



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS DEL
INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO, DE ACUERDO A LAS 14
NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTA: Carmona Carcamo Guadalupe.



Rosa Elia Mendoza Pérez
Directora de tesis:

Lic.: Rosa Elia Mendoza Pérez

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

México. 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Agradezco a Jehová Dios primero por esta vida que me ha brindado, porque me dio el conocimiento necesario para poder terminar esta carrera. También le agradezco por las cualidades que me ha dotado, con las cuales he podido llegar a ser un mejor ser humano.

A mis padres Reynaldo y Macrina por haberme dado su amor, apoyo y comprensión a lo largo de mi vida. Gracias por los valores y la educación que me han dado, ya que todo ello contribuyo a mi formación y superación personal.

A mis profesores que me otorgaron su conocimiento para así poder desarrollarme en esta disciplina, gracias por su apoyo y su confianza.

A mis amigos: Gracias por su amistad que con gusto conservo, por hacerme ver mis errores y debilidades, por creer en mi.

DEDICATORIA

A los niños y jóvenes del Internado Infantil Guadalupano que me dieron la oportunidad de compartir sus sueños, alegrías y tristezas; que me brindaron su confianza y cariño.

A mi hermano Reynaldo que me ha ayudado a afrontar obstáculos difíciles con sus consejos, gracias por tu confianza, tu paciencia, amor y humildad.

ÍNDICE

Introducción

1. Fundamentación del tema de investigación.....	1
1.1 Descripción de la situación del problema.....	1
1.2 Identificación del problema.....	2
1.3 Justificación.....	2
1.4 Ubicación del tema.....	2
1.5 Objetivos.....	3
1.5.1 General.....	3
1.5.2 Específicos.....	3
2. Marco teórico.....	4
2.1 Situación de salud de los niños y adolescentes en México.....	4
2.2 Problemas de salud mas frecuentes en los niños y adolescentes.....	8
2.2.1 Problemas infecciosos.....	8
2.2.2 Crónico-degenerativos.....	18
2.2.3 Accidentes.....	20
2.3 Problemas psicológicos más frecuentes de los niños y adolescentes.....	26
2.3.1 Desarrollo de la personalidad.....	26
2.3.2 Síndrome de niño maltratado.....	30
2.3.3 Trastornos psicológicos.....	32
2.4 Problemas sociales más frecuentes en los niños y adolescentes.....	37
2.4.1 La familia.....	37
2.4.2 Niños con padres separados.....	37
2.4.3 Niños de la calle.....	39

2.4.4 Violencia familiar.....	41
2.4.5 Adicciones en la adolescencia.....	44
2.4.6 Suicidio.....	48
2.5 Institucionalización de los niños o jóvenes.....	50
2.5.1 Internados y casas hogares.....	50
2.6 El Internado Infantil Guadalupano.....	55
2.7 Las 14 necesidades según Virginia Henderson.....	56
3. Metodología.....	59
3.1 Variables.....	59
3.2 Tipo y diseño de investigación.....	60
3.2.1 Tipo.....	60
3.2.2 Diseño.....	60
3.3 Técnicas de investigación.....	60
3.4 Universo de estudio.....	61
4. Análisis e interpretación de resultados.....	62
5. Discusión.....	65
6. Conclusiones y recomendaciones.....	66

Bibliografía

Anexos

- Anexo 1 Principales causas de mortalidad infantil
- Anexo 2 Cedula de valoración
- Anexo 3 Cuadros y graficas

INTRODUCCIÓN

La crisis económica que sacude a México ha hundido a un gran porcentaje de las familias en la pobreza extrema. Cada día, la lucha por sobrevivir se hace más intensa; el dinero que logran ingresar varios miembros de una misma familia, en la mayoría de los casos, no son suficiente para cubrir sus necesidades básicas.

La pobreza extrema se observa principalmente en las zonas marginadas. Esta condición unida a la violencia emocional y física y a la explotación a que cientos de niños se ven sometidos en el hogar, son algunas de las causas que los orillan a tomar como opción salir a trabajar a la calle, corriendo el riesgo de quedarse atrapados por ella, para vivir con grupos de personas.

Una vez en la calle los niños tratan de encontrar el sustento diario, limpiando parabrisas, boleando zapatos, cargando bultos, mendigando y en algunas ocasiones recurren a la prostitución que generalmente esta unida al consumo de drogas. Estos se exponen a situaciones que ponen en alto riesgo su estado de salud como: enfermedades de transmisión sexual (VIH), desnutrición, infecciones de la piel, padecimientos gastrointestinales y bronco respiratorios. (estudio realizado por la UNICEF en Latinoamérica en 1991)

Se estima que 100 millones de niños viven y trabajan en las calles de las ciudades de todo el mundo. De éstos 40 millones están en América Latina. Informes de la UNICEF sitúan a México dentro de los cinco primeros países en donde la pornografía y la prostitución tienen algún vínculo familiar pero pasan la mayor parte de su vida en las calles mendigando. El 25% restante vive en las calles, estos duermen en edificios abandonados, debajo de puentes, en parques públicos, en alcantarillas, mercados...

Esta investigación se llevo a cabo dentro del Internado Infantil Guadalupano el cual cuenta con 170 niños y adolescentes que han vivido en la calle, los cuales tienen problemas de conducta. Se analizara el papel que desempeña el Licenciado de Enfermería para la valoración de salud de estos menores; ya que la mayoría cuenta con grados de desnutrición, problemas de drogadicción, alcoholismo, tabaquismo. Y la mayoría de estos han vivido en las calles.

En el primer capítulo de esta investigación se presenta la descripción del problema, la justificación del tema y los objetivos.

En el segundo capítulo de esta investigación se desarrolla el marco teórico conceptual, con los fundamentos que sustentan esta investigación y la valoración de salud de los niños de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

En el tercer capítulo se describe la metodología que incluye las variables, tipo, diseño de investigación y técnicas de investigación utilizadas.

En el cuarto capítulo se muestra la instrumentación estadística conformada por el universo, la muestra; el análisis e interpretación de resultados.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA

El 30 de Enero de 1954, el hermano Miguel Cacho Villa, funda el Internado Infantil Guadalupano con la idea de que los niños abandonados y desamparados tengan un hogar, pan y cariño. El ex presidente de la Republica Manuel Ávila Camacho llegó a conocer este proyecto le propone que busque un terreno amplio en el cual pueda instalar el internado prometiéndole ayuda, desgraciadamente el ex presidente fallece antes que el hermano Cacho Villa pueda encontrar un lugar adecuado.

El 7 de Enero de 1957 el internado se ubica en la colonia Lomas Estrella, delegación Iztapalapa DF. En el kilómetro 15 1/2 de la calzada Tulyehualco.

En 1977 se inicia la organización de los internos por dormitorios y patrullas, esta organización se facilita gracias a la construcción de los dormitorios.

En 1985 a petición del Hermano Miguel Cacho Villa, los hermanos del Instituto Lasallista toman a su cargo el Internado Infantil Guadalupano, siendo el primer director el Hermano Enrique Pizarro García, quien busca la re organización y mejoramiento de las instalaciones, que se encuentran en pésimas condiciones.

En 1986 se reorganizan los grupos y maestros de primaria haciéndose cargo de esta el Hermano Andrés Goveia, para 1997 el Hermano Marco Aurelio González se hace cargo de la primaria y se procede a la sistematización del modelo educativo, un año más tarde el Hermano Andrés Anaya inicia el programa de filosofía para niños y se formula el proyecto de avance personal.

Actualmente el Internado Infantil Guadalupano es una institución privada, independiente de asistencia social, constituida en asociación civil que dentro del marco jurídico y de acuerdo con la cultura nacional atiende a niños abandonados y de la calle, menores infractores, huérfanos y otros que la sociedad rechaza por problemas de conducta.

El internado pretende reeducar a niños que viven en situaciones difíciles, proporcionándoles rehabilitación, atención médica; otorgándoles un espacio para que puedan desarrollarse dignamente bajo una educación basada en la visión humana de la persona, resaltando los valores éticos y reintegrándolos a la sociedad como buenos cristianos, personas productivas y honestos ciudadanos.

Para 1996 a iniciativa de la Lic. Rosa Elia Mendoza y con la aprobación del director del internado Andrés Goveia, se inicia la participación del Licenciado de Enfermería con tres pasantes y desde esa fecha han trabajado con los internos para mejorar su nivel de salud.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de salud de los niños del Internado Infantil Guadalupano?

1.3 JUSTIFICACION

Esta investigación se justifica primero, porque es conveniente conocer el nivel de salud de los niños y jóvenes del internado que han permanecido en las calles, por medio de un diagnóstico situacional para así encontrar soluciones reales a corto y mediano plazo, mejorando su nivel de salud.

En segundo lugar se justifica porque le servirá de guía a los próximos pasantes de enfermería y así podrán partir de esta investigación y continuar con los programas de salud que se plantean en este trabajo.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

La presente investigación se ubica en 5 áreas:

En ENFERMERÍA: Porque son precisamente los Licenciados de Enfermería los recursos primarios para propiciar la salud de los individuos.

En SALUD PÚBLICA: Ya que es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar el nivel de salud de una población mediante esfuerzos organizados, fue necesaria dentro del internado para la prevención y control de las enfermedades.

En DOCENCIA: Siendo el arte de enseñar fue muy importante para implementar los programas de salud que se pusieron en marcha.

En PEDIATRÍA: Porque esta investigación se lleva a cabo dentro de una institución donde la población es de niños y adolescentes.

En PSICOLOGÍA: Ya que se estudiaron los cambios emocionales que presentan los niños y adolescentes, principalmente para los menores que fueron maltratados en sus hogares.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 GENERAL:

Aplicar los conocimientos científicos y prácticos que sustentan el quehacer profesional para la detección y solución de la problemática de salud de los menores del Internado Infantil Guadalupano.

1.5.2 ESPECÍFICOS:

Identificar las principales necesidades de salud que con frecuencia son encontradas en la población del Internado Infantil Guadalupano, por medio de una valoración.

Plantear soluciones específicas para cada necesidad detectada en los menores, enfocadas a la prevención y mejoramiento de la salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SITUACIÓN DE SALUD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MÉXICO.

“La tradición histórico cultural y la política institucional de un país determinan en cada caso particular las características de organización y prestación de los servicios de salud, reafirmados por la práctica del estado y su relación con la sociedad. Sin embargo, el contexto de los actuales modelos donde la recuperación de la salud no se concibe dentro de un proceso del ciclo vital de individuos y sociedad; se restringe a la asistencia básica médica-hospitalaria, a ésta se le dedica gran parte del apoyo logístico, humano y financiero, mientras que la promoción de salud y la prevención de enfermedades están escasamente esbozadas, así como el fortalecimiento de vínculos con la vida y el bienestar indispensable a toda condición humana.” (1)

Si bien el logro de la salud no es responsabilidad exclusiva del sector de la salud, los gobiernos como entes representantes no pueden ni deben olvidar su responsabilidad de definir políticas de atención de salud – bienestar integral.

El acceso a los servicios de salud de no ser equitativo tiene un efecto netamente regresivo sobre la población. Ya que las clases menos protegidas asignan una proporción más alta de sus ingresos a gastos de salud.

La cobertura y acceso de la población a los servicios de salud se otorgan principalmente a través de las instituciones encargadas de la seguridad social (IMSS, ISSSTE) que en 1994 reportaron cubrir el 55% de la población total del país. (Plan Nacional de Salud 2000)

Los servicios de seguridad social captan tan solo 65% de la demanda médica de sus beneficiarios, el 23% opta por servicios privados y el 11% restante por instituciones de asistencia social, según lo reporta el Plan Nacional de Salud. Con relación al financiamiento, México dedica entre el 4.8% y el 5.7% del PIB a la salud. (2)

Tomando en cuenta lo anterior todos deberíamos hacer lo sumo posible por conservar nuestra salud, ya que es un atributo que solo la apreciamos cuando la perdemos.

1. Plan Nacional de Salud para el año 2000
2. Ibid.

EL RIESGO DE MORIR EN EL CICLO VITAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE MEXICANO.

El niño mexicano, desde el momento que es gestado hasta su adolescencia, sufre un sinnúmero de vicisitudes, en gran parte, leves pero en algunas ocasiones mortales.

CAUSAS DE LA MORTALIDAD POR EDADES

"Mortalidad fetal tardía (entre la 28ª Semana y a término)

Se observa que la principal causa es la inmadurez que se relaciona con un parto prematuro causado por patología maternal mal controlada o no detectada oportunamente, y desnutrición fetal por condiciones nutricionales negativas de la madre, y falta de control prenatal, teniendo como consecuencia diabetes, preeclampsia, insuficiencia placentaria, etc."

Mortalidad hebdomada (0-6 días)

"Existen dos grupos de causas de muerte en este periodo aquellas relacionadas con problemas congénitos que pudieron o no interferir en el desarrollo intrauterino del producto que alcanza a nacer pero que, al enfrentar la vida de forma independiente, las lesiones anatómicas y fisiológicas no le permiten mantener un equilibrio con el medio externo a pesar de la intervención médica y muere; además se encuentran la desnutrición e inmadurez fetal, producto de un aporte calórico y protéico insuficiente de la madre; asimismo pueden estar relacionadas con esta última causa, problemas de tabaquismo y uso de drogas, todos ellos viviendo en un estado socio-económico y cultural bajo" (3)

Por otro lado, aquellas causas vinculadas con los problemas del proceso de atención del parto, donde el personal de salud resulta crucial, por ejemplo en la oxigenación oportuna y apropiada derivado de una complicación obstétrica como pueden ser las distocias uterinas y las circulares de cordón. Pues deben contar con conocimientos apropiados para alguna emergencia.

Mortalidad neonatal (7-21 días)

"Las causas de muerte por problemas infecciosos resultan ser de primer orden; así las de tipo intestinal, las respiratorias que provocan problemas de insuficiencia ventilatoria y las denominadas del período perinatal, conforman el grueso de los riesgos de muerte. En general, estas afecciones se presentan como producto de la exposición a factores del entorno inmediato como son las condiciones higiénicas de la vivienda que se combinan con la educación en salud de la madre. El tipo y preparación de los alimentos, el aseo del RN, la ventilación y las características físicas de la vivienda, son variantes que contribuyen globalmente en el estado de salud de sus habitantes más vulnerables. También hay que notar que los traumatismos ya empiezan a hacer estragos en esta edad." (4)

3. Martínez Martínez Roberto, *La Salud del niño y del adolescente*, Ed. Ciencia y cultura Latinoamericana, México 1998 p.5

4. Martínez Martínez Roberto Op. Cit. p.6

Mortalidad post-neonatal. (1-11 meses)

“Los factores socioeconómicos y culturales tienen un papel trascendente en la mortalidad durante el periodo post-neonatal, ya que la vida del niño no transcurre fundamentalmente dentro de la vivienda. Las características físicas de ella impactan el desarrollo del niño y lo exponen a riesgos que se conjugan con la cultura de la madre sobre cómo alimentar, asear, estimular y abrigar a su hijo, así como la forma de enfrentar las enfermedades que presenta el niño y cuáles son los pasos que ella debe iniciar y a partir de cuándo es necesaria la intervención del personal de salud. Por otra parte, los traumas y violencias siguen en ascenso.” (5)

Mortalidad preescolar (1-4 años)

“Durante esta etapa, el niño empieza a caminar y tiene una interacción mayor con los miembros de su familia y el vecindario, debido a las destrezas psicomotoras y cognoscitivas que adquiere rápidamente.

En general en esta etapa los niños sufren accidentes, como son caídas y golpes, además de comer y beber cuanto encuentran. Si su ambiente es seguro, lo más probable es que sufra percances que no tengan mayor relevancia; en cambio si es inseguro y no hay quien cuide de él eficientemente esta actividad normal puede tener riesgos mayores que terminen en la muerte.

Los problemas nutricionales que directamente matan a los niños forman parte del cuadro epidemiológico, ello sin contar las muertes por infecciones que se presentan de preferencia en niños desnutridos, por lo que podría inferirse que las muertes por infecciones intestinales y neumonías son las dos primeras causas de muerte en este grupo” (6)

Mortalidad de los 5 a 9 años.

Las tasas de mortalidad son las más bajas de todo el ciclo vital humano; otra es que los tumores malignos del tejido linfático y órganos hemotopoyéticos son la cuarta causa de muerte. Las infecciones de vías respiratorias y las intestinales persisten. La violencia es, una agresión deliberada que busca causar una tensión en un tercero, cobra sus primeras víctimas en niños. (7)

La mortalidad de los 10-14 años.

Según el medio social niños y adolescentes se ven envueltos en circunstancias que tienen un componente violento importante, quizá relacionado con la pobreza en las áreas periféricas de las grandes urbes. De la misma forma, todas las causas externas muestran elevaciones dramáticas como el ahogamiento, el rubro de otros accidentes y el de accidentes de tráfico. Probablemente las condiciones de inseguridad, la exigencia social de comportamientos diferenciales por sexo, contribuyan en el desarrollo de actividades de mayor riesgo, propiciando la elevación del número de muertes por estos rubros. (8)

5. Martínez Martínez Roberto, *La Salud del niño y adolescente*, Ed. Ciencia y cultura latinoamericana, México 1998, p.8

6. Martínez Martínez Roberto, *Op. cit.*, p.8

7. *Ibid.*

8. *Ibid.*

PROTECCIÓN MÉDICA DEL NIÑO MEXICANO.

La protección médica del niño mexicano desde 1910, en que había un promedio de 5,908 habitantes por médico, hasta 1984 con 1,219 ha sin duda mejorado.

La distribución de estos recursos no es, sin embargo, homogénea, ya que se centra en las áreas urbanas gran parte de ellos, según se desprende de los datos de porcentaje de certificación médica de las defunciones en áreas rurales y urbanas.

Otra muestra de esta mala distribución es lo que ocurre en los estados de la República, donde en 1970 en Distrito Federal contaba con 474 habitantes por médico, por un lado, y en el otro extremo Chiapas, con 4,601 habitantes por médico.

PROTECCIÓN SOCIAL AL NIÑO MEXICANO.

“ Desde la Revolución se comenzó a proteger legalmente al niño desde el momento mismo de su nacimiento se establece la protección al menor en caso de invalidez o muerte del padre o la madre económicamente activos. En estos casos se les lleva a una institución donde se les proporciona alimentación y educación.

La ley federal del trabajo prohíbe trabajar al menor de 16 años que no haya terminado la educación obligatoria; y protege al lactante, al hacer disfrutar a su madre de 42 días de descanso de puerperio para atender a su hijo.

Desde el punto de vista de la seguridad social, en 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, que protege al asegurado contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y maternidad, invalidez, vejez y muerte y cesantía involuntaria en edad avanzada, extendida a los hijos menores de 16 años.

En 1956 se crea la Ley, que incrementa la educación al derechohabiente y la inversión en viviendas y el desarrollo de las viviendas. En 1973 se reforma de nuevo la Ley; se incrementa la creación de guarderías para la madre trabajadora, desde el término del puerperio (43 días) hasta los 4 años, en que se inicia la educación preescolar.

Este régimen expresado a través de diferentes instituciones, como el Instituto Mexicano de Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos etc., presta a la vez servicios de atención médica y económica, y se está ampliando cada vez más con programas a población no amparada.” (9)

Ver anexo No. 1 causas de morbilidad y mortalidad infantil en Méxicó en 1999.

9. Martínez Martínez Roberto, La salud del niño y del adolescente, Ed. Ciencia y cultura latinoamericana S. A de C. V. p. 5-20
Confederación Nacional de Pediatría de México A. C.
Federación de Pediatría Centro- Occidente de México
México 1998

2.2 PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.2.1 Problemas infecciosos.

Enfermedades del Sistema Respiratorio:

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

Lo que es realmente importante son las variaciones estacionales en la frecuencia de infecciones 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 comienzo de la primavera. Los síntomas relacionados con el asma se registran más frecuentemente en primavera, verano y comienzo del otoño, mientras que los síntomas debidos al polvo y moho de la casa pueden ser más comunes cuando los niños están en casa durante los meses de tiempo de frío.

Infecciones de Vías Respiratorias Superiores.

Las vías respiratorias superiores incluyen la nariz, senos paranasales, faringe y la parte superior de la laringe, situada por encima del nivel de las cuerdas vocales verdaderas. Están relacionadas con la ventilación y el habla. La cavidad nasal y los senos están recubiertos por epitelio respiratorio, que es continuo con la piel en la parte anterior de los orificios nasales, y con el epitelio escamoso de la faringe en la parte posterior.

-Rinitis aguda:

"La rinitis infecciosa aguda (coriza) es casi siempre el resultado de infección viral, es una de las infecciones más comunes del ser humano. Es causada por diferentes virus, de manera común rinovirus, virus de la influenza, mixovirus, paramixovirus y adenovirus. La inflamación aguda de la mucosa nasal se acompaña por aumento de la secreción del moco. El exudado nasal acuoso puede ser acompañado por faringitis, a causa de afectación de la faringe, fiebre y dolores musculares.

-Rinitis alérgica:

La hipersensibilidad tipo I (atopia) también es una causa común de rinitis aguda (fiebre de heno) Los pacientes susceptibles son afectados por diversos alérgenos, de modo más común polenes y polvo." (10)

-Faringoamigdalitis aguda:

“Más del 90% de los casos de faringoamigdalitis son resultado de infecciones virales; el virus de la influenza, parainfluenza, paramixovirus, adenovirus y enterovirus.

La infección bacteriana, más comúnmente con *Streptococcus pyogenes*, es causante de menos del 10% de los casos. El tratamiento temprano es importante, puesto que disminuye el riesgo de glomérulo nefritis y fiebre reumática aguda, que se producen como complicaciones de la faringoamigdalitis causada por estreptococos.” (11)

-Sinusitis paranasal:

“La inflamación de los senos maxilares superiores, etmoides y frontales, es una complicación común de la rinitis aguda, y se produce como resultado de la obstrucción de las aberturas nasales de estos senos por edema inflamatorio nasal. Puede producirse inflamación supurativa crónica. *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* son los microorganismos que se encuentran de modo más común en la sinusitis supurativa crónica.” (12)

-Laringitis aguda:

La laringitis aguda se presenta con frecuencia junto a las infecciones virales y bacterianas de las vías respiratorias superiores, causando dolor y ronquera. Suelen resolverse por sí sola.

Infecciones de Vías Respiratorias Inferiores.

En este grupo están comprendidas las patologías que afectan la laringe, traquea y principalmente el árbol bronquial. Están comprendidas las anomalías congénitas hasta los procesos infecciosos.

-Neumonía

“La neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar que depende de gérmenes patógenos. Se clasifica en función del agente que la causa; puede ser bacteriana o atípica. Si la enfermedad ataca una parte importante de 1 o más lóbulos, se conoce como neumonía lobar. El término bronconeumonía denota que el proceso neumónico se distribuye en áreas irregulares después de haber nacido en una o más zonas localizadas dentro de los bronquios, y que se extiende al parénquima pulmonar vecino.” (13)

-Tuberculosis pulmonar:

“Es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al parénquima del pulmón. También puede ser transmitida por otras partes del cuerpo incluyendo meninges, riñones, huesos y los nodos linfáticos. El *Mycobacterium tuberculosis* es un bastoncillo aeróbico que se desarrolla lentamente y es sensible al calor y la luz ultravioleta. La tuberculosis es un problema de salud pública en todo el mundo. Las tasas de mortalidad y morbilidad siguen incrementándose y está estrechamente relacionada con la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento, la vivienda inadecuada y una deficiente atención de la salud.” (14)

11. Parakrama Chandrasoma, *Patología General*, Ed. el manual moderno México DF 1997

12. Parakrama Chandrasoma, *Op. Cit.*, p.203.

13. *Ibid.*

14. *Ibid.*

-Otitis.

Es una inflamación del conducto auditivo, pero debe especificarse según se encuentre la infección.

Otitis externa:

Originada en ocasiones por traumatismos, acumulación de cerumen o infecciones piógenas. Manifestada por ardor del conducto auditivo y sordera. El tratamiento es sencillo, basta con solo extraer el cuerpo extraño, o realizar un lavado para retirar el cerumen.

