

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FAMILIAR  
(CASO ESPECÍFICO: PEDIATRÍA HOSPITAL ROOSEVELT)**

TESIS

Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de  
San Carlos de Guatemala

POR

**Gladys Elena Urizar Aragón**

Previo a conferírsele el título de

**TRABAJADORA SOCIAL**

En el grado académico de

**LICENCIADA**

Guatemala, noviembre de 2005

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR: Dr. Luis Alfonso Leal Monterroso  
SECRETARIO: Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

DIRECTORA: Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
SECRETARIA: Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

**CONSEJO DIRECTIVO**

**REPRESENTANTES DOCENTES**

Licenciada Alma Lilian Rodríguez Tello  
Licenciado Edwin Gerardo Velásquez

**REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES**

Licenciado Rómulo Teodoro Rojas Ajquí

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Estudiante Gladys Elizabeth Moreno Girón  
Estudiante Mauricio Burrión González

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

Directora: Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
Secretaria: Licda. Carolina de la Rosa de Martínez  
Coordinadora IIETS: Licda. María del Carmen Galicia Guillén  
Tutor - Revisor: Lic. Florencio León  
Coordinadora Área de  
Formación Profesional Específica: Mtra. Ada Priscila Del Cid

“Los autores serán los responsables de las  
opiniones y criterios expresados en sus obras.”  
Artículo 11 del reglamento del Consejo Editorial de  
la Universidad de San Carlos de Guatemala

## ACTO QUE DEDICO

A Dios

A mis padres

Marco Aurelio Urizar López

Elsa Alicia Aragón de Urizar

A mi esposo

Julio César Girón Rodríguez

A mis hijos

Julio Pablo

César Eduardo

Rodrigo Alejandro

A mis hermanos

Emperatriz, Angelina, Marco Aurelio, Annabella, Ronaldo.

A mis sobrinos

A mis cuñados

## **TESIS QUE DEDICO**

A los niños de los sectores marginados de Guatemala.

A la Escuela de Trabajo Social y la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A los padres y madres de los niños internados en el servicio de Pediatría, que participaron en el estudio, y a quienes se integran al Programa de Asistencia Familiar.

Al departamento de Trabajo Social del Hospital Roosevelt.

A mi asesor Licenciado Florencio León.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	i
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>1</b>
1.1 Definición de Trabajo Social	1
1.2 Objetivos del Trabajo Social	1
1.3 Trabajo Social Hospitalario	2
1.3.1 Salud	5
1.3.2 Enfermedad	5
1.3.3 Hospital	6
1.3.4 Programación	6
1.3.5 Programa	7
1.3.6 Programa de Salud	7
1.3.7 Proyección	8
1.3.8 Pediatría	8
1.3.9 Atención Psicosocial en salud	8
1.3.10 Trabajo en equipo	9
1.2 Concepto de Familia	9
1.3 Familia Nuclear	10
1.4 Asistencia Familiar	10
1.5 Relaciones afectivas en la familia	11
1.6 Orientación familiar	11
1.7 Antecedentes del Programa	12
1.8 Sistema de Funcionamiento del Programa de Asistencia Familiar	13

## **CAPÍTULO 2**

<b>PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS</b>	<b>19</b>
---	-----------

## **CAPÍTULO 3**

<b>PROPUESTA DE TRABAJO</b>	<b>39</b>
-----------------------------	-----------

3.1 Justificación	39
-------------------	----

3.2 Objetivo General	40
----------------------	----

3.3 Objetivos Específicos	40
---------------------------	----

3.4 Descripción de Actividades	40
--------------------------------	----

3.5 Capacitación Colectiva	41
----------------------------	----

3.6 Recursos	43
--------------	----

3.7 Evaluación	43
----------------	----

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
---------------------	-----------

<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>47</b>
------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>49</b>
---------------------	-----------

<b>ANEXO</b>	<b>51</b>
--------------	-----------

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de enfermedades en la población infantil es un problema que afecta a la población guatemalteca. La desnutrición, las enfermedades respiratorias y diarreicas atacan la vulnerabilidad de éste grupo etáreo, “a nivel nacional, la tasa de incidencia de enfermedades respiratorias en los niños y niñas de 0 a 5 años es 47.9% y la diarrea, 31%”<sup>1</sup>, “la prevalencia de desnutrición es de 43.1%”<sup>2</sup>, acentuándose dentro de los sectores marginados y desposeídos de la población, quienes son la mayoría en Guatemala. La falta de educación de la población la expone a sufrir de dichas enfermedades. Las condiciones de pobreza y pobreza extrema nos ubican en las posiciones más bajas internacionalmente.

El sistema de salud no cuenta con los recursos suficientes para dar cobertura a toda la población que demanda el servicio. A pesar de que se realizan esfuerzos por desarrollar programas específicos, la disminución de las estadísticas negativas, son mínimas y por esta razón, las instituciones hospitalarias deben atender y brindar medicina curativa.

El tema desarrollado en la presente investigación es interesante, ya que trata la problemática familiar, ante el problema de salud de los niños, analizando el trabajo multidisciplinario, contando con elementos que permiten proponer acciones hacia un abordaje que viabilice resultados positivos, a través del trabajo individual de los actores involucrados, para alcanzar un objetivo común.

Es importante mencionar que el trabajo social con la familia tiene como tarea la orientación y organización familiar, para potenciar a los individuos que la integran, a fin de conducirlos a la transformación de su realidad y mejorar su calidad de vida.

---

<sup>1</sup> Perfil de la Pobreza en Guatemala. Encuesta Nacional de Condiciones de vida ENCOVI 2000. Instituto Nacional de Estadística. Pag. 24.

<sup>2</sup> Ibid, pag. 30.

Para ello es necesario conformar equipos de trabajo para una acción integral. En el caso específico que se desarrolla en la Pediatría del Hospital Roosevelt, en el Programa de Asistencia Familiar -PAF-, se trata de brindar apoyo de ésta naturaleza en el momento que ocurre una crisis familiar, a consecuencia de los problemas de salud de los niños, quienes son cuidados por los padres durante su hospitalización, para procurar su pronta recuperación.

Para llevar a cabo la investigación se planteó la siguiente hipótesis: “La falta de evaluación del trabajo a nivel multidisciplinario, determina el desconocimiento de sus alcances, limitando su proyección a la población atendida”. Para probar dicha hipótesis se tomó una muestra del 84% de padres de los niños hospitalizados y se entrevistó a los integrantes del equipo.

Por otra parte, el objetivo general fue establecer si la función que la trabajadora social desempeña dentro del programa es adecuada profesionalmente y propone acciones de intervención profesional en equipo multidisciplinario, para la atención integral del niño y su familia.

Se utilizó el método inductivo-deductivo para analizar la realidad, permitiendo determinar la dinámica del objeto estudiado, hasta llegar a la sistematización de la información, concluyendo con la elaboración de un informe de resultados y conclusiones, que aportan elementos para mejorar las condiciones del grupo estudiado. Utilizando las técnicas de investigación bibliográfica y documental, encuesta, entrevista y observación.

Se considera que la investigación coadyuva a que se promuevan acciones tendientes a solucionar las necesidades que presentan los usuarios. El análisis realizado permitió conocer la proyección del programa hacia la población a la que va dirigido, así mismo, como estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se contribuyó a estudiar un problema social, que es parte de nuestra realidad, aportando alternativas como lo establece la escuela de Trabajo Social, para que la familia,

como base de la sociedad, sea partícipe de su propio bienestar. El trabajo se dividió en tres capítulos, contemplándose los temas de Familia, Trabajo Social, Antecedentes y Reglamento del Programa, Presentación de Resultados y Propuesta de Trabajo. Finalmente las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó con el presente estudio.

# CAPÍTULO 1

## MARCO CONCEPTUAL

A continuación se presentan conceptos que fundamentan el problema, haciéndolo comprensible, y permiten su ubicación en el contexto de sus causas y sus efectos.

### 1.1 Definición de Trabajo Social

“Disciplina de las ciencias sociales que estudia, analiza y explica la problemática social, para coadyuvar en la solución de problemas de personas, grupos y comunidades, que presentan carencias de tipo social, económico, cultural y espiritual, para trabajar en procesos participativos de investigación, organización, promoción y movilización en la búsqueda de su desarrollo humano. En dicho proceso utiliza métodos propios de actuación”<sup>3</sup>.

La práctica profesional debe estar encaminada a la potencialización del individuo de manera integral, para generar cambios que transformen a la sociedad. En el campo de la salud ésta práctica complementa las acciones médicas, a fin de contribuir a la promoción, prevención y recuperación de la misma.

### 1.2 Objetivos del Trabajo Social

Se hace mención de los objetivos que se alcanzan en el trabajo que se realiza en el Hospital Roosevelt:

---

<sup>3</sup> Área de Formación Profesional Específica. Escuela de Trabajo Social. Universidad de San Carlos de Guatemala. Boletín Informativo. Guatemala, septiembre 1999. Pág. 1.

