

Atención social de niños politraumatizados por accidentes de tránsito en el Hospital Nacional de Niños

Esteban Granados Fonseca¹

Rodrigo Ovares Sanabria²

Resumen

Este artículo describe el modelo de atención que se aplica a los niños politraumatizados por accidentes de tránsito, en la Unidad de Trauma del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. Este modelo propicia que la participación del profesional en Trabajo Social contribuya a desarrollar la intervención de forma integral, desde el momento en que un niño ingresa a la sala de emergencia hasta su reinserción en el hogar. Para la descripción de esta experiencia, se efectuó un proceso de sistematización que permitió reconstruirla desde un enfoque cualitativo, aplicando la técnica del análisis de caso. La atención social desarrollada se ha organizado en cuatro fases cuya finalidad es ofrecer al niño víctima de un accidente de tránsito y a su familia, una intervención que garantice no solo su evolución clínica, sino el cumplimiento de sus derechos fundamentales y el mejoramiento de su calidad de vida después de haber sufrido un evento traumático. Esta práctica ha permitido realizar una caracterización de la población atendida durante los últimos cinco años donde se vislumbra una correlación importante entre el nivel de pobreza y la incidencia de los accidentes de tránsito, aspecto que complejiza aún más la intervención social. Asimismo, ha sido posible implementar una práctica profesional holística e interdisciplinaria que brinda asistencia profesional al niño y a su familia, en su domicilio y escuela mediante un proceso de reinserción educativa.

Descriptor: politraumas, Hospital Nacional de Niños, intervención social, accidentes de tránsito, Trabajo social y trauma, negligencia.

Recibido 27-10-2020

Aceptado 19-5-2021

Trabajador Social, Unidad de Trauma, Hospital Nacional de Niños de Costa Rica

Trabajador Social, consultor en investigación social

Social Care for Children Who Have Been Politically Traumatized by Traffic Accidents at the National Children's Hospital

Esteban Granados Fonseca¹

Rodrigo Ovares Sanabria²

SUMMARY

This article describes the care model for politically traumatized children due to traffic accidents implemented by the Trauma Unit of the National Children's Hospital of Costa Rica. This model fosters participation by a professional in social work to contribute so the care is provided comprehensively from the moment when the child enters the emergency room until the child is returned to his or her home. To describe this experience, a systemization process was carried out that made it possible to rebuild the experience of approach from a qualitative focus, applying the case analysis technique. The social work that took place has been organized into four phases to offer the child victim of a traffic accident and his or her family intervention that guarantees not just clinical evolution but compliance with their fundamental rights and improvements in their quality of life after experiencing a traumatic event. This practice has made it possible to characterize the population receiving care during the last five years, where a major correlation between the poverty level and the incidence of traffic accidents was glimpsed. This issue makes social intervention even more complex. Likewise, it has been possible to implement a professional holistic and interdisciplinary practice that provides professional support to the child and his or her family at home and at school through an educational reinsertion process.

Descriptors: polytrauma, National Children's Hospital, social intervention, traffic accidents, social work and trauma, negligence.

Received: 11. 27. 2020

Accepted: 19,5,2021

¹Social Work, Trauma Unit, the National Children's Hospital of Costa Rica

²Social Worker, Social Research Consultant

Introducción

En este artículo se caracteriza y sistematiza el servicio brindado por la Unidad del Trauma del Hospital Nacional de Niños (HNN) Dr. Carlos Sáenz Herrera, ubicado en San José, Costa Rica, ente que forma parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), institución pública autónoma encargada de la prestación de los servicios de salud del país.

Durante los últimos veinte años, la Unidad de Trauma ha desarrollado diferentes estrategias para la atención integral de las personas menores de edad (PME) que sufren las secuelas graves e impredecibles de lesiones traumáticas originadas por diferentes causas, particularmente las relacionadas con vehículos automotores, ya sea como peatones o como acompañantes dentro de un vehículo.

De acuerdo con las estadísticas del HNN, los accidentes de tránsito constituyen uno de los principales problemas que afectan a la niñez costarricense, pues no solo provocan diversas lesiones y afectaciones en esta población, sino que, incluso, pueden ocasionar la muerte. Algunos de estos accidentes se asocian al descuido de las personas cuidadoras, porque los niños, por su vulnerabilidad y dependencia, están expuestos a las afectaciones que este tipo de situaciones causan en su salud física y emocional.

Por ende, se conciben como una manifestación de la violencia social que debe ser visualizada como un problema de salud pública que tiene consecuencias para los sistemas de salud, la sociedad en general y la calidad de vida de las personas menores de edad (Organización Mundial de la Salud, 2020). Lograr un proceso de atención integral para esta población, desde el punto de vista médico, psicosocial, educativo, familiar y comunitario, ha sido parte del quehacer profesional que hoy se desea socializar.

Este artículo recupera la experiencia desarrollada por el servicio de Trabajo Social en la atención de los pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito, por lo que presenta una descripción detallada y una reflexión crítica sobre la intervención profesional en este espacio laboral.

Se procura sistematizar un modelo de intervención pionero que pueda replicarse en otras experiencias del Trabajo Social y en otras disciplinas. Su carácter innovador radica en que la participación del profesional inicia desde el momento en que se comunica el accidente de tránsito al personal de la Unidad de Trauma, y culmina con el proceso de reinserción social de la persona en su medio familiar y comunitario.

