

MINISTERIO DE EDUCACION
PUBLICA
Instituto de Servicio Social
Santiago

El Sanatorio frente al problema de la tuberculosis infantil

Memoria de Prueba para optar
al título de Asistente Social del
Estado

542

Social

WILDA ANTOINE LAZZERINI

SANTIAGO DE CHILE

1946

MINISTERIO DE EDUCACION
PUBLICA
Escuela de Servicio Social
Santiago

Inab. Social
A634
1946
C.1



El Sanatorio frente al problema de la tuberculosis infantil

Memoria de Prueba para optar
al título de Asistente Social del
Estado

BSTS/mr de Asst.: 33641

Esta Memoria fué calificada
con *17* puntos frente a
un máximo de *21* puntos.



WILDA ANTOINE LAZZERINI



REGISTRO N°

SANTIAGO DE CHILE
1946

REGISTRO N°

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

" EL SANATORIO FRENTE AL PROBLEMA DE LA
TUBERCULOSIS INFANTIL "

INTRODUCCION

La excesiva mortalidad de los niños es un hecho que produce hondas y graves consecuencias en la vida de los pueblos.

Es demasiado conocido y repetido que Chile ha detentado durante muchos años una cifra de mortalidad infantil que no guarda relación con su reducida población. Según las estadísticas, nuestro país tiene una mortalidad infantil de 251 por mil hasta 1938. En la actualidad es de 181 ‰, porcentaje que le asigna el triste honor de figurar en los primeros lugares entre los diversos países del mundo.

Las causas que la generan derivan del bajo estándar de vida y de las precarias condiciones higiénicas que hacen llevar una existencia miserable a la mayor parte de los familiares que componen el hogar obrero. Es un hecho sabido que el hogar del pobre es como una muralla sin resquicios a través de la cual no puede penetrar el sol. Si se nos permitiese recurrir a una figura, podríamos decir que el conventillo es la usina tuberculosa en Chile.

Según datos recogidos a través de las experiencias de algunas Asistentes Sociales, en una sola pieza, generalmente insalubre, vive un número considerable de personas, en lamentable promiscuidad y hacinamiento.

No es de extrañar, entonces, que en estas condiciones las enfermedades obren como guadañas insaciables en el campo de las clases humildes. La tuberculosis, entre ellas, aporta un contingente apreciable en la mortalidad infantil y general.

A pesar de no existir estadísticas precisas que permitan establecer la morbilidad y mortalidad de la tuberculosis, se ha estimado que anualmente mueren en Chile 25 000. individuos a causa de ella, y que existe una masa de enfermos que fluctúa entre 140 000 y 200 000.

Si se cuenta con una población de enfermos como la que acabamos de señalar, fácil es comprender el peligro que entraña la permanencia de éstos en el hogar, más aún si reparamos en que la mayor parte de ellos se encuentra en las clases humildes, cuya vivienda, como hemos dicho más arriba, es una verdadera incubadora de enfermedades.

A fin de evitar el peligro que significa la presencia del tuberculoso en la sociedad, se han venido creando algunas instituciones para el objeto, por desgracia, enteramente insuficientes aún.

Ya entre los griegos, antes de Hipócrates, se les aislaba en templos ubicados en lugares cuyas condicio

nes climatéricas eran favorables, y en donde se les sometía a un tratamiento alimenticio y gámmástico apropiado.

En 1645 se funda en Saint Marcoul Rheims, el primer hospital para tuberculosos pulmonares o extra pulmonares, gracias a la generosidad de una dama piadosa. Pero sólo en 1814 se crea en Londres el primer hospital para tuberculosis pulmonar exclusivamente. Desde esa fecha los diferentes países comprenden la necesidad de ir creando hospitales donde poder recluir a tales enfermos.

En nuestro país, en el año 1924 se crea en Santiago el Hospital San José, destinado especialmente a la reclusión de tuberculosos adultos. El tratamiento de la tuberculosis infantil se hace hoy en los hospitales generales para niños, en donde se destinan salas especiales para este objeto.

En la actualidad, se concibe que, para conseguir un resultado eficiente en la lucha antituberculosa, deban existir instituciones con función específica. Ellas deben actuar coordinadamente. Y son: el Policlínico, el Sanatorio y el Preventorio.

En nuestra tésis nos hemos referido precisamente a la labor que le cabe al Sanatorio infantil frente al problema de la tuberculosis.

Con este objeto hemos dividido nuestro trabajo en cinco capítulos. En el primero se exponen los motivos

que hacen necesaria la creación de los Sanatorios. A continuación se explica el método y objeto de la cura sanatorial, anotando las condiciones que debe poseer el personal que asiste a los enfermitos. Se enumeran las instituciones existentes en Chile, creadas para participar en la lucha antituberculosa infantil y se hace un análisis del criterio a seguir en la hospitalización del niño enfermo. Por último se exponen los resultados obtenidos en la cura sanatorial.

En el segundo capítulo se analizan las condiciones **económicas** y ambientales de los niños que ingresan al Sanatorio y su importancia en la producción de la enfermedad.

En el tercer capítulo nos hemos referido a la utilidad que reporta la labor de la Asistente Social en el tratamiento médico, destacando la importancia de la encuesta social, como así mismo la labor que le cabe desempeñar en el pesquisaje de los contactos intrafamiliares.

En el último capítulo demostramos que la Escuela y la Biblioteca son los medios de que se puede servir durante la vida de sanatorio a fin de impartir la instrucción al niño que, por su enfermedad ha debido restarse de la población escolar activa.

A través de la lectura de este trabajo, se observará que a veces la labor del Servicio Social actúa en campos que no le corresponden, como ser en la educación sanitaria que se imparte, en el control de los egresados, en el pesquisaje de los contactos intrafamiliares, etc.

Pero, a fin de justificar esta actuación, séanos permitido citar las autorizadas opiniones del dr. Benjamín Viel y de la Asistente Social, srta. Edith Ganter.

Dice el dr. Benjamín Viel:

"Ante la urgencia del problema, ante la angustia de una mortalidad que está consumiendo cerca de un 40% de nuestro capital hombre de trabajo (entre los 15 y los 45 años), hemos sostenido que la Visitadora Social debe recibir una preparación especial en el campo de la tuberculosis y debe desempeñar entre nosotros el papel que la enfermera sanitaria ha desempeñado en Norte América. Se argumenta en contra que la Visitadora Social no debe invadir campos ajenos a su profesión. El hombre vive y a veces enferma; para ayudar a vivir está la Visitadora Social; cuando enferma, debe aparecer la enfermera sanitaria.

Para nosotros éste es un concepto netamente teórico, somos un país pobre que no puede pagar dos funcio-
rias; la amistad que la Visitadora consigue a través de la solución de problemas económicos, puede aprovecharse con ventaja en la solución de los problemas de salud, y por

último, la existencia de Visitadoras Sociales en servicios puramente médicos, facilita la especialización en diversos campos de la higiene pública y nos permite solucionar con visitadoras el enorme déficit de Enfermeras Sanitarias de que somos víctimas".

Por su parte, la srta. Edith Ganter dice.".....

..... En un país con una legislación social avanzada, con un desarrollo de la cultura que incluye en su bagaje el respeto y el concepto de protección decorosa y justa del que ha caído en desgracia; sin la evolución de la asistencia al enfermo se realiza en una proporción adecuada en todas las clases de la población según planes y métodos que funcionen eficazmente, seguramente el Servicio Social no tendría por qué prolongar su acción a esferas que no le corresponden estrictamente. Pero mientras estas condiciones no se cumplan existe el imperativo, aunque sea con el carácter de una medida de emergencia, de colaborar e invadir todos los campos que sean necesarios para procurar un mejoramiento material y espiritual del que sufre".

Asilándonos en las opiniones de estos dos técnicos, podemos concluir, que en realidad en muchas ocasiones será no sólo necesario sino imprescindible que la Asistente Social salga del límite de sus funciones y penetre en otros campos cuando se trata de luchar contra un mal, cual-

quiera que sea, porque ningún medio puede ser vedado cuando se persigue la defensa del individuo que, al fin y a la postre se traduce en la defensa de la propia sociedad.

CAPITULO I

CURA SANATORIAL

La creación de sanatorios infantiles para el tratamiento de la tuberculosis se inició hace pocos años. Con anterioridad a este hecho se pensaba que el niño podía ser atendido en su casa o en salas que para este objeto se tenían en los hospitales generales.

Pero ni el hogar actual de obrero, ni la sala de hospital son, en la mayoría de los casos, los lugares indicados para el tratamiento.

Aunque la Tbc ataca a todas las clases sociales, es en el hogar humilde donde generalmente la enfermedad adquiere su más amplio desarrollo, ya que aquí predominan los factores desencadenantes: la insalubridad, el bajo standard de vida, etc. Debido a esto, el tratamiento de la enfermedad debe ser efectuado fuera de tal medio. Por lo tanto, además de la terapéutica física misma, hay razones de orden social y psicológicas por las que el menor debe ser alejado del hogar y de la sala de hospital.

Cuando una enfermedad de carácter contagioso llega al alma del racimo social, no hay fruto que crezca sano.

Piénsese, pues, en lo que significaría para el grupo familiar no aislar al pequeño enfermo de ese ambiente de pauperismo donde no podrá otorgársele ni la más mínima y rudimentaria atención.

En el plano psicológico, su internación en el sanatorio representa la necesidad de seguir un régimen determinado. Para ésto se precisa constancia, paciencia y voluntad. Si este régimen de reposo resulta difícil conseguirlo en los adultos, mayor es la dificultad que importa someter a un niño a dicho tratamiento por su natural y lógica inquietud, unido a ésto su escaso desarrollo intelectual.

Además, si el enfermo permanece en su hogar, el ver correr y saltar a sus hermanos le hacen imposible el reposo.

Agrávase este problema en el conventillo. En ese medio afiebrado que tanta hospitalidad despierta en el ser humano, es aún peor la condición. El niño busca la calle y allí juega y bulle sin poder guardar reposo como su estado lo requiere.

Y son los propios padres, por su rudimentaria instrucción, por ese cariño primitivo que sienten por sus hijos, los culpables de no hacer cumplir las prescripciones que el médico señala. Si un tratamiento provoca lágrimas,

sus mentes lo repudian, porque no son capaces de comprender que la ciencia busca sobre los organismos enfermos, reacciones definitivas. Todo tratamiento que signifique dolor, es para ellos un acto de crueldad del médico, y así van, de concesión en concesión, haciendo estériles los esfuerzos de la ciencia.

La sala del hospital general, por otra parte, no es sino la base previa que determina el diagnóstico de la enfermedad, pero no tiene por función practicar el tratamiento mismo. Es una institución observadora que lleva al médico a la convicción de internar al niño en un sanatorio, en un preventorio o restituirlo a su hogar.