1. “Fomentar la práctica de los valores humanos en individuos, grupos y comunidades, para que en su ejercicio cotidiano facilite los procesos de desarrollo social.
2. Realizar investigaciones sistemáticas de la realidad, cuyos resultados amplíen el conocimiento de ésta, y sirvan para orientar la acción del trabajo social.
3. Promover el desarrollo integral de individuos, familias, grupos y comunidades mediante la organización y promoción social, para la autogestión y movilización popular.
4. Sistematizar experiencias teórico-prácticas, que permitan la retroalimentación de procesos de intervención a nivel individual, grupal y comunal”<sup>4</sup>.

El trabajo social tiene diversos campos de acción profesional, teniendo como objeto y sujeto de su accionar a la persona humana, especialmente se trabaja con los grupos más vulnerables, individualmente, en grupos o comunitariamente. Para poder intervenir se debe ser conocedor de la realidad del país, de manera que sus planes de acción den resultados que permitan dar soluciones a las problemáticas sociales, a través del análisis crítico, organización y participación de los individuos, incidiendo en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

### **1.3 Trabajo Social Hospitalario**

“Es el ejercicio profesional que aplica el método científico en la ejecución de las acciones del trabajador social, como integrante del equipo multidisciplinario, enfocando su atención en los factores sociales y emocionales que intervienen en la recuperación y rehabilitación del paciente, estimulando su capacidad física-mental

---

<sup>4</sup> Ibid. Pág. 2.

para la participación en la solución de su problemática y así integrarlo a su grupo familiar”<sup>5</sup>.

Los objetivos del trabajo social en salud van enfocados a:

- “a) Aportar al equipo de salud el estudio de la variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquéllos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando e identificando los que favorecen su logro.
- b) Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar”<sup>6</sup>.

Las funciones específicas de su quehacer son: Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Para poder brindar atención a los usuarios de los servicios hospitalarios, el departamento de trabajo social del Hospital Roosevelt, trabaja en equipos multidisciplinarios, a fin de contribuir a la recuperación y rehabilitación del paciente, afectado por factores sociales, emocionales y económicos, que no le permiten resolver su problema de salud.

La atención se enfoca especialmente hacia el paciente de situación económica de pobreza y pobreza extrema, que constituyen la mayoría de la población que acude a

---

<sup>5</sup> Hospital Roosevelt, Reglamento de Organización y Funciones de Trabajo Social. Guatemala 1977. Pag. 22

<sup>6</sup> Kissnerman, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Humanitas. Argentina 1990. Pág. 121 y 122.

recibir tratamiento médico. Y de esta manera satisfacer la demanda en salud con los recursos con los que se cuenta.

Se considera pertinente enunciar puntos importantes de la Constitución Política de la República de Guatemala que en el artículo 94, establece:

“La obligación de velar por la salud de todos los habitantes, procurándoles el más completo bienestar físico, mental y social, para lo que desarrollará acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las acciones complementarias pertinentes a través de sus instituciones de salud”<sup>7</sup>.

El Código de Salud en el artículo 4<sup>to</sup> del decreto 90-97 del Congreso de la República, en su último párrafo establece que “el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro del marco de subsidiariedad, solidaridad y equidad, garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias cuyos ingresos no les permitan pagar parte o la totalidad de los servicios de salud recibidos”<sup>8</sup>.

Los Acuerdos de Paz en los Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, en relación al tema que nos ocupa en la presente investigación, en el punto No. 2, con respecto a Mortalidad Materno Infantil, contempla reducirla antes del año 2000, a un 50% del índice observado en 1995.

Las citas anteriores constituyen entre otras, el marco constitucional y legal de la actuación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Plan de Salud 2000-2004.

Es importante definir algunos conceptos y hacer un análisis de lo que realmente vive la población guatemalteca, así como acciones emprendidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

---

<sup>7</sup> Plan Nacional de Salud 2000-2004. MSPAS. República de Guatemala. Noviembre 2001. Pág. 4.

<sup>8</sup> Ibidem. Pág. 4

### **1.3.1 Salud**

“En su definición más simple, la salud es la ausencia de toda enfermedad física y mental. Sin embargo en su acepción más amplia, promovida por la organización Mundial de la Salud, significa que todas las personas deben tener oportunidad de desarrollar su potencial genético. Este incluye el derecho de crecer y desarrollarse física y mentalmente sin los impedimentos que representan la desnutrición o la contaminación ambiental, y a ser protegido en la medida de lo posible contra las enfermedades infecciosas”<sup>9</sup>.

La salud es un derecho humano por el que el Estado debe velar, para que la población mejore su nivel de bienestar. Sin embargo, el presupuesto para este renglón no es suficiente para dar cobertura total, la cual no llega a toda la población, especialmente a la del área rural. El mayor porcentaje de gastos está destinado a salud curativa, dejando de lado la salud preventiva. Algunos de los servicios que se prestan en los hospitales deben ser costeados por el paciente, además los altos precios de los medicamentos, contribuyen al detrimento de la deteriorada economía familiar y consecuentemente a la pérdida de la salud, incluso la muerte.

### **1.3.2 Enfermedad**

“En líneas generales es la pérdida de la salud. Se caracteriza por una alteración del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo que se manifiesta a través de síntomas diagnosticables y tiene una evolución previsible, aunque sus causas son a veces desconocidas”<sup>10</sup>.

A nivel internacional, Guatemala se encuentra en una de las posiciones más altas en términos de pobreza; vivimos en un país subdesarrollado con incidencia de

---

<sup>9</sup> Enciclopedia Larousse de la Enfermería. Larousse Planeta. Volumen 8. Pág. 2034.

<sup>10</sup> Enciclopedia Larousse de la Enfermería. Op. Cit. Pág. 853.

enfermedades que afectan a los más pobres, pues por sus condiciones precarias están más propensos a adquirirlas. Las tasas de mortalidad son altas, derivadas de los problemas que, en su mayoría, pudieron ser tratados si la atención en salud fuera dada oportunamente.

### **1.3.3 Hospital**

“Centro de tratamiento médico destinado, provisto de personal y equipado para proporcionar servicio de diagnóstico y terapéutico de medicina general y cirugía o de algún campo o campos circunscritos de cuidado médico, junto con cuidados de enfermería y servicio dietético para los pacientes que lo requieren en el hospital”<sup>11</sup>.

La población marginada demanda atención en los hospitales públicos, pero no es fácil el acceso, debido a las distancias que tiene que recorrer, la atención especializada se centraliza en la ciudad Capital, y por la demanda que existe, los recursos son insuficientes, haciéndola más propensa a carecer de salud.

### **1.3.4 Programación**

“Conjunto de procedimientos y técnicas que se utilizan para racionalizar y ordenar las acciones operativas necesarias para realizar una programa, proyecto o un conjunto de actividades, con vista a alcanzar unos objetivos”<sup>12</sup>.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha implementado programas para la atención de diferentes grupos étnicos. El SIAS (Servicio Integral de Atención en

---

<sup>11</sup> Blakiston, Diccionario Breve de Medicina, Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana, 1ª. Edición en Español, 1990. Pag. 691.

<sup>12</sup> Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Editorial Lumen. 2ª Edición. Argentina, 1995. Pag. 241.

Salud) ha llevado atención a lugares donde antes no existía, centrando sus esfuerzos en las áreas de saneamiento ambiental, inmunización y atención materno-infantil.

### **1.3.5 Programa**

“Conjunto de proyectos, actividades, procesos o servicios orientados al logro de determinados objetivos”<sup>13</sup>.

Se deben realizar acciones para operativizar los programas. El monitoreo y evaluación es fundamental para conocer las deficiencias, enmendarlas y establecer lineamientos para el fortalecimiento de los mismos y alcanzar las metas propuestas.

### **1.3.6 Programa de salud**

“Es un conjunto coherente, organizado, integrado de actividades y servicios realizados simultáneamente o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinantes en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida”<sup>14</sup>.

Los programas deben estar encaminados a brindar atención adecuada a la realidad que se vive en el país y los mismos deben ser accesibles a toda la población.

La actuación de todo el equipo de salud debe girar en torno a la persona que necesita atención, haciendo uso de los recursos disponibles, atendiendo con calidad y calidez, con el objetivo de que la persona recupere su salud, a través de atención integral.

---

<sup>13</sup> Ibid. Pág. 241.

<sup>14</sup> Cuervo J.I., J. Varela, Belenes R. Gestión de Hospitales. Nuevos Instrumentos y Tendencias. España. 1994. Ediciones Vicens Vives. Pág. 52.

### **1.3.7 Proyección**

“Estimación de una situación futura, fundada en suposiciones o cálculos hechos sobre el rumbo probable de los acontecimientos por venir”<sup>15</sup>.