Otitis media:

En esta inflamación del conducto auditivo es ocasionada por algún agente infeccioso como neumococos, escherichia coli, klebsiela, provocando inquietud durante el sueño, irritabilidad, dolor, vértigo, cefalea, fiebre. Esta es una causa común de pérdida moderada del oído en niños de 6 meses hasta 7 años, generalmente el niño refiere sensación de burbuja de agua en el oído. Al momento de la exploración del conducto auditivo el tímpano muestra pérdida de su translucidez, y cambio de color gris perla a azulado, el tratamiento es por medio de antihistamínicos y antibióticos. (15)

Enfermedades del Sistema Digestivo.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias del tubo digestivo son entidades clínicas que ocupan uno de los primeros lugares dentro de los índices de morbilidad infantil. Por desgracia este tipo de padecimientos endémicos tiene una estrecha relación con el desarrollo de nuestro país. El mecanismo fundamental para la producción de enfermedades gastrointestinales radica en la clase baja debido a las condiciones de salubridad en que viven.

-Vómito:

Este suele estar precedido por náuseas, puede ser síntoma de un proceso infeccioso, o una reacción a fármacos. El vómito es la expulsión obligada del contenido del tubo digestivo superior (estómago) El estímulo más fuerte para el vómito lo constituyen la irritación y la distensión del estómago. Otro estímulo lo constituye el observar algo desagradable, ciertos fármacos como la morfina. Se transmiten impulsos nerviosos hacia el centro del vómito en el bulbo raquídeo y regresan los impulsos hacia el aparato gastrointestinal, el diafragma y los músculos abdominales que obligan al acto de vomitar. (16)

-Diarrea:

Es la evacuación intestinal frecuente líquida y abundante. Desde un punto de vista funcional se define como la presencia de evacuaciones líquidas, pastosas en cantidades superiores a 200 gr, en 24 horas.

La diarrea puede ser provocada por medicamentos, alimentos, trastornos metabólicos, procesos infecciosos virales o bacterianos, trastornos nutricionales o de mala absorción.

Tiene como síntomas dolor de cabeza, dolor estomacal, evacuaciones frecuentes, debilidad, náuseas y en ocasiones vómito. El tratamiento es recuperar el equilibrio hidroelectrolítico, bajo consumo de azúcar, sin eliminar la ingesta de alimentos. (17)

-Fiebre Tifoidea:

Enfermedad producida por la infección de *Salmonella Typhi*, es una bacteria gram negativo, resistente a bajas temperaturas y permanece viable durante varias semanas en el agua de pozos; es destruida por el calentamiento a 60 grados centígrados durante 20 minutos. Esta bacteria se presenta en los alimentos y debe primero vencer la barrera que supone el jugo gástrico; cuando se incuban las bacterias no son viables después de 30 minutos, parte de la acidez es neutralizada por los alimentos y la acción protectora disminuye; por otra parte la administración simultánea de agentes alcalinizantes con las bacterias resulta en disminución de la dosis inoculante y aumenta la frecuencia de coprocultivos positivos. Después de penetrar a la mucosa intestinal invade la sangre y conduce a una infección generalizada con manifestaciones clínicas de fiebre, malestar general, lesiones ulcerativas, astenia, anorexia, cefalea, náuseas, vómito, y balance nitrogenado negativo que afecta seriamente al estado nutricional. (18)

-Amibiasis

Esta infección es originada por la *Entamoeba Histolytica*. Tras la ingestión, los quistes pasan a través del estómago, donde la exposición al ácido gástrico estimula la liberación de los trofozoitos patógenos en el duodeno. El trofozoito se divide y produce una extensa necrosis local en el intestino grueso. El fundamento de esta destrucción no se ha explicado completamente, aunque se atribuye a la producción de citotóxica. Tras la infección el paciente puede convertirse en portador, o contraer amibiasis intestinal desarrollando síntomas clínicos relacionados con la destrucción tisular localizada en el intestino grueso. Los síntomas son los siguientes: evacuaciones con moco y sangre fresca, fiebre, apendicitis aguda, distensión abdominal, dolor abdominal. (19)

-Peritonitis

Es un término que indica inflamación del peritoneo o membrana serosa que recubre la cavidad abdominal y las vísceras. El cual puede ser causada por acción de cualquier agente irritante, así la peritonitis aséptica ocurre después de un traumatismo abdominal cerrado, por la acción de antisépticos químicos y también puede ser consecuencia de lesiones externas o puede ser el resultado de una contaminación bacteriana en cantidades suficientes para que exista un estado de infección que no puede ser controlada por los mecanismos de defensa.

17. Villalobos Pérez, José de Jesús, *Gastroenterología*, Tomo y II, Méndez editores, México 1993, pp.2180.

18. Villalobos Pérez, José de Jesús, *Op. Cit.*, p.1045.

19. *Ibid.*

Las bacterias más comunes que producen este padecimiento son: *Escherichia Coli*, *Klebsiela*, *Pseudo monas*. Los síntomas característicos que se presentan son: fiebre, dolor abdominal, escalofríos, ictericia, náuseas, alteración del tránsito intestinal y dolor. (20)

- Caries dental.

La caries o picadura de dientes entraña una desmineralización gradual (reblandecimiento) del esmalte y la dentina. Si no se trata, diversos microorganismos pueden invadir la pulpa, causando inflamación e infección. El proceso de la caries dental se inicia cuando las bacterias actúan sobre los azúcares, liberando ácidos que desmineralizan el esmalte. Los microbios que digieren azúcar y forman ácido láctico se encuentran por lo general en la cavidad bucal. Las masas de las células bacterianas, el dextran y otros que se adhieren a los dientes reciben el nombre de placa dentó bacteriana. La saliva por lo general no puede alcanzar la superficie del diente para amortiguar el ácido debido a que la placa cubre los dientes. El cepillado de los dientes inmediatamente después de comer retira la placa de la superficie plana antes de que las bacterias tengan la oportunidad de actuar. (21)

- Cólera.

Es sin duda la más temida de las enfermedades diarreicas en toda la historia de la humanidad. Es producida por *vibrio cholerae* 01 y más recientemente por el serogrupo 0139, el único serogrupo no-01 capaz de producir epidemias con el potencial pandémico, es un bacilo gramnegativo, curvo y flagelado; su movimiento es errático y veloz.

El signo característico de la cólera es la deshidratación isotónica que produce pérdida importante de electrolitos en la luz intestinal. Después de un periodo de incubación, que varía de pocas horas a días, los pacientes presentan diarrea líquida que en los casos más característicos toma un aspecto de agua de lavado de arroz. La deshidratación que se genera varía de leve a severa según la pérdida de líquido corporal. La deshidratación leve constituye un signo difícil de distinguir de otras enfermedades endémicas que producen diarrea, pero difícilmente otra enfermedad diarreica produce el dramático cuadro clínico que acompaña a la deshidratación severa.

Otros signos clínicos son, pérdida de la elasticidad de la piel, ojos hundidos y mucosas muy secas. En niños desnutridos la precisión de los signos que dependen de la elasticidad de la piel se pierde. El indicador más fidedigno del estado de hidratación es la intensidad del pulso; pacientes con deshidratación severa presentan un pulso filiforme muy difícil de palpar. La cólera en niños presenta algunas diferencias a los adultos como fiebre, compromiso del estado de conciencia, convulsiones, hipocalemia e hipoglucemia. (22)

20. Tortora Gerard, *Principios de Anatomía y Fisiología*, Ed. Harla, sexta edición, México 1993, pp. 961-962

21. *Ibid.*

22. González Saldaña Napoleón, *Infectología Pediátrica*, Ed. Trillas, México 1997, p. 224-231.

El tratamiento está encaminado a reponer las pérdidas de líquidos y electrolitos. El tratamiento tiene dos fases: la rehidratación y de mantenimiento, en la primera fase el objetivo es reponer rápidamente las pérdidas ocurridas, para luego pasar a la fase de mantenimiento en la que se responden las pérdidas que ocurren durante la terapia, a menudo utilizando sólo sales de rehidratación oral además dentro del tratamiento se utiliza antimicrobianos.

Enfermedades del Sistema Nervioso Central.

-Meningitis bacteriana.

Es una enfermedad del sistema nervioso central que puede ser causada por múltiples agentes bacterianos. Se debe fundamentalmente a una diseminación hematógena, aunque puede ser secundaria a un foco infeccioso contiguo como ocurre en la otitis mastoideitis, la sinusitis y el absceso cerebral. También suele ocurrir por invasión directa, como en el caso de fracturas de cráneo, en niños habitualmente se adquiere por bacterias que colonizan la sub. Mucosa de la nasofaringe, las cuales posteriormente se adhieren a las células e invaden el epitelio ciliar, estimulando una respuesta inflamatoria local. En algunos casos, los gérmenes penetran al torrente circulatorio y producen una bacteremia. Durante este periodo las bacterias se siguen multiplicando e invaden prácticamente todos los compartimientos serosos del organismo. Una vez que las bacterias alcanzan la cifra de alrededor de 10^6 / ml en sangre, penetran en el sistema nervioso central a través de los plexos coroides para dirigirse hacia los ventrículos laterales, en donde se depuran, en parte, por las vellosidades subaracnoideas y el drenaje linfático, y son fagocitadas por los macrófagos intrínsecos del sistema nervioso central; La infección avanza hacia la duramadre, las vellosidades aracnoideas, la corteza cerebral y la cisterna basal, en donde constituye una verdadera leptomeningitis con invasión de los vasos de la pia, provocando trombosis venosa cerebrocortical, arteriolitis y peri flebitis. Des esta manera el flujo cerebral-cortical disminuye, con la consecuente producción de hipoxia, oxidación de la glucosa a través de la glucólisis, acumulo de ácido láctico y disminución de la glucosa en el líquido cefalorraquídeo, hecho que contribuye a algunas de las alteraciones neurológicas.

En el cuadro clínico se presenta fiebre, seguido de datos encefálicos como irritabilidad, inclusive cefalea, vómito, alteración variable del estado de conciencia, somnolencia, estado de coma profundo, crisis convulsivas, y síndrome meníngeo (rigidez de nuca, Kernig, Brudzinski cefálico y contralateral) puede existir, además hipertonía, hiperreflexia osteotendinosa, datos de síndrome de hipertensión intra craneana y lesión cerebral focal manifestada por parálisis. (23)

La duración del tratamiento es de 21 días aproximadamente; no obstante, esto va a depender de la evolución clínica del paciente, del germen, de la presencia o no de complicaciones como ventriculitis y del tiempo en la esterilización del LCR.

-Meningitis viral

Los agentes etiológicos de las meningoencefalitis virales se relacionan con la edad. En el recién nacido predominan los virus de la rubéola, cotimegalovirus, herpes enterovirus. Estos agentes además del virus *Epstein Barr*, se observan en el lactante, preescolares y escolares.

Después de la invasión del virus en el organismo, el curso habitual de dicho germen es la multiplicación local en los ganglios linfáticos regionales, hasta que alcanzan un número suficiente invaden el torrente sanguíneo, lo cual ocasiona siembras en las células susceptibles, y de ahí pasa nuevamente a la circulación para llegar al SNC, el periodo entre la infección inicial y la infección al SNC es de días o semanas. Microscópicamente se observan datos de inflamación inespecíficos, con pequeñas hemorragias, mientras que microscópicamente existe infiltración peri vascular e infiltración meníngea, sobre todo linfocitos. Hay destrucción neuronal y luego neurofagocitosis. En las encefalitis crónicas se observa la imagen de una enfermedad degenerativa del SNC. Sus manifestaciones clínicas inician con una infección de vías aéreas superiores y digestivas, fiebre irregular, cefalea, vómito, irritabilidad seguida de confusión mental, alteraciones de la conducta, convulsiones y coma. En la exploración física se puede encontrar fontanela abombada, signos meníngeos (Kerning, Brudzinski y rigidez en la nuca), hipertonia, hiperreflexia, o hipotonia. Con menos frecuencia se presenta parálisis de los pares craneales, en especial III, VI y VII, o datos de focalización. (24)

Enfermedades del Sistema Excretor

-Infección de vías urinarias.

Se define como la presencia de microorganismos, generalmente bacteriana, y su consiguiente reproducción en riñón y o vías urinarias. Independientemente de la edad, los microorganismos del genero *Enterobacteriaceae* son los patógenos que con más frecuencia causan infección urinaria, y de estos *E. Coli* se obtiene en aproximadamente 60 a 90% de los pacientes; en menor frecuencia le siguen *Klebsiella sp* y *Proteus*.

Cuando existe antecedente de sondeo, instrumentación, empleo indiscriminado de antibióticos de amplio espectro, uso de esteroides, aplicación de inmunosupresores, o bien en pacientes debilitados, aparecen con cierta frecuencia *Enterobacter*, *Pseudomona aeruginosa*, *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus* y *Candida albicans*.

La enfermedad puede presentarse a cualquier edad aunque su incidencia es mayor en la lactancia, durante la etapa sexual activa de la mujer y durante el embarazo. En general se puede decir que la infección de vías urinarias sintomática es menor en frecuencia que la asintomática, en cuanto al sexo solo en la etapa neonatal y en la vejez es mayor en los hombres; en cualquier otra edad la frecuencia es mayor en mujeres.

La bacteriuria significa presencia de bacterias en la orina, El requisito de 100 000 microorganismos o más por mililitros de orina para considerar bacteriuria, es muy útil cuando se realiza el método aséptico para obtención de muestra. Las bacterias contaminantes pueden exceder las 10 000 por mililitro de orina. La flora bacteriana que se aprecia en individuos con bacteriuria asintomática no difiere de la observada en pacientes con infección urinaria, clínicamente patente. El estudio de bacteriuria permite disponer de un análisis de laboratorio útil para estudiar grupos de población y clínicos, así como de un medio con el cual finalmente se podrá diagnosticar, tratar o prevenir neuropatía.

La infección sintomática tiene diversas manifestaciones de acuerdo con el grupo de edad, el tiempo de la evolución y la localización.

En el recién nacido son: distermia, rechazo al alimento, irritabilidad, letargia, ictericia y vómito, a la exploración física se observa: crecimiento hepático, tumoración abdominal.

En los lactantes sus signos son: fiebre, hiporexia, irritabilidad, letargia, vómito, diarrea, detención de crecimiento y desarrollo, palidez o cianosis, ictericia, cambios en calibre y fuerza del chorro urinario, goteo urinario; a la exploración física se observa edema palpebral y dolor o tumoración abdominal.

En los preescolares y escolares sus signos son: disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, enuresis secundaria, dolor lumbar, dolor abdominal o de flancos, náusea, vómito, fiebre y escalofrío.

En los adolescentes la infección urinaria con complicación renal puede ser aguda o crónica, y las manifestaciones dependerán de la situación. Algunas de ellas son: fiebre, escalofríos, náuseas, vómito, dolor lumbar, poliuria, disuria, poliuria y nicturia.

El tratamiento consiste en: abundantes líquidos, antimicrobianos, acidificación de la orina, reposo en cama, buena higiene de genitales y hospitalización en casos graves. (25)

ENFERMEDADES EXANTEMATICAS

-Sarampión (Rubéola)

- Es una enfermedad muy contagiosa; su frecuencia máxima es entre los 2 y 14 años. El periodo de incubación es de 8 a 14 días, gran parte de los casos ocurren después de la exposición. El primer signo suele ser fiebre que persiste durante el periodo prodrómico, varía de 38.3 a 40 grados, tiende a ser más alta justo antes de la aparición del exantema y puede disminuir una vez que brota. Durante el pródromo son comunes las faringitis, el exudado nasal, y tos seca.

Hacia el final del pródromo se presenta conjuntivitis no purulenta acompañada de fotofobia. Puede haber linfadenopatía de ganglios linfáticos cervicales posteriores. El virus causal se transmite con facilidad a través de las secreciones nasales y faríngeas durante el periodo prodromico, que dura de 3 a 5 días.

Las manchas de Koplik son puntos de color blanco finos en una base eritematosa pálida, que aparecen primero en la mucosa bucal opuesta hacia los molares, y hacia el tercero y cuarto día del pródromo pueden diseminarse a la totalidad del interior de la boca. Suele desaparecer a medida que se establece bien el exantema.

El exantema aparece al quinto día de la enfermedad. El eritema macular, de color rosa, manchado, irregular, se oscurece con rapidez y se une de manera característica hacia placas rojas más grandes del tamaño y forma variable. El exantema se presenta primero en la cara y detrás de las orejas; a continuación se disemina hacia el tórax y el abdomen y, por último, a las extremidades. Dura de 4 a 7 días y puede acompañarse de prurito leve. A continuación puede haber descamación parda fina, en especial en la cara y en el tronco, que dura 2 a 3 días; después puede aparecer una pigmentación de color pardo claro. Dentro del tratamiento solo se requiere aislamiento durante cuatro días desde el inicio del exantema, reposo y antipiréticos." (26)

-Rubéola (sarampión alemán)

"Es una infección febril leve que ocurre con frecuencia en epidemia. El periodo de incubación es de 12 a 21 días. Cuando existe el pródromo sólo dura unos días y se caracteriza por ligera malestar, en ocasiones ganglios linfáticos posauriculares y occipitales sensibles, y ausencia de síntomas catarrales. El primer signo de la enfermedad puede ser el exantema y consiste en maculo pápulas eritematosas, pálidas, finas, discretas que aparecen primero en la cara y se diseminan con rapidez sobre el tronco y las extremidades, en donde pueden coalescer. El exantema suele desaparecer hacia el tercer día. La temperatura rara vez excede de 38.3 grados y suele durar menos de dos días.

Si la rubéola ocurre durante el primer mes de embarazo, hay un 50% de posibilidades de anomalías fetales. Hacia el tercer mes de la gestación, el peligro de anomalías disminuye a menos de 10%.

Dentro del tratamiento se requiere aislamiento por siete días después del inicio del exantema. (27)

-Varicela.

"Es una enfermedad aguda extremadamente contagiosa causada por el virus *varicela zoster*. Se disemina de una persona a otra por las gotitas de origen respiratorio, o contacto directo con vesículas recién infectadas. La varicela es contagiosa desde 1 a 2 días antes hasta 6 después de la aparición del exantema. El periodo de incubación es de 10 a 21 días. Con raras excepciones, es probable que la inmunidad a la varicela después del ataque dure toda la vida, aunque las personas con antecedentes de varicela puedan padecer posteriormente herpes zoster.

26.B. Merenstein Gerald, *Manual de Pediatría*, Ed. El Manual Moderno, México 1977, p. 280-281.

27.B. Merenstein Gerald, *Op. Cit.* p. 282-283.

Por lo general, el primer signo es un exantema. Las lesiones tienden a aparecer en grupos (2 a 4 grupos en 2 a 6 días), y pueden observarse todas las etapas y tamaños al mismo tiempo y en la misma área. Las lesiones ocurren primero en cuero cabelludo y mucosas, y a continuación en todo el cuerpo. Son numerosas en tórax, espalda y hombros. Las etapas sucesivas incluyen máculas, pápulas, vesículas sobre bases eritematosas y pústulas o costras. (28)

-Paperas (parotiditis)

- Es una enfermedad viral aguda que suele afectar las glándulas salivales, principalmente las parótidas (casi el 60% de los casos), y con frecuencia el sistema nervioso central. Las paperas se diseminan de modo directo de persona a persona y por contacto por vía respiratoria. Es contagiosa desde dos días antes de la aparición de los síntomas hasta la desaparición de la tumefacción de las glándulas salivales. El periodo de incubación suele ser de 12 a 14 días.

La afección de las glándulas salivales puede ir precedida de un pródromo de 1 o 2 días, caracterizado por fiebre, malestar y dolor en el oído o detrás de él al ir masticar o deglutir. Es común que haya tumefacción sensible y edema duro de la glándula parótida. El dolor se refiere al oído y se agrava al masticar, o al abrir la boca, la hipersensibilidad persiste de 1 a 3 días y la tumefacción de 7 a 10 días. La piel que recubre la glándula es normal. Las aberturas del conducto de la glándula afectada y, en especial, la papila del conducto de Stensen (opuesto al segundo molar superior) puede ser pastosa y roja. Es posible que no haya fiebre o que exista una temperatura hasta de 40 grados, Asimismo, puede haber malestar, anorexia y cefalea.

Dentro del tratamiento incluye reposo en cama, aislamiento hasta que desaparezca la tumefacción salival, aplicaciones locales de calor o frío en áreas de la tumefacción de las glándulas salivales, analgésicos, enjuagues bucales, evitar alimentos y bebidas ácidas con sabores intensos." (29)

2.2.2 Problemas Crónico-degenerativos.

-Cáncer.

Grupo heterogéneo de padecimientos de etiología multifactorial, relacionados entre sí por la manera como se diseminan y por su conducta biológica que frecuentemente conducen a la muerte.

Consiste en la proliferación anormal de células transformadas que no responden apropiadamente a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento por lo que las barreras tisulares son penetradas, se pierden diversas funciones regulatorias (destrucción) y ocurren nuevas formaciones tumorales en sitios distantes del tumor primario (metástasis)

Características de la célula cancerosa:

- Es de muy larga supervivencia.
- Es más vigorosa que la célula normal: resiste anoxia y cianuro.
- Es capaz de originar hasta 12 células hijas.
- No sufre inhibición al contacto.
- Se transmite genéticamente.
- Produce enzimas específicas (colagenasa IV)

Etiología: multifactorial.

Agentes químicos: Hidrocarburos, asbestos, agentes alquilantes etc.

Agentes físicos: Radiación externa (luz ultravioleta y Rx.)

Agentes virales: Epstein Barr, HSV-2, Hepatitis B, Citomegalovirus, y Retrovirus.

Susceptibilidad genética:

- Autosómico dominante.
- Síndromes hereditarios con desarrollo potencial de tumores.
- Síndromes hereditarios con susceptibilidad aumentada.

Diseminación tumoral:

1-T. Benignos: No invaden ni producen metástasis, estructura típica del tejido de origen, están bien diferenciados, se rodean de una cápsula, crecen lentamente.

2-T. Invasores: Sin metástasis.

3-T. Metastásicos: Todo lo contrario de los benignos, además se identifica movilidad celular individual, aparición de células supresoras específicas.

Clasificación histopatológica:

Carcinomas: Neoplasias con diferenciación epitelial.

Sarcomas: Con diferenciación mesenquimatosa.

Adenocarcinomas: Las células tumorales se agrupan para formar glándulas o mucina.

Carcinoma epideroide: Producen queratina.

Determinación del estadio:

1. - Identificación de la enfermedad con los símbolos:
 - T- extensión del tumor primario.
 - N-condición de los ganglios linfáticos.
 - M-metástasis distantes.

2. - Asignación de números progresivos, usualmente de 1 al 4 para cada uno de los componentes T y N.
3. - Indicación de la presencia de metástasis por M, ó ausencia por Mo.
4. - Designación del grado histológico de diferenciación del tumor: G1 a 4 de manera progresiva y muy probablemente diferenciado. (30)

Principios generales de tratamiento:

- | | |
|-----------------|------------------------|
| -Quirúrgico | -Tratamiento hormonal. |
| -Radioterapia. | -Inmunoterapia. |
| -Quimioterapia. | |

DIABETES TIPO I

En este tipo de diabetes no se produce insulina porque las células beta del páncreas han sido destruidas por un proceso auto-inmune. Aparece hiperglucemia preprandial como resultado de la producción desenfrenada de glucosa por el hígado. Además, la glucosa derivada de los alimentos no se puede almacenar, sino que permanece en el torrente sanguíneo y contribuye a hiperglucemia posprandial.

Si la concentración de glucosa en la sangre es insuficientemente alta, los riñones no logran resorber toda la que se filtra, y entonces aparece glucosa en la orina (glucosuria) Cuando se excreta el exceso de glucosa por la orina, también hay pérdida excesiva de líquidos y electrolitos, o diuresis osmótica. Como resultado de la pérdida elevada de líquidos, el paciente experimenta mayor flujo urinario (poliuria) y sed excesiva (polidipsia)

La deficiencia de insulina también altera el metabolismo de proteínas y grasas, que conllevan a pérdida de peso. Como normalmente la insulina controla la glucogenólisis (descomposición de la glucosa almacenada) y la gluconeogénesis (producción de nueva glucosa a partir de aminoácidos y otros sustratos), en las personas con deficiencias de insulina, estos procesos no tienen control y contribuyen a incrementar la hiperglucemia. Además, hay degradación de las grasas, que ocasiona mayor producción de cuerpos cetónicos como resultado de la degradación de los lípidos. Los cuerpos cetónicos son ácidos que alteran el equilibrio ácido básico del cuerpo cuando se acumula en cantidades excesivas. La cetoacidosis diabética resultante produce signos y síntomas como dolor abdominal, náusea, vómito, hiperventilación, olor a fruta en la respiración y, sin tratamiento altera la conciencia, coma e incluso la muerte.

En la actualidad, se considera que hay una serie de factores genéticos e inmunológicos.

