialización.

- * Establecer unas expectativas razonables de progreso, para evitar frustraciones.
- * Promover la utilización de las mejores habilidades y capacidades del niño.
- * Asistir al intercambio social del niño, proponiendo temas o situaciones que le resulten favorables.
- * Alentar la expresión de sentimientos de temor o dudas que permitan su resolución.
- * Aplicar refuerzos positivos a las relaciones sociales satisfactorias.
- * Dar soporte en las situaciones con vivencia conflictiva para el niño.
- * Identificar otras alternativas para mejorar el intercambio social.

Déficit de Conocimientos. Cuando la persona o familia no comprende no aprende ni demuestra conocimiento de las medidas de cuidado necesarias para mantener o mejorar la salud, debido a limitaciones intelectuales, culturales o sensoriales.

Actividades

- * Obtener información familiar sobre los conocimientos de la salud.
- * Fomentar la participación del niño y la familia en los programas de educación para la salud.
- * Participar en la enseñanza de las acciones que suplan los déficit percibidos para la protección de la salud.
- * Suplir la falta de conocimientos con otras habilidades, y utilizar los recursos y capacidades personales del niño y de la familia.
- * Contribuir en la medida de lo posible al cambio de actitudes favorables para el mantenimiento de la salud.
- * Ayudar a practicar las actividades encaminadas a la prevención, conservación o recuperación de la salud.
- ∴ Proporcionar información sobre los recursos comunitarios disponibles.
- * Ayudar a reconocer y buscar solución para los problemas puntuales de salud.
- * Proporcionar cuidados específicos.
- * Cooperar en los programas de educación especial.

Déficit de Autocuidado. Cuando una persona experimenta una insuficiente habilidad para efectuar o completar por sí misma las actividades (para alimentarse, baño/higiene, uso del WC, vestido), por deficiencias sensoriomotoras o falta de conocimientos.

Actividades

- * Instruir a la familia en la elección y preparación de los alimentos, para proporcionar al niño la dieta más adecuada a sus características personales.
- + Enseñar al niño el manejo de los utensilios apropiados para la correcta preparación de su alimentación.
- * Explicar al nivel del niño la importancia de la higiene personal.
- * Establecer un plan de ayuda, hasta que el niño asuma la realización autónoma de las actividades rutinarias para su higiene diaria.
- * aconsejar la elección del vestido más adecuado para cada ocasión.
- * Suplir la falta de habilidad del niño para colocarse la ropa.
- * Guiar el aprendizaje del niño para vestirse correctamente.
- * Orienta su arreglo personal.
- * Ayudarle a practicar las habilidades necesarias para todas las actividades de la vida cotidiana.
- ∴ Proporcionar en cada ocasión los cuidados necesarios.
- * Apoyar cuantas medidas favorezcan su adaptación social.
- * Utilizar refuerzos positivos para estimular en todo momento los pasos hacia la autonomía.
- * Ensaltar cuantos logros se produzcan para la consecución de su autocuidado.

Trastornos de la Autoestima. Sentimientos negativos hacia sí mismo y de las capacidades, puede ser directa o indirectamente expresado, relacionado con experiencias de fracaso en la consecución de objetivos concretos.

Actividades

- * Examinar y analizar las situaciones que causan impacto negativo.
- * Evitarlas en el futuro hasta tener la certeza de que son superables.
- * Reconocer la percepción que posee el niño sobre sus propias capacidades.
- * Mantener una actitud de apoyo incondicional.
- * Permitir la exteriorización de temores o premoniciones negativas.
- * Interrumpir la reiteración de conservaciones que tratan sobre los sentimientos negativos.
- * Identificar las actividades que proporcionan sentimientos de autorrealización.
- * Facilitar la realización de estas actividades que producen satisfacciones.
- * Favorecer la consecución gradual de actividades que conllevan mayor complejidad o riesgo de insatisfacción.
- * Proporcionar confianza en el futuro y apoyo constante.

Alteración del Patrón del Sueño. Desorganización del tiempo del sueño que causa incomodidad o interfiere en el estilo de vida deseado, relacionado con inseguridad, temor o inquietud.

Actividades

- * Informarse sobre las rutinas del sueño, horarios, ropa de cama, juguetes, luces, tisinias, etc.
- * Tratar de lograr un ambiente tranquilo.
- * Evitar los estímulos ambientales, luces, ruidos, otras personas, etc.
- * Acompañar al niño en los primeros momentos, intentando transmitir calma.
- * Corregir las expectativas negativas en los casos de terrores nocturnos y evitar hablar de temas que aumenten el temor o la inquietud.
- * Asegurar al niño que no se encontrará solo si ocurre un episodio de pesadilla o terror nocturno.
- * Proporcionar luces tenues u objetos que favorezcan la sensación de seguridad.
- * Corregir los horarios y cantidades de alimentos y líquidos en los casos de enuresis y encopresis.
- * Evitar las expresiones de burla o menosprecio en estos casos.
- * Reforzar los logros en este sentido.¹²¹

2.5.8.5. Alteraciones Psicofisiológicas

En las alteraciones psicofisiológicas surgen de manera manifiesta implicaciones en ambos sentidos y están íntimamente ligadas las influencias de los dos aspectos, el psíquico y somático.

La psicósomática como disciplina específica parte del principio, generalmente aceptada de que existe una interacción entre ciertos factores sociales algunos estados psíquicos y también la incidencia de enfermedades que clásicamente se viene denominando orgánicas.¹²²

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Trastorno de la movilidad física. Estado en que la persona experimenta limitaciones de su habilidad para los movimientos físicos independientes, relacionado con el dolor por las alteraciones musculoesqueléticas y la inquietud producida por el hipertiroidismo

Actividades

- * Ayudarlo a realizar movimientos pasivos para mantener o recuperar el mayor grado de movilidad posible

¹²¹ Ibid. Cap. 17

¹²² Ibid. Pag. 289

- * Aumentar gradualmente la complejidad de la actividad muscular, para permitir iniciar las actividades
- * Corregir los movimientos físicos defectuosos
- * Aplicar medidas reductoras de dolor
- * Realizar ejercicios de relajación
- * Establecer un programa de actividades adecuado a las posibilidades reales
- * Favorecer la exteriorización de sentimientos de inseguridad o minusvalía, para evaluar sus propias percepciones sobre las dificultades
- * Informar con sinceridad sobre lesiones o incapacidades y las posibilidades de recuperación
- * Proporcionar el apoyo emocional que favorezca la aceptación de secuelas
- * Reforzar todos los empeños que vayan encaminados a la mejora de la movilidad
- * Proporcionar refuerzos positivos ante los logros, animar verbalmente y destacar cualquier adelanto
- * Controlar la hiperactividad para evitar el agotamiento

Dolor. Estado en que una persona experimenta y manifiesta la presencia de severo malestar o sensación de incomodidad, relacionado con alteraciones musculoesqueléticas, gastrointestinales, cardiovasculares y dermatológicas

Actividades

- * Priorizar las actividades, mantener la calma y actuar siguiendo las pautas o criterios habituales para la gravedad del cuadro
- * Proporcionar los cuidados específicos según la patología que presente
- * Aplicar los procedimientos terapéuticos oportunos: analgésicos, técnicas de relajación u otras alternativas
- * Explicar las técnicas que se le aplican: favorece que no se aumente la sensación dolorosa por premoniciones o ansiedad ante lo que se le vaya a realizar
- * Identificar las cosas o situaciones que incrementan o disminuyen el dolor
- * Ayudar a identificar medidas que aumentan el bienestar
- * Facilitar distracciones cuando el dolor no es muy intenso, lo que puede producir su desaparición
- * Preguntar sobre las sensaciones dolorosas para tratar de precisar las actuaciones
- * Permitir la expresión de quejas que produzcan un alivio de la tensión dolorosa
- * Indagar sobre mecanismos de adaptación que hayan sido previamente efectivos, para poder aplicarlos a procesos dolorosos resistentes
- * Tranquilizar sobre la aplicación de todas las medidas necesarias para evitar el dolor
- * Implicar al sujeto en las decisiones convenientes para establecer un programa de actividades coherente
- * Animar para mantener un adecuado nivel de actividad acorde con sus posibilidades
- * Aconsejar sobre las pautas y así prevenir la habituación o disminución de su efecto

Alteración en el mantenimiento de la salud. Incapacidad para identificar, dirigir y/o buscar ayuda exterior para mantener la salud, relacionado con deficientes recursos de adaptación personal ante situaciones productoras de tensión emocional

Actividades

- * Animar la verbalización para conocer las dificultades existentes
- * Identificar los déficit concretos
- * Proporcionar un apoyo incondicional para que el sujeto se adapte a las modificaciones necesarias
- * Evitar juicios de valor sobre la expresión de dificultades para la adaptación
- * Ayudar a satisfacer necesidades de salud específicas

- * Enseñar habilidades para el autocuidado
- * Elaborar un programa para modificar las actividades no saludables
- * Informar sobre otros recursos asistenciales que pueden ser de utilidad

Patrón respiratorio ineficaz. Estado en el que los patrones individuales de inspiración o espiración no son eficaces para una adecuada insuflación o vaciamiento pulmonares, relacionado con la obstrucción bronquial producida por la crisis asmática o con un estado de ansiedad.

Actividades

- * Prestar la asistencia de inmediato suele impedir que el cuadro se agrave
- * Mantener la oxigenación, utilizando todas las medidas que sean necesarias
- * Controlar los parámetros vitales y el estado de conciencia
- * Aplicar medidas terapéuticas prescritas
- * Colocar en la posición que más facilita la respiración será una manera de beneficiar la respiración autónoma y prevenir el agotamiento
- * Enseñar ejercicios respiratorios para ayudarse de toda la energía muscular disponible
- * Realizar ejercicios de relajación con el fin de lograr el autocontrol respiratorio y la disminución de la ansiedad
- * Proporcionar seguridad, mantener la calma y tratar de tranquilizar

Disminución del gasto cardíaco. Estado en el que el bombeo sanguíneo del corazón de una persona está bastante disminuido, por lo cual es insuficiente para cubrir las necesidades de su tejido corporal, relacionado con la obstrucción de las arterias coronarias y el estilo de vida

Actividades

- * Evitar movilización
- * Colocar al individuo en la postura que mejor favorezca la circulación sanguínea y alivie el dolor
- * Controlar los parámetros vitales de manera continuada, para conocer en todo momento la situación del sujeto
- * Aplicar las medidas terapéuticas prescritas
- * Informar sobre las pautas dietéticas, será una medida imprescindible para el mantenimiento de la salud
- * Informar sobre el uso de la medicación oportuna en situaciones críticas de dolor
- * Indicar programas sobre deshabituación al tabaco
- * Explicar los perjuicios por el alcohol
- * Enseñar ejercicios de relajación que permitan controlarse en situaciones de tensión emocional
- * Informar sobre otras técnicas para la reducción del estrés
- * Realizar un programa de actividades que evite el exceso de trabajo, informando expresamente sobre sus riesgos
- * Informar sobre posibilidades de realización sexual

Deterioro de la integridad cutánea. Estado en que la piel de la persona está lesionada, relacionado con un trastorno dermatológico y tensión emocional

Actividades

- * Realizar la higiene más idónea para el tipo de lesión
- * Utilizar los elementos pertinentes a cada caso y sustancias específicas
- * Retirar objetos que puedan resultar irritativos
- * Aplicar el tratamiento dermatológico prescrito
- * Impedir autolesiones por rascado, y explicar que el alivio es momentáneo y contraproducente
- * Proporcionar los medios para mantener la temperatura corporal adecuada
- * Evitar que la ropa produzca lesiones por hallarse excesivamente ajustada o ser inadecuada

- * Inmovilizar o cubrir la zona afectada para prevenir el aumento de la lesión o infecciones asociadas
- * Suprimir sustancias irritantes o alérgicos individuales
- * Ayudar a la expresión de sentimientos puede ser una medida para reducir la tensión emocional

Diarrea. Estado en el cual una persona cambia los hábitos intestinales normales, se caracteriza por la producción frecuente de defecaciones fluidas, sueltas o informes, relacionado con tensión emocional continuada y que presenta trastornos gastrointestinales

Actividades

- * Favorecer la expresión de sentimientos que desbloqueen la agresividad interiorizada
- * Realizar ejercicios de relajación propicia la disminución de la motilidad intestinal y favorece la autorregulación fisiológica
- * Aplicar las medidas terapéuticas prescritas
- * Mantener reposo en cama también ayudará a disminuir los movimientos intestinales
- * Proporcionar una dieta pobre en residuos
- * Suministrar líquidos suficientes ricos en Na y K, con el fin de prevenir la deshidratación
- * Evitar alimentos excesivamente fríos o calientes, que aumentan la motilidad intestinal
- * Proporcionar intimidad para realizar las deposiciones
- * Evitar expresamente las expresiones verbales o gestuales de desagrado por los olores o las heces. Tranquilizar en este sentido
- * Controlar el número de deposiciones y el aspecto de las heces
- * Controlar el peso
- * Extremar la higiene y cuidado de la zona perianal, para prevenir lesiones
- * Moderar el programa de actividades según los requerimientos y posibilidades de la persona
- * Informar sobre hábitos o estilos de vida perjudiciales: alimenticios, laborales u otros
- * Informar sobre otras posibilidades terapéuticas: cognitivas, grupales y de psicoterapia

Temor. Sentimiento de miedo cuyo origen es identificable por la persona relacionado con experiencias traumáticas anteriores y/o la hospitalización

Actividades

- * Favorecer la verbalización de temores y permitir que se expresen en muchas ocasiones conducen a la persona a percatarse de su absurdidad o falta de entidad
- * Escuchar con atención y huir expresamente de actitudes rutinarias
- * Empatizar, ponernos en su lugar, para poder comprender su punto de vista, y no minimizar la importancia de lo que nos ha explicado
- * Informar de la situación con sinceridad
- * Explicar los procedimientos que se realizan
- * Corregir las percepciones o expectativas erróneas
- * Ofrecer retroalimentación positiva cuando las explicaciones son positivas y permiten reducir el temor
- * Confirmar las expectativas reales
- * Proporcionar apoyos emocionales que beneficie el sosiego

Ansiedad. Vago sentimiento de inquietud cuyo origen es frecuentemente inespecífico o desconocido por el sujeto, relacionado con la aprensión o expectativas sobre los síntomas físicos

Actividades

- * Estimular la verbalización de sentimientos nos permitirá identificar el tema comprometido
- * Ayudar a la exploración de las expectativas o premoniciones, ya que todo esfuerzo encaminado a concretarlas permite clarificar las percepciones erróneas, y, por tanto, corregirlas

- * Favorecer los mecanismos adaptativos que ayudan a la persona a disminuir la ansiedad de manera saludable
- * Ofrecer retroalimentación positiva, y apoyar y estimular los logros en la disminución de la ansiedad
- * Enseñar habilidades de afrontamiento y estrategias para enfrentarse a la ansiedad, que son particulares en cada sujeto
- * Marcar nuestra distancia emocional
- * Reducir los estímulos ambientales en presencia de cuadros graves
- * Disponer un entorno confortable que favorezca la calma
- * Permanecer a su lado
- * Aplicar el tratamiento prescrito
- * Informar sobre otras posibilidades terapéuticas: grupales, cognitivas y de psicoterapia

Alteraciones del patrón del sueño. Desorganización del tiempo de sueño que causa incomodidad o interfiere con el estilo de vida deseado, relacionado con las tensiones emocionales

Actividades

- * Permitir la expresión de preocupaciones y conocerlas será el paso necesario para tratar de aclararlas o resolverlas
- * Reducir la inquietud, evitando realizar actividades estimulantes antes de acostarse
- * Disponer las medidas habituales de comodidad, ropa de cama, objetos precisos a su alcance, agua, etc.
- * Limitar estímulos ambientales, conversaciones, ruidos, luces, etc.
- * Aplicar el tratamiento prescrito
- * Proporcionar otros elementos favorecedores del sueño, según preferencias individuales
- * Acompañarlo en la habitación
- * Respetar los horarios de descanso, procurando que concuerden con los habituales del sujeto
- * Evitar el sueño diurno
- * Realizar un programa oportuno de actividades o ejercicios durante el día, que ayude a sentir cierto grado de fatiga y favorezca el reposo nocturno

Los trastornos psicofisiológicos pertenecen a un grupo peculiar de enfermedades, en las que los signos de las lesiones orgánicas conducen al paciente por el camino de la asistencia general y, debido a ello, rara vez será dirigido hacia áreas de salud mental, si bien, también se ha demostrado por exhaustivas investigaciones la procedencia psíquica de este tipo de trastornos, así como la trascendental importancia de sus interacciones sociales.