El trabajador social debe desempeñar un papel de primer orden, que permita proyectarse hacia la población atendida, con acciones propositivas y a través de una adecuada coordinación de actividades multidisciplinarias, para alcanzar los objetivos del trabajo social hospitalario.

### **1.3.8 Pediatría**

“Rama de la medicina dedicada al crecimiento y desarrollo de los niños y al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades”<sup>16</sup>.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ente rector de la salud en Guatemala, desarrolla estrategias dirigidas a disminuir la tasa de mortalidad infantil, entre ellas la de Atención Integrada a las Enfermedades de la Infancia (AIEPI), esperando resultados en cuanto a disminuir la tasa de mortalidad infantil de la niñez.

### **1.3.9 Atención Psicosocial en Salud**

“Es el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales”<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Ander Egg, Ezequiel. Op. Cit. Pág. 243.

<sup>16</sup> Enciclopedia Larousse de la Enfermería. Op Cit. Volumen 7. Pág.1767.

<sup>17</sup> Díaz Argueta, Julio César. Documento de Trabajo. Guatemala. Julio 2003. Pág. 1.

En este sentido se debe prestar atención al grupo familiar, pues con las problemáticas sociales a las que se enfrenta, necesita que se le brinde soporte profesional, pues social y emocionalmente se encuentra desestabilizado. En el caso que nos ocupa en el presente trabajo, se agrega otro problema, como lo es la enfermedad de un miembro del grupo. Se debe apoyar para poder enfrentar el problema, prevenir y reducir riesgos, por lo que se deben implementar acciones que lleven hacia la sensibilización de las personas.

### **1.3.10 Trabajo en equipo**

“Actividades o tareas que realiza un grupo reducido de personas, para alcanzar unos objetivos determinados, mediante una labor participativa y cooperativa de todos los miembros del equipo”<sup>18</sup>.

Al trabajar en equipo las acciones que se emprendan serán eficaces, pues se cuenta con diversas opiniones, puntos de vista, creatividad, cooperación y compromiso, potencializando a cada miembro para desempeñar su trabajo mejor de lo que pudieran hacer trabajando solos, permitiéndoles llegar a consensos, para establecer metas en el trabajo, que son de beneficio para un sector específico. El fortalecimiento del equipo multidisciplinario propicia los cambios que se necesitan para brindar beneficios y resolver problemáticas. Bajo esta perspectiva, las acciones que el grupo emprenda serán potencialmente efectivas en el desarrollo de programas, con una verdadera proyección hacia la población que atiende.

## **1.2 Concepto de Familia**

“Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines con un tronco genético común”<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Ander Egg, Ezequiel. Op. Cit. Pág. 296.

La familia es la base fundamental de la sociedad y como tal está sujeta a los cambios que condiciona la estructura de dicha sociedad, generando problemas familiares que son de naturaleza social. El Estado guatemalteco está obligado a dar protección a la familia, promocionando el bien común, tal como lo establece la Constitución Política de la República, especialmente porque la mayoría se encuentra sumida en la pobreza y la pobreza extrema.

### **1.3 Familia Nuclear**

“Llamada también familia elemental, simple o básica, es aquella constituida por el hombre, la mujer y los hijos socialmente reconocidos”<sup>20</sup>.

Es el ambiente propicio para crear unidad, ayudando a formar hijos seguros, al sentirse protegidos emocional y materialmente por sus padres. Esta constituye el contacto más positivo para todos sus miembros, porque en ella se fomentan los valores fundamentales para alcanzar el desarrollo humano.

### **1.4 Asistencia Familiar**

“Acción de asistir, ayuda, favor, socorro, amparo, auxilio realizado de manera regular y sistemática.

Medios que se proporcionan a alguien para sostenerlo o aliviarlo en sus necesidades.

Acción pública o privada mediante la cual se tiende a aliviar las necesidades más urgentes de individuos o grupos”<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Ibid. Pág. 130.

<sup>20</sup> Ibid. Pág. 130.

<sup>21</sup> Ibid. Pág. 19.

Los niveles de pobreza en Guatemala han aumentado y con esto se genera una serie de problemas sociales que requieren que se les preste atención, existiendo entidades públicas y privadas que atienden la problemática realizando esfuerzos por paliar la situación. En el ámbito público la prestación de asistencia se ve limitada por la escasez de recursos, debido a que en la administración gubernamental no se le da prioridad a los programas de desarrollo social.

### **1.5 Relaciones Afectivas en la Familia**

Los lazos familiares se fortalecen con el amor, la compañía, el respeto mutuo y la solidaridad, que son los valores básicos dentro de un grupo familiar, que los transmite de generación en generación. Es importante el diálogo familiar de doble vía, entre padre e hijos, que los derechos y obligaciones sean compartidos, para que con la participación de todos sus miembros se conviva en un ambiente democrático.

La sociedad está en constante cambio y con ello la familia atraviesa por situaciones difíciles, que la hacen entrar en crisis, haciéndose necesaria la intervención profesional, para contribuir a fortalecer y afianzar su existencia en la sociedad.

### **1.6 Orientación Familiar**

“Entendemos por orientación familiar un modelo de trabajo interdisciplinario con familias para ayudarlas en el diagnóstico y la resolución de situaciones problemáticas que las afectan, sea mediante la intervención directa de los profesionales ofreciendo información y asistencia, la derivación de servicios especializados o implementando acciones grupales de reflexión, capacitación comunitaria y autoayuda”<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Eroles, Carlos. Familia y Trabajo Social. Un enfoque Clínico e Interdisciplinario de la Intervención Profesional. Espacio Editorial. Argentina. 1ª. Edición. 1998. Pág.125.

La intervención con la familia debe permitir que sus miembros puedan resolver por sí mismos sus problemas, tener una libre decisión que fortalecerá los vínculos familiares.

El trabajador social debe ayudar y prestar servicios a las familias, de manera de transformar la realidad y contribuir a fortalecer y provocar cambios en la calidad de vida de la población que demanda ayuda, afectados por los problemas sociales.

La intervención profesional debe ser llevada a cabo oportunamente, orientando, fortaleciendo y mediando en las situaciones de crisis.

## **1.6 Antecedentes del Programa**

En el año 1974 se implementó en el Hospital Roosevelt el Programa de Asistencia Familiar, por inquietud de los médicos que conocían de la existencia de programas de este tipo en otros países, y por la necesidad de evitar que los menores permanecieran en malas condiciones higiénicas, situación que se daba por falta de personal, y en algún momento, los menores tampoco recibían tratamiento oportuno, como en el caso de quienes tienen que ser nebulizados.

Dicho programa dejó de funcionar debido a problemas que surgieron con los padres de los niños, tales como descontrol en el ingreso, padres que no cumplían con su función, relaciones muy estrechas de familiares con personal del hospital, etc.

El programa funcionó nuevamente en 1984, con el propósito de acortar la estancia hospitalaria de los niños, permitiendo el contacto afectivo con sus padres, quienes están en un horario específico brindándoles atención y cuidados.

El programa funciona hasta la fecha, conformado por un equipo multidisciplinario, que en reuniones periódicas discute los problemas que surgen para darles solución.

El Programa de Asistencia Familiar se rige por un reglamento avalado por la Dirección Médica del Hospital.

## **1.7 Sistema de Funcionamiento del Programa de Asistencia Familiar -P A F-**

### **A. Objetivo General**

Lograr una pronta recuperación del paciente, a través de la atención médica y técnica especializada del personal del hospital y la unión afectiva del paciente con su familia.

### **B. Atención al Paciente**

Este programa se aplicará en todos los servicios de Pediatría, excepto la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios y Ortopedia.

A continuación se detallan las funciones que deberán tener cada uno de los miembros del PAF.

#### **1. Medicina**

El jefe de residentes o jefe de grupo, se constituirá como la persona responsable de evaluar la autorización de la permanencia de un familiar del paciente en horario de 24 horas o de 12 horas, tomando en cuenta las siguientes condiciones:

##### **a. Permanencia de 24 horas (tarjeta rosada)**

- Paciente que ingrese con nebulizaciones constantes, cada hora.
- Paciente que reciba lactancia materna exclusiva.
- Paciente hemato-oncológico.

- Paciente con sospecha de tos ferina con accesos de tos.
- En la Unidad de Cuidados Intermedios se aceptarán familiares cuando el paciente presente Croup.
- Paciente que el jefe de residentes o jefe de grupo considere que para beneficio del tratamiento resulta necesaria la permanencia de un familiar.

b. Permanencia durante las comidas (tarjeta blanca)

- Paciente que no pueda alimentarse por sí mismo, y que se encuentre estable.
- La permanencia del familiar será por una hora
- El familiar no tiene autorización de ingresar alimentos.

c. Permanencia por 12 horas (tarjeta verde)

- Paciente que no tenga lactancia materna exclusiva.
- Que ingrese con nebulizaciones constantes.
- Paciente con sospecha de tos ferina con accesos de tos.
- Paciente que presente Croup.

