

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PROBLEMÁTICA  
PSICO-SOCIAL DEL MENOR DE 0 A 12 AÑOS ATENDIDO EN EL HOSPI  
TAL INFANTIL " SAN FRANCISCO DE PAULA "

ARCINIEGAS NAVARRO LEDYS

Trabajo de Grado presentado  
como requisito parcial para  
optar al título de Trabaja  
dora Social.

Asesora: Dra Hermencia Sarmiento B.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

BARRANQUILLA, OCTUBRE 1985

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

DIRECTIVA

RECTOR	Dr JOSE CONSUEGRA H.
VICE-RECTOR	Dr LEONELO MARTHE Z.
DECANO	Dr JORGE TORRES DIAZ.
VICE-DECANO	Dr CARLOS OSORIO.
SECRETARIA ACADEMICA	Dra MARIA TORRES A.
ASESORA	Dra HERMENCIA SARMIENTO B.

BARRANQUILLA, OCTUBRE DE 1985

NOTA DE ACEPTACION.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE DEL JURADO.

\_\_\_\_\_  
JURADO:

\_\_\_\_\_  
JURADO:

BARRANQUILLA, OCTUPRE DE 1985

DEDICATORIA

A mis padres Luis Elber Arciniegas y María Esther de Arciniegas; quienes me han brindado su apoyo moral y económico en todos los momentos de mi vida, particularmente en la culminación de mis estudios. Viendo realizados sus anhelos como padres, y sintiéndose satisfechos y orgullosos de brindarme todo su apoyo.

## AGRADECIMIENTO

Es un honor para mí expresar mis agradecimientos a las personas que hicieron posible la elaboración de este estudio. En especial agradezco la colaboración prestada por el Hospital Infantil San Francisco de Paula.

Al Departamento de Psicología, la coordinadora Margarita Racedo, quien brindó su asesoría profesional, contribuyendo a la realización del estudio.

Al Departamento de Trabajo Social quien por intermedio de su Trabajadora Social Ladis Mendoza, colaboró generosamente para el logro de los objetivos propuestos.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	15
1. ESTUDIO DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.	16
1.1 BOSQUEJO HISTORICO.	16
1.2 ASPECTO FISICO DE LA INSTITUCION.	18
1.3 OBJETIVOS INICIALES.	18
1.3.1 Objetivos Actuales.	19
1.4 POLITICAS INICIALES Y ACTUALES.	19
1.4.1 Políticas Iniciales.	19
1.4.2 Políticas Actuales.	19
1.5 RECURSOS FINANCIEROS.	19

1.6	ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA INSTITUCION.	21
1.6.1	Distribución de Funciones.	21
1.6.2	Toma de Decisiones.	22
1.6.3	Proceso Administrativo.	22
1.7	POPLACION ATENDIDA.	23
1.7.1	Edad.	23
1.7.2	Sexo.	23
1.7.3	Nivel Social.	24
1.8	PROGRAMACION DE LA INSTITUCION.	25
1.8.1	Servicios que presta la Institución.	26
1.9	FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE LA INSTITUCION.	27
2.	DESARROLLO PSICO-SOCIAL DE LOS MENORES DE 0 A 12 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.	30
3.	PROBLEMAS PSICO-SOCIALES MAS PPREVALECIENTES EN LAS EDADES DE 0 A 12 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL HOS PITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.	59

3.1	DESINTEGRACION FAMILIAR	60
3.2	INTERVENCION DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA FRENTE A LA PROBLEMATICA ESTUDIADA	63
3.2.1	Funcionamiento del Departamento de Psicología	63
3.2.2	Problemática del menor atendido en el Departamento de Psicología del Hospital Infantil San Francisco de Paula.	65
3.2.2.1	Problema de Conducta	89
3.2.2.2	Problemas del Aprendizaje	93
3.2.2.3	Retardo Mental	97
3.2.2.4	Neurosis	102
4.	INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A LA PROBLEMATICA PSICO-SOCIAL DE LOS MENORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA	108
	CONCLUSIONES	118
	RECOMENDACIONES	121
	BIBLIOGRAFIA	123
	ANEXOS	126

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla No.1: Consultas atendidas en el Departamento de Psicología del Hospital Infantil San Francisco de Paula.	69
Tabla No.2: Edades de los menores atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital San Francisco de Paula.	71
Tabla No.3: Pacientes según el sexo.	73
Tabla No.4: Procedencia de los Pacientes.	73
Tabla No.5: Escolaridad de los Menores.	75
Tabla No.6: Motivo de la Conducta.	80
Tabla No.7: Diagnóstico.	83
Tabla No.8: Tratamiento.	85
Tabla No.9: Evaluación.	85
Tabla No.10: Seguimiento de Casos.	87

## INTRODUCCION

El estudio Psico-social de los menores de 0 a 12 años de edad atendido en el Hospital Infantil San Francisco de Paula se constituye como tema de investigación para la obtención del título de Trabajadora Social en la Universidad Simón Bolívar.

Los problemas Psico-social su origen se fundamenta en el seno familiar debido a conflictos internos que conllevan a obstaculizar el normal desarrollo de sus descendientes, producidos por el medio ambiente o las relaciones internas familiares. La no atención oportuna a estos problemas acarrea serios estragos en el equilibrio emocional de los menores que forman parte de la célula familiar, presentándose en ellos problemas de agresividad, ansiedad y otros que repercuten directamente sobre la personalidad del menor.

El estudio es importante en la medida en que se analizan los problemas psico-sociales desde varias perspectivas de las disciplinas de la salud, médicos, parámetros: psicólogo

gos, Trabajador Social y otros, que desde sus especialidades conceptúan e intervienen orientando al paciente y su familia sobre la forma como atender los problemas psico-sociales que padece el menor.

Los problemas psico-sociales de los menores tienen sus inicios desde el embarazo de la mujer, causados ya sean por problemas sociales o fisiológicos que repercuten directamente en el desarrollo emocional y físico de los infantes. Se persigue con esta investigación estudiar los factores psico-sociales del menor atendido en el Hospital Infantil San Francisco de Paula que incide en el desenvolvimiento de estos y su superación en el desarrollo psico-social desde las perspectivas de Trabajo Social.

Para un mejor entendimiento del tema este se ha dividido en tres (3) capítulos iniciándose con el estudio detallado de la Institución que permite tener una claridad de Hospital para un mejor desenvolvimiento de los profesionales en su accionar dentro de ella, conociendo los objetivos y políticas que persigue la Institución y su proyección a la comunidad; llegando a descubrir en una forma real y objetiva la intervención del Trabajador Social, en donde este cuenta para realizar su accionar profesional mínimas herra

mientas que le permita una mejor intervención frente a la problemática de los menores que acuden a la institución o para ser atendidos por consulta externa o para ser internados en el hospital.

En el Segundo capítulo describe las teorías relacionadas a las etapas evolutivas del menor desde cuando es concebido hasta llegar a la pubertad, estudiando las formas del desarrollo normal que debe tener un menor desde el vientre de su madre hasta llegar a esta etapa de la vida.

Continuando con la investigación se analizan los factores psico-sociales que inciden directamente en el menor, esencialmente en la base de la sociedad; que es la familia, causada por los estragos que propicia este sistema imperante en donde cada día los medios de producción llevan a la célula familiar a presentar desajustes en su interior, originados por agentes externos tales como el medio ambiente, y el factor económico inmiscuyéndose en los internos: psicológico, educativo, social y otros conllevando a presentar en ellas las diferentes fases de la desintegración. En este mismo capítulo se describe el Departamento de Psicología de la Universidad del Norte, en convenio con el Hospital Infantil San Francisco de Paula. En todo el transcurso del funciona

miento el Hospital ha atendido a setecientos noventa y nueve (799) menores hasta el año anterior (1979-1984) y treinta (33) problemas psicológicos; estudiando de ellas las cuatro (4) enfermedades de esta área más prevalentes en la institución, teniendo en cuenta de ellas los aspectos físicos, sociales y su posible tratamiento.

Se finalizan los capítulos con la intervención del Trabajador Social frente al problema psico-social; para ello no solamente se basa en las teorías del área de la salud sino psiquiatría hasta llegar a las teorías del Trabajo Social en familia; en donde los orígenes de estos problemas tienen sus raíces, siendo la primera sociedad del estado, donde la intervención profesional va más allá; haciendo una coordinación de trabajo, por un lado, el tratamiento psicológico por parte del profesional de ésta área y por el otro el tratamiento social haciendo ver a la familia la intervención de ella en la rehabilitación de la enfermedad de su hijo; la cual no es ajena a los problemas agobiantes que se presentan en esta sociedad producto del sistema imperante para llegar a plantear las alternativas de intervención de esta problemática; se hizo un estudio a cinco (5) menores que llevarón a formular el accionar profesional frente a estos problemas, tratando el aspecto social que incide di

rectamente en el menor, en su desarrollo armónico produciendo problemas emocionales como inestabilidad, ansiedad que inciden directamente en el menor.

## 1. ESTUDIO DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA

En este primer capítulo se describirá todo lo relacionado al Hospital Infantil San Francisco de Paula como epicentro donde se desarrolla la investigación, en la cual se hace necesario conocer todo su desenvolvimiento, para de esta forma observar con que herramientas cuentan los profesionales para realizar sus labores que a su vez va a repercutir directamente en las personas que acuden a la prestación de los servicios médicos, paramédicos y hospitalarios.

### 1.1 BOSQUEJO HISTORICO.

El Hospital Infantil San Francisco de Paula surge por iniciativa de la enfermera Elsa Poncallo; quién en el año 1930 vive una experiencia bastante dolorosa, pues en sus brazos muere una niña por falta de implementos necesarios para practicarle una operación urgente, debido a que en la ciudad de Barranquilla no se contaba con hospitales infantiles que

prestarán sus servicios a la población infantil. Es así como nace la inquietud por parte de esta enfermera de fundar una institución que prestara los servicios a la población infantil de menores recursos económicos.

En 1936 se crea la primera parte del Hospital contando con diez (10) camas y consulta externa. Pasando un tiempo con ayuda del Doctor Pumarejo Alfonso se logró conseguir la donación de mil pesos (\$1000) por cada empresa; con esto se construye el resto del Hospital y solamente se presta atención médica a los hijos de los empleados de dichas empresas.

El propósito de la Señorita Boncallo, era prestar atención médica gratuita al infante pero esto no se pudo realizar porque los recursos con que contaba la institución eran muy bajos, fue así como solicitó al gobierno un auxilio el cual dona el treinta por ciento (30%) de los gastos; el setenta por ciento (70%) por cuenta de los pensionados una cuota fija de consulta externa y emergencia y la cuota de los enfermos y media pensión. Se solicita la donación de las diferentes empresas ubicadas en la ciudad de Barranquilla.

Se crea el servicio de pensionados con el fin de que todo lo producido sea destinado a ayudar a los servicios de caridad, cuenta con el treinta por ciento (30%) de los gastos dados por el gobierno.

## 1.2 ASPECTO FISICO DE LA INSTITUCION.

Cuenta el Hospital Infantil San Francisco de Paula con oficinas de Administración (Contabilidad, Pagaduría, Dirección Técnica), Departamento de Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Estadística, cuenta con salas de pensionados clasificados en tres (3) categorías. Pensionados A.B.C Sala de Conferencia, Sala General, Emergencia, Sala de Cuidados Intensivos, Sala de Infectocontagiosos, Sala de Quemados, de Prematuros, Banco de Sangre, Farmacia, Laboratorio, Cocina, Lavandería. Además cuenta con cinco (5) consultorios médicos para consulta externa.

## 1.3 OBJETIVOS INICIALES.

- Procurar alivio a la dolencia de la niñez de menor recursos económicos.
- Ofrecer a las Empresas, Sindicatos y Cooperativas de Barranquilla un eficiente servicio para pensionados como único fin de que todo lo producido que se obtenga sea destinado a ayudar a los servicios de caridad.

### 1.3.1 Objetivos Actuales.

- Prestar un servicio mediato adecuado para lograr la rehabilitación de la población infantil.
- Proyectar los servicios de pensión personas que cuentan con recursos, con el fin de destinar todo lo producido a ayudar a los servicios de caridad.

## 1.4 POLITICAS INICIALES Y ACTUALES

### 1.4.1 Políticas Iniciales

Brindar atención gratuita a la población infantil.

### 1.4.2 Políticas Actuales

- Ajustar las tarifas de servicios de hoy rigen para los diferentes pensiones a consideración y estudio de quién solicita los servicios.

## 1.5 RECURSOS FINANCIEROS.

Cuenta con los auxilios del gobierno, las cuotas fijas de

La Contabilidad tendrá como funciones específicas llevar los libros de contabilidad, ingresos y egresos, ejecución, presupuestal, elaboración de cheques, nóminas, sueldos y cesantías, primas, vacaciones, jubilados por parte tiene la dirección general y la dirección técnica; tiene como funciones la vigilancia de los servicios de asesoría, establecer la solicitud de materiales.

El departamento de Planeación tiene como funciones los métodos y sistemas estadísticos.

La supervisora o jefe de comunidad cumple funciones específicas dentro de la institución como son:

Contratación de personal de enfermeras y oficios varios (Jardineros, lavanderos, costureros, aseadoras). Programa el horario de los turnos correspondientes al cuerpo paramédico y al personal de oficios varios.

Los jefes de cada una de las salas (Ortopedia, Lactante, Quemados, Medicina Interna, Quirúrgica, Santa Cecilia, Pabellón de Avianca y Media Pensión). Cumplen las siguientes funciones.

Atención permanente a los pacientes, control de medicamentos e historias clínicas, egresos e ingresos de pacientes.

consulta externa, emergencia y pensionados.

Actualmente el Hospital por presentar déficit en su presupuesto el Ministerio de Salud giro una partida de cuatro millones (\$4.000.000) de pesos con el fin de minimizar la crisis en que se encuentra este Hospital.

## 1.6 ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA INSTITUCION.

### 1.6.1 Distribución de Funciones

Ha sido elaborado en base al organigrama diseñado por la institución con el fin de jerarquizarse cada una de las dependencias y funciones asignadas.

Distribución de funciones: En primer término aparece la presidente y propietaria la cual tiene a su cargo la estructura organizativa de la institución y la supervisión de la misma.

Otra de la dependencia existente es la administrativa la cual tiene como función la correspondencia, archivo, compra pedidos, contratos de trabajo, caja menor, papelería, consignación, cardex.

Consulta externa dividida en: Consultas atendidas por médicos especialistas y médicos internos con diferentes turnos quienes realizan historias clínicas a los pacientes en donde se dan los casos de hospitalización. Los jefes internos son médicos especialistas que supervisan a los médicos practicantes internos. Contratan a su vez los turnos diurnos y nocturnos que atienden a emergencia, consulta externa y las diferentes salas.

#### 1.6.2 Toma de Decisiones (Ver Organigrama)

Estas decisiones tienen una acción objetiva que les permita alcanzar las metas en la mejor forma, es así como la Presidente del Hospital Infantil San Francisco de Paula tiene a su cargo la Organización del Hospital para prestar un mejor servicio a la comunidad, y a la vez el Director Técnico toma decisión a nivel técnico, curativo y preventivo de los beneficiados sobre los servicios que presta la institución

#### 1.6.3 Proceso Administrativo

En el Hospital Infantil San Francisco de Paula el proceso administrativo se lleva en forma coordinada entre la presidenta, el director, el subdirector y el grupo multidisciplinario

plinario que sigue un propósito destinado a la prestación de un mejor servicio con relación a la curación y rehabilitación de las personas que soliciten el servicio.

#### 1.7 POBLACION ATENDIDA

El Hospital Infantil San Francisco de Paula presta los servicios a la población infantil, el cuidado del niño esta bajo la dirección de personas con experiencia y preparación en el desarrollo infantil tanto físico como psicológico utilizando técnicas recreativas.

##### 1.7.1 Edad

El Hospital Infantil San Francisco de Paula ha determinado atender a la población infantil que oscila de 0 a 14 años, los niños a esta edad no pueden interrumpir el ciclo de su vida y su desarrollo, es así que cuando se interna a un niño, el hospital en algunos casos realiza tratamientos terapéuticos de acuerdo a la enfermedad que deben cumplirse de manera tal que el ritmo de vida y de crecimiento puedan continuar.

##### 1.7.2 Sexo

Los niños atendidos en el Hospital Infantil San Francisco

de Paula pertenecen a ambos sexos.

### 1.7.3 Nivel Social

La mayor demanda por solicitud de servicios médicos son las personas que pertenecen a las zonas marginadas donde no existen en su gran mayoría centros hospitalarios, que es ten de acuerdo con su situación económica; a pesar de esto se presentan un setenta por ciento (70%) de casos de personas que no tienen con que cubrir el total de la cuenta al darle de alta al paciente.