En estos casos, para realizar un tratamiento efectivo, habrá de combinarse necesariamente los aspectos biopsicosociales.

El tratamiento suele requerir, en primer lugar, atender de forma prioritaria las manifestaciones somáticas. Para ello se marcarán las pautas médicas o quirúrgicas acordes con la sintomatología que se presente. En cuanto a la terapéutica no biológica, se deben tener en cuenta diferentes medidas, que en su conjunto propicien la adaptación y ajustes necesarios, tanto personales como ambientales.¹²³

¹²³ Ibid. Pág.304-313

2.6. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES CASAS HOGAR DEL DIF.

2.6.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DIF.

El DIF es un organismo público, perteneciente al sector salud que, por ley encabeza al subsector de asistencia social y opera en todo el territorio nacional, en cada entidad federativa, y en más de 2 mil municipios de la república.

Al DIF Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, corresponde la ejecución de las políticas gubernamentales de asistencia social, a través de programas específicos dirigidos a la población marginada que brindan:

- *Atención y Mejoramiento Nutricional.
- * Promoción del Desarrollo Familiar y Comunitario.
- *Protección y Asistencia a los Desamparados.
- *Asistencia a minusválidos

UNA BREVE PERO LARGA HISTORIA.

Sus raíces, de estricta raigambre latinoamericana, se remonta a los antiguos mexicanos que, en su momento, desarrollaron novedosos conceptos asistenciales.

Durante el periodo Virreinal, la Asistencia social en México, dio lugar a la formulación de un pensamiento renovado que se concretó en originales Instituciones.

A partir de la independencia surgió una asistencia social dinámica que tuvo expresiones tan significativas como la Dirección General de fondos de beneficencia, creada por el Benemérito de las Américas, Benito Juárez, y la ley de Beneficencia Privada, dictada durante el porfiriato.

Desde 1929 en adelante, se sucedieron las instituciones que han permitido consolidar el concepto mexicano de la asistencia social, ejemplar por sus características: La Gota de Leche, La Asociación de protección a la Infancia, la Secretaría de Asistencia Pública, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez IMAN, el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia IMPI.

El DIF surgió en 1977 de la fusión del IMAN y del IMPI. En 1982 se incorporó al Sector Salud. En 1983, con la promulgación de la Ley General de Salud, se consagró la garantía constitucional de protección a la salud, que tiene relación directa con la actividad del DIF. En 1986, se dictó la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

Con el sólido crecimiento institucional, hoy el DIF realiza sus acciones en el contexto dinámico, del Plan Nacional de Desarrollo, para acudir en apoyo a los desvalidos.

APOYO A LOS DESAMPARADOS.

Marginados, solitarios, abandonados, sin oportunidades de trabajo ni desarrollo personal, hasta hace unos años viviendo en el desamparo. Ahora en el México moderno, el DIF les tiende la mano, ofreciéndoles servicios de prevención, de invalidez y rehabilitación integral como:

- Consulta médica especializada.
- Estudios de gabinete.
- Consulta paramédica de Psicología, Pedagogía y Trabajo Social.
- Tratamiento de rehabilitación y terapias correspondientes.
- Adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.
- Evaluación de aptitudes y desarrollo de habilidades, con colocación selectiva de empleos.

El abandono y el desamparo alejan a los seres humanos de la dignidad que merecen. En estos tiempos en que los recursos disponibles y las oportunidades no se reparten equitativamente entre

todos los sectores sociales, los desamparados necesitan de la comprensión y del espíritu solidario altruista y fraternal. Para responder a ello y contribuir a la integración social y familiar, el DIF proporciona asistencia a menores, indigentes y ancianos que se encuentren parcial o totalmente en estado de abandono.

Con este programa la institución brinda, asistencia a desamparados, con instalaciones para menores adolescentes, donde se otorgan servicios temporales de albergue, alimentación, atención médica integral, apoyo pedagógico, actividades recreativas, culturales y deportivas, así como el establecimiento en hogares sustitutos. Tal es el caso de la Casa Cuna Coyoacán, Casa hogar para Niñas y Casa Hogar para Varones.

Motivos de ingreso a las Casas:

- Canalización de la Procuraduría de Protección Social.
- Orfandad parcial o total.
- Abandono.
- Pobreza extrema.
- Rechazo familiar.
- Maltrato físico o mental.
- Situación de riesgo para el niño:
 - °Controversias en el orden familiar
 - °Abuso sexual
 - °Robo
- Exposición voluntaria.¹²⁴

Población en las distintas Casas:

<i>CASA CUNA COYOACÁN</i>	<i>CASA PARA NIÑAS</i>	<i>CASA PARA VARONES</i>
120-240	400	129
mixto	femenina	masculina

OBJETIVO DE LAS CASAS:

Ofrecer con calidad y calidez a menores de 0 a 6 años en situaciones de riesgo, orfandad o desamparo, protección y atención.

Proporcionar atención de calidad y calidez a los usuarios dependientes de la asistencia social con la finalidad de promover, prevenir y rehabilitar en el aspecto biosicosocial.

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA.

<i>CASA CUNA COYOACÁN</i>	<i>CASA PARA NIÑAS</i>	<i>CASA PARA VARONES</i>
39	9	14

FUENTE: Entrevista realizada en las Casas Hogar del DIF en el mes de Octubre 1997

2.6.2. LA ENFERMERA EN LAS DISTINTAS CASAS HOGAR DEL DIF.

FILOSOFÍA.

La atención de enfermería en el cuidado de la salud de los usuarios y dependientes de la asistencia social, requiere de una preparación y una ética profesional. Para lo cual debe comprender

¹²¹ Boletín DIF Programas Institucionales *Para que México Sonría al Futuro*, SNDIF 1983

los aspectos biopsicosociales durante el crecimiento y desarrollo del ser humano para brindar una atención de calidad y calidez

FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES CASAS HOGAR DEL DIF.

De las actividades que desarrolla el personal de enfermería en las distintas casas e institutos del DIF cabe mencionar que no existen diferencias notorias de una institución a otra, sin embargo si se puede afirmar que la carga de trabajo es diferente de una institución a otra, por diversas causas entre las que podemos mencionar las diferencias entre el número de personal, el número de internos y pacientes que demandan los servicios, el contar con un programa específico de trabajo, etc. Pese a estas pequeñas diferencias se considera que en general las actividades que desempeña el personal de enfermería son generalmente las siguientes.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Descripción Genérica: Participar en la terapia ocupacional, rehabilitatoria y recreativa del menor; además de proporcionar cuidados generales con calidad y calidez.

-Motivar y promover en los menores la formación de hábitos higiénico-dietéticos, supervisando, enseñando y verificando la forma correcta de realizarlo.

- *Baño diario, verificando su realización.
- *Cambio de ropa.
- *Asistencia al menor durante la ingesta de alimentos
- *Aseo personal y dental.
- *Verificar corte de pelo.
- *Supervisar el tendido de cama (de quienes lo pueden realizar).

ACTIVIDADES TÉCNICAS.

Descripción genérica: Es responsable de proporcionar cuidados generales y específicos con atención de óptima calidad a los menores llevando a cabo el tratamiento médico correspondiente.

- Colabora en la exploración física del menor.
- Cumple indicaciones médicas.
- Detecta e informa necesidades del menor a su cargo.
- Observa, registra y comunica al médico en turno cambios en las esferas biopsicosociales.
- Es responsable del buen funcionamiento del equipo, reportando fallas o faltantes.
- Proporciona y mantiene un ambiente confortable para asegurar la atención de óptima calidad a los menores.
- Control estricto del material de desecho, y supervisión de la higiene del área de trabajo.
- Toma de signos Vitales y somatometría.
- Toma de muestras
- Tendido de cama.
- Curaciones, inyecciones, vendajes.
- Hidratación oral y control térmico.
- Ministración de medicamentos.
- Aplicación y supervisión de las técnicas de aislamiento.

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

Descripción Genérica: Plantea, organiza y ejecuta las técnicas de enfermería establecidas en el cuidado integral del menor.

- Revisa y ordena expedientes clínicos.
- Solicita medicamentos por escrito y los administra.
- Elabora formas para el control de material y equipo.
- Registra datos para el control de pacientes.
- Entrega y recibe servicio por turno.
- Elabora un reporte diario de actividades de enfermería.
- Al ingreso del menor se rotula una carpeta para la formación y/o continuación del expediente clínico, así mismo la solicitud de dieta.
- Recibe, cuenta y registra en la libreta correspondiente la entrada de ropa nueva a la ropería.
- Clasifica y cuantifica la ropa sucia, trasladándola diariamente al servicio de lavandería, recuperándola posteriormente.
- Acomoda en el lugar correspondiente la ropa de acuerdo a la capacidad del estante.
- Se encarga de la elaboración y llenado de la hoja de enfermería.

ACTIVIDADES DOCENTES.

Descripción Genérica: Es responsabilidad del personal de enfermería conocer y participar en las actividades encaminadas al logro de los objetivos de docencia y educación continúa.

- Elaboración del material de Educación para la salud:
 - *Higiene Personal.
 - *Higiene Bucal.
 - *Alimentación.
 - *Educación sexual.
- Participación del personal en las clases y talleres de Educación Continua.

2.7. LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

El Internado Infantil Guadalupano, institución a cargo de los hermanos Lasallistas y sostenida por un patronato, es una experiencia de atención a 150 niños abandonados y de la calle (producto de hogares desintegrados o disfuncionales), con problemas de conducta, (Con diferentes grados de inadaptación social), en situación de extrema pobreza.

Los menores pueden llegar al internado canalizados por instituciones gubernamentales:

Consejo de Menores y Dirección General de Prevención y Tratamiento, que es la instancia gubernamental para captar y atender a menores infractores.

Procuraduría de Justicia, a nivel general, como a nivel de lo relativo a lo familiar y de defensa del menor.

Protección Social, institución oficial encargada de atender personas indigentes en la ciudad, y por lo tanto a los niños de la calle.

Desarrollo Integral de la Familia, institución gubernamental que se encarga de la asistencia social en general.

También aceptan solicitudes de particulares, en cuyo caso estudian si el perfil del menor corresponde a el perfil de ingreso del internado.

La historia de los menores que se atienden está tejida de forma distinta en cada caso de problemas personales y familiares. De estas problemáticas unas son consecuencia de otras y resulta sumamente difícil describir con exactitud una realidad tan compleja. Sin embargo, en un intento de ampliar la información sobre el perfil de ingreso se presenta a continuación las principales problemáticas que presentan los menores de la institución:

Por Problemáticas

Problemáticas que resultan en el menor (originadas por problemáticas familiares):

- ⇒ Infractores.
- ⇒ Niños de la calle
- ⇒ Niños en la calle
- ⇒ Toxicomaniáticos
- ⇒ Problemáticas familiares que inciden en la conducta del menor.
- ⇒ Problemas Familiares Resultantes de otras problemáticas:
- ⇒ Abandono total
- ⇒ Abandono parcial
- ⇒ Problemas familiares que originan el abandono

Es importante considerar que en casi un 15% de los casos se ignoran datos sobre las familias. Por otro lado la información que se tiene de muchas otras familias es parcial, y para efectos de este trabajo se ha anotado únicamente los casos en los que consta la problemática.

- ◇ Extrema pobreza
- ◇ Maltrato o abuso
- ◇ Desintegración familiar
- ◇ Familia disfuncional

Origen de los menores:

- ◆ Origen rural
- ◆ Origen suburbano
- ◆ Origen urbano

Es importante indicar que, como deja ver la presentación de la problemática anterior, el internado tiene una doble función. Por un lado preventiva y por el otro correctiva de dos problemas principalmente, los menores infractores y los niños de la calle. Estos dos problemas muchas veces están tan enlazados uno al otro que es difícil separarlos. La labor preventiva se realiza detectando los casos antes de que lleguen a sus últimas consecuencias, donde las posibilidades de recuperación para cada menor se dificultan en gran medida. La labor correctiva, es menor proporcionalmente en el internado, y es posibilitada por la proporción de los casos que no se encuentran en tan grave situación.

EL MODELO DE ATENCIÓN

A través de la actividad pedagógica en el Internado Infantil Guadalupeño se busca llevar a cada educando, mediante un proceso personal a descubrir, crear y desarrollar sus capacidades y cualidades como ser humano y a poner en común la riqueza que Dios ha sembrado en cada persona, en su medio y en su tiempo para enriquecimiento propio y de la sociedad. Para ello, a los menores se les proporciona albergue, alimentación, vestido y sobre todo educación en la institución.

Se busca reintegrarlos al Sistema Educativo Nacional, y promocionarlos en la escuela lo más posible. En las instalaciones estudian hasta el 6o. Grado de educación básica. Posteriormente asisten a escuelas de los alrededores de la institución.

Por otro lado también se procura darles alguna capacitación técnica que les permita una rápida inserción al mercado laboral, en caso de que no puedan terminar sus estudios.

La re-educación se basa en el acompañamiento constante de educadores en un ambiente de orden y disciplina, fomentando dentro de un horario continuo de la mañana a la noche, balanceado, educativo y terapéutico. El internado considera que lo más importante para tener éxito en su tarea

es cuidar la relación personal entre educando y educador, y a partir de esto el saber adaptar el sistema generalizado para el grupo a la necesidad personal de cada uno.

En los casos que es posible se busca siempre el acompañamiento de la familia, manteniendo y reforzando el vínculo del menor con la mismas, y haciendo sentir la responsabilidad que ésta tiene en la educación del niño o joven.

Los menores pueden reintegrarse a la familia cuando se considera que los problemas que originaron la necesidad del internamiento han sido superados, o bien permanecer en la institución hasta que puedan valerse por sí mismos, sin embargo, desgraciadamente también hay casos que desertan del programa cuando aún no es conveniente que lo hagan.¹²⁵

EL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

Los primeros antecedentes de los servicios de salud en el Internado Infantil de los que se tiene conocimiento se remontan a hace 10 años con el Dr. Wilfrido Ortiz Ruvalcaba quien presta sus servicios de manera voluntaria a los niños y jóvenes del internado.

Desde este tiempo el Dr. realiza visitas frecuentes atendiendo las necesidades urgentes de salud de la población. Al principio fue en una área improvisada como consultorio médico dentro del internado. Posteriormente con la remodelación del internado se contempla la necesidad de crear una área física para establecer los servicios de salud.

Casi al mismo tiempo de terminar con la remodelación del internado y con la creación del espacio físico de los servicios de salud, ingresábamos la primer generación de pasantes de enfermería para prestar un servicio social a la comunidad del Internado Infantil Guadalupeño.

A nuestra llegada lo primero que hicimos fue el acondicionamiento del espacio de trabajo, delimitando las zonas de hospitalización, consultorio médico, dental y área para enfermería, realizando actividades diversas que iban desde seleccionar el mobiliario útil para cada espacio hasta el saneamiento de las áreas físicas.

También nos encargamos de revisar, seleccionar y etiquetar los medicamentos útiles con los que ya se contaba así como los que se iban adquiriendo por donativos, tomando en consideración su utilidad, fecha de caducidad, estado del medicamento etc. Al mismo tiempo íbamos almacenándolos en el lugar que habrían de ocupar y elaborábamos una lista del material que a nuestra consideración hacía falta.

Posteriormente nos dimos a la tarea de elaborar el Diagnóstico Situacional de la comunidad del internado. Al término de este identificamos una población de 177 internos cuyas edades oscilaban entre los 7 y 23 años, todos varones cursando algún grado de primaria, secundaria, preparatoria o universidad, agrupados dentro del internado por secciones según la edad y el grado escolar que cursaran.

TABLA No 1
POBLACIÓN DEL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO POR EDAD

GRUPO	EDAD	No
Niños	7 - 8	9
Preadolescentes	9 - 13	105
Adolescentes	14 - 17	53
Adolescencia tardía	18 y más	10
TOTAL		177

FUENTE: Diagnóstico situacional realizado en el mes de septiembre de 1996 por pasantes de la L.E.O.