El tiempo de permanencia que decida el jefe de residentes o jefe de grupo deberá quedar escrita en la orden médica para conocimiento del personal de enfermería del servicio.

## **2. Enfermería**

- a. Recibir y ubicar al paciente y a su familiar en el servicio.
- b. Brindar orientación a los familiares del paciente sobre la organización del servicio, forma de conducirse en el mismo y programas existentes.
- c. Inscribir a las personas participantes del programa, brindándoles la Tarjeta de Autorización de Permanencia, en la cual deberán anotar en el margen superior

izquierdo el nombre de las dos personas a participar en el programa y el horario de permanencia.

- d. Brindar información sobre el programa del PAF, manifestándoles lo siguiente:
- El objetivo del programa.
  - Que la tarjeta de autorización de permanencia sólo autoriza a una persona estar al lado de su paciente y el cuidado del mismo, puede alternarse con el otro familiar inscrito. Se recomienda alternar cada 24 o 48 horas.
  - Los hombres inscritos en el programa, sólo podrán permanecer en el servicio, hasta las 19:00 horas, salvo casos especiales, que serán evaluados por el comité.
  - En el servicio de Pediatría del cuarto nivel, sólo se autoriza ingresar a una persona en horario de comida del paciente.
  - Deberá cumplir estrictamente con todas las normas que se le indican al dorso de la tarjeta. En caso contrario, la primera vez se le dará una llamada de atención en forma verbal y de reincidir se le retirará la misma.
- e. Vigilar que las personas que pertenecen al programa, cumplan con el orden debido, con las normas de higiene personal, que brinden la atención adecuada al paciente, que no consuman alimentos dentro del servicio y que las gavetas de las mesas de noche no se utilicen para guardar alimentos y/o objetos de valor.
- f. Supervisar que cumplan con la lactancia materna exclusiva, administración de fórmula y/o alimentación sólida del paciente.
- g. Proporcionar la papeleta de alimentación, indicándole lo siguiente:
- Personas con autorización de permanencia por 12 horas:  
El departamento de Alimentación y Nutrición, le brindará a una persona almuerzo en horario de 12:00 a 14:00 horas en la cafetería general del hospital.
  - Personas con autorización de permanencia por 24 horas:

El departamento de Alimentación y Nutrición, le brindará a una persona, desayuno de 7:00 a 8:00, almuerzo de 12:00 a 14:00 y cena de 20:30 a 21:30, en la cafetería general del hospital.

- h. Participar en el programa de educación permanente.

### **3. Trabajo Social**

- a. Coordinar las actividades del PAF.
- b. Elaborar el estudio socioeconómico correspondiente.
- c. Orientar a los familiares sobre el cumplimiento de las normas descritas en la tarjeta del Programa de Asistencia Familiar.
- d. Brindar información sobre el uso de las instalaciones del hospital.
- e. Colocar a un familiar del paciente en el hogar temporal.
- f. Proporcionar pases de autorización de uso de regaderas en el hogar entregándolas de lunes a viernes a los familiares pertenecientes al programa y para fines de semana y días festivos al personal de enfermería del servicio.
- g. Planificar y organizar el programa de pláticas sobre cuidados de la salud, con las diferentes disciplinas involucradas en el PAF.

### **4. Alimentación y Nutrición**

- a. Planificar el plan de atención nutricional al paciente.
- b. Fomentar la lactancia materna, a través de la no utilización de biberones.
- c. Verificar el cumplimiento de la alimentación brindada al paciente por el servicio de alimentación.
- d. Indicar a los familiares que está prohibido preparar y brindar biberones y/o alimentos que no sean los proporcionados por el hospital.
- e. Brindar alimentación a un familiar del paciente, según lo indicado anteriormente.
- f. Participar el programa de educación permanente.

## **5. Personal de Seguridad**

- a. Verificar que la tarjeta pertenezca a la persona que se indica, contra cédula u otro documento de identificación.
- b. No permitir el ingreso de alimentos, maletines a los servicios.
- c. Verificar que se cumpla con el horario de permanencia indicado por enfermería en la tarjeta correspondiente.
- d. Realizar como mínimo tres rondas al servicio, en horario de mañana, tarde y noche.
- e. Proceder a retirar las tarjetas de aquellas personas que no cumplen con las normas establecidas, a través de coordinación con enfermería y trabajo social.
- f. No crear situaciones en las cuales se pierda autoridad y comprometan el trabajo a realizar.
- g. Informar inmediatamente a su jefe inmediato y/o enfermera jefe del servicio, sobre cualquier anomalía que detecte.
- h. Regular la salida de las personas en el día y la noche.

## **C. Normas Generales para el Comité**

1. Tratar con cortesía y amabilidad a las personas pertenecientes al Programa de Asistencia Familiar.
2. Programar sesiones ordinarias de trabajo cada dos meses.
3. Asistir y participar en las reuniones programadas.
4. Cada disciplina deberá cumplir y respetar las normas establecidas en el programa, en casos especiales le corresponderá al comité decidir la conducta a seguir.
5. Respetar las funciones de cada miembro del equipo multidisciplinario del PAF.
6. Evaluar el programa semestralmente, proponer soluciones y realizar los cambios pertinentes al caso.

7. El comité deberá atender los casos especiales de familiares encargados de pacientes con hospitalización prolongada.

#### **D. Normas para retiro de tarjetas**

El comité tendrá la autoridad para retirar la tarjeta al familiar del paciente que no cumple con las siguientes condiciones:

1. Deficiencia en el tratamiento indicado por el médico o resistencia a brindar lactancia materna al paciente.
2. No guardar una adecuada higiene personal.
3. Desatender al paciente.
4. Falta de respeto al personal del hospital.
5. Crear relaciones interpersonales con el personal del hospital.
6. Conducirse en forma fuera de orden, dentro de las áreas de encamamiento y perímetro del hospital.

## CAPÍTULO 2

### PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La recopilación de información para evaluar el desarrollo de las actividades del Programa de Asistencia Familiar, se realizó aplicando una boleta, entrevistándose a padres y/o madres de los niños internados en el servicio de Medicina de Infantes de Pediatría, área en la cual los pacientes permanecen al cuidado de sus familiares las 24 horas del día.

Los datos obtenidos permitieron llegar a conclusiones y dar recomendaciones que contribuirán a mejorar la atención del grupo estudiado.

#### CUADRO No. 1

##### LUGAR DE RESIDENCIA

(De los Integrantes del Programa)

Lugar o Residencia	F(x)	F(r)
Zonas de la Capital	16	27
Municipios del Depto. de Guat.	25	42
Interior del país	18	31
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

En el presente cuadro el mayor porcentaje se localiza en “Municipios del Depto. de Guatemala”, sin embargo su valor no es representativo estadísticamente, pero al reagruparlo con el porcentaje correspondiente a la “Zonas de la capital”, se obtiene un 69% de la población investigada.

Este valor se considera positivo porque evidencia que se está cubriendo la población del área Sur, que el hospital Roosevelt tiene asignada, predominando los municipios

de Mixco y Villa Nueva. Asimismo, casi una tercera parte de la población que se atiende en el hospital, proviene de los diferentes departamentos de la república, cantidad no representativa, solo los casos que necesitan atención especializada llegan al hospital, pues esta no la prestan en hospitales regionales.

## CUADRO No. 2

### ESCOLARIDAD

(De los integrantes del Programa)

Escolaridad	F(x)	F(r)
Analfabeta	8	13
Primaria incompleta	20	34
Primaria completa	17	29
Básicos incompletos	10	17
Diversificado incompleto	1	2
Carrera Media	2	3
Técnico Universitario	1	2
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo de 2005.

En este cuadro podemos observar que reagrupando las variantes de los niveles primaria, básicos, diversificado y universitario, tenemos un porcentaje de 87% personas alfabetas, el 13% de analfabetas constituye una octava parte de la población investigada.

Tomando en cuenta que Guatemala se encuentra ubicada en las escalas más bajas de alfabetismo en Latinoamérica, encontrar en el grupo estudiado un alto porcentaje con grado de escolaridad, es bastante positivo, pues además facilita al personal de salud, dar las orientaciones necesarias para el manejo adecuado del problema de salud del infante.

Es importante hacer notar que el grupo estudiado, en su mayoría es de sexo femenino, por lo que en este sentido, toma relevancia el resultado porcentual en cuanto a escolaridad.