El sector de la salud atendido no ofrece adecuada atención en este campo ni agradable posibilidad en las zonas urbanas. Posiblemente ello se debe al crónico estado de las grandes masas y a la ausencia de infraestructura médica.

Nivel de Acción. Clasificación estadística de los barrios.

La clasificación estadística de la población atendida en el Hospital Infantil San Francisco de Paula es el siguiente:

A nivel de barrios: La Sierrita, El Bosque, Sourdís, Rea lengo, La Luz, La Esmeralda, Carrizal, El Ferry, La Chini

ta, Rebolo, San Nicolás, Los Olivos, Cordialidad, La Ceiba, Montes, Circunvalar, Las Palmas, La Victoria, Palermo, Las Nieves, La Paz, Chiouinourá, El Valle, Primero de Mayo, Santuario, Las Flores.

A nivel Municipal: Malambo, Soledad, Saranoa, Puerto Colombia, Repelón.

A nivel Departamental: La Guajira, Sincelejo, Córdoba, Sucre, Magdalena y Bolívar.

#### 1.8 PROGRAMACION DE LA INSTITUCION

Toda institución privada o pública debe tener una programación que siempre va dirigida al bienestar de la población que solicita sus servicios.

A nivel general los programas creados por el Hospital están dirigidos a procurar el alivio a la dolencia de la niñez de escasos recursos económicos teniendo en cuenta la población marginada: Geográfica, Cultural, Social y Económica es la que presenta un mayor riesgo de las enfermedades, se hace necesario contar con el apoyo de todos los miembros que la

boran en la institución a fin de cumplir con cada una de las actividades que forman parte de la programación, creada por este organismo, los cuales están dirigidos a salvar vidas de la población infantil.

En la institución se cumplen además programas de orden preventivo, rehabilitación, asistencia médica, social y psicológica. Se pretende con esto mejorar las condiciones de salud de los niños más necesitados de nuestra población.

#### 1.8.1 Servicios que presta la Institución

El Hospital Infantil San Francisco de Paula presta los siguientes servicios: Servicios de Emergencias durante veinticuatro (24) horas inclusive feriados y domingos. Consulta externa, Cirugía General, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Servicios de Prematuros (Incubadora), Servicios de Infecciones contagiosas, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Cardiología, Oftalmología, Urología, Rayos X, Psicología, Fisioterapia, Trabajo Social, Tratamientos especiales para quemados, Hematología, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y Bacteriológico.

Especialistas que laboran en el hospital. En la institu

ción laboran una serie de especialistas de las diferentes ramas de la salud. Anestesiólogos, Cirujanos Generales, Pediatras, Neurocirujanos, Oftalmólogos, Otorrinolaringólogos, Ortopedistas, Bacteriólogos, Fisioterapeutas, Radiólogos, Cardiólogos, Odontólogos, Cirujanos del Tórax, Cirujanos Plásticos, Ginecólogos, Urologos, Toxicólogos, Psicólogos y Trabajadora Social.

#### 1.9 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.

Dentro del Hospital Infantil San Francisco de Paula la persona encargada de dirigir el departamento de Trabajo Social es un profesional titulado en esta disciplina, quien desempeña las funciones de auxiliar. Realiza las siguientes funciones:

Recepción de casos. Una vez llegado el paciente con su acompañante se toman los datos de acuerdo a la ficha existente. (Ver Anexo). Los datos en su mayor parte son suministrados por el familiar acompañante del menor quien se hace responsable frente a la institución. Debe tomarse los datos de la ficha al familiar del paciente debido a que son menores de edad y muchos de estos no dan respuestas satisfactorias a las preguntas que contempla la ficha socio-económica.

mica. Para luego realizar una clasificación socio-económica acorde con la situación que presenta la familia.

Esta clasificación se subdivide así: Clasificación A.B.C. D.P. está última es aquella donde el paciente se declara indigente por no contar con suficientes recursos económicos.

Para comprobar lo manifestado, la Trabajadora Social contacta estos con visitas domiciliarias que realiza a los hogares de los menores recluidos en el Hospitalito.

Otra de las funciones de la Trabajadora Social en la institución es la orientación a los familiares de como debe utilizar adecuadamente los recursos con que cuenta el hospitalito en una forma racionalizada que satisfagan las necesidades de salud que presentan los menores.

Realiza remisiones de pacientes a otras instituciones de salud de acuerdo a la enfermedad que presente. Entre estas están Bienestar Familiar donde se remiten los menores abandonados en la institución o que en el hogar presentan problemas de manutención. Hospital del Niño Jesús, CEMES

CAT (Centro Médico de Escanografía de la Costa Atlántica S.A).

Estas son todas las funciones que cumple el Trabajador Social del Hospital Infantil San Francisco de Paula como se nota no realiza todas las funciones dentro del área de la salud a consecuencia de que labora medio tiempo y a que la institución no cuenta con recursos económicos suficientes para atender este servicio tan importante para la comunidad.

2. DESARROLLO PSICO-SOCIAL DE LOS MENORES DE 0 A 12 AÑOS  
DE EDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO  
DE PAULA.

Para tener un conocimiento científico sobre el desarrollo psico-social de los menores de 0 a 12 años de edad, el profesional de Trabajo Social debe conocer los procesos y cambios por los cuales va pasando la mujer en período de gestación; como es su proceso evolutivo en los aspectos biológicos, psicológicos y social, para determinar si la madre presenta problemas que pueden obstaculizar en un momento dado el normal desarrollo del niño. En este capítulo se estudiará todo el proceso evolutivo del desarrollo del embarazo hasta llegar a la última etapa de la infancia para tal efecto se recurrirá a las teorías existentes de la Psicología Evolutiva, como de la Psiquiatría Infantil; así mismo los programas establecidos por el actual gobierno (BELISARIO BE TANCUR CUARTAS) acerca de la supervivencia de la infancia y los riesgos que sufre la mujer embarazada y la etapa de puerperio.

El desarrollo sico-motriz del ser humano se inicia desde el momento de la concepción, donde la mujer embarazada juega un papel importante en el período de la gestación transmitiendo directamente al nuevo ser sus reacciones psico-sociales y cumpliendo con la función de alimentar el feto en el transcurso de nueve (9) aproximadamente, por medio de la placenta y el cordón umbilical, proporcionándole sustancias bioquímicas para su desarrollo fetal a través de la corriente sanguínea.

Es importante que la mujer embarazada acepte y comprenda los procesos por los cuales va pasando desde que concibe a su hijo hasta que lo tiene, con el fin de establecer una relación afectiva con éste influyendo directamente en el desarrollo de la personalidad del niño.

La función natural de la mujer es la procreación, en su mayor parte de perpetuar la especie, el papel fundamental es desenvolverse con pleno éxito en las tareas maternas.

"Para la mujer es un privilegio construir poco a poco, día a día y minuto a minuto un hijo o hija; por lo tanto la mujer debe aceptar su calidad y función de mujer tal como la naturaleza se la presenta y debe esforzarse en comprenderlos, amarlos y gozarlos"(1).

-----  
1. El Nacimiento de un Niño. Salvat Editores.S.A. Barcelona. 1974. p. 17

En el período de gestación cumple un papel importante en el equilibrio emocional, físico y social, que tenga la mujer embarazada, el desequilibrio de estos componentes va a producir problemas bio-físicos directamente en el nuevo ser.

En el aspecto físico la futura madre debe tener cuidados para conservar su salud y la de su hijo, enfermedades tales como Rubéola, Tuberculosis, Sífilis, Viruela, originados en el feto interna o externamente, como sordomudez, lesiones cardíacas y diferentes formas de deficiencias mentales.

Así mismo la no alimentación balanceada en la mujer embarazada va a repercutir en el peso normal que debe tener un niño siete mil quinientos (7.500) grs, produciendo bajas defensas en calorías y proteínas, además produce efectos nerviosos, esta deficiencia nutricional o de proteínas en la dieta de la mujer embarazada puede proporcionar partos prematuros. En este factor se conjugan componentes como la situación económica que atravieza la familia y el nivel cultural que se tenga sobre la dieta que debe tener en este proceso de gestación.

Es importante que la pareja antes de procrear en común acuer

do realicen exámenes bacteriológicos de sangre, con el fin de estudiar la compatibilidad sanguínea; al no efectuarse a tiempo estos exámenes puede producir anomalías o enfermedades a su nueva generación.

"La edad de la mujer que se considera adecuado para la procreación oscilan entre los 15 a 30 años aproximadamente de ahí en adelante pueden presentarse en el menor problemas bio-físicos"(2).

El estado de embarazo influye directamente en las reacciones y en el desarrollo del feto, por lo tanto la gestante debe tratar en lo necesario de aliviar cualquier problema emocional que ponga en peligro la salud de este.

"En el Instituto Fels de Investigaciones de Yellow Spring, Ohio se demostró que estos cambios pueden irritar al feto, se observó que los movimientos corporales se incrementan varios centenares de veces cuando la madre se hallaban sujeto a control emocional."(3).

-----  
2. Fuente: Conferencia de Biología. Universidad Metropolitana 1990. Barranquilla.

3. MUSEN. P, Conger J. Kagon. J. Desarrollo de la Personalidad del Niño. Editorial Trillas. México 1973. p. 98.

La futura madre trasmite a su hijo las sensaciones, emociones, sentimientos y los diferentes estados de ánimo que ella experimenta, de ahí la importancia de que la madre mantenga una estabilidad físico-social, la que va a incidir en el normal desarrollo emocional del nuevo ser.

Es importante que la mujer embarazada se prepare desde el momento del embarazo hasta la finalización de éste, instruyéndose acerca de su evolución y momento del parto, permitiendo que la gestante tenga un equilibrio emocional y pueda así prevenir y hacer ceder una serie de reflejos condicionados como la tensión, el temor, dolor que se presentan en el parto y que pueden producir en la futura madre una inestabilidad física que va a repercutir en el niño proporcionando un desequilibrio emocional.

"Read (1977) dice: El parto normal es aquel que evoluciona en buen estado físico y físico e influye en la buena marcha, de éste, para conseguir esto es requisito que la mujer reciba previamente educación adecuada sobre la evolución del embarazo y parto y la manera de colaborar en el mismo"(4).

- 
4. MEJIA, Guerrero, Diana y ARANGO de, Marta Luz. Tesis Programa de Orientación Preventiva "Embarazo, parto y lactancia materna". Monografía de Grado presentada a la Universidad del Norte. Junio 1982. p. 98

El estado emocional de la madre esta directamente ligado a factores externos o del medio social en que se desenvuelve; tales como la actitud del esposo, o padre de la criatura, la actitud de sus familiares y la de la sociedad. Estos factores cumplen una función importante en el desarrollo equilibrado de la gestante.

En aquellas familias donde no se cumplen los factores antes mencionados pueden originar anomalías físicas en la madre lo que influye directamente en la formación de su hijo, así en hogares donde existen síntomas de desintegración familiar por diferentes factores, riñas, desempleo, desajuste social inciden directamente en el feto.

Las mujeres embarazadas solteras o conocidas como madres solteras donde el progenitor niega la responsabilidad, lleva a estas a enfrentarse a problemas sociales como es: el rechazo de los padres, familiares y la sociedad; conllevando muchas veces esto a pensar en la probabilidad de un aborto legal o no, donde el embarazo es considerado por la gestante un problema social.

Estos problemas sico-sociales originan en la mujer embarazada soltera trastornos emocionales, lo que origina que el nuevo individuo presente problemas psicológicos los cuales van a repercutir en el normal desarrollo.

Otros problemas que se presentan en la mujer embarazada relacionado con el aspecto social son:

- El embarazo motivo de matrimonio de no haberse producido la gestación no se hubiera llegado al vínculo, muchas mujeres buscan con el embarazo unirse a un hombre originando secuelas que conllevan a ocasionar una desintegración por falta de previo consentimiento para la unión o matrimonio.
- El embarazo planeado, o no, ocasiona en las mujeres que realizan estudios posponer la finalización de su carrera.
- Las mujeres que no continúan sus estudios por esta situación descargan en el niño las responsabilidades por las ambiciones no satisfechas.
- Uno de los factores que ocasiona problemas a las madres modernas es salir embarazadas, por temores de perder el

atractivo y alteraciones de la figura particularmente a lo que se refiere a senos y abdomen; cayendo en el error de no amamantar a sus hijos perjudicando la parte afectiva y defensas orgánicas del menor.

Una vez cumplido los nueve (9) meses de gestación se inicia el llamado parto, este se divide en tres (3) períodos o etapas sucesivas : Dilatación, Expulsión y Alumbramiento.

La dilatación se inicia cuando el tapón mucoso se desprende y se expulsa acompañado de unas gotas de sangre clara, este es el inicio o preaviso del parto iniciándose con ellas las contracciones, estas se caracterizan por ser intermitentes, intensas, dolorosas y progresivas,. Determina además el borramiento y la dilatación del cuello uterino; alcanzada cierta dilatación se desgarran las membranas que hasta entonces protegían al feto, dando lugar a la salida del líquido amniótico, conocido más comúnmente como "rompimiento de fuente", al final de éste período de dilatación la actitud de las parturientas suele ser de cierta angustia y abatimiento debido a que cada momento que pasa las contracciones uterinas se intensifican cada vez más, se hace más doloroso. Cuando el anillo uterino alcanza los diez (10) cms de diámetro, se habla de la dilatación completa del cuello del útero; entonces

las contracciones originan un descenso efectivo del feto a través del canal genital. Este descenso despierta en la mujer una imperiosa necesidad de colaboración en la contracción de los músculos del abdomen llamada esta contracción Pujo, la colaboración de la mujer significa la parte afectiva de ella en el nacimiento del niño.

El período de expulsión se inicia cuando se abre la vulva; se necesitan pocas contracciones para que se expulsa da la cabeza al exterior; una vez expulsada esta continúan los hombros, y tras ellos el cuerpo fetal. Transcurridos cinco (5) o diez (10) minutos del nacimiento del niño, reaparecen las contracciones uterinas aunque menos enérgicas estas contracciones causan el desprendimiento de la placenta de su inserción en el útero y su expulsión al exterior. Estos fenómenos se acompañan de una pequeña pérdida de sangre, junto con cuábulos es la fase final del parto llamada período de alumbramiento.

Una vez terminado el parto que marca la expulsión de la placenta la madre presenta una tranquilidad y satisfacción por el feliz nacimiento de su hijo. El niño inicia una lucha para llevar a cabo su respiración.

Después de haber pasado este proceso, comienza una nueva etapa para la madre que es la de la alimentación materna y cui

datos del bebé.

La alimentación materna cumple diversas funciones: La de alimentación del niño y la parte afectiva entre madre e hijo. La leche materna proporciona al menor suficiente cantidad de agua, hierro, sales minerales, globulinas necesarias para la lucha contra la infección y factores antitóxicos.

El calostro o secreción preláctea de los primeros días tiene un valor nutritivo vitamínico y antiinfeccioso extraordinario.

La duración de la leche materna oscila entre los cinco (5) y los seis (6) meses; en este tiempo es necesario complementar con otra alimentación.

En la actualidad en el país se han realizado investigaciones científicas; tal es el estudio realizado en el Hospital Infantil de Santos de Bogotá, donde se observó la importancia que tiene la parte afectiva de la madre en los recién nacidos; es así como niños prematuros o de bajo peso suelen aumentar de peso, de estimulación con la relación estrecha entre madre e hijo cuando este le proporciona su calostro, permitiendo así un rápido crecimiento y desarrollo afectivo función esta que no cumplen los aparatos o instrumentos electrónicos (incubadoras).

En el proceso de succión el niño experimenta una sensación estimulante y placentera, este contacto con la madre sirve para que ella además de proporcionarle la alimentación le brinde seguridad, afectividad, amor que son importantes para la conformación de la personalidad del bebé.

El bebé que no sintió en sus labios el pezón materno por un tiempo determinado está propenso en un futuro a ser un individuo menos seguro o intranquilo. Este contacto que el niño mantiene con la madre son las primeras sensaciones que experimenta.

Esta primera parte de la vida del niño donde la alimentación juega un papel importante en la vida física, perceptiva y emocional del bebé es la denominada fase oral.

La fase anal: En principio sádico anal comprende el establecimiento de las restricciones en el curso de la cual la satisfacción está ligada a la evacuación y a la retención.

En la primera semana de vida del bebé generalmente mantiene la manos contraídas y cerca de la cara. Al ser levantado estira manos y piernas y efectúa movimientos espasmódicos que con el transcurrir del tiempo estos desaparecen, en esta fase de su vida necesita que la madre lo ayude a comunicarse con el medio ambiente; es importante que lo arruye. El llanto del niño es una comunicación particularmente importante donde a través de él manifiesta sus

sentimientos, dolores y otros.

A los dos (2) meses de vida el menor ya emite los sonidos de las vocales a-e-y si se le muestra un objeto al niño este puede seguirlo en dirección de derecha a izquierda y de arriba hacia abajo. En su fase motora mueve fuertemente los brazos.