Como la Tbc tiende a expandirse en el campo social y a cercenar las raíces de la raza, es inminente, por la peligrosidad de su contagio, la necesidad de aislar a los que padecen de ella, según el grado de su enfermedad.

En estas circunstancias deberán crearse sanatorios infantiles separados de los de adultos, más aún, si reparamos en las características diferenciales de la enfermedad misma. Si insistimos un poco más, veremos que hay diferencias de orden psíquico en el comportamiento del niño y del adulto enfermo. En el primero, hay tendencia a la movilidad y a la viveza de sus reacciones, y no pierde por su estado anormal, estas características. En cambio, el adulto tuberculoso es huraño, neurótico, y gran parte de

su enfermedad transpone los umbrales de la psicopatología. De tal manera que no se puede sujetar a las mismas normas de tratamiento a un adulto neurótico y a un niño psíquicamente normal.

Cuando estas normas se hagan forma viva en la tendencia de la medicina social, cuando se hayan creado los suficientes sanatorios infantiles, podremos decir que hemos dado un gran paso hacia la redención de la raza.

REGIMEN SANATORIAL:

Entre el menor y el adulto existe la separación que marca la línea imperceptible de la vida. Para el segundo, el proceso de adaptación al sanatorio es, en un gran porcentaje, consecuencia de medidas coercitivas. Generalmente existe entre éste y el que lo atiende un régimen de titantez derivado de la inestabilidad psíquica del adulto.

Puede argumentarse que constituiría un grave peligro el proceso de aclimatación en el menor. Pero no es esa la realidad, porque éste, a diferencia del adulto, que trata por todos los medios de sujetarse a su pasado, se desprende con más facilidad del ropaje de su vida anterior y la olvida. El no es refractario a las novedades que trae la vida, y abandona su equipaje en esa estación de tránsito que representa el paso de su hogar al sanatorio. Aquí las risas y las lágrimas de los otros niños despiertan nuevas resonancias que hacen perder el recuerdo nostálgico del

hogar, compartiendo con éstos su pequeño gran mundo de juegos y fantasías.

Se comprende que el personal técnico a cuya vigilancia se encuentran sujetos, deberá poseer la capacidad necesaria para descubrir cualquier trastorno precozmente, lo que permitirá tratarlo a tiempo y por consiguiente evitar sus consecuencias.

El niño debe permanecer en el establecimiento un período bastante largo, casi nunca inferior a los seis meses. Es necesario por ésto, que encuentre allí la ternura que borre esa huella indeleble de la melancolía que dejan los buenos recuerdos en toda alma humana.

Las personas encargadas de su cuidado tendrán que ser rigurosamente seleccionadas y deberán unir a la preparación que ya hemos señalado para este efecto, un temperamento delicado, tierno, ampliamente comprensivo, que sepa prodigarle en cualquier momento la palabra cariñosa que lo consuele, el gesto necesario que lo reconforte. Mientras más se conjugue el amor y la comprensión padiosa, más grata será la vida del niño en el sanatorio.

No se le debe aplicar castigo por su mal comportamiento por dos razones fundamentales: porque son niños y porque son enfermos. Es perfectamente posible aconsejarlos, conversando con ellos, convenciéndolos de que su buena

conducta ayudará a sanarlos.

No es conveniente corregirlos con dureza, enrostrarles sus maldades en cada ocasión que se presente; por el contrario, se les deberá exaltar las buenas virtudes que demuestren y hacer en ellos una verdadera obra de reeducación.

Además del cariño que deben encontrar en estas personas, deberá también proporcionárseles entretenimientos que hagan más agradable su permanencia en el establecimiento. Como muchos de ellos se encuentran en el período escolar, será necesario arbitrar los medios para que puedan seguir sus estudios interrumpidos por la enfermedad.

CURA SANATORIAL:

La cura sanatorial o cura higiénico-dietética es el tratamiento básico de la tuberculosis infantil. Los medicamentos y la colapsoterapia son elementos secundarios y se aplican generalmente una vez que se ha intentado la cura sanatorial y ésta ha fracasado.

Está compuesta por: 1) reposo, 2) aire libre y 3) dietética apropiada.

REPOSO :

Este primer elemento de la cura sanatorial debe

estar condicionado al temperamento de los niños, a quienes, como es lógico suponer, no se les puede pedir una inmovilidad absoluta, como perfectamente puede y debe exigírsele al adulto. Pero antes debe existir un período de permanencia en cama, controlado por el médico quien indicará cuando haya llegado el momento de efectuar el reposo en las terrazas.

El niño necesita diariamente cuatro a seis horas de reposo, repartidas en forma que no lo cansen y se hace en sillas, o camas tipo chaise-longues. Debe permanecer en posición decúbito horizontal, a fin de que sus músculos se relajen y pueda descansar plenamente.

Hay dos clases de reposo: relativo y absoluto. El primero es aquel en el cual no obstante permanecer en reposo, se le permite sin embargo, leer, conversar y reír. El absoluto se le prohíbe hasta conversar. La inmovilidad debe ser completa, total. Es aconsejable que se haga después del almuerzo, de esta suerte se aprovecha la somnolencia que naturalmente se produce en el período de la digestión.

CURA AL AIRE LIBRE :

No se puede decir que haya un clima especial para realizarla, pero se prefiere el de altura, especialmente el de montaña de mediana altitud. Por eso se ha dicho que el sanatorio puede estar ubicado en cualquier lugar.

La cura al aire libre se proporciona al niño una vez que pueda levantarse. Sin embargo, durante la permanencia en cama, se le ha ido ya preparando para este proceso. En efecto, las ventanas de la pieza deben permanecer abiertas durante el día y la noche y aún más, cuando el niño no podía levantarse se le ha llevado a terrazas o a los patios destinados a ese efecto.

Efectuando este tratamiento en forma progresiva, se evitan los enfriamientos tan peligrosos en la tuberculosis.

El reposo al aire libre no se hace jamás al sol, pues se presentará constantemente el peligro de activar focos apagados y provocar brotes evolutivos.

Las terrazas en que se efectúa este tratamiento deben estar protegidas de los vientos, y se debe tener especial cuidado en los cambios bruscos de temperatura.

ALIMENTACION :

Se observa que la generalidad de los niños que ingresan a sanatorio han estado durante mucho tiempo sometidos a una alimentación incompleta. Esta deficiencia puede ser cualitativa o cuantitativa. Tanto en la una como en la otra influye el factor económico y el desconocimiento de los principios dietéticos de la dueña de casa.

El factor económico, por cuanto un hogar que carezca de recursos no podrá adquirir los elementos más

indispensables para proporcionarle al niño un régimen apropiado.

El segundo factor, el desconocimiento de los principios dietéticos, influye también, porque aún cuando se tengan los recursos para adquirir los alimentos, de nada servirán, si no se conoce la forma racional de proporcionárselos al niño.

La dueña de casa está obligada a darse cuenta de la importancia que tiene saber qué clase de alimentos son indispensables al niño y a la familia en general. Existen para este objeto, instituciones donde ella puede acudir a fin de obtener tales conocimientos, entre las cuales podemos mencionar los Centros de Madres que funcionan en las escuelas primarias donde hay Servicio Social, los Centros Dietéticos que mantiene el Comisariato y otras instituciones asistenciales.

Por las encuestas que hemos realizado nos hemos dado cuenta de la poca variación en la alimentación que las madres proporcionan a sus hijos. Estas no siguen otras reglas que las que marca e impone la rutina, con absoluta prescindencia y desconocimiento de los principios dietéticos. Por ellas hemos podido comprobar que la cazuela es el plato infalible de nuestros hogares. Las razones que inducen a consumirlo, son seguramente la costumbre, la facilidad, el corto tiempo que requiere su preparaci

Los porotos, otro plato de nuestro pueblo, que por fortuna es bastante nutritivo, se sirve todos los días en la misma forma, sin variación de ninguna especie, aunque haya diversas maneras de cocinarlos. Se advierte, en cambio, el escaso consumo de leche, huevos, verduras y de todos los elementos protectores.

Siendo un hecho manifiesto la deficiencia de la alimentación en los niños, fácil es comprender la importancia que ella adquiere en el tratamiento de los que ingresan al sanatorio. Aquí se tendrá cuidado de proporcionársela cuidando la cantidad y la calidad de materias consumibles diariamente, que, por supuesto, tendrán que basarse en los principios de la dietética infantil. Ha de ser variada a fin de despertar y mantener el apetito del niño de tal manera que el comer no constituya para él un martirio, sino un placer.

No se deberá llegar nunca a la sobrealimentación, pues no se trata de engordarlo, sino de nutrirlo en forma racional e inteligente, para fortalecer y vigorizar sus funciones vitales. Es lógico que la cantidad se graduará para satisfacerlo, pues su apetito aumenta con el cambio de clima y el reposo.

Con un adecuado sistema de alimentación se deja su organismo más apto para la defensa contra cualquier germen.

La colapsoterapia y los medicamentos son elementos secundarios en el tratamiento de la Tbc infantil.

La primera se emplea junto al tratamiento higiénico-dietético o cuando éste no ha dado los resultados esperados. Entre los métodos más usados podemos mencionar el neumotórax y la frenoparálisis.

Los segundos se emplean generalmente en el caso de que la enfermedad se encuentre más avanzada, unidos también a la cura higiénico-dietética, y tienen por objeto, en la mayoría de los casos, suprimir algunas molestias de la tuberculosis, como la tos, la espectoración, la inapetencia, etc.

A) INSTITUCIONES SANATORIALES PARA NIÑOS

TUBERCULOSOS .

A lo largo de nuestro trabajo hemos venido sosteniendo la importancia que tienen los sanatorios infantiles en la lucha contra la tuberculosis. En nuestro país existen muy pocas instituciones con este objeto. Las causas debemos buscarlas, tal vez en la falta de recursos económicos de que dispone el Estado, como así mismo en el desinterés que han manifestado las personas que, por uno u otro motivo han tenido la autoridad y los medios para hacerlo.

A pesar de esto, en los últimos tiempos se han creado algunos que prestan, como es lógico suponerlo, una eficaz y positiva ayuda en el tratamiento de esta enfermedad. Desgraciadamente, no todos reúnen las condiciones que son indispensables para efectuar una labor completa, pues se advierte en ellos la carencia del elemento médico o del material que necesitan, lo que sin duda se debe a la falta de recursos económicos, como lo hicimos ver al empezar este capítulo.

Sin embargo, y a pesar de estas deficiencias, se han obtenido resultados halagadores, lo que nos demuestra que si se pudiesen dotar de todos los elementos que requieren, su éxito sería más completo. Ello se debe, en parte al

espíritu de abnegación de las personas que en una u otra forma, prestan sus servicios en dichos establecimientos. Llama la atención el cariño que manifiestan a los niños, tan necesario para que los pequeños no extrañen el que se les proporciona en el hogar y que contribuye, además, a hacer más alegre su vida de sanatorio.