Además, aún no se ha logrado constatar, mediante consulta bibliográfica a otros profesionales de diversos países, o en la participación en actividades internacionales como el Foro de Seguridad Vial Infanto-Juvenil (Fisevi)³, que existan experiencias interdisciplinarias similares en Latinoamérica. En los campos clínico, médico o de enfermería, los enfoques se han dado desde una sola disciplina sin que se observe el caso de manera integral o multidisciplinaria. Como ejemplo, se encuentran los trabajos de Erazo, Vargas, Rodríguez y Hernández (2018), Wilches, Barbosa, Flórez, Cogollos y Fló-

rez (2015), quienes elaboran una caracterización del trauma atendido en hospitales infantiles de Cuba y Colombia respectivamente.

Para la descripción de esta experiencia, se efectuó un proceso de sistematización basado en la propuesta metodológica de Jara (2018) que inicia con el planteamiento de preguntas, seguido de la definición del objeto y los ejes de análisis; posteriormente, se reconstruye la experiencia por medio de un análisis y síntesis críticos, para establecer, finalmente, los puntos de llegada y los aprendizajes obtenidos. Por tratarse de un proceso de sistematización, se partió de un enfoque cualitativo para diagnosticar la práctica profesional del Trabajo Social en ese espacio laboral, y se aplicó la técnica del análisis de caso.

Entre las técnicas utilizadas para obtener la información están las entrevistas semiestructuradas, la revisión bibliográfica y del sistema de información del servicio de Trabajo Social del HNN (formato Access), con análisis en Excel y luego *EPI Info 7.0*. Para el análisis de la información, se sigue la propuesta de reflexión crítica sobre la experiencia, tal y como lo sugiere el modelo de sistematización indicado.

1. El trauma y las buenas prácticas en la atención integral

Las lesiones de tránsito en los niños tienen un denominador común: son altamente prevenibles y, en algunos casos, están relacionadas con la negligencia, ya sea de los conductores o de las personas cuidadoras (Organización Mundial de la Salud, 2020), actitud que deriva en una cultura de descuido y exposición a riesgos. Para estos efectos, se entiende por negligencia: “Los actos de omisión que exponen a la persona menor de edad a situaciones de riesgo a su vida; su seguridad física y su desarrollo integral, por ende, el cumplimiento de sus derechos” (Unicef, 2017, p. 9).

En relación con los accidentes de tránsito, el descuido de las personas menores de edad está asociado con: la irresponsabilidad o confianza excesiva de los conductores, la ausencia de una cultura de prevención, la desinformación en torno a la legislación de tránsito, entre otros. Sin embargo, también influyen factores ambientales (vehículo, conductor, condiciones climáticas, estado de las carreteras) y culturales. Además, hay que considerar que las características y tamaños de los niños inciden en el impacto de las secuelas que pueden sufrir.

Según la Unicef (2017), tanto el HNN como el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), institución rectora de atención a la niñez en Costa Rica, han logrado documentar en los últimos años que la negligencia es la principal forma de violencia que afecta a la niñez costarricense. Solamente en el servicio de Trabajo Social del HNN, el 40 % de las intervenciones sociales están vinculadas con este tipo de violencia, generada por las afectaciones del tránsito vehicular.

En relación con los eventos de tránsito, la negligencia se observa durante la intervención social en el HNN en situaciones como las colisiones, choques frontales por falsos adelantamientos y alta

velocidad, falta de uso o uso inadecuado de dispositivos de seguridad (sillas o cascos), vehículos en retroceso, traslados en motocicletas y bicicletas, caídas, colisiones, consumo de licor u otras sustancias y atropellos a los niños como peatones en vía pública.

Un accidente de tránsito, por las causas que sean, provoca traumas físicos y psicológicos. El trauma físico se define “... como una lesión o herida estructural y/o fisiológica, secundaria a una exposición aguda a energía mecánica, térmica, química o eléctrica en pacientes pediátricos” (Wilches et al., 2015, p. 53).

Al respecto, López (2014) señala que “... los accidentes de tráfico provocan 260 mil fallecimientos de menores anualmente en el mundo y producen lesiones a unos 10 millones más, siendo una de las primeras causas de discapacidad en los niños” (p.9). A partir de la situación que se ha presentado en el país durante los últimos años, Sánchez, Agüero y Pujol (2015) indican: “... los choques viales son la principal causa de muerte en Costa Rica para personas entre 0 y 45 años”. No obstante, López (2014) recalca que en los casos en que el niño no fallece como consecuencia del trauma, esta puede convertirse en una importante causa de discapacidad y afectaciones en la persona que lo sufre y en su familia. Agrega, además, que los accidentes de tránsito constituyen motivos importantes de lesiones graves en niños, principalmente en edades comprendidas entre los 4 a 10 años y en adolescentes (p.26).

Dos o más lesiones traumáticas, se consideran politraumas, definido por Torre y Villanueva, (2006) como “La presencia de dos o más lesiones traumáticas, o de una si pone en peligro la supervivencia del niño o existe riesgo de secuelas graves. Habitualmente se trata de un trauma craneal de gravedad variable asociado a lesiones graves en otras secciones corporales (p.2). Estos accidentes, por el impacto y el tipo de lesiones que conllevan, pueden ser causa de una discapacidad que se define de acuerdo con la legislación costarricense, como una: (...) condición que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y las barreras debidas a la actitud y el entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Costa Rica, Leyes, 1996, p. 2).