Factores genéticos: La diabetes tipo I no es de carácter hereditario por sí misma, sino que tiene predisposición genética o tendencia a desarrollarse. Esta tendencia genética corresponde a ciertos tipos de antígeno leucocitario humano, que es el agrupamiento de genes que provocan el trasplante de antígenos y otros procesos de inmunidad.

Factores inmunológicos: En la diabetes tipo I hay una respuesta auto-inmunitaria notoria pero anormal, en la cual los anticuerpos atacan a los tejidos normales del cuerpo, como si fueran extraños. Los auto-anticuerpos contra las células de los islotes y contra la insulina endógena (interna) se descubren al momento del diagnóstico. El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es normalizar la actividad de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías, el tratamiento a seguir es: dieta, ejercicio, enseñanza y administración de insulina. (3)

2.2.3 ACCIDENTES.

Los accidentes ocupan el primer lugar como causa de muertes infantiles entre los 12 meses y los 20 años, se pueden evitar siempre, cada día gran número de niños y adolescentes mueren, enferman de gravedad o quedan privados de sus facultades, víctimas de accidentes.

Toca a los padres tomar las precauciones necesarias, hacer conscientes a sus hijos de la existencia de peligros; El fuego, el gas, y los vehículos en movimiento. Los niños deben de comprender para cuando los padres no estén presentes obedezcan evitando así comprometer su vida.

Los accidentes todos tienen en común la negligencia y el descuido. Los niños pequeños son más propensos a tener accidentes dentro de la casa, puesto que ahí están la mayor parte del tiempo, los bebés y los lactantes sufren accidentes por indefensos; los preescolares y escolares por curiosos y activos; los adolescentes por imprudencia y rebeldía.

ACCIDENTES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.

El niño está totalmente indefenso por que no puede moverse por si mismo suele tener accidentes en su cuna. Se puede ahogar con su propio vómito, sino se le acuesta de la forma correcta después de comer sin vigilancia, puede asfixiarse con las almohadas o cobijas, muchos bebés han muerto cuando una veladora cae a su cuna y esta se incendia. Los bebés de meses se asfixian por objetos pequeños que introducen a la boca y por último pueden ahogarse en su tina de baño si se les deja por unos segundos solos.

ACCIDENTES DE LOS 13 MESES A LOS 5 AÑOS.

El niño empieza a desplazarse por si mismo, no cesa de moverse y es incapaz de medir el peligro, además sigue introduciéndose objetos a la boca, nariz y oído. También introducirá los dedos en los enchufes eléctricos y querrá meter la cabeza en las bolsas de plástico.

Conforme pasa el tiempo se debe explicar claramente a los niños que ciertas cosas no se deben tocar; Algo que sin duda causa mucho peligro, es cuando un adulto coloca cierta sustancia líquida en envases de refresco, y el pequeño la ingiere.

ACCIDENTES DE LOS 6 A LOS 16 AÑOS.

Entre los 6 y los 16 años los peligros a los que se enfrentan los niños son los de casa y ahora se les agrega los que pasan fuera de ella como en la escuela, también los accidentes viales pueden causar invalidez y muerte. En la etapa de la adolescencia los accidentes pueden aumentar por la imprudencia, la rebeldía y la depresión.

A continuación se presentaran los tres principales accidentes graves que sufren los niños y adolescentes, como son: las fracturas relacionadas a caídas, golpes y accidentes viales, las intoxicaciones y las quemaduras.

FRACTURAS

La fractura es una lesión traumática de un hueso caracterizada por la pérdida de la continuidad del tejido óseo.

TIPOS DE FRACTURA:

Fractura transversa: Situada en ángulo recto con el eje largo del hueso.

Fractura de tallo verde: Es cuando el ángulo del hueso rebasa los límites del encorvamiento. El lado comprimido se dobla mientras que el sometido a tensión no resiste, lo que produce una fractura incompleta, similar a la rotura observada cuando se rompe un tallo verde.

Fractura oblicua: Dispuesta de forma diagonal pero recta entre las direcciones horizontal y perpendicular.

Fractura cabalgada: Es cuando un fragmento de hueso se encaja sobre otro fragmento.

Fractura fisurada: Es la presencia de una interrupción del hueso pero no existe una separación total del hueso.

Fractura mixta: Es cuando existe salida del hueso, rasgando el tejido y en ocasiones la salida del nervio.

Fractura conminuta: Es cuando el hueso se divide en varios fragmentos.

Fractura con presión: Son fragmentos empujados hacia adentro como por ejemplo cara y huesos craneales.

Fractura de compresión: En el cual el hueso se colapsa sobre si mismo ejemplo: vértebras.

Etiología:

- a) **Violencia, (choques automovilísticos, agresiones físicas, y caídas)**
- b) **Esfuerzos, (por sobre peso como el levantar pesas)**
- c) **Por enfermedad (osteomalacia y enfermedad de paget)**

Quando existe una fractura los osteoblastos funcionan en su máxima capacidad por la creación de osteositos para que haya osificación de la fractura, en la cual existe un borde en la periferia de la fractura denominada cayo del hueso el cual es disminuido por la reacción de los osteoclastos que se encargan de desvanecer el cayo del hueso, para la producción del hueso se requiere calcio, fósforo, vitamina D, entre otros minerales el niño deja de crecer, debido a que se detiene la osteogénesis.

Sus manifestaciones clínicas son:

- Deformidad en la región.
- Impotencia funcional.
- Dolor intenso y localizado.
- Crepitación.
- Hemorragia interna o externa.
- Edema en parte o región afectada.

El tratamiento se lleva acabo de dos formas: Reducción y tracción.

-Reducción: Es la restitución de la continuidad de una región después de un desplazamiento como la reducción de una fractura ósea alineando los fragmentos fracturados. Cuando la reducción se realiza por manipulación externa se dice que la reducción es cerrada, si es necesario recurrir a una intervención quirúrgica se dice que la reducción es abierta.

-Tracción: Es un tratamiento no quirúrgico usado en niños con trastornos musculares y esqueléticos, en el cual se coloca una extremidad, hueso o grupo de músculos bajo tensión mediante un juego de pesas y poleas para realinear e inmovilizar fracturas, disminuir o anular espasmos musculares y prevenir las deformidades. Los objetivos de la tracción son:

- 1.-Fatigar los músculos participantes y reducir los espasmos musculares de modo que se pueden realinear los fragmentos óseos.
- 2.-Colocar los extremos óseos proximal y distal en la alineación deseada para la cicatrización satisfactoria del hueso.
- 3.-Inmovilizan el sitio de la fractura hasta que se haya logrado la alineación y que la cicatrización sea suficiente para aplicar el vendaje, yeso o férulas.
- 4.-Prevenir o tratar una deformidad.
- 5.-Para aliviar espasmos y el dolor muscular.

Los enyesados se aplican con frecuencia en forma subsecuente al tratamiento por tracción, con lo que se logra una forma de inmovilización externa. Los objetivos son:

- Asegurar la inmovilización y la posición anatómica deseada.
- Ejercer o corregir contracturas.
- Ejercer tracción para la reducción de una fractura. (32)

INTOXICACIONES

Las intoxicaciones pediátricas son causas de morbilidad y mortalidad, el 15% es ocasionado por medicamentos, y el resto por agentes químicos.

En la ingestión accidental de una sustancia extraña intervienen varios factores: agentes, huésped y ambiente. El agente etiológico intervienen al estar cerca y al alcance de los niños (con respecto a golosinas) Del huésped puede señalarse que es la curiosidad natural y la actividad propia del niño, que lo llevan a investigar el ambiente, lo cual aumenta el riesgo de contacto con el agente tóxico; sus necesidades fisiológicas lo llevan a comer o beber cierta sustancia. El ambiente físico social y emocional también desempeñan una función importante en la ingestión de tóxicos principalmente en la edad adolescente y adulta.

Antes del diagnóstico y tratamiento específico, es prioritario mantener estables las funciones vitales, establecer la vía respiratoria y corregir las complicaciones que ponen en peligro la vida del niño como las convulsiones, coma, edema cerebral, colapso circulatorio, desequilibrio hidroelectrico, insuficiencia cardiaca o respiratoria. Además es muy importante la historia clínica para así obtener datos del probable tóxico ingerido. Posterior a estos pasos se prosigue con el tratamiento específico.

DESCONTAMINACION EXTERNA: Es útil cuando la exposición al toxico fue a través de la piel por ejemplo: insecticidas, tetraetilico de plomo o cáusticos. Se quita la ropa y se lava con abundante agua y jabón, si la exposición fue ocular se irriga la zona con solución salina.

DESCONTAMINACION GASTROINTESTINAL: El lavado gástrico puede ser muy efectivo, seguido de la administración de carbón activado y un laxante salino. Hoy día ya no es muy recomendable provocar el vomito y menos cuando no se sabe con certeza el tipo tóxico.

DESCONTAMINACION POR ELIMINACIÓN DEL PRODUCTO TOXICO: Los medicamentos y agentes químicos con volumen de distribución bajo, incrementan en forma importante su eliminación con diuréticos o procedimientos dialíticos. La diuresis alcalina obtenida con furosemide y bicarbonato de calcio es útil para aumentar la excreción de medicamentos ácidos como el fenobarbital y los salicilatos. El objetivo es mantener el pH elevado de 7.5 (33)

QUEMADURAS

En la escala de intensidad de los traumatismos, las quemaduras del cuerpo ocupan un lugar muy alto desencadenando una serie de alteraciones sistémicas muy particulares. En todo trauma importante se desarrolla un estado de choque.

En las quemaduras, especialmente, la magnitud (en extensión y profundidad) de las lesiones, determinarán el grado de las alteraciones sistémicas en relación proporcional. El choque desencadenado por una quemadura está entre los considerados como homogéneo e hipovolémico, en el cual intervienen varios factores. El mecanismo promotor en estos casos es el secuestro y pérdida de líquido rico en proteínas y electrólitos, el cual se ha calculado corresponde al 3% del peso corporal del individuo por cada 10% de superficie corporal quemada. Dicha cantidad de líquido es extraída del volumen circulante.

La creencia generalizada, de que la mayor cantidad de líquido perdido es a través de la zona destruida de piel, ha sido rebatida y demostrada. Ahora se acepta que las mayores pérdidas son por redistribución orgánica y atrapamiento en líquido de edema. Todos los líquidos son extraídos del volumen circulante ocasionan disminución del volumen sanguíneo, alterando el retorno venoso y el gasto cardíaco produciendo hipotensión arterial, la cual en la mayoría de los casos se recompensa satisfactoriamente debido a la reacción simpático adrenal, y se manifiesta con la elevación de los corticosteroides circulantes que ocasionan vasoconstricción periférica. La acción directa de los corticosteroides se efectúa en el precapilar arteriolar, pero sobre todo en la vénula post-capilar, cuya fuerza de constricción es mayor y causa la apertura de cortocircuitos arteriovenosos, especialmente en el área quemada comprometiéndolo gradualmente la perfusión tisular de tejidos dañados los cuales en franca hipoxia pronto sé necrosan también.

La consecuente reacción inflamatoria al trauma, con su acompañante acción de liberación de histamina o serotonina, aumentan la permeabilidad capilar con la consecuente fuga de líquidos al espacio intersticial en el área quemada. Si la lesión es profunda, si se asocia con necrosis endotelial, la pérdida de líquidos es mayor. Una pérdida de líquidos al exterior, tan poco visible, pero de gran importancia, secundaria a la destrucción de la piel, es por evaporación, la cual se ha calculado de 3 a 5 litros por metro cuadrado de piel destruida en 24 horas. Con el líquido evaporado se pierde calor, el cual se ha calculado en 576 K/cal/litro en 24 horas en caso de quemaduras en niños.

Por acción directa del agente térmico, se destruyen células de las estructuras superficiales y eritrocitos circulantes en ese sitio, factor que agrava directamente el estado de choque, produciendo anemia brusca. Es innegable que la gran pérdida de líquidos es el factor más importante y la causa de las manifestaciones sistémicas más graves; el desequilibrio hidroelectrolítico con pérdidas importantes de Na y aumento de K circulante alteran la reserva alcalina, si no se controlan a su debido tiempo.

La anoxia tisular local y la hipoxia generalizada, junto con las alteraciones metabólicas sistémicas, provocan una excreción acelerada de nitrógeno e inician un estado catabólico del cual las grasas son las primeras reservas de que se dispone; todos esos cambios repercuten tardíamente sobre la función hepática.

Según la profundidad de la necrosis, las quemaduras se clasifican en lesiones de espesor parcial superficial (de primer grado), espesor parcial profunda (de segundo grado), y espesor completo (de tercer grado), la respuesta local de la quemadura depende de la profundidad de la destrucción hística.

En una quemadura de primer grado, la epidermis queda destruida o lesionada, además que no hay lesión en una parte de la dermis. La herida suele doler y tener aspecto rojizo y seco, semejante al del eritema o quemadura solar, o estar vesiculosa.

Las quemaduras de segundo grado, implican destrucción de la epidermis y capas superiores de la dermis, además de la lesión de las capas profundas de esta última. Hay dolor, enrojecimiento y exudado. El blanqueamiento del tejido quemado va seguido de llenado capilar y los folículos pilosos permanecen intactos.

Las quemaduras de tercer grado, implican destrucción total de la dermis y epidermis además de tejidos subyacentes, esto último en algunos casos. El color de la herida varía ampliamente del blanco al rojo, pardo o negro. La quemadura es indolora debido a la destrucción de las fibras nerviosas y tiene un aspecto correoso. Los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas están destruidas.

Extensión del área quemada:

Regla de los nueves: Es una forma de simplificar el cálculo del área corporal total afectada por una quemadura. Esta regla constituye una manera rápida de calcular la extensión de las quemaduras. El sistema se asigna porcentajes en múltiplos de nueve a las principales superficiales del cuerpo.

Método de Lund y Browder: Este método constituye una forma más precisa de estimar la extensión del área corporal quemada; reconoce que el porcentaje del área corporal quemada de varias partes anatómicas, especialmente la cabeza y las piernas, cambia con el crecimiento. Si se divide en cuerpo en áreas muy pequeñas y se proporciona un estimado de la proporción de ésta da cuenta de dichas partes. La valoración inicial se hace llegando al hospital y se revisa al segundo y tercer día porque en general la demarcación no es clara hasta ese momento.

El mejor tratamiento es la prevención. Las medidas incluyen evitar riesgos domésticos, detectores de humo, bajar la temperatura del agua durante el baño, evitar que los niños jueguen cerca de la estufa, y que no jueguen donde haya cables de corriente eléctrica. (34)

2.3 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.

2.3.1 Desarrollo de la personalidad.

La personalidad puede reflejar los rasgos del individuo, tanto los heredados como los aprendidos; por la otra, pueden ser el resultado de la resolución de los conflictos inconscientes y de las crisis del desarrollo. La Psicología humanística piensa que la vida es un proceso constante de esfuerzo por realizar nuestro potencial humano, de abrimos al mundo circundante y de encontrar placer de vivir.

Según Carl Rogers, todos los organismos nacen con ciertas capacidades o potencialidades. Maddi (1980) describe esas capacidades como una especie de molde genético, el cual se agregan la forma y la sustancia con el paso de los años, para el la meta de la vida sería realizar este molde genético, convertirse en aquello para lo cual uno tiene la capacidad intrínseca. Pero en el transcurso de la vida el hombre se forma una imagen de sí mismo, o auto-concepto. Del mismo modo que intentamos realizar nuestro potencial biológico, también tratamos de hacer lo mismo con los auto-conceptos, nuestro sentido consciente de quienes somos y de lo que queremos hacer.

De acuerdo con Rogers, el hombre se convertirá en una persona con funcionamiento pleno si se le cria con un aprecio positivo incondicional. Ello significa que se sienten estimados por los demás sin importar sus sentimientos, actitudes y conductas. El afecto, el respeto, la aceptación y el amor que les brindan son incondicionales.

El ser humano llega al mundo como un organismo biológico dotado de mecanismos congénitos de los que dependen múltiples aspectos del comportamiento. Dicho de otra manera, nacemos con necesidades como la de respirar oxígeno, ingerir líquidos y eliminar los desechos orgánicos, descansar y lograr la satisfacción sexual. En términos más amplios preferimos la comodidad a la incomodidad y el placer al dolor. Se sabe asimismo que desde los primeros días de vida, el hombre necesita contacto corporal como el que lo prodiga la madre, tiene una curiosidad innata y que desea explorar el medio ambiente tan pronto le es posible. Las observaciones anteriores quizá se cumplan en lugares comunes y, sin embargo, la conducta humana en las sociedades sencillas y en las complejas supone intentos de cubrir esas necesidades de múltiples modos.

Es obvio que desde el nacimiento las experiencias personales influyan en el individuo y lo modifican; hacen que sin cesar aprenda cosas en sus interacciones con el medio social y físico, que aprenda formas idóneas de satisfacer sus necesidades, de responder con confianza o desconfianza, con amor u odio, con actitudes de cooperación o competición a quienes lo rodean. Así aprende a disfrutar algunas experiencias y rechazar otras. Algunos aspectos de sí mismo los conoce con precisión y otros erróneamente. Se percata de algunos motivos e ignora otros. (35)

A continuación se expondrán las dos etapas evolutivas que se valoraron dentro del Internado Infantil Guadalupano a saber las etapas escolar y adolescente que abarca de los 6 a 12 años y los 13 a 19 años respectivamente.

ETAPA ESCOLAR.

Los niños a esa edad vuelven la espalda a los adultos y se unen a una sociedad de niños. Los padres, absorbidos por sus preocupaciones, en general están muy dispuestos a dejar que estos niños, con sus nuevas capacidades, sigan su propio camino, y esto es lo que ellos hacen, reuniéndose en grupos de la misma edad y del mismo sexo con compañeros de la escuela o con vecinos.

A esta edad los valores del grupo de pares son mucho más importantes para el niño que los que le transmiten los adultos. Más aún, los niños de edad escolar aprenden a ocultar sus pensamientos a los adultos. Dejan de pensar en voz alta y practican un disimulo y un engaño deliberado. Para fortalecer su reserva frente a los adultos, que a veces es hostil y otras indiferente, y para reforzar también la solidaridad del grupo, forman sociedades secretas. Tal vez una de estas sociedades no dure más que días o semanas, pero igualmente la sancionan juramentos y pactos que obligan por toda la vida.

Es a esta edad cuando comenzamos a tener recuerdos organizados y continuos, en lugar de los episódicos y aislados que teníamos durante los años de preescolares. Algunas de las lecciones fundamentales de nuestra vida las aprendemos siendo bebés, pero no podemos los hechos que nos las enseñaron. Podemos tener memoria fragmentaria de la primera infancia, pero su atmósfera especial se ha perdido. En cambio, nos resulta fácil evocar los años escolares, con los detalles apropiados: el modo que tratábamos de aflojar un diente con la lengua, la vacilación en el momento de romper el último ligamento que lo mantenía en su lugar, el diente colocado debajo de la almohada para recibir un regalo a cambio de él; los libros que leíamos; los chistes, las adivinanzas y canciones infantiles. Los padres de los niños mayores suelen rememorar los años preescolares de sus hijos, pero cuando son adultos evocan su propia niñez, sus recuerdos se refieren generalmente a los niños intermedios.

El mismo niño de esta edad se percata de las cualidades especiales de este período. Cuando se le pregunta cuál es la edad que prefieren, los niños preescolares y los adolescentes piensan en el futuro o en el pasado, mientras que el niño de edad escolar su período le parece el mejor. En ninguna otra edad se goza de tanta libertad y se tienen tan pocas responsabilidades.

El niño de esta edad pasa todo el tiempo que puede en compañía de sus padres, con quienes realiza un aprendizaje directo de las estructuras sociales, de los grupos, del liderazgo y el grupo de seguidores, de la justicia y la injusticia, las lealtades, los héroes y los ideales.

Pero el mismo tiempo que actúa como miembro de la sociedad de los niños, con sus propios roles, normas y costumbres, tienen ocasiones para asimilar los usos y normas de la sociedad adulta, a veces conscientemente. Los niños de esta edad están en todas partes.

Van por toda la ciudad con sus bicicletas, exploran bosques, campos, estanques, depósitos de materiales y obras en construcción, trepan cercados y hacen atajos por patios y callejones, juegan en las veredas y en las calles. Se congregan para presenciar toda clase de sucesos y espectáculos, se sientan en el borde de una plataforma durante un acto político y acuden a ver incendios y choques. Se sientan frente al televisor consumiendo innumerables bocadillos, juegan con la pelota, y a veces tienen ocupaciones solitarias, como la lectura o el ordenamiento de su colección de estampillas o de figuritas.

El niño de seis años conserva muchos rasgos infantiles, como la afición a las tonterías y la tolerancia o el deseo de los mismos. Probablemente sólo sea un miembro marginal de la pandilla, que imita sus usos con toda seriedad literal y cumple órdenes de los niños mayores, y hasta suele comentar con adultos sus actividades y secretos y todavía llora con facilidad. A los nueve años de muestras de afecto, es un miembro activo de la pandilla y un experto conocedor de normas, ha aprendido a soportar golpes y contrariedades, y si llora lo hace cuando no está presente la pandilla. A los doce años, con algunas excepciones y variaciones, ha adquirido un aire seguro y desenvuelto, es controlado y competente, se burla de todo lo que considera infantil, y se muestra enérgicamente independiente. Las niñas de doce años ya no son las criaturas de largas piernas que eran al comienzo de la etapa. Las fotografías grupales de séptimo grado muestran que las niñas suelen ser más altas que sus compañeros.

El niño escolar vive dentro de la sociedad adulta, pero no parece prestarle atención. Una de las características más notables de esta edad, en nuestra sociedad y en muchas otras, es que los niños tienen una subcultura propia, con sus tradiciones, sus juegos, sus valores, sus lealtades y sus normas. El niño preescolar toma su identidad de los padres. El niño de la edad escolar, está preparado para buscar una identidad y una existencia independiente. Así como ha crecido en estatura, es capaz de considerar de un modo más realista a sus padres, de percatarse de sus debilidades e imperfecciones, y ha comenzado a darse cuenta, de que tiene que encontrar la estabilidad en sí mismo.

La sociedad de los niños es un terreno de pruebas en el que el niño aprende a conducirse alejado de los adultos, pero también sus peligros. La declaración de independencia del niño no es solo apartarse de los adultos, es también un modo de volverse contra ellos. Pero como el niño no puede enfrentar solo a los adultos, depende del grupo que le da apoyo y seguridad. (36)

ETAPA ADOLESCENTE

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están bien definidos.

Eric Erikson (en su teoría de las etapas psicosociales, en 1959) ha sugerido que el periodo de la adolescencia es un periodo en el que el individuo lucha entre identidad y difusión o pérdida de identidad. El término identidad significa la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás. La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando la identidad desempeña un papel muy importante en el desarrollo. El problema para el adolescente que va creciendo es cómo conservar la continuidad de una persona que en un tiempo fue inmadura, asexual y no responsable, y que ahora es madura, sexual y responsable. La interrogante *Quién soy yo*, se convierte en una pregunta punzante ante el cambio tan rápido. La lucha por encontrarse a sí mismo puede revestirse una gran variedad de formas – la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel sexual, logro especiales, o la identificación con otros. Por otro lado, la rebelión en contra del grupo establecido, al igual que la conformidad, pueden ser una señal de la búsqueda de identidad. Una persona puede afianzar su identidad conformándose con las costumbres y valores que prevalecen, o en una forma negativa, por medio de la rebelión y delincuencia.

Los cambios físicos de la adolescencia son muy importantes por muchas razones. Primero, colocan al niño en una situación en que experimentan algo físico que antes no habían experimentando. El aumento repentino de estatura y de peso, y el inicio del desarrollo sexual y de los impulsos sexuales que lo acompañan, son cambios dramáticos que nunca han experimentado.

Una vez más, es precisamente en el momento en que se dan estos cambios físicos cuando se ven más claramente los ritmos de maduración entre varones y mujeres. El principio de la pubertad empieza por lo menos dos años antes en las niñas que en los niños.

Finalmente, algunos de estos cambios son importantes sencillamente porque son el criterio por el cual los demás perciben al sujeto, o el sujeto se percibe a sí mismo, como masculino o femenino. La preocupación por el propio atractivo físico evidentemente no se restringe a la adolescencia temprana. Sin embargo, solamente hasta entonces empieza a tener importancia la cuestión.

La depresión se puede presentar a cualquier edad, pero tiene diferentes manifestaciones conductuales según las diversas edades. Durante la adolescencia, la depresión con frecuencia se relaciona con los problemas que surgen ante la perspectiva de tener que separarse de los padres al independizarse. Una reacción muy frecuente de la depresión entre los adolescentes es la hostilidad y una conducta delincuente.