¹²⁵ Apoyo Mecanográfico. Internado Infantil Guadalupeño Pag.1-4

TABLA No 2
POBLACIÓN DEL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO POR SECCIÓN

SECCIÓN	No
<i>Chicos</i>	50
<i>Medianos</i>	44
<i>Grandes Elemental</i>	33
<i>Grandes Secundaria</i>	34
TOTAL	177

FUENTE: Misma de la tabla No 1

TABLA No 3
POBLACIÓN DEL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	No
Primaria	127
Secundaria	34
Superior	16
TOTAL	177

FUENTE: Misma de la tabla No 1

Al concluir la elaboración del Diagnóstico detectamos que no existían registros de morbilidad del internado, ni un archivo ordenado con los expedientes de cada interno mucho menos un registro de control del niño sano. Anteriormente nunca se había contemplado la creación de un programa de educación para la salud dirigido ni a la población de internos ni a las personas encargadas del cuidado de los niños.

Las actividades que realizábamos dentro del servicio de enfermería (curaciones, vendajes, ministración de medicamentos, etc.) se realizaban conforme a las exigencias y sobre la marcha, pues no contábamos con un instrumento o manual que delimitara nuestras funciones. De igual forma el traslado de los niños a algunas instituciones de salud se realizaron según las urgencias que se iban presentando.

Por otro lado cuando se tubo la necesidad de hacer uso de las áreas de hospitalización se detectaron las carencias que en cuanto a material y mobiliario se presentaron y junto con estos la falta de instrumentos que permitiera registrar las actividades que enfermería realizaba con los pacientes.

Aunado a todo lo anterior tuvimos que enfrentarnos a la falta de sensibilización que tanto niños y jóvenes como directivos y aun los demás encargados del cuidado de los internos tenían hacia un personal que nunca antes había colaborado en el cuidado de la comunidad del internado. Sin embargo realizamos nuestro trabajo basándonos en los conocimientos adquiridos durante la carrera y apoyándonos en material bibliográfico cuando el caso lo requiera, y de esta manera iniciamos los registros de morbilidad, control del niño sano a través de tablas de peso y talla, elaboramos un programa de educación para la salud e iniciamos la creación de un programa para pasantes de la licenciatura de Enfermería y Obstetricia para el internado.

3. METODOLOGÍA

Al finalizar el servicio social en el Internado Infantil Guadalupano tuvimos la inquietud de dejar plasmada nuestra experiencia como una base para las futuras generaciones de pasantes que realizarán su servicio social en el internado y continuarán con la labor que iniciamos.

Después de haber detectado a través de la observación el Diagnóstico situacional las necesidades primeramente de salud de la población y en segundo lugar administrativas del servicio, elaboramos el protocolo de investigación, al tiempo que iniciábamos a seleccionar la información bibliográfica que con respecto al tema existe para la conformación del marco teórico. De igual forma buscamos la bibliografía necesaria para diseñar la cédula de recolección de datos, con la que obtuvimos los datos necesarios para elaborar los cuadros y gráficas que se encuentran en el apartado de instrumentación estadística. Hay que señalar que esta información en su mayoría se recabó de los archivos de trabajo social del internado pues como ya se comentó no existía un archivo en el servicio médico que permitiera recabar la información; otra parte de la información se obtuvo durante nuestro año de estancia en el internado.

Cuando se contó con toda la información nos encargamos de su procesamiento para la creación de cuadros y gráficas que permitieron ilustrar la participación de enfermería así como las carencias y necesidades de salud más urgentes de la comunidad del internado.

Para completar el marco teórico visitamos las diferentes casa hogar del DIF para conocer las actividades que las enfermeras desempeñan en estas instituciones, así como la organización del servicio de enfermería en estas, de las que detectamos que no existían registros anteriores de morbilidad, ni manuales de organización, por lo que realmente no fueron de gran utilidad para seguir un modelo de atención en centros con las características como las que ellos tienen.

Al terminar el procesamiento de los cuadros y realizar el análisis de los mismos quedó de manera más clara cuales serían las propuestas a elaborar en nuestra investigación, para lo cual visitamos el INSaMe con la idea de conocer sus programas de trabajo del niño y adolescente que nos facilitara la elaboración de una de las propuestas, sin embargo nos encontramos que no existían programas o manuales específicos de trabajo por lo que la propuesta fue elaborada únicamente con la información verbal obtenida y apoyándonos en la bibliografía existente en relación a salud mental.

Finalmente con toda la información recabada y con la experiencia obtenida durante el tiempo de servicio, además de la observación en otras instituciones del manejo del niño y adolescente, se elaboraron las conclusiones y se crearon las demás propuestas, resultado de toda la investigación.

3.1.VARIABLES UTILIZADAS PARA LA CREACIÓN DE LA CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre

Edad

Escolaridad

Dinámica familiar

Tipo de familia

No. de hermanos

Lugar que ocupa

Perfil de ingreso	Motivo de ingreso Responsable del menor Ocupación Edad de ingreso Tiempo de estancia
Necesidades de salud	Cabeza Tórax Abdomen Genitourinario Piel y anexos
Necesidades de salud detectadas	Traumatismos Heridas y curaciones Trastornos respiratorios Trastornos digestivos Cefalea Enfermedades vírales
Atención de enfermería	
Consultas hospitalarias	Urgencias Especialidad

3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Tipo

- *Retrospectiva*: porque se desarrolla a partir de la experiencia adquirida después del tiempo de servicio social en el Internado Infantil Guadalupano.

- *Observacional*: debido a que los problemas detectados se observaron durante la ejecución del servicio social y dan la pauta para proponer alternativas de solución.

- *Transversal*: porque la investigación a realizar se da con base a los fenómenos detectados durante el tiempo de servicio social.

- *Descriptiva*: define cuales son los problemas detectados en el transcurso del servicio social.

- *Propositiva*: porque se pretenden diseñar programas formales para los licenciados en los hogares sustitutos, para que, proporcionen una atención profesional de calidad y calidez.

3.2.2. Diseño

Para la realización de la investigación se tomaron como base los libros de metodología de la investigación y el programa de servicio social y opciones de titulación.

Revisión bibliográfica de los aspectos biopsicosociales que intervienen en las acciones de los licenciados en la atención de niños y jóvenes, así como, de la teoría en las que se sustenta la investigación, para el diseño de las propuestas realizadas a la institución.

Los recursos utilizados para el desarrollo de la investigación fueron:

- Recursos humanos; tres pasantes de la Licenciatura en Enfermería y -- Obstetricia.
- Recursos físicos: Internado Infantil Guadalupano.
- Recursos materiales: hojas, cinta para máquina, máquina de escribir, -- material de papelería, etc.
- Recursos financieros: 6 mil pesos.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Fichas de trabajo: con las que fue posible la recolección de la información, para construir el marco teórico.

3.3.2. Cédula: por medio de ésta se recabó la información de la experiencia vivida en el tiempo de servicio social.

3.3.3. Entrevista: ya que por medio de ésta se obtuvo la información necesaria para la elaboración de los programas de trabajo a aplicar en el Instituto.

4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

4.1. UNIVERSO DE ESTUDIO

187 Internos

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

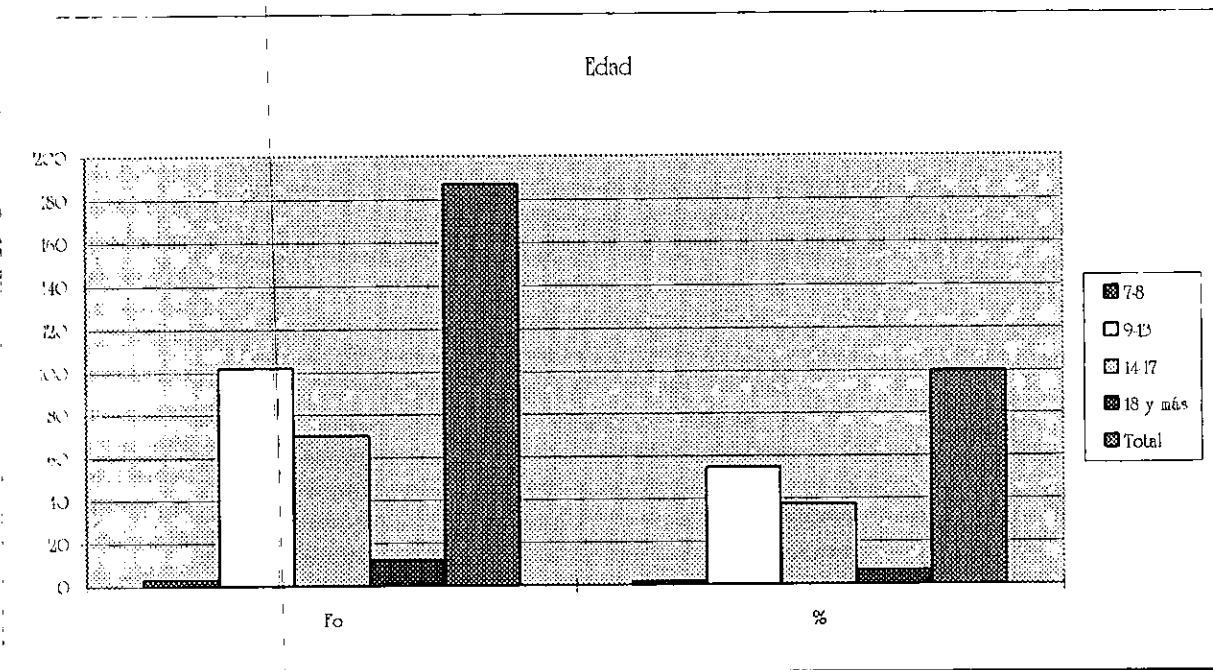
En este apartado se presentan los cuadros y gráficas que resultaron de la aplicación de la cédula, así como los resultados de los cuadros mediante la interpretación que se realizó.

Cuadro No.1

EDAD

Grupo	F _n	%
7-8	3	1.6
9-13	102	54.5
14-17	70	37.4
18 y más	12	6.4
Total	187	100

Fuente. Cédula de recolección de datos de 187 niños del I.I.G.

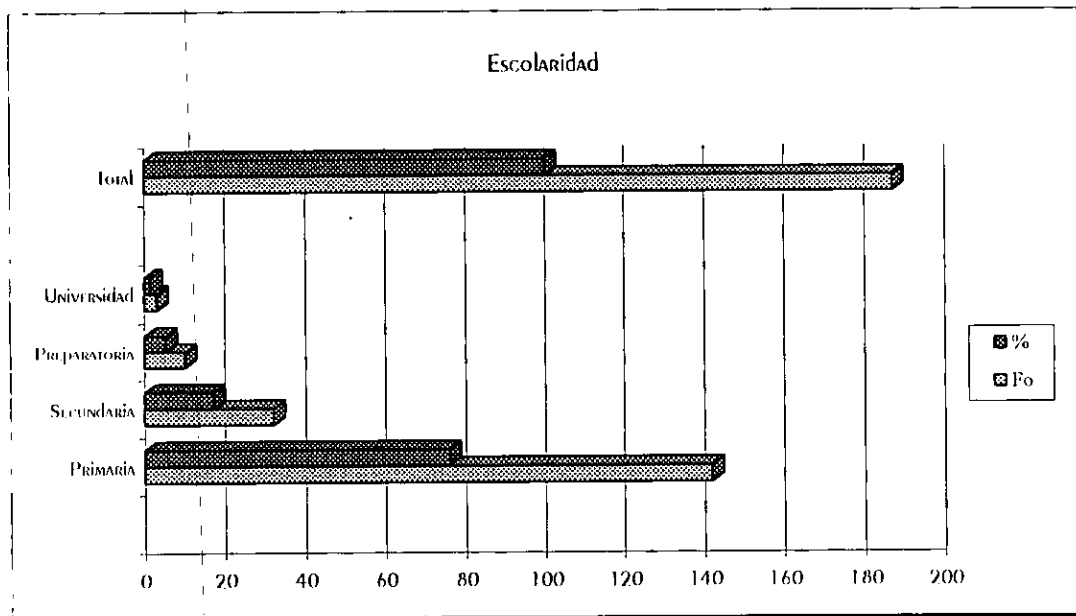


En el cuadro 1, observamos que el mayor porcentaje de población está entre los 9 y 13 años de edad con un 54.5%, seguida por un 37.4% correspondiente a los internos entre 14 y 17 años; en contraste con una población de 18 años o más con un 6.4% y una de niños entre 7 y 8 años con 1.6%

Cuadro No. 2
ESCOLARIDAD

Grado	Fo	%
Primaria	142	75.9
Secundaria	32	17.1
Preparatoria	10	5.3
Universidad	3	1.6
Total	187	100

Fuente. Misma del Cuadro 1

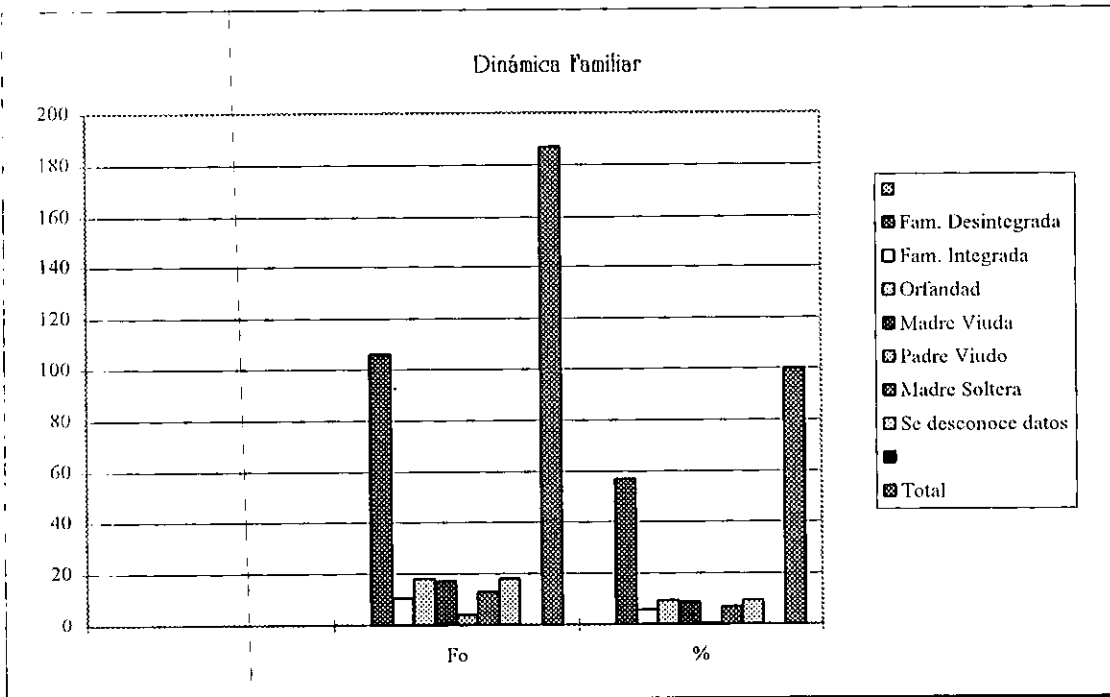


En el cuadro 2, nos indica que la escolaridad de los internos se acentúa en la Primaria con un 75.9%, seguida de la secundaria con un 17.1%. Presentándose un 5.3% ubicados en Preparatoria, además de 1.6% en Universidad.