Una persona menor de edad, víctima de un accidente de tránsito, podrá presentar diversas discapacidades; por ejemplo, la pérdida de una extremidad, de tipo sensorial, de movilidad o cognitiva, afectaciones en el ámbito emocional, por lo que debe considerarse el trauma psicológico, pues: “Las víctimas de sucesos traumáticos pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos. El trauma puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona” (Echeburúa y Corral, 2007, p.373). Según los autores “El alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, el carácter inesperado del acontecimiento y el daño físico o grado de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima” (p. 375).

Por lo anterior, un niño que haya sufrido un politrauma por accidentes de tránsito, requiere de una atención no solo clínica, sino integral, holística e interdisciplinaria. Para el Dr. Marco Vargas, Jefe de la Unidad de Trauma del Hospital Nacional de Niños:

[Una] de las mayores fortalezas que tenemos actualmente es que podemos ofrecer una atención holística a los pacientes donde existe una gran diversidad de atención, no solo desde la parte clínica, sino también lo que tiene que ver con aspectos, nutricionales, de familia, de seguimiento, de que no es solo un paciente que se recibe en emergencias y se pasa a otro salón, sino que se le atiende bajo todos los esquemas de atención. Trabajo Social en la Unidad de Trauma del HNN, 26 de setiembre 2020 (Comunicación personal).

Ante situaciones traumáticas y complejas como las provocadas por el tránsito vehicular, la intervención profesional de Trabajo Social debe brindar contención emocional al niño y a sus familiares desde el momento mismo en que ingresan al centro hospitalario, de acuerdo con los primeros auxilios psicológicos, que consisten en:

(...) una intervención breve (minutos-horas), cuyo primer objetivo es la contención y también, proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con los posibles recursos de ayuda. Se puede realizar en cualquier lugar (domicilio, Centro de Salud, albergue, calle, hospital, etc.) y por cualquier agente de ayuda (padres, maestros, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.). Este 1º nivel de ayuda se puede concretizar desde un apoyo farmacológico a una “escucha activa” (Rocamora, 2013, p. 24).

Como lo menciona el autor, en estas situaciones confluyen una serie de elementos diversos que deben permitirle a la persona una estabilización subjetiva, y una vinculación con recursos de apoyo en situaciones críticas. No se trata de una intervención psicológica profunda, sino de una que esté centrada en el “aquí y el ahora”, que genere confianza y estabilidad, así como el despliegue de redes de apoyo que permitan a las personas afrontar la situación de crisis que han vivido.

Finalmente, el trabajo interdisciplinario se propone lograr que el niño que haya vivido una experiencia traumática se reinserte en su entorno social, familiar y educativo. Tal como lo aseguran Bermúdez y González (2019), esto consiste en “Volver a formar parte de un conjunto, grupo o comunidad que, por algún motivo, se había abandonado o bien había quedado marginado”. Con la reinserción se busca facilitar el regreso de la PME a la cotidianidad de la vida familiar y a su contexto comunitario y educativo.

2. Incidencia de los accidentes de tránsito en las personas menores de edad, una aproximación a la realidad costarricense

Ortiz Cortés (2007) apunta que “... la violencia en el tránsito es una especie de emergente, de punta de “iceberg”, síntoma o indicador de qué tan violenta se encuentra una sociedad” (p. 68). En otras palabras, en los accidentes de tránsito se conjugan una serie de formas de violencia social asociadas a los roles de género, la exclusión social o la negligencia.

La Organización Mundial de la Salud (2019), ha señalado que las personas menores de edad inte-

gran una de las poblaciones más vulnerables ante este tipo de violencia social; diariamente fallecen en el mundo más de 500 niños por día y estos sucesos figuran entre las cuatro principales causas de defunción en niños mayores de cinco años, “Los niños corren riesgos de sufrir traumatismos en accidentes de tránsito por diversos motivos. Los niños pequeños están limitados por su desarrollo físico, cognitivo y social, y por ello son más vulnerables a los accidentes de tránsito que los adultos” (párr. 1).

Costa Rica no es la excepción a lo indicado, según el Consejo de Seguridad Vial «Cosevi» (2020, pp. 50-51), la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito de fallecidos en escena ha sido superior a nueve personas por cada 100 000 habitantes durante el período 2016-2018. Según esta misma fuente, en relación con las personas menores de edad se da un promedio de nueve defunciones por año. La edad de mayor fallecimiento se encuentra en niños de 5 y 9 años, seguidos de los de 10 a 14 y, en menor medida, los de 0 a 4 años; con una tasa anual promedio de 2.02 niños por cada 100 000 en esta misma edad.

Para la atención de esta problemática, en la política pública del Estado costarricense relativa a la salud ha sido crucial el reconocimiento del derecho a la atención en salud de la población. Para ello, en 1941 se crea la CCSS y se establece la universalización del seguro de salud en la década de 1970 (Garnier, 2005, Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J., 2011). Además, se crean diferentes centros médicos especializados, entre los que se incluye el HNN.

El Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera fue creado en 1964 y es el único centro médico especializado en la atención de la población pediátrica costarricense que pertenece a la Caja Costarricense del Seguro Social (2020). La Unidad de Trauma, como parte de la estructura de atención de ese hospital, surge en el año 2000 como una respuesta a la necesidad de ofrecer una atención integral a los pacientes atendidos por diferentes traumas, entre ellos, las lesiones causadas por el tránsito vehicular.

Esta unidad está conformada por un equipo interdisciplinario de profesionales encargados de la atención directa de estos pacientes: cirujano pediatra especialista en trauma, cirujanos pediatras, pediatra emergencióloga, trabajador social, así como el siguiente personal de apoyo: nutrición, psicología y terapia del lenguaje. Cuenta, además, con una estrategia de traslado de los pacientes en condición crítica desde cualquier punto del país, para lo cual se trabaja en coordinación con los distintos cuerpos de socorro – Benemérito Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja, Fuerza Pública (policía), Policía de Tránsito y Servicio de Vigilancia Aérea.

Para efectos del período en estudio, debe señalarse que, en los últimos cinco años, 1684 PME fueron atendidas en el HNN por circunstancias relacionadas con el tránsito vehicular, de ellas 474 fueron hospitalizadas y 292 casos se atendieron en el servicio de Trabajo Social. La población atendida en Trabajo Social, presenta las siguientes características sociodemográficas:

Tabla 1

Indicadores sociodemográficos de la población atendida en el servicio de Trabajo Social del HNN por accidentes de tránsito durante el periodo 2015-2019

- 185 (63 %) niños son de sexo masculino (cerca de dos por cada niña).
- 267 (94 %) son costarricenses, seguidos de un 5 % de nicaragüenses y, el resto, de otras nacionalidades.
- Por edad, la atención ha sido prioritaria en niños y niñas con edades que oscilan entre 1 y 5 años, con 122 (43 %) y una media de seis años. Además, 219 (el 75 %), se ubica en el rango de 10 o menos años.
- 125 (43 %) cursaba primaria en el momento en que ocurrió el suceso. Mientras que 102 (35 %) son niños que, por su edad, no asisten a ningún centro educativo. El resto ya completó la primaria.
- 119 (41 %) familias, viven en la provincia de San José, seguidos de Alajuela con 50 (el 17 %). Posteriormente Limón y Puntarenas con un 14 % cada una y Guanacaste con el 6 %. Es decir, entre las provincias fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM), hay 99 (34 %) familias atendidas.
- En el caso de 137 (47 %) de las familias son nucleares, conformadas por padre, madre e hijos, pero un importante 53 % son configuraciones familiares no tradicionales, dentro de las que destacan las 65 (22 %) familias monoparentales que, en su gran mayoría, son mujeres jefas de hogar y 36 (12 %) familias son extensas.
- 134 (46 %) familias habitan en viviendas propias, lo cual significa que el restante 54 % vive, ya sea alquilando, en asentamientos informales o en casas prestadas.
- El ingreso familiar mensual promedio de las familias atendidas es de ₡300.000, monto que, dividido entre el número promedio de miembros que integran el grupo familiar (4.6 integrantes), señala un ingreso per cápita mensual promedio de ₡62 217*, que los ubica como familias bajo la línea de pobreza muy cercanas a la línea de pobreza extrema. Lo anterior evidencia que son familias con limitaciones importantes para satisfacer sus necesidades básicas.

Fuente: Elaboración de los autores con base en Granados, 2019.

*\$102 al tipo de cambio oficial del 24/2/2021

De acuerdo con los datos de la tabla 1, se puede deducir que los politraumas de tránsito tienen mayor incidencia en la población masculina con edades entre 1 y 5 años, provenientes, principalmente, de la provincia de San José. Sus familias no son tradicionales en la mayor parte de los casos, de tamaño relativamente pequeño y viven en condiciones de vulnerabilidad económica, pues no solo presentan limitaciones importantes para el acceso a los recursos, sino una alta dependencia de los servicios estatales. Además, carecen de vivienda propia y de condiciones habitacionales adecuadas, aspecto que representa un obstáculo en el proceso de recuperación de la PME, pues, en general, en la mayoría de los casos se identifican características cercanas a la pobreza o la pobreza extrema.

3. Proceso de atención social del niño politraumatizado en el Hospital Nacional de Niños

A lo largo de los últimos veinte años, la Unidad de Trauma ha consolidado una estrategia de atención que apunta a una intervención integral e interdisciplinaria, que incluye a múltiples profesionales e instancias institucionales y, en la que se destaca la importancia del trabajo en equipo para el diagnóstico, la atención, la rehabilitación e inserción posterior de la persona menor de edad, en sus contextos familiar, escolar y comunal. Se trata de un esfuerzo por superar las especialidades y el paradigma biomédico, que reduce la salud a la dimensión estrictamente clínica y relega a un segundo plano sus determinantes sociales y ambientales. En sentido contrario, el accionar de la unidad conlleva una articulación de diferentes disciplinas, del campo médico y psicosocial, así como un involucramiento de otros actores externos.

En este contexto, la intervención de Trabajo Social con los pacientes politraumatizados por eventos de tránsito, se ha dividido en cuatro fases, que se detallan a continuación.