Una de las formas de delincuencia que están aumentando sensiblemente es la violencia juvenil. La violencia durante la adolescencia es un fenómeno aprendido. Aun cuando la frustración a causa de padres aparentemente indiferentes, o por un sistema político nada responsivo, pueden ser un antecedente para la violencia juvenil, la adquisición del mismo comportamiento sigue las mismas reglas de aprendizaje que la adquisición de cualquier otra forma de conducta. (37)

2.3.2. Síndrome del niño maltratado.

La frase en la antigüedad "los padres tenían derecho sobre la vida y muerte de sus hijos", hace un intento fallido por diferenciar la edad media de la moderna, siendo la única distinción la variedad de nombres y explicaciones que se da al mismo fenómeno, conocido hoy en día como *síndrome de Silverman*, *Síndrome de los niños malqueridos*, *Síndrome del niño mártir*, o *Síndrome del niño maltratado*, términos para referirse a la violación de los derechos del niño.

Se define como niño maltratado aquel en el que se ve perjudicada o amenazada por acción o por omisión de sus padres u otras personas responsables de su bienestar, su salud e integridad física, mental o emocional.

La violencia es un producto de sociedad, resultado de la expresión de comportamientos de seres humanamente alienados, utilizando ésta como medio para compensar el temor, la sensación de inseguridad, indefensión y minusvalía que se traduce en comportamientos de recelo y desconfianza. Este comportamiento se generaliza y caracteriza las relaciones familiares, lo que promueve una disfuncionalidad que desintegra a la familia, al sustituir al padre natural por el padrastro, en la mayoría de los casos, por lo que la madre ejerce la doble función de madre y padre, situación que se ve enmarcada con el su-empleo, muy bajos ingresos económicos, que a su vez son inadecuadamente distribuidos, lo que genera finalmente una situación de abandono hacia sus hijos y hacia sí misma.

En este sentido, el miedo e inseguridad que aísla y amordaza a los ciudadanos, que conforman los grupos familiares, es compensado fallidamente por las figuras de autoridad (padres mal tratantes) mediante la violencia, aplicada en contra de las figuras más inofensivas, los hijos, la cual los condiciona a no ver ni oír, a no intervenir ni delatar, y a no colaborar con la justicia, imponiéndose la ley del silencio. La violencia en el interior de la familia constituye una amenaza porque se difunde y generaliza hacia la sociedad, considerando que la familia es sin duda la unidad que sustenta y cohesiona a esta última. Pero puede convertirse en su disolvente cuando opera como una célula infecciosa que produce y distribuye violencia a todos los escenarios sociales. De esta manera, el idílico y paradisiaco hogar, sinónimo de protección y afecto, se ha venido convirtiendo para las sociedades violentas en escenario de riesgo, especialmente para niños y mujeres.

Cuando se vive en un clima cargado de agresiones, los ciudadanos tienden a insensibilizarse ante la violencia, a encerrarse dentro de los muros de su propio miedo y a vivirla en silencio como una fatalidad inevitable generando el síndrome de desesperanza aprendida, constituyendo esto el eslabón de una cadena donde los integrantes de esta unidad generacional se unen por idénticas características, con antecedentes comunes: el maltrato o el encubrimiento; así, precedidos por esta impresión común, siguen atrapados en una compulsión a la repetición en el cual el adulto repite en activo lo que sufrió cuando niño.

El adulto maltratador es una figura que vive en un estado predominantemente depresivo, por la situación de constante fracaso y frustración a los que se siente pasivamente sometido, de esta manera se generan expectativas y exigencias respecto a la ejecución del niño muy por encima a sus posibilidades reales, lo que difiere de la imagen idealizada que se ha

hecho el padre con respecto a su hijo circunstancias que desencadenan acciones disciplinarias, que son más que severos castigos desproporcionados con la situación.

Finalmente, otro de los factores que explican, más no justifican, el maltrato infantil, además de la situación socio-económica, cultural y emocional de la familia, y las características de los adultos que rodean al niño, están las propias características del niño maltratado, que generalmente se combinan y clasifican dentro de un cuadro psicopatológico real, y ante la ignorancia de los padres, es manejado mediante severos castigos, por ser interpretadas como insoportables.

No hace falta que haya golpes físicos para que se consideren cuadros muy graves que afectan a la persona y produce enfermedades como: depresión y deseos de morir. El maltrato crónico disminuye la expectativa de vida de las personas. El maltrato en todas sus formas es un delito integral que afecta los bienes más preciados que posee un ser humano: su dignidad, sus derechos, y su salud.

Los hijos testigos de la violencia desarrollada por otros miembros de la familia sufren el mismo daño que los mismos maltratados, ser testigo es una forma de victimización y una de las categorías posibles del cuadro de maltrato infantil. Le negligencia y el descuido significan no darle los cuidados materiales o emocionales que requieren los niños.

La disciplina bien orientada no tiene por que transformarse en un castigo abusivo, ningún maltrato físico es aceptable. Las criaturas pueden ser educadas y criadas sin golpes, sin aterrorizarlas, sin dirigirse a ella con actitudes y palabras humillantes. Los niños que son tratados como si fueran malos, se convencen de lo que les dicen y terminan haciendo todo lo negativo que se espera de ellos. A veces, las criaturas solas y aisladas llaman la atención de esta forma, pues cuando las castigan es el único momento en que alguien se dedica a ellas.

Cuando los niños son maltratados tienden a proteger a sus maltratadores por miedo a la represalia pero también para no ser culpables de traerle problemas a su familia. Si llega a decir algo es frecuente que no relaten lo que sucede en toda su gravedad. (38)

El maltrato es la falta continua de atención, afecto y protección combinados con diferentes formas de castigo y humillación. Las características del niño que sufre abuso combinan la desprotección, la desesperanza, el aislamiento y la culpa. Son criaturas que pierden su infancia dejando una gravísima repercusión para el futuro a mediano y largo plazo. El trastorno del abuso, para el que sobrevive sin destruirse, se prolonga para el resto de la vida si no se rompe el secreto y se recibe la ayuda adecuada. Desafortunadamente son pocos los menores que deciden pedir ayuda. Por otro lado la gran mayoría prefiere guardar silencio y lo peor es que llegan a creer que el maltrato se lo merecen por ser malos, pues nunca se les ha manifestado amor y respeto que son los valores más importantes para todo ser humano durante todo su vida.

2.3.3 Trastornos psicológicos.

-Depresión.

Los niños que sufren de carencia emocional en relación con la separación pueden presentar una depresión (está se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito, y un trastorno de desarrollo general, después de 3 meses, la motricidad disminuye, sufre de insomnio y agotamiento irreversible)

Otros psicólogos admiten que la depresión es una reacción afectiva que puede compararse a la angustia y que la intensidad y la duración aumenta según la respuesta depresiva de cada niño. La depresión aparece en el momento del destete, es preciso que el niño se haya establecido como persona total y haya establecido relaciones con personas cercanas a él.

Rasgos depresivos:

- Niños que parecen tristes y deprimidos.
- Niños que muestran retraimiento, poco interés por las cosas.
- Niños descontentos.
- Niños que dan la impresión de sentirse rechazados.
- Niños con insomnio.
- Dificultades de contacto, angustia, inhibición, incertidumbre, agresividad y enuresis.

Los niños se describen como estúpidos, temen a fracasar o sufrir una acción injusta por parte de los demás, tienen un sentimiento profundamente arraigado de ser malos, con sentimientos de degradación. La sintomatología depende de la edad y del sexo.

Edad: En los lactantes y preescolares manifiestan su depresión por síntomas psicósomáticos como (enuresis, fatiga, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto, gritos y cefalea)

Sexo: Las niñas depresivas son tranquilas y inhibidas, en el caso de los niños se aíslan, hay inhibiciones de aprendizaje y agresividad. (39)

La familia puede influir en la conducta del niño, las tendencias de depresión de los padres, el rechazo, la hostilidad, la agresión hacia la familia puede influir a la depresión del menor.

-Ansiedad.

La ansiedad forma parte de la existencia humana y se caracteriza por un sentimiento de peligro inminente con actitud de espera. A lo largo de su desarrollo el niño vive un cierto número de modificaciones motoras y vegetativas, la angustia esta como prefigurada en el organismo, desde el nacimiento.

Las manifestaciones de la angustia en el niño se presentan cuando las necesidades no se satisfacen, el niño reacciona con un estado de inquietud expectante.

1.-Reacciones de angustia episódica, se trata de crisis de ansiedad de una duración variable en el curso de ciertos episodios quirúrgicos.

2.-Reacciones de angustia aguda, se trata de crisis que sobrevienen varias veces al día, o de vez en cuando crisis de pánico intenso durante las cuales el niño parece estar aterrorizado, sudoroso, tembloroso y se queja de trastornos cardíacos y respiratorios. Unos ejemplos se dan cuando fallece un familiar o un amigo, niños que viven en una atmósfera de inseguridad, o que sean educados de una manera rígida.

3.-Fondo de angustia crónica, es el estado de inquietud y de temor permanente con miedo a todo y con una fragilidad de todo peligro que pueda venir de su exterior o interior.

4.-Hipocondría, no es una enfermedad en sí, el niño se caracteriza por quejas de mal funcionamiento corporal o por una anticipación ansiosa de enfermedad futura, la búsqueda para obtener una aceptación y una aprobación mayor en la familia. (40)

-Fobias.

Están ligadas al temor injustificado y no razonable ante objetos, seres o situaciones del cual el sujeto no reconoce lo ilógico, pero le domina repentinamente el miedo. A continuación se darán algunas descripciones de lo que es la palabra fobia.

-Miedo de acción exterior por elementos insólitos (movimientos inesperados, modificaciones a la luz, deslumbramientos, oscuridad, caídas, ruidos raros)

-Miedo a elementos naturales (silencio, fuego y truenos entre otros)

-Miedo a los animales grandes o pequeños, (perros, animales salvajes, ratas, arañas, víboras)

-Miedo a personas irreales (fantasmas, duendes, brujas)

-Miedo a que una persona cerca pueda sufrir un accidente o la muerte.

Estos temores se modifican cuando el niño adquiere una aptitud más madura para comportarse en función de impresiones pasadas. Los lactantes se asustan por cualquier estímulo intenso y por la pérdida de apoyo entre los 5 y los 9 meses, manifiestan miedo de las personas, por las situaciones no familiares, entre los 2 y los 3 años predominan los miedos a los animales y la oscuridad. Durante los años escolares tiene lugar un incremento progresivo del miedo a los animales que muerden, cuando el niño crece y es capaz de asimilar el pasado y anticipar el futuro, los miedos van siendo formulados en términos de peligro lejano o imaginario. (41)

-Histeria

La histeria es una llamada sin grito, una demanda sin verbalizar, un holocausto sin sufrimiento aparente, pero en el que el sufrimiento del otro esta implicado de forma ambivalente.

La histeria no aparece antes de la edad de 4 años y es más frecuente a partir de los 9 a 10 años.

En la histeria intervienen factores sociales y culturales, como hijo de padres divorciados, hijo criado fuera de la familia o violencia intra-familiar.

Sus manifestaciones son trastornos motores, sensitivos, sensoriales y viscerales. (42)

-Trastornos de aprendizaje.

La ansiedad de la entrada a la escuela es de esperar en la mayoría de los niños. Pueden ser menores para aquellos que ya han experimentado tal separación al acudir a una escuela maternal o que ya han aprendido que esta separación es sólo temporal. Sin embargo, la escuela maternal no es un preventivo seguro contra el desarrollo de ansiedad y fobias escolares. La ansiedad puede aparecer abiertamente en forma de miedo amplio e irracional y en forma de fobias, o como rabietas, molestias corporales (dolor del vientre), pesadillas, enuresis, pérdida del apetito, y otros. Pueden producirse una transferencia en el aprendizaje escolar, como cuando el niño deja de aprender, o incluso intenta aprender.

Normalmente, los órganos de los sentidos están muy desarrollados en forma que la percepción es aguda, lo que facilita el aprendizaje escolar. En los casos en que existen problemas de aprendizaje, la valoración de la salud física y en especial en examen de la capacidad visual y auditiva es una responsabilidad primaria del médico. Cuando los profesores y padres se lamentan de la falta de atención de un niño, esto puede ser debido a que el niño no comprende lo que se enseña, existiendo en tal caso una base física, emocional o intelectual. Suele también existir preocupación acerca del crecimiento físico y de la nutrición, en particular sobre la obesidad.

El niño escolar se muestra satisfecho de sí mismo y de sus logros. Es competitivo y adquiere auto-confianza con cada éxito en el juego con sus compañeros y en el rendimiento escolar. Al principio, sin embargo, presenta sentimientos ambivalentes sobre dejar el hogar y asistir a la escuela. Encuentra dificultad en observar nuevas lealtades con sus compañeros y con los adultos. Pueden intentar encontrar razones para explicarse porqué debe dejar a los padres. Una técnica inconsciente consiste en considerar a los padres imperfectos e indignos de su afecto, como personas deseosas de perder de vista al hijo. Este responde con hostilidad, como si estuviese tomando represalias por la hostilidad de ellos. Se trata de una paranoia normal y proporciona justificación para que el niño y el adolescente se desenvuelvan bien fuera de casa, sin pena y con menor culpabilidad.

El niño empieza a usar palabras y pensamientos como acciones experimentales. De la misma forma que en un principio empleó su aparato motor para representar su pensamiento, ahora empieza a emplear el habla para expresarlo. Sus percepciones son aún matizadas por sus preconcepciones personales, y su pensamiento es aún egocéntrico en gran medida. Esto significa que sus puntos de vista pueden diferir de los de sus mayores y de los del mundo real. Generalmente proporciona evidencia de pensar sólo una idea a la vez.

Los problemas de aprendizaje en la escuela surgen, por lo tanto, de una variedad de causas: enfermedades agudas y crónicas, enfermedades del sistema nervioso central y periférico, factores interpersonales. A menudo existen combinaciones de procesos nocivos, como cuando la desorganización de la función cerebral interfiere el ambiente interpersonal del niño y los factores emocionales asumen una influencia dominante.

El ser criado por un solo padre puede tener consecuencias masivas para el hijo o la hija. Por término medio los hijos de las madres solas, especialmente los varones muestran déficit cognoscitivo, se refleja en la obtención de bajas calificaciones en la escuela, y de aprovechamiento. Si las madres divorciadas mantienen un contacto suficiente con sus hijos imponen una disciplina sensible pero firme, se comunica bien con sus hijos y alienta la conducta independiente y madura de los mismos, los niños no habrán de mostrar déficit cognoscitivo.

En general, la separación del padre a temprana edad del niño es más perjudicial que a separación tardía. Las deficiencias intelectuales quizás no se aprecie durante el periodo preescolar y se ponga de manifiesto más tarde durante los años escolares e incluso después. Tanto los varones como las niñas de familias de un solo padre tienden a mostrar una estructura característicamente femenina de aptitudes cognoscitivas, es decir, que suelen obtener calificaciones más altas en las valoraciones psicológicas.

Los hijos varones de madres solas son más antisociales e impulsivos, menos capaces de controlarse, más rebeldes a la autoridad de los adultos, suelen carecer de un sentido de responsabilidad social y ser menos capaces de aplazar la satisfacción inmediata. (43)

-Anomalías del lenguaje.

Desde un punto de vista fisiológico, el habla normal es la que se produce sin ninguna alteración en su dinámica anatómica y funcional. Según la lingüística, es aquella que se ajusta a la norma tradicional impuesta por la colectividad. Estadísticamente, la norma corresponde a lo que dicte la mayoría o generalidad de los individuos que forman la sociedad. En relación con el fenómeno social, el lenguaje puede considerarse normal cuando no obstaculiza la intercomunicación humana. Para el individuo, la facultad lingüística es normal cuando cumple su misión satisfactoriamente, sin ninguna imposibilidad permanente y se aceptan dentro del ámbito de lo normal las alteraciones pasajeras que pueden presentarse ocasionalmente. La pérdida de la voz ante una situación imprevista, los olvidos fugaces, los tuteos al iniciar el discurso, sólo se consideran como patológicos cuando son periódicos.

La etiología es el estudio de las causas que originan los padecimientos. Si se considera que en la producción del lenguaje intervienen factores orgánicos, fisiológicos, bioquímicos, psíquicos y sociológicos que regulan las fuerzas internas y externas del organismo como un todo funcional, el análisis etiológico de las anomalías del lenguaje debe considerarse la dinámica de la palabra en relación con la unidad biológica y psíquica del individuo. El terapeuta del lenguaje deberá analizar con sumo cuidado las alteraciones observadas y en ocasiones tendrá que recurrir al auxilio del médico u otros especialistas que lo ayuden a obtener las conclusiones del estudio etiológico.

ANOMALIAS DE LA VOZ O DISFONÍAS.

Las disfonías en general comprenden todos los defectos o alteraciones observadas en la calidad de la voz. Se agrupan en dos categorías.

- A) **DISFONÍAS.** Son las alteraciones patológicas de la voz debidas a anomalías laringeas o respiratorias.
- B) **RINOFONIAS.** Son los defectos observados en la calidad de la voz debidos a alteraciones en la cavidad de resonancia y se manifiestan por la falta de graduación de la nasalidad.

Todas las clases de disfonías en general pueden ser de tipo orgánico, funcional y psicossomático, según sea la causa que las origine.

ANOMALIAS DEL LENGUAJE O DISLALIAS.

Son todas las anomalías observadas en el lenguaje, en cualquiera de sus fases.

- A) **DISARTRIAS.** Se presenta en la articulación de las palabras debido a una lesión orgánica del sistema nervioso central.
- B) **DISFEMIS.** Es toda alteración del habla debida a psiconeurosis dentro de esta se encuentra la tartamudez.
- C) **DISRITMIA.** Es toda alteración del ritmo del habla exceptuando las disfemias. Son defectos del ritmo respiratorio, de la acentuación, de la inflexión verbal, debido a anomalías del sistema neurovegetativo.
- D) **DISFASIA O AFASIA.** Es la debilitación o pérdida de las asociaciones verbales debido a una enfermedad o trauma que lesione las áreas del lenguaje localizados en la corteza cerebral.
- E) **DISLEXIA O ALEXIA.** Es el defecto o imposibilidad de establecer las asociaciones verbales y motrices indispensables en la lectura y escritura debido a lesiones centrales de la corteza cerebral o a problema psicológico.
- F) **HIPOLALIA.** Es una disminución o retraso en la expresión verbal condicionado por factores de carácter funcional o ambiental.
- G) **DISLOGIA.** Es la alteración, en la lógica y contenido del lenguaje, debida a psicosis, neurosis, demencia o un retraso mental profundo. (44)

2.4 PROBLEMAS SOCIALES MÁS FRECUENTES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.4.1 La familia.

La familia es el eje de la vida social, es más, la familia es la única forma de organización social, con ella se identifican las funciones económicas, religiosas y políticas

La familia es la célula más pequeña e importante de la sociedad, en ella se deben formar personas integrales y ciudadanos útiles a ellos mismos y a la nación. En la actualidad esta célula es atacada de muchas maneras y como consecuencia la sociedad se encuentra enferma y debilitada.

Es urgente revalorizar el papel fundamental de la familia, y a que en la medida en que haya familias fuertes y sanas, habrá una sociedad mejor y más preocupada por la consecución del bien común. (45)

La familia es de suma importancia para la vida de cada una de las personas pues es considerada como la institución básica de la sociedad de donde se parte para la organización social del desarrollo y la responsabilidad individual y si bien la legislación de un país debe ser la expresión de los derechos humanos y en este sentido de la protección de la dignidad humana, esta solo se ve limitada por el respeto de la dignidad y derechos humanos de otra(o) individuo(o) y por el bien común, tradicionalmente la protección de la familia esta basada en el bien común de la sociedad, por lo que dentro de este concepto ha sido justificado el sacrificio de los individuos a ciertos aspectos de sus necesidades básicas o personales de desarrollo.

La familia deriva en la regulación y legitimación de las relaciones entre las mujeres y los hombres y el ejercicio de la sexualidad, la reproducción, el parentesco y el manejo de la propiedad, pues dentro de este y de acuerdo a la reforma actual se determina específicamente cuando, con quien se puede reconocer una relación de matrimonio o concubinato, estableciéndose una definición que solo la reconoce como existentes y posibles entre un hombre y una mujer. (46)

2.4.2. Niños con padres separados.

Haya separación o no, para el niño el triángulo padre-madre-hijo se mantiene. El padre y la madre pueden vivir separados, volver a casarse o irse a vivir lejos. La separación es un acontecimiento social: si los padres la asumen bien, si saben explicárselo al niño, éste también lo asumirá bien.

Cuando la pareja decide separarse, es porque han llegado a la última instancia. Ha habido dolor, dudas, discusiones, y hasta el algunas situaciones violencia. Una vez tomada la decisión comienza un nuevo camino: la de comunicárselo a los amigos y familiares. Y en este momento la tarea más difícil es el diálogo con los hijos, quienes muchas veces fueron testigos de los enfrentamientos de los padres.

45. www.familia.com.mx/programa/delcongreso.htm.

46. www.cdadem.org/mexi.htm 2001

Hay que decirles de una manera muy simple las cosas tal como son, que han decidido separarse, que ya no podrán vivir juntos, porque han dejado de entenderse. Pero que el matrimonio no fracasó porque lo han tenido a él, a quien seguirán queriendo como siempre. Si algo puede transmitirse a los chicos cuando se les anuncia la separación es la evidencia de que ellos fueron concebidos con amor.

La separación es una situación dolorosa, pero no se debe crear el mito de que los hijos de padres divorciados van a convertirse en chicos rebeldes o problemáticos. Es normal que durante el primer año de separación, este cambio provoque un gran impacto en los chicos, lo que no quiere decir que el conflicto se haga permanente en su vida.

Cada niño vivirá de forma diferente la separación de sus padres, esto dependerá de los recursos psíquicos, de su educación y el entorno en que se encuentre. Los problemas aparecen cuando el divorcio de los padres se articula con otros problemas. "Cuando divorciarse es imprescindible, más allá del dolor y de la ira que puedan sobrellevar los adultos, la responsabilidad parental se torna incandescente. Hombres y mujeres se convierten en guardianes de la salud mental de sus hijos. No se trata de ganarle a su ex-marido o a su ex-esposa, sino de fundar un nuevo modelo de familia que sobreviva al desencuentro entre los adultos y persista para los hijos: *ellos no pierden a su familia, aprenden a reconocerla transformada*".

PROBLEMAS EN LAS FAMILIAS CAUSADOS POR LOS SEGUNDOS MATRIMONIOS.

Las segundas familias tienen que hacerle frente a muchos retos. Como cualquier otro logro, el desarrollo de buenas relaciones en la nueva familia requiere mucho esfuerzo. Cada uno de los miembros de estas familias ha experimentado pérdidas y está teniendo que hacer ajustes bien complicados en su nueva situación.

Cuando se forma la segunda familia, sus miembros no tienen un historial común o no tienen el mismo modo de hacer las cosas, muchas veces sus creencias son muy diferentes. Además, un niño puede tener una lealtad dividida entre el padre con quien vive y el que vive en otro lugar y a quien visita de vez en cuando. Frecuentemente, los recién casados no han pasado suficiente tiempo juntos para adaptarse a la nueva relación. Los miembros de una nueva familia combinada necesitan crear vínculos fuertes entre ellos, lo cual pueden hacer de la siguiente manera:

- Reconociendo y lamentando lo perdido.
- Desarrollando nuevas formas de tomar decisiones en la familia.
- Fomentando y fortaleciendo las nuevas relaciones entre padres, padrastros, hijastros y hermanastros, ayudándose los unos a los otros.
- Manteniendo y fomentando las relaciones originales con los padres naturales.

Aunque estos problemas son difíciles de resolver, la mayor parte de las segundas familias logran resolverlos. Los padres deben considerar obtener una evaluación psiquiátrica del niño que manifieste sentimientos muy fuertes de: retraimiento y al tratar de lidiar él solo con la pérdida, sentirse dividido entre los dos padres y las dos familias, sentirse aislado por

sus sentimientos de culpabilidad y de ira o enojo, no estar seguro de lo que es correcto, sentirse incómodo con cualquier miembro de la familia original o de la nueva familia.