**CUADRO No. 3**  
**OCUPACIÓN U OFICIO**  
 (De los integrantes del programa)

Ocupación	F(x)	F(r)
Ama de casa	26	45
Vendedora/Comerciante	8	13
Oficios domésticos en casa particular	5	8
Otros	13	22
Oficios de los padres entrevistados	7	12
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

En este cuadro el mayor porcentaje se localiza en el rubro “amas de casa, sin embargo no es representativo estadísticamente, es necesario reagrupar con el rubro “otros”, actividades laborales, entre las que se cuentan: comerciantes, tejedora, bordado típico, elaboración de cohetes, guajera, cultora de belleza, costurera, elaboración de tortillas, haciendo un total de 67%.

**CUADRO No. 4**  
**ESTRUCTURA DEL HOGAR**  
 (De las personas entrevistadas)

Estructura	F(x)	F(r)
Hogar integrado	52	88
Hogar desintegrado	7	12
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

El valor de la variable “hogar integrado” es el de mayor representatividad,

En el grupo estudiado las familias son tradicionales, la mayoría constituye el modelo de familia que se ha tenido a través del tiempo, la familia nuclear, factor determinante para darles a los niños, la atención y cuidados necesarios en cuanto a afecto, vivienda, abrigo, alimentación, educación, recreación.

**CUADRO NO.5**  
**PERSONA QUE APORTA INGRESOS AL HOGAR**  
 (Según la población entrevistada)

Miembro de la Familia	F(x)	F(r)
Padre	31	53
Madre	3	5
Padre y madre	21	36
Madre y abuela	2	3
Además de la madre, aportan otros familiares	2	3
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

El porcentaje más alto es el de los hogares en donde el sostén familiar es el padre. Se considera importante la contribución de la madre en algunos hogares, quien aporta ingresos para completar el presupuesto familiar, (36%), constituyéndose en una tercera parte de la muestra. Reagrupando ambos rubros tenemos un porcentaje de 89%.

**CUADRO No. 6**  
**OCUPACIÓN DEL PADRE**  
 (De los niños hospitalizados)

Oficio	F(x)	F(r)
Agricultor	6	10
Vendedor/comerciante	6	10
Otros	31	53
Ignorado	9	15
Hogares sin la presencia del padre	7	12
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

No existe tendencia a una actividad laboral específica, el mayor porcentaje es el de la variable “otros”, dentro de las que se cuentan:

Mecánicos, albañiles, zapateros, pilotos, dependientes, operarios, plomeros, recolector de basura, guajero, cocinero, agentes de seguridad.

La mayoría desempeña actividad asalariada y de la economía informal, viviendo en la precariedad e inestabilidad laboral.

**CUADRO No. 7**  
**SALARIO MENSUAL**  
(En quetzales)

Devengado	F(x)	F(r)
1. Q.200.00 - Q500,00	3	5
2. Q.501.00 - Q1, 000.00	22	37
3. Q1,001.00 - Q1,500	20	34
4. Q.1,501.00 - Q.2,000.00	5	8
5. Q.2,001.00 - Q.2,500.00	3	5
6. Q2,501.00 - Q3,000.00	-	-
7. Q3,001.00 - Q3,500.00	3	5
8. Ignora	3	-
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>99%*</b>

\*Equivalente al 100%

Fuente: Investigación de campo, marzo de 2005.

Para contar con un dato significativo se reagruparon los rubros 2 y 3, que tienen mayor porcentaje, dando un 71% de salarios comprendidos en los intervalos de Q.501.00 a Q.1500.00.

Se comprueba con la información obtenida que los padres de los niños devengan un salario bajo, no acorde a los requerimientos de un grupo familiar.

**CUADRO No. 8**  
**INGRESO TOTAL**  
(En quetzales)

Ingreso mensual	F(x)	F(r)
1. Q.200.00 - Q.500.00	3	5
2. Q501.00 -Q1,000.00	15	25
3. Q1,001.00 - Q1,500.00	20	34
4. Q1,501.00 - Q2,000.00	9	15
5. Q2,001.00 - Q2,500.00	1	3
6. Q2,501.00 - Q3,000.00	3	5
7. Q3,001.00 - Q3,500.00	3	5
8. Q.3,501.00 o más	2	3
9. Ignora	3	5
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Reagrupado los rubros 2, 3, 4, tenemos un porcentaje de 74%, de los ingresos comprendidos en intervalos de Q.501.00 a Q.2000.00.

La mayoría de hogares obtienen ingresos que no permiten satisfacer adecuadamente las necesidades básicas. Aunque la madre contribuya con el presupuesto familiar, los ingresos continúan siendo insuficientes.

La falta del aporte de la madre que trabaja y deja de percibir ingresos al permanecer en el hospital y la carencia de medios económicos suficientes, afectan la situación económica familiar, al tener que sufragar gastos médicos.

**CUADRO No. 9****NÚMERO DE MIEMBROS**

(Del grupo familiar de los integrantes del programa)

Cantidad	F(x)	F(r)
3 a 5 personas	46	78
6 a 8 personas	10	17
9 a 11 personas	2	3
12 o más personas	1	2
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Los grupos familiares en su mayoría están formados por un número entre 3 a 5 miembros, con un promedio de 1 a 3 hijos, pero esto se debe a que los matrimonios son jóvenes, las madres están en edad fértil y probablemente aumentarán el número de hijos. Siendo oportuno dar educación sobre planificación familiar y paternidad responsable.

**CUADRO No. 10****VIVIENDA**

(De los integrantes del programa)

Tenencia	F(x)	F(r)
Propia	25	42
Alquilada	20	34
Otro	14	24
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Reagrupando los rubros “alquilada” y “otro” vemos que un 58% de familias no poseen vivienda propia. La variable “otro” contempla las siguientes situaciones: viven en

casa de los abuelos de los niños, lugares de trabajo, posando y una familia vive en una champa en el relleno sanitario.

Esto demuestra la precaria situación económica de las familias de los niños, que no les permite cubrir una de las necesidades básicas, como lo es gozar de una vivienda en propiedad.

**CUADRO No. 11**  
**HOSPITALIZACIÓN**

(De los niños con problemas de salud)

Primer ingreso	F(x)	F(r)
Si	46	78
No	13	22
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

La mayoría de pacientes atendidos es primera vez que están hospitalizados, pudiéndose aprovechar la estancia de los padres de los niños, para darles a conocer medidas de prevención e informarles de los riesgos de las enfermedades que afectan a sus hijos, para evitar que regresen nuevamente con problemas de salud.

Aunque el porcentaje de reingresos no es significativo estadísticamente, si lo tomamos desde el punto de vista, que es un resultado negativo, debemos tomarlo como una llamada de alarma, es importante tomar en consideración que el grupo necesita orientación individual (estudio de casos).

La educación que el equipo multidisciplinario imparta es fundamental, el tratamiento integral que se lleve a cabo, debe responder a las necesidades que el grupo familiar presenta y que está incidiendo en la salud del niño.

**CUADRO No. 12**  
**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN**  
 (De los niños con problema de salud)

Cantidad	F(x)	F(r)
1 - 3 días	19	32
4 - 6 días	17	29
7 - 10 días	10	17
12 - 16 días	7	12
23 - 45 días	6	10
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

En el presente cuadro vemos que la mayoría de niños no tiene más de 6 días hospitalizados, reagrupando los intervalos de “1 a 3 días” y “4 a 6 días”, nos da un total de 61%.

La estadía hospitalaria afecta emocionalmente al niño, y en el caso de los niños que han permanecido por más tiempo, la inestabilidad emocional y económica de las familias es mayor.

**CUADRO No. 13**  
**APOYO FAMILIAR**  
 (A las madres para el cuidado de los niños hospitalizados)

Apoyo	F(x)	F(r)
Si	24	41
No	35	59
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

El dato más significativo, es el de las madres que no cuentan con ayuda de ningún familiar para el cuidado de los niños durante su hospitalización.

Estos datos dan idea de la difícil situación que afrontan las madres de los niños, permaneciendo 24 horas junto a ellos, pues a pesar de que el reglamento permite que las madres puedan retirarse por algunas horas para realizar aseo personal o descansar, muchas prefieren estar todo el tiempo a su lado.

**CUADRO No. 14**  
**RELACIÓN FAMILIAR**

(De las madres de los niños con la persona que los apoya)

Parentesco	F(x)	F(r)
Padre	11	19
Madre (padres entrevistados)	6	10
Abuela	3	5
Tía	3	5
Abuelo	1	2
No tiene apoyo	35	59
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

No se cuenta con un porcentaje significativo en cuanto a un familiar específico que apoya en el cuidado del niño, sin embargo resulta interesante la participación, además del padre, de los parientes colaterales.

Aunque el porcentaje de madres que reciben apoyo es de 41% (ver cuadro No. 13) el cual no es significativo, refleja que las relaciones familiares dentro de ese grupo son aparentemente estables, permitiendo una adecuada dinámica familiar, de beneficio para el niño, tanto para coadyuvar a resolver su problema de salud, como en su interacción con el grupo familiar. Las madres que no cuentan con apoyo de un familiar, puede atribuirse a que sus familiares deben cumplir con tareas laborales, o por encontrarse muy lejos de la capital.