A la edad de los tres (3) meses el menor acostado sobre una superficie plana levanta y voltea la cabeza a los lados, además flexiona las piernas, sigue emitiendo otros sonidos que ha aprendido, sigue con los ojos el movimiento circular completo de un objeto, si se le pone algún instrumento musical de sonido suave, pone atención a la música.

A la edad de cuatro (4) meses el niño coge o trata de coger los objetos que se le colocan cerca; reconoce el tetero, las manos del bebé se encuentran.

A la edad de cinco (5) meses el bebé agarra un objeto o cubo que se le facilite obtenerlos en sus manos, reconoce a esta edad a las personas que lo rodean, especialmente a su madre.

En los seis (6) meses de vida de el menor el niño permanece sentado de diez (10) a quince (15) minutos con ayuda. Estando el niño acostado es capaz de tomar sus pies con

las manos.

Su etapa evolutiva continua a los siete (7) meses en este período sostiene un momento los objetos en las manos, los pasa de una mano a otra y los golpea contra la mesa.

A la edad de ocho (8) meses el menor se sienta un minuto sin apoyo, busca objetos fuera de su alcance.

A los nueve (9) meses sostiene el biberón y come solo una galleta, a esta edad emite sonidos como: pa-pa, ma-má, además responde murmurando a quién lo llama por su nombre.

En el transcurso de los diez (10) meses el bebé toma por el mango un objeto y lo pasa de una mano a otra; espontáneamente lo saca; ya en esta fase de la vida gatea.

A los once (11) meses toma líquidos en taza o en vaso con ayuda de la madre u otra persona, indica con el dedo índice el objeto que desea además trata de sacar los cubos de la taza.

A los doce (12) meses ya el menor puede sentarse recto y sin ayuda, inicia los primeros pasos con la colaboración de un adulto, obedece órdenes sencillas, en esta fase el bebé mueve las manos para despedirse, repite la termina

ción de los nombres de las personas que lo rodean, así mismo emite voces de algunos animales como el pollito, perro, gato.

El niño juega aplaudiendo y dice claramente tres (3) palabras las de las personas u objetos que más lo rodean.

En estos últimos seis (6) meses o dos (2) semestres de vida del niño lo más importante y en esta fase es el aprendizaje de adaptación sensorial y sensitiva-motora entre la vista, el tacto y el oído. Los procesos de percepción, poder general de integración, reacción vital se ejercen por espacio de los grandes sistemas de actividad motora, ocular y también del contacto afectivo que representa para el niño el desarrollo del conocimiento del mundo exterior.

Cuando el niño no cumple una de estas fases sico-motoras o físicas es importante que estos menores sean analizados para detectar factores que inciden en su desarrollo normal.

La edad de uno (1) a tres (3) años representa un conjunto indisoluble a la vez sico-motor, intelectual y social.

En el sentido de los diez y ocho (18) meses el menor aprende a inspeccionar el mundo que lo rodea, esto represen

ta un factor importante en la evolución psicológica del niño. Chupa, prueba, araña, mira, escucha, explora, agarra, batea, actúa como si estuviera que descubrir el mundo entero en un solo día.

En esta fase los menores son especialmente agresivos, parecen empeñados en conquistar y destruir todo lo que los rodea. Utilizan sus músculos de las extremidades tanto superiores como inferiores para correr, saltar, aporriar y pegar.

Su sistema nervioso y capacidad de atención no están preparados para dedicarse a una tarea tranquila y delicada.

El niño en esta etapa no es estático a un solo juego, ponerlo en un sólo lugar es un intento fallido; lo más importante en este período de la vida del menor es el desarrollo y movimiento de los músculos y el desgaste de energía. Esta fase marca el principio de una transformación en las funciones posturales y motoras: movimientos, tonos, reflejos.

La integración motora con la coordinación progresiva de las manifestaciones de orientación Céfalocaudal y próximo distal que se hace por ondas sucesivas permite al niño adquirir una movilidad cada vez más y más elevada.

Al menor no hay que impulsarlo a realizar algo que esta por

encima de su capacidad mental y física, fracasará y con el su tutor, cuando el niño emprende una actividad es que sus músculos y nerviosos están preparados para realizarla, pero para realizar estas actividades están influenciados por causas externas tales como: una lesión cerebral o nerviosa ambiente favorable, su nutrición, enfermedad y disponibilidad de juguetes. Factores que influyen mucho para el desenvolvimiento de una infancia normal.

Es también la época en la que se desarrolla el lenguaje, es importante que los padres del niño o institutriz encargado de su cuidado utilicen para la comunicación con él un lenguaje sencillo y apropiado a su edad, con esto permite al niño entender las cosas y expresarse en una forma elocuente.

El lenguaje permite dar un paso decisivo al niño, adquire la posibilidad de separarse del presente, imagina lo virtual, la distribución de los fenómenos en el espacio y tiempo.

El niño a esta edad va creando en sí la noción de los objetos interior y exterior; va adquiriendo conocimiento de sí mismo gracias a la propiedad de los sentidos, la sensibilidad y el movimiento.

En este período surge la fase fálica, caracterizada por

la fijación de los órganos genitales como zonas erógenas.

En este estadio se constituye el complejo de edipo positivo, apego a la madre con una especie de ambivalencia y hacia el padre un cierto grado de aversión más o menos en mascarada con una actitud afectuosa.

La edad de tres (3) o siete (7) años llamado también estadio pueril y del egocentrismo. A esta edad los gestos al principio toscos y torpes, revisten un carácter de elegancia, un cierto lujo de movimientos, anda, corre y trepa con seguridad, maneja los objetos con destreza, disfruta teniendo amigos, jugando y trabajando con ellos; para el niño son años dedicados a desarrollar y perfeccionar las habilidades. Un niño a esta edad dice siempre lo que siente y lo que piensa, manifiesta a sus padres o personas que cuidan de él, sus alegrías, penas o enfermedades, es optimista, ríe, fácilmente, está lleno de ideas o preguntas, vestirse sin ayuda representa un progreso importante para su desarrollo. Esta es la época en la que la sico-motricidad del niño continúan progresando, mientras que se ejercitan cada vez más los aprendizajes senso-motores, permitiendo así que se amplie y extienda el desarrollo sico-motor.

El cerebro representa un papel importante en esta edad, debido a que controla los movimientos, gracias a su poder

coordinador y de regulación ejerciendo la misma acción sobre el lenguaje.

Los hemisferios cerebrales ejercen su control gracias al progreso de la integración y coordinación permiten en el niño adquirir habilidad manuales, el enriquecimiento de la mímica, tanto facial como gestual.

Las relaciones con los demás, la simpatía, antipatía, y discusión señalada en la primera edad se desarrollan verdaderamente.

El período de tres (3) a siete (7) años se traduce por la dependencia del medio familiar de una sociedad más positiva de una actitud más objetiva, de una personalidad más madura; es la edad en que él niño habla de la forma personal centrada sobre sí mismo abusa de la forma yo, el yo y el otro se complementan (principio del egocentrismo). El lenguaje se considera una expresión socializada; parece seguir hasta una edad avanzada más egocéntrica que en el adulto.

El lenguaje y trato social se desarrollan a la par, presentándose ayuda mutua. El creciente desarrollo de su capacidad de expresión verbal a veces causa molestia a las personas adultas. A esta edad el niño habla mucho con preguntas

que para ellos es de vital importancia.

El pensamiento del niño en esta edad, se centra en aspectos generales y esenciales.

En los aspectos generales el niño considera el conjunto ante que el detalle o lo particular, de acceso a un pensamiento representativo solo en cierta medida, pero no al pensamiento reflexivo o verbal.

Le faltan las características del pensamiento racional: un análisis y una síntesis que agoten las articulaciones de la realidad; esta insuficiencia para el análisis proviene en el niño de los descontinuos de lo que da prueba en su vida física, a consecuencia de su fatigabilidad, su falta de relatividad, resistencia de control, de actitud para la reflexión.

El niño asimila las cosas así mismo y las cosas entre ellos; su actitud y su sensibilidad son el lazo de unión que los relaciona.

En los aspectos esenciales el niño recuerda, acontecimiento pasados desde el punto de vista sensorial, los niños interpretan muy pronto los ruidos, los colores, primeramente el blanco, verde y el negro los colores cálidos rojo,

anaranjado, marrón son amenudos confundidos al final del cuatro (4) año esta evolución se precisa.

Otro aspecto importante es la percepción infantil, bastante contradictoria, esta es sobre todo global y sorprende la actitud del niño para distinguir un detalle minucioso, el juicio procede a saltar, utilizar esquemas de analogías o esquemas visuales.

En esta última fase de este estadio el menor se identifica con su propio sexo, el niño sabe que es niño y lo mismo la niña; comienza a diferenciarse en sus juegos y sus andanzas.

El juego responde a una tendencia activa en el niño, manifestada por acciones que no puede ejercer en la realidad; prepara también la actividad futura manteniendo las nuevas adquisiciones y perfeccionándolas; el juego contribuye a estimular el dominio de las actividades físicas del niño, su desarrollo intelectual y sus relaciones emocionales.

La edad de siete (7) a diez (10) años representa una edad de la razón y desde el punto de vista social el comienzo a la edad escolar, es la edad en que predomina el interés y la relación entre niños de diferentes sexos. Esta edad señala el comienzo de un cambio definido en cuanto al sexo

de los compañeros de juego varones y mujeres comienzan a separarse como regla general, las niñas son las primeras en separarse de los varones y en tener conciencia de separación, pero se trata por lo común de un alejamiento silencioso.

Los psicólogos observan una sociabilidad menos abusiva, más objetiva, el sentimiento, el carácter serio de una tarea a realizar surge a la edad de diez (10) años.

En el transcurso de estas edades la actividad manual, es diferente a la realizada en los seis (6) años.

A la edad de nueve (9) años el niño comienza a realizar sus primeros esfuerzos intelectuales; mantiene todavía su actividad verdaderamente creadora; después de dos (2) años tiene ya una finalidad práctica, al mismo tiempo aparece la seriedad aplicada a la tarea que realiza y a la actitud para el trabajo.

Lo que caracteriza el fin de este período depende para cada niño de las condiciones, medios, grupos, juegos, actividades a las cuales se entrega y del tiempo de que dispone.

La edad de diez (10) a doce (12) años (prepubertad). El

niño en esta edad es un ser de carácter variable y evolutivo que está comenzando a liberarse de las influencias de las personas adultas; se dejan influenciar por sus compañeros y se interesan mucho por lo que ellos digan.

Las niñas en esta edad diez (10) años parecen hallarse en un mismo nivel que los varones en cuanto a tamaño y madurez sexual, pero a diferencia de estos, la mayoría de las niñas muestran en el período comprendido entre los diez (10) y los once (11) años los primeros signos de la adolescencia. Las infantiles formas del cuerpo sufren ahora un proceso de ligero ablandamiento y redondeamiento, especialmente en la región de las caderas, en la región del pecho se presenta a veces una ligera proyección de los pezones.

Las niñas se hallan en este año a punto de iniciar un crecimiento más rápido en altura. Cierta número de niñas presentan un ligero vello en la pubis; pero son muy pocas las que comienzan a menstruar antes de los once (11).

Las niñas de diez (10) a doce (12) años son sumamente conscientes del desarrollo de sus pechos y pueden alarmarse si no observan ningún indicio de dicho proceso.

El crecimiento de los varones es más lento que el de las niñas en los varones se observa un ligero redondeamiento

y ablandamiento del contorno corporal, especialmente en torno al mentón y al cuello y la parte pectoral.

Esta fase de la vida del preadolescente puede ser difícil para los padres, pero la ayuda paterna es tan importante en estos años como la fue cuando el niño gateaba, balbuceaba sus primeras palabras. Es la edad en que el niño se halla en un período de transición, de preparación, se dispone para una transformación, lo que incide en el desarrollo de su personalidad.

El crecimiento físico en esta edad tiene vital importancia el menor es privilegiado en el sentido de que se observa el máximo de resistencia a la enfermedad, el mínimo de mortalidad. La formación intelectual es también muy importante debido a que se debe tener presente el concepto de la reflexión sobre la acción.

Los juegos intelectuales que hacen intervenir la comparación, el reconocimiento, como juegos de lotería, domino, desarrollan en el niño la agilidad mental, el razonamiento como son los juegos de dama, ajedrez, y la reflexión como son los juegos de adivinanzas, jerográficos y otros.

La formación moral cimentada desde los inicios de la edad escolar, serán esencialmente práctica y decisiva en la vida del niño; es necesario guiarlos en la vida cotidiana,

habituarle al trabajo, a la exactitud, a los buenos modales, a la franqueza a tener respeto de su persona, a aprender a dominarse y tener sentido de responsabilidad.

El cuidado maternal constante e interesado produce y mantiene en el niño un estado afectivo de bienestar, en cualquier etapa de crecimiento, la ausencia, la pérdida o incluso la pérdida imaginaria de las personas de quienes el menor depende, pueden interrumpir el sentimiento de bienestar afectivo, produciendo en este la sensación subjetiva de pérdida que puede ser tan intensa que responderá con un comportamiento caracterizado por algunos psicólogos como depresión infantil.

Los contactos limitados del niño con otros adultos diferentes a sus padres o con niños de edad semejante a la suya, priva a este de las experiencias necesarias para establecer una identidad de su ego por medio del proceso de identificación. Originando esto más tarde rasgos sicooáticos en el menor.

En ocasiones la conducta del futuro sociopata resulta de las frustraciones de sus esfuerzos para lograr la satisfacción de necesidades tan fundamentales como amor, seguridad, aprecio, respecto, estimulación por el éxito y la aceptación social.

El niño que se siente rechazado puede como reacción volver se resentido, rebelde, agresivo. Así establece una identidad negativa, proporcionando algunas satisfacciones de su ego.

El origen de estos trastornos se consideran como una detención en el desarrollo de la personalidad, este tipo de conducta tales como la frustración, pasividad, sexualidad desviada representa la consecuencia de una falla en el desarrollo, debido a factores emocionales, no satisfechos, de deficiencia en las relaciones interpersonales; que comenzaron a actuar durante etapas tempranas de la vida; impidiendo, el crecimiento y desarrollo normal de la personalidad del niño.

En lo que respecta a la atención del estado en la prevención de las enfermedades bio-químicas del menor; el gobierno con su actual presidente, Belisario Betancur a través del plan de trabajo "CAMBIO CON EQUIDAD", ha diseñado programas de salud, así mismo atención integral a la familia para el período comprendido de 1983 a 1986. En lo que concierne a la integración de la familia el objetivo que se ha propuesto dentro de sus políticas". Es mejorar las condiciones de empleo, ingresos y seguridad social para la familia; ampliar la cobertura de los servicios de atención que se le prestan, vinculandola en la solución de sus pro

blemas; fortalecer los servicios de educación y capacitación de la pareja; prevenir las causas que conducen a la desintegración familiar y al abandono de la niñez y fomentar la coordinación de los organismos públicos responsables de la atención a la familia"(5). El gobierno se trazó estas políticas para ejecutarlas, pero su aplicación no ha sido tan efectiva, cuando existe en el país una discordancia entre el salario mínimo y la inflación en donde los medios de comunicación en sus ediciones públicas el desbordamiento de la inflación de un treinta por ciento (30%) lo que da que la clase social desprotegida no pueda satisfacer sus necesidades; lo que conlleva a que el interior de ellas se produzcan serios problemas, como los de alimentación; originando estragos en los descendientes; afectando su normal desarrollo.

Los programas de fomentación de empleos es otro de los ideales del gobierno; en la realidad para el presente año según la Andi, afirma que para este semestre el desempleo ha tenido un aumento en comparación al semestre anterior esto origina que en la célula familiar se dé como producto de esta situación una emigración parcial o total de unos componentes en busca de mejores horizontes con el fin de poder sobrevivir en este medio en que nos desenvolvemos.

---

5. BETANCUR, Belisario. Cambio con Equidad. Bogotá 1983 p. 265.

Instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar cuya finalidad es velar por la integración del menor, no satisfacen las necesidades de la población infantil; " si observamos que de cada cinco (5) niños colombianos menores de siete (7) años solo pueden ingresar uno a la institución donde la población infantil asciende a más de doscientos mil (200.000) aproximadamente"(6), lo que refleja que esta institución no cubre a la población infantil a esto se le agrega la ley cuarta de mil novecientos ochenta y cinco 1985, donde en uno de sus artículos establece recortar el presupuesto para el funcionamiento de las guarderías; todo esto origina a que los hijos de las personas de escasos recursos no puedan ingresar a la institución.

En lo concerniente a la mayor atención en salud, el gobierno no ha establecido modificar la estructura de morbilidad y mortalidad; durante este cuatrenio, son posibles y probables, tanto en términos de las tendencias como de los medios disponibles; no se puede lograr prevenir la morbi-mortalidad en la infancia cuando no existen recursos disponibles en estas áreas para cubrir estas necesidades; es así como la falta de alcantarillado, agua potable, recolección de basuras, equipamiento de hospitales puedan bajar estas

-----  
6. Programa de Televisión. Las Investigadoras. Cadena Dos (dos). Junio 11 de 1985.

altas tazas.