Fase 1

Ingreso de la PME al HNN: Información y contención

Cuando se escucha en los altoparlantes del HNN *Código Dorado*, *Código Dorado*, los profesionales saben que una persona menor de edad politraumatizada ha ingresado. De inmediato, empieza la labor de verificación de datos y obtención de información primaria sobre el niño o niña, la indagación sobre las causas y forma de la lesión (el mecanismo) y sobre su familia. Esa labor es realizada por profesionales de distintas especialidades; no obstante, toda la información relativa a la familia es parte del quehacer profesional del trabajador social.

Esta primera etapa implica, también, la atención de situaciones muy lamentables como la comunicación con la familia para informarle sobre el fallecimiento del menor, tarea que se realiza en conjunto con los especialistas médicos. En el caso de quienes sobreviven -que son la mayoría- ellos y sus familias deberán lidiar con una nueva condición de vida, marcada por las secuelas de las lesiones, tanto físicas como emocionales.

Mientras la PME ingresa a la sala de *shock* para la atención de sus lesiones, el o la trabajadora social se encarga de los primeros auxilios psicológicos a la familia, mediante un espacio de contención, de información, orientación y escucha, para lo cual traslada a los familiares a una sala privada donde desarrolla el abordaje social.

La intervención profesional inicial implica una comunicación con la familia que permite escuchar sus voces, la historia de lo sucedido e informar, en un primer momento, sobre el estado de salud de su hijo. En este espacio se procura identificar las necesidades inmediatas de la familia (alimentación, alojamiento, comunicación con otros familiares, etc.) y obtener información sobre la forma en que ocurrió el suceso, conocido en el ámbito hospitalario, como el mecanismo de la lesión, en este

momento se le solicita al familiar de la PME que describa los hechos de acuerdo con su perspectiva. Sobre este proceso una madre expresó:

Sí, le digo que Trabajo Social estuvo desde que él llegó al hospital hasta el último día de ese proceso... Él me abordó desde el primer día y me entrevistó, no sé cómo dio conmigo..., yo fui la primera en llegar al Hospital de Niños, casi al frente mío me dijo “¿usted es familiar de X?” y yo le dije que sí, entonces me entrevistó y me pidió los datos y bueno, todo el proceso que ellos llevan.

Sumado a lo anterior, se obtiene información que pueda ser crucial para el personal clínico que interviene al niño: tipo de impacto, momento y lugar en que ocurrió el accidente, si viajaba con dispositivos de seguridad o no, entre otros pormenores. Además, se habla con la familia sobre el estado general del niño; por ejemplo, se le indica si este se trasladará a otra sala, los procedimientos que se realizarán y otros detalles basados en la información brindada por el personal médico. En este proceso, el personal de Trabajo Social constituye un canal de comunicación entre la familia y la sala de *shock*, pues traslada información trascendental para ambas partes y, particularmente, atiende las necesidades emocionales y de información primaria de la familia.

En segunda instancia, el profesional debe preparar a la familia para la primera sesión informativa con el médico tratante, donde se dará a conocer la condición clínica según el primer diagnóstico. En esta fase el trabajador social desempeña un rol de mediador entre la información que se brinda y la que se recibe, con el fin de aclarar dudas y responder las interrogantes de la familia.

El abordaje que brinda Trabajo Social en esta etapa está centrado en la familia, en la escucha, en ofrecerle un espacio para la expresión de sus sentimientos y brindarle información preliminar; además, se pone a su disposición un espacio físico donde puedan sentirse seguros y apoyados en esos momentos de dolor que se combinan, generalmente, con sentimientos de angustia, desesperación y culpa. Estas emociones van a estar determinadas por el tipo de lesión que padece el niño y los riesgos que se prevén en la sobrevivencia.

Cuando el familiar no está presente, la labor se centra en identificar y contactar de forma inmediata algún recurso familiar; con ese propósito se revisan datos en el expediente digital único de salud (EDUS), se contactan diferentes fuentes hasta lograr un primer contacto con la familia. Cuando el niño es trasladado por aire o tierra y el padre o madre no pueden acompañarlo, se trata de establecer un primer contacto vía telefónica y ofrecer información inicial sobre el estado de salud del niño, obtener referencias sobre la familia, el mecanismo de lesión y la forma de su traslado al HNN.

Esta primera fase concluye de acuerdo con el criterio clínico que defina el pronóstico inicial del niño, ya sea que se hospitalice, se ingrese a sala de operaciones o se traslade a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), lo cual también se le informa al familiar presente.

Fase 2

Acompañamiento y seguimiento durante la hospitalización

En la segunda fase se dispone de información más clara acerca de la condición de salud del niño. En los politraumas, las primeras 72 horas siempre son cruciales para definir la condición de sobrevivida y el tipo de intervención, tanto clínica como social, que desarrollará el equipo de la Unidad de Trauma.

Después del ingreso del niño al HNN, en las siguientes 48 horas, se realiza una sesión con los familiares con la finalidad de ampliar información sobre la condición clínica del niño, aclarar las dudas existentes y explicar posibles escenarios. Esta sesión es realizada de manera interdisciplinaria, con el resto del equipo de profesionales de la Unidad de Trauma, y su finalidad es ofrecer un espacio lo más cálido posible y de confianza para orientar a la familia sobre los posibles escenarios de trabajo, pronósticos clínicos, probables secuelas, afectaciones físicas y otros.