En relación a la permanencia de los familiares al lado del niño, se les consultó si la consideraban positiva, teniendo el 100% de respuestas afirmativas.

Lo que comprueba que los padres de los niños están en la mejor disponibilidad de brindar a sus niños atención y cuidados durante su hospitalización. Esto permite alcanzar el objetivo para el cual se creó el programa, pues proporcionan a sus hijos la atención y cuidado que requieren para su pronta recuperación.

**CUADRO No. 15**  
**COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA**  
(De los integrantes del Programa)

Comunicación	F(x)	F(r)
Si	58	98
No	1	2
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Es importante la comunicación que la mayoría mantiene con su grupo familiar, pues esto les permite sentirse apoyados y manejar adecuadamente el aspecto emocional.

**CUADRO No. 16**  
**MEDIO UTILIZADO PARA COMUNICARSE CON LA FAMILIA**  
(De los padres de los niños hospitalizados)

Medio	F(x)	F(r)
Visitas al Hospital, Van a casa y además utilizan teléfono.	43	73
Teléfono	7	12
Ignorado	9	15
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

El mayor porcentaje de los padres mantienen comunicación con la familia.

Dato que permite demostrar que las familias no se desligan totalmente, teniendo ventajas quienes viven en lugares cercanos, pues esto les permite mantener una comunicación más estrecha, para estar pendientes del hogar y la familia.

La comunicación telefónica es la más común entre todas las familias y la única que utilizan las personas que son del interior y su situación económica no les permite hacer gastos de transporte.

La comunicación que mantienen les ayuda a sentirse apoyados y generan actitudes positivas para beneficio del niño.

**CUADRO No. 17**  
**GASTOS DURANTE HOSPITALIZACIÓN**  
 (De los niños con problema de salud)

Gastos	F(x)	F(r)
Si	36	61
No	23	39
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

La mayoría ha realizado gastos durante la hospitalización del niño, consistente en compra de medicamentos o realización de exámenes especiales.

Con estos resultados podemos darnos cuenta que la estancia del menor en el hospital afecta el presupuesto familiar, por lo que las familias después de la enfermedad del niño, afrontarán una situación crítica, pues en algunos casos los recursos los obtienen por medio de préstamos.

Es necesario hacer mención que dentro del hospital se cuenta con apoyo de la Asociación de Damas Voluntarias, quienes brindan ayudas parciales o totales, según sea el caso, especialmente para realizar tomografías o resonancias magnéticas. Así mismo la trabajadora social moviliza recursos recurriendo al Patronato de Asistencia Social del Hospital y a personas individuales.

Algunas de las personas entrevistadas manifestaron que contaron con ayuda parcial para realizar los exámenes requeridos.

**CUADRO No. 18**  
**GASTOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN**  
 (De los niños con problema de salud)

Monto	F(x)	F(r)
Q.50.00 - Q100.00	9	15
Q.101.00 - Q500.00	18	30
Q.501.00 - Q1,000.00	1	2
Q.1,001.00 - Q1,500.00	1	2
Q.1,501.00 - Q2,000.00	1	2
Q.2,001.00 - Q2,500.00	-	-
Q.2,501.00 - Q3,000.00	2	3
Ignora	4	7
No han realizado gastos	23	39
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Del 61% de padres que han realizado gastos (ver cuadro No. 17) los montos de lo que han gastado oscilan en diferentes intervalos, desde Q.50.00 a Q.3,000.00.

La estancia de los niños en el hospital conlleva a realizar gastos no contemplados en el presupuesto familiar, lo que afecta la difícil situación económica de la familia.

**CUADRO No. 19**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN**  
 (A los niños hospitalizados)

Opinión	F(x)	F(r)
Buena	52	88
Regular	7	12
Mala	0	0
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

El mayor porcentaje de personas considera que la atención médica es adecuada, por lo que en este sentido, esta apreciación es positiva para la imagen del hospital y de beneficio para la salud del niño, así como motivación para el personal médico a continuar dando atención de calidad.

Las personas que consideran que la atención es regular hicieron comentarios sobre el comportamiento no adecuado del personal de enfermería. Siendo esto negativo, pues es con quien los padres tienen más contacto y con quienes permanecen la mayor parte del tiempo. Sintiendo la necesidad de sensibilizar al personal de enfermería para un mejor trato hacia las personas que cuidan de los niños.

**CUADRO No. 20**  
**SERVICIOS**  
 (Para los integrantes del Programa)

Opinión	F(x)	F(r)
Suficiente	48	82
Insuficiente	6	10
Ignora	5	8
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

La mayoría de las personas que integran el Programa de Asistencia Familiar están satisfechas con los servicios que reciben, en el hogar temporal y alimentación diaria.

En este sentido el programa está cumpliendo con proporcionar servicios básicos.

Si tomamos en cuenta que la mayoría de personas que utilizan los servicios del Hospital no cuentan con los recursos suficientes para satisfacer adecuadamente las necesidades básicas en sus hogares, es lógico que consideren aceptable los servicios que el programa pone a su disposición, aunque éstos tengan carencias derivadas de la limitación de recursos que afronta el Hospital.

**CUADRO No. 21**  
ESTADO EMOCIONAL DE LOS PADRES  
(De los niños hospitalizados)

Opinión	F(x)	F(r)
1. Triste, desesperada, angustiada	25	42
2. Preocupada y triste por la enfermedad del niño, tranquila porque está siendo atendida	20	34
3. Cansada y triste	7	12
4. Bien	6	10
5. Ignorado	1	2
Total	59	100%

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2005.

Reagrupando los renglones 1, 2, y 3, obtenemos un 88% de padres, a quienes la situación de salud del menor les afecta emocionalmente, manifestando diferentes estados de ánimo,

El problema de salud de los niños, en general afecta emocionalmente a los padres, aunque algunos se sientan bien al ver que los niños responden al tratamiento que

reciben, superando su problema de salud. En este sentido se siente la necesidad de brindar tratamiento de apoyo profesional, individual o a nivel de grupo, a través de charlas motivacionales. Además de realizar actividades sociales.

**CUADRO No. 22**  
**CUIDADO DEL NIÑO POR LA NOCHE**  
 (Durante su hospitalización)

Permanencia en el hospital	F(x)	F(r)
Si	40	68
No	10	17
Ignorado	9	15
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Todas las madres que tienen tarjeta de 24 horas, deben quedarse por la noche con los niños, no es permitido que se queden varones, por lo tanto los padres no pueden quedarse. En el presente cuadro el 17% que no se han quedado por la noche corresponde a los padres entrevistados.

**CUADRO No. 23**  
**ESTADO FÍSICO DE LOS PADRES**  
 (Durante su permanencia en el hospital)

Opinión	F(x)	F(r)
1. Bien	1	2
2. Incómoda, Adolorida, Desvelada	29	49
3. Cansada	10	17
4. Ignorado	9	15
No se han quedado por la noche	10	17
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Agrupando las variables del segundo y tercer renglón, tenemos un porcentaje de 56%, la mayoría de las madres manifestaron no sentirse bien al quedarse por la noche.

Los estados que manifiestan sentir se debe a que solo cuentan con una silla de madera, en donde permanecen sentadas y porque están pendientes de atender a sus niños. Esta situación es desgastante y afecta con mayor intensidad a las personas que no tienen apoyo de familiares, el problema más común que les afecta su salud es la edematización de los pies.

**CUADRO No. 24**  
**CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS**  
 (Los padres de los niños hospitalizados)

Nuevos conocimientos	F(x)	F(r)
Si	20	34
No	39	66
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo de 2005.

La mayoría de personas que integran el programa manifiestan que no les han impartido charlas con temas nuevos, solamente los conocimientos que les da enfermería para el cuidado de los niños durante su hospitalización.

Con estos datos podemos darnos cuenta que no se está desarrollando un programa educativo de salud preventiva, siendo un aspecto importante que no se debe descuidar, priorizándolo la trabajadora social, pues solo se da información, quedando por un lado la educación.

Existe un programa de educación, con participación multidisciplinaria, promovido y organizado por el departamento de enfermería, en el año 2003. A finales del año

2004 dejó de funcionar. Actualmente se está desarrollando con programación específica para todo el año.

**CUADRO No. 25**  
**CONOCE A LA TRABAJADORA SOCIAL**  
 (Del servicio de Pediatría)

Conoce a la T.S.	F(x)	F(r)
Si	37	63
No	13	22
Ignorado	9	15
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Aunque el porcentaje de las personas que conocen a la trabajadora social es significativo estadísticamente, considerando que la trabajadora social es la coordinadora del Programa de Asistencia Familiar, el mismo debiera de ser más alto. Los datos recabados reflejan que hace falta más contacto con los padres de los niños.