Además, si los padres observan que los síntomas siguientes persisten, deben de considerar una evaluación psiquiátrica del niño o de la familia completa si: el niño dirige su ira hacia un miembro de la familia o expresa resentimiento contra el padrastro o el padre, uno de los padres sufre mucho estrés y no pueden ocuparse de las necesidades crecientes del niño, uno de los padres o padrastros demuestran favoritismo por uno de los niños, el disciplinar al niño se deja en manos de los padres naturales, en vez de incluir también a los padrastros, algunos miembros de la familia dejan de disfrutar de sus actividades normales (por ejemplo: aprender, asistir a la escuela, trabajar, jugar o estar con los amigos y la familia)(47)

La mayor parte de los segundos matrimonios, dándoles tiempo suficiente para que se desarrollen sus propias tradiciones y formen nuevas relaciones entre ellos, pueden proveer relaciones emocionales excelentes y duraderas en el matrimonio, que pueden ayudar a los niños a desarrollar la autoestima que necesitan para disfrutar de la vida, enfrentar sus desafíos y principalmente que todos vivan felices, quizás el niño no le llegue a tener un profundo cariño a su padrastro y madrastra, pero podrá aprender a respetarlos y mostrarle afecto, pero esto depende de todos los miembros de la nueva familia.

2.4.3. NIÑOS DE LA CALLE.

En el mundo existen cien millones de niños que viven en la calle, según UNICEF. La mayoría se concentra en los países en vías de desarrollo, aunque no es un problema exclusivo del Tercer Mundo sino que afecta también a países como Estados Unidos. 40 de esos cien millones de niños viven en Latinoamérica; entre 25 y 30 en Asia y 10 millones en África. En algunas metrópolis de América Latina hay más de 100.000 niños que viven en las calles, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Estas cifras abarcan tanto a los jóvenes que pasan todo el día en la calle, aunque por la noche regresan a casa de sus padres o de algún familiar para dormir, como a los que siempre pernóctan a la intemperie, en las paradas de autobús o bajo las marquesinas de las tiendas. La gran mayoría de los niños que deambula por las ciudades pertenece a la primera categoría, aunque resulta difícil estimar su porcentaje exacto. En una encuesta realizada por el diario brasileño en la ciudad de Fortaleza se estableció que sólo un 10 por ciento vivía permanentemente en la calle. El 90 por ciento restante solía regresar a casa o a la chabola familiar para dormir.

En Ouagadougou, capital de Burkina Faso, el resultado de un sondeo realizado por UNICEF era parecido: poco más del 6 por ciento de los niños encuestados no tenía hogar. En el ámbito global, esta organización estima que para uno de cada diez niños de la calle, ésta se ha convertido en su casa.

El fenómeno de los niños de la calle es fruto del imparable crecimiento urbano, la pobreza y la falta de alternativas. Algunos huyen de la violencia en su casa, otros se ven obligados a buscar trabajo porque sus padres no los pueden mantener.

Los niños que no han roto sus vínculos familiares, suelen entregar sus ingresos a su madre para contribuir de esta forma a la economía doméstica. Cuando la calle se ha convertido ya en su único hogar, suelen gastar el escaso dinero que obtienen en comida, tabaco, drogas y en el juego, pero también en ver películas o comprar juguetes. La imposibilidad de conservar sus ingresos en un lugar seguro y el continuo miedo a ser despojados por sus propios compañeros o por la policía, les impide ahorrar el dinero para poner los cimientos de un futuro mejor.

Un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF-México) y el Gobierno de la Ciudad de México registró unos 13.373 menores que viven y/o trabajan en la calle sólo en la capital de este país. Esto significa un incremento del 20 por ciento de 1992 a 1995 y representa un índice anual de crecimiento del 6,6 por ciento en el número de niños y niñas en esta situación. El citado estudio señala que la cantidad de menores creció y el fenómeno se generalizó en toda la ciudad. También aumentó la proporción de menores de 0 a 6 años que sobreviven en la calle junto a sus familias.

Los niños de la calle son, fundamentalmente, varones, aunque el número de niñas se está incrementando notablemente. Su edad fluctúa entre los 5 y los 16 años, con algunas excepciones de jóvenes entre los 17 y los 20. Presentan una baja escolaridad (generalmente primaria incompleta) y algún grado de desnutrición.

Proceden de colonias y barrios urbanos marginales, cuyas familias, originalmente rurales, han emigrado a la ciudad. En algunos casos los propios niños han emigrado sin su familia del interior de la república, principalmente de los estados del centro y sur del país.

En la Ciudad de México, la ciudad más poblada del mundo, se estima que 3 de cada 10 niños luchan por sobrevivir en las calles. A lo largo de América Latina, millones de niños y niñas han nacido en barrios y colonias marginales que crecieron rápidamente en la periferia de las grandes ciudades en los últimos 30 años, como resultado de la rápida urbanización y de la ausencia de políticas de reformas agrícolas.

¿Por qué hay niños de la calle?

En cualquier gran ciudad latinoamericana vemos algo ya común: ejércitos de niños deambulando por las calles desde muy tempranas edades, harapientos, a veces con su bolsita de inhalante en la mano, hacen parte del paisaje cotidiano menores que venden, lustran zapatos, lavan carros, mendigan o simplemente están en parques, mercados y terminales.

Desde hace algunas décadas en los países latinoamericanos se vive un proceso de acelerado despoblamiento del campo y crecimiento desmedido y desorganizado de las ciudades principales. Sumado a este proceso de industrialización tardío y éxodo interno tenemos las

políticas neoliberales que desde los años 80 empobrecieron más aun ya estructuralmente pobres economías latinoamericanas. Consecuencia de esto último fue un aumento de la miseria de los siempre pobres sectores agrarios y un aumento de la migración hacia las ya saturadas capitales. Los asentamientos precarios albergan casi tanta gente como los barrios formales. La gente esta ahí, y tiene derecho a vivir con dignidad y con calidad. Más del 50% de los nacimientos en el mundo es de un niño de un barrio marginal. ¿Qué le espera a cada uno de esos niños al nacer? Con buena suerte, si no muere por alguna enfermedad o por inanición, trabajará muy pequeño. Quizá termine la escuela primaria, pero probablemente no. Casi por lo general no asistirá a la escuela media; mucho menos a la Universidad. Se cría, como pueda (pocos juguetes, mucha violencia y poco cuidado materno) junto a muchos hermanos, cinco, seis o más. Su trabajo será en las calles, no bajo la supervisión de los padres, un trabajo siempre descalificado, muy poco remunerado, siempre en situación de riesgo: la violencia, la trasgresión y las drogas están muy cerca.

Establecidos en las calles es muy fácil que algunos se perturben allí. Y cuando esto sucede se cortan los vínculos con las familias de origen, la inercia lleva a que sea muy difícil salir de ese ámbito. Consumo de drogas y trasgresión van de la mano. "Para una innumerable cantidad de niños y jóvenes latinoamericanos la invitación al consumo es una invitación al delito". Un niño finalmente se queda a vivir en la calle porque escapa así a un infierno diario de violencia, desatención, escasez material y falta de amor.

"La continua marginación económica y social de los más pobres esta privando a un número creciente de niños y niñas del tipo de infancia que les permitiría convertirse en partes de las soluciones de mañana en vez de pasar a engrosar los problemas. El mundo no resolverá sus principales problemas mientras no aprendan a mejorar la protección e inversión en el desarrollo físico, mental y emocional de sus niños y niñas" (UNICEF) (48)

2.4.4. Violencia familiar.

Violencia intra familiar: ABUSO FÍSICO.

El abuso físico familiar, la violencia dentro de la familia, se produce en todos los estratos de la sociedad. El mito es que el abuso físico se produce sólo entre los pobres y sin educación, pero la realidad es que el abuso físico se produce también entre las clases altas. En el pasado, estos problemas entre las personas ricas se escondían al público en general. Sin embargo, con el aumento en el problema nacional, se está dando más publicidad a los casos de abuso físico familiar en todos los niveles de la sociedad.

"Aunque la imagen de la familia nuclear en la cultura Americana es de acuerdo, felicidad, cohesión y armonía, esta imagen pública ideal está a menudo en conflicto con la realidad subyacente de abuso y violencia dentro de la familia. De hecho, el hogar familiar puede ser el lugar más peligroso para vivir, ya que es más problema que se produzca violencia dentro de la familia que entre extraños. Los niños son pegados por sus padres, los hermanos y hermanas se pegan entre sí, los cónyuges se pegan entre sí, e incluso los padres ancianos son pegados por miembros de la familia." (Bullock 1989)

INCIDENCIA DEL ABUSO FÍSICO.

ABUSO DE NIÑOS: Cada año, aproximadamente el 3.8 por 100 de los niños entre las edades de 3 y 17 años son pegados, lo que sitúa el número de niños maltratados físicamente en 2 millones. (Humperys y Campbell 1989) Como el público en general se ha vuelto más consciente del problema, se está informando de más casos, pero éstos son probablemente un pequeño porcentaje del total. Es imposible saber si el índice real de incidencia está aumentando a causa de la falta de datos históricos. De los niños maltratados por debajo de los 3 años, hasta el 25 por 100 mueren por el abuso. Algunos estudios dicen que la edad más peligrosa para el abuso es de los 3 meses a los 3 años. De los niños maltratados de menos de 6 años, el 64 por 100 sufren de lesiones físicas importantes. (Starr 1988)

De los niños pequeños a los que se maltrata, el sexo del niño no parece ser significativo en la incidencia de los malos tratos. Después de la edad de 11 años el índice de lesiones graves debido al abuso de niños desciende al 16 por 100, quizá porque los niños mayores pueden defenderse y escapar. Otros estudios dicen que la incidencia del abuso aumenta durante la adolescencia, cuando los chicos tienen más probabilidades de convertirse en víctimas. Por el tiempo en que se descubre e informa del abuso, la mayoría de los actos de violencia se han producido de 1 a 3 años. Las madres se han descrito como más físicamente abusivas para sus hijos que los padres. Esto se explica por el hecho de que las madres pasan una mayor cantidad de tiempo con sus hijos que los padres. Además, la cultura Americana a menudo juzga la competencia de la madre por la conducta de sus hijos. Así se pensaba que las madres tenían un mayor incentivo para usar la fuerza física para obtener la obediencia. Aunque durante la adolescencia el abusador es más probable que sea el padre.

ABUSO DE HERMANOS. La forma más común y no reconocida de violencia familiar se produce entre hermanos. Muchas personas asumen que es natural e incluso adecuado que los niños usen la fuerza física entre sí. Se dicen frases tales como: "Es una buena ocasión para que aprenda a defenderse", "Ella tiene razón de pegarle, él le estaba tomando el pelo" o "Los niños aprenden que la fuerza física es un método adecuado de resolver el conflicto entre ellos". La violencia entre hermanos es más elevada en los primeros años y disminuye con la edad. Las niñas son menos violentas hacia sus hermanos que los niños.

ABUSO DEL CÓNYUGE. La atención nacional al abuso del cónyuge es más reciente que la preocupación por el abuso de niños. El movimiento feminista en los años setenta trajo el tema al dominio público. En 1976, se empezaron trabajos para establecer recursos para las mujeres golpeadas. Ha habido un enfoque continuo en dar asesoramiento, formar refugios y probar nuevas leyes para proteger al cónyuge maltratado. Se desconoce cuántos adultos maltratan a sus cónyuges o pareja de convivencia. Las estadísticas oscilan entre un 1 y un 50 por 100 de la población. Se cree que hasta el 80 por 100 de los casos no se informan porque las víctimas están avergonzadas, se sienten responsables, o temen las represalias en forma de más violencia. La violencia contra las mujeres no se limita a relaciones de matrimonio, se estima que el 30 por 100 de las parejas que se citan o viven juntas han estado implicadas en violencia. En comparación con las mujeres no maltratadas, las mujeres golpeadas tienen 5 veces más las posibilidades de intentar el suicidio, 15 veces más posibilidades de abusar del alcohol, y 9 veces más posibilidades de abusar de las drogas. (Bullock 1989)

ABUSO EMOCIONAL. Las palabras pueden herir tan fuerte como un puño, y el daño a la autoestima puede durar toda la vida. El abuso emocional implica que una persona avergüenza, ridiculiza, o incluso insulta a alguien. Puede incluir la destrucción de la propiedad personal o matar mascotas para asustar o controlar a la víctima. Frases tales como: "no sabes hacer nada bien", "eres feo y estúpido nadie te querría", o "ojalá nunca hubieres nacido" son devastadoras para la autoestima de la víctima.

Los actos de violencia entre miembros adultos de la familia están a lo largo del mismo continuo cometiendo las mujeres menos actos violentos que los hombres. Las mujeres lo que más hacen es pegar, dar patadas, tirar objetos cuando están implicadas en un conflicto violento con hombres. Los actos que los hombres cometen contra las mujeres son más peligrosos y dan como resultado lesiones más graves. Los hombres tienen probabilidad de empujar, tirar, abofetear, pegar e incluso usar cuchillos o pistolas contra sus esposas o novias. Además el abuso verbal siempre acompaña a las palizas.

Violencia intra familiar: ABUSO SEXUAL.

Los niños y adultos maltratados sexualmente supervivientes de incesto gritan pidiendo ayuda. Unos pocos gritan en voz alta como protesta, pero la mayoría gritan hacia dentro en silencio. Se pensaba que 1 de 4 niñas y 1 de cada 10 niños eran maltratados sexualmente antes de los 18 años de edad. Los estudios más recientes dan evidencia de que el índice real puede ser 1 de cada 2 niñas y 1 de cada 5 niños. (según una investigación realizada por Wolfe y Best en 19889) El abuso sexual intra familiar se produce en todos los grupos raciales, religiosos, económicos y culturales. Los autores no representan ser malos; pueden amar a sus hijos, ser trabajadores sensatos, y proveer para la familia, a menudo se ven como buenos hombres de familia.

El abuso sexual se usa de forma intercambiable con el término *incesto*. Se define como una conducta sexual inadecuada, instigada por un miembro de la familia adulto o vicario cuyo propósito es despertar sexualmente al adulto o al niño. La conducta suele oscilar entre exhibicionismo, miradas furtivas y conducta sexual explícita de tocar, acariciar, masturbar, y coito.

El abuso sexual intra familiar crea problemas al sistema familiar que son diferentes del abuso sexual de vecinos, amigos o extraños. Dentro del sistema familiar, todos los participantes esto es, la víctima, el autor, y los conspiradores deben seguir interactuando y funcionando como unidad. No hay formas de evitarse entre sí ni de tratar directamente el enojo y la ira que se despiertan. Los extraños deben usar la fuerza física o las amenazas de violencia física para violar a otra persona, pero el más típico es que no se use la fuerza en el abuso sexual intra familiar. El adulto usa la coerción psicológica para asegurar el silencio y cumplimiento del niño. Se dicen frases como: "no debes decirle a nadie lo que estamos haciendo, o me llevarán lejos, y no tendrás un padre nunca más" o "eres muy especial para mí y no queremos que nadie lo sepa lo especial que eres o podrían sentirse mal" o "sabes que te compraré muchos juguetes y regalos si no le cuentas a nadie nuestro secreto".

El incesto se considera una forma de violencia porque produce lesiones psicológicas y físicas a la víctima. A causa de su edad y nivel de desarrollo, los niños son incapaces de dar consentimiento a la actividad sexual con un adulto. Así la actividad sexual forzada es violencia contra el niño. Además, el incesto es una forma de violencia porque se usa al niño para cubrir las necesidades del adulto sin tener en cuenta las necesidades y seguridad del niño.

Los niños que son víctimas de abuso sexual pueden manifestar una conducta regresiva. Esto puede adoptar cualquier forma de regresión, pero lo más común es mojar la cama. Los trastornos del sueño son comunes en los niños de los que se abusa sexualmente, especialmente entre aquellos que han sido molestados durante su sueño. Algunos vuelven a una forma de vínculo hacia uno a ambos padres, de pegarse a ellos. Los niños pueden volverse extremadamente afectuosos, tanto dentro de la familia como fuera de ella. Otros se aíslan en la escuela y el vecindario y limitan la mayoría de sus relaciones interpersonales a los miembros de la familia. Pueden volverse abiertamente complacientes esperando que el abuso cesará.

Las víctimas adolescentes de abuso sexual intra familiar pueden escapar de casa para salir de una situación intolerable. Algunas de las víctimas se vuelven a la prostitución ya que han aprendido en la familia que la conducta sexual es el método por el que uno recibe afecto, amor y atención. Los efectos conductuales a largo plazo en los adultos supervivientes pueden ser una actividad sexual indiscriminada o disfunciones sexuales tales como inhibición del deseo sexual, dificultades con el orgasmo, o conducta sexual compulsiva. También pueden experimentar problemas de sueño, abuso químico, aislamiento social, depresión y suicidio. (49)

2.4.5. Adicciones en la adolescencia.

Las principales características de la adicción a las drogas y al alcohol son la compulsividad (el adicto ha perdido el control y es incapaz de dejar de consumir la droga) y disfuncionalidad (la adicción ejerce un efecto nocivo sobre las relaciones, el trabajo, la escuela, la familia, etc.) es mejor considerarla como una enfermedad crónica con exacerbaciones y remisiones y con potencial letalidad. (50)

DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO.

El consumo de drogas es un fenómeno multicausal ya que en él inciden una serie de factores en el ámbito personal, familiar, escolar, social y cultural, por lo tanto no existe sólo una manera de abordarlo.

Desde civilizaciones antiguas el hombre ha incorporado en su sistema social diferentes drogas que eran parte de su cultura. Es así como en el continente Americano los curanderos de la tribu consumían cocaína con el objeto de obtener un más alto nivel al de un simple mortal y establecer una comunicación directa con los dioses o ser poseídos por espíritus que

49. J. S. Cook, K. I. Fontaine, *Enfermería Psiquiátrica*, 2da edición, Ed. Interamericana, Mac-Graw Hill, México 1998, p. 675-699
50. Parker Steven, *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*, Ed. Masson-Little Brown, España 1986.

lograban salvar la vida a los enfermos. Los chinos, por ejemplo, utilizaban el opio con el mismo propósito. Sin embargo, en la actualidad el consumo de drogas se ha masificado en forma global, afectando la convivencia familiar, laboral y socio cultural.

Algunos de los factores que pueden llevarte al consumo de drogas son:

- Una autoestima negativa, es decir, sentirte inseguro, desconociendo tus cualidades y pensando solamente en tus defectos.
- Tener amigos / as que consumen drogas.
- No compartir lo que sientes o piensas, aislarte.
- Tener conductas imprudentes y no medir los peligros.
- Abandonar tus estudios.
- No usar tu tiempo libre en actividades participativas y creativas donde expreses tus potencialidades y habilidades.
- Serías dificultades con tu familia, como problemas de comunicación, maltrato, consumo, abandono.

Cuando se pregunta a los/as jóvenes el por qué o para qué consumen drogas, las respuestas más frecuentes son:

Algunos / as jóvenes le atribuyen algunos valores y significados al consumo de drogas ilegales como por ejemplo:

- Sentir que se revelan frente al sistema social.
- Saltarse las normas.
- Arriesgarse.
- Sentirse superiores a los demás.
- Suponer que la mayoría de los/as jóvenes lo hacen.
- Creer que la droga lo identifica con el grupo.

Un factor que aumenta estos consumos es la disponibilidad de la droga, que facilita el acceso de las personas a estas sustancias.

Ejemplo de ello es la facilidad para adquirir bebidas alcohólicas en supermercados en envases pequeños, botillerías de 24 horas de atención, que hace que las personas beban más.

Igualmente es ejemplo de esta facilidad los puestos de ventas múltiples que venden cigarrillos sueltos o la facilidad para comprar pegamentos, como el neopreno, usado para inhalar.

En este aspecto existe una relación directa: a mayor disponibilidad hay mayor consumo; y a mayor consumo hay mayor daño.

Otro factor que influencia el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, es la actitud del público, de la comunidad, con relación a estas conductas. En la medida que el medio ambiente sea más permisivo y no ejerza un control social sobre los consumos, en la medida que no haya restricciones, habrá más conductas desadaptativas y de riesgo que involucran a toda sociedad.

El uso de drogas ilícitas es aceptado en la sociedad porque cumplen un rol y aportan dinero a la economía. Su producción, distribución y venta tiene un sentido económico y de lucro, en general. Es una actividad lícita o ilegal según la droga que se comercializa.

El uso se debe a que producen algún grado de placer y por su efecto sobre el estrés (alcohol por ejemplo) son usadas como acompañamiento a de los alimentos, y además, como facilitador de las relaciones interpersonales en algunos eventos sociales.

Habitualmente las drogas disminuyen la ansiedad y la tensión emocional, produciendo cierto nivel de bienestar y alegría en forma transitoria por lo cual hay fármacos usados, sin la justificación médica que regula estos consumos, y a veces utilizando productos que no tienen uso medicinal, y que son de fácil acceso.

Su uso acompaña al hombre desde tiempos inmemoriales, con la finalidad de ayudarlo a enfrentar las dificultades cotidianas, controlar la angustia, mejorando subjetiva y transitoriamente sus condiciones de vida. (51)

¿Qué es la droga?

Una droga es una substancia química que afecta a una persona de tal forma, que le causa cambios psicológicos, emocionales o de comportamiento.

El abuso de las drogas consiste en usar substancias químicas en forma lícita o ilícita, que provocan en el individuo un deterioro físico, mental, emocional y social.

La adicción es un término muy utilizado que se usa para describir la dependencia a un medicamento.

La dependencia a las drogas es un estado de necesidad física o psicológica, que resulta del uso continuo de un medicamento. Los síntomas que padece el toxicómano al carecer de la droga, son físicos (como el vómito y los temblores musculares) y no psicológicos. (52)

¿Qué se entiende por uso indebido de drogas?

- Usar una droga con propósitos diferentes de aquel para el cual fue elaborada, que causa daño al organismo que fácilmente conduce a la muerte y que no es legal: la cocaína, marihuana, LSD, etc.

- Usar una droga que no es recetada por el médico.

ALCOHOL: Es la droga de más fácil acceso y de bajo costo, por ello es la droga más consumida y responsable de mayor daño producido con relación a estas sustancias (accidentes, muertes prematuras, enfermedades, homicidios, desintegración familiar, etc.) Es consumida entre el 70 % y 80% de la población joven: 15% de la población ingiere alcohol en forma anormal: 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos entre edades de 14 a 24 años.

51. www.geocities.com/congreso 2001.

52. Jerome T. Y Shen, *Medicina de la adolescencia*, Ed. El Manual Moderno, México 1993.

Alrededor del 20% al 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse. La embriaguez es una situación de riesgo y síntoma de beber anormal. Los daños producidos por la ingesta de bebidas alcohólicas tienen un alto costo de dinero y un promedio de 28,000 vidas al año. (investigación realizada por Jerome T. Y Shen 1993)

TABACO: Usa cigarrillos aproximadamente el 80% de los jóvenes, con predominio de hombres, existiendo un alarmante aumento en mujeres adolescentes.

MARIHUANA: Se dice que alrededor del 50% de los adolescentes la ha fumado alguna vez. Hay información en el sentido que los jóvenes fuman marihuana más de una vez por semana, representan el 10% de este grupo. (estudio realizado en EE.UU. por Jerome T. Y Shen en 1990)

ANFETAMINAS: Su uso se asocia a la dependencia producida en el tratamiento de la obesidad, especialmente en mujeres, o en el uso de algunos grupos laborales: marinos mercantes por ejemplo.

COCAÍNA: De alto costo, su uso principalmente se observa en grupos de mayor ingreso económico y se calcula entre el 7% y el 10% de la población joven. Sin embargo, formas más baratas como la pasta base, se estarían introduciendo en las escuelas, donde muchos jóvenes la comprarían.

INHALANTES: De fácil acceso como producto de uso doméstico, especialmente pegamentos. Su uso se observa especialmente en casos de marginalidad social, en niños y adolescentes, y se calcula entre el 5% y el 10% de estos grupos. Las edades varían de 12 a 25 años y se cree que estas cifras sigan aumentando

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA MISMA DROGA.

NARCÓTICOS:

La heroína es la droga narcotizante más representativa y de la que más se usa. La sobredosis de esta droga se caracteriza por letargia, depresión respiratoria, como y muerte. Además de la sobredosis, la muerte puede ser causada por una reacción anafiláctica o por infección. El índice anual de mortalidad en los adictos a la heroína menores a los 30 años de edad, fue de 16.0 por mil, y en los mayores de 30 el porcentaje fue de 30.7 por mil.