CUADRO No. 3
DINAMICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA	Fo	%
Fam. Desintegrada	106	56.6
Fam. Integrada	11	5.8
Orfandad	18	9.6
Madre Viuda	17	9
Padre Viudo	4	0.21
Madre Soltera	13	6.9
Se desconoce datos	18	9.6
Total	187	100

Fuente. Misma del Cuadro 1

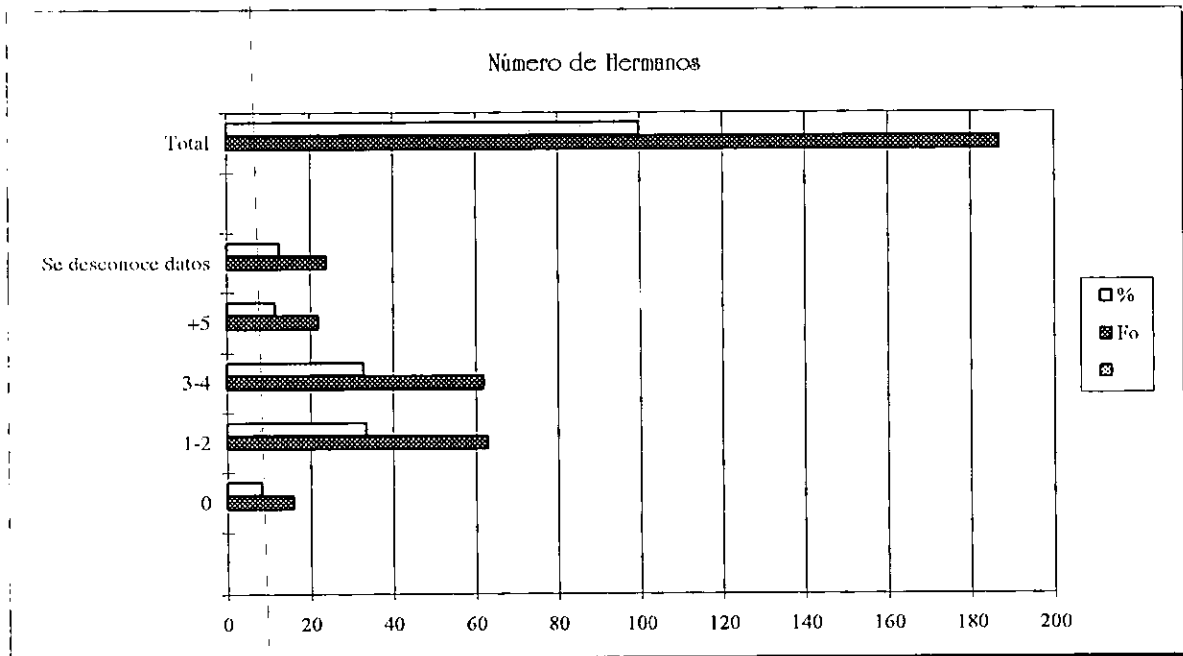


En el cuadro 3 correspondiente a la dinámica familiar se detecta que el 56.6% son familias desintegradas, mientras que un 5.8% son familias integradas, además podemos ver que existen un 9.6% de niños en orfandad y un porcentaje semejante desconocemos los datos.

CUADRO No. 4
 NUMERO DE HERMANOS

Numero	Fo	%
0	16	8.5
1-2	63	33.6
3-4	62	33.1
+5	22	11.7
Se desconoce datos	24	12.8
Total	187	100

Fuente. Misma del Cuadro 1

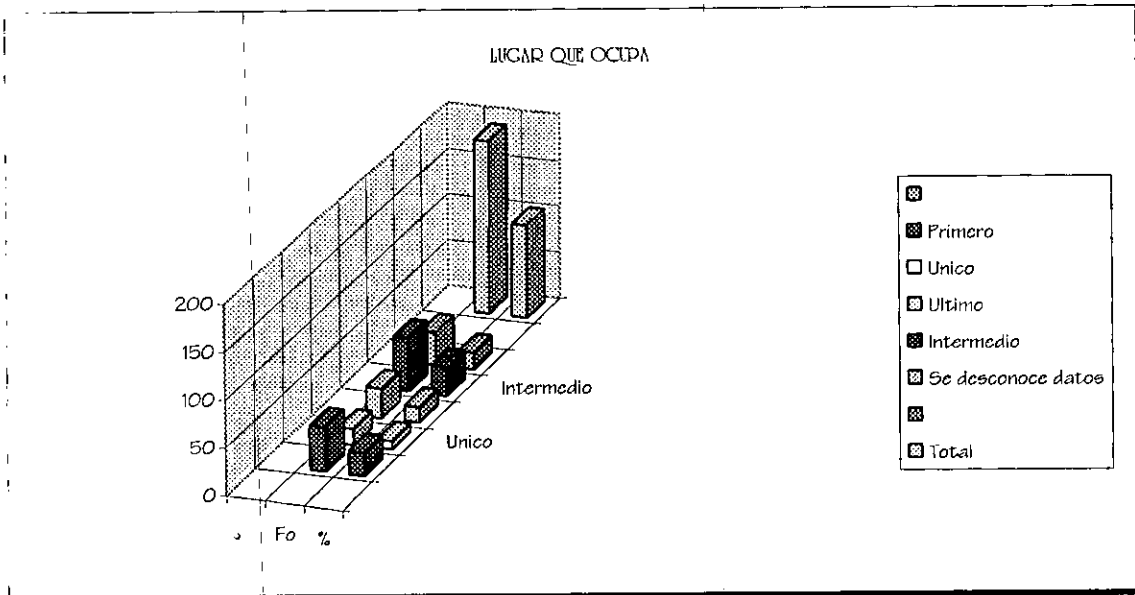


En el cuadro 4 detectamos que el número de hermanos con que cuentan los internos es de 1 a 2 con un porcentaje de 33.6% siguiendo un 33.1% con 3 a 4 hermanos. Hacemos notar que de un 12.8% desconocemos los datos.

CUADRO No. 5
LUGAR QUE OCUPA

Lugar	Fo	%
Primero	47	25.1
Unico	17	9.0
Ultimo	31	16.5
Intermedio	57	30.4
Se desconoce datos	35	18.7
Total	187	100

Fuente. Misma del Cuadro 1

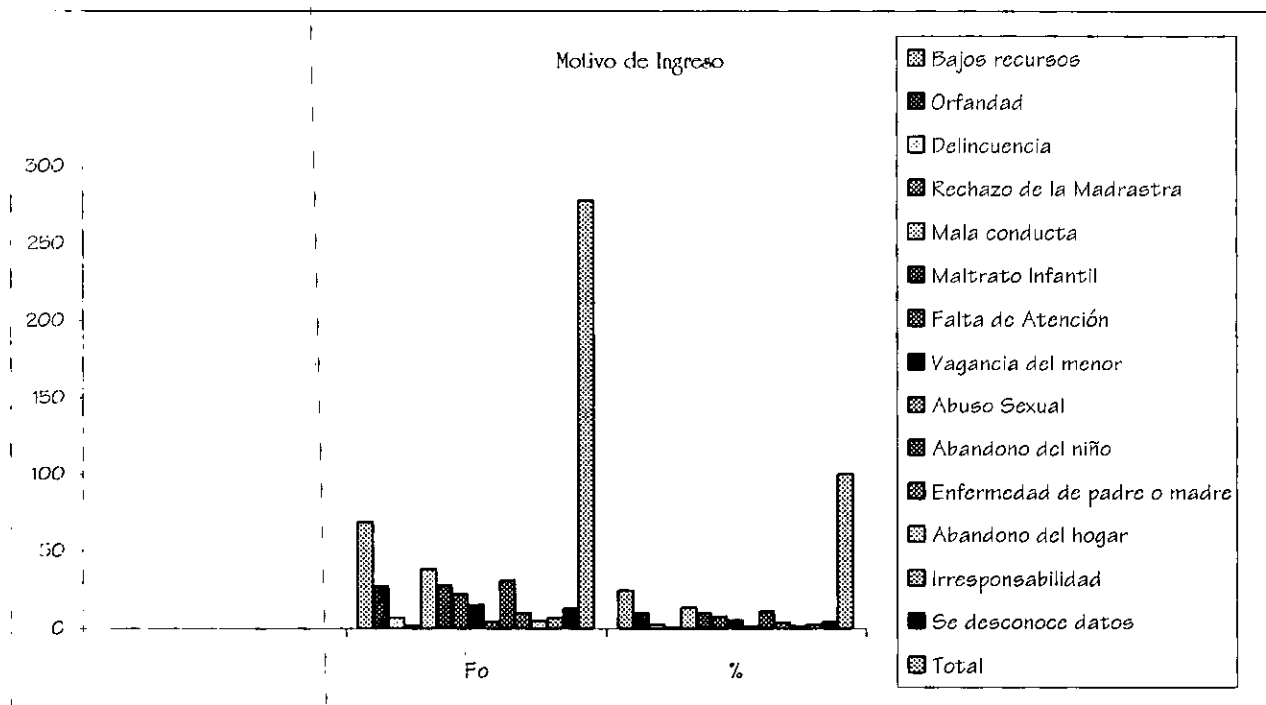


En este cuadro, se visualiza el lugar que ocupa el interno con base al número de hermanos encontrando que el 30.4% ocupa el lugar intermedio y un 25.1% son primogenitos un 16.5% son hijos ultimos y un 18.7% desconocemos los datos.

CUADRO No. 6
MOTIVO DE INGRESO

Causa	Fo	%
Bajos recursos	69	24.8
Orfandad	27	9.7
Delincuencia	7	2.5
Rechazo de la Madrastra	2	0.7
Mala conducta	38	13.6
Maltrato Infantil	28	10.0
Falta de Atención	22	7.9
Vagancia del menor	15	5.3
Abuso Sexual	4	1.4
Abandono del niño	31	11.15
Enfermedad de padre o madre	10	3.5
Abandono del hogar	5	1.7
Irresponsabilidad	7	2.5
Se desconoce datos	13	4.6
Total	278	100

Fuente. Misma del Cuadro 1

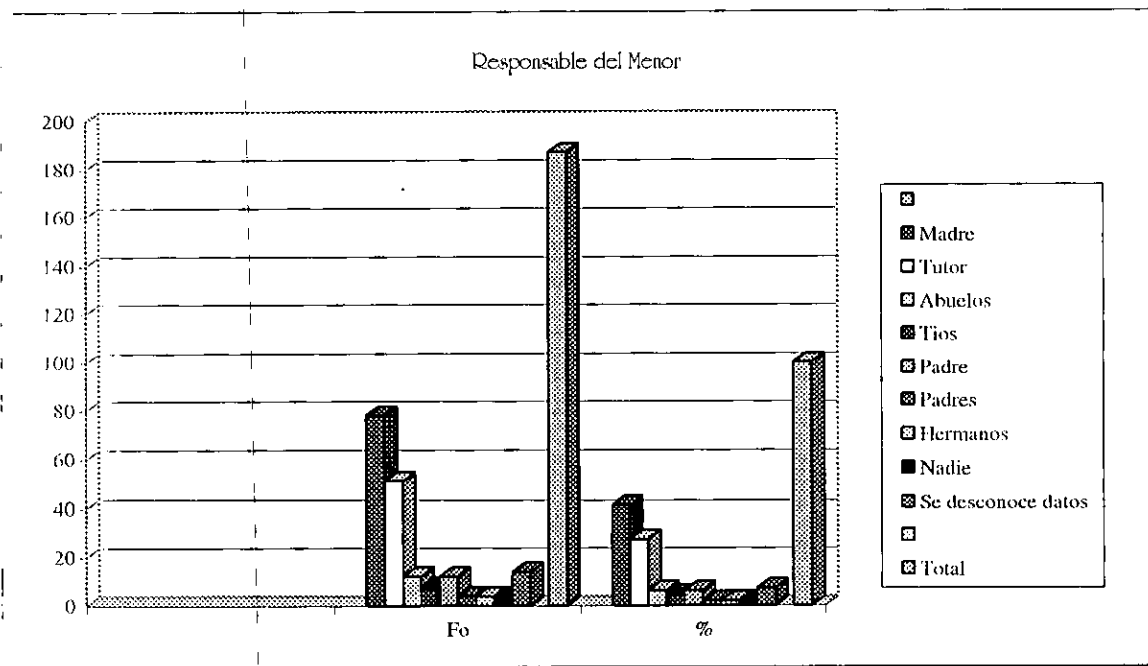


En el cuadro 6 observamos que los motivos más comunes de ingreso al internado son: bajos recursos con un 24.8%; mala conducta con un 13.6%, abandono del hijo 11.15%; maltrato infantil con el 10%, y con un 9.7% la orfandad.

CUADRO No. 7
RESPONSABLE DEL MENOR

Responsable	Fo	%
Madre	78	41.7
Tutor	51	27.2
Abuelos	12	6.4
Tios	8	4.8
Padre	12	6.4
Padres	4	2.1
Hermanos	4	2.1
Nadie	4	2.1
Se desconoce datos	14	7.4
Total	187	100

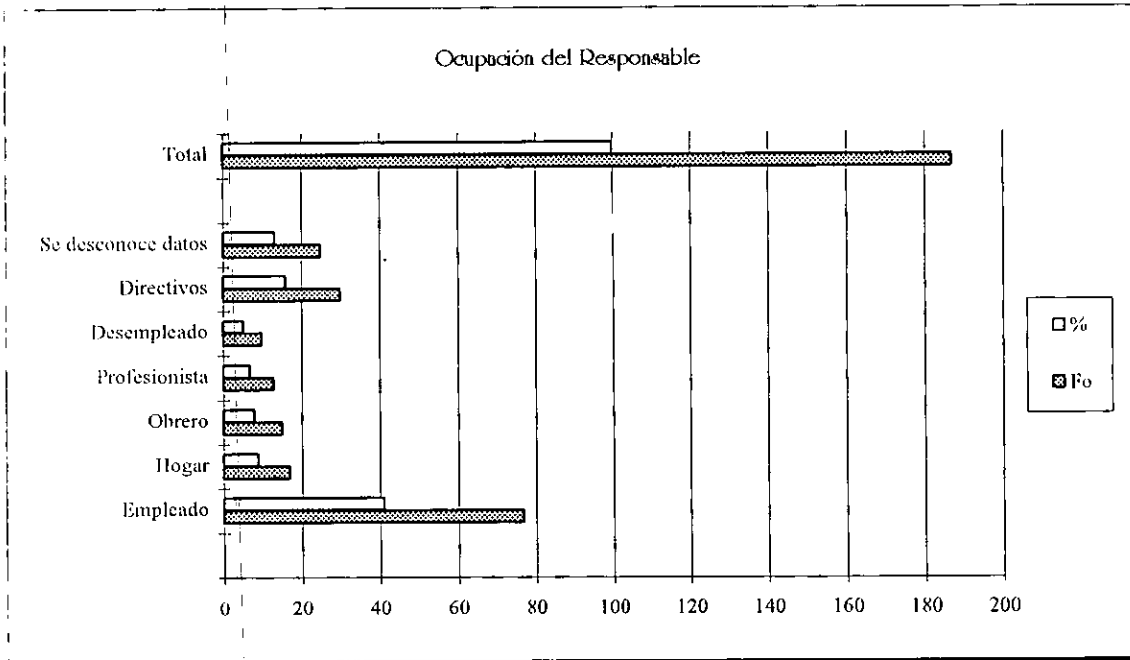
Fuente. Misma del Cuadro 1



En el cuadro 7 indica a la persona responsable del menor, y ubicamos a la madre en primer lugar con 41.7%, seguida del tutor con un 27.2%, mientras que en un 7.4% no se obtuvo información al respecto y solo en un 2.1% ambos padres son responsables del menor.

CUADRO No. 8
OCUPACION DEL RESPONSABLE

Ocupación	Fo	%
Empleado	77	41.1
Hogar	17	9.0
Obrero	15	8.0
Profesionista	13	6.9
Desempleado	10	5.3
* Directivos	30	16.0
Se desconoce datos	25	13.3
Total	187	100



En el cuadro 8 la ocupación de los responsables del menor con mayor porcentaje fue empleados con el 41.1% seguido de los directivos con un 16% y sólo un 5.3% son desempleados.

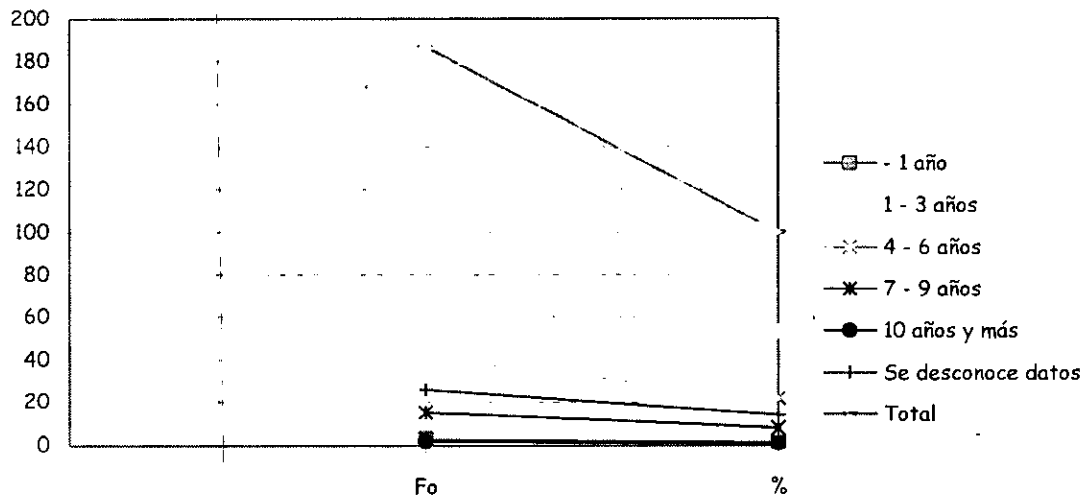
* Directores del Internado Infantil Guadalupano u otros Internados.