**CUADRO No. 26**  
**APOYO DE LA TRABAJADORA SOCIAL**  
 (Del servicio de Pediatría)

Apoyo	F(x)	F(r)
Si	26	39
No	23	44
No la conoce	10	17
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Dentro del presente cuadro el porcentaje mayor es el de personas que han recibido apoyo de la trabajadora social, pero éste no es significativo estadísticamente.

Este resultado llama a la reflexión, pues refleja que la trabajadora social no se interrelaciona con las personas que integran el programa, para brindar un tratamiento social oportuno, ya sea porque exista problemática o para brindar tratamiento de apoyo.

**CUADRO No. 27**  
**AYUDA QUE LE HA DADO LA T.S.**  
 (Del servicio de Pediatría)

	F(x)	F(r)
1. Exoneración de exámenes	13	22
2. Firma tarjeta	5	8
3. Otros	8	14
4. No les ha dado apoyo	23	39
5. No la conocen	10	17
Total	59	100%

Fuente: Investigación de campo, marzo 2005.

Los datos obtenidos en el presente cuadro con respecto a las intervenciones de la trabajadora social, no son significativos estadísticamente. Reagrupando los rubros 1, 2, 3, obtenemos un porcentaje de 44%.

El porcentaje mayor es de 22% de exoneraciones de pago de exámenes, en estos casos es la familia la que acude a solicitarlo, o por información del médico tratante.

El resto de intervenciones de trabajo social con la familia, no requieren de un trabajo sistemático, son procedimientos de rutina, establecidos en el reglamento.

Se considera necesario que haya más interrelación dentro del grupo de madres, para que la comunicación que se establezca sea de dos vías.

## **CAPÍTULO 3**

### **PROPUESTA DE TRABAJO**

#### **3.1 Justificación**

Las enfermedades respiratorias nutricionales y diarreicas que padecen los niños, especialmente quienes viven en pobreza y pobreza extrema en nuestro país, los hace llegar a un momento crítico durante su enfermedad, haciéndose necesario que reciban atención médica intra-hospitalaria, debiendo ser internados para resolver el problema de salud que los aqueja.

Dentro del proceso de recuperación juega un papel muy importante la familia del niño, quien a través de cuidado permanente durante la hospitalización del paciente, le brinda atención y apoyo emocional, integrándose al Programa de Asistencia Familiar.

Trabajo Social coordina el trabajo del equipo multidisciplinario, a fin de normar y supervisar las actividades que se llevan a cabo con el grupo de padres que permanecen en el hospital cuidando a sus niños. Durante la estadía de los padres en el hospital se considera conveniente llevar a cabo un programa de Educación en Salud.

Por tal razón, partiendo de los resultados obtenidos en la presente investigación, se plantea una propuesta de trabajo, a fin de que la intervención profesional de la trabajadora social, proporcione a las personas que integran el Programa de Asistencia Familiar, los elementos necesarios para la atención adecuada del niño durante y después de la enfermedad, así también para generar una dinámica familiar que coadyuve a mejorar sus estilos de vida, con intervención de todos los profesionales del equipo, para un tratamiento integral, a través de un programa de capacitación.

### **3.2 Objetivo General**

Impartir educación en salud para concientizar a los participantes del Programa de Asistencia Familiar, y contribuir al bienestar de su familia.

### **3.3 Objetivos Específicos**

-Reflexionar sobre temas de actualidad que afectan las relaciones familiares y consecuentemente la salud mental y física.

-Exponer conocimientos acerca de las enfermedades, sus riesgos y cómo prevenirlas.

-Discutir la importancia de la adecuada nutrición para tener buena salud

-Discutir la importancia de la higiene para evitar enfermedades.

### **3.4 Descripción de Actividades**

Para poder dar cobertura a un grupo considerado de personas integradas al Programa, las charlas deben desarrollarse semanalmente, impartiendo un tema diariamente, correspondiendo a cada profesional participar un día a la semana, de acuerdo a programación con fechas y horarios establecidos.

En dicha programación puede contemplarse el desarrollo de actividades sociales, en fechas especiales.

A continuación se presentan los temas a desarrollar:

### 3.5 Capacitación Colectiva

TEMA	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS	OBJETIVO	TIEMPO ESTIMADO
Módulo I				
1. La familia	1.1. ¿Cómo es mi familia? 1.2. ¿Cómo nos relacionamos?	-Personalizar preguntas y/o respuesta.	Exponer la importancia de la unidad familiar para alcanzar su pleno desarrollo	45 minutos
2. Prevención de violencia intrafamiliar.	2.1- Educación de los hijos.	-Personalizar preguntas y/o respuestas.	Reflexionar sobre patrones de conducta en la disciplina familiar y en el rol de cada uno dentro del grupo familiar	30 minutos
	2.2- Participación de la mujer en el hogar.	-Aplica términos o conceptos positivos. -Videos.		30 minutos
Módulo II				
3. Prevención de enfermedades	3.1. VIH-SIDA	-Contenidos cortos y comprensibles. -Realizar preguntas motivadoras.	Exponer que las enfermedades se pueden prevenir para evitar los ingresos al hospital	20 minutos
	3.2. Enfermedades respiratorias y gastrointestinales			20 minutos
	3.3. Discapacidad			20 minutos
4. Importancia de la nutrición	4.1. Grupos de la alimentación 4.2 Manejo del presupuesto familiar.	Diálogos y reflexión.	Discutir la planificación de una adecuada dieta familiar con un presupuesto limitado.	30 minutos
5. Importancia de la higiene	5.1. Cuidados de los niños al egresar. 5.2. Higiene de la vivienda.	Diálogo y reflexión.	Dialogar sobre la higiene para tener buena salud y sobre los cuidados que deben dar a los niños para evitar enfermedades	30 minutos

El programa de capacitación está dividido en 2 módulos, divididos de la siguiente manera:

#### Módulo I.

Corresponde a trabajo social la temática de concientización. Los aspectos a desarrollar dentro de los contenidos a impartir son los siguientes:

¿Cómo es mi familia?	-Concepto de familia.
¿Como nos relacionamos?	-Valores familiares. -Derechos y obligaciones de padres e hijos. - Paternidad responsable
Educación de los hijos.	-¿Qué es violencia intrafamiliar? -Tipos de violencia intrafamiliar.
Participación de la mujer en el hogar.	-Causas de la violencia intrafamiliar. -Igualdad de género. -Ley para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar.

#### Módulo II.

Los temas sobre educación en salud serán desarrollados por personal médico, enfermería y nutricionista. Cada uno en su especialidad desarrollara los aspectos que considere necesarios dentro de los contenidos de cada tema.

De acuerdo a la evaluación se determinará si es pertinente hacer una combinación de temas, seleccionándolos según las necesidades.

### **3.6 Recursos**

Materiales: Equipo y material de oficina.

Audiovisuales.

Material informativo.

Humanos: Equipo multidisciplinario: médico, enfermera, nutricionista, trabajadora social.

Institucionales: Hospital Roosevelt.

Instituciones de apoyo para obtención de material informativo.

### **3.7 Evaluación**

A nivel multidisciplinario deberá evaluarse durante la ejecución y al finalizar el proyecto, en función de las dificultades presentadas en el desarrollo de las actividades, así como logros que reflejen las mismas.

## CONCLUSIONES

1. El Hospital le presta atención a la población que reside en zonas y municipios del departamento de Guatemala, que acuden en demanda de atención, y en menor cantidad, atiende casos del interior del país.
2. El nivel educativo de las personas que atiende el programa es bajo, pero la mayoría son alfabetas.
3. Los hogares de las personas que atiende el programa están integrados por padre, madre e hijos, siendo el sostén familiar el jefe de familia, en algunos hogares la madre también contribuye con el presupuesto familiar
4. No hay tendencia a una actividad laboral específica de los padres de los niños; desempeñan diversidad de oficios.
5. Los ingresos que perciben en relación al número de miembros del grupo familiar, no son suficientes para satisfacer adecuadamente las necesidades básicas, precariamente cubren la canasta básica, por lo que se les dificulta cubrir las necesidades de vivienda y salud.
6. La mayoría de niños ingresados han sido hospitalizados por primera vez, sin embargo existe un 22% que tienen reingreso al Hospital.
7. Las madres de los niños son quienes permanecen al lado del niño, no cuentan con apoyo de familiares para cuidarlos en el Hospital. Algunas personas que si cuentan con apoyo, lo reciben de los padres de los niños y de parientes colaterales.
8. El 100% de padres de familia están conscientes de la necesidad de cuidar a sus niños cuando están en el Hospital por problemas de salud.