La abstinencia o síndrome de supresión se manifiesta a menudo por rinorrea, lagrimeo, bostezos, sudoración, insomnio. Pérdida de apetito, náuseas, vómito, diarrea, irritabilidad y episodios de rubor. También puede presentarse dilatación pupilar, aceleración de los latidos cardiacos, elevación de la presión arterial, retorcimientos, temblores y dolor abdominal, de las piernas y de la espalda. La deshidratación y la pérdida de peso pueden agravarse, pero muy rara vez se presenta un colapso cardiovascular. Los síntomas de la abstinencia aparecen usualmente como 4 - 8 horas después de la última dosis, se hacen prominentes después de 48 - 72 horas y desaparecen frecuentemente en 10 días, aunque algunos trastornos menores como el insomnio puede persistir durante algunos meses. (53)

SEDANTES.

La sobredosis de barbitúricos se manifiesta por medio de letargia, ataxia, que causan lesiones, nistagmo, depresión respiratoria, hipotensión, hipotermia, hiporreflexia, coma y muerte. La sobredosis puede ser accidental, un intento de suicidio o una forma de evitar ser arrestado. Las pupilas fijas son características de una sobredosis por barbitúricos, las concentraciones séricas mayores a 3.5 Mg. de barbitúricos de acción corta y 8 Mg. De barbitúricos de acción prolongada, son potencialmente letales.

ESTIMULANTES.

Las anfetaminas son los estimulantes más representativos y utilizados. El abuso crónico con dosis elevadas se caracteriza por hiperactividad e insomnio durante dos o tres días, seguidos de un comportamiento de pánico y en ocasiones violento. La supresión del abuso de la anfetaminas se ve seguido por varios días o semanas del síndrome de supresión: apatía, retardo psicomotor y ocasionalmente comportamiento psicótico. Pueden causar también hepatitis crónica, acné, estomatitis e impotencia.

La cocaína produce dependencia psicológica. Cuando de inyecta e inhala produce euforia y una sensación de gran poder, aumentan los latidos cardiacos y de presión sanguínea, insomnio, ansiedad, reacciones paranoides, alucinaciones e ilusiones.

El uso excesivo puede producir: perforación en el septum nasal, sensación de que esta lleno de insectos, delirio, convulsiones y la muerte. (54)

ALUCINOGENOS.

La dietilamida del ácido lisérgico, conocida como LSD, es el alucinógeno más poderoso, sus efectos físicos persisten a menudo durante 8 - 12 horas, sus efectos son: elevación de la presión arterial y de los latidos cardiacos, dilatación pupilar, rubor, salivación y lagrimeo exagerado, ataxia ligera y ocasionalmente vómito. Sus efectos psicológicos son: sensación de incompreensión, distorsión de la imagen corporal, la percepción del color, la distancia y el espacio está alterada, cree a menudo descubrir nuevas verdades filosóficas o religiosas, y finalmente se pone nervioso y llega al pánico. (55)

2.4.6 SUICIDIO

La amenaza de suicidio es una de las urgencias más graves en pediatría, no solo por el riesgo de perder la vida si no, por la profunda angustia que se trasmite a través del gesto o la amenaza del suicidio, el suicidio consumado se refiere a una acción dirigida contra uno mismo que da lugar a la muerte, Intento de suicidio o gesto suicida se refiere a una conducta que el niño cree que puede dar lugar a auto lesiones (tanto si esta valoración es médicamente realista, como si no, y si la intención verdaderamente incluye la muerte)Y la Idea suicida que se refiere a los pensamientos referidos así mismo en el sentido de causarse daño personalmente(no acompañados de acciones necesariamente)

Las niñas son dos veces más propensas que los niños al intentar el suicidio, pero lo niños son de 3 a 4 veces más proclives a consumir el suicidio, principalmente debido a la mayor letalidad de los métodos elegidos. (56)

54. Jerome T. Y Shen, *Medicina del adolescente*, Ed. El Manual Moderno, México 1993.

55. Jerome T. Y Shen Op. Cit. p. 497-503.

56. Parker Steven, Barry Zuckerman, *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*, Ed. Masson-Little, España 1996.

La depresión puede sobrevenir directamente por una pérdida de algo o alguien de particular importancia para el adolescente.

La muerte de uno de los padres, de un hermano, de un abuelo o de un amigo son posibles causas de que el adolescente entre en depresión. Otra causa puede ser una enfermedad grave que provoco incapacidad o que amenazo ala vida.

Quizás para el adolescente hay otras pérdidas tan importantes como estas, pero que son mucho menos notorias. El haber perdido a alguno de los padres en los primeros años de la vida, puede predisponer a algunas personas a la depresión ya sea en la adolescencia o en la madurez. La enfermedad grave de uno de los padres o su separación como consecuencia de acuerdos matrimoniales, puede tomar la forma de una gran pérdida. Para otros adolescentes, el sentirse rechazado por un amigo muy querido, la imposibilidad de establecer relaciones con alguien de quien se espera mucho o el fracaso en un intento académico o social ocasiona las mismas consecuencias. El adolescente normal también considera como pérdidas la necesidad de adaptarse a la nueva configuración física, resultado del crecimiento, independizarse de los padres, abandonar la intimidad que tuviste con ellos durante la infancia, buscar nuevas relaciones fuera de la familia y tomar la responsabilidad de la vida propia. Por ultimo, las pérdidas imaginarias o el temor de perder algo, pueden, en ocasiones, sufrirse como pérdidas reales.

En muchos adolescentes, los síntomas clínicos de la depresión van apareciendo progresivamente, muchos de estos síntomas tienden a ser proteicos, por lo que puedan ser ignorados. En ocasiones resulta difícil diferenciar entre las manifestaciones de la depresión y algunas características personales, y tampoco es fácil reconocer que síntomas son causados por otras enfermedades y cuáles se deben a la depresión. Basándose en cambios que se presentan en: humor, autoestima, energía, esfuerzo académico y funciones somáticas. De éstos, los tres últimos aspectos son los que con mayor frecuencia hacen que el adolescente busque atención medica.

Para adolescentes que previamente han tenido una relación satisfactoria con sus compañeros, y que se han sentido satisfechos con sus estudios y con su participación en otras actividades de la escuela antes de entrar en la depresión, el impacto de ésta les deja luchando por mantenerse en el cumplimiento de su trabajo, pero la calidad del mismo, generalmente baja. Otros adolescentes se retiran un tanto de sus compañeros, lo que refleja sus cambios de humor y la apreciación que tienen de sí mismos. Algunos se quejan de aburrirse en las actividades con sus compañeros, atribuyéndolo a que tienen aspiraciones diferentes. Otros están continuamente de mal humor, lo que hace difícil la comunicación con ellos. Para otros adolescentes, cuyo trabajo académico era apenas satisfactorio antes de que se iniciara la depresión, esto causa una disminución de interés y de participación en las actividades escolares, las ausencias se multiplican y finalmente reprueban.

CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS ADOLESCENTES.

Las actitudes suicidas constituyen una de las causas más comunes de muertes innecesarias de adolescentes. Con demasiada frecuencia, el suicidio se reconoce en forma retrospectiva

y se descubren una serie de indicios claros que se hubieran podido conocer antes. Un buen diagnóstico y una buena atención de los adolescentes deprimidos, pueden evitar muchas acciones suicidas, pero cuando el médico no tuvo oportunidad de entender al paciente antes de su intento suicida, lo único que le queda es tratar con los efectos de médicos las complicaciones ocasionadas por el intento, para después empezar a reconstruir la historia que culminó en la acción suicida.

La acción suicida se puede entender según los planes que haya para realizarla. En esto hay varios aspectos: los medios o métodos para realizarlo, el lugar en el que se va hacer, y ambos unidos al hecho de comunicar los pensamientos suicidas a otros, significan que el adolescente espera ser encontrado lo suficientemente pronto después del intento, para no morir.

Los medios suicidas incluyen correr riesgos, en lo que al adolescente pueda darse cuenta sólo parcialmente de que la acción lo puede dañar; gestos suicidas, como usar ligeras sobredosis de medicina o de alcohol. El sitio que escoge también es muy importante, ya que indica quién quiere el adolescente que lo encuentre, así como la posibilidad de que esto suceda antes de que sea demasiado tarde para contrarrestar los efectos de la acción suicida. El adolescente puede decirle a un amigo lo que intenta hacer, obligándolo a jurar que guardará silencio. Puede dejar una carta en algún lugar manifiesto explicando o amenazando que está dispuesto a suicidarse en algún lugar fuera del hogar. Siempre que un adolescente planea suicidarse, es importante saber si ya lo había pensado antes, quizás sin haberlo avisado a nadie. Después del intento, el adolescente puede decir si fue o no un intento de matarse. (57)

2.5 LA INSTITUCIONALIZACION DE LOS NIÑOS Y JÓVENES.

2.5.1 Internados y Casas Hogar.

DIF:

Es un organismo público, pertenece al sector salud que por ley encabeza al subsector de asistencia social y opera en todo el territorio nacional.

ANTECEDENTES

México es un país que por sus características culturales e históricas, cuenta con una larga tradición en el establecimiento de un marco jurídico protector de la infancia, para garantizar a las niñas y los niños su desarrollo pleno y el ejercicio de sus derechos. La Constitución les reconoce las garantías que consagra para todas las personas y las reconoce en términos de igualdad, es el caso del Artículo Cuarto que obliga a los padres a preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental; el Artículo Tercero que les garantiza la gratuidad de la educación básica y la obligación de Estado, de proporcionárselas; el Artículo 123 que protege el trabajo infantil para los mayores de 14 años y lo prohíbe para los de edades menores a ese rango; el Artículo 16 que garantiza a los menores infractores, ser atendidos en instituciones especiales.

En el ámbito de las disposiciones internacionales para la protección del menor, México es un país que no sólo ha llevado esos ordenamientos a leyes supremas en su marco jurídico interno, sino también promotor de iniciativas internacionales para generar un entorno mundial más favorable para la niñez, como son la Convención sobre los Derechos del Niño y la Cumbre Mundial de la Infancia.

Entre los esfuerzos para procurar ese bienestar a la niñez, y que hoy en día se reflejan en una expectativa de vida de 72 años, resalta por su importancia el cumplimiento de las metas comprometidas para el año 2000 en la Cumbre Mundial de la Infancia, tales como:
La reducción de 50% en las defunciones debidas a enfermedades diarreicas en menores de 5 años;

La reducción en 25% en la tasa de incidencia de enfermedades diarreicas en menores de 5 años;

La elevación al 80% del uso de la terapia de hidratación oral;

La reducción en un tercio de las defunciones debidas a infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años;

La erradicación de la poliomielitis;

La eliminación de tétanos neonatal y,

La reducción de 95% de las defunciones y de 90% de los casos de sarampión. (según S.S.A. 2001)

VULNERABILIDAD SOCIAL E INFANCIA

A pesar de los logros en salud, educación, vivienda, agua potable y saneamiento básico no todos los niños del país han sido beneficiados de igual manera. Persisten desigualdades y contrastes que afectan a la infancia como a ningún otro sector.

Las dificultades económicas en que se encuentran muchas familias, conjugadas con fenómenos como el crecimiento urbano explosivo; la dispersión y aislamiento de la población rural; la merma en la base de recursos naturales y los impactos ambientales adversos; los crecientes flujos migratorios; la presencia de nuevas enfermedades como el SIDA y los cambios en los patrones culturales, están derivando en situaciones de vulnerabilidad y desprotección que se acrecientan y se agudizan en la infancia. Particularmente en aquellos grupos de menores que tienen en común, no sólo la condición de pobreza en que viven ellos y sus familias, sino también la imposibilidad de ejercer los derechos que les consagran las Leyes.

De los aproximadamente 36 millones de habitantes mexicanos menores de 18 años de edad, se ubican niñas, niños y adolescentes que por circunstancias de carácter económico, social y familiar se encuentra en situación de extrema vulnerabilidad, pobreza crónica, discriminación, marginación y prejuicios de género, pobre conciencia sobre los riesgos y consecuente tolerancia social, mayores problemas legales y sociales asociados como; incremento de conductas antisociales, cambios de estilo de vida que origina la convivencia en un medio peligroso y la carencia de medidas especiales de protección. (cifras del DIF Nacional del 2001)

El menor que trabaja en la calle o espacios públicos está más expuesto, al abandono, al maltrato, al abuso y explotación social, delincuencia, sexual, al tráfico comercial, embarazo temprano, violencia doméstica, deserción escolar y, de manera creciente fácil disponibilidad de drogas, por sus lugares de trabajo.

¿Cuál es la respuesta institucional ante este fenómeno social?

El DIF como responsable de la asistencia social y un esfuerzo conjunto por contribuir a la búsqueda de una alternativa que responda a la situación que enfrenta este sector de la población, instrumenta el Programa de Prevención de Riesgos Psico-sociales en Menores, Adolescentes y sus Familias. El cual tiene como propósitos:

Incrementar los factores de protección que eviten el inicio y el consumo de drogas en los menores y adolescentes en riesgo de ambos sexos (comprendidos entre los 6 y 18 años de edad, en situación de trabajo urbano marginal)

Favorecer las condiciones y estilos de vida familiar y social, mediante la formación de redes comunitarias.

¿Qué acciones se están realizando a nivel Nacional?

Integrar grupos de menores, adolescentes y sus familias para que desarrollen habilidades de protección mediante actividades educativo-preventivas.

Diagnosticar con la participación de la comunidad, los factores de riesgo específicos para instrumentar planes de acción.

Formar redes comunitarias que incrementen la capacidad de respuesta individual y familiar, Difundir a nivel nacional, campañas y mensajes preventivos para sensibilizar a la sociedad sobre factores de protección.

Establecer un Sistema Único de Información en Prevención para contar con indicadores de riesgo-protección a nivel nacional.

Profesionalizar al personal responsable de operar los modelos de atención e instrumentos de evaluación.

¿Cuál es la perspectiva Institucional para atender este fenómeno social?

Construir una estrategia nacional en materia de prevención que amplie su campo de acción a otros fenómenos sociales latentes que impacte y expanda factores y habilidades de protección que den respuesta no sólo a la problemática de las adicciones, sino todas aquellas que se asocian como causa y consecuencia.

Contribuir a una educación preventiva que pugne por una reeducación y reaprensión de la convivencia humana de manera igualitaria, creativa, constructiva, reforzando de esta manera la barrera de contención hacia el inicio del abuso de drogas.

ATENCION A MENORES EN EDAD TEMPRANA

Las problemáticas que se han agudizado en el País como la desintegración familiar, los hogares uniparentales y el deterioro económico que ha obligado a la mujer a incorporarse al trabajo fuera de casa, son situaciones que exponen a las niñas y los niños en edad temprana, a riesgos ocasionados por el abandono temporal, como la carencia de afecto, o la imposibilidad para detectar de manera oportuna problemas de salud, como es la desnutrición; así mismo, están expuestos a la explotación, maltrato, violencia, abuso o

accidentes como resultado de encontrarse en un ambiente desprotegido, factores todos ellos, directamente relacionados con las expectativas de futuro y oportunidades de vida de los menores.

Estas niñas y niños al no ser atendidos en un lugar apropiado, que pueda brindarles las bases para la adquisición de habilidades y destrezas, que eleve su autoestima a partir del conocimiento, ejercicio y respeto de sus derechos así como de la equidad de género, a fin de prevenir riesgos, verán disminuidas sus oportunidades de acceder a una mejor calidad de vida.

¿Qué hace el DIF para atender la problemática de riesgo de estos menores y contribuir a su formación integral?

El SNDIF coordina a nivel nacional dos programas con ese propósito: El de Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y el de Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC)

¿Qué son los C.A.D.I.?

Los C.A.D.I. son un modelo de atención para otorgar bajo un esquema integral, diversos servicios como Nutrición, Salud, Trabajo Social y Educación, con énfasis en la promoción y difusión de una nueva cultura de respeto de los Derechos de las niñas y los niños, así como de la incorporación de menores sanos discapacitados, contribuyendo también al fortalecimiento de la Integración Familiar.

¿Cuáles son los servicios que se ofrecen en el C.A.D.I.?

En los C.A.D.I. se promueve el desarrollo Infantil mediante un esquema que contempla diversos servicios brindados en un horario aproximado de 07:00 a 17:00 hrs. , estos servicios son

Nutrición.- Con el que se contribuye a elevar el estado nutricional de los menores, coadyuvando a su óptimo desarrollo y bienestar. Respaldo con el Programa de Alimentación y los Menús elaborados especialmente para Lactantes, Maternales y Preescolares que permiten ofrecer desayuno, colación y comida, y en algunos casos merienda, adecuados a los requerimientos nutricionales de las niñas y los niños.

Salud.- Que promueve, mejora y mantiene la salud física y mental del menor por medio de acciones preventivas de control, promoción y educación para la Salud. Respaldo con los Programas Médico, Psicológico, Odontológico, de Enfermería y los Lineamientos para la incorporación al C.A.D.I., de los menores Sanos Discapacitados.

Educativo.- Que proporciona los elementos técnico normativos para la organización y funcionamiento de este servicio, fortaleciendo el desarrollo integral y armónico de los menores se apoya en el Programa de Educación Inicial de la SEP y el Programa Recreativo DIF, que contribuye al desarrollo físico, mental y social de las niñas y los niños, a través de actividades lúdico-recreativas que permitan su expresión y creatividad.

Trabajo Social.- Se contribuye al fortalecimiento familiar a través de diversas acciones y del Programa Escuela para Padres, capacitando y orientando a éstos, sobre aspectos de

salud, alimentación, educación y de desarrollo, para la prevención de riesgos físicos y emocionales en los miembros que la componen.

¿Cuál es la Cobertura de los CADIS?

Actualmente operan 276 C.A.D.I en 24 Estados de la República Mexicana, en los que se atiende a una población de 26mil 390 menores de acuerdo a los datos obtenidos de la última estadística realizada en 1998.

¿Qué es son los Centros Asistenciales Infantil Comunitarios (CAIC)?

Es un espacio de protección temporal que proporciona asistencia integral a las niñas y los niños con horarios establecidos con base en la demanda de la propia comunidad.

¿Cuál es el objetivo de los CAIC?

Proporcionar protección y formación integral a las niñas y niños entre 2 y 5 años 11 meses que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad, a través de acciones educativas y asistenciales que propicien la interrelación con su familia con la sociedad y con su ambiente para que logren en el futuro integrarse en condiciones favorables al ámbito social. Prevenir los riesgos a que están expuestos dichos menores, asociados al abandono temporal tales como accidentes, abuso, maltrato e incursión en la calle.

¿Cuál es el sustento educativo de este programa?

La propuesta educativa de los CAIC se presenta en los Manuales de Actividades Pedagógicas para niños de 2 y 3 y 4 y 5 años, los cuales están sustentados en el planteamiento oficial de Educación Inicial de la SEP, en el que la interacción del niño con el niño y el niño con el adulto, es el eje articulador de toda la acción educativa.

¿A quién se atiende en los CAIC?

Niñas y niños entre 2 y 5 años 11 meses de edad, que viven en condiciones de vulnerabilidad social cuyas madres, carecen de prestaciones de seguridad social y califiquen como sujetos de la asistencia.

¿Qué servicios proporciona?

Seguridad y cuidado; educación y estimulación temprana con el programación oficial de Educación Inicial; alimentación; prevención y asistencia para la salud, orientación familiar y comunitaria;

Actualmente el programa opera en 12 Entidades Federativas; cuenta con 2056 Centros en los que se atiende a 67,881 menores. (58)

“Pero a pesar de los muchos intentos que ha hecho el Gobierno y las instituciones privadas por disminuir el índice de niño en la calle, es lamentable decir que cada año el número de niños en las calles ha aumentado según informes de la UNICEF, estos datos ya fueron mencionados anteriormente”.

2.6EL INTERNADO INFANTIL GUADALUPANO

ANTECEDENTES:

El Internado Infantil Guadalupano es una institución a cargo de los Hermanos Lasallistas y sostenida por un patronato, da atención a 152 niños abandonados y de la calle (producto de hogares desintegrados o disfuncionales, con problemas de conducta, con diferentes grados de inadaptación, en situación de extrema pobreza)

Los menores pueden llegar al Internado canalizados por Instituciones gubernamentales: Consejo Tutelar de Menores y Dirección General de Prevención y Tratamiento.

Lugares de procedencia:

-Procuraduría de Justicia, a nivel general, como a nivel de lo relativo a lo familiar y defensa del menor.

-Protección Social, encargada de atender a los niños de la calle.

-Desarrollo Integral de la Familia.

-Pueden llevarlos sus propias familias.

-Pueden llegar solos.

El perfil de ingreso que se presenta en estos menores:

-Niños de la calle.

-Niños en la calle.

-Toxicomaniacos.

-Problemas familiares que inciden en la conducta del menor.

-Problemas familiares resultantes de otras problemáticas como:

- Abandono total.
- Abandono parcial.

Es importante considerar que casi un 15% de los casos se ignoran datos sobre sus familias. Por otro lado la información que se tiene de muchas otras familias es parcial, pero solo se conoce las problemáticas de las familias:

- Extrema pobreza.
- Maltrato o abuso.
- Desintegración familiar.
- Familia disfuncional.

El Internado busca llevar a cada niño, mediante un proceso personal a descubrir, crear y desarrollar sus capacidades y cualidades como ser humano y a poner en común la riqueza que de Dios ha sembrado en cada persona, en su medio y en su tiempo para enriquecimiento propio y de la sociedad. Para ellos, a los menores se les proporciona: albergue, alimentación, vestido y educación.

Se busca reintegrarlos al sistema educativo nacional y promocionarlos en la escuela hasta el sexto grado de educación básica, posteriormente asisten a las escuelas de los alrededores. Por otro lado se procura darles alguna capacitación técnica que les permita una rápida inserción al mercado laboral.

En los casos que es posible se busca siempre el acompañamiento de la familia, manteniendo y reforzando el vínculo del menor con la misma, y haciendo sentir la responsabilidad que ésta tiene en la educación del 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 hay casos que desertan del programa cuando aún no es conveniente que lo hagan.

Ayudar a construir o reconstruir el presente de los muchachos requiere de una idea, una estructura y mucha confianza en ellos. El Internado cuenta con un modelo que se ha experimentado por varios años, este consiste en: a) la constitución de un equipo que atienda a los muchachos, b) el empleo de un enfoque pedagógico, c) las etapas de formación, d) la organización de actividades.

Objetivos del Internado:

- Proporcionar albergue, educación, alimentación, cultura y recreación a jóvenes en situación en riesgo.
- Proporcionar atención de calidad y calidez a los menores, con la finalidad de promover, prevenir y rehabilitar a los niños y adolescentes.

2.7 LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

ANTECEDENTES:

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A. en formación de enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Vuelve al Teacher's College en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.

CONCEPTOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, lo que a ella le levó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación propia de la enfermera. Ya desde su época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de salud. Como enfermera se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma: " La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que constituyen a la salud o su recuperación, actividades que realizaría por sí misma 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" (Virginia Henderson 1946)

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de las cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socio-culturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

NECESIDADES:

- *Necesidad de oxigenación (respirar normalmente)
- *Necesidad de nutrición e hidratación (comer y beber de forma adecuada)
- *Necesidad de eliminación (eliminar los residuos corporales)
- *Necesidad de moverse y mantener buena postura (moverse y mantener posición deseada)
- *Necesidad de descanso y sueño (dormir y descansar sin perturbaciones)
- *Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas (elegir sus prendas de vestir)
- *Necesidad de termorregulación (temperatura corporal dentro de los parámetros normales)
- *Necesidad de higiene y protección de la piel (mantener el cuerpo limpio)
- *Necesidad de evitar peligros (evitar los riesgos y evitar lesionar a otros)
- *Necesidad de comunicarse (poder expresar temores, emociones y opiniones)
- *Necesidad de vivir según sus creencias y valores (realizar prácticas religiosas según su fe)
- *Necesidad de trabajar y realizarse (realizar un trabajo en la cual este satisfecho)
- *Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas (poder jugar y entretenerse)
- *Necesidad de aprendizaje (aprender, descubrirse o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos necesarios disponibles)

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de modo diferente con el fin de crear y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelaciones existentes entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el

estado del individuo como un todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recoger los datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades.

LA SALUD. INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA- CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o falta de voluntad".

INDEPENDENCIA.

La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA.

Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Se agrupa en tres posibilidades.

- 1.- *Falta de fuerza.* La capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y capacidad intelectual.
- 2.- *Falta de conocimientos.* En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre su propia salud y situación de enfermedad.
- 3.- *Falta de voluntad.* Es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

3. METODOLOGÍA

Está investigación partió de los expedientes clínicos que ya existían anteriormente, se analizaron para tenerlos como base para saber cuáles eran las necesidades de salud que ya existían, cuales eran repetitivas y cuales se presentaban por primera vez. Éstos se encontraban en los archivos del departamento de enfermería y en los archivos de trabajo social, en los cuales se pudo encontrar las patologías que cada interno ha padecido desde su ingreso al internado.