Cuadro No. 9
 TIEMPO DE ESTANCIA EN EL
 INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

Tiempo	Fo	%
- 1 año	3	1.6
1 - 3 años	100	53.4
4 - 6 años	41	21.9
7 - 9 años	15	8.0
10 años y más	2	1.0
Se desconoce datos	26	13.9
Total	187	100

Fuente. Misma del Cuadro 1

Tiempo de estancia en el Internado Infantil Cuadalupeño

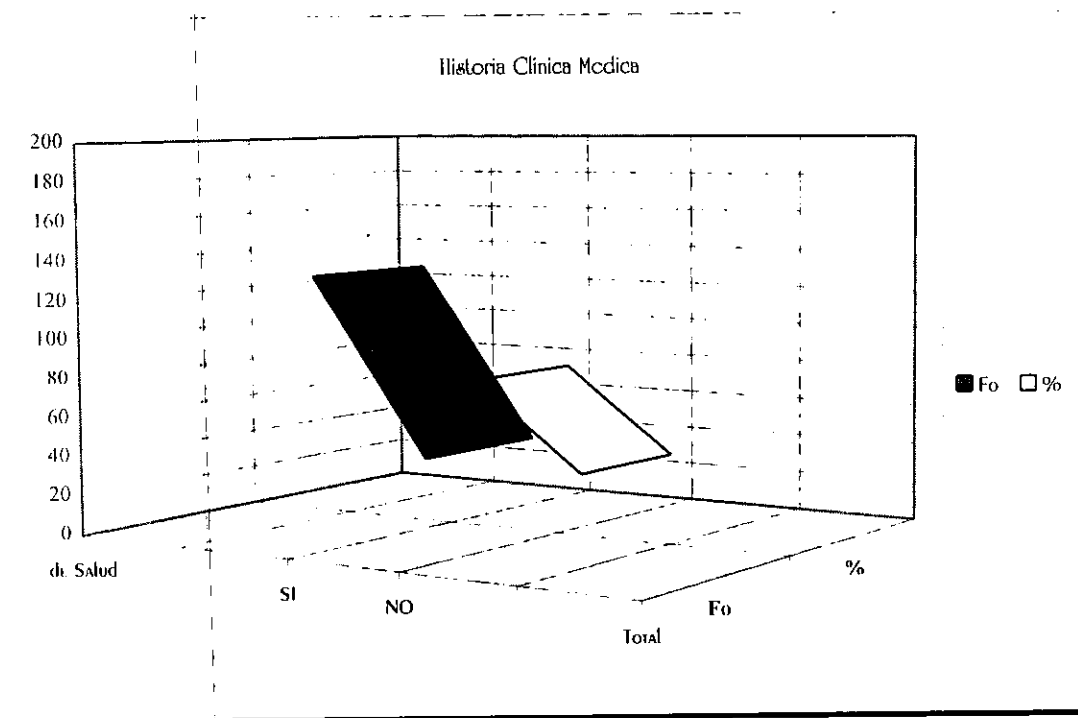


En el cuadro 9 indica el tiempo de estancia en el Internado Infantil Cuadalupeño, en donde, observamos el mayor porcentaje es de 1 a 3 años con 53.4% seguido con 21.9 la población de 4 a 6 años. Mientras que de un 13.9% no se obtuvo información.

Cuadro No. 10
HISTORIA CLINICA MEDIA

Representaron Problemas de Salud	Fo	%
SI	136	72.7
NO	51	27.3
Total	187	100

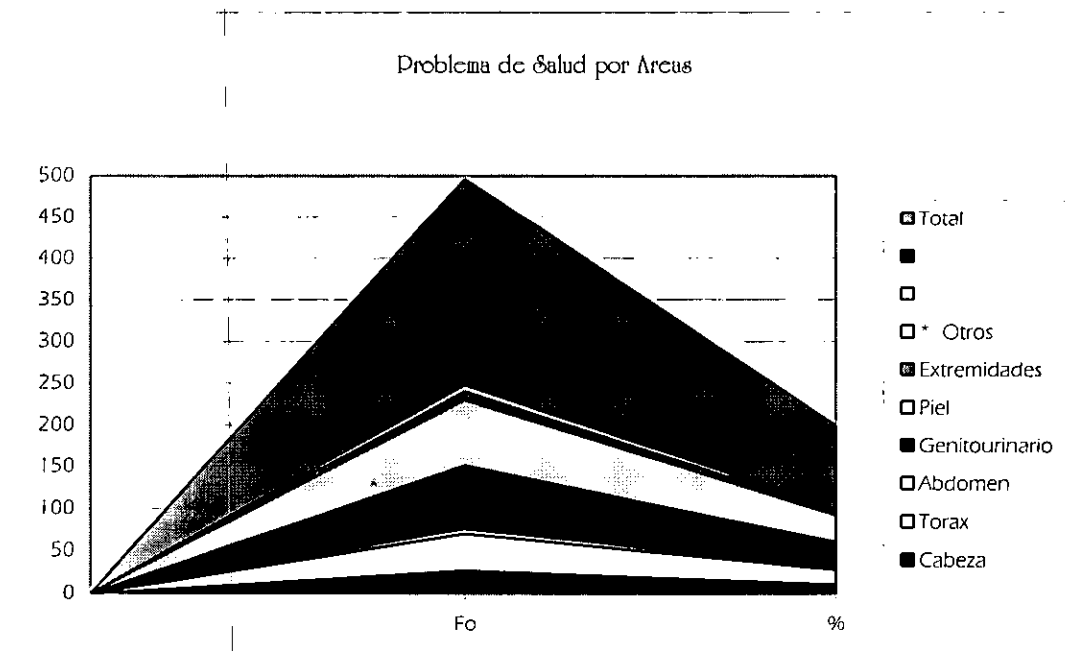
Fuente. Misma del Cuadro 1



En el cuadro 10 observamos que el 72.7% de la población presento según la historia clinica medica, algun problema de salud al ingresar al internado contra un 27.3% que aparentemente no lo presento.

Cuadro No. 10 Bis
PROBLEMA DE SALUD POR AREAS

Area	Fo	%
Cabeza	27	10.8
Torax	43	17.3
Abdomen	6	2.4
Genitourinario	75	30.2
Piel	79	31.8
Extremidades	10	4.0
* Otros	8	3.2
Total	248	100



De los problemas detectados al realizar la historia clínica medica por primera vez se encontró en primer lugar con 31.8% los problemas en piel seguidos del 30.2% los trastorno genitourinarios y en tercer lugar los torácicos con 17.3%. En contraste con los de cabeza, extremidades y abdomen con 10.8%, 4.0% y 2.4% respectivamente. Además de que solo el 3.2% manifestó otro problema específico de salud.

* Diabetes, Fiebre Reumática, Enfermedades Infectocontagiosas, Síndrome Down.

Cuadro No. 11
NECESIDADES DE SALUD DETECTADAS
POR ENFERMERIA

M E S E S

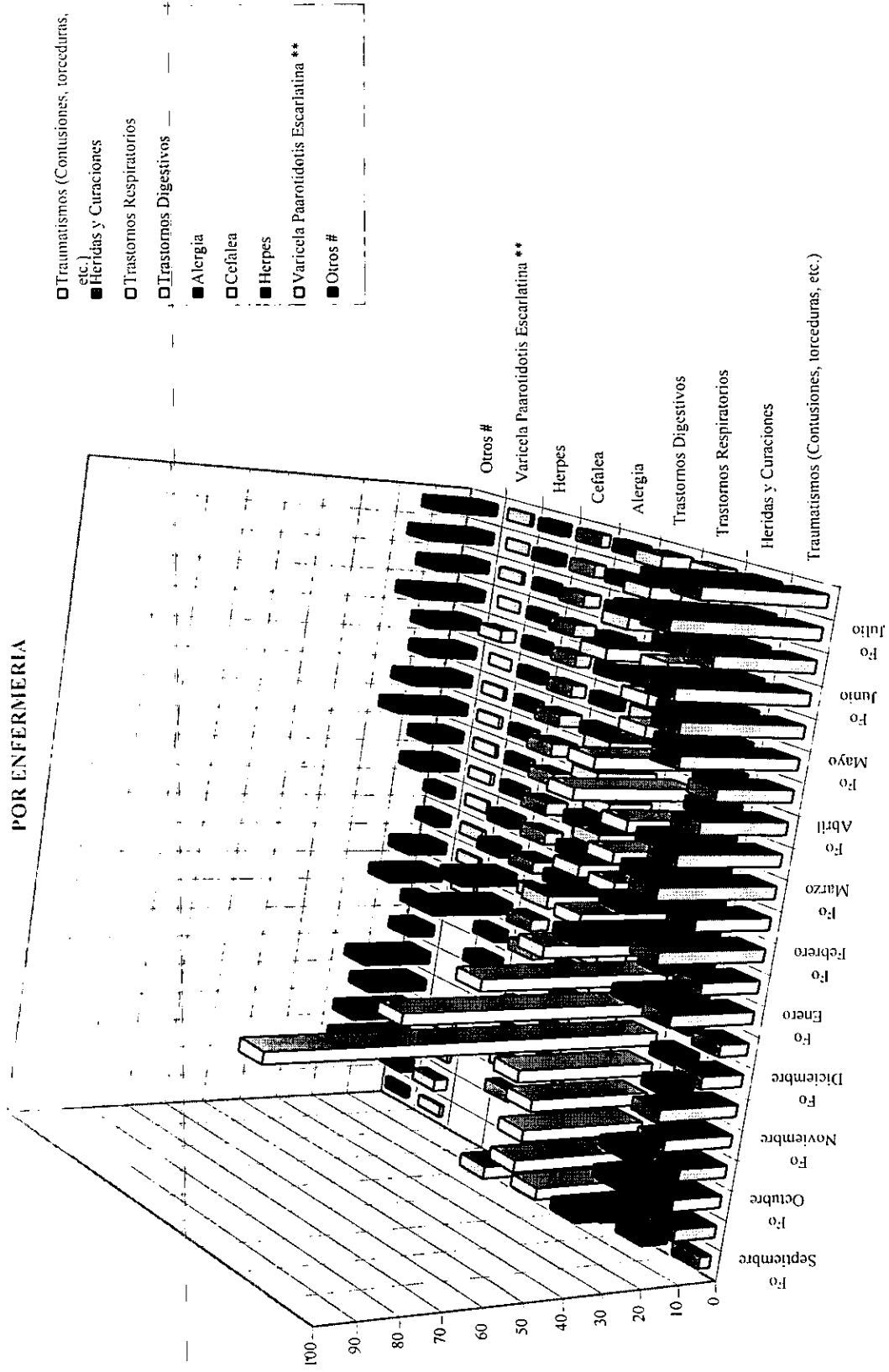
MOTIVO DE CONSULTA	Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Traumatismos (Contusiones, torceduras, etc.)	3	11.11	13	12.62	18	20.68	11	7.48	22	15.38	28	19.85	31	27.43	23	20.17	31	32.29	35	26.71	.39	32.77
Heridas	7	25.92	16	15.53	6	6.89	6	4.08	19	13.28	37	26.24	22	19.46	8	7.07	19	19.79	31	23.66	35	29.41
Curaciones	7	25.92	33	32.03	31	35.63	99	67.34	49	34.26	26	18.43	20	17.69	33	28.94	17	17.7	14	10.68	6	5.04
Trastornos Respiratorios	8	29.62	16	15.53	12	13.79	13	8.84	8	5.59	24	17.02	13	11.5	16	14.03	3	3.12	19	14.5	10	8.4
Trastornos Digestivos					2	2.29	1	0.68	2	1.39	8	5.67	5	6.19	5	4.38	3	3.12	4	3.05	4	3.36
Alergia			4	3.88	2	2.29	5	3.4	5	3.49	7	4.96	6	5.3	7	6.14	4	4.16	6	4.58	3	2.52
Cefalea					5	3.4	22	15.38	6	4.25	2	1.76	2	1.76	2	1.75	2	2.08	2	1.52	3	2.52
Herpes																						
Varicela																						
Paarotiditis	1	3.7	1	0.97			1	0.69	1	0.7	1	0.88	1	0.87	1	0.87	4*	4.16	1°	0.76	1°	0.84
Escarlatina **																						
Otros #	1	3.7	20	19.41	16	18.39	7	4.76	15	10.48	4	2.83	11	9.73	19	16.66	13	13.54	19	14.5	18	15.12

En el cuadro No. 11 se observa que los padecimientos varían según la época del año, sin embargo los que más se presentan son los trastornos respiratorios que se padecen con mayor frecuencia durante el año, seguido de los traumatismos que igualmente durante todo el año se observan y en menor proporción tenemos los trastornos digestivos y las heridas y curaciones.

** Revisar Cuadros específicos
Revisar los cuadros de los meses correspondientes
* Micosis
• Hipotensión

Cuadro No. 11

NECESIDADES DE SALUD DETECTADAS
POR ENFERMERIA

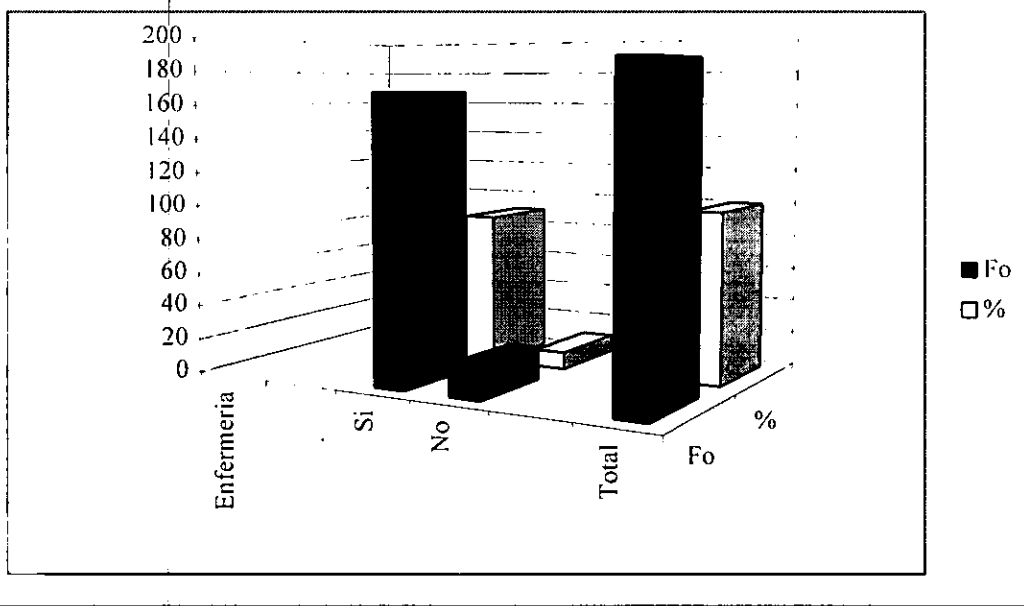


- Traumatismos (Contusiones, torceduras, etc.)
- Heridas y Curaciones
- Trastornos Respiratorios
- Trastornos Digestivos
- Alergia
- Cefalea
- Herpes
- Varicela Paarotidosis Escarlatina **
- Otros #

Cuadro No. 12
ATENCIÓN DE ENFERMERIA (1)

Acudio al servicio de Enfermeria	Fo	%
Si	168	90
No	19	10
Total	187	100

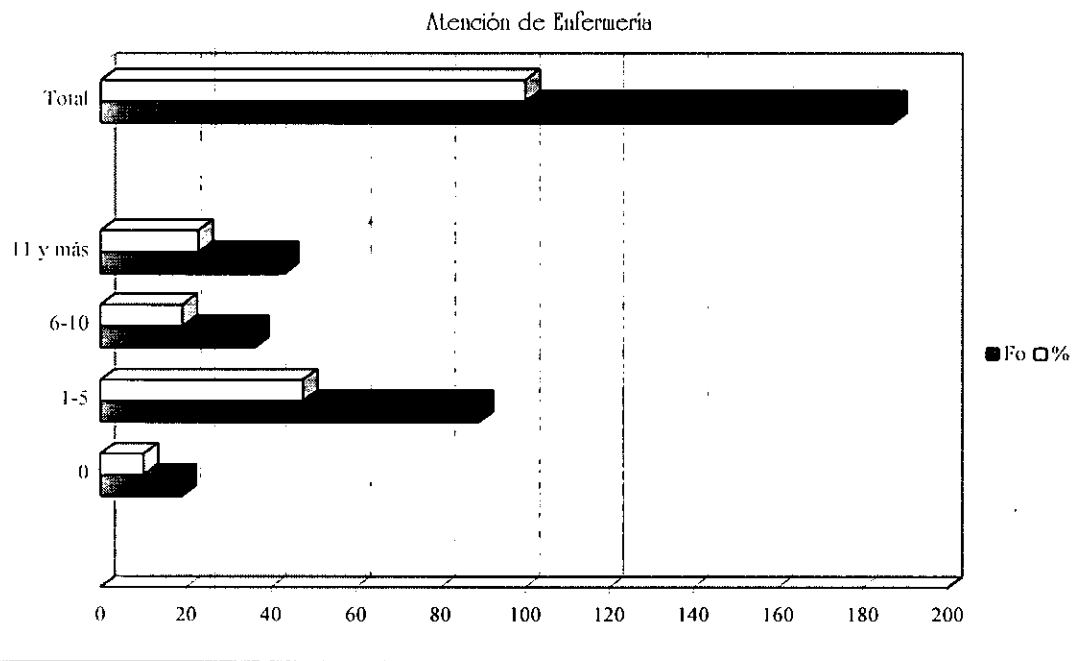
Fuente. Misma del Cuadro 1



En el cuadro 12 con la información relacionada a la atención de enfermería se tiene que un 90%, acudió al menos una vez al servicio, y sólo un 10% no se presentó.