9. Durante la hospitalización de los niños las madres se mantienen en comunicación con la familia, el medio más utilizado es el teléfono.
10. La mayoría de familias incurren en gastos no contemplados en su presupuesto, pues deben cubrir costos de medicamentos y de exámenes especiales.
11. El 88% de padres de familia coinciden en que la atención que reciben sus niños en el Hospital es buena.
12. Los integrantes del programa están satisfechos con los servicios de alimentación y hogar temporal que les proporciona el Hospital.
13. La situación de salud de los niños afecta emocionalmente a los padres.
14. Las madres que permanecen por la noche con los niños sufren incomodidades y quebrantos de salud.
15. La mayoría de personas entrevistadas manifestaron que no han recibido charlas educativas durante su permanencia en el Hospital.
16. La trabajadora social no es una persona reconocida plenamente por los integrantes del programa.
17. La trabajadora social ha dado apoyo por referencia que hacen de ella los médicos tratantes, su actuar no se desarrolla oportunamente,
18. Dentro del programa cada integrante del equipo multidisciplinario aporta desde el campo que le corresponde, el quehacer no es integral. La participación para organización del trabajo y aporte para la solución de problemáticas no cuenta con la participación constante de todos sus miembros.

19. No se ha evaluado el trabajo llevado a cabo, no se tiene un consenso para mejorar el trabajo y/o enmendar errores.

## RECOMENDACIONES

1. Brindar a los padres de familia o personas encargadas la información necesaria sobre la situación de salud del paciente, de manera que contribuyan a que la atención que le dan a los niños genere su pronto restablecimiento.
2. Dar charlas que incluyan temas sobre fortalecimiento de los lazos familiares, riesgos y prevención de las enfermedades y cuidados extra-hospitalarios
3. Dar apertura a casos sociales de los niños con reingreso, realizando visita domiciliaria, a partir de la cual se establezca un plan educacional individual, con la participación de cada profesional.
4. Concienciar a las madres de la necesidad de cuidar de su persona, para dar a los niños calidad de tiempo durante su permanencia en el Hospital.
5. Contar con un fondo económico específico para el área de Pediatría.
6. Sensibilizar al personal de enfermería para un mejor trato hacia las personas que cuidan de los niños.
7. Dar tratamiento de apoyo profesional individual y/o a nivel de grupo, a través de charlas motivacionales. Además realizar actividades sociales.
8. Realizar coordinación con personas o instituciones solicitando financiamiento, para proveer a las personas que cuidan de los niños, de mobiliario que les permita descansar durante la noche.
9. Realizar un proyecto de educación en salud, con ideas consensuadas por el equipo, que contemple temas sobre: Discapacidad, nutrición e higiene, prevención de violencia intrafamiliar, HIV/sida, equidad de género, etc.

10. La trabajadora social debe constituirse como actor principal, para que su imagen y quehacer se proyecte a las personas que participan en el programa.
11. Generar comunicación de dos vías, para que exista interrelación trabajadora social-madres del programa.
12. El tratamiento de apoyo es fundamental y coadyuva a que durante la permanencia de los padres en el Hospital se cree un ambiente de confianza y se sientan apoyados.
13. Establecer un marco referencial común con el equipo multidisciplinario, para que la acción en determinada situación se complemente y se alcance el objetivo del grupo.
14. Evaluar periódicamente las actividades desarrolladas por el equipo.
15. Contar con registros estadísticos de la población que se atiende, dándolos a conocer a nivel de equipo.
16. En la organización de trabajo social en el área de Pediatría contemplar suficiente personal, para que su intervención no se centre solo en el tareismo profesional e información a los usuarios. Darle auge a su protagonismo, desarrollando proyectos que generen resultados positivos e inmediatos, que evidencien su labor profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Editorial Lumen. Segunda Edición. Argentina, 1995. 351 pag.
2. Blakiston, Diccionario Breve de Medicina, Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana. Primera Edición en español. México, 1990. 1,019 pag.
3. Boletín Informativo. Escuela de Trabajo Social. Área de Formación Profesional Específica. Guatemala, septiembre, 1999.
4. Borg, Liliana. La intervención con Familia. Una Perspectiva desde el Trabajo Social. Espacio Editorial. Argentina. S/año.
5. Cuervo J.I., J. Varela, R. Belenes. Gestión de hospitales. Nuevos Instrumentos y Tendencias. Ediciones Vicens Vives. Barcelona 1994. 359 Págs.
6. Díaz Argueta, Julio César. Documento de Trabajo. Guatemala. Julio 2003.
7. Eco, Humberto. Cómo se hace una tesis. Biblioteca de Educación, Herramientas Universitaria. Editorial Gedisa. Barcelona, España, 2001. 233 Págs.
8. Enciclopedia Larousse de la Enfermería. Larousse Planeta. Segunda Edición. Tomos 4, 7, 8. España, 1994.
9. Entre el Olvido y la Esperanza. La Niñez de Guatemala. Editorial Comisión Pro Convención sobre los Derechos del Niño –PRODEN-. Guatemala, 1996. 280 Págs.

10. Eroles, Carlos. Familia y Trabajo Social. Un Enfoque Clínico e Interdisciplinario de la Intervención Profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires. 1ª. Edición, 1998  
288 Págs.
11. Eserverri, Cecilio. Un Hospital. Un Mundo. Ediciones 29. España 1989. 187 Págs.
12. Florian Elizabeth, Julio César Díaz y Carlos Noriega. Metodología y Técnicas de Investigación. Colección Cuadernos Didácticos, IDETS. Guatemala, 1998.
13. Holz, Vera. Introducción a la Investigación en Servicio Social Profesional. Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1967. 152 Pág.
14. Kissnerman, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social Editorial Humanitas. Argentina, 1990. 246 Pág.
15. Monzón, Samuel Alfredo. Introducción al Proceso de la Investigación Científica Colección Estudios. Editorial Tucur. Guatemala, 1993. 189 Pág.
16. Programa Especial de Licenciatura. Folleto de Seminario de Tesis. Escuela de Trabajo Social. USAC.
17. Schmelkes, Corina. Manual para la Presentación de Anteproyectos e Informes de Investigación (Tesis). Colección Cuadernos Didácticos, 1995.
18. Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Metas del Milenio. Informe del Avance de Guatemala. 2003.

**ANEXO**

## BOLETA DE INVESTIGACIÓN

EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FAMILIAR  
(CASO ESPECÍFICO: PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT)

La presente boleta de entrevista está dirigida a padres o encargados de niños atendidos en el servicio de medicina de infantes.

Boleta No. \_\_\_\_\_

1. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_  
(Dirección)

2. Escolaridad: \_\_\_\_\_

3. Ocupación u oficio: \_\_\_\_\_

4. Situación familiar:

4.1. Hogar integrado

4.2. Hogar desintegrado

5. ¿Quién aporta ingresos al hogar?

5.1. Padre  5.2. Madre  5.3. Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es la ocupación del padre? \_\_\_\_\_

7. Salario mensual: \_\_\_\_\_ 7.1. Ingreso Total: \_\_\_\_\_

8. Número de miembros del grupo familiar: \_\_\_\_\_

9. Tenencia de la vivienda:

9.1. Propia  9.2. Alquilada  9.3. Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

10. ¿Es primera vez que su niño está hospitalizado?

10.1. Si                       10.2. No

11. ¿Cuántos días de hospitalización tiene? \_\_\_\_\_

12. ¿Hay otra persona que le apoye en el cuidado del niño durante su hospitalización?

12.1. Si                       2.2. No

12.1.1. En caso afirmativo, ¿qué relación familiar tienen?

---

13. ¿Considera positiva su permanencia al lado del niño?

13.1. Si                       13.2. No

14. ¿Mantiene comunicación con su familia durante su estancia en el hospital?

14.1. Si                       14.2. No

14.1.1. En caso afirmativo, ¿por qué medio? \_\_\_\_\_

15. ¿Ha realizado gastos durante la hospitalización del niño?

15.1. Si                       15.2. No

15.1.1. En caso afirmativo, ¿cuanto ha gastado? Q. \_\_\_\_\_

16. Cómo considera la atención que el niño recibe en el hospital:

16.1. Buena     16.2. Regular     16.3. Mala

17. Cómo considera los servicios que le presta el hospital durante su permanencia al lado del niño:

17.1. Suficientes                       17.2. Insuficientes

18. ¿Cómo se ha sentido, al permanecer en el hospital durante la enfermedad de su niño? \_\_\_\_\_

19. ¿Se ha quedado cuidando al niño durante la noche?

19.1. Si                       19.2. No

19.1.1. En caso afirmativo, ¿cómo se ha sentido físicamente por la noche?

\_\_\_\_\_

20. ¿Ha adquirido nuevos conocimientos para el cuidado de su niño y atención de su grupo familiar?

20.1. Si                       20.2. No

21. ¿Conoce a la trabajadora social del hospital?

21.1. Si                       21.2. No

21.1.1. En caso afirmativo, ¿le ha brindado algún apoyo?

21.1.1.1. Si                       21.1.1.2. No

21.1.1.1.1. En caso afirmativo, ¿en que ha consistido la ayuda?

\_\_\_\_\_

22. Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_