En el país existe un déficit presupuestal en el área de la salud que ha llevado a que estas instituciones públicas se vean abocados a cerrar sus puertas debido a la falta de mantenimiento del hospital tanto como a la planta física e implementos de la institución (sábanas, camas, drogas y otros) así mismo los familiares de los pacientes tienen que llevar los medicamentos.

En general los servicios de salud en Colombia como la educación, recreación, vivienda y otros cada día se vienen privatizando, lo que a la clase desprotegida enfermarse hoy en día le cuesta un alto dinerel.

Al finalizar este capítulo se llega a concluir que la mujer embarazada, debe tener en el período de gestación un equilibrio armónico en los aspectos bio-síquico y social, para evitar traumas al nuevo ser que pueden ser originados por problemas desarrollados en el célula familiar; como en el medio ambiente, no solamente en el período de gestación de la Madre sino en la infancia del menor donde los niños a esta edad presentan una fijación propia de esta fase perjudicando así su desarrollo emocional.

Toda esta serie de problemas sociales, psicológicos y bio

lógicos influyen directamente en la gestante como en el feto y en la etapa de la infancia. El siguiente capítulo tratará todo lo concerniente a la desintegración familiar como también a las patologías psico-sociales más frecuentes en la edad de 0 a 12 años atendidos en el Hospital Infantil San Francisco de Paula.

3. PROBLEMAS PSICO-SOCIALES MAS PREVALECIENTES EN LAS EDADES DE 0 A 12 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.

El Trabajador Social ante la problemática psico-social de los menores de 0 a 12 años de edad debe tener un conocimiento de la historia social del menor y su familia, de igual forma conocer las relaciones familiares que se dan dentro del grupo y tener conocimientos de Psiquiatría Infantil para determinar cuales son los causantes de las patologías psico-sociales que presenta el menor y de esta forma poder intervenir en los problemas del infante. Como se ha aclarado anteriormente debido al tiempo en que labora la profesional de Trabajo Social en la institución se dificulta su accionar dentro de ella para trabajar en coordinación con el Departamento de Psicología, por lo cual los menores que presentan estos problemas psico-sociales no reciben una intervención adecuada de estos profesionales para lograr el bienestar de la población infantil afectada.

Este capítulo trata aspectos relacionados a la desinte

gración familiar, como base para que se cimenten los problemas psico-sociales que tiene repercusión en los menores, para luego analizar la problemática del menor que ha sido atendida en el Departamento de Psicología establecido en el Hospital Infantil San Francisco de Paula y administrado por la Universidad del Norte para finalizar con los problemas más relevantes que son atendidas en el Departamento de Psicología.

### 3.1 DESINTEGRACION FAMILIAR

El comportamiento de la familia se da a medida que se desarrolla un clima armónico entre la pareja y sus descendientes, cuando no se satisfacen las necesidades básicas se dan las disfunciones que originan la problemática familiar.

Las familias es un recepto abierto que recibe influencias del medio en que se desenvuelve tales como, sociales, culturales, y económicos. Al no saberlas interpretar perjudican la integración, para tal efecto los integrantes deben de realizar ajustes continuos a las fuerzas ambientales e internas.

Los sentimientos giran alrededor de los miembros de la familia son múltiples y de diferentes grados de intensidad,

bajo condiciones alteradas cada una de estas corrientes emocionales pueden hacer surgir otras antagónicas. Lo que define el clima emocional de la familia en ese flujo permanente de sentimientos (corrientes y contracorrientes emocionales) y es en medio de él donde se desarrolla la personalidad y reacciones sociales del niño.

Los conflictos familiares ocasionan tensiones que al no disminuirse amenazan con la desintegración. La disfunción familiar puede ser ocasionada tanto por factores externos como internos; así, condiciones socio-económicas y culturales que rodean a la familia, actitud que asumen sus miembros, tipo de integración que se dá entre ellos y entre estos, y el medio ambiente, desconocimiento, de funciones entre otros.

Las relaciones familiares en general están influenciadas ya sea por un ambiente social! Amistoso o por un hóstil o peligroso; si la familia esta organizada esta puede hacer frente a cualquier problema que se le presente en la vida cotidiana; un cambio en la estructura familiar puede fortalecer o debilitar las ligaduras del amor entre sus miembros, modifica el comportamiento de estos en el seno familiar y laboral afecta el ejercicio de la autoridad por parte de los padres; toda esta serie de problemas que se presentan a la familia repercuten directamente en

el desarrollo emocional de los infantes y aún si la madre se encontrará embarazada originaría ciertas patologías psicológicas al nuevo ser.

Cuando se presentan estos problemas en el seno familiar se produce lo que es llamado "Desintegración familiar que es un fenómeno dinámico, causado por múltiples factores los cuales dan como resultado la ruptura del grupo, se desarrolla en tres (3) fases temporales los cuales pueden ser o graduados, según la mayor o menor intensidad conflictiva denominada desorganización, descomposición y desintegración"(7).

La desorganización es un proceso por medio del cual sus miembros tienden a perder la identidad unos con otros en un grado superior a lo que se considera normal dentro de una cultura determinada. Se presenta cuando hay cambios en la conducta de los miembros de la familia, sus síntomas son los conflictos, fricciones tales como peleas ocasionales, desajustes sexual, económico, psicológico y otros.

La descomposición se origina por el abandono parcial, ocasional o transitorio por parte de uno de los miembros de la

---

7. Congreso Nacional de Trabajo Social. Memoria. Cartagena  
Octubre 19 de 1983 al 22 de Octubre.

célula familiar. La desintegración es la última fase y se caracteriza por la ausencia de uno o varios miembros de la familia, no existe un control del mismo se presenta una total desarmonía en los roles de sus miembros; guarda una relación directa con la desorganización de la sociedad con el tipo de actitudes, valores, normas de la conducta.

### 3.2 INTERVENCION DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA FRENTE A LA PROBLEMATICA ESTUDIADA.

#### 3.2.1 Funcionamiento del Departamento de Psicología.

El Departamento de Psicología del Hospital Infantil San Francisco de Paula, se creó en el año de 1979, a través de un convenio establecido entre la Universidad del Norte y el Hospital; donde la Universidad tiene bajo su dirección la administración de este departamento; que es dirigido por una profesional egresada de esta Universidad (del Norte) donde el salario es remunerado por la misma.

Este departamento fue creado debido a la necesidad presentada por la institución quien no contaba con profesionales en esta área que atendiese problemas psicológicos presentados por los pacientes pediátricos internos. Así mismo

con el propósito de abrir el campo a las estudiantes de psicología con el fin de que realizarán sus prácticas clínicas.

Con el transcurso de los años este departamento ha tenido una aceptación lo que demuestra un incremento en la atención de los pacientes; solamente no se atienden pacientes internos; sino pacientes externos que únicamente vienen a consulta psicológica con quienes realizan la supervisión y practicantes terapias de apoyo, estimulación temprana, terapia del juego con la finalidad de detectar el comportamiento del menor y de esta forma realizar un diagnóstico sobre su enfermedad psicológica.

Se ha observado a través del estudio que a los pacientes de consulta externa no se les elabora una historia clínica para que repose dentro de la institución; solamente reposa en los archivos de este departamento notándose así la poca importancia que le da la institución a las patologías psicosociales del menor.

Todos los implementos que utiliza el departamento de psicología para realizar sus estudios han sido suministrado por la institución que los patrocina; lo que permite a ellos realizar su quehacer profesional y de esta forma contribuir con el mejoramiento psicológico de la po

blación infantil, que cuenta con pocos consultorios psicológicos populares y oficiales para la atención de este tipo de problemas.

### 3.2.2 Problemática del menor atendido en el Departamento de Psicología del Hospital Infantil San Francisco de Paula.

Durante el tiempo que viene funcionando el Departamento de Psicología en el Hospital Infantil San Francisco de Paula ha atendido un total de novecientos setenta y siete pacientes (977) distribuidos de la siguiente forma:

Para el año de 1979, se atendió por interconsulta a cuarenta y cinco (45) niños con un porcentaje de cuatro punto seis por ciento (4.6%) entendiéndose por interconsulta aquellos pacientes que son remitidos por profesionales de otras áreas de la Institución. Sin Remisión específica o sea que conocen la existencia de este departamento y no son registrados por el Hospital treinta y seis (36) lo que da un porcentaje del tres punto sesenta y ocho (3.68%). En total en el año de 1979 se atendieron ochenta y un (81) paciente dando un porcentaje del ocho punto veintinueve (8.29%).

Para el año de 1980 en interconsulta se atendieron ciento veintisiete (127) pacientes lo que dió un porcentaje de trece por ciento (13%). Sin remisión específica sesenta y dos (62) infantes para un porcentaje del seis punto treinta y ocho por ciento (6.38%) atendíendose en este año ciento ochenta y nueve (189) menores con un porcentaje de diez y nueve punto treinta y cuatro por ciento (19.34%).

En el año de 1981, remitidos por interconsulta se atendieron ciento veintiocho (128) pacientes dando un porcentaje del trece punto uno por ciento (13.1%). Sin remisión específica cuarenta y seis (46) con un porcentaje del cuatro punto setenta y uno (4.71%) para un total del ciento setenta y cuatro (174) pacientes dando un porcentaje del diez y siete punto ochenta y uno (17.81%).

En el año de 1982, se atendieron por interconsulta noventa y seis (96) menores lo que dió como porcentaje nueve punto ochenta y tres por ciento (9.83%) sin remisión específica cincuenta y ocho (58), con un porcentaje de cinco punto noventa y cuatro por ciento (5.94%) lo que dió un total de ciento cincuenta y cuatro (154) pacientes atendidos en ese año equivalentes al quince punto setenta y seis (15.76%).

En el año de 1983 se atendieron por interconsulta ciento treinta y cinco (135) pacientes para dar un porcentaje del trece punto ochenta y dos por ciento (13.82%). Sin

remisión específica noventa y tres (93) menores dando un porcentaje del nueve punto cincuenta y dos (9.52%) lo que dió un total de doscientos veintiocho (228) pacientes pediátricos para un porcentaje del veintitres punto treinta y cuatro por ciento (23.34%).

En el año de 1984 se atendieron por interconsulta noventa y tres (93) pacientes dando un porcentaje del nueve punto cincuenta y dos (9.52%). Sin Remisión específica se atendieron cincuenta y ocho (58) pacientes lo que dió un porcentaje del cinco punto noventa y cuatro (5.94%) en total se atendieron ciento cincuenta y uno (151) infantes equivalentes a un porcentaje del quince punto cuarenta y seis (15.46%).

Como se puede observar en la tabla número 1, el mayor número de pacientes atendidos en este departamento son los remitidos por interconsulta con un total de seiscientos veinticuatro (624) menores. Atendidos desde su inicio hasta el año de 1984, teniendo un incremento constante y una demanda por estos servicios lo que dió un porcentaje del sesenta y tres punto ochenta y siete por ciento (63.87%) sin remisión específica se atendieron un total de trescientos cincuenta y tres (353) pacientes lo que dió un porcentaje del treinta y seis punto trece por ciento (36.13%). Esto refleja la importancia que le ha dado las otras de

pendencias del Hospitalito al departamento de Psicología. Donde se atendieron un total de seiscientos veinticuatro (624) pacientes para un porcentaje del sesenta y tres punto ochenta y siete por ciento (63.87%). Mientras que sin remisión específica sólo acudieron trescientos cincuenta y tres (353) menores equivalentes al (36.13%) treinta y seis punto trece por ciento. En total se atendieron novecientos setenta y siete (977) pacientes igual al cien por ciento (100%). (Ver tabla No. 1).

Caja N° 1

Consultas atendidas en el departamento de  
Psicología del H.I.S.P

Consultas atendidas permanes	Remitidos por interconsultas	%	sin remisión especifica	%	total	%
1.979	45	4.6	36	3.68	81	8.29
1.980	127	1.3	62	6.34	189	19.34
1.981	128	13.1	46	4.71	174	17.81
1.982	96	9.83	58	5.94	154	15.76
1.983	135	15.82	93	9.52	228	23.34
1.984	93	9.52	58	5.94	151	15.46
total	624	63.87	353	36.13	977	100

La tabla número dos (2) hace relación a edades de los menores atendidos en este departamento en los años de mil novecientos setenta y nueve (1979) al mil novecientos ochenta y cuatro (1984) oscilando de 0-15 años de edad. Los niños cuya edad acuden más al departamento de Psicología son los comprendidos entre los siete (7) y nueve (9) años para un total de trescientos seis (306) menores lo que da como porcentajes el treinta y un punto treinta y dos por ciento (31.32%); esto obedece a los cambios físico-psíquicos y a la comprensión de la realidad en que vive. Le siguen las edades de diez (10) a doce (12) años para un total de doscientos sesenta y ocho (268) pacientes igual a veintisiete punto cuarenta y tres por ciento (27.43%); continua en su orden de cuatro (4) a seis (6) años con un total de doscientos veintidos (222) menores dando un porcentaje de veintidos punto setenta y dos por ciento (22.72%). Las edades de cero (0) a tres (3) años se atendieron ciento siete (107) menores en este lapso de tiempo, equivalentes al diez punto noventa y cinco por ciento (10.95%). Por último se hallan la de trece (13) quince (15) años de edad dando un total de setenta y cuatro (74) pacientes correspondientes a siete punto cincuenta y siete (7.57%) lo que dió como porcentaje general el noventa y nueve punto noventa y nueve por ciento (99.99%) para una población infantil de novecientos setenta y siete (977). (Ver Tabla No. 2).

Tabla N° 2

Edades de los menores atendidos en el  
Uplo de psicología

Edades Perfiles	1.979	%	1.980	%	1.981	%	1.982	%	1.983	%	1.984	%	total	%
0-3	4	0.41	27	2.76	25	2.56	21	2.15	18	1.84	12	1.23	107	10.95
4-6	13	1.33	37	3.79	37	3.79	28	2.86	64	6.55	43	4.40	222	22.72
7-9	31	3.17	56	5.73	55	5.63	50	5.12	68	6.96	46	4.71	306	31.32
10-12	22	2.25	46	4.71	48	4.91	50	5.12	62	6.35	40	4.09	268	27.43
13-15	11	1.13	23	2.35	9	0.92	5	0.51	16	1.64	10	1.02	74	7.57
total	81	8.29	189	19.34	174	17.81	154	15.76	228	23.34	151	15.45	977	99.99

El sexo de los menores más protuberantes es el masculino con un total de quinientos sesenta (560) menores equivalentes el cincuenta y siete punto treinta y dos (57.32%) mientras que en el sexo femenino se atendieron a cuatrocientos diez y siete (417) niños para un porcentaje del cuarenta y dos punto sesenta y ocho por ciento (42.68%). Sumando estos porcentajes da como resultado el cien por ciento (100%).

La Tabla número cuatro (4) titulada procedencia de los pacientes, la mayor parte de ellos proceden de la ciudad de Barranquilla en un total de setecientos cincuenta y tres (753) menores lo que dió como porcentaje setenta y siete punto cero siete por ciento (77.07%) de otras partes de la Costa Atlántica acudieron ciento noventa (190) niños con un porcentaje de diez y nueve punto cuarenta y cinco (19.45%). De otros lugares del país treinta y cuatro (34) para un porcentaje del tres punto cuarenta y ocho por ciento (3.48%). Sumando estos porcentajes da el ciento por ciento (100%). (Ver Tabla No. 3 y No. 4).

Tabla N° 3  
Pacientes según el sexo

Pacientes	1979	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	Total	%
MASCULINO	43	4.40	105	10.75	114	11.67	87	8.90	122	12.44	89	9.11	560	57.32
FEMENINO	38	3.89	84	8.59	60	6.14	67	6.86	106	10.85	62	6.35	417	42.68
total	81	8.29	189	19.34	174	17.81	154	15.76	228	23.34	151	15.46	977	10.0

Tabla N° 4  
Procedencia de los pacientes

Procedencia	1979	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	Total	%
Barranquilla	60	6.14	159	16.27	151	15.45	129	13.20	122	12.48	132	13.5	753	77.07
Costa Atlántica	20	2.05	22	2.25	19	1.94	19	1.94	93	9.52	17	1.74	190	19.45
Otros lugares	1	0.10	8	0.82	4	0.41	6	0.61	13	1.33	2	0.20	34	3.48
total	81	8.29	189	19.34	174	17.81	154	15.76	228	23.34	151	15.46	977	100

La escolaridad de los menores asistido por el Departamento de Psicología en este lapso de tiempo se encontraron sin escolaridad ciento sesenta (160) menores igual a diez y seis punto treinta y ocho por ciento (16.38%). Agrupando los diferentes niveles de pre-escolares se encontró un total de doscientos diez y siete (217) niños dando un porcentaje del veintidos punto veintiun porciento (22.21%). En los diferentes grados de primaria se halló una población de quinientos cincuenta y cuatro (554) menores lo que dió un porcentaje del cincuenta y seis punto setenta por ciento (56.70%); solamente en el nivel secundario se encontraron cuarenta y seis (46) menores del sexto grado con un porcentaje del cuatro punto setenta y un (4.71%) (Ver Tabla No. 5).