Cuadro No. 12 Bis
 · ATENCION DE ENFERMERIA (2)

No. de veces que acudio	Fo	%
0	19	10.1
1-5	89	47.5
6-10	36	19.2
11 y más	43	22.9
Total	187	100

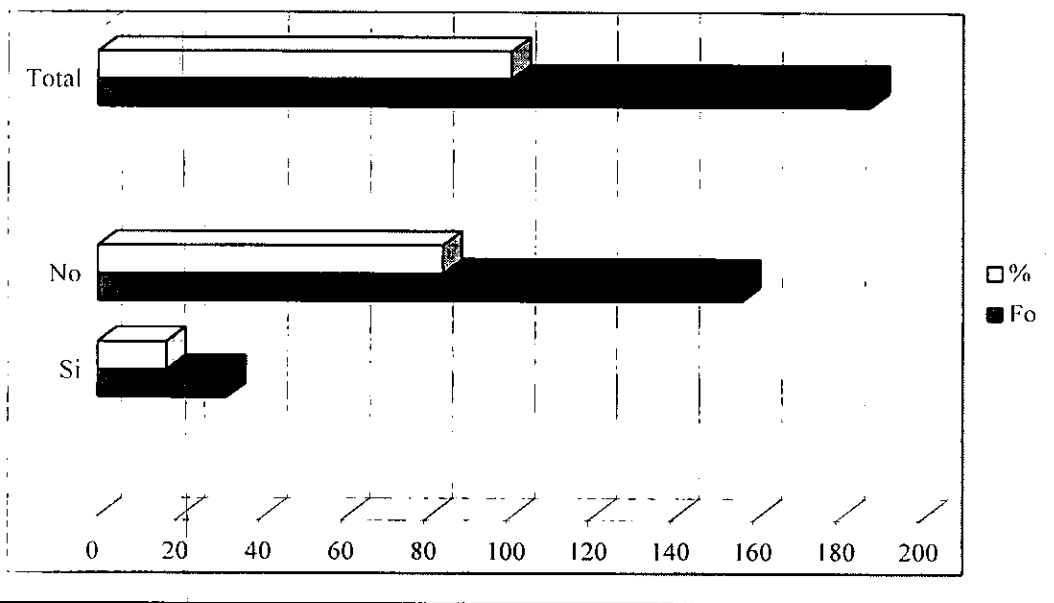


En este cuadro se hace notar que el 47.5% acudió de 1 a 5 veces en el año al servicio de enfermería, un 22.9% más de 10 veces, seguido de un 19.2% de 6 a 10 veces, y solamente un 10.1% no acudió.

Cuadro No. 13
CONSULTAS HOSPITALARIAS (1)

Requirió Atención	Fo	%
Si	31	16.6
No	156	83.4
Total	187	100

Fuente. Misma del Cuadro 1

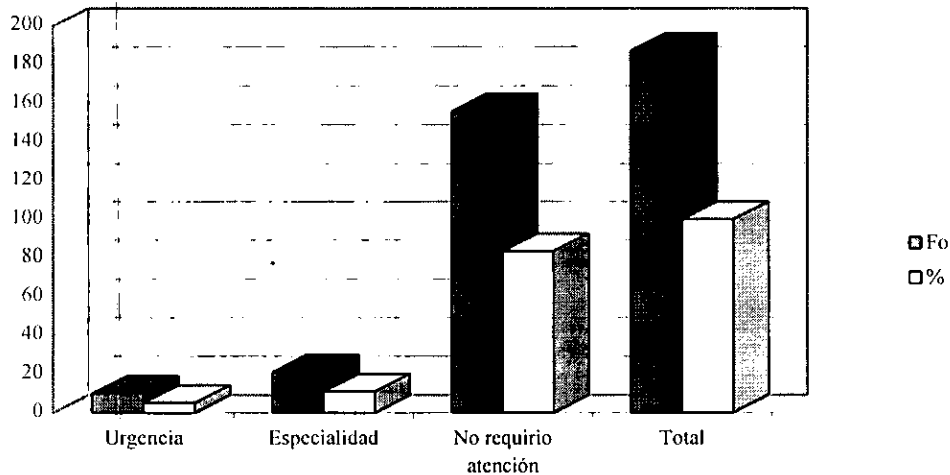


En el cuadro 13 referente a la población que requirió atención hospitalaria durante el año de servicio fue de un 16.6% en contraste del 83.4% que no lo requirió.

Cuadro No. 13 Bis
CONSULTAS HOSPITALARIAS (2)

Motivo	Fo	%
Urgencia	10	5.3
Especialidad	21	11.2
No requirio atención	156	83.4
Total	187	100

Consultas Hospitalarias



En el cuadro 13 Bis de la población que requirió atención hospitalaria solo el 5.3% requirió servicio de urgencias, y el 11.2% especialidad.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el grupo de estudio se encontró que un 54.5% están en la edad de nueve a trece años y un 37.4% entre catorce y 17 años. En cuanto a la escolaridad un 75.9% se encuentran en la primaria lo que nos indica que no concuerda el grado de escolaridad con la edad. En lo referente al tipo de familias el 56.6% de los niños y jóvenes del internado proceden de familias desintegradas y si a esto se les agregan las madres solteras, viudas y la orfandad con el 25.5%, nos aumenta este porcentaje al 82.1% de niños y jóvenes que no cuentan con una familia idónea para su crecimiento y desarrollo normal. Por otra parte un 66.7% tienen de uno a cuatro hermanos en donde ellos ocupan el primer lugar en un 25.1% y el lugar intermedio un 30.4%.

Al analizar el motivo de ingreso se encontró que un 24.8% es debido a bajos recursos, un 13.6% por mala conducta, el 11.15% por niños abandonados y el cuarto lugar lo ocupan el maltrato del niño con un 10%. En cuanto al responsable del menor en un 41.7% es la madre, un 27.2% tienen tutor, la ocupación del responsable en un 41.1% son empleados, un 16.0% son los directivos del propio internado y en un 13.3% se desconocen los datos. El tiempo de estancia en un 53.4% son de uno a tres años, un 21.9% de cuatro a seis años y un 13.9% se desconoce el tiempo de estancia.

En lo referente a la salud encontramos que el 72.7% presentaron problemas de salud a su ingreso al internado. Los problemas de salud que predominan en el grupo de estudio son: de la piel el 31.8%, genitourinarios 30.2%, del tórax el 17.3% y de cabeza el 10.8%. Al analizar la morbilidad durante un año de seguimiento se encontró que los principales problemas fueron según el orden de importancia : trastornos respiratorios, traumatismos, heridas, trastornos digestivos, alergias, herpes y varicela, parotiditis, escarlatina.

En cuanto a la atención de enfermería el 90% de los niños acudieron al servicio de enfermería y de acuerdo al número de veces que acudieron fueron en un 47.5% de una a cinco veces, un 19.2% de 6 a 10 veces y un 22.9% de once y más veces. el 16.6% requirió la atención hospitalaria de los cuales corresponden a un número de 31 personas, correspondiendo por porcentaje al 5.3% al servicio de urgencias y el 11.2% al de especialidades.

De acuerdo a los datos más relevantes encontrados en este grupo de estudio y a la bibliografía revisada en el marco teórico se sugiere lo siguiente:

- Por ser el grupo de adolescentes el que predomina, se hace necesario un programa de educación sexual.
- Al predominar el tipo de familias desintegradas se sugiere que se desarrolle un programa para formación de padres dentro del internado.
- Para mejorar o corregir su conducta se sugiere un programa fundamentado en salud mental.
- Según los datos obtenidos es importante la aplicación de un programa de higiene para mejorar este hábito en los niños y jóvenes del internado, así como implementar un programa de enuresis para aquellos niños que presentes dicha problemática.

- Se considera importante según los datos obtenidos que enfermería realice al ingreso del niño una valoración integral (biopsicosocial) del menor y posteriormente una evaluación de la información obtenida para que se elabore un plan de trabajo específico acorde a las necesidades particulares de cada niño con el respectivo seguimiento del caso.

- Finalmente con la información obtenida y con base en la experiencia del tiempo de servicio social, es importante la elaboración de un programa para pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en donde queden determinadas las actividades y funciones que pueden realizar los pasantes, los cuales requieren de un perfil que les permitan cumplir con el objetivo de la institución y del servicio de enfermería.

De acuerdo a las necesidades detectadas durante el tiempo de servicio y conforme a los resultados estadísticos obtenidos de la atención proporcionada por enfermería en el Internado Infantil Guadalupeño se diseñó una hoja de enfermería para el manejo del niño en el área de hospitalización del internado.

Esperamos que con esta investigación y las propuestas elaboradas se logre el enriquecimiento del primer nivel de atención, en un área que pocas veces ha sido explorada por enfermería donde puede desarrollar también sus habilidades y capacidades profesionales

6. PROPUESTAS

PROPUESTA No. 1

PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL PARA PASANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN EL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

“LA SALUD DEL NIÑO Y EL JOVEN”

JUSTIFICACION

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia busca responder de manera eficiente a la formación de profesionales de Enfermería, útiles y comprometidos con la sociedad mexicana, capaces de brindar atención y cuidado al individuo y la comunidad.

Para el logro de estas metas el egresado de Enfermería desarrolla acciones encaminadas a la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los individuos, así como la resolución de problemas de salud reales y potenciales, cuando los sujetos sanos o enfermos que los presentan no pueden resolverlos por sí mismos, ya sea por la carencia de información o por algún impedimento físico o mental.

Por esta razón surge la necesidad de crear un programa para pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en donde puedan desarrollar sus habilidades y aplicar los conocimientos adquiridos durante su preparación académica en beneficio de los niños y jóvenes que se encuentran en el Internado Infantil Guadalupeño.

OBJETIVOS

1. Aplicar los conocimientos clínicos y epidemiológicos para conocer y delimitar los factores que ponen en riesgo la salud de la población del Internado Infantil Guadalupeño. Así mismo diseñar programas integrales para mejorar su nivel de salud y bienestar.

2. Diseñar, ejecutar y evaluar programas de Educación para la Salud, dirigidos a los jóvenes y niños del internado, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida que contribuyan a la conservación de la salud y propicien el autocuidado.
3. Sistematizar el estudio clínico integral del niño y el adolescente en base a los indicadores de normalidad para que con ello se detecten y clasifiquen las manifestaciones de alteración orgánico-funcional de estos.
4. Aplicar la metodología de la investigación para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad, con el fin de proponer alternativas de enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud que se proporciona a la comunidad del Internado Infantil Guadalupeño.

L I M I T E S

Lugar: Internado Infantil Guadalupeño

Tiempo: El tiempo varará dependiendo del calendario escolar de cada año

Universo de Trabajo: Población infantil y adolescentes del Internado Infantil Guadalupeño

RECURSOS:

Humanos: 3 pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
Asesor académico
Medico del Internado

Técnicos: Programa para pasantes
Guía de valoración

Físicos: Escuela
Dormitorios
Comedor
Áreas deportivas
Enfermería

PERFIL DE ENFERMERÍA

El personal que colabore en la ejecución de este programa deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser titulado o pasante de la Licenciatura en enfermería y Obstetricia.
- Sin problema de horario.
- Tener habilidades para el trato terapéutico con el niño y adolescente.
- Tener conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo biopsicosocial del niño y el adolescente.
- Disposición para escuchar y descubrir la problemática del niño y el adolescente.
- No emitir juicios de valor sobre la conducta del niño y adolescente interno.
- Capacidad de observación en los cambios de actitud del niño y el adolescente para actuar terapéuticamente.
- Disposición para obtener nuevos conocimientos sobre el área de trabajo.

REGLAMENTO

OBLIGACIONES

- Deberán cubrirse 2 turnos de trabajo:
Matutino de 9:00 a 14:00 horas.
Vespertino de 13:30 a 18:30 horas.
- Para el turno matutino 2 personas, mientras que para el vespertino 1 persona, los cuales rotarán cada mes de turno.
- Deberán portar la fílipina dentro del área de enfermería.
- Conservar en buen estado las instalaciones y equipo del área de enfermería.
- Para las consultas extramuros y de urgencias deberá acudir solo una pasante con él o los niños que lo requieran. Solo en casos especiales saldrán dos enfermeras, evitando al máximo dejar sola la enfermería.
- Deberá cubrirse el rol de Educación para la Salud al término del año de servicio.
- Se deberán elaborar los cuadros de morbilidad por mes.
- El registro de peso y talla deberá realizarse cada tres meses los primeros días del mes.
- La guía de valoración deberá ser aplicada cada año a toda la población realizando el seguimiento de la misma.
- Conservar intacto el acervo de enfermería
- Al término del Servicio Social, cada pasante deberá entregar copias de sus informes, diagnóstico y programa de trabajo etc. para incrementar el acervo de enfermería.
- Acudir a los Talleres de Enfermería impartidos por el DIF cada mes, rotando el turno para cada pasante sin dejar sola la enfermería.
- Cumplir con las actividades mencionadas en este programa.

DERECHOS

- Tendrá derecho cada pasante a dos periodos vocacionales de 10 días cada periodo, para lo cual, deberán elaborarse el rol vacacional tomando en consideración que la enfermería nunca deberá permanecer sola.
- Tendrá tolerancia de 20 minutos de retardo
- En caso de faltas se podrá cubrir el tiempo o descontarlo de vacaciones.
- Tiene derecho a una comida o desayuno según el turno correspondiente.
- Se les otorgará una beca económica mensual a cada pasante, la cual será acordada por los directivos.
- Se les facilitará el material y equipo necesarios para la elaboración de sus materiales didácticos y/o trabajos académicos.

ACTIVIDADES

• GENERALES:

- *Conocer el programa de servicio social, así como la guía de valoración.
- *Elaborar el diagnóstico situacional de la Institución donde se realiza el servicio social.
- *Elaborar el programa de trabajo a realizar durante el tiempo de servicio.
- *Coordinarse con las autoridades y el asesor académico para determinar los períodos de evaluación del programa, durante el tiempo de servicio.

• ADMINISTRATIVAS:

- *Mantener en constante actualización el archivo clínico del internado.
- *Mantener en constante vigilancia el contenido de medicamentos y material de consumo para su reabastecimiento.
- *Llevar el control de ropa del área de enfermería y hospitalización.
- *Anotar en una libreta las consultas diarias.
- *Así como registrar y controlar las citas subsecuentes de los internos.
- *Continuar con el registro de peso y talla de los internos para el control de crecimiento.
- *Elaboración de estadísticas de morbilidad del Internado.
- *Evaluar la Guía de valoración del estado del salud del niño y adolescente.

• TÉCNICAS

- *Proporcionar consultas cuando no se encuentre el medico del internado.
- *Administración y ministración de medicamentos.
- *Vigilar que los internos sigan los tratamientos que se les indique.
- *Vigilancia del estado de salud de los niños que permanezcan en el área de aislados y hospitalización.
- *Proporcionar cuidados postoperatorios mediatos a los internos que lo requieran.
- *Realizar con los internos las terapias que les sean indicadas.
- *Vigilancia y promoción de la higiene y alimentación de los internos.
- *Baño de esponja.
- *Tendido de cama.
- *Terapia ocupacional.
- *Toma y control de temperatura.
- *Aplicar técnicas de aislamiento.
- *Curaciones.
- *Vendajes.
- *Inyecciones.
- *Aplicación de inmunizaciones.
- *Encargarse de que el instrumental clínico se encuentre limpio y desinfectado.
- *Supervisar el aseo de las áreas físicas del consultorio y hospitalización.