Es digno de anotarse la buena alimentación que se les proporciona, a pesar de que en muchos de ellos no existe para este objeto, una persona técnica en la materia. Su presencia es, en realidad, imprescindible, pues la alimentación es una de las bases de la cura higiénico-dietética.

Existen en nuestro país, siete Sanatorios, de dos de los cuales no se proporcionan datos por estar ubicados fuera de Santiago. Ellos son: El Sanatorio de Putaendo y el Sanatorio Marítimo de Viña del Mar.

Los Sanatorios ubicados en Santiago y sus alrededores son los siguientes:

- 1.- Sanatorio Jaime Pinto Riesco.
- 2.- " Consejo de Defensa del Niño.
- 3.- " San Luis.
- 4.- " Juan Eduardo Ostornol
- 5.- " Josefina Martínez de Ferrari.

1.- SANATORIO JAIME PINTO RIESCO

Fundación: Año 1925. Es el primer sanatorio infantil creado en Chile.

Ubicación: San José de Maipo.

Director: Dr. Manuel Muñoz.

Depende: Junta Central de Beneficencia.

Personal: Dos médicos, dos enfermeras, 25 cuidadoras y dos profesoras primarias. Monjas.

Servicio Social: Dependiente de la sección Tuberculosis del Hospital Roberto del Río. (Santiago).

Nº de camas: 100.

Secciones: Un pabellón de medicina con 30 camas, 15 para hombres y 15 para mujeres.

Un pabellón de cirugía dividido por partes iguales para hombres y mujeres. 60 camas, Posee además, salas de curaciones.

Requisitos

de ingreso: Pueden ingresar a este Sanatorio niños de ambos sexos, de 5 a 14 años de edad, los cuales deben haber estado previamente en el Hospital Roberto del Río.

2.- SANATORIO CONSEJO DE DEFENSA DEL NIÑO

Fundación: Octubre de 1935.

Ubicación: Peñalolén 289.

Director: Dr. Juan Lagarrigue.

Depende: Dirección General del Consejo de Defensa del Niño.

Personal: Tres médicos, una Asistente Social, una enfermera y 20 cuidadoras.

N° camas: 160.

Secciones: Existen tres pabellones. Uno para niños, otro para niñas y otro de aislamiento. Tiene además laboratorio, rayos X y servicio dental.

Requisitos

de ingreso: Pueden ingresar niños y niñas de 3 a 13 años de edad, provenientes de los diferentes Centros de Defensa del Consejo de Defensa del Niño. También se aceptan solicitudes de otras instituciones.

3.- SANATORIO SAN LUIS

Fundación: 1938.

Ubicación: Fundo San Luis. Avenida Apoquindo 1128.

Director: Dr. Raúl Matte.

Depende: Junta Central de Beneficencia.

Personal: Dos médicos, una enfermera, una Asistente Social, dos cuidadoras y una profesora. Una dietista.

N° camas: 34 (más 5 camas de aislamiento)

Secciones: Posee diez salas. Servicio de Rayos X.

Requisitos

de ingreso: Pueden ingresar niños y niñas de 6 a 14 años de edad, de los diferentes hospitales del país.

4.-SANATORIO JUAN EDUARDO OSTORNOL

Fundación: 1941

Ubicación: San José de Maipo.

Depende: Cruz Roja Chilena.

Nº camas: 34.

Secciones: Un pabellón dividido en dos secciones: femenina y masculina.

Requisitos de ingresos: Por intermedio de la Cruz Roja Chilena. Se admiten niños y niñas de 7 a 14 años de edad.

5.-SANATORIO JOSEFINA MARTINEZ DE FERRARI

Fundación: 3 de Agosto de 1945.

Ubicación: Los Quillayes. Camino a Puente Alto.

Director: Dr. Sótero del Río.

Depende: Institución particular administrada por un Consejo compuesto por ocho miembros.

Personal: Dos médicos, una Asistente Social, una enfermera jefe y tres auxiliares, cuidadoras, dietista y una pedagoga.

Nº camas: 132.

Secciones: Cinco pisos. Un subterráneo en el que está ubicada la cocina. Primer piso ocupado por el Pensionado que consta de 35 camas.
Segundo piso: Sección femenina, con 46 camas.

Tercer piso:sección masculina,con 46 camas.
Cuarto piso:terraza para las niñas y sección
aislamiento con 13 camas.

Quinto piso:terraza de reposo de los niños.
Consta además de servicios Rayos X,Dental,
laboratorio,sala de operaciones, de curacio-
nes,de neumotóraz,psicoterapia y botica.

Requisitos Niños y niñas de 5 a 14 años de edad,los
de ingreso: cuales deben pasar con anterioridad por
el Policlínico broncopulmonar del Hospital
Luis Calvo Mackenna.

CRITERIO CON QUE SE ACTUA PARA HOSPITALIZACION

EN SANATORIO

La cura sanatorial, si es en verdad el mejor procedimiento que puede seguirse en la lucha contra la tuberculosis, no es menos cierto que es también bastante oneroso, debido a los grandes gastos que origina la dotación de un equipo de instrumentos médicos imprescindibles para lograr su objetivo, como también a los sueldos y salarios que debe pagarse al personal, el mantenimiento del edificio, a los grandes gastos de alimentación, etc.

Son estas circunstancias las que hacen que en nuestro país existan pocas instituciones que cumplan con este fin.

Siendo, como hemos dicho, muy pocos los sanatorios y por consiguiente, muy escaso el número de camas de que se dispone ante la enorme demanda, es lógico y necesario que se proceda a efectuar una rigurosa selección de los postulantes, a fin de poder atender a los que con más urgencia lo necesitan.

Para pensar así y exigir esta rigurosidad en la selección, no podemos perder de vista el hecho de que el Sanatorio no es un hospital común, sino que tiene una función especializada en la lucha implacable en contra

de una enfermedad, que sí lo requiere por su obra devastadora en el campo infantil de nuestra sociedad.

A nuestro entender, para proceder a la hospitalización de los niños, debería actuarse tanto con un criterio médico como con un criterio social.

En efecto, es el médico quien debe seleccionar los casos según la lesión pulmonar. El deberá decidir si el enfermo se beneficiará o no con el tratamiento, apreciando si la estada en el establecimiento será provechosa o no. Determinará además si la forma de Tbc es bacilífera o no, porque si sucede lo primero será necesario enviar aquellos enfermos a sanatorio, por cuanto representan un peligro de contagio para las demás personas, no sucediendo lo mismo con las formas cerradas de la enfermedad.

La Asistente Social deberá efectuar una investigación sobre las condiciones de cada hogar, en el triple aspecto económico, social y moral. Tal encuesta deberá hacerse con el máximo de acuciosidad posible, basándose en las visitas domiciliarias que se efectúen.

Luego, una vez practicada, se procede a la selección, en la que deberá obrarse con toda imparcialidad y buen sentido, procurando que los elegidos sean precisamente los que realmente necesitan ser hospitalizados.

Ahora bien, dado el escaso número de sanatorios de que se dispone, puede aconsejarse, algunas veces, la cura en casa. Será permitida cuando los datos que arroje la encuesta comprueben que en ella se dispone de una relativa independencia económica, lo que permitirá proporcionar al niño alimentación y tranquilidad que su enfermedad exige. La vivienda deberá poseer las camas y piezas necesarias para el número de miembros de que está compuesta la familia, de manera que el enfermo pueda estar completamente separado del resto de las personas sin constituir un peligro para ellas.

Será necesario además, como un complemento indispensable, que reine la armonía entre los componentes del grupo familiar y además que se advierta en la madre preocupación por cuidar de su hijo.

Pero no se podrá aconsejar que se practique este régimen en un hogar que no reúna los requisitos que acabamos de señalar, y será precisamente de entre ellos donde deban elegirse los niños para enviarlos a sanatorio.

Una vez que el pequeño haya ingresado, deberá procurarse que permanezca allí el tiempo requerido para su curación. Esto no es posible conseguirlo siempre, pues, a veces, la familia, pasado cierto lapso, y llevada

por un cariño mal entendido, se opone a que él continúe en el establecimiento, dando como razones el no acostumbramiento o la soledad del niño, o la falta que él hace en el hogar.

Durante los pocos meses que lleva de existencia el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari, se han presentado varios casos en los cuales las madres han solicitado el retiro de sus hijos y sólo en algunos de ellos, tras ardua labor, fué posible convencerlas de su equivocación y conseguir que continuara en la institución.

Es evidente que con el retiro anticipado de un enfermo se causa un perjuicio que podemos mirarlo desde dos puntos de vista. Desde el punto de vista social, este niño ha ocupado por cierto tiempo el lugar que se pudo disponer para otro con resultados positivos. Desde el punto de vista médico, se pierde la labor realizada, cuyos frutos no se alcanzan a obtener íntegramente, y además se perjudica al enfermo.

Opinamos que para evitar tales inconvenientes, debería exigírsele a la madre el acatamiento incondicional de los reglamentos cuando el pequeño está por ingresar al establecimiento. Esto no nos parece una exigencia atrevida ni demasiado drástica, aún más, se le debiera hacer firmar un documento en el cual se comprometiera a no retirar al

menor hasta que el médico o la Asistente Social (en lo que se refiera a las condiciones del hogar), lo estimen conveniente.

Se puede argumentar en contra de esta medida, que entre los múltiples aspectos de la labor de la Asistente Social está la de convencer a las madres de la eficacia de dicho tratamiento. Pero séanos permitido anticiparnos, argumentando por nuestra parte que, abocados a una realidad tangible como la nuestra, sólo las medidas de esta naturaleza logran la eficacia y el éxito ante el objeto deseado. Y en cuanto a la labor de convencimiento por mucha persuasión que ponga, a veces será poco menos que imposible luchar contra la ignorancia invencible de muchos.

C) EFICACIA DE LA CURA SANATORIAL. ESTADISTICA DE

LOS RESULTADOS OBTENIDOS

En la apreciación de las consecuencias de la aplicación de la cura higiénico-dietética no existe uniformidad de criterio. Hay médicos que sostienen que el alto costo de este procedimiento no guarda relación con los resultados que se obtienen en la práctica, pues el número de personas que le permite atender es muy reducido. Se limitaría, en concepto de ellos, a segregar a un grupo de enfermos bacilíferos del medio social.

Para otros, por el contrario, los fines perseguidos serían muy halagadores y rechazan el criterio anterior, argumentando que al crearse un mayor número de camas en sanatorio, mayor sería el número de enfermos atendidos, lo que constituiría la aspiración máxima de la lucha anti-tuberculosa.