Tabla IV  
Escolaridad de los Menores

escolaridad de los Menores	1.979	%	1.980	%	1.981	%	1.982	%	1.983	%	1.984	%	Total	%
sin escolaridad	23	2.35	33	3.38	20	2.05	34	3.48	35	3.58	15	1.54	160	16.38
Pre-escolar	21	2.15	31	3.17	25	2.56	13	1.33	18	1.84	11	1.14	119	12.18
Kinder	—	—	—	—	—	—	35	3.58	24	2.46	21	2.16	80	8.19
Preparatorio	—	—	—	—	—	—	—	—	14	1.43	4	0.41	18	1.84
1.ª primaria	6	0.61	35	3.58	33	3.38	23	2.35	36	3.69	29	2.96	162	16.58
2.ª "	11	1.13	22	2.25	27	2.76	23	2.35	35	3.58	33	3.38	151	15.45
3.ª "	7	0.72	37	3.79	23	2.35	15	1.54	16	1.64	19	1.94	117	11.98
4.ª "	9	0.92	14	1.43	18	1.84	7	0.72	19	1.95	8	0.81	75	7.67
5.ª "	3	0.31	11	1.13	16	1.64	2	0.20	14	1.43	3	0.31	49	5.02
6.º Grado	1	0.10	6	0.61	12	1.23	2	0.20	17	1.74	8	0.81	46	4.71
Total	81	8.29	189	19.34	174	17.81	154	15.76	228	23.34	151	15.46	977	100

La tabla número seis (6) hace referencia al motivo de consulta al departamento de Psicología. Los problemas más atendidos en este departamento son los de Agresividad con un total de ciento diez y ocho (118) menores, para un porcentaje del (12.1%), seguido del bajo rendimiento escolar con una población de ciento tres (103) igual al diez punto cincuenta y tres por ciento (10.53%), con problemas de Ansiedad se encontraron ochenta y siete menores (87), para un porcentaje del ocho punto nueve por ciento (8.9%). Retraso en el desarrollo con un total de setenta y tres (73) equivalentes al siete punto cuarenta y siete (7.47%); con trastornos de lecto-escritura se atendieron noventa (90), menores dando un porcentaje de siete punto diez y seis (7.16%); en su orden le sigue el Retardo Mental con un total de sesenta y seis (66) menores con un porcentaje de seis punto setenta y seis (6.76%) problemas de atención con un total de cincuenta y ocho (58) menores igual a quinientos noventa y cuatro (594%), inquietud motora cincuenta y cinco (55) pacientes equivalentes a cinco punto sesenta y tres (5.63%) problemas de lenguaje con un total de cuarenta y cinco pacientes equivalentes a cuatrocientos sesenta y uno (461%) trastornos psico-somáticos con un total de treinta y nueve pacientes (39) igual al cuarenta por ciento (40%). Enuresis con un total de treinta y seis (36) pacientes dando un porcentaje de tres punto sesenta y ocho (3.68%).

Manipulaciones del cuerpo con un total de treinta y dos (32) pacientes equivalentes al tres punto veintiocho (3.28%) problemas de conducta con un total de veintinueve (29) pacientes; equivalentes al dos punto noventa y siete (2.97%) trastornos del sueño y rivalidad fraterna se atendieron igual número de pacientes veintiuno (21) lo que dió un porcentaje del dos punto quince por ciento (2.15%), problemas de aprendizaje y problemas de conducta se atendieron igual número de personas con un total en cada uno de los quince (15) menores para un porcentaje del uno punto cincuenta y cuatro por ciento (1.54%); hiperquinesia y timidez con igual número de atendidos de catorce (14) pacientes equivalentes al uno punto cuarenta y tres por ciento (1.43%); con síndrome convulsivos se atendieron once (11) pacientes para un porcentaje del uno punto trece por ciento (1.13%) el MBD (Difusión Cerebral Mínima) y problemas de adolescencia un total de nueve (9) para cada uno con un porcentaje cada uno de cero punto noventa y dos (0.92%) trastornos neurológicos, Ticc y problemas emocionales con seis (6) pacientes cada uno lo que dió como porcentaje el cero punto sesenta y uno por ciento (0.61%).

Solamente se atendieron cinco (5) pacientes con Epilepsia para un porcentaje del cero punto cincuenta y uno (0.51%); psicosis y problemas del desarrollo se atendieron cuatro (4) menores equivalentes al cero punto cuarenta y uno (0.41%) cada uno; por último están las consultas menos fre

cuentas tales como Asma, actos de violación, Cefaleas, Espasmo de Sollozo, Mareos, Encopresis, con un porcentaje del cero punto uno (0.1%). En general este departamento ha atendido en el transcurso de su funcionamiento hasta el año de 1984, treinta y tres (33) problemas unos con mayor número de casos que otros, para un porcentaje total del cien por ciento (100%). (Ver Tabla No. 6).

motivos de consulta

Motivo de consulta por años	1979	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	total	%
Hipertensión	9	0.92	5	0.51	-	-	-	-	-	-	-	-	14	1.43
Problema del aprendizaje	15	1.55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	1.54
Problema emocional	6	0.61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	0.61
Trastorno psicofisiológico	5	0.51	-	-	11	1.12	7	0.72	11	1.13	5	0.51	39	4.0
Retardo mental	10	1.02	23	2.35	15	1.54	18	1.84	-	-	-	-	66	6.76
Problema del lenguaje	9	0.92	7	0.72	7	0.72	9	0.92	10	1.02	3	0.30	45	4.61
* M.B.U	-	-	4	0.41	-	-	5	0.51	-	-	-	-	9	0.92
Epilepsia	-	-	2	0.20	3	0.31	-	-	-	-	-	-	5	0.51
Problema de conducta	9	0.92	-	-	-	-	-	-	20	2.05	-	-	29	2.97
Sicosis	-	-	1	0.10	2	0.20	1	0.10	-	-	-	-	4	0.41
depresividad	9	0.92	20	2.05	18	1.84	15	1.54	26	2.66	30	3.07	118	12.1
Trastorno neurótico	6	0.61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	0.61
Asnia	-	-	1	0.10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.10
enuresis	2	0.20	6	0.61	8	0.82	8	0.82	8	0.82	4	0.40	36	3.68
Violación	1	0.10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.10
bajo rendimiento en la escuela	-	-	30	3.07	15	1.54	14	1.43	30	3.07	14	1.43	103	10.53
Inquietud motora	-	-	10	1.02	14	1.43	7	0.72	14	1.43	10	1.02	55	5.63
Retraso en el desarrollo	-	-	17	1.74	8	0.82	6	0.61	19	1.95	23	2.35	73	7.47
Problema de la conducta sexual	-	-	7	0.72	6	0.61	1	0.10	-	-	1	0.10	15	1.54
ansiedad	-	-	18	1.84	12	1.23	16	1.64	27	2.76	14	1.43	87	8.90
cefaleas	-	-	1	0.10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.10
Soplamos de Sallero	-	-	1	0.10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.10
Mareos	-	-	1	0.10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.10

(continuación) Motivos de Consulta

	1979	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	total	%
Motivo de consulta por años	—		6	0.61	5	0.51	5	0.51	5	0.51	—		21	2.15
Frustración	—		4	0.41	6	0.61	9	0.92	9	0.92	4	0.41	32	3.25
Manipulación del cuerpo	—		18	1.84	12	1.23	10	1.02	19	1.95	11	1.12	70	7.16
Trastorno de lectro escritura	—		8	0.81	14	1.43	8	0.81	14	1.43	17	1.74	58	5.94
Problemas de atención	—		2	0.20	3	0.31	1	0.10	—		—		6	0.61
Tícc	—		—	—	11	1.13	—	—	—		—		11	1.15
Síndrome convulsivo	—		—	—	4	0.41	5	0.51	—		—		9	0.92
Problemas de adaptación	—		—	—	—	—	9	0.92	6	0.61	6	0.61	21	2.15
Trastorno del sueño	—		—	—	—	—	—	—	10	1.02	4	0.41	14	1.43
timidez	—		—	—	—	—	—	—	—		1	0.10	1	0.10
Encopresis	—		—	—	—	—	—	—	—		4	0.41	4	0.41
Problemas del desarrollo	—		—	—	—	—	—	—	—		—		—	—
total	21	8.29	189	19.34	174	17.81	154	15.76	228	23.34	151	15.46	977	100

En lo referente al Diagnóstico se establecieron diez y siete (17) problemas de diferentes cantidades siendo desigual al motivo de consulta. Observándose una deserción del total de la población atendida, es decir que fueron una sola vez y no volvieron más a consulta. Entre los problemas más atendidos tenemos el de conducta con un total de noventa y cinco (95) casos dando un porcentaje del diez y siete punto cinco por ciento (17.5%); en su orden le sigue el problema de aprendizaje con un total de setenta y dos (72) pacientes lo que dió como porcentaje del trece punto tres por ciento (13.3%).

Con igual cantidad se haya la enfermedad de Retardo Mental y el problema de Neurosis con un total de sesenta y cinco (65) menores dando un porcentaje del doce por ciento (12%); síndrome cerebral con un total de cuarenta y siete (47) menores equivalentes al ocho punto sesenta y siete (8.67%), con problemas de hiperquinesia se atendieron sesenta y ocho pacientes (68) con un porcentaje del siete punto cero uno por ciento (7.01%); retraso en el desarrollo treinta y siete (37) menores lo que dió un porcentaje de seis punto ochenta y tres (6.83%); alteraciones en el desarrollo normal se atendieron veintinueve (29) niños con un porcentaje del cinco punto treinta y cinco por ciento (5.35%); con problemas del lenguaje se atendieron veintiocho (28) pacientes

equivalentes al cinco punto diez y siete por ciento (5.17%) con trastornos psico-somático, fueron diagnosticados diez y ocho pacientes (18) pacientes lo que dió como porcentaje del tres punto treinta y dos por ciento (3.32%); con problemas de alteración de la conducta sexual se atendieron diez y seis (16) menores; dando un porcentaje de dos punto noventa y cinco (2.95%) con problemas emocionales se atendieron once (11) pacientes equivalentes al dos punto cero tres por ciento (2.03%); con Sicosis se atendieron seis (6) pacientes equivalentes a uno punto once por ciento (1.11%); con igual cantidad se atendieron casos de Epilepsia, y MBD con un total de cinco (5) menores cada uno, equivalente al cero punto noventa y dos por ciento (0.92%); con problemas de ansiedad y trastornos convulsivos se atendieron igual número de pacientes dos (2) para cada uno dando un porcentaje de cero punto treinta y siete (0.37%); con trastornos neurológicos se atendió un menor con un porcentaje de cero punto diez y ocho (0.18%) en total se diagnosticaron quinientos cuarenta y dos (542) menores con problemas psicológicos dando un porcentaje del cien por ciento (100%). (Ver Tabla No.7).

GRUPO IV C  
diagnóstico

diagnóstico por años	1979	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	total	%
Hipertensión	9	1.66	10	1.85	4	0.74	3	0.55	7	1.29	5	0.92	38	7.01
problema de aprendizaje	1	0.18	13	2.40	11	2.03	7	1.29	19	3.51	21	3.87	72	15.3
problema emocional	11	2.03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	2.03
Trastorno psico-somático	1	0.18	1	0.18	-	-	3	0.55	6	1.11	7	1.29	18	3.32
Retardo Mental	17	3.14	16	2.95	12	2.22	6	1.11	9	1.66	5	0.92	65	12
problema del lencaje	1	0.18	5	0.92	8	1.48	6	1.11	6	1.11	2	0.37	28	5.17
M.B.D.	2	0.37	3	0.55	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0.92
epilepsia	1	0.18	2	0.37	2	0.37	-	-	-	-	-	-	5	0.92
problema de conducta	4	0.74	21	3.87	19	3.51	10	1.85	24	4.43	17	3.14	95	17.5
SIOSIS	1	0.18	2	0.37	2	0.37	-	-	1	0.18	-	-	6	1.11
Trastorno neurotico	1	0.18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.18
Retardo en el desarrollo	-	-	10	1.85	4	0.74	8	1.48	6	1.11	9	1.66	37	6.85
Alteraciones en la conducta psíquica	-	-	5	0.92	5	0.92	-	-	3	0.55	3	0.55	16	2.95
NEUROSIS	-	-	6	1.11	17	3.14	10	1.85	23	4.24	9	1.66	65	12
ansiedad	-	-	2	0.37	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.37
Trastorno cerebral	-	-	-	-	7	1.29	4	0.74	28	5.17	8	1.48	47	8.67
Trastorno convulsivo	-	-	-	-	2	0.37	-	-	-	-	-	-	2	0.37
Alteraciones en el desarrollo	-	-	-	-	-	-	11	2.03	10	1.85	8	1.48	29	5.35
total	49	9.04	96	17.71	93	17.16	68	12.55	142	26.20	94	17.34	542	100

La tabla número ocho (8) hace mención al tratamiento que se le hizo a los pacientes. En total se hicieron quinientos cuarenta y dos (542) tratamientos equivalentes al noventa y nueve punto noventa y nueve por ciento (99.99%), comprendidos así: completo: ciento noventa y cinco (195) pacientes equivalentes al treinta y cinco punto noventa y ocho (35.98%); deserción ciento sesenta y tres (163) equivalentes al treinta punto cero siete por ciento (30.07%) y se realizan actualmente ciento ochenta y cuatro (184) equivalentes al treinta y tres punto noventa y cinco por ciento (33.95%).

En la tabla número nueve (9) en lo que respecta a la evaluación entendiéndose que esta actividad se realiza en el transcurso de curación de la enfermedad desde la atención por primera vez a los pacientes hasta finalizar el tratamiento se realizó una evaluación completa a quinientos cuarenta y dos (542) menores equivalentes al cincuenta y cinco punto cinco por ciento (55.5%); desertaron doscientos ochenta y cuatro (284) pacientes equivalentes al veintinueve punto uno por ciento (29.1%); se realizaron durante el tiempo del tratamiento un total de ciento cincuenta y un (151) pacientes equivalentes al quince punto cuatro por ciento (15.4%). En total se evaluaron novecientos setenta y siete pacientes (977) con un porcentaje del cien por ciento (100%). (Ver Tablas No. 8 y 9).

# Tratamiento

Tratamiento por años	1979	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	total	%
completo	29	5.35	33	6.09	36	6.64	20	3.69	51	9.41	26	4.79	195	35.98
se realizan actualmente	12	2.21	29	5.35	28	5.17	29	5.35	51	9.41	35	6.46	184	33.95
deserción	8	1.43	34	6.27	29	5.35	19	3.50	40	7.38	33	6.09	163	30.07
total	49	9.04	96	17.71	93	17.16	68	12.54	142	26.20	94	17.34	542	99.99

## Tabla N° 9

# Evaluación

Evaluación por años	1979	%	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	total	%
completa	49	5.02	96	9.83	93	9.53	68	6.96	146	14.53	94	9.62	542	55.5
deserción	22	2.25	49	5.02	35	3.58	67	6.86	66	6.75	45	4.61	284	29.1
se realizan actualmente	10	1.02	44	4.50	46	4.71	19	1.94	20	2.05	12	1.23	151	15.4
total	81	8.29	189	19.34	174	17.82	154	15.76	228	23.33	151	15.46	977	100

Con relación a la tabla número diez (10) se atendieron un total de pacientes igual a cuarenta y siete (47), a quienes se les realizaron seguimiento de caso dando un porcentaje del cien por ciento (100%); distribuido así: en el año mil novecientos ochenta (1980) se le hicieron seguimientos de casos a diez (10) pacientes con un porcentaje del veintiuno punto veintisiete por ciento (21.27%) en el año mil novecientos ochenta y uno (1981) a siete (7) pacientes con un porcentaje del catorce punto nueve por ciento (14.9%) en el año de mil novecientos ochenta y dos (1982) ocho (8) pacientes dando un porcentaje de diez y siete punto cero dos por ciento (17.02%); en el año de mil novecientos ochenta y tres (1983) trece (13) pacientes con un porcentaje del veintisiete punto sesenta y seis por ciento (27.66%) y para el año de mil novecientos ochenta y cuatro (1984) se le hicieron seguimientos de casos a nueve (9) pacientes dando un porcentaje del diez y nueve punto quince por ciento (19.15%). (Ver Tabla No. 10).