- *Realizar la desinfección de la vajilla.
- *Realizar el enlace de turno correspondiente.
- *Toma de peso y talla de los internos.
- *Aplicación de la Guía de valoración del estado de salud del niño y adolescente.
- *Llevar a los internos a sus citas medicas fuera del Internado.
- *Canalización de los internos a instituciones de segundo y tercer nivel cuando estos lo requieran.

- DOCENTES

- *Elaborar un rol de charlas de “Educación para la Salud”, para todo el año de servicio.
- *Preparar los guiones de charla.
- *Elaborar y buscar material didáctico.
- *Presentar los temas de Educación para la Salud.
- *Evaluar las exposiciones.
- *Hacer periódicos murales en alusión a los temas de Educación para la Salud en cada una de las diferentes épocas del años.
- *Proporcionar educación para la salud de manera informal en el consultorio cada vez que sea necesario y posible.
- *Preparar una charla de manera especial sobre urgencias y primeros auxilios, para impartirla a los educadores encargados de los niños.
- *Promover dinámicas y simulacros para casos de desastres en el Internado, con toda la población de este (internos, educadores, personal administrativos, etc.)

- INVESTIGACIÓN:

- *Aplicación y evaluación de la guía de valoración del estado de salud del niño y adolescente.
- *Elaborar un trabajo de investigación en el Internado Infantil Guadalupeño (tema a elegir), durante el año de servicio, con fines de titulación (individual o grupal).
- *Detección de actividades no expuestas en este programa, para contribuir a su enriquecimiento

SUPERVISION

La supervisión se realizara de manera directa por parte del asesor académico de cada uno de los pasantes, a través de entrevistas observaciones, reuniones, etc.

De manera indirecta se realizara por medio de informes bimestrales, guiones, programa de trabajo, etc.

EVALUACION

Se evaluará a los pasantes en base a los objetivos y actividades mencionadas en este programa, valorando los aciertos e interferencias técnicos, administrativos, académicos y de relaciones humanas encontradas para su ejecución, durante el desarrollo del Servicio Social en el Internado Infantil Guadalupano.

PROPUESTA No. 2

GUÍA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO Y EL JOVEN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____
SECCION _____ EDAD _____
SEXO _____ ESCOLARIDAD _____
RELIGION _____ LUGAR DE ORIGEN _____
PERSONA RESPONSABLE: _____

HISTORIA ANTERIOR
CONSERVACIÓN DE LA SALUD

Immunizaciones _____ Cuidados
dentales: _____

ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

Rubéola _____ Sarampión _____ Parotiditis _____
Varicela _____ Escarlatina _____ Fiebre reumática _____
Hepatitis _____

HOSPITALIZACIONES Y OPERACIONES

Diagnóstico: _____
Fecha de hospitalización: _____

LESIONES

Ameritó ir a sala de urgencias: _____ Fracturas: _____
Traumatismos: _____ Quemaduras: _____
Magullones: _____ Ingestiones: _____

HIGIENE PERSONAL

HIGIENE

Asco parcial _____ Asco total _____ Diario _____
Semanal _____ Cada tercer día _____ Aseo de manos _____
Aseo bucal _____
Cambio de ropa parcial: _____
Cambio de ropa total: _____

ALIMENTACION

Desayuno _____ Comida _____
Cena _____ Preferencias _____
Desagrado _____ Intolerancia _____

ELIMINACION: (HORARIO Y CARACTERISTICAS)

Urinaria _____ Intestinal _____

SUEÑO

Horas _____ Insomnio _____

Causas: _____

ACTIVIDADES

Lectura _____ TV _____ Juegos _____

Trabajo manual _____ Visitas _____ Comentarios _____

HISTORIA ESCOLAR

Grado: _____ Desempeño: _____

Temas

favoritos _____

CONDUCTA RELACIONADA CON LA ESCUELA

Ansiedad por asistir _____ Deseos de no asistir _____

ACTITUD GENERAL HACIA LA ESCUELA

Gusta _____ Desagrada _____

Actividades favoritas de la escuela _____ Amigas _____

.....

HISTORIA PSICOLOGICA

ESTADO MENTAL ACTUAL

Alerta _____ Confuso _____ Olvidadizo _____

COMPORTAMIENTO ACTUAL

Cooperador _____ Nervioso _____ Deprimido _____

Exigente _____ Desconfiado _____ Platicador _____

En abandono _____

AMBIENTE

Espacio adecuado _____ Riesgos contra la salud _____

Limpieza _____ Comentarios: _____

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Tiempo libre _____ Higiene _____ Vestido _____

Aseo de la casa _____ Lavado de ropa _____

EXPRESION DE EMOCIONES

Explota con facilidad _____ Muy tranquilo _____

CONDUCTA IDIOSINCRASICA Y ACTOS

Se chupa el dedo _____ Se muerde las uñas _____ Berrinches _____

Movimientos de cabeza _____ Tics _____ Enuresis _____

Comentarios: _____

.....

OJOS

agudeza visual	lentes	estrabismo	lágrimeo
exudado	prurito	enrojecimiento	fotofobia

OÍDOS

agudeza auditiva	dolor de oídos (frecuencia)
infección	exudado

Comentarios: _____

NARIZ

fría y con secreción (frecuencia)	infección
exudado	comentarios: _____

DIENTES (PRACTICAS DE HIGIENE Y ESTADO GENERAL)

GARGANTA

faringitis	amigdalitis
dificultad para deglutir	comentarios: _____

LENGUAJE

peculiaridades o cambios de la voz	ronquera
claridad	enunciación balbuceante

VÍAS RESPIRATORIAS

dificultad para la respiración	acortamiento de la respiración
dolor torácico	tos
respiración	jadeo
epistaxis	resfriados frecuentes

Comentarios: _____

CARDIOVASCULAR

cianosis	desmayos
intolerancia al ejercicio	soplos

Comentarios: _____

HEMATOLÓGICOS

palidez	hemorragias
tendencia a moretones o hemorragias	Comentarios: _____

GASTROINTESTINAL

apetito (grado, frecuencia, deseos especiales)	náuseas
vómito	dolor abdominal
cólico	Comentarios: _____

GENITOURINARIO

poliquiuria	esfuerzo
disuria	hematuria
enuresis	infección de vías urinarias

Comentarios: _____

MUSCULOESQUELÉTICO

deformaciones	fracturas
esguínces	dolores
tumefacciones articulares	limitación de la movilidad
uñas anormales	Comentarios: _____

NEUROLOGICO

debilidad o torpeza

equilibrio

dominancia

temblores

cambios de personalidad

coordinación

marcha

fatiga

convulsiones o conducta paroxística

comentarios: _____

EXPLORACION FISICA

peso _____ talla _____ FC _____ FR _____ T/A _____

ASPECTO FISICO _____

ASPECTO EMOCIONAL: _____

PALPACION: _____

PERCUSION: _____

AUSCULATAACION: _____

MEDIDAS

peso _____ cintura _____ brazo _____

muslo _____ pantorrilla _____ tobillo _____

PROBLEMAS DETECTADOS

BIOLOGICOS _____

PSICOLOGICOS _____

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: _____

PLAN DE ATENCION: _____

APLICO: _____

FECHA: _____

PROPUESTA No. 3

PROGRAMA DE TRABAJO DEL LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN EL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

“LA SALUD DEL NIÑO Y EL JOVEN”

JUSTIFICACIÓN

Tomando en consideración que los niños ingresan al internado permaneciendo por un periodo temporal y regresando posteriormente a su ambiente familiar. El presente programa pretende contribuir al cumplimiento del objetivo de la institución en la formación de individuos capaces de desarrollar sus potenciales como seres humanos logrando la integración óptima a sus familias y a la sociedad.

Además de ser esta una guía de trabajo, la cual establecerá en forma clara y precisa las actividades a realizar por el personal de enfermería que permita evaluar los avances, las metas y objetivos contenidos en este programa para proporcionar la orientación a los niños favoreciendo la adquisición de los valores necesarios para su desarrollo integral como seres humanos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Proporcionar a los niños la orientación necesaria para la adquisición de valores que les permita el desarrollo como seres humanos capaces de integrarse a su familia y a la sociedad.

Objetivos específicos

- Plasmear las actividades a desarrollar por el personal de enfermería con los menores
- Promover principios de convivencia grupal en los niños

- Fomentar la responsabilidad del niño en su autocuidado
- Propiciar la adquisición de valores para la vida en los chicos.

M E T A S

- Lograr el desarrollo integral para el engrandecimiento del niño como persona humana
- Promover la integración óptima a su familia y por ende a la sociedad
- Recuperar la confianza, seguridad y autoestima del menor hacia el medio que lo rodea
- Proporcionar una atención integral pero al mismo tiempo diferenciada acorde a las características de cada menor.

HIGIENE

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
<p>Higiene personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar y vigilar : la práctica del baño - diario, el aseo de manos, cambio de ropa e higiene bucal 	<p>Promover la creación de hábitos higiénicos e el niño y el joven como método de prevención y cuidado de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de listas por grupo (primaria) para la supervisión, vigilancia y reporte - Elaborar listas por secciones para la supervisión, vigilancia y reporte - Realizar un reporte semanal 	<p>Realizará a través de la observación directa la valoración de cambios en los hábitos de higiene.</p>
<p>Higiene del ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el aseo general de los dormitorios (general a particular) - Vigilar la distribución adecuada de sus closets - Supervisar el lavado de su ropa 			
<p>Higiene Mental</p> <p>A través del educador fomenta y vigilar el uso adecuado del vocabulario, el tipo de lectura que realizan los niños y jóvenes y de la vestimenta, y en la medida de lo posible su gusto de música y películas.</p>	<p>Promover un entorno en que los adolescentes puedan desarrollar sus capacidades intelectuales para ampliar su marco conceptual, modificando con ello sus conductas y hábitos de vida</p>	<p>Se realizara un rol con temas a impartir a los niños y jóvenes.</p>	<p>Por medio de la observación se evaluara el desarrollo de las actividades, valorando los alcances que se reflejaran propiamente en la conducta del adolescente</p>

ENURESIS

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
A través del educador se detecta a los niños que tienen problemas de enuresis.	Tomando en consideración que la atención que se proporciona a los niños en este tipo de instituciones es multidisciplinaria, se requiere de la colaboración y apoyo de todas las personas involucradas en la educación de los menores.	Elaboración de listas de identificación y control de los niños con enuresis. Determinar los horarios, en los cuales se les permitirá ir al baño, en base a las actividades diarias de los chicos. Elaborar la hoja de valoración de las actividades. Elaborar un reporte semanal de los avances y obstáculos.	A través de los informes por parte de los educadores y de los reportes. Se determinarán los cambios y alcances obtenidos con la ejecución de las actividades. En caso de no lograrse el objetivo, se determinarán métodos alternos.
Con la ayuda del mismo educador se establecen horarios en los cuales el niño podrá ir al baño durante el día.	Para reeducar el esfínter vesical del niño y logra controlar sus micciones.		
Que el educador se encargue de vigilar que el niño acuda al baño por última vez antes de dormir. A los niños que presentaron enuresis se les controla la ingesta de líquidos durante y después de la cena.	Para facilitar en el niño en control de la micción nocturna.		

CONDUCTA

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
<p>Identificar con ayuda de maestros y educadores, además de la guía de valoración; a los niños con problema de conducta.</p> <p>Clasificar a bases a las conductas que se presentan como: a) Agresivos b) Pasivos</p>	<p>Al identificar a la población en relación a su problemática se podrá trabajar adecuadamente según las necesidades, evaluando continuamente los avances y haciendo las modificaciones necesarias.</p>	<p>Elaborar listas de control y evaluación según el grupo de trabajo.</p> <p>Terapia de juego (dibujos, juegos, paseos, etc.).</p> <p>Terapia ocupacional (clases de cocina, manualidades, etc.).</p> <p>Nota: las actividades serán las mismas para ambos grupos, variando la forma de trabajo en cada caso.</p>	<p>Se realizará a través de la observación, evaluando el desarrollo de las actividades, valorando los alcances y obstáculos, que se reflejarán propiamente en la conducta de los niños.</p> <p>Se deberá realizar una evaluación en cada sesión y mensualmente se valorará el cambio de conducta en el niño.</p>
<p>Trabajar a cada grupo por separado con terapia de juego y terapia ocupacional</p>	<p>Desarrollar actividades de la vida diaria (cocinar, aseo de la casa, etc.), de manera grupal, estimulando la integración y el trabajo en conjunto.</p> <p>A través del juego estimular al niño a expresar sus sentimientos, temores, necesidades que en un momento dado son barrera para su integración.</p>		
<p>En el grupo A las actividades se individualizarán al principio para quien poco a poco se logre la integración del grupo.</p> <p>En el grupo B se trabajará de manera conjunta enfatizando la expresión individual de cada niño.</p>	<p>Por las características del niño, en cada grupo las actividades se deben desarrollar de manera gradual, para permitir al niño visualizar la importancia del trabajo en equipo y al mismo tiempo hacerlo sentir que su participación es importante.</p>		

SEXUALIDAD

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN	METODOLOGÍA	EVALUACIÓN
Dividir los grupos por edades en cada sección (chicos y medianos) para impartir la información	Se dividen por edades para proporcionar la información adecuadamente según la edad.	Se realizará un rol con los temas a impartir. Los temas serán los mismos, lo que variara será la dinámica a utilizar.	Por medio de la aplicación de un examen valorando los conocimientos adquiridos por el menor.
Realizar rol de charlas	Para facilitar el tiempo de la preparación y exposición de los temas.	Para cada grupo se elaborarán cartas descriptivas.	
Fomentar y propiciar la confianza para que externen sus dudas e inquietudes.	Al propiciar un ambiente de confianza se favorecerá la comprensión de los temas.		

PROPUESTA No. 4

HOJA DE ENFERMERIA EN EL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

*INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO
REGISTROS CLÍNICOS, TRATAMIENTO Y PLAN DE ATENCIÓN
DE ENFERMERIA*

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SECCION: _____
DIAGNOSTICO: _____

FECHA/DIA/HORARIO												
FC	FR	T										
170	38	41										
160	36											
150	34	40										
140	32											
130	30	39										
120	28											
110	26	38										
100	24											
90	22	37										
80	20											
70	18	36										
60	16											
50		35										

TRATAMIENTO:

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

VALORACION	DX DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION

FIRMA: _____

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYALA KIGER. Genética Moderna
Fondo Educativo Interamericana.
México 1984 p.836

BERGER.M. Milton. Como Trabajar con Pacientes -Guía para tratar
a las personas que llamamos enfermos mentales-
Ed. Concepto. México 1979 p.212-216

BLOOD. Bob y Bloot, M. La Vida en Familia
Ed. Pax México. México 1985 p.301

CALDERÓN N.G. Salud mental Comunitaria
2a ed. Edit. Trillas. México 1988 p.301

CARLLIET. Síndromes Dolorosos Tobillo
México 1985 p.234

CEDRATO Y FERRERO. Pediatría
Ed. El Ateneo Argentina 1992 p.754

Centro de Referencia sobre Información Estadística en Salud
Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1983-1993.

CERVANTES, E. Primeros Auxilios
Edit. Trillas México 1991

CHOW, et. al. Manual de Enfermería Pediátrica
Edit. Limusa México 1983 p.1051

COOK Y FONTAINE Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental
Edit. Mc. Graw-Hill Interamericana México 1993 p. 803

COOK Y FONTAINE. Enfermería Psiquiátrica
2a ed. Edit. Interamericana Madrid p.802

CUSMINSKY, M. et. al. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño.
Organización Panamericana de la Salud OMS Washington 1986 p.201

DAVIDO F.F. Linda. Introducción a la Psicología
3a ed. Edit. Mc. Graw-Hill México 1994.