No podemos valernos, desgraciadamente, en nuestro país, de datos estadísticos, ya que ellos no existen en forma científica. Sin embargo, de las experiencias adquiridas podemos concluir que en general los efectos logrados en los diferentes sanatorios, han sido prósperos.

A juzgar por los casos que se han atendido en el Sanatorio en que hemos hecho nuestra práctica, podríamos deducir, sin desconocer el enorme costo del tratamiento, que los resultados han sido plenamente satisfactorios, cuando el médico determina su duración sin que la familia del enfermo haya puesto dificultades.

Sin pretender dar el carácter de una prueba absoluta para lo anteriormente dicho, dado el reducido número de datos que nos ha sido posible obtener por ser de reciente creación, la institución en que trabajamos, daremos las condiciones de ingreso y egreso de los enfermos dados de alta, ya sea por prescripción médica, ya por petición de la familia.

CUADRO N° 1

ALTA POR TERMINACION DEL TRATAMIENTO

Diag. ingreso	N°	Días t/m	Diag. alta	Destino
Tbc de primo infección	17	114	regresión	casa Prev. 10
Pleuresías	1	28	regresión	0 1

El el cuadro N° 1 agrupamos los casos que han sido dados de alta por terminación del tratamiento, o sea cuando el médico lo ha estimado conveniente. Se observa que en todos ellos el estado al alta es de regresión de sus lesiones. Aquí se presentan dos caminos a seguir: si las condiciones económicas del hogar del niño son malas, se efectúa el envío a un Preventorio. Esto no es fácil de conseguir, ya que las disponibilidades son escasas y por lo tanto muchas veces el niño tiene que volver directamente al hogar insalubre, donde perderá talvez, todo lo ganado.

Si las condiciones son buenas, se le envía allí directamente.

CUADRO N° 2

ALTA PEDIDA POR LOS PADRES

<u>Diag. ingreso</u>	<u>N°</u>	<u>Días t/m</u>	<u>Estada lesional al alta</u>	
			<u>Regresión</u>	<u>Igual o peor</u>
Tbc de primo infección	6	56	0	6
Paratuberculosias	1	85	0	1
Tbc de reinfección	1	155	0	1

En el cuadro N° 2 se encuentran los enfermos cuya alta ha sido solicitada por los padres.

Vemos que en estos ocho niños el estado del alta es igual o peor que el de su ingreso, o sea que no han aprovechado su estada en el sanatorio. Son estos casos ,como hemos dicho, los que desvirtúan la labor del médico y los que hacen perder a otros enfermos las posibilidades de ingreso al establecimiento. Para impedir esta pérdida de dinero y tiempo es necesario organizar un sistema que tienda a evitar estas altas intempestivas. Estas medidas las hemos considerado en otro capítulo.

CAPITULO II

CONDICIONES AMBIENTALES Y SITUACION ECONOMICA, FAMILIAR

DE LOS NIÑOS INGRESADOS AL SANATORIO JOSEFINA

MARTINEZ DE FERRARI

Es un hecho discutido el resultado que pueda obtenerse con la hospitalización de los niños en el sanatorio, en un país como el nuestro, cuyas condiciones económico-sociales son insuficientes para la mayoría de la población.

Si tomamos en cuenta que la mayor parte de los pequeños internos pertenecen precisamente a la clase obrera, se plantea el problema de averiguar y establecer si acaso gran parte de la labor médica desarrollada para con ellos en el establecimiento se pierde al regresar a sus hogares.

Mientras el niño permanece en el sanatorio está rodeado, como es lógico suponerlo, de atenciones y cuidados. Disfruta allí, como lo hemos hecho notar en otra parte de nuestro trabajo, de un régimen alimenticio adecuado, aprenden hábitos higiénicos, vive en habitaciones higiénicas, limpias, claras, soleadas, con buenos servicios sanitarios. Todas estas ventajas de que el niño ha gozado y que le han permitido al mismo tiempo recuperar su salud, se per

derán en gran parte cuando él regrese a su casa, ya que ésta carecerá de las más elementales comodidades para asegurar la convalecencia del enfermo.

La ausencia de estas condiciones higiénicas indispensables, en nuestro pueblo, reviste una importancia decisiva en la morbilidad y mortalidad de la población en general.

La tuberculosis es una enfermedad esencialmente social, luego, en su profilaxis deben tomarse medidas directas o específicas, e indirectas o inespecíficas. Las primeras, representadas por la medicina en sus diversos aspectos, y las segundas por todo lo que signifique mejoramiento de las condiciones ambientales y económicas. Mejorando estas últimas será la única manera de poder vencer la infección tuberculosa masiva en nuestro medio.

Pero este mejoramiento no será posible realizarlo como un problema separado e independiente, puesto que él encuentra sus raíces en el complejo proceso de un país.

Es, a nuestro entender, el Estado, el que tiene la obligación imperiosa de velar por la salud física y espiritual de los componentes del grupo social.

Fuera de la labor médica realizada a través de las instituciones estatales, debe además velar porque el individuo reciba el salario de acuerdo con sus necesidades.

SALARIO :

Está demostrado que su importancia es fundamental en la morbilidad y mortalidad general. De su cuantía y modo de inversión depende, en gran parte, el standard de vida del individuo. En los últimos tiempos ha ido aumentando, pero la proporción del alza no guarda ninguna relación con el del costo de la vida, de modo que es insuficiente para sufragar los gastos del individuo y su familia.

Numerosos estadistas y hombres de estudio han comprobado la estrecha relación que existe entre el salario y la salud, viendo que entre las clases adineradas no se presentaban en la misma proporción las enfermedades y anomalías, que entre las personas de escasos medios económicos.

En 1934, en nuestro país, S. Jiménez hizo un estudio en niños de Liceos y Escuelas Públicas, demostrando que el peso y estatura en niños de igual edad, era inferior en los de la Escuela Pública. Es de capital importancia el considerar la morbilidad de un grupo social, y fácil es deducir que, predominando en las E. Públicas los hijos de obreros, éstos se encuentran en un déficit inmuno-biológico, en el que hacen presa fácil las enfermedades infecto-contagiosas y carenciales.

El salario se hace aún más reducido al considerar los hogares con hijos numerosos, donde sólo es percibido por el jefe del hogar, haciéndose por esto más insu-

ficiente para sufragar los gastos que demanda el cuidado y la mantención de la prole.

En estas circunstancias el Estado debiera extender primas a beneficio de los hogares de obreros, según el número de hijos, lo que en el fondo vendría a constituir un premio y una ayuda necesaria para los hogares humildes. Estas medidas, junto con aliviar de inmediato la situación de las clases necesitadas significaría una medida de alta trascendencia social. Ella vendría a aumentar la población y sabemos que su crecimiento se traduce en un desarrollo de las posibilidades industriales del país; a mayor población corresponden mayor capacidad de trabajo de una nación, y por ende, mayor bienestar en todos los aspectos de la vida social. Esta ayuda existe en la actualidad en la llamada asignación familiar, pero rige para un grupo reducido de obreros.

La condición económica en el hogar obrero, como ya se ha repetido, es de primordial importancia si se quiere obtener hechos positivos en la lucha antituberculosa. Hemos tomado aquí los datos conseguidos en las encuestas practicadas en los hogares de cincuenta niños hospitalizados en el sanatorio Josefina Martínez de Ferrari,; consideramos sólo un aspecto, cual es el del aporte económico al grupo familiar por cada uno de sus componentes. En el Cuadro N° 3 se exponen las 50 familias estudiadas:

CUADRO N° 3

N° de Hogares	N° de personas con aporte económico
32	1
14	2
3	3
1	5

Para no complicar, no se ha considerado el número de personas que componen las familias estudiadas, pero generalmente constaba de no menos de siete familiares. En 32 familias, es decir en un 64% de las 50 estudiadas, sólo existía aporte económico de una persona. Fácil es comprender la importancia que tiene esta cifra en la morbilidad tuberculosa y lo que esto significa para los 32 niños que regresarán al hogar una vez terminado el tratamiento. Por otra parte, hay que tomar en cuenta que, como se trata en la mayor parte de hogares obreros, las entradas ~~financ~~ no son

fijas y están sujetos a todas las eventualidades a que se expone el ingreso económico de éstos.

VIVIENDA :

La alimentación y la vivienda constituyen las necesidades más imperiosas del ser humano. El obrero chileno invierte el 80% de su salario en satisfacer las necesidades alimenticias de él y de su grupo familiar, y en la habitación sólo el 15%, cómo lo informa el dr. Allende en su libro "La Realidad Económico Social de Chile".

La vivienda del obrero chileno es un problema que adquiere actualmente contornos verdaderamente dramáticos. Arrojadados de las partes céntricas de la ciudad, han tenido que marchar hacia sus extramuros para procurarse en estos lugares un rancho insalubre y malsano, carente, como es de suponerlo, de los más elementales y rudimentarios artefactos higiénicos.

En estos ranchos que generalmente constan de una sola pieza, se agrupa a veces, tal número de personas que la imaginación tiende a rechazar, si no fuera la propia experiencia quien lo comprueba.

Consecuencia de este hacinamiento son las enfermedades que diezman la población y entre ellas la tuberculosis, como la más importante.

En un trabajo realizado por la señorita Violeta Martínez, Asistente Social, del Hospital Salvador de Valparaíso (citado por el dr. Allende), comprobó que en 200 casos de Tbc, la causa ~~de~~ determinante había sido la mala vivienda.

El Estado, a través de las instituciones respectivas, tiene la obligación de acelerar las construcciones que tienden a reparar esta falta de habitaciones, porque ella constituye un problema penoso de funestas consecuencias para la salud futura de la población .

Aunque en los últimos años se han construido viviendas para obreros, el problema, sin embargo, se ha agudizado, debido a que el número de éstas no corresponde ni remotamente al número de demoliciones efectuadas ni al aumento de la población.

Damos a continuación algunos datos que hemos podido constatar y que reflejan el ambiente material en que viven los niños que ingresan al establecimiento.

De nuestras encuestas (50), 21 familias, o sea el 42%, vivía en casas arrendadas o propias, cuyas condiciones de salubridad eran suficientes. En el resto, o sea 29 familias, habitaban piezas arrendadas, ya sea en casas, citées o conventillos. Rara vez disponían de más de dos piezas. Si tomamos en cuenta que la familia consta de 7

u ocho miembros, los habitantes por pieza no bajan de 4.

Las condiciones sanitarias de estas piezas son lamentables. Se vió que el 24% poseía pieza de tierra; el 30% no tenía W.C. y sólo el 22,04 % baño, generalmente ducha. La luz eléctrica sólo existía en el 46,6% de las habitaciones.