Tabla N° 10  
Seguimientos de Casos

	1.979	%	1.980	%	1.981	%	1.982	%	1.983	%	1.984	%	Total	%
Seguimen- to de los Casos por años	—		10	21.27	7	14.9	8	17.02	13	27.66	9	19.15	47	100

Si se observa las tablas número ocho (8) y nueve (9) se nota en cada una de ellas deserción de pacientes esto se debe a la falta de integración entre el Departamento de Psicología y Trabajo Social quienes no realizan una labor mancomunada para la atención de este tipo de problemas; no realizando ningún trabajo para que los familiares de estos menores reintegrarán a sus hijos a su tratamiento. Es importante aquí la intervención del Trabajador Social para entrar en contacto con los familiares del menor y hacerles ver la importancia que tiene para ellos y sus niños la continuación del tratamiento, tanto psicológico, como social, si se tienen en cuenta que las enfermedades psicológicas tienen sus orígenes en el aspecto social. La no intervención a tiempo de estos profesionales va a incidir en la salud de los menores, produciéndose trastornos en la personalidad del niño que pueden originar serios problemas psicosociales en el futuro del menor. De ahí la importancia de que estos profesionales trabajen en coordinación.

Posteriormente para finalizar se analizarán cuatro (4) patologías más prevalentes atendidas en el departamento de Psicología del Hospital Infantil San Francisco de Paula.

### 3.2.2.1 Problema de Conducta

Tiene diferentes manifestaciones uno de estos son los problemas del sueño, siendo este una necesidad vital, primordial de una importancia esencial en la vida del hombre; existen diferentes perturbaciones que son reflejadas en la conducta de los individuos entre estos se encuentran el sueño insuficiente intranquilo; en la primera etapa de la vida son originados principalmente al malestar físico producido por el hambre, la sed y la humedad de la cama por haberse orinado o la incomodidad en su vestimenta produciéndose en los menores un llanto donde trata de transmitir su malestar; esta incomodidad en ocasiones es vencida por el sueño, originándose un sueño intranquilo dándose vueltas, levantando alguna de las extremidades, dando gritos, o exclamaciones, estos síntomas se puede producir durante varias veces en una misma noche.

El Sonambulismo: Es otro de los problemas del sueño donde el individuo realiza representaciones de un sueño o las representaciones de su subconciente. Cuando realiza estas actividades el menor no despierta hay en ellos Amnesia y recuerdan mínimos sucesos ocurridos. Es importante que los padres de familia que tengan hijos con este trastorno tomen precauciones para que sus hijos no sufran daños cuando se les presenten estos episodios.

Otro de los problemas de la conducta son la manipulación habitual del cuerpo entre estos se halla la succión del pulgar éste hábito se adquiere durante el primer año de vida y se considera fisiológica en los primeros meses cuando la criatura se lleva a la boca todos los objetos que halla a su alrededor, incluyendo dedos de manos y pies; aunque se chupan cualquiera prefieren el pulgar.

"LEVV, llegó a la conclusión que la mayoría de los menores con este hábito se debe a la escasez de los movimientos labiales o la insuficiencia de la acción de mamar en cualquiera clase de alimentación. Señala como factores causantes más frecuentes:

1. El abandono espontáneo de un seno o un biberón del que brota el líquido con demasiada rapidez.
2. El abandono forzoso de la succión al cabo de un lado demasiado breve.
3. Los cambios de horario de la alimentación con aumento de los intervalos entre una comida y otra, reducción del tiempo de nutrición"(8).

Otros tratadistas sobre el tema opinan que la succión del pulgar se debe a la falta de afecto entre madre e hijo, este problema con un tratamiento dado por la madre, el menor lo puede superar; este problema produce deformación en los dedos y en la boca.

El hábito de roerse las uñas es considerada como una forma de descarga-motora de las tensiones internas.

8. CONFERENCIA, PROBLEMAS DE CONDUCTA. Universidad del Norte p. 13

En los problemas de Conducta Sexual son frecuentes la Masturbación se define como la autoestimulación sexual que deriva en climax u orgasmo.

El niño lo inicia a través del conocimiento de su cuerpo, explorando cada una de sus partes, es una estimulación placentera. A medida que el menor crece y se desarrolla se presentan en él una necesidad fisiológica de relaciones sexuales y la imposibilidad material y psicológica de realizar la situación exigida para la actividad sexual; como es el Matrimonio.

La masturbación en los adolescentes se considera como algo normal que no es otra cosa que el sustento de la relación sexual ausente, donde el adolescente la utiliza como recurso para descargar sus inhibiciones. (Barrera social levantada ante la relación sexual del adolescente) y anormal cuando el joven abusa de esta, causándole traumas en su aspecto psicofísico ej: sentimientos de culpa, fantasías, fuertes fijaciones y otros. Es aconsejable mantener al menor ocupado todo el tiempo posible, evitar la soledad, realizar prácticas recreativas con la finalidad de que este la disminuya.

Otro de los componentes de los problemas de la conducta sexual son las actividades de homosexualismo: sus causas son

muy diversas puede tener sus raíces en la niñez produciéndose una alteración psicológica, ej: la pareja que no tiene la ansiada niña, educa al varón dentro de un patrón femenino o viceversa.

Otro factor que puede desencadenar en el menor el homosexualismo son las alteraciones anatómicas, imbalances hormonales aunque son poco frecuentes.

El factor psicológico juega un papel importante; un desarrollo psicológico normal, con estabilidad emocional es la mejor manera de prevenir este tipo de desviaciones sexuales, Cuando se rompe la estructura familiar, el niño está más expuesto a este tipo de problemas; que pueden acarrear una alteración emocional que trastornará su personalidad como individuo, favoreciendo la homosexualidad.

Cuando un niño es seducido por otro o compañeros de juego a prácticas de esta actividad; si sufre de carencias emocionales e inseguridad, es más susceptible de fomentar esas desviaciones, una vez alterado el equilibrio emocional del individuo, si no recibe atención adecuada, puede progresar en el homosexualismo. Para el tratamiento a este problema se le debe brindar al menor una educación sana, de parte de los padres, colegios y medios de comunicación.

La rabias o rabietas es otro problema de la conducta expresados por resentimientos y desagrado, es tallado por el mal humor, es representado a través de los puños, pataleos, puntapiés o atacando a otras personas que se encuentra a su alrededor u arrojando objetos, insultando y mordiendo. Los accesos de furor de los niños son reacciones explosivas provocadas por la frustraciones que se producen con mayor frecuencia en los niños de dos (2) años y van decreciendo progresivamente.

#### 3.2.2.2 Problemas del Aprendizaje.

Se incluyen los niños con desordenes en uno o más de los procesos psicológicos en el rendimiento o uso oral y escrito del lenguaje; ellos se puede manifestar en trastornos de audición, pensamiento, locución, lectura, escritura, ortografía o aritmética.

En los problemas del aprendizaje, el menor sufre desviaciones o deficiencias de algún tipo ya sea por la recepción consistente en la formación que le ofrece su medio ambiente o en el pensamiento mediante el cual procesa la información recibida de tal forma que puede permanecer siempre para ser evocada, reforzada o reagrupada, en unidades con

casuales más amplia y más útiles por último las respuestas cierre-rápido, apropiado y correcto del circuito que le permita al alumno dar la respuesta esperada.

#### - TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR DEFICIENCIA DE AUDICION

En opinión de M. Morley las características del trastorno en el habla se definen por la gravedad de la hipoacusia; cuando la falta de oído es grave no hay lenguaje, o muy escaso; cuando la falta de oído es parcial pero extenso se da un retraso, que variará en grado, con mala articulación.

#### - TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR LESIONES CEREBRALES EVIDENTES

Las lesiones cerebrales extensas no sólo causan incapacidad comunicativa, sino también efectos en el lenguaje. En la idiotez, el lenguaje es nulo en trastornos como la imbecilidad, y la debilidad mental también observamos una pobreza de vocabulario, efectos sintácticos y discursivos, normalmente acompañados de efectos articulatorios.

#### - TRASTORNOS DE LA PALABRA

Es bastante común que los padres se sientan intrigados e inquietos porque sus hijos tardan en hablar. A veces las

etapas de los gritos y el balbuceo se prolonga indebidamente hay demora en la formación de las palabras y las frases, a la pronunciación infantil continúa durante más tiempo que el habitual. Los errores de la articulación se manifiestan por alteraciones que el niño somete al material fonético de la lengua hablada, o preferentemente por aproximaciones fonéticas.

- AUDIOMUDEZ, DISFASIAS.

Se designa habitualmente bajo el nombre de mudos con audición, a niños que no adquieren el lenguaje, sin que exista ningún trastorno de la inteligencia o de la audición que justifique dicha anomalía. Estos niños cometen errores al integrar el lenguaje sin insuficiencia sensorial o de fonación, a veces podrán comunicarse verbalmente dado que su nivel se considera normal.

- DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE DE LA LENGUA ESCRITA.

Este trastorno es conocido comúnmente con el nombre de Dislexia para explicar su patogenia. Las investigaciones se han dirigido hacia áreas diversas: Trastornos perceptivos, trastornos del lenguaje, trastorno de la organización, espacio temporal, trastorno de la laterización, trastornos afectivos, factores constitucionales.

Desde el punto de vista perceptivo, se ha comprobado que las perturbaciones visuomotoras pueden estar presente en las personas que no tienen trastornos de la lectura. Muchas dificultades del aprendizaje de la lectura están en relación con los déficit escolares ligados a: valorización de la rapidez, sobrecarga de las clases, cambio de maestros. Suele suceder que no se respeta las formas de razonar de las que el niño es capaz, hecho éste que genera consecuencias negativas en el aprendizaje que el niño puede hacer o desarrollar.

- LA TARTAMUDEZ

Es un trastorno del habla caracterizado por repeticiones o bloqueos que acarrear una ruptura del ritmo y de la melodía del discurso. Existen dos (2) tipos de tartamudez. La Clónica y la Tónica. Con respecto a la frecuencia de

este trastorno en la población, se admite que la tartamudez es más frecuente en los varones que en las niñas.

La edad de aparición del tartamudeo se sitúa en el curso de dos (2) fases críticas: la de los tres (3) años, edad en que el niño en plena organización de su lenguaje va a comenzar a utilizarlo como diálogo con otro, y el de la escolaridad, es decir hacia la edad de los seis (6) años.

El tratamiento de estos problemas de aprendizaje se basa fundamentalmente en la patología neurológica presentada por el menor y en el grado de equilibrio e interacción del grupo familiar. En cada una de estas actividades el grupo multidisciplinario realiza actividades que conllevan a superar estas enfermedades. Para tal efecto se utilizan diferentes actividades entre ellas la Terapia revistiendo algunas características particulares; ser individual ubica al menor en su realidad y permite una descarga agresiva controlada. A otros menores debe realizarseles las Terapias de Apoyo por ser esta la que permite corregir la enfermedad presentada en el menor, teniendo sus orígenes en ocasiones en el seno familiar.

### 3.2.2.3 Retardo Mental.

Se considera el retardo mental como una enfermedad causada por múltiples de factores fisiológicos, psicológicos,

y sociales; definiéndose como una "enfermedad de funcionamiento intelectual inferior al promedio que se origina en el período evolutivo y que se vincula con trabas en el comportamiento adaptivo"(9), de acuerdo a esta definición es operativa para todas las disciplinas que estudian la enfermedad de acuerdo a su perspectiva profesional. La enfermedad de retardo mental tiene posibilidades de tratamiento según el cuadro clínico que presenta podrá brindarse su posible curación.

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) recomienda el uso de los términos subnormalidad mental y deficiencia mental, con esta nosología al retardo mental, se observa para el funcionamiento subnormal debido a causas ambientales en ausencia de una patología del sistema nervioso central, en tanto que la deficiencia mental describe el funcionamiento subnormal ocasionados por factores patológicos. Así mismo se usa con frecuencia la designación de deficiencia mental como término legal que se aplica a personas con un coeficiente intelectual inferior a setenta (70).

Para clasificar el retardo mental se utilizan las designaciones de retardo mental marginal (C.I 68 a 85); re

-----  
9. A.M. FREEDMAN Y H.I KAPLAN: El Retardo Mental, sus causas, diagnóstico y tratamiento. Editorial Paidós. Argentina 1978. p. 14

tardo mental leve (C.I. 52 a 67); retardo mental moderado (C.I. 36 a 51); retardo mental grave (C.I. 20 a 35) y retardo mental profundo (C.I. inferior a 20); esta clasificación se utiliza para analizar las características evolutivas, social y vocacional.

Esta enfermedad tiene diferentes manifestaciones, se originan por diversos aspectos; en los factores pre-natales: esta enfermedad puede ser producida por los trastornos del metabolismo de los aminoácidos estas fallas bio-químicas produce anomalías en las sustancias bio-químicas degenerando una serie de enfermedades tales como: Degeneraciones cerebro-maculares, originando perturbaciones en lo que se presenta el deterioro mental progresivo y pérdida de la función visual.

Trastornos del metabolismo de los carbohidratos, la enfermedad producida por la deficiencia de este metabolismo es la GALACTOSEMIA; las manifestaciones en los neonatos se dá en la lactancia en donde sus síntomas son: Ictericia, vómitos, diarreas, detención del desarrollo. Si no se atiende la enfermedad a tiempo produce grandes deterioros mental y posibilidad de cataratas, insuficiencias hepáticas y convulsiones hipoclicémica ocasionales.

Las Aberraciones Cromosomáticas producen trastornos men

tal entre estas es más frecuente la del síndrome de Down, (mongolismo); muchos son los factores que predisponen a los desarreglos cromosómicos, siendo el principal la edad avanzada de la madre.

Entre los pos-natales se halla el retardo mental congénito en este grupo no se encuentra ninguna categoría clínica conocida; los especialistas en esta rama de la salud la considerarán como influencias genéticas e influencias tóxicas.

La Hidrocefalea: Es la cantidad y aumento del líquido al cerebro-espinal que da por resultado el agrandamiento de la cabeza o de los ventrículos. Este grupo de desarreglos se incluye aquí por una de sus variantes, por lo general debido a la Atresia del acueducto, tiene una modalidad hereditaria recesiva ligada al sexo.

Estas son las diversas enfermedades de Retardo Mental que se originan en la etapa Prenatal y Posnatal.

En la etapa Peri-natal. Los daños cerebrales se deben a traumas mecánicos y otros a la Anoxia, pero la mayoría de los casos resulta de una acción recíproca.

Los daños cerebrales traumáticos se deben a la despropor

ción Céfalo-Pelviana, el parto de nalgas es una de principales causas.

Los factores Anóxicos son producidos cuando el parto tiene descenso de presión sanguínea sistemática trayendo problemas de la respiración al niño ocasionado por las drogas o analgésicos.

La patología Kernicterus se refiere al tinte amarillo de los ganglios basales, del cerebro y del soporte cerebral que con frecuencia da lugar a la parálisis cerebral, al retardo mental y a la audición deficiente. Es propia de los menores con escasa actividad enzimática, más que todo se presenta en los bebés prematuros.

Las enfermedades en los factores posnatales son: La Meningitis purulenta; causando serios daños al cerebro que repercuten directamente en el aprendizaje o comportamiento de los menores.

El Saturnismo: es otra de las causas que lleva al retardo mental se origina principalmente en aquellas viviendas donde existen trabajos con plomo, otros elementos químicos producidos por el hombre tóxicos a la humanidad misma.

La parálisis cerebral: puede ser originada por causas prenatales o perinatales.

Los factores socio-culturales tales como problemas emocionales y sociales repercuten directamente en el desarrollo

normal de los menores frecuentándose más en hijos de madres solteras en donde estos tienen que hacer las veces de padre y de madre produciendo en los menores graves problemas en su desarrollo físico e intelectual. Lo mismo ocurre cuando los niños criados por familiares o el servicio doméstico; produce en ellos carencia de afecto emocional de sus progenitores produciendo en los menores problemas en su aprendizaje y comportamiento.

#### 3.2.2.4 Neurosis.

El diccionario de Psicología la define como "Desviación de la psique en comparación con los individuos normales y sanos, asociada a sufrimiento, no siempre considerada como enfermedad, estas desviaciones pueden mostrarse en la vivencia, la conducta, el pensamiento, el sentimiento y la voluntad"(10).

La neurosis se ha clasificado en cuatro (4) grandes grupos: Ansiedad, Fobia, Obsesión e Histeria.

En estudios ontogénicos realizados sobre la ansiedad se llegó a la conclusión de que la mayoría de los niños ansiosos comienzan ya en el primer mes de vida a manifestar autas de

10. FRIEDRICH, Dorsh. Diccionario de Psicología. Octava Edición. Editorial Rueda. Barcelona. España 1976 p. 50.

conducta que más tarde se convierten en expresiones francas de ansiedad.

Los niños se muestran sensibles a la tensión desde el principio reaccionando de una manera excesiva tanto a los estímulos internos como a los externos.