De igual forma se buscó la bibliografía necesaria para elaborar el marco teórico y para poder diseñar la cedula de recolección de datos, con la que se obtuvieron los elementos necesarios para la valoración de salud de los niños y adolescentes del Internado Infantil Guadalupano (ver anexo 2) esta valoración se llevo a cabo dentro del Internado en un tiempo de tres semanas, en la cual se interrogaba, se observaba y auscultaba a cada uno de los jóvenes.

Una vez recopilados los datos por los instrumentos de valoración, fue necesario procesarlos estadísticamente (ver anexo 3) permitió llegar a la conclusión en relación a los objetivos planteados.

Al terminar el procesamiento de los datos y su presentación en los cuadros así como el análisis de los mismos, quedo de manera más clara cuales serían las propuestas a elaborar en esta investigación. Finalmente con toda la información recabada, con la experiencia obtenida durante el servicio social se elaboraron las conclusiones resultado de toda la investigación.

En esta investigación sólo se valoro al 66.3% de los menores, esto debido a que el 33.7% restante asiste a escuelas media superior y superior, y el horario de servicio social, era el mismo que ellos ocupan para asistir a sus respectivas escuelas, por lo que no fue posible valorar a todos los jóvenes del internado, únicamente se valoraron a los menores que asisten a la primaria encontrándose esta dentro del mismo internado.

3.1 VARIABLES

VARIABLES

- Nombre
- Edad
- Escolaridad
- Dinámica familiar (tipo de familia)
- Perfil de ingreso (motivo de ingreso, responsable del menor, edad de ingreso, tiempo de estancia)
- Necesidades de salud (por órganos y sistemas)
- Consultas hospitalarias (urgencias y especialidad)

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Tipo

-**Transversal:** Porque se examinaran las características de un grupo en un momento dado y durante un tiempo limitado.

-**Retrospectiva:** porque se hizo una revisión de los expedientes de los internos que habían sido previamente estudiados y de ahí partir la investigación.

-**Descriptiva:** Define cuales son los problemas detectados en el transcurso del servicio social.

-**Analítico:** Porque fue necesario realizar una comparación del estado de salud con el que contaban los menores antes de realizar esta investigación, con los resultados obtenidos en la valoración realizada

3.2.2 Diseño.

Para la realización de esta investigación se analizaron libros de metodología de la investigación, programa de servicio social y tesis anteriores.

Los recursos utilizados fueron:

-**Recursos humanos:** Un pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
Un medico pediatra.
Una trabajadora social.
Dos pasantes en la Licenciatura de Trabajo Social.

-**Recursos materiales:** Una computadora y material de papelería.

-**Recursos financieros:** 4 mil pesos.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La observación: Es la más común de las técnicas de investigación, y conduce a la sistematización de los datos, esta técnica fue utilizada para la obtención de datos mas precisos.

La entrevista: Fue la relación directa que se estableció con los menores y el objetivo fue de obtener testimonios orales. Se utilizó la cedula de valoración (anexo 2), útil para registrar los datos de esta investigación.

3.4 UNIVERSO DE TRABAJO

Institución: Internado Infantil Guadalupano A.C.

Edades : De 8 a 15 años.

Domicilio: Reforma No. 471 Col. Lomas Estrella, Delegación Iztapalapa.

Nivel Académico: Básico (primaria)

Universo: 154 menores. (varones)

Muestra: 102 menores. (varones)

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Después de haber valorado a 102 niños y jóvenes del Internado Infantil Guadalupano durante siete meses mediante una cédula de valoración (ver anexo 2) Se llegó al siguiente análisis:

1.- Necesidad de oxigenación

Durante los siete meses que duró esta investigación, 32 internos padecieron las siguientes infecciones de vías respiratorias:

- Amigdalitis el 31%
- Faringitis el 26.4%
- Laringitis el 26.4%
- Tos el 24.5%
- Otitis el 7.8%

Muchas de estas afecciones son causadas por no prevenir estas enfermedades por ejemplo: les gusta mojarse la cabeza, después que terminan de jugar y cuando lavan su ropa por estar jugando terminan todos mojados.

También se detecto que 18 jóvenes fuman, 3 cigarros a la semana aproximadamente.

2.-Necesidad de Nutrición

Dentro del Internado se les proporciona una alimentación balanceada, toman leche y comen fruta todos los días; el cereal y las verduras las comen seis veces a la semana; el pan y el huevo lo comen tres veces a la semana. Además consumen cinco tortillas al día aproximadamente.

El 90% tiene caries dental. Ellos ya ingresaron al internado con esta patología.

Se logró detectar que treinta y dos internos padecieron diarrea por diversas causas, cinco de ellos relacionada a intolerancia alimentaria y los veintisiete internos restantes relacionado a infecciones intestinales, esto debido a que en algunas ocasiones se les permite comer en la calle, y en estos lugares no existen las normas higiénicas adecuadas.

Cuarenta y cinco internos manifestaron dolor abdominal relacionado a infecciones intestinales y a la ansiedad que existe antes de realizar algún examen.

3.-Necesidad de eliminación

Cinco de los internos padecen de estreñimiento, esto relacionado al consumo inadecuado de líquidos y fibra.

La enuresis se presento en diez internos, su principal etiología es de tipo psicológica, pues estos niños sufrieron de abuso físico y verbal por parte de sus progenitores.

Además seis internos padecieron de infecciones de vías urinarias.

4.- Necesidad de movilidad

Seis internos por estar jugando o por pelearse se fracturaron, cuatro tuvieron fracturas en miembros superiores y dos en miembros inferiores.

Se detectó a dos menores con limitaciones físicas, uno relacionado a artritis reumatoide juvenil, lo cual le impide correr; El otro menor relacionado a un accidente automovilístico que le produjo diversas fracturas, pero en su domicilio no recibió los cuidados adecuadamente trayendo esto complicaciones al menor en meses posteriores, debido a esto tiene limitaciones en ambos brazos.

5.-Necesidad de descanso y sueño

Existen diversas alteraciones de sueño.

Cuatro menores padecen de insomnio, dos de ellos porque tienen poco tiempo dentro del internado y no están acostumbrados a dormir a una hora determinada y los otros dos menores en ocasiones cenar demasiado.

Ocho internos sufren de pesadillas, estos mismo temen a la oscuridad, pues creen que pueden venir las personas que los han maltratado o temen ver a monstruos.

6.-Necesidad de vestir adecuadamente

Los 102 niños pueden vestirse solos. Y todos cuentan con ropa adecuada para las épocas de frío y calor, pues el Internado les facilita la ropa.

7.-Necesidad de termorregulación

Todo el internado cuenta con buena ventilación e iluminación.

Para tener buen control dentro del Internado se divide en cinco secciones: Sección de chicos, medianos, grandes, secundaria y terminal. En la sección de chicos, todos duermen en un amplio dormitorio, en la sección de medianos las habitaciones son para cuatro personas, cuentan con cuatro camas, mesa de tareas, un pequeño ropero, dos focos y una ventana; En la sección de grandes los cuartos son individuales, cuentan con una cama, un closet, una mesa, un foco y una ventana. El único problema de estas habitaciones es el espacio muy reducido.

Las secciones de secundaria y terminal también son cuartos individuales.

8.-Necesidad de higiene y protección de la piel

Todos se bañan 2 veces al día, el primero se realiza a las 6:00 de la mañana, y la segunda vez la realizan después de la hora de juego.

Después de cada alimento deben lavarse los dientes, hábitos que comienzan a aprender.

Deben de lustrar sus zapatos todos los días, para no recibir una sanción.

Debido a que son niños, y algunos un poco distraídos, pierden con facilidad los cortaúñas que se les proporcionan, y esto se refleja en que no todos tengan las uñas cortas.

9.-Necesidad de evitar riesgos y peligros

Como cualquier niño, les gusta jugar, empujarse y correr, sin medir los riesgos, pues creen que nunca les va a ocurrir ningún accidente, hasta que estos suceden, como consecuencia, seis jóvenes se fracturaron, uno sufrió una herida en la cabeza, tres más sufrieron heridas en la cara y ocho sufrieron heridas en otras partes del cuerpo.

Y solo cincuenta y siete jóvenes saben a grandes rasgos qué hacer en caso de sismos y diecisiete jóvenes saben que hacer en caso en incendios.

10.-Necesidad de comunicación

En algunas ocasiones les resulta difícil expresar lo que piensan o sienten, se detectó que les tienen más confianza a sus profesores y a las enfermeras, pero le tienen menos confianza a los encargados de sección.

Cuando están enfermos, algunos no lo dicen por temor a que el tratamiento resulte doloroso (le tienen temor a las inyecciones un 95%)

11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores

A todos los jóvenes se les infunde la religión católica, esto a que los hermanos encargados del internado son Lasallistas.

Dentro de los valores que consideran más importantes es el amor, a pesar de que la mayoría ha carecido de éste, y consideran menos importante la honestidad, probablemente porque han sido decepcionados por muchas personas.

12.-Necesidad de trabajo y realización

Los talleres son muy importantes dentro del internado, pues por medio de ellos se les enseña un oficio a los jóvenes que no desean seguir estudiando y puedan desempeñarse en el futuro. Se imparten 4 talleres, estos empiezan a enseñarse a los 12 años.

13.-Necesidad de aprendizaje

Lo más significativo en esta necesidad es que nueve jóvenes tienen dificultades para hablar, de estos ocho reciben tratamiento por medio de una licenciada en ciencias de la educación, por medio de terapias de lenguaje.

Cuatro jóvenes tienen dificultad para escribir y leer y dos más tienen dificultad para aprender: estos también reciben tratamiento.

14. -Necesidad de juego y recreación

A todos les gusta practicar algún deporte; la mayoría prefiere el fut-boll, 2 veces a la semana tienen su clase de educación física y 5 veces a la semana, en la media hora del recreo se llevan a cabo diversos toneos deportivos organizados por el director de la primaria.

Cada mes salen de paseo a museos o parques de diversiones.

5. DISCUSIÓN.

La situación de los niños y niñas en México se ve deteriorado debido al problema socioeconómico que afecta al país lo que conlleva crisis intra familiar, la que en ocasiones se desintegra llevando a los hijos menores de edad a vivir en la calle o ser llevados a instituciones de asistencia social para ser educados y por otra parte evitar la agresión hacia ellos.

Dentro del marco teórico abordado, en este estudio encontramos, que los niños que son vulnerables a ser agredidos tanto física como emocional son aquellos que provienen de familias de las colonias o barrios marginados, ya que se ven obligados a salir a trabajar para ayudar a la familia, por lo tanto dejan de ir a la escuela para dedicarse a trabajar en las calles a saber: lavado de coches, vender algún producto, lustrar zapatos o mendigar, lo que trae como consecuencias que el niño al ver que obtiene ingresos económicos por el mismo, decide quedarse a vivir en las calles.

Pero el menor al quedarse a vivir en la calle se expone a la drogadicción, abuso sexual, delincuencia, y a recibir maltrato por sus compañeros y por la misma policía. Además no debemos olvidar que los niños dentro de la familia sufren de extrema pobreza, maltrato, abuso, desintegración familiar y abandono total o parcial.

Por lo antes mencionado es por lo que la sociedad aunada a los esfuerzos estatales de dar una atención integral a los niños y las niñas del país ha establecido las casas hogar para niños y niñas las cuales no son suficientes para alojar a todos es por ello que salen grupos sociales que organizan internados para apoyar a una mejor formación tanto física como mental al menor, es así que el internado Infantil Guadalupano pretende dar respuesta a dichas necesidades.

Al realizar la valoración de necesidad de los niños del Internado nos damos cuenta que las necesidades biofisiológicas se debe de poner mayor atención en el control del niño sano, la necesidad de oxigenación es la de mayor prioridad debido a problemas respiratorios; en cuanto a lo nutricional 90% padece de caries dental; en eliminación encontramos estreñimiento, enuresis e infecciones de vías urinarias; en movimiento y postura se detectó fracturas, los que pueden ser prevenidos.

Las necesidades psicológicas y socioculturales y espirituales, son de gran importancia para su crecimiento, desarrollo y salud mental; ya que por el hecho de estar dentro del internado tienen problemas en su estado emocional, pues proceden de familias disfuncionales, son niños de la calle o son pequeños infractores.

Por lo que se destaca lo siguiente: En la necesidad de descanso y sueño, algunos niños presentan insomnio, pesadillas; en la necesidad de protección de la piel el internado fomenta hábitos higiénicos a los cuales se necesitan reforzar constantemente; en la necesidad de evitar peligros se encuentra que no conocen los factores de riesgo relacionados con los accidentes; en la necesidad de comunicación se ve la limitación de

En la necesidad de vivir según sus valores y creencias consideran que el valor más importante es el amor, esto coincide con el marco teórico que nos dice que la falta de atención de la madre, los niños y las niñas lo perciben como desamor; pero en contraste se da cuando ellos le dan la menor importancia al valor de la honestidad.

En la necesidad de trabajo y realización está se cubre con los talleres del internado, lo que tienen como objetivo darles un oficio con el que puedan enfrentar la economía en su futuro. En la necesidad de aprendizaje existen jóvenes que tienen problemas para hablar, otros dificultad para leer y escribir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

En relación con el objetivo específico en el que se solicitaba identificar las principales necesidades de salud que con frecuencia son encontradas en la población del Internado Infantil Guadalupano, se observó que las necesidades principales necesidades de salud son: necesidades de oxigenación, necesidad de nutrición y necesidad de evitar peligros. Cabe destacar que el 40% de esta población han ingerido alguna droga, y que algunos provienen de familias disfuncionales.

En el grupo de estudio se encontró que la población de mayor porcentaje en edad es de 12 años con un 22.56%. En cuanto a escolaridad todos se encuentran en la primaria.

El motivo de ingreso de los menores al internado fue por diversas causas: sus familias son de bajos recursos económicos, son niños abandonados y maltratados. El tiempo de estancia de los menores varía, puede ser de días, hasta años.

En lo referente a salud, se detectaron diversos problemas de salud: el 31% padecieron de infecciones de vías respiratorias altas; el 26.4% padecieron infecciones intestinales; el 4.9% sufre de intolerancia alimentaria; el 4.9% sufre de estreñimiento; el 90% tiene caries dental; el 5.8% padeció de infección de vías urinarias; el 5.8% sufrió fracturas y el 25% sufrió de heridas.

El 100% de la población es católica.

El 100% de la población es de sexo masculino.

El 85% de la población tiene buenos hábitos de higiene.

El 17.6% de la población fuma.

El 70% de la población tiene un peso acorde con su talla.

En cuanto a la atención de enfermería el 89% de los niños acudieron al departamento de enfermería por diversos casos de salud: físicas y psicológicas (heridas, golpes, tristeza etc.)

RECOMENDACIONES

Derivado de las conclusiones anteriores se presentan las siguientes recomendaciones:

Fomentar los programas de educación para la salud enfocada a la prevención de enfermedades infecciosas.

Por ser el grupo de adolescentes el que predomina, es necesario un programa de educación sexual, pues tienen mucha inquietud por saber acerca de su sexualidad, tienden a hacer preguntas acerca de los métodos anticonceptivos y de cómo pueden prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Para superar los trastornos psicológicos que la mayoría de estos menores padece, se sugiere un programa de salud mental.

Se sugiere que en años siguientes el número de pasantes de enfermería aumente a 3 pasantes; ya que resulta muy difícil atender a más de 100 niños un solo pasante de enfermería.

Finalmente con la información obtenida y con el año de servicio social, es importante la elaboración de un programa para pasantes de la Licenciatura en Enfermería en donde queden determinadas las actividades y funciones que pueden realizar los pasantes, los cuales son necesarios para poder cumplir con los objetivos de la institución y del departamento del mismo.

Se espera que con esta investigación y con estas sugerencias se logre mejorar el nivel de salud de los niños y adolescentes que se encuentran en el Internado Infantil Guadalupano.

Bibliografía

Tamayo Y Tamayo Mario, El proceso de la investigación científica, Ed. Limusa S.A. DE C.V. , México 2000.

Pérez Martínez Ramón Alberto, Metodología de la investigación científica aplicada a la salud pública, Ed. Trillas, México 1991.

Guido Macias, Introducción al desarrollo infantil, Ed. Trillas, México D.F. 1994.

Walter R. Antan, Atención médica de los adolescentes, Ed. Noriega Limusa. México 1994.

Milton J.E. Senn, Trastornos de la conducta y del desarrollo en el niño, Ed. Pediátrica. Barcelona España 1980.

Wolf Sula, Trastornos psíquicos del niño causas y tratamientos, Ed. Siglo veintiuno, Estado de México 1991.

L. J. Stone, El escolar de 6 a 12 años, volumen 5, 2da edición, ediciones Horne S. A. E. Argentina 1982.

Mc. Kinney Jhon Paut, Psicología del desarrollo edad adolescente, Ed. Manual moderno, México 1995.

Nieto Herrera Margarita, Anomalías del lenguaje y su corrección, editor Francisco Méndez Oteo, México D.F. 1991.

Villalobos Pérez José de Jesús, Gastroenterología, 4ta edición, Méndez editores, tomo I y II, México 1993.

Gerald B. Merenstein, Manual de pediatría, Ed. Manual moderno, México D.F. 1997.

Parakrama Chandrasoma, Patología general, 2da edición Ed. Manual moderno S.A. de C.V. México D.F. 1997.

Steven Parker, Pediatría del comportamiento y del desarrollo, Ed. Masson-Little, Brown S.A. Barcelona España 1996.

González Saldaña Napoleón, Infectología clínica pediátrica, Ed. Trillas México D.F. 1997.

E. Papalia Diane, Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia, Ed. Mac Graw Hill Interamericana, Santa fe de Bogotá Colombia 1992.

Rodríguez Suárez Romero, Urgencias pediátricas, Ed. Interamericana 4ta edición México D.F. 1996.

www.inegi.gob.mx

www.geocites.com-congreso2001

www.derechoshumanos.laneta.org-prevencionde-iniuvenil.htm 2000

www.cyberpadres.com-serpadres-familia-ruptura-3segund.matrimonio.htm 2000

www.casa-alianza.org-es-index-es.html 2001

www.dif.gob.com.mx

ANEXO 1

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
México 1999

CAUSAS	NACIONAL	
	NUMERO	TASA
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19268	695.8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7346	265.3
Influenza y neumonía	3117	112.6
Enfermedades infecciosas intestinales	1996	72.1
Infecciones respiratorias agudas	1110	40.1
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	1052	38.0
Accidentes	1634	59.0
Septicemia	585	21.1
Agresiones (homicidio)	98	3.5
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	132	4.8
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	578	20.9
Las demás causas	3367	121.6

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR
México 1999

CAUSAS	NACIONAL	
	NUMERO	TASA
Accidentes	2523	11.3
Tumores malignos	1049	4.7
Agresiones (homicidios)	332	1.5
Malformaciones congénitas y malformaciones	461	2.1
Insuficiencia renal	180	0.8
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	250	1.1
Influenza y neumonía	208	0.9
Desnutrición	162	0.7
Infecciones respiratorias agudas	54	0.2
Enfermedades infecciosas intestinales	172	0.8
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	102	0.5
Las demás causas	1990	8.9

NOTA: tasa por 100, 000 habitantes nacidos vivos registrados

FUENTE: INEGI Dirección general de estadística, cinta magnética.
SSA Dirección General de Estadística e Informática.

ANEXO 2
CEDULA DE VALORACIÓN

Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____

1.- OXIGENACIÓN

Presentaron disnea: _____

Tos productiva: _____ Tos seca: _____

Dolor asociado con la respiración: _____

Cuántos fuman: _____ Cuántos cigarrillos fuman al día: _____

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Ingesta de alimentos por semana: _____

Leche () pollo () carnes rojas ()

Frutas () verduras () tortilla ()

Pan () huevo () pescado ()

Cereal ()

Intolerancia alimentaria: _____

Patrón de ejercicio: _____

Turgencia de la piel: _____

Heridas: _____

Mucosas: _____

Caries: _____ sin caries: _____

3.- ELIMINACIÓN

¿Cuántos sufrieron de diarreas frecuentes? _____

¿Cuántos padecieron de estreñimiento? _____

¿Cuántos sufrieron de ardor y de dolor a orinar? _____

¿Cuántos padecen de eneuresis? _____

¿Entre qué edades? _____

Prácticas higiénicas que realizan: _____

4.- MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Realizan alguna actividad física, frecuencia y dónde?

¿Cuántos internos sufren de alguna limitación física que les impide practicar algún deporte?

Necesitan ayuda para la deambulación: _____

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: _____

Horario de sueño: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____

¿Cuántos padecen de insomnio? _____

¿Cómo se manifiesta? _____

¿A cuántos internos se les interrumpe el sueño? _____

Motivos de interrupción del sueño: _____

6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Se visten solos o necesitan ayuda: _____

Eligen su ropa: _____

Visten de acuerdo a su edad: _____

Cuentan con ropa adecuada para distintos cambios de temperatura:

7.- TERMORREGULACIÓN

¿Cuál es la temperatura de su preferencia?

Tipo de ventilación e iluminación de los habitantes:

8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Frecuencia del baño: _____

Momento preferido del baño: _____

Frecuencia del cepillado de dientes: _____

Frecuencia de lavado de manos: _____

Cambio de ropa: _____

Limpieza de zapatos: _____

Lugar frecuente del cuerpo donde se originan las heridas: _____

Tipo de heridas: _____

Motivos de las heridas: _____

Lubricación de la piel: _____

Corte de uñas: _____

¿Qué importancia le dan a la higiene personal?

Corte de pelo: _____

9.- EVITAR LOS PELIGROS

¿Cómo reaccionan los internos ante emociones fuertes?

¿Cuáles son los riesgos que existen dentro de del internado?

Regularmente cada cuándo se les realiza un examen médico

¿Existen animales dentro del internado?

¿Conocen los menores medidas preventivas para las enfermedades?

¿Qué tipo de enfermedades saben prevenir?

¿Conocen medidas preventivas ante tormenta, sismos, inundaciones e incendios?

10.- COMUNICACIÓN

¿Con qué personas se comunican de la mejor manera?

En general sus estados de ánimo son de: _____

A menudo cambia su estado de ánimo: _____

Existen problemas de lenguaje: _____

11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que profesan: _____

¿Qué prácticas religiosas realizan con frecuencia?

¿Cuáles son los valores mas frecuentes en sus vidas?

12.- TRABAJAR Y REALIZARSE

Ocupación: _____

Cómo se sienten en la escuela: _____

Talleres que se imparten en el internado: _____

13.- APRENDIZAJE

¿Tienen algún problema de aprendizaje?

Les resulta fácil aprender habilidades de aprendizaje:

14.-JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Actividades que realizan en su tiempo libre:

Existen recursos dentro del internado para el juego y recreación:

¿Qué actividades recreativas rechazan?

¿Qué otras actividades recreativas realizan en el internado?

Actividades recreativas fuera del internado:

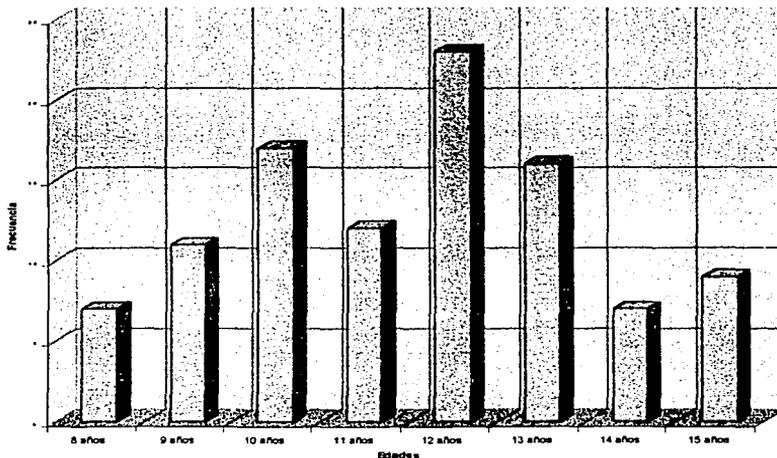
ANEXO 3
Cuadro No. 1

Distribución de la Edad de los Niños del Internado Infantil Guadalupano

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
8 años	7	6.87
9 años	11	10.78
10 años	17	16.66
11 años	12	11.76
12 años	23	22.56
13 años	16	15.68
14 años	7	6.87
15 años	9	8.82
Totales	102	100

Fuente: Valoración realizada a un grupo de 102 niños del Internado Infantil Guadalupano del 10 de Enero al 30 de Julio del 2001. México, D.F.