Después de analizar las condiciones económicas y ambientales de nuestros enfermos, podemos imaginarnos cuales fueron las causas que facilitaron el contagio y produjeron la tuberculosis, y evidenciar un panorama de las posibilidades que se le presentan a los niños cuando regresan al hogar al egresar del establecimiento.

CAPITULO III

COOPERACION DEL SERVICIO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO

MEDICO

El Dr. Richard Cabot, considerado como el padre del Servicio Social, afirmaba que sus prescripciones eran completamente ineficaces cuando el diagnóstico había sido efectuado nada más que con el examen físico individual del sujeto enfermo, ~~sin~~ desconocer totalmente las condiciones ambientales que lo rodeaban, sus antecedentes patológicos y familiares. Si bien los últimos, son hoy día tomados cuidadosamente por el médico, las condiciones ambientales son conocidas sólo por la visita domiciliaria y encuesta realizada por la Asistente Social.

Sabemos el grave trastorno que cualquier situación anormal en la familia puede producir en el ánimo del paciente, lo que repercute desfavorablemente en su estado. Por esto es necesario en cualquier enfermedad, y sobre todo en la tuberculosis, que el tratamiento social vaya unido al tratamiento médico.

En un sanatorio infantil, nuestra tarea para inquirir datos sobre la vida del niño y su grupo familiar es más dificultosa que en los de adultos. En éstos se obtienen preguntándoselos directamente al paciente. En

cambio al pequeño no se le puede interrogar, ya que, por su condición los desconocerá y en muchas ocasiones es contraproducente hacerlo.

Para obtener estos datos, la Asistente Social se vale de las visitas domiciliarias, poniéndose en contacto con las madres o personas encargadas del niño. Estas proporcionan los antecedentes necesarios para obtener una visión completa y exacta de los antecedentes personales de él y algunos datos sobre la anamnesis de la enfermedad. Se obtienen además las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda, salud y formación del grupo familiar.

De todos estos datos quedará fiel constancia en la encuesta social correspondiente, la que servirá para informar al facultativo, quien podrá entonces iniciar su tratamiento con antecedentes más seguros.

Es de tal importancia esta labor del Servicio Social que hoy día no se concibe un establecimiento hospitalario sin él, y junto a la ficha clínica estará siempre la ficha social. Tenemos pues, el primer papel que le cabe desempeñar a la Asistente Social en cooperación con el Servicio Médico, y que podemos sintetizar en el término "Investigación."

La segunda función que debe desempeñar es el de ser la consejera, la amiga del niño, que lo estimule y lo lleve a aceptar todas las prescripciones médicas.

En tercer término, la actuación del Servicio Social debe dirigirse al hogar del niño, resolviendo los problemas que en él se presenten y preparándolo para su recepción. Desde este punto de vista, cabe desarrollar una labor muy importante, ya que con constancia y paciencia se impartirán conocimientos generales sobre higiene de las enfermedades, recalcando, en este caso, lo referente a la tuberculosis. Además, nociones sobre profilaxis de las mismas, puericultura, alimentación, etc.

Esta faena es lenta, pero al final aparecen sus resultados positivos. Esta enseñanza se ve reforzada por la Educación Colectiva que se imparte a todo el país, por medio de charlas radiales, affiches, cinematógrafo, etc.

Con anterioridad, La Asistente Social se habrá preocupado de descubrir los focos de contagio en el hogar del menor, orientando a los enfermos que se descubran hacia el tratamiento adecuado. Esto es lo que se llama control de contactos.

Por último el Servicio Social colabora en el control médico de los egresados, realizando las visitas domiciliarias necesarias para lograr que la madre o el familiar encargado del niño concurra periódicamente con éste a las

citaciones que se le envíen.

1) IMPORTANCIA DE LA ENCUESTA SOCIAL COMO MEDIO DE INVESTIGACION EN EL TRATAMIENTO MEDICO

Desde el momento en que la enfermedad constituye un problema médico social, cada uno de los niños que ingresa al Sanatorio necesita ser atendido en estos dos aspectos por técnicos en la materia, como lo son el médico y la Asistente Social. Ambos deben coordinar su labor en forma que sea imposible efectuar una obra completa si actúan separadamente.

Como es conocido, el factor social tiene una importancia decisiva en la evolución y en el tratamiento de la tuberculosis. El médico necesita conocer sus múltiples detalles familiares y ambientales que, debido a su falta de tiempo no puede captar, y aún cuando se interrogue a la madre no los obtendrá en su totalidad por el temor y el respeto que generalmente produce en la mujer del pueblo la presencia del facultativo. En cambio la Asistente Social, en primer lugar por ser mujer, y luego por el carácter de su profesión, sabe captarse su confianza y simpatía para obtener los datos solicitados. Y aún cuando no sea posible interrogar, su técnica le permitirá observar lo necesario.

Ella presenta al médico la Encuesta Social correspondiente, que es un informe escrito, completo y que comprende todo el caso social, o sea, la investigación, diagnóstico y tratamiento.

a) SELECCION DE LOS NIÑOS QUE INGRESAN AL SANATORIO:

La encuesta social presenta en forma detallada todo lo referente al ambiente material y moral que rodea al niño, permitiéndole al médico la selección, dentro de un grupo de enfermos en iguales condiciones clínicas, los casos cuya condición sea más apremiante.

b) GRUPO FAMILIAR DEL ENFERMO :

La medicina moderna actúa con un criterio social que lleva a interesarse por el grupo familiar íntegro, con el fin de conocer sus problemas sociales y antecedentes patológicos que tengan relación directa con la enfermedad del niño.

c) CONTROL MEDICO DEL GRUPO FAMILIAR: ENFERMO

La Asistente Social orienta a los familiares a efectuarse los exámenes médicos, tratándose de una enfermedad en la cual el contagio intrafamiliar está demostrado. El resultado queda estampado en la Encuesta.

D) CONDICIONES DEL HOGAR AL EGRESAR EL ENFERMO:

Por medio de la Encuesta Social el médico conoce el hogar y el ambiente al cual va a reintegrarse el menor

autorizando o postergando su alta según las condiciones que presente.

2) PESQUISA DE LOS CONTACTOS INTRAFAMILIARES EN LOS CASOS ESTUDIADOS

Una de las principales tareas de la Asistente Social en un Sanatorio para niños tuberculosos es la de pesquisar los contactos intrafamiliares. En profilaxis antituberculosa, más que el individuo enfermo, debe interesar los que viven a su alrededor, ya que constituyen la enfermedad en potencia.

Conociendo la promiscuidad en que vive la gente de escasos recursos económicos, material que constituye la mayoría de los niños que llegan a nuestro establecimiento, podemos comprender la importancia de la labor que se realiza al tratar de descubrir los casos de tuberculosis en el hogar del niño enfermo.

Se combate directamente una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en la población chilena, al propender al diagnóstico precoz de la tuberculosis del grupo familiar y por lo tanto al tratamiento seguro y decisivo de la enfermedad. Al mismo tiempo y velando por el éxito de la cura sanatorial, se evita que el que egresa restablecido, se reintegre a un foco de infección que provocará

sin duda, una recíproca de la enfermedad, lo cual, tratándose de niños, constituye un peligro mayor aún que en el adulto.

Para efectuar la labor de pesquisaje de los contactos el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari no cuenta en la actualidad, con policlínico propio. Se aprovechan los que ya existen, enviándose a los menores a los de los hospitales de niños que quedan más cerca de su domicilio y a los adultos no asegurados a los de los hospitales generales.

Para estudiar mejor este problema hemos tomado al azar cincuenta casos entre los niños ingresados a este sanatorio.

Hicimos examinar a 221 miembros del grupo familiar. En el cuadro N° 4 se encuentran reunidos los contactos, agrupados según el grado de parentesco:

CUADRO N° 4

Categoría	Enfermos		Sospechosos		Sanos		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
Padres	4	12,5	2	6,3	26	81,5	32
Madres	5	13,5	1	2,7	31	87,7	37
Hermanos	19	12,8	8	5,4	120	81,6	147
Abuelas	1	20,0	1	20,4	3	60,0	5
TOTAL	24	13,1	12	5,4	180	81,4	221

Como se puede observar, los resultados dieron un total de enfermos que alanza a la cifra de 29, ésto es de 13,1%. Sospechosos se encontraron 12, o sea 5,4%. Sanos 180, lo que equivales al 81,4%.

Vemos que en los cuatro grupos en que hemos dividido esta estadística, la mayor cantidad de personas se ~~encontrara~~ encuentra entre los hermanos, lo que se debe al mayor número de éstos en el grupo familiar y a que es más fácil hacerlos concurrir a examen médico. Pero el porcentaje de enfermos en ellos, ~~fue~~ fue sensiblemente igual que entre los padres y madres. Hace excepción el grupo de abuelas (20%), pero su pequeño número no las hace susceptible de una comparación estadística significativa. Este hallazgo es, sin embargo, importante, desde el momento que son estas personas las que pasan el mayor tiempo con los chicos, porque los padres están fuera del hogar por su trabajo. Por otra parte, dada su condición de abuelas, constituyen el punto central en que se reúnen los niños del vecindario, distribuyendo entre ellos el contagio.

Por lo demás, estas últimas personas rara vez se encuentran acogidas a Cajas de Previsión, y es un verdadero problema el convencerlas de que deben asistir a un examen médico y en caso de enfermedad, a que sigan un tratamiento, porque son enemigas declaradas de todo lo que signifique medicina u hospital.

A los padres y hermanos que recibían beneficio de alguna Caja se les envió a estas instituciones a efectuarse los exámenes.

Las personas que no tenían estas prerrogativas se les mandó con su certificado correspondiente a los Policlínicos de los Hospitales Generales. A los adultos, comúnmente al Salvador y a los niños al Calvo Mackenna.

Si la persona resultaba estar enferma se le hacía cumplir fielmente las indicaciones del médico y efectuando visitas domiciliarias periódicamente se velaba porque concurrieran a los controles que se les había designado.

Entre los niños tuberculosos hubo varios que por el carácter de su afección pulmonar fueron enviados a sanatorio y otros que debieron quedar en sus casas, ya sea por la escasez de camas en los hospitales o porque no requerían hospitalización. Estos fueron controlados, en todo caso, en el hogar, por la Asistente Social, quien hizo labor preventiva y constructiva con las madres y familiares, explicándoles el carácter contagioso de la enfermedad e impartiendo todas las instrucciones necesarias para evitar su propagación. Al mismo tiempo tuvo especial cuidado de darles a conocer los preceptos higiénicos y las medidas que redundarán en el mejor cuidado del niño.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO SOCIAL A DESARROLLAR

Una de las principales y preferentes preocupaciones que deben tener las personas encargadas de la vida del niño en el sanatorio será la de procurarles las entretenciones que hagan más agradable y llevadera su existencia durante el tiempo que permanezcan en el establecimiento.