Antony "anota que en una etapa más avanzada de la evolución la reacción clínica se vuelve más compleja, generándose la ansiedad en tres (3) fuentes distintas.

En primer lugar, hay una ansiedad contagiosa, que puede comunicarse al niño cualquier adulto neuróticamente temeroso que tenga con él un contacto muy estrecho.

Segundo, hay una ansiedad traumática, resultante de algún miedo inesperado que sobrepasa las defensas del niño.

Tercero, hay una ansiedad conflictiva que surge de la esfera intrasíquica y que es el foco más importante de la ansiedad neurótica"(11).

La sintomatología de la reacción ansiosa comprende tantos síntomas psicológicos como fisiológicos. El síntoma psicológico principal es un sentimiento vago de aprehensión, como si algo terrible estuviera por suceder. Los ataques de ansiedad comienzan a veces después de algún trauma manifiesto, pero esto se advierte como un eslabón tardío en la cadena causal de los acontecimientos sirviendo al propósito de externalizar una acumulación de ansiedades latentes, pero

---

11. ANTONY, E.J. El Niño Neurótico. Sociopata y Psicótico Causas y Tratamiento. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1978. p.12

rosis angustiante. Esta en determinado momento se pueda convertir en un temor, más o menos persistentes, que puede progresar hasta una manifestación neurótica fóbica o en su forma extrema, una neurosis de tipo "fóbica" (12).

#### - REACCION DE CONVERSION

En esta clase de neurosis predomina el elemento puramente conversivo. El hecho dinámico esencial en los fenómenos conversivos es la presencia de un estado inicial de angustia difusa, o de acumulación de estimulaciones, la que al sumársele niveles adicionales de angustia, lleva al sometimiento de las funciones egotales.

El fenómeno resultante es una descarga involuntaria en la esfera motriz, históricamente determinada por las experiencias reprimidas del sujeto, la que representa una manifestación distorsionada de los demás instintos reprimidos, y en la que la distorsión esta considerada por eventos históricos que crearon la represión.

#### - REACCION DISOCIATIVA

Esta categoría de neurosis puede provocar una desorgani

12. CORCOS, Francisco. Psiquiatria Infantil. primera edición Bogotá, Pluma 1980. p.330

que ya existen. Las causas son variadas y pueden comprender ataques de enfermedad, una operación quirúrgica o un fracaso en la escuela.

- REACCION FOBICA

En esta categoría el niño desplaza el contenido de su conflicto original hacia un objeto o situación del ambiente externo que tenga para él algún significado simbólico. Entre los objetos y situaciones externos temibles que con frecuencia eligen los niños figuran los animales, la escuela, la sociedad, la enfermedad, los lugares altos, los ascensores.

Es normal que durante la evolución del niño se presenten situaciones productoras de ansiedad, los cuales van quedando atrás, la persistencia de esta tendencia fóbica infantil es lo que caracteriza al neurótico en formación.

La manifestación fóbica puede alcanzar varios grados de intensidad. Cobos "considera que puede haber una progresión ininterrumpida, una verdadera serie patológica, que se inicia con la aparición de angustia, que progresa en intensidad, y que en su forma crónica constituye la neu

-----

zación temporal de la personalidad que culmine en conductas sin sentidos tales como estados de fuga, catalepsia, amnesia, etc.

#### - REACCION OBSESIVO - COMPULSIVA

Las obsesiones y compulsiones de menor categoría comienzan temprano y persisten durante la infancia, estas perturbaciones se advierten en primer lugar en los complicados rituales de la cama y la comida establecidos por el niño sin los cuales no puede funcionar comodamente. La crianza de los hijos de padres obsesivos está planificada con rigidez y el niño se educa con una sobredosis de perfeccionismo, aprende desde temprano que la estricta adecuación es lo correcto y que hacer otra cosa es lo equivocado.

#### - REACCION DEPRESIVA

La reacción depresiva en los niños se caracteriza por tristeza, desamparo, soledad, nostalgia e inadaptación.

Un niño con patología neurológica puede exhibir una o varias de estas características conductuales en mayor o en menor grado, dependiendo la variación de su edad, ajuste emocional y tipo de patología sufrida. Es esencial que los terapeutas que trabajan en la recuperación de esta patología, conozca hasta donde los problemas de conducta son

Parte de un problema familiar y hasta que grado las dificultades del niño son propias o inherentes al síndrome que presenta.

Para los terapeutas es importante conocer la integración de la familia para así de esta forma poder manejar el síndrome que presenta el niño, además conocer como se dan las relaciones del niño con su familia y compañeros de su misma edad, debido a que estas relaciones influyen directamente en el tratamiento que se le dé a la enfermedad.

Los padres del niño con síndrome patológica suelen por lo general reaccionar ante esta enfermedad con sentimientos de culpa, vergüenza, manifestándose en ellos: actitudes de rechazo, indulgencia excesiva, sobre protección ansiosa y disciplina inconsistentemente inadecuada. Estas tendencias de los padres pueden estar estimulada o desalentadas. Esto depende de: la conducta recíproca de ambos esposos y padres, la conducta del grupo familiar como un todo, y la conducta de los grupos sociales; amigos, parientes, profesionales y otros.

#### 4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A LA PROBLEMA TICA PSICO-SOCIAL DE LOS MENORES ATENDIDOS EN EL HOSPI TAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA.

El Trabajador Social en el área de la salud cumple diferen  
tes funciones en miras de brindar los servicios profesiona  
les desde esta área. Para orientar a la solución de una  
serie de problemas de carácter social que inciden directa  
mente en la salud de los individuos.

Esta parte del estudio comprenderá la intervención del Tra  
bajador Social dentro de una área específica de la salud  
general, el psicológico son pocos los estudios que han tra  
tado estos aspectos, siendo importante la intervención pro  
fesional del Trabajador Social con miras de analizar los  
factores negativos que inciden en el comportamiento normal  
del individuo que a su vez va a influir en el social, para  
de esta forma poder brindar una orientación profesional que  
satisfaga las necesidades que se le presentan en especial  
a la población infantil, que de no corregirse a tiempo oca  
sionaría grandes trastornos en la personalidad de los in  
dividuos; para tal efecto se utilizarán las teorías exis

tentes sobre el trabajo social en salud, familiar y psiquiátrico.

Los problemas psico-sociales que presentan los menores se ven abocados a la no atención por parte del estado y a una demanda de profesionales. Para la atención de estos problemas no existen programas organizados para la prevención, ayuda y fortalecimiento de la familia como tal, por eso los problemas en relación a ellos han venido aumentando.

Es necesario que se realicen programas para atender los problemas de la mujer, madre de familia, para quien la sociedad presenta una serie de dificultades en el hogar, en la comunidad y en el trabajo, también debe atenderse y orientarse a los hombres, padres de familia quienes también necesitan de atención a sus problemas.

Es más frecuente para Trabajo Social Familiar encontrarse con niños y jóvenes que requieren de un proceso a través del cual ellos pueden afirmarse como adultos sabiendo relacionar su papel con el de los padres.

Los problemas más notorios encontrados son los de aceptación y rechazo, de dependencia, de incompreensión, mal trato por maldad e ignorancia, estos problemas son causados por el desajuste en el seno familiar; económico, emocionales, desempleo, educación, salud, orientación general, y carencia de tiempo libre.

Estas necesidades son más protuberantes en las clases sociales marginadas del país, lo cual agudiza su existencia dentro de esta sociedad. Toda esta serie de factores incide directamente a que los menores se les presenta una patología sico-social por tanto la intervención del Trabajador Social debe estar dirigida a la primera sociedad del estado que es la familia. En donde una de las funciones principales del Trabajador Social en la familia es; según Macías Gómez: "Provocar un proceso de profunda personalización, especialmente de los padres de familia. Para que ellos dentro del seno de esa célula viva y vivificante se humaniza y humanizándose ellos humanizen también sus relaciones familiares con los demás miembros"(13). Esta es una de las principales funciones que debe realizar el Trabajador Social, mediante este proceso el Trabajador Social trata de que la familia se ajuste al medio ambiente social en donde se desenvuelve con el fin de crear hábitos adecuados para su normal desenvolvimiento y de esta forma contribuir no sólo con el desarrollo de ellos sino de la sociedad, reflexionando sobre la realidad social que viven.

---

13. MACIAS, Gómez, Edgardo. LAÇAYO de Macías, Ruth. *Hacia un Trabajador Social Liberador*. Editorial Humanistas, Buenos Aires. 1979. p. 164

El profesional en Trabajo Social debe brindarle a la familia confianza, apoyo moral, para que de esta forma poder intervenir al menor que presenta problemas psico-sociales, así mismo deberá tener un conocimiento sobre la problemática social que lo afecta psicológicamente, mediante un proceso metodológico y técnicas científicas que le permite al profesional tener una visión global del problema e intervenir en su contexto social. Inicia el estudio dentro de la institución, luego con visitas domiciliarias a la familia del paciente así se tendrá un contacto directo sobre el desenvolvimiento de esta, además de sus habilidades y destrezas adquiere un conocimiento más profundo sobre la problemática psico-social que afecta al menor, conoce hasta donde es capaz la familia y sus colaterales de brindarle apoyo al menor, durante y después de su tratamiento.

Comprende los diversos papeles que cumplen los miembros de la familia con relación al paciente para de esta forma poder intervenir mejor en la problemática del menor; es importante aclarar que para poder abordar el problema se debe tener en cuenta los cambios, aptitudes y respuestas de los diferentes miembros de la familia.

Una vez obtenida toda la información por parte del Trabajador Social su función es brindar asesoría al menor y sus familiares.

a fin de que contribuyan con el tratamiento terapéutico que se le este dando, es primordial hacer notar la importancia que tiene durante el tratamiento, la comprensión y aceptación que deben darle los padres y familiares al menor con patologías sico-social. El Trabajador Social está en la obligación de hacerle ver al padre de familia la realidad sobre la enfermedad y la importancia de su colaboración ante este problema que presenta el menor, informándoles acerca de las causas y consecuencias que generan la enfermedad; mediante esta información ellos podrán comprender el porque de la conducta del niño, contribuyendo esto a que los padres tengan actitudes más positivas frente al menor.

El Trabajador Social en coordinación con los psiquiatras y psicólogos interviene en la adaptación del menor en la sociedad. Mediante "Condiciones que hagan posible que los menores con traumas puedan mejorar sus relaciones con las otras personas y ser niños psicológicamente normales"(14).

Lo más importante es lograr preparar la personalidad del menor debido a que este ha sufrido quebrantos, que pueden modificar el aspecto de la enfermedad, y esta a su vez afec

---

14. UNIVERSIDAD METROPOLITANA. Conferencia de Trabajo Social Psiquiátrico. Barranquilla, 1980 p. 2

ta la personalidad y a la conducta lo que puede provocar alteraciones en la conducta de otros miembros de la familia, esto puede resentir al paciente y en consecuencia producir deterioro en el aspecto psicológico del menor. Aunque el problema del menor es producto de su seno familiar esto podría influir también en abondar aún más el deterioro de las relaciones familiares. Ante las situaciones que presentan los menores la función principal del Trabajador Social es coordinar con el equipo multidisciplinario tareas específicas de cada uno con el fin de mejorar las condiciones psicológicas de los infantes.

Otra de las funciones del Trabajador Social en este campo es orientar a los padres de familia cuando las relaciones interpersonales entre ellos no sean satisfactorias; en cuyo caso es indispensable remitirse a los esposos a consultas de psico-terapia familiar con la finalidad de que los conyuges participen en la psico-terapia la que va a permitir un equilibrio emocional en el seno familiar; mejorando así las relaciones familiares y de esta forma brindar le una estabilidad emocional al niño.

El Trabajo Social juega un papel importante en el tratamiento de la enfermedad debido a que conociendo el desenvolvimiento de la familia y su medio social, lo mismo que los posibles factores que inciden en las patologías psico

lógicas del menor se le va a facilitar el diagnóstico social, y de esta forma podrá proporcionar apoyo y orientación práctica al menor y a sus familiares de igual forma prepara a los menores para la rehabilitación reduciendo causas ambientales que puedan afectarlo adversamente, en el tratamiento que se le viene aplicando.

Es necesario tratar a la familia procurando que estos factores sean percibidos y se cambie su actitud general; el Trabajador Social debe continuar la labor de tratamiento y orientación familiar en forma extra-mural mediante una atención pos-institucional. Es una tarea de seguimiento para completar la obra iniciada dentro de la institución.

En la intervención específica del Trabajador Social frente a los problemas sico-sociales en los menores atendidos en el Hospital Infantil San Francisco de Paula en tiempo y espacio determinado se tomó como estudio a cinco (5) menores diagnosticados por el Departamento de Psicología con problemas de Retraso en el Desarrollo, del Lenguaje, problemas del aprendizaje, agresividad, y neurosis infantil, todas enfermedades de la literatura existente, se observa que la base para que se produzcan estas enfermedades es la familia y el medio ambiente social donde se desenvuelven, ocasionados por factores internos o externos al núcleo familiar.

A través del estudio se pudo observar que el factor económico es el que más influye directamente en el desenvolvimiento normal de la familia, conllevando a originar conflictos entre la pareja debido a que no se dá un clima armónico para dialogar sobre este factor, no siendo comprendido por los jefes de hogares, donde muchos desconocen la inflación constante que se presenta en el país, conllevando esto a que la canasta familiar quede por debajo de la inflación. Además del rol que estos ocupan en la sociedad, no solamente de conocer esta situación, sino saberlo comprender para no provocar estos problemas en la familia y ser consecuente en ella.

Otra de las situaciones sociales que se presentan en la actualidad es la convivencia con los padres de los conyugales los cuales interfieren en la educación de sus nietos, sobreprotegiéndolos, originando que sus padres pierdan autoridad sobre ellos lo que provoca en estos menores patologías como agresividad, ansiedad, ambivalencia hacia sus padres como otras series de patologías.

Es necesario que estos familiares que conviven con la nueva familia formada no intervengan en el desenvolvimiento de este grupo social, ya que ellos muchas veces se parcializan con uno de los integrantes o tratan de imponer sus criterios obstaculizando muchas veces el normal desenvolvimiento de la familia.

El rol que desempeña cada miembro de la familia es importante para su normal funcionamiento, el desempeño incorrecto por parte de los miembros, de una de sus funciones es otro de los elementos que incide directamente en el normal desenvolvimiento de la familia, a pesar de que muchos padres consideran que dando el dinero necesario para el sostenimiento del hogar cumplen con sus funciones; igual sucede con las madres que realizando las labores del hogar creen haber cumplido con su función como madres de hogar, cayendo estos en el error de creer que estas son las únicas funciones que deben cumplir en la familia, desconociendo otras de gran importancia para la buena marcha de la célula familiar tales como: el amor, la efectividad hacia sus hijos, conyuge, la comprensión de su prole de acuerdo al desenvolvimiento de ellos dentro del hogar y comprender la influencia del medio ambiente sobre la familia, de ahí se desprende la comunicación que debe existir entre los padres, de padres a hijos, viceversa, y entre hermanos, para poder absorber en forma favorable las influencias que recibe del medio exterior, la mala procesación de estas influencias acarrear estragos en el equilibrio físico, psicológico y social de la familia.

Todos estos elementos componentes para la buena marcha de la familia son necesarias para lograr una armonía dentro del hogar y evitar así patológicas psico-sociales que po

nen en peligro la estabilidad emocional de ella.

Para el Trabajador Social realizar su accionar en el medio familiar, esta encaminado a crear transformaciones en la familia afectada, mediante procesos auténticos y críticos que se desprenden de situaciones históricas y la dialéctica social de acuerdo a la evolución que ha tenido la población Latinoamericana, la Colombiana y en especial la Barranquillera; es necesario una creación social propia de nuestro actuar, acorde con la cultura de nuestros pueblos que permitan ser autónomos en el campo del saber y la acción debido a que el rol profesional ha sido influenciado por las teorías del imperialismo dominante; por lo tanto el Trabajador Social dedicado a ésta área profesional trata de que exista en la célula familiar interacción sobre la sociedad que permita una mejor forma de vida social a la familia, mediante una ayuda mutua para fortalecer la cooperación y solución de problemas, con la participación dinámica de todos los integrantes del núcleo familiar.

## CONCLUSIONES

Al finalizar este estudio se ha querido dar a conocer como influyen los conflictos familiares en el desarrollo psico-social del menor atendido en el Hospital Infantil San Francisco de Paula. De ahí la importancia de que se intensifiquen los programas dirigidos a la familia, encargados de orientar y educar acerca de la crianza, trato hacia sus hijos, solución de problemas familiares y otros. Estos programas deben ser dirigidos a toda la comunidad.

En nuestro contexto social prevalecen los problemas familiares originados por el mismo medio social y la situación económica del país, donde el desempleo, desnutrición, alcoholismo y otros son males que aquejan nuestra sociedad y conllevan a originar en un futuro hombres con rasgos psicopáticos depravados y sin ningún principio moral.