Trabajo Social, se encarga de convocar a los padres, coordinar el desarrollo de la reunión y generar un espacio de empatía y adecuada comunicación entre los familiares y el personal clínico. Tal y como lo describe una madre: “Recuerdo varios momentos, dentro de ellos, una reunión a la que nos convocaron con el equipo de trauma (...), no sé qué nivel de gravedad tenía mi hija, pero uno está como en una nebulosa (...) el aporte de trabajo social ese día, en cuanto a la indagación (...) fue fundamental”.

Otro aspecto que se amplía es la verificación del mecanismo de lesión, cuestión que ya había sido indagado preliminarmente, pero que se retoma según los siguientes criterios definidos como parte de la práctica profesional:

- Edad del niño versus vehículo en que viajaba
- Congruencia entre las lesiones y el mecanismo descrito. Verificar versiones distintas, información falsa o contradictoria
- Descripción inicial de cuerpos de emergencia (Cruz Roja, Bomberos) o versiones de otros testigos directos del evento
- Consumo de alcohol o drogas por parte del conductor
- Presencia o ausencia de dispositivos de seguridad (si el niño salió expelido, lesiones que presenta), si la PME fue movilizada de la escena.
- Anotaciones en la boleta del parte de tránsito o ausencia de ella, así como la vigencia de la licen-

cia de conducir

- Cantidad de personas que viajaban en el vehículo: auto, bus o motocicleta

Por tratarse de sucesos en los que se expone, a la PME, a riesgo de lesiones que por lo general ocurren en vía pública, el *Código de la Niñez y la Adolescencia*, establece la obligatoriedad de interponer una denuncia, para que sea en la sede judicial donde se determinen las acciones correspondientes, tarea que recae en el área de Trabajo Social. Cuando se identifiquen indicios que evidencien posibles indicadores de negligencia, se deberá confrontar a los familiares. De igual manera, si la responsabilidad recae en un tercero, debe explicarse a la familia la obligación de interponer una denuncia ante la instancia judicial correspondiente.

Entre los factores de riesgo y de negligencia asociados al suceso de tránsito donde la PME resulta lesionada que determinan la interposición de una denuncia se encuentran: alta velocidad o rebases en forma indebida, carencia de dispositivos de seguridad, niños menores de cinco años trasladados en motocicletas (prohibido según artículo 117, inciso d, de la *Ley de Tránsito 9078*), conductores bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, conductores sin licencia de conducir o niños afectados como peatones, entre otros.

Esta fase implica un trabajo de atención y seguimiento a la familia en lo relacionado con la expresión de sentimientos, temores y dudas que puedan surgir durante la hospitalización de la PME, así como de los procesos en el ámbito judicial o de traslado al PANI. En caso de que el paciente sea oriundo de una zona fuera del GAM, se indagan los recursos familiares de apoyo cercano para determinar si la familia necesita albergue, alimentación u otros recursos. Para ofrecer estos servicios, el hospital ha establecido diferentes convenios con organizaciones y fundaciones que brindan apoyo a los familiares de niños hospitalizados.

Durante la hospitalización, el profesional en Trabajo Social deberá identificar la forma en que la familia maneja la situación del trauma y sus implicaciones para colaborar en el proceso de tratamiento y rehabilitación del menor. Sobre este particular una de las madres señala: “El trabajador social me decía que era parte del proceso de un niño que pasó de un estado normal a verse de un momento a otro inmovilizado del cuello hasta los pies en una cama, entonces esa parte de hacernos entender...nos ayudaron a comprenderla...”.

Es importante señalar que, a lo largo de los años, se ha evidenciado que generalmente es la madre la que se responsabiliza de atender y cuidar al niño durante el periodo de hospitalización. También en estos casos, las mujeres asumen, según los roles tradicionales de género, el cuidado y responsabilidad de estar cerca de su hijo durante ese periodo con apoyos ocasionales o temporales del padre de familia o de otros familiares. En el caso de los padres, su presencia se da principalmente durante los fines de semana y los primeros días posteriores al ingreso del niño al centro médico.

En esta fase del proceso, el o la trabajadora social deberá definir un plan de intervención social que debe incluir: sesiones familiares de seguimiento, ampliación de información con otras fuentes, interposición de denuncia, pertinencia del trabajo de campo, sesiones conjuntas con otros profesionales, referencia al PANI u otras instituciones. Como parte de este plan de intervención se deben identificar los factores de vulnerabilidad y de protección que garanticen el respeto de los derechos de las PME, la igualdad de género y la no exclusión, sus decisiones, la continuidad de su proceso educativo y apoyo emocional.

A partir de este plan se debe definir el riesgo social que se presenta, ya sea bajo (trabajo educativo y preventivo), mediano (requiere de un mayor acompañamiento) o alto (reubicación o definición de egreso por PANI). Una vez definido el plan de intervención y de acuerdo con la evolución clínica del menor en conjunto con el equipo tratante, se procede con el siguiente momento de la intervención: la preparación para la tercera fase del proceso.