La distracción es necesaria para evitar la monotonía que se produce naturalmente en la larga estada en el sanatorio, hasta obtener su curación completa. Estas entretenciones no deben ser sólo de carácter recreativo sino que también instructivo y educacional.

El largo tiempo de hospitalización a que hemos hecho referencia nos permitirá efectuar un plan de culturalización por medio de la escuela y de la biblioteca. Este plan será, en primer lugar, una recreación. En segundo lugar, un medio de hacer recuperar al niño los estudios que ha perdido al abandonar la escuela por su enfermedad y que lo dejará apto para su nuevo ingreso a ella. Además se le tratará de enseñar oficios prácticos que le sirvan para trabajar en la vida.

Uno de los atributos del niño es su fantasía, cualidad que aumentará en los períodos de reposo, ya que se puede desarrollar sin necesidad de movimientos. La fantasía puede llegar a tomar un camino desviado si no se le orienta; por lo tanto, de-

bemos tratar de encauzarla y dirigirla por un camino recto y provechoso.

Hemos dicho más arriba, que al niño hay que proporcionarle educación e instrucción basados en la recreación. Sin embargo, ésto no es suficiente y habrá necesidad de proporcionar verdaderos juegos que guarden relación con su edad y condición de enfermos.

Es recomendable también, dedicar horas a la enseñanza y práctica de la recitación y representación de pequeñas comedias, basadas en temas infantiles. Esto les permitirá a ellos mismos, dirigidos por la Asistente Social, organizar algunas fiestas dentro del sanatorio.

Analizaremos ahora los medios que se nos ofrecen para realizar esta labor:

1.- LA ESCUELA :

Debemos tomar en cuenta que una gran mayoría de los que ingresan al Sanatorio son escolares que abandonan sus clases al hospitalizarse y quedan en una condición inferior a los otros niños de su escuela de la misma edad.

Es necesario suplir esta inferioridad del niño, y ello lo conseguiremos aprovechando su ductibilidad que le permitirá ser dirigido y encauzado fácilmente. Si el Servicio Social no se preocupa de solucionar esta situación,

el niño, al egresar del establecimiento, puede llegar a contarse entre la gran mayoría de la población infantil que por su atraso pedagógico forma más tarde la pléyade de trabajadores ocasionales, yendo ésto, en perjuicio del individuo, y por ende, de la sociedad.

En cambio, si le damos la oportunidad de continuar normalmente sus actividades escolares, lo dejaremos aptos para reintegrarse nuevamente a la escuela en igualdad de condiciones que sus demás compañeros.

No podemos pensar que la escuela del sanatorio pueda desarrollar un programa igual al de la escuela normal, debido a la condición especial de su estudiantado. Desde luego, no se podrá imponer una disciplina del horario como en la escuela para niños sanos. La profesora deberá, en cambio, confeccionar un plan de trabajo de acuerdo con el médico, que se acomode a las condiciones de salud, tratando de ocupar un mínimo de tiempo en la forma más provechosa posible, a fin de no cansarlo.

Es también aconsejable que en estos establecimientos se inicie o se despierte las aptitudes vocacionales que demuestren mediante una adecuada enseñanza técnica.

Es necesario seleccionar el personal que se haga cargo de esta enseñanza.

Está demás decir que el número de niños que pase a integrar el grupo de estudiantes, será previamente autorizado por el médico tratante.

2.-LA BIBLIOTECA:

La biblioteca proporciona el medio de educar e instruir al niño sin imposiciones. Al mismo tiempo que lo entretiene, refuerza los conocimientos adquiridos y adquiere nuevos, ésto es, abre nuevos horizontes , inquietudes intelectuales y espirituales.

Considerando que la mayoría de los niños de nuestro estudio pertenecen a familias modestas, de escaso nivel cultural, es deber de la Asistente Social aprovechar gran parte del tiempo que lo tenga bajo su control. en proporcionarle por medio de lecturas bien dirigidas y seleccionadas, todo el elemento educativo que no podrá adquirir en el seno del hogar.

La persona que esté a cargo de la Biblioteca, debe tener conocimientos técnicos de Biblioteconomía, poseer amplia cultura general y gran espíritu de servicio; ser una educadora en la verdadera acepción de la palabra.

No nos referiremos al aspecto material de la Biblioteca, por considerar que ésta no tiene importancia dentro de un sanatorio donde se prefiere que el niño pase la mayor parte del tiempo al aire libre. Se preferirá que la lectura la hagan en las terrazas y no en las salas, pues ya han permanecido en éstas durante las horas de clases, siendo ello suficiente para un niño enfermo.

Nos vamos a referir a la modalidad que debe observar la Biblioteca de un Sanatorio Infantil.

En primer lugar diremos que las obras estarán de acuerdo con el número, sexo, edad mental e intereses de los niños. Las obras elegidas de acuerdo a nuestro plan, deben instruir, educar y entretener. Para ello deben elegirse libros que impartan conocimientos en forma amena, sin exigir un gran esfuerzo mental. Son éstos, libros de aventuras o que contengan anécdotas y pasajes de la vida de próceres y hombres célebres, tanto chilenos como extranjeros.

Para la entrega de libros se nombrarán dos semaneros, un niño y una niña, a fin de interesarlos más, pero dirigidos por la bibliotecaria. Con este procedimiento se facilitará el rodaje del material y al mismo tiempo será un medio de enseñarles a comprender lo que significa la responsabilidad y el compañerismo. Para el control de obras habrá un libro de ingresos o libro inventario que indicará las obras que existen en la Biblioteca. Además un catálogo e fichas para la búsqueda de datos y para saber la ubicación de ellos en los estantes. En cuanto al sistema de préstamos, se tendrá un ficha individual para cada lector, en la que se anotará el nombre y número de la cama que ocupe. En seguida el autor de la obra pedida y el título de ella, con el objeto de llevar el control de la clase de obras que lee.

Este control sirve además para encauzar al niño en su lectura y para ver la evolución de su gusto literario, y por lo tanto, de su desarrollo intelectual y cultural.

CAPITULO V

EXPOSICION DE CASOS

CASO N° 1

NOMBRE: I.I.R.

FICHA: N° 15.



RESEÑA DEL CASO :

I.I.R., hospitalizada por Tbc ulmonar. Pertenece a un hogar legalmente constituido con cinco hijos de 13, 9, 7 3 y 7 meses respectivamente. Mala situación económica.

SITUACION ACTUAL:

I.I.R. se encuentra hospitalizada en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari, con Tbc pulmonar. Los padres y hermanos no se han sometido a examen radioscópico. El padre trabaja como carpintero ganando más o menos \$200 semanales. Se nota en él tendencia a la bebida. Los tres hijos menores no están inscritos en el Registro Civil. Falta efectuar la aceptación de legitimación de los dos mayores, reconocidos en el acto del matrimonio de sus padres.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden médico: Tbc pulmonar de I.I.R

Posible contagio del grupo familiar
Alcoholismo del padre.

- Problemas de orden jurídico: Falta de inscripción civil de I.I.R. y de dos de sus hermanos.
Falta de aceptación de legitimación de tres de los hermanos.
- Problema de orden educacional: Inasistencia a clases de una hermana de I.I.R.
- Problema de orden económico: Habitación insalubre.
Falta de camas independientes.
Entradas insuficientes.

LABOR SOCIAL EFECTUADA :

I.I.R. se encuentra sometida a tratamiento en el Sanatorio. Se procedió a efectuar el examen radioscópico de la familia. De este modo se tuvo la certeza de que todos se encontraban sanos.

Para solucionar la tendencia a la bebida del padre, la Asistente Social, después de muchas insinuaciones, logró convencerlo que siguiera un tratamiento antialcohólico, que se iniciará en breve.

En el aspecto jurídico se efectuaron las inscripciones de los tres hijos menores y la aceptación de legitimación de los tres mayores. Se logró que la hermana de I.I.R. asistiera a clases regularmente, después de hacer labor educativa con la madre.

I.I.R. fué enviada al Preventorio San Luis, después de ser dada de alta, para obtener su completo restablecimiento. Durante este período se preparó el regreso a la casa, haciendo que los padres le compraran una cama para que

puéiera dormir sola. Se hizo con ellos labor de educación. relacionada con reglas de higiene y alimentación de I.I.R., con el fin de evitar posibles recidivas.

La mala situación económica se arreglará una vez que el padre deje la bebida y pueda ocupar un puesto de responsabilidad. La madre aporta al hogar entradas ocasionales producto de la venta medicinales.

CASO N° 2

NOMBRE: M.C.C.

FICHA: N° 51

RESEÑA DEL CASO :

M.C.C., hija única, ilegítima, de 13 años se encuentra enferma de Tbc. La madre es empleada doméstica.

SITUACION ACTUAL :

M.C.C. se encuentra hospitalizada en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Ultimamente ha observado mala conducta dentro del establecimiento, por lo que se la quería expulsar. La madre gana \$200 mensuales. Es asegurada en la Ley 4054, no está inscrita en el Registro Civil, por lo que no ha podido obtener su carnet de identidad.

DIAGNOSTICO SOCIAL :

Problemas de orden médico: Tbc de M.C.C.

Posible contagio de la madre por la enfermedad de la hija.

Problemas de orden moral: Ilegitimidad.

Mala conducta de M.C.C. en el Sanatorio.

Problemas jurídicos:

Falta de inscripción civil

Falta de cédula de identidad de la madre.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

M.C.C. está en tratamiento médico en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. La madre fué sometida a examen radioscópico con resultado negativo. Durante la hospitalización manifestó mala conducta, y por este motivo se le daría de alta, como medida disciplinaria. Se investigó la causa y no se pudo comprobar nada efectivo para evitar nuevas acusaciones, se explicó al médico y a la enfermera jefe la situación que se crearía a la madre y a la niña con tal medida, pues aquella es empleada doméstica en una casa donde hay niños, en la cual seguramente no la admitirían con la enfermita. Respecto a lo que se decía de su conducta y con el objeto de distraerla se le proporcionó revistas y libros. El comportamiento de la niña ha mejorado notablemente. En cuanto al problema de ilegitimidad se tratará de hacer, próximamente el reconocimiento de hija natural por parte de la madre solamente, porque el padre falleció antes de nacer la hija.

La madre fué inscrita en el Registro Civil y se hizo obtener su carnet de identidad lo que le permitirá gozar de los beneficios de la Ley del Seguro Obligatorio, en caso que lo necesite.

El caso continuará bajo control de la Asistente Social, porque la niña se encuentra aún en el Sanatorio.

CASO N° 3

NOMBRE: A.G.R.

FICHA: N° 42.

RESEÑA DEL CASO :

A.G.R., hospitalizada con Tbc pulmonar en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Sus padres viven en unión libre. Tiene ~~tres~~ hermanos.