Gráfica No. 1



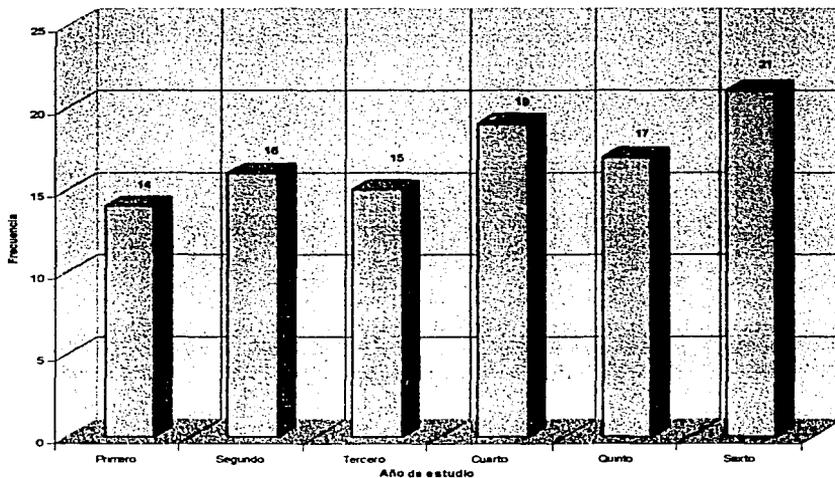
Análisis: En la gráfica Observamos que el mayor porcentaje de la población es de 12 años con un 22.56% y el menor porcentaje son los niños de 8 y 15 años con un porcentaje de 6.87%

Cuadro No. 2
Escolaridad

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Primero	14	13.72
Segundo	16	15.69
Tercero	15	14.7
Cuarto	19	18.63
Quinto	17	16.67
Sexto	21	20.58
Totales	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 2



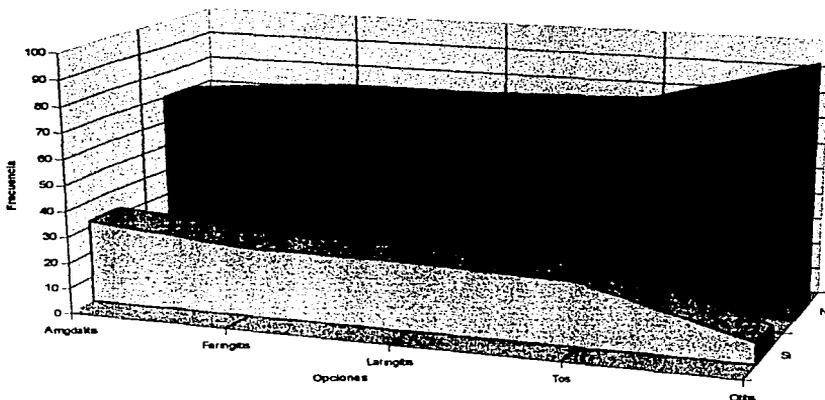
Análisis: En esta gráfica observamos que el mayor número de alumnos asiste al sexto grado, siendo 21 menores con un porcentaje de 20.58%, y el grupo que tiene menos alumnos es el primer grado con 14 menores el 13.72%

Cuadro No. 3
Necesidad de Oxigenación

Opciones	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total	Porcentaje
Amigdalitis	32	31	70	69	102	100
Faringitis	27	26.48	75	73.52	102	100
Laringitis	27	26.48	75	73.52	102	100
Tos	25	24.5	77	75.5	102	100
Otitis	8	7.8	94	92.2	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 3



Análisis: En esta gráfica podemos observar que en 7 meses 32 internos el 31% padecieron infecciones de vías respiratorias altas.

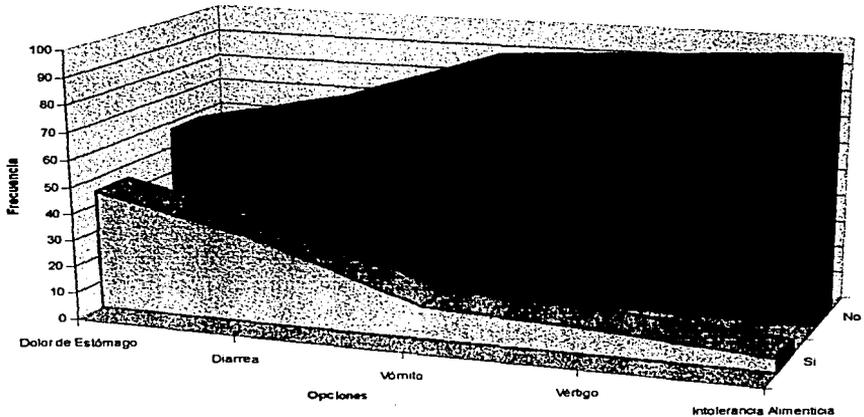
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Cuadro No. 4
Necesidad de Nutrición

Opciones	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total	Porcentaje
Dolor de Estómago	45	44	57	56	102	100
Diarrea	32	31	70	69	102	100
Vómito	12	11.7	90	88.3	102	100
Vértigo	9	8.9	93	91.1	102	100
Intolerancia Alimenticia	5	4.9	97	95.1	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 4



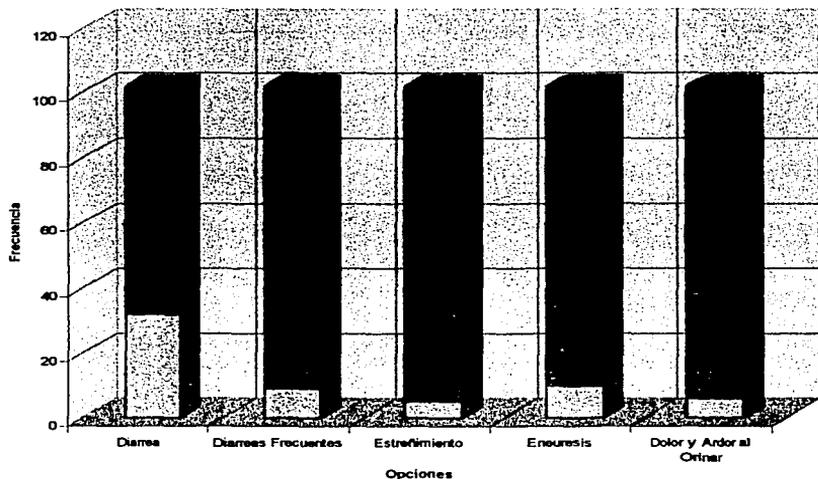
Análisis: En esta gráfica podemos observar que en siete meses 45 internos el 44% sufrió de dolor de estómago por diversas causas y 32 internos el 31% padeció de síntomas diarreicos, la mayoría de estos casos relacionados a infecciones gastrointestinales.

Cuadro no. 5
Necesidad de Eliminación

Opciones	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total	Porcentaje
Diarrea	32	31	70	69	102	100
Diarreas Frecuentes	9	8.8	93	91.2	102	100
Estreñimiento	5	4.9	97	95.1	102	100
Eneuresis	10	9.8	92	90.2	102	100
Dolor y Ardor al Orinar	6	5.8	96	94.2	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 5



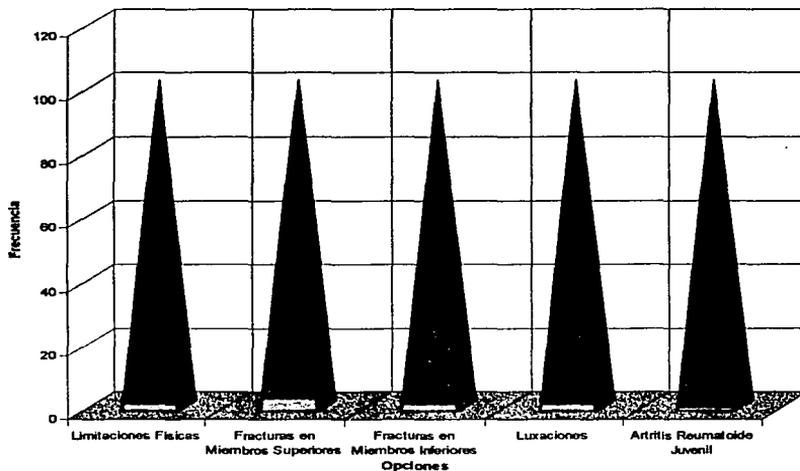
Análisis: En esta gráfica podemos observar que de los 32 internos el 31% que padeció síntomas diarreicos, 9 de ellos el 8.84% padecía diarreas frecuentes. Y 6 internos el 5.8% padeció Infecciones de vías urinarias.

Cuadro No. 6
Necesidad de Movilidad

Opciones	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total	Porcentaje
Limitaciones Físicas	2	1.9	100	98.1	102	100
Fracturas en Miembros Superiores	4	3.9	98	96.1	102	100
Fracturas en Miembros Inferiores	2	1.9	100	98.1	102	100
Luxaciones	2	1.9	100	98.1	102	100
Artritis Reumatoide Juvenil	1	0.9	101	99.1	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 6



Análisis: en esta gráfica podemos observar que en siete meses 6 internos tuvieron fracturas en miembros superiores e inferiores.

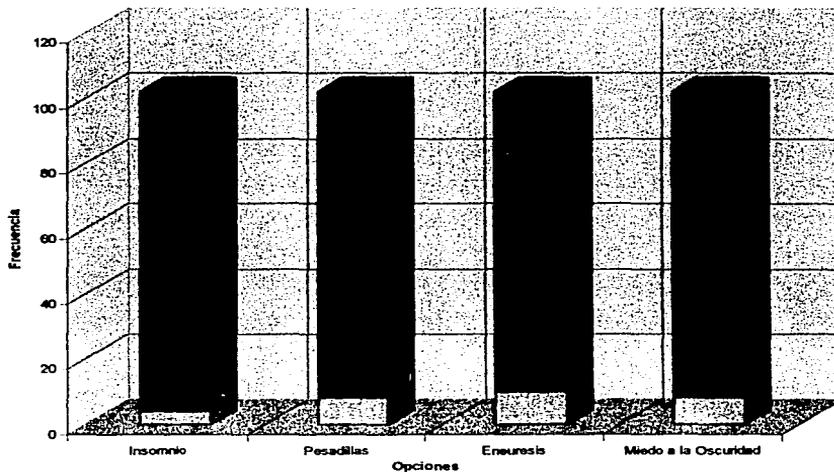
Y 2 internos el 1.9% sufren de limitaciones físicas.

Cuadro No. 7
Necesidad de Descanso y Sueño

Opciones	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total	Porcentaje
Insomnio	4	3.9	98	96.1	102	100
Pesadillas	8	7.8	94	92.2	102	100
Eneuresis	10	9.8	92	90.2	102	100
Miedo a la Oscuridad	8	7.8	94	92.2	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 7



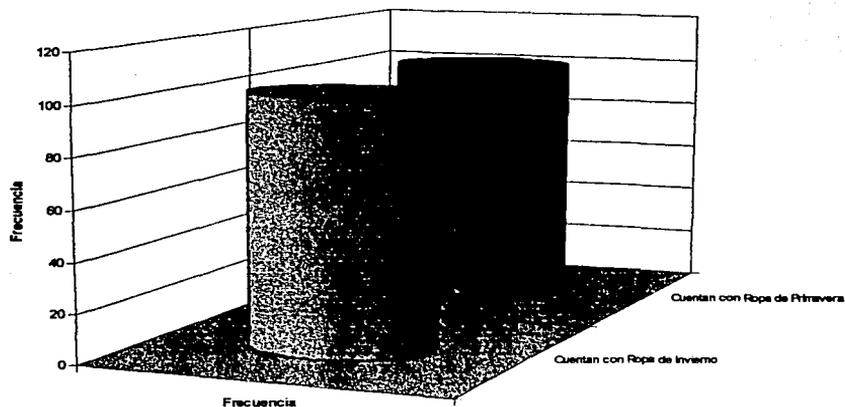
Análisis: En esta gráfica podemos observar que 10 internos el 9.8% padece de eneuresis relacionada a traumas psicológicos. Y 8 internos el 7.8% tienen miedo cuando se apaga la luz a la hora de dormir

Cuadro No. 8
Necesidad de Vestir Adecuadamente y Termorregulación

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Cuentan con Ropa de Invierno	102	100
Cuentan con Ropa de Primavera	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 8



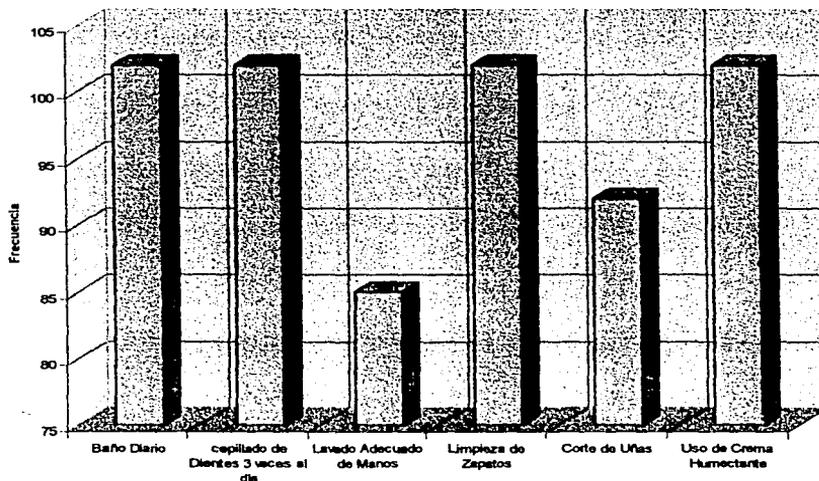
Análisis: cada temporada de invierno y primavera se les proporciona ropa adecuada a los 102 internos, consta de chamarras, suéteres y pantalones de mezclilla en tiempo de frío y shorts y playeras en temporadas de calor. Todos visten de acuerdo a su edad.

Cuadro No. 9
Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Baño Diario	102	100
cepillado de Dientes 3 veces al día	102	100
Lavado Adecuado de Manos	85	83.3
Limpieza de Zapatos	102	100
Corte de Uñas	92	90.1
Uso de Crema Humectante	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 9



Análisis: en esta gráfica se puede observar que los 102 internos, el 100% se baña diario, se lavan los dientes 3 veces al día, diario lustran sus zapatos y a todos se les proporciona crema humectante.

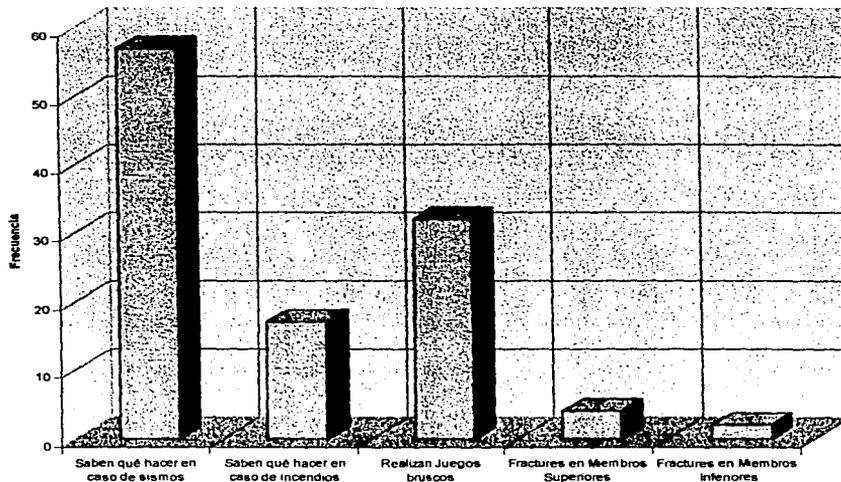
* Nota: El corte de pelo se realiza una vez al mes.

Cuadro No. 10
Necesidad de Evitar Riesgos y Peligros

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Saben qué hacer en caso de sismos	57	56
Saben qué hacer en caso de incendios	17	16.66
Realizan Juegos bruscos	32	31
Fractures en Miembros Superiores	4	3.9
Fractures en Miembros Inferiores	2	1.9

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 10



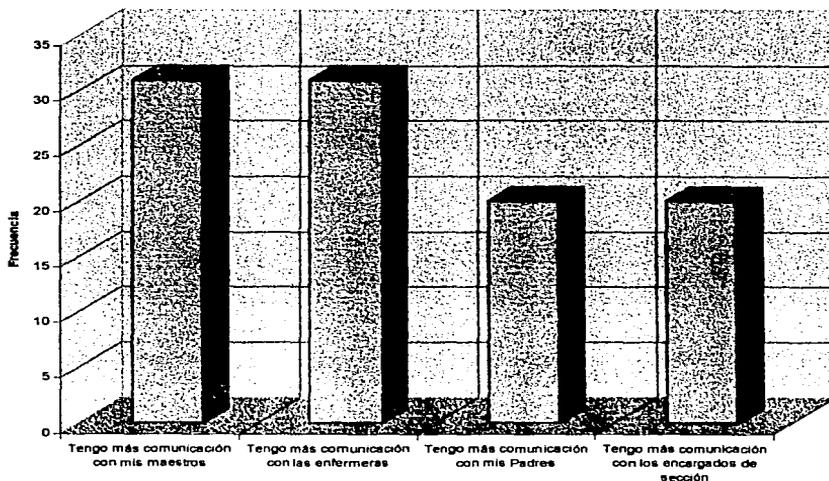
Análisis: La mayor parte de estos niños y adolescentes no conocen los factores de riesgo que les puede ocasionar un accidente. Y solo 57 internos el 56% conoce a grandes rasgos qué hacer en caso de un sismo

Cuadro No. 11
Necesidad de Comunicación

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Tengo más comunicación con mis maestros	31	30.4
Tengo más comunicación con las enfermeras	31	30.4
Tengo más comunicación con mis Padres	20	19.6
Tengo más comunicación con los encargados de sección	20	19.6
Totales	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 11



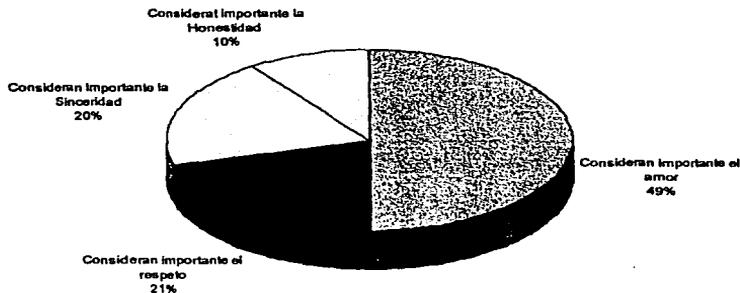
Análisis: En esta gráfica se puede observar que los internos tienen más confianza para expresar sus sentimientos y problemas con sus maestros y con las enfermeras que realizaron Servicio Social dentro del Internado con un 30.4% cada una respectivamente

Cuadro No. 12
Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Consideran importante el amor	51	50
Consideran importante el respeto	21	20.6
Consideran importante la Sinceridad	20	19.6
Considera importante la Honestidad	10	9.8
Totales	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 12



Análisis: El 100% de los internos son católicos, esto debido a las normas religiosas del internado.

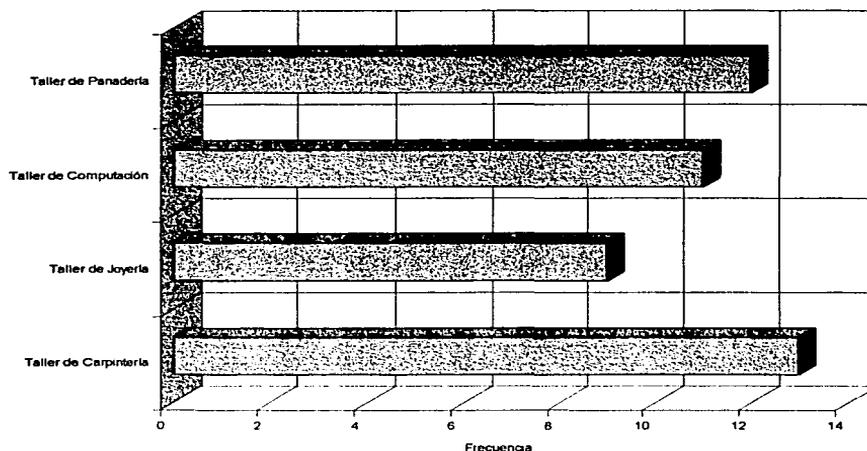
51 jóvenes el 50% considera importante el amor como valor, pero solo 10 el 9.8% consideró como valor importante la honestidad

Cuadro No. 13
Necesidad de Trabajo y Realización

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Taller de Carpintería	13	12.7
Taller de Joyería	9	8.8
Taller de Computación	11	10.7
Taller de Panadería	12	11.7

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 13



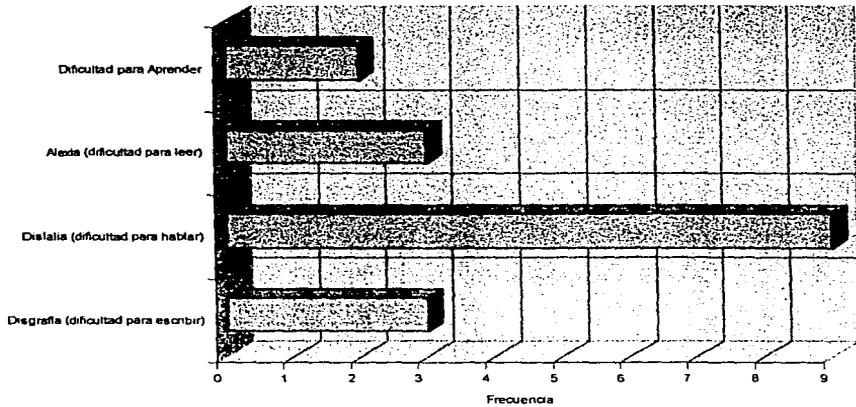
Análisis: De los 102 internos, solo 45 internos el 44% realizan talleres, de estos: 13 (12.7%) realizaron talleres de carpintería; 12 (11.7%) se encuentran dentro del taller de panadería; 11 (10.7%) se encuentran dentro del taller de computación; y 9 (8.8%) están en taller de joyería.

Cuadro No. 14
Necesidad de Aprendizaje

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Disgrafía (dificultad para escribir)	3	2.9
Dislalia (dificultad para hablar)	9	8.8
Alexia (dificultad para leer)	3	2.9
Dificultad para Aprender	2	1.9

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 14



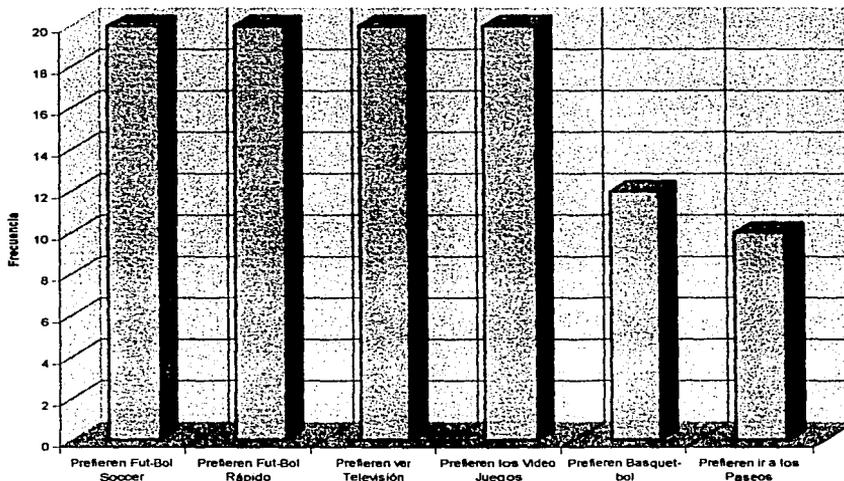
Análisis: De los 102 internos 3 (2.9%) padece de disgrafía, 9 (8.8%) padecen de dislalia, 3 (2.9%) padecen de alexia y 2 (1.9%) tienen dificultad para aprender

Cuadro No. 15
Necesidad de Juego y Recreación

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Prefieren Fut-Bol Soccer	20	19.6
Prefieren Fut-Bol Rápido	20	19.6
Prefieren ver Televisión	20	19.6
Prefieren los video Juegos	20	19.6
Prefieren Básquet-bol	12	11.76
Prefieren ir a los Paseos	10	9.8
Total	102	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 15



Análisis: De esta gráfica se puede deducir que los deportes que más les gusta son el Fut-bol Soccer y Fut-bol rápido con un 19.6% cada uno respectivamente. Pero sólo el 9.8% prefiere ir de paseo.