Fase 3: Reorganización familiar para el egreso

El regreso de la PME a su hogar o su reubicación temporal en otra alternativa (albergue o casa de un familiar) dependerá de tres aspectos fundamentales: las condiciones de la vivienda (físicas, higiénicas y de accesibilidad), la distancia del lugar de residencia y, fundamentalmente, los requerimientos clínicos del paciente en cuanto a rehabilitación y continuidad de la atención. Si el menor requiere de equipo tecnológico como traqueotomía, gastrostomía, bomba de infusión u oxígeno, Trabajo Social debe elaborar un informe social para que las autoridades hospitalarias aprueben internamente el préstamo del equipo que se requiere.

Cuando se realiza el trabajo de campo para evaluar la adecuación de las condiciones habitacionales, el trabajador social contempla la accesibilidad en el interior de la vivienda, hace recomendaciones respecto de la reubicación de espacios o modificaciones necesarias dentro del inmueble habitacional, y señala los requerimientos de equipo de apoyo tecnológico (oxígeno, bomba de infusión, traqueotomía, entre otros). Las visitas al domicilio son realizadas por el profesional de Trabajo Social a cualquier zona o región del país, según se requiera.

Sobre este particular la madre de una paciente expresa lo siguiente: “La casa no tenía [piso de] cerámica y el cuarto no estaba acondicionado para recibir a la niña, por lo que se buscó apoyo para resolver esta situación y él nos ayudó con las coordinaciones y organización de la familia, al final lo logramos hacer y la chiquita está en la casa con nosotros”. Antes del egreso de la PME y de su traslado al domicilio, según criterio del profesional, se realizará una nueva visita para verificar el cumplimiento de las indicaciones que se dieron en torno de las modificaciones que requería la vivienda.

Las indagaciones trascienden las cuestiones estructurales de la vivienda, pues también se refieren al mecanismo de lesión, se analizan las relaciones intrafamiliares, y se valoran las implicaciones que la situación tiene para la familia en caso de necesitarse una reubicación temporal del niño. Otra

tarea del trabajo de campo es promover redes de apoyo para la familia, ya sea en el ámbito educativo o comunal. Se incluyen en esta etapa coordinaciones presenciales con instituciones nacionales, municipales o comunales.

Después de desarrollar las etapas anteriores se realiza una nueva sesión con la familia para definir el plan de egreso del paciente, para lograrlo el trabajador social debe de evaluar las condiciones y la preparación de la familia y de la PME para cumplir con este propósito. Es importante mencionar que las decisiones que se tomen respecto del plan de tratamiento y egreso del menor son colegiadas, y las analiza el personal del equipo con la finalidad de evaluar el mejor escenario para la evolución de la PME.

Ningún menor egresa sin contar con el visto bueno de Trabajo Social, según lo definido en el plan de intervención social, tal y como lo refiere German Guerrero, cirujano pediatra de la Unidad de Trauma: “El contar con Trabajo Social nos permite interactuar, tomar decisiones más acertadas tomando en cuenta diferentes puntos de vista de los profesionales que la componen...” (Setiembre, 2020, cuestionario auto administrado).

En algunos casos, con la finalidad de garantizar la adherencia al tratamiento se ponen de acuerdo el profesional en Trabajo Social y los demás especialistas tratantes, autorizan el egreso, y redactan un acta de acuerdos que debe ser firmada por los padres antes de que se autorice la salida y el traslado al domicilio de la PME. Estas actas son parte del proceso de tratamiento social, contienen indicaciones clínicas y de protección con el fin de garantizar la integridad y seguridad de la PME. En caso de incumplimiento, establecen la ruta a seguir que, en la mayoría de las situaciones, implica el traslado del caso al PANI y, en otros, el reingreso del niño al ámbito hospitalario.

Además de haber firmado el acuerdo y de haber cumplido el plan de intervención social, se valora la condición de salud del menor con el propósito de autorizar su egreso. De esta manera se inicia el último momento de la intervención profesional.

Fase 4: Reinserción y seguimiento

La cuarta y última fase del proceso inicia cuando la PME es trasladada a su domicilio. Durante las primeras 48 horas, Trabajo Social establece un contacto telefónico con la familia para verificar la adaptación al hogar y preguntar sobre las limitaciones, las dudas que se hayan presentado y el estado de salud del menor. Además, se indaga sobre la forma en que el resto de integrantes de la familia lo han recibido.

En el caso de menores con lesiones cognitivas o físicas evidentes que impliquen la pérdida de algún miembro superior o inferior que impidan su movilización o evidencien alteraciones en su identidad física, la recomendación es que no se integren al centro educativo hasta tanto no se lleve a cabo un proceso de sensibilización con los docentes y compañeros; esta recomendación se les hace a los familiares antes del egreso de la PME.

Cuando un menor egresa del hospital, se le programa una cita de seguimiento en la Clínica de Trauma-HNN; este es un espacio de consulta interdisciplinaria que labora los jueves y en el que se da seguimiento ambulatorio a los pacientes atendidos en la Unidad de Trauma; aquí también participa Trabajo Social. La periodicidad de la cita va a estar determinada por la condición clínica de la PME, los requerimientos establecidos y la ubicación geográfica. En ese espacio se valoran los pacientes de manera interdisciplinaria, se toma en cuenta su evolución clínica, su adaptabilidad al medio donde habita; se atienden interrogantes de los familiares y se evalúa la evolución que, en general, está presentando el paciente en el aspecto físico, emocional, cognitivo, de lenguaje y en sus actividades cotidianas. La adherencia al tratamiento implica, también, la verificación de los cambios y modificaciones hechas en el inmueble habitacional, según las recomendaciones dadas, así como el reforzamiento de la sensibilización en torno de las discapacidades o lesiones que el menor presente. Se analiza, además, la adaptación de la familia a la condición de vida que presenta la PME y se trabajan temas como duelo, discapacidad y culpa.