SITUACION ACTUAL:

Los padres de A.G.R. no han legalizado su unión por consejos de la abuela paterna hacia su hijo. La madre desea legalizarla, por lo cual hay desavenencias con su suegra, en casa de la cual viven. El padre trabaja como talabartero, ganando \$40 diarios. Los tres hijos se encuentran inscritos en el Registro Civil.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden médico: Tbc pulmonar de A.G.R.

Posible contagio del grupo familiar.

Problemas de orden moral: Unión libre.

Ilegitimidad.

Desacuerdo entre la madre, el padre y la abuela materna.

Problemas de orden jurídico: Falta de matrimonio civil.

Falta de reconocimiento de los hijos por parte de los padres

Problema de orden económico: Falta de cama individual para
A.G.R.

LABOR SOCIAL EFECTUADA:

A.G.R. hospitalizada y en tratamiento médico. Se sometió a los padres y hermanos a examen radioscópico, sabiéndose de este modo que estaban sanos.

Por conversaciones sostenidas con el padre y la abuela de A.G.R. se les logró convencer de la necesidad de legalizar la unión de los padres, la que se efectuó en el Registro Civil de Providencia. Además se hizo la legitimación de los hijos. Después se procedió a efectuar la aceptación de legitimación de los mismos. Capatándose la confianza de la abuela de A.G.R. se logró que ésta, espontáneamente, solicitara reconocer a sus hijos ilegítimos, trámite que también se está efectuando.

Se han controlado las relaciones de los padres y abuela y se ha observado que se han normalizado con la legitimación del matrimonio.

Se ha preparado el recibimiento de A.G.R., haciendo que los padres compren una cama para que duerma sola.

CASO N° 4

NOMBRE: F/C/D.

FICHA: N° 1

RESEÑA DEL CASO :

F.C.D., hija ilegítima de 13 años de edad, huérfana de padre y madre, encuéntrase enferma de Tbc pulmonar en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. No tiene quien se haga cargo de ella al egresar del Sanatorio. Tiene tres hermanas de 17, 16 y 10 años, todas disgregadas. Los padres fallecieron de Tbc pulmonar.

SITUACION ACTUAL :

F.C.D. se encuentra completamente desamparada, ya que sus dos hermanas mayores, absolutamente irresponsables, se niegan a hacerse cargo de ella. Y su abuelo, por su situación económica y su avanzada edad, no puede hacerlo. La hermana de 10 años, vive en casa de su madrina. Antes de ingresar al Sanatorio, la niña se encontraba en casa de una familia amiga de la suya, quienes fueron los que la hospitalizaron. Actualmente, ^{está} en muy mala situación económica.

DIAGNOSTICO SOCIAL :

Problemas de orden médico: Tbc pulmar de F.D.D.

Posible contagio de los hijos.

Problemas de orden moral: Orfandad.

Abandono moral e irresponsabilidad de las hermanas para con F.C.D.

Desconocimiento del paradero de un hermano de F.C.D.

LABOR SOCIAL EFECTUADA :

La Tbc pulmonar de F.C.D. se encuentra tratándose en el Sanatorio. No fué posible hacer el examen médico al hermano mayor por desconocerse su paradero y al segundo por negarse a ello. Lade 10 años es controlada periódicamente por la madrina, quien la ha adoptado y quien goza de espléndida situación.

La orfandad no tiene solución.

Se quiso responsabilizar al hermano de F.C.D. pero se negó a prestarle ayuda, y como del hermano mayor se desconocía el domicilio y el abuelo es anciano y tiene mala situación, se recurrió a la madrina de su hermana, quien, después de conocer la triste situación de la enfermita, resolvió llevársela a su casa una vez que fuera dada de alta. F.C.D. debe permanecer largo tiempo hospitalizada, y por ello se ha logrado interesar a la madrina de su hermana para que la visite periódicamente. Este caso continúa bajo el control de la Asistente Social

CASO N° 5.

NOMBRE: D/S.B.

FICHA: N°34.

RESEÑA DEL CASO:

D.S.B., procedente de Valdivia, se encuentra hospitalizada en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Alejada de su familia.

SITUACION ACTUAL :

D.B.S., de 13 años de edad, es la menor de los tres hijos del primer matrimonio de su padre. D.S.B. enfermó este año de Tbc pulmonar, por lo que el padre, Sargento 2° del Regimiento de Valdivia, consiguió enviarla, por intermedio de Sanidad Militar, al Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari.. D.S.B se lamenta porque su padre no le escribe, sólo lo hace su madrastra.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Problemas de orden médico: Tbc de D.S.B.

Posible contagio del resto del grupo familiar.

Problema de orden moral: Poco afecto del padre hacia D.S.B.

LABOR SOCIAL EFECTUADA :

Al constatar que efectivamente D.S.B. no recibe correspondencia de su padre, y por ello está siempre triste, se le envía una carta, haciéndole ver la necesidad de que escriba a su hija; además se le pide se someta a

examen radioscópico junto con el resto del grupo familiar, para constatar su estado de salud.

El padre escribió con cierta regularidad a su hija, logrando alegrar, de este modo, a la niña.

Por los exámenes radioscópicos del grupo familiar, se supo que la hermana menor de D.S.B. se encontraba enferma de Tbc, hecho que se comunica a la Asistente Social de Sanidad Militar de Santiago (Departamento Bienestar del Ejército), para que ella proceda a hacer seguir tratamiento a la niña.

CASO N° 6

NOMBRE : N y R.M.C.

FICHA: N° 42.

RESEÑA DEL CASO :

Dos hermanos de 11 y 9 años, hospitalizados en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Pertenece a un hogar legalmente constituido con seis hijos de 11, 9, 7, 5, 4 y 3 años respectivamente. Mala situación económica.

SITUACION ACTUAL:

Además de los dos hermanos que se encuentran hospitalizados en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari con Tbc pulmonar, tres de los hermanos también presentan una lesión pulmonar. La madre está embarazada de seis meses y también con Tbc pulmonar, trabaja lavando hasta altas horas de la noche, porque las entradas que proporciona el padre no alcanzan a cubrir los gastos del hogar. La hija menor se encuentra en casa de su madrina. La madre no está sometida a control médico ni por el embarazo ni por la lesión tuberculosa.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden médico: Tbc pulmonar de la madre y de cinco de sus hijos.

Embarazo de la madre.

Posible contagio del padre y de la hija menor.

Problemas de orden jurídico: Falta de aceptación de legitimación de R.M.C.

Problemas de orden económico: Trabajo irregular del padre.
Entradas insuficientes.

Deudas y empeños.

LABOR SOCIAL EFECTUADA :

Se consiguió que todo el grupo familiar se sometiera a examen médico y a control periódico. Se cuidó de que la madre cumpliera las prescripciones dadas por el médico en cuanto a reposo y alimentación de ella y de sus hijos. Además, con el examen médico se logró saber que la hija menor padecía de hernia. La madre se sometió a control médico para su embarazo, pudiendo de este modo dar a luz a su hijo en perfectas condiciones. La afección tuberculosa de la madre es cerrada, por lo tanto no hubo necesidad de separarla de su hijo. Además no existía el contagio de sus hermanos porque sus lesiones no eran bacilíferas e iban en retroceso.

Se iniciaron en el Consultorio Jurídico del Consejo de Defensa del Niño, los trámites para efectuar la aceptación de legitimación del hijo mayor, legitimado en el acto de matrimonio de sus padres.

Se ha hablado con el padre haciéndole ver que debía trabajar en forma más intensa y constante para que su mujer no trabajase, lo que se ha conseguido, pues ha instalado un taller de reparaciones de muebles y electricidad, ayudado económicamente por un antiguo patrón.

Las entradas al hogar han ido rescatando los empeños y disminuyendo las deudas. El caso continúa controlado por el Servicio Social del Sanatorio.

CASO N° 7

NOMBRE: I.D.U.

FICHA: N° 28

RESEÑA DEL CASO :

Niña de 13 años, hospitalizada con Tbc pulmonar, pertenece a un hogar legalmente constituido con cinco hijos de 13, 11, 9, 8, y 6 años de edad respectivamente. El padre está incapacitado para trabajar por Tbc pulmonar. Mala situación económica.

SITUACION ACTUAL :

I.D.U. se encuentra hospitalizada en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Su padre, enfermo de Tbc, incurable, se encuentra en el hogar, incapacitado para trabajar y acogido al Servicio Médico de la Ley 4054. Una hermana menor sufre también de la misma afección. La madre está embarazada de siete meses. La familia vive en el fundo en donde trabajaba el padre antes de enfermar. Reciben ayuda económica de Auxilio Social.

DIAGNOSTICO SOCIAL .

Problema de orden médico: Tbc de I.D.U., de su padre y de su hermana.

Posible contagio de sus otras hermanas y de su madre.

Embarazo de la madre.

Problemas de orden económico: Entradas insuficientes.

Problema de orden moral: Desmoralización de la madre por la situación anormal del hogar.

LABOR SOCIAL EFECTUADA :

I.D.U. sigue tratamiento en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Como la enfermedad del padre es incurable y no podía ser hospitalizado, se le dieron a la madre las instrucciones necesarias a fin de evitar posible contagio en el resto de la familia.

Se sometió al grupo familiar a examen médico, cuyos resultados confirmaron una lesión tuberculosa en una hermana menor de I.D.U, a la que se consiguió enviar al Preventorio San Luis, donde se encuentra actualmente.

El resto del grupo familiar estaba sano. La madre continúa yendo a control médico para su embarazo, a la Casa de Socorros de Puente Alto.

Durante el tratamiento murió el padre, Su muerte acarrea un grave problema para la madre y su familia, porque ya no podrá seguir viviendo en la casa del fundo donde trabajaba. Por este motivo, se habló con el dueño del fundo, a quien se le explica la situación de la cliente y se logra que éste autorice que continúen viviendo en el mismo lugar. Conseguido esto, se aconseja a la madre de I.D.U. que trabaje en lavados, lo que ella hace procurándose los en los alrededores. Posteriormente se le consigue un puesto dentro del Sanatorio, ya que vive cerca de él.

I.D.U. será dado de alta en breve, pero se le enviará a Preventorio. Los otros hijos de la cliente asisten regularmente a clases.

CASO N° 8

NOMBRE: G.H.P.

FICHA: N° 4.

RESEÑA DEL CASO :

G.H.P. de 10 años de edad se encuentra hospitalizada con Tbc. pulmonar . Es hija ilegítima, tiene además cinco hermanos. La situación económica es mala. El padre falleció de tuberculosis pulmonar.