DE LA TORRE J. Pediatría Accesible -Guía para el cuidado del Niño-
9a ed. Edit. Siglo XXI México 1987 p. 555

DGSM. Fomento a la Salud .-Enfermedades Infectocontagiosas-
México 1994

DIDIER, J. DUCHE. La Enuresis Formación de Hábitos Higiénicos en los niños
Edit. El Ateneo Buenos Aires

FERGUSON, F. Desarrollo de la Personalidad
Edit. El Manual Moderno México p.281

FREUD, Ana. Psicología del Desarrollo del Niño y del Adolescente.
Edit. Paidós 1985

HARVEY, MC. COY. Trastornos de la Conducta en el Niño.
Edit. El Manual Moderno México 1981 p.685

HAYMAN, L. SOPORING, E.M. Manual de Enfermería Pediátrica
Edit. Interamericana México 1989 p.492

INEGI. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social.
Cuaderno No. 3 México 1997

Instituto Nacional de Pediatría. Pediatría Médica
Edit. Trillas México 1994 p.730

JIMÉNEZ. Licenciatura Pediátrica I.
Edit. Salvat México 1989

KYES, J.J. Enfermería Psiquiátrica
1a ed. Edit. Interamericana. México 1984 p.654

LANCASTER, J. Enfermería Comunitaria.
Edit. Interamericana México 1984 p.278

LONG, B. y PHIPPS, W. Tratado de Enfermería Médicoquirúrgica
Edit. Interamericana Mc. Graw-Hill México 1989 p. 1124

MATHER, P. El Abuso Contra los Niños.
Edit. Grijalbo, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes México 1988

MARLOW-REDDING. Enfermería Pediátrica
6ta ed. Tomo I y II Edit. Panamericana México 1991 p. 1471

MARTINEZ Y MARTINEZ, R. La Salud del Niño y el Joven.
3a ed. Edit. Salvat México 1995 p. 1445

MENESES R.N. Dorothy. Elementos de Enfermería Psiquiátrica.
2a ed. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México 1988 p.421

- MILTON O. M.D. et. al. Dermatología
Edit. El Manual Moderno México 1994 p. 866
- MUSSEN, P.H. y otros Desarrollo de la personalidad en el Niño
3a ed. Edit. Trillas. México 1991 p.506
- NEWMAN. Desarrollo del Niño
6ta. ed. Edit. Limusa. México 1989 p. 574
- NORMAN CAMERON. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad.un Enfoque Dinámico.
Edit. Trillas. México 1982 p.767
- NORTH Y ORANGE. El Alcoholismo en la Juventud.
Concepto México 1991 p.135
- OSORIO N. El Niño Maltratado.
Edit. Trillas 1987 p.82
- PAPALLA, Diane E. WENDKOS, S.O. Psicología del Desarrollo, de la Infancia a la Adolescencia.
5a ed. Edit. Mc. Graw-Hill. México 1992 p.672
- POROT, T. La Familia y el Niño.
11a ed. Edit. Planeta Barcelona 1980 p.284
- GOBIERNO EJECUTIVO FEDERAL. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000
p.82
- RAMOS, R. Rosa. Crecimiento y Proporcionalidad en Adolescentes Mexicanos.
UNAM México 1986
- RICO Y RUIZ. Tabaquismo.
Edit. Trillas México 1990 p.199
- RIGOL, A., y UGALDE, M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica.
Edit. Salvat Barcelona 1991 p.512
- RONALDS. El Niño Normal.
1a ed. Edit. Manual Moderno
- RUND. Lo Esencial de las Urgencias Médicas.
Edit. Manual Moderno México 1989 p.561
- SARAFINO, E.P. y ASTRONG, J.W. Desarrollo del Niño y del Adolescente.
Edit. Trillas México 1991 p.535
- SOUZA, M.M. Alcoholismo (Conceptos Básicos).
Edit. Manual Moderno México 1988 p.12

STROMMEN et. al. Psicología del Desarrollo.
Edit. Manual Moderno México 1982 p.362

STUART Y SUNDEEN. Enfermería Psiquiátrica.
Edit. Interamericana Mc. Graw-Hill México 1992 p.469

VALENZUELA Y Col. Manual de Pediatría
10a ed. Edit. Interamericana México 1985 p.846

VELASCO, R.F. Alcoholismo Visión Integral.
Edit. trillas México 1988 p.454

WAECHTER, E.H. Enfermería Pediátrica.
9a ed. Edit. Interamericana Mc. Graw-Hill México 1993 p.1515

WHALEY, L.F. y WONG, D.L. Tratado de Enfermería Pediátrica.
2a ed. Edit. Interamericana Mc. Graw- Hill México 1988 p.1061

HEMEROGRAFÍA.

Psicología para todos.
Vol. I No.3 1987 México
Adolescencia e Identidad.
Lic. Ofelia Contreras G.

Para que México Sonría al Futuro.
Boletín DIF. Sexenio 88-94

APOYOS MECANOGRÁFICOS.

-El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.

-Internado Infantil Guadalupeano.

-DIF. Programas Institucionales SNDIF 1983 Agosto.
Miguel de la Madrid Coahuila de Zaragoza.

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACIDOSIS: Aumento de la acidez o mejor, disminución de la reserva alcalina de la sangre.

ACONDROPLASIA:(de *á, chón-dros*, cartilago y *plássein*, formar) Defecto del desarrollo de los cartílagos rizomélicos de las extremidades causantes de una de enanismo.

ACROMIA (ACROMICO): Falta de la coloración normal en la piel, y en general, ausencia de color en cualquier parte o elemento.

ADENOPATIA: (de *adeno-* y el gr. *páthos*, enfermedad) Enfermedad de los gánglios, especialmente de los linfáticos.

ADRENALINA: Principio activo de la médula de las cápsulas suprarrenales. Obra esencialmente excitando las terminaciones del simpático en todos los órganos.

ALCALINA: Adj. que tiene reacción o propiedades de un álcali.

ALVEOLAR: (lat.-*alveolus*-cavidad) Nombre de las cavidades en los maxilares para la implantación de las raíces dentales.

AMEBIASIS: Estado de infección producido por amebas, como el absceso hepático o la disentería amebiana.

ANQUILOSIS: Abolición o limitación de los movimientos de una articulación movable.

ANTIHISTAMINICO: Que contrarresta los efectos de la histamina.

ÁNTRAX: (del gr.-*ánthrax*-carbón) Inflamación circunscrita, dura y dolorosa del tejido subcutáneo, acumulación de furúnculos que acaba por esfacelo y supuración por varias aberturas, acompañado de síntomas generales, muy frecuente en la diabetes.

ARRITMIAS SINUSALES: Irregularidad del latido cardiaco debido a interferencias en los impulsos originados en el nudo sinuauricular.

ARTEROESCLEROSIS: Dureza y engrosamiento anormales de las paredes arteriales, resultado de su inflamación crónica, especialmente de la túnica íntima, con tendencias a la obliteración del vaso.

ARTRODESIS: Fijación quirúrgica de una articulación, anquilosis artificial, *Artrocleisis*, operación de Albert.

ASCARIS: Género de gusanos especialmente parásitos en el intestino de animales vertebrados.

ASINCRONISMO: Ocurrencia en tiempos distintos de fenómenos normalmente sincrónicos. Coordinación alterada.

BLEFARITIS: Inflamación de los párpados. Angular. La ulcerosa que afecta el canto interno y bloquea el punto lagrimal. Ciliar. Inflamación crónica de los folículos pilosos y glándulas sebáceas de los bordes palpebrales. Escamosa. Blefaritis ciliar, en la cual se forman escamas en los bordes palpebrales. Ulcerosas. Forma ulcerosa de la blefaritis marginal o ciliar.

CELIDAS ETMOIDALES: Cavidades o células en las masas laterales del hueso etmoides.

CISTOSCOPIA: Examen de la vejiga urinaria con el cistoscopio.

COGNOSTIVAS:(cognición)(del lat. cognitio-onis)f.Conocimiento, comprensión, razonamiento.

COLERA: Enfermedad aguda grave, cuyos síntomas principales son el vómito repetido y deposiciones numerosas.

CREPITACIÓN: Sonido semejante al que se hace restregando los cabellos entre los dedos o echando sal al fuego, producido por el aire en los conductillos pulmonares o en las areolas del tejido conjuntivo en el enfisema. Ruido que producen los extremos de un hueso cuando rozan entre sí.

DECIDUALES: adj. no permanente caduco.

DERMATRÓFITO: Hongo parásito de la piel.

DIARREA: Hipermotilidad intestinal.

DISCROMÍA: Nombre genérico de las alteraciones del color de la piel.

DISENTERIA: (del gr. dys, mal, y énterum, intestino) Enfermedad aguda específica epidémica, muy frecuente en los trópicos, caracterizada anatómicamente por lesiones inflamatorias, ulcerosas y gangrenosas del intestino grueso y porción inferior del íleon; y sintomáticamente por frecuentes evacuaciones de materias mucosas y sanguinolentas, dolores, tenesmo y grave estado general.

EGO: m. V. Yo.

EMETROPÍA: f. Estado anormal del ojo respecto a la refracción.

ENFERMEDAD DE MORQUIO: Disociación auriculoventricular asociada a una malformación (comunicación interauricular o interventricular) o a un tumor en el tabique por endocarditis fetal. Disostosis endocondrial metaepifisiaria; afección familiar rara que se manifiesta cuando el niño comienza a andar y se caracteriza por aplastamiento de la columna vertebral, subluxación de la cadera y genu valgo bilateral.

ESTREÑIMIENTO: Hipomotilidad o retraso en el vaciamiento intestinal.

FLATULENCIA: Hipomotilidad intestinal.

FOTOFOBIA: (de -foto- y del gr. phóbos temor) Intolerancia anormal para la luz, especialmente provocada por afecciones oculares.

GIARDIASIS: Infestación con protozoarios del género Giardia, lambliasis.

GONADOTROPINA: Sustancia de origen hipofisiario que estimula las gónadas, gonadostimulina.

HEMOGLOBINA: Heteroproteína de color rojo, existente en los hematíes, y cuya función primordial es transportar el O₂ hacia los tejidos.

HIPERFUNCIONALISMO: Aumento de la actividad o la función normal de un órgano.

HIPEROPIA: Hiperetropía. Estado anormal del ojo respecto a la refracción.

HIPERPLASIA:(de hiper- y el gr. plásis, acción de modelar) Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos, hipertrofia numérica.

HIPOFUNCIONALISMO: Funcionamiento disminuido de una parte u órgano.

HIPOGLUCEMIA: Disminución de la concentración de glucosa en la sangre, cuando su tasa es inferior al valor mínimo. Clínicamente se caracteriza por sensación de hambre, temblor, palidez, sudor profuso, cefalea, diplopia, trastornos psíquicos y convulsiones, pudiendo llegar al coma.

HIPONATREMIA: Deficiencia de sales de sodio en la sangre, depleción salina.

HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE: H. gonadotrópica de la adenohipófisis que estimula el crecimiento y desarrollo de los folículos ováricos y la espermatogénesis en los testículos.

HORMONA LUTEINIZANTE: H. gonadotropa de la adenohipófisis que estimula la síntesis de hormonas ováricas y testiculares, actuando en concierto con la hormona folículo estimulante.

HORMONA TESTOSTERONA: H. testicular.

ICTERICIA: Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones, debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.

IDENTIDAD:(del lat. identitas-atis) f. Calidad de idéntico // Calidad de ser una persona o cosa la misma que se supone se busca.

LINFOIDE: Semejante a la linfa // Linfático, adenoide, linfadenoides, reticular.

MELACOGNICIÓN:(mela forma prefija de gr. mélas, mélaina, melán negro)(cognición del lat. cognitio-onis) f. Conocimiento, comprensión, razonamiento.

MIELINIZACIÓN: Formación o adquisición de mielina por las fibras nerviosas en su periodo de desarrollo.

MELOPROLIFERATIVOS:(mielo forma prefija del gr. myelós médula)Que produce o multiplica en forma similar.

MNEMOTÉCNICAS:(del gr. mnéme, memoria y téchne arte)f. Arte de cultivar o auxiliar la memoria principalmente por medio de la asociación de ideas.

MOTILIDAD: f. Movilidad.

NARCISIMO: Amor a la imagen de sí mismo. Puede incluir o no excitación sexual producida por la admiración y contemplación del propio cuerpo.

NECROSIS: (necrótico) Mortificación de un tejido en general, gangrena; la parte necrosada se llama secuestro.

NOXAS:(lat. influencia) agente, acto nocivo o pernicioso // Bacteria patógena.

OXIURASIS: Infestación con los Oxiuros; enterobiasis.

PÁPULA: Elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel; termina ordinariamente por descamación. es una de las lesiones elementales de la piel.

PATÓGENO: Productor o causante de enfermedad.

PATOGNÓMICO O PATOGNOMÓNICO: Dícese del signo o síntoma específico de una enfermedad y que basta por sí solo para sentar el diagnóstico. Negativo. Signo o síntoma que en una enfermedad falta constantemente.

PROFUSIÓN: (Del lat. protrusum, supino de protundere, empujar adentro, mover hacia adelante) Avanzamiento anormal de una parte, u órgano, por aumento de volumen o por una causa posterior que los empuja.

PÚSTULA. Pequeña elevación cutánea llena de pus.

SEDAL: Cinta o mecha de tela, hilos, algodón, etc., introducida por un trayecto subcutáneo practicado expreso y que se deja en él y se mueve tirando de los cabos que quedan fuera, para provocar y mantener una supuración, con objeto revulsivo.

SENO ESFENOIDAL: Cavidad en el espesor del cuerpo del esfenoideos.

SENSITIVOMOTORAS: adj. sensitivo y motor al mismo tiempo. Dícese de los nervios mixtos.

SISTÓLICO:(sístole)(lat. systole, y éste del gr. systole de systéllein, contraer reducir) Periodo de contracción cardíaca.

SINDROME MARFÁN: Dolicoostenomelia. Distrofia hereditaria del tejido conjuntivo de transmisión autosómica dominante, que presenta anomalías de crecimiento de las extremidades con alargamiento y adelgazamiento de los huesos, espina bífida, luxación de cadera, polidactilia, ectopia testicular, cardiopatías congénitas, malformaciones oculares, etc. // Parálisis espásticas hereditarias con trastornos psíquicos y queratitis intersticial.

SINDROME TURNER: Anomalía genética que afecta a individuos con fenotipo femenino y que se caracteriza por gónadas rudimentarias, enanismo, infantilismo sexual, pterigium colli y cúbito valgo. El cariotipo es 45,X0.

TENIASIS: Presencia de tenias en el intestino.

TRIQUINOSIS: Estado morboso producido por el desarrollo y fijación de las triquinas en el organismo, debido a la ingestión de carne de cerdo no bien cocida que contenga quistes de triquina.

VAGINAL: adj. Relativo o perteneciente a la vagina // En forma de vagina // f. Túnica vaginal del testículo.

VESÍCULAS: Vejiga pequeña, órgano en forma de saquito o bolsa. Vejiguilla cutánea formada por la elevación circunscrita de la epidermis llena de líquido seroso.

VÓMITO: Hipermotilidad gástrica o retraso en el vaciamiento gástrico.

YATROGENIA:(de yatro-y el gr- gennán, producir)Producido por el médico o los medicamentos.

* Diccionario terminológico de Ciencias Médicas
12 ed. Edit. Salvat 1990 p.p. 1209.

9. ANEXO

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: _____
EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

DINÁMICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA: _____ No. DE HERMANOS: _____
LUGAR QUE OCUPA: _____

PERFIL DE INGRESO

MOTIVO DE INGRESO: _____
RESPONSABLE DEL MENOR: _____ OCUPACIÓN: _____
EDAD DE INGRESO _____ TIEMPO DE ESTANCIA: _____

NECESIDADES DE SALUD (Según historia clínica médica)

CABEZA: _____
TÓRAX: _____
ABDOMEN: _____
GENITOURINARIO: _____
PIEL Y ANEXOS: _____

NECESIDADES DE SALUD DETECTADAS DURANTE EL TIEMPO DE SERVICIO

TRAUMATISMO: _____
HERIDAS Y CURACIONES: _____
TRASTORNOS RESPIRATORIOS: _____
TRASTORNOS DIGESTIVOS: _____
CEFALEA: _____ ALERGIA: _____
ENFERMEDADES VIRALES: _____
OTROS: _____

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ACUDIÓ: SI: _____ NO: _____
NO. DE VECES DURANTE EL AÑO DE SERVICIO SOCIAL:
0: _____ 1 - 5: _____ 5 - 10: _____ + DE 10: _____

CONSULTAS HOSPITALARIAS

REQUIRIÓ ATENCIÓN EN HOSPITAL: SI: _____ NO: _____

MOTIVO:
URGENCIA: _____ ESPECIALIDAD: _____