Generalmente, cuando la PME regresa al hospital, como parte del seguimiento, se observa que el hogar y su entorno natural constituyen un elemento fundamental en el proceso de recuperación. Este ofrece seguridad acompañamiento, calidez y la sensación de estar nuevamente en su hogar, lo que determina una mejora de sus condiciones clínicas, independientemente de la infraestructura habitacional.

Esta fase implica una articulación a posteriori de recursos de apoyo para la familia, según la identificación de necesidades materiales, educativas, financieras, de reubicación, trámites de pensión, de accesibilidad, entre otras, para lo cual se realizan las referencias pertinentes donde corresponda, así como las coordinaciones con instituciones y organizaciones comunales.

Como parte de esta fase se lleva a cabo la reinserción educativa, que consiste en un proceso informativo, de preparación, sensibilización y educación dirigido a docentes y compañeros de la PME, donde el profesional de Trabajo Social, junto a un integrante del equipo médico de la unidad, asisten a la escuela y desarrollan una sesión para dar a conocer la condición clínica del menor y sus requerimientos para regresar al centro educativo.

Las reinserciones educativas que se han desarrollado en los últimos tres años, en alrededor de 25 centros educativos del país, se han realizado de acuerdo con el criterio del equipo tratante y cuando el niño está en condiciones de regresar al centro educativo se trata de propiciar que los compañeros conozcan y consulten sobre sus lesiones y condición, se desmitifica y sensibiliza sobre ellas, se previenen el *bullying* y otras manifestaciones de violencia hacia la persona menor de edad afectada, además se procura reducir los niveles de ansiedad que pueda generar ese momento en la PME. Se recomienda que el regreso a las aulas se realice de forma paulatina y con aproximaciones sucesivas y, al final de la sesión, se hace una evaluación en conjunto con la docente del grupo. En general, los docentes consideran muy conveniente ese acercamiento como parte del proceso cura-

tivo del estudiante y de su regreso al aula.

Sobre este proceso una madre indicó: “Él fue a la escuela de mi hija a conversar con los maestros sobre el tema del *bullying* y preparar para que mi hija regresara a la escuela con su nueva condición, lo cual ayudó para que la recibieran de mejor forma y que ella se sintiera motivada”. La reinserción educativa no consta de una sola sesión, sino que implica un seguimiento con la familia y el docente para evaluar la reincorporación y adaptación, la asistencia y la evolución del proceso de enseñanza aprendizaje de la PME y este proceso es responsabilidad de Trabajo Social que lo realiza mediante consultas telefónicas a la docente y a la familia.

En el caso de los menores con mayor afectación, que presentan lesiones y secuelas neurológicas producto de politrauma, a partir del año 2020 se conformó *la clínica de secuelas neurológicas por eventos traumáticos*, que constituye un espacio de atención interdisciplinario especializado en el abordaje de las secuelas que el paciente sufre en el largo plazo; se integran en él otras especialidades.

El servicio brindado al paciente no finaliza con la salida del hospital, sino que se extiende hasta que la PME muestre indicadores de recuperación en su salud física y se haya reinsertado satisfactoriamente en su núcleo familiar, la comunidad y el centro educativo; la estrategia del seguimiento y acompañamiento por parte de Trabajo Social y su devolución al equipo de atención, contribuyen al logro de esos objetivos. Sobre el abordaje desarrollado en la comunidad, Rulamán Vargas, nutricionista de la Unidad de Trauma en el año 2018, señala:

Cuando llegó el momento de trasladar a la paciente a su casa de habitación (con PEG y recién retirada la traqueotomía) tuve la oportunidad de visitar con el trabajador social la casa de la paciente y ayudar brindando recomendaciones técnicas sobre inocuidad y preparación de su alimentación en el hogar. Fue una experiencia sumamente enriquecedora porque se trascendió la parte clínica y pude colaborar un poco con la inserción de la paciente en su entorno social... sin duda eso fue por intermediación de Trabajo Social (Setiembre del 2020, en instrumento auto administrado).

Finalmente, como parte de la atención a los niños politraumatizados, cada dos años, la Unidad de Trauma organiza un campamento llamado *Héroes de Colores* para los niños que han sido atendidos por lesiones traumáticas y para sus familias. En este campamento se trabajan aspectos relacionados con el trauma y la sobrevivencia. Además, durante el año se desarrollan talleres educativos y de prevención de lesiones dirigidos a los padres. Próximamente, se desea implementar un proyecto denominado “padres, apoyando a otros padres”, para completar el proceso de atención directa que se brinda a la familia.

4. El aporte de trabajo social en el modelo de atención de la Unidad de Trauma

Con la finalidad de contribuir a la reflexión y al análisis, a continuación, se