Se considera de vital importancia que la Trabajadora Social realice programas dentro y fuera de la institución de orientación a los padres de los pacientes con problemas psico-sociales, acerca de las causas, consecuencias de la enferme

dad, esto implica el logro de un tratamiento y atención eficaz al paciente para obtener una curación óptima.

Es importante aclarar que estas familias que acuden a la institución son familias de escasos recursos económicos, factor importante para el desenvolvimiento armónico del hogar. Este factor tiene una repercusión en la familia y por ende en sus descendientes.

Es función del Trabajador Social intervenir con la familia del paciente y su medio social, emplear métodos psicológicos y sociales que influyen sobre su mente y su desenvolvimiento en la sociedad, para disminuir las cargas emocionales y desarrollar sus potencialidades para hacer frente a su situación.

El Trabajador Social contribuye al Bienestar Integral del paciente orientándolo a resolver los problemas sociales y emocionales que interfieren con el tratamiento médico, su ajuste a la institución y a la conservación de su salud física, mental y social.

Trabajo Social orienta a la familia del menor que presenta problemas psico-sociales a lograr la adaptación del niño al medio social en el proceso de su tratamiento, esto se logra

modificando las actitudes negativas que manifiesta la familia al infante.

## RECOMENDACIONES

Se hace necesario que la Universidad Simón Bolívar reintegre estudiantes practicantes de la Facultad de Trabajo Social al Hospital Infantil San Francisco de Paula con la finalidad de darles la oportunidad que adquirieran experiencia profesional con los menores atendidos en la institución; y a la vez atender a toda la población infantil que acude a esta profesión para lograr un equilibrio armónico en su desarrollo físico, psicológico y social.

Es importante que la Administración del Hospital Infantil San Francisco de Paula, contrate a la profesional de Trabajo Social por tiempo completo, debido a que en ocasiones los familiares del paciente necesitan la atención profesional en horas no hábiles de la Trabajadora Social siendo remplazado el accionar del profesional dentro de la institución por otras personas no capacitadas en esta labor.

Es necesario que los profesionales de Psicología y Trabajo Social realicen su intervención en forma coordinada con la finalidad de poder brindarles a los menores con patologías psico-sociales atendidos en la institución, una atención psico-social eficaz que conlleve a su rehabilitación.

- La Administración del Hospital Infantil San Francisco de Paula debe brindarle mayores oportunidades al profesional de Trabajo Social para que este tenga una mejor intervención en su accionar, en suministrarle las herramientas necesarias.

BIBLIOGRAFIA

- AGUILAR, Caballero, Isidro y AGUILAR de, Galves, Hermencia  
Tratado práctico de Medicina Moderna. Editorial Inter  
americana. Bogotá 1976.
- ANDER-EGG, Ezequiel. Introducción a las Técnicas de la  
Investigación Social. Séptima Edición. Editorial Huma  
nitas. Buenos Aires. 1978.
- ANDER-EGG, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Oc  
tava Edición, Editorial el Ateneo. Barcelona 1982.
- BAENA, Paz, Guillermina. Instrumentos de Investigación.  
Manual para elaborar trabajos de investigación y te  
sis profesionales. Séptima Edición. Editores Mexi  
canos Unidos. S.A. México. 1981.
- BERNAL y RIESGO, Alfonso. Errores en la crianza de los  
niños. Editorial Taro. Bogotá 1977.
- BERGERON M. El Desarrollo Psicológico del niño desde la  
primera edad hasta la adolescencia. Ediciones Morata  
S.A. Segunda Edición. Madrid 1980. Traducido por G.  
Gonzalvo Mañar.
- BETANCUR, Belisario. Cambio con Equidad, Bogotá 1983.
- CORREA, Asmus, Gustavo. Guía práctica de Metodología pa  
ra la elaboración de trabajo: Universidad Santo Tomás  
de Aquino. Bogotá 1982.

- DICCIONARIO DE LAS CIENCIAS DE LA EDUCACION I-Z. Publicaciones Diagonal-Santillana. S.A. para profesoras. Dalmao, Madrid 1983. Santillana S.A. Tomo III.
- DOCTOR HARRY, Bakwin y DOCTORA BAKWIN. Morales, Ruth. De desarrollo Psicológico del niño Normal y Patológico. Nueva Editorial Interamericana S.A. México 1974. Cuarta edición. Traducción Vicente Angut Armer.
- EL MUNDO DE LOS NIÑOS. Guía práctica de los padres. Editorial Salvat. Volumen 15 Bogotá 1973.
- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA Y LA PEDAGOGIA. Diccionario de Psicología. Sedmay-Lidis. 1977-1978. Editions, Lidis París. Para la edición castellana. Sedmay Ediciones S.A. López de Hoyos Madrid. Séptimo Volumen.
- FRAZIER, Shervart H. Y CARR, Arthur C. Introducción a la psicopatología. Cuarta edición. Editorial el Ateneo. Buenos Aires, Argentina 1976.
- FRIEDRICH, Dorech. Diccionario de Psicología. Octava Edición. Editorial Heder. Barcelona, España 1976.
- GESELL, Arno y Otros. El niño de 7 a 8 años. Editorial Paidós. Buenos Aires. Cuarta Edición 1963 V. 57.
- GESELL, Arno y Otros. El niño de 9 a 10 años. Editorial Paidós. Buenos Aires. Quinta Edición 1978. V. 58
- GRAN ENCICLOPEDIA DEL SABER. Universitas, Editorial Salvat. Bogotá 1979. Tomo 8.
- HOWARD, C., Warren. Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica. México 1948.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Sub-dirección de Promoción Social. División tratamiento de menores excepcionales. Guía práctica para estimular el desarrollo del niño.

- JAMES, Grever. Diccionario de Psicología. Editorial Escuela Talchhuano, 485. Séptima edición. Buenos Aires 1967.
- LAURENCE, C. Kole. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial Trillas, Cuarta Edición. México 1971. Traducción. Dr Leopoldo Chagoya Beltrán.
- KISNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social en Salud, Modelo de Intervención. Editorial Látina. Bogotá. 1978.
- SARINO, A, Carlos. El proceso de la investigación, editorial el Cid. Bogotá 1980.
- SANTAMARIA. Espinosa, Alberto. El Trabajo Social en Salud Modelo de Intervención. Editorial Látina. Bogotá 1978
- SIDNEY W, Risov y PAER M, Donald. Psicología del Desarrollo Infantil. Teoría Empírica y Sistemática de la Conducta. Editorial Trillas, México 1971.
- TESIS: GUERRERO, Mejía, Diana y ARANGO de, Martha Luz. Programas de Orientación Preventiva "Embarazo, parto y Lactancia Materna". Monografía de Grado presentada a la Universidad del Norte, junio de 1982.
- TORRES. Díaz, Jorge H. Historia del Trabajo Social. Editorial Grafilatia. Barranquilla 1985. p.p. 345 - 350
- TORRES. Díaz, Jorge H. Cuaderno de Estudio de Trabajo Social. Qué es Trabajo Social? Conceptualización básica. Estados Carenciales del hombre, problema y conflictos sociales. Razón de Ser del Trabajo Social. Barranquilla, noviembre de 1984.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

ANEXOS

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

ENCUESTA SOCIO-ECONOMICA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS  
MENORES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA INFAN  
TIL SAN FRANCISCO DE PAULA

I. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Colegio \_\_\_\_\_ Grado que cursa \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

---

---

---

COMPOSICION FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	GRADO DE ESTUDIO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ocupacion LABORAL

PERSONA	EMPRESA	OFICIO	INGRESOS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VIVIENDA

Tenencia de la Vivienda

Propia \_\_\_\_\_ Alquilada \_\_\_\_\_ Prestada \_\_\_\_\_

Composición de la Vivienda.

Número de Alcobas \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Comedor \_\_\_\_\_ Baño \_\_\_\_\_

Cocina \_\_\_\_\_



SERVICIOS PUBLICOS.

Agua \_\_\_\_\_ Luz \_\_\_\_\_ Alcantarillado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
ninguno \_\_\_\_\_

SALUD.

Enfermedades padecidas por la familia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades padecidas por la paciente \_\_\_\_\_

RELACIONES FAMILIARES

Relaciones Interfamiliares \_\_\_\_\_

Discute los problemas del hogar la familia :SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuando existen los problemas logran resolverlos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Porque \_\_\_\_\_

Quales son los problemas más frecuentes en la familia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE.

A su edad la paciente es:

PASIVA \_\_\_\_\_ ACTIVA \_\_\_\_\_ Se comunica con

los padres \_\_\_\_\_ Se relaciona con niños de su edad: SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

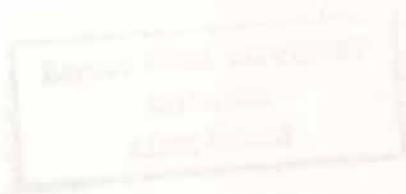
OBSERVACIONES

---

---

---

---



# HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

## FICHA SOCIOECONOMICA

### INGRESO

Emergencia

Servicio \_\_\_\_\_

Historia Clínica No. \_\_\_\_\_

Consulta Externa

Cama No. \_\_\_\_\_

Ficha Social No. \_\_\_\_\_

### INSCRIPCION

NOMBRE Y APELLIDOS

SEXO

EDAD

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

### RESIDENCIA

ZONA

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

BARRIO

DIRECCION

TELÉFONO

U

R

### PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE

PARENTESCO

CEDULA

OCUPACION

LUGAR DE TRABAJO

### ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

FECHA DE ELABORACION

CLASIFICACION

A

B

C

D

P

### COMPOSICION FAMILIAR

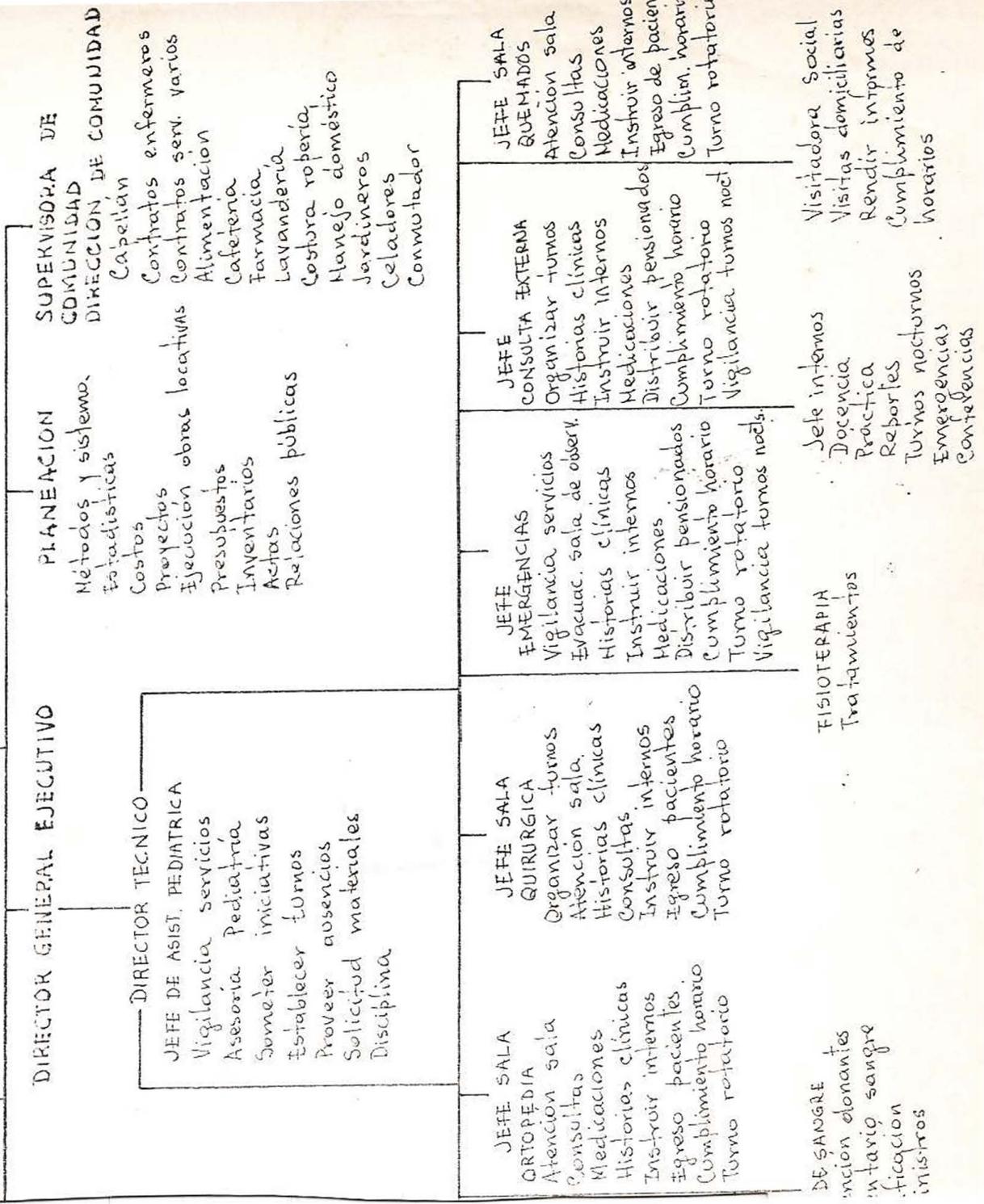
No.	NOMBRE	SEXO	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	SALARIO	ESCOLARIDAD
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

# DEL HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA

## JUNTA DIRECTIVA

### PRESIDENCIA

### REVISOR FISCAL



DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO

PLANEACION

SUPERVISORA DE COMUNIDAD

Metodos y sistema estadisticas

Costos

Proyectos

Ejecucion obras locativas

Presupuestos

Inventarios

Actas

Relaciones publicas

Capellan

Contratos enfermeros

Contratos sem. varios

Alimentacion

Cafeteria

Farmacia

Lavanderia

Costura roperia,

Manejo domestico

Jardineros

Celadores

Conmutador

DIRECTOR ASIST. PEDIATRICA

Vigilancia servicios

Asesoría Pediatría

Someter iniciativas

Establecer turnos

Proveer ausencias

Solicitar materiales

Disciplina

JEFE SALA ORTOPEdia

Atencion sala

Consultas

Medicaciones

Historias clinicas

Instruir internos

Egreso pacientes

Cumplimiento horario

Turno rotatorio

JEFE SALA QUIRURGICA

Organizar turnos

Atencion sala

Historias clinicas

Consultas

Instruir internos

Egreso pacientes

Cumplimiento horario

Turno rotatorio

JEFE EMERGENCIAS

Vigilancia servicios

Evacuac. sala de observ.

Historias clinicas

Instruir internos

Medicaciones

Distribuir pensionados

Cumplimiento horario

Turno rotatorio

Vigilancia turnos nocts.

JEFE CONSULTA EXTERNA

Organizar turnos

Historias clinicas

Instruir internos

Medicaciones

Distribuir pensionados

Cumplimiento horario

Turno rotatorio

Vigilancia turnos nocts.

JEFE SALA QUEMADOS

Atencion sala

Consultas

Medicaciones

Instruir internos

Egreso de pacientes

Cumplim. horario

Turno rotatorio

DE SANGRE +  
cion donantes  
ntario sangre  
ficacion  
inistros

FISIOTERAPIA  
Tratamientos

Jefe internos  
Docencia  
Practica  
Reportes  
Turnos nocturnos  
Emergencias  
Conferencias

Visitadora Social  
Visitas domiciliarias  
Rendir informes  
Cumplimiento de  
Horarios

# ORGANIGRAMA

## SINDICO - TESORERO

### ADMINISTRACION

- Personal de oficina
- Correspondencia
- Archivos
- Compras y pedidos
- Contrato de trabajo
- Caja menor
- Papelaria y utiles
- Chofer
- Consignaciones
- Kardex

### CONTABILIDAD

- Libros contabilidad
- Comprobantes Ingresos y egresos
- Ejecucion presupuesto
- Elaboracion cheques
- Nominas sueldos
- Cesantias, primas
- Vacaciones
- Jubilados

### JEFE SALA MEDICINA INTERNA

- Atencion sala
- Consultas
- Medicaciones
- Historias clinicas
- Instruir internos
- Egreso pacientes
- Cumplimiento horario
- Turno rotatorio

### JEFE SALA LACTANTES

- Atencion sala
- Consultas
- Medicaciones
- Historias clinicas
- Instruir internos
- Egreso pacientes
- Cumplimiento horario
- Turno rotatorio

### JEFE SALA COMUNICABLES

- Atencion sala
- Consultas
- Medicaciones
- Historias clinicas
- Instruir internos
- Egreso pacientes
- Cumplimiento horario
- Turno rotatorio

### LABORATORIO

- RAYOS X
- Radiografias
- Revelado
- Diagnosticos
- Equipo portatil