SITUACION ACTUAL :

G.H.P está actualmente hospitalizada en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. La familia está compuesta por la madre y cinco hermanos, quienes no han sido sometidos a examen médico. Una de sus hermanas no está inscrita en el Registro Civil y carece de carnet de identidad. En el hogar trabajan la madre y dos hermanos mayores.

DIAGNOSTICO SOCIAL :

Problemas de orden médicos: Tbc pulmonar de G.H.P.

Posible contagio familiar.

Problemas de orden moral: Ilegitimidad.

Problema de orden jurídico: Falta de inscripción civil y de carnet de identidad de una hermana.

Falta de inscripción de la madre en la ley 4054.

LABOR SOCIAL EFECTUADA

Para la Tbc de G.H.P, está ~~tratamiento~~ en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Solamente tres

de los hermanos fueron sometidos a examen médico. Los otros y la madre no han concurrido a pesar de las reiteradas insistencias. La hermana menor de G.H.P resultó con una lesión pulmonar, y como no pudo ser hospitalizada por falta de camas, se le hizo seguir tratamiento en la casa, controlada periódicamente en el Policlínico del Hospital Calvo Mackenna, estando ya casi completamente sana.

Se efectuó la inscripción de su hermana en el R. Civil de Providencia, con lo que pudo obtener su carnet de identidad.

Queda aún pendiente el examen médico de la madre y de los hijos mayores, y la inscripción en la ley 4054 de la madre, que es lavandera.

El caso continúa atendido por la Asistente Social del Sanatorio.

CASO N° 9

NOMBRE: R.V.C.

FICHA: N° 67.

RESEÑA DEL CASO :

Hogar legalmente constituido con cinco hijos de 13, 10, 9, 6 y 3 años respectivamente. El hijo mayor, R.V.C. se encuentra enfermo de Tbc pulmonar. El grupo familiar no ha sido sometido a examen médico, Situación económica regular.

SITUACION ACTUAL :

R.V.C. se encuentra hospitalizado en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari con Tbc pulmonar. Sus padres y hermanos no tiene examen radioscópico. Las partidas de nacimiento de los dos hijos mayores figuran con el apellido de la madre solamente. El padre es obrero de la Compañía de Agua Potable y gana \$38 diarios, más la asignación familiar.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden médico: Tbc de R.V.C.

Podible contagio del resto del grupo familiar.

Problema de orden jurídico: Rectificación de partidas de nacimiento de los dos hijos mayores.

Problema de orden económico: Habitación insalubre.

LABOR SOCIAL EFECTUADA :

R.V.C. sigue tratamiento en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Se procedió a someter a examen médico al grupo familiar, de este modo se constató que las dos hermanas de R.V.C. se encuentran enfermas de Tbc. Como no se pudieron hospitalizar por falta de camas, se dejaron inscritas en el Policlínico General del Hospital Calvo Mackenna, en donde se controlan periódicamente y se les dará cama en la primera oportunidad. La Asistente Social controla la alimentación y el reposo en el hogar.

La rectificación de las partidas de nacimiento se tramitan en el Consultorio Jurídico de **Donsejo de Defensa del Niño**.

No se ha podido solucionar aún el problema de la mala habitación, por la carencia de ellas.

CASO N° 10

NOMBRE: L.O.S.

FICHA: N° 9

RESEÑA DEL CASO:

L.O.S. de 9 años de edad, enferma de Tbc pulmonar. Hija de un hogar legalmente constituido con 10 hijos de 17, 14, 11, 9 , 9, 7 , 5 , 2 años y un mes, respectivamente. Mala situación económica.

SITUACION ACTUAL :

L.O.S. se encuentra hospitalizada en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari, con Tbc pulmonar. Sus padres y hermanos no se han sometido a examen médico. El padre es el único que trabaja en el hogar. Es obrero de la Compañía de Agua Potable.

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas de orden médico: Tbc de L.O.S.

Possible contagio del grupo familiar.

Problema de orden educacional: Inasistencia a clases de dos de los hermanos.

Problema de orden económico: Entradas insuficientes.

LABOR SOCIAL EFECTUADA :

L.O.S. en tratamiento en el Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari. Después de insistir bastante, se logró someter a examen médico al grupo familiar. De este mo-

do se comprobó que un hermano de L.O.S. se encontraba contagiado de Tbc pulmonar. Para su tratamiento se le hospitalizó en el Sanatorio, aprovechando la vacante dejada por su hermano L.O.S., quien fué enviado al Preventorio San Luis, para su convalecencia.

Se aconsejó a la madre para que enviara a sus niños al colegio, haciéndole ver los perjuicios que acarrearía el dejarlos incultos. Pero, por lo avanzado de la época no fué posible matricularlos. Lo hará al iniciarse el nuevo año escolar.

La situación económica ha mejorado porque se hizo trabajar a las dos hermanas mayores como empleadas domésticas con puertas adentro.

El caso continúa atendido por el Servicio Social del Sanatorio.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- 1.- El niño enfermo de Tuberculosis debe ser atendido en instituciones especializadas como lo son los Sanatorios.
- 2.- El hogar del enfermo y la sala de los hospitales generales no pueden suplir su labor. La sala del Hospital General realiza una labor de diagnóstico y observación clínica. Pero es el Sanatorio quien debe proseguir y mantener el tratamiento iniciado allí.
- 3.- El niño se adapta rápidamente a la vida de sanatorio, cuando descubre a su alrededor cariño y comprensión.
- 4.- El personal encargado de la vigilancia del niño dentro del establecimiento, debe reunir, además de la preparación técnica, un carácter apropiado.
- 5.- La cura higiénico-dietética constituye la base del tratamiento tuberculoso. Los medicamentos y la colapsoterapia son elementos secundarios.
- 6.- La alimentación que se proporciona al niño en el hogar, en general es deficiente, por la falta de recursos económicos y además por la ausencia de conocimientos dietéticos en la dueña de casa. De ahí la importancia que debe tener la alimentación en la cura higiénico-dietética.
- 7.- Los sanatorios infantiles existentes en Chile son insuficientes para atender el gran porcentaje de enfermos que hay.
- 8.- Para aprovechar al máximo las camas sanatorias, deben seleccionarse los casos que ingresen, actuando en esta selección con un criterio médico-social, prefiriendo en casos de igual necesidad clínica de hospitalización

aquel que presente peores condiciones económicas.

9.- Puede llegar a aconsejarse la cura en el propio hogar si éste ofrece buena situación económica y armonía familiar.

10.- Debe procurarse que el niño siga en Sanatorio hasta su curación completa, y para evitar que la madre lo retire anticipadamente, hacer que firme al ingreso, un documento en que se comprometa a no retirar su niño sino cuando el médico lo estime conveniente.

11.- En la apreciación doctrinaria de los resultados obtenidos hay divergencias, pero en la práctica éstos han sido satisfactorios.

12.- Se observa generalmente que el tratamiento lleva a la curación completa cuando el médico determina el alta y no la familia.

13.- Las malas condiciones económicas y ambientales ayudan a la producción de la enfermedad tuberculosa.

14.- Que estas condiciones pueden provocar una recidiva cuando el niño regrese al hogar.

15.- Es imprescindible la actuación de la Asistente Social dentro del Sanatorio.

16.- La Asistente Social puede invadir el campo de la Enfermera Sanitaria cuando esta funcionaria no exista dentro de la institución.

17.- Para llegar a un resultado positivo, el tratamiento médico debe ir unido al tratamiento social.

18.- Para adquirir datos sobre la vida del enfermo de un sanatorio infantil, deben efectuarse las visitas domiciliarias correspondientes.

- 19.- La Encuesta Social sirve al médico para informarle sobre el ambiente familiar del enfermo.
- 20.- El pesquisaje de los contactos intrafamiliares, es una labor de vital importancia en un sanatorio para niños tuberculosos.
- 21.- Debe procurarse al hospitalizado, entretenimientos e instrucción. Los medios para conseguir este objeto, son la Escuela y la Biblioteca y la organización de juegos apropiados.
- 22.- La Escuela del Sanatorio no puede ser igual a la de niños normales, debido a la calidad especial de su estudiantado. El horario y la modalidad de ella, lo creará la profesora de acuerdo con el médico.
- 23.- La Biblioteca debe tener por fin instruir y entretener a los enfermos.

UNIVERSIDAD DE CHILE
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

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

- Jorge Peña Cereceda - "Revista de Asistencia Social"
Enero-30-X-1941.Stgo.Chile.
- Fernando Cruz T. - "Revista de Servicio Social".
N° 1 y 2. I.U.1936.Stgo.Chile.
- Marta Fuenzalida - "Peligro de contagio familiar por
Tbc en familias de la comuna de
San Miguel en relación con sus
condiciones económico-sociales"
Tesis, 1942.Stgo.Chile.
- Dr.David Wallgren - "Tratado de Tbc infantil"
Ed. El Ateneo.B.Aires,1946.
- Dr.Osorio - "Revista Chilena de Pediatría".
1933.Hospital Roberto del Río.
- B.Marcel Kariong - "Revista de Tbc".
Ed. Ciudad Militar Habana,
Cuba. 1938.
- Dr.Arturo Osorio - "Revista Chilena de Pediatría".
1934.
- Dr.Richard Cabot - "Le Service Social a l'hospital
Conférence Internationale de
S.S. 1928.
- Dr.Salvador Allende - "La Realidad Médico-Social Chi-
lena". Imp. Lathropp.1939.
- Edith Genter - " Lucha Antituberculosa y Ser-
vicio Social".
Tesis, 1942. Santiago.
- Dr.Germinal Rodríguez - "Medicina Social".
Ed.Americana.1933.

B. Kathleen Jones)- Hospital Libraries.
Ed. American Library. Chicago.
Illinois, 1939.

I N D I C E

INTRODUCCION	Pág. 1
CAPITULO I. CURA SANATORIAL	8
a) instituciones sanatoria- les para niños tuberculosos.	19.
b) criterio con que se actúa para hospitalización en Sana- torio.	24.
c) eficacia de la cura sanatorial estadística de los resultados obtenidos.	29
CAPITULO II CONDICIONES AMBIENTALES Y SITUA- CION ECONOMICA, FAMILIAR DE LOS NIÑOS INGRESADOS AL SANATORIO JOSEFINA MARTINEZ DE FERRARI.	33
CAPITULO III COOPERACION DEL SERVICIO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO MEDICO.	41
1) importancia de la Encuesta Social como medio de investi- gación en el tratamiento médico	44
2) pesquisa de los contactos in- trafamiliares en los casos estu- diados.	46
CAPITULO IV TRATAMIENTO SOCIAL A DESARRO- LLAR.	50
a) la escuela	51
b) la biblioteca	53

CAPITULO V EXPOSICION DE CASOS	Pág. 55.
CAPITULO VI CONCLUSIONES	77.
BILIOGRAFIA	80
INDICE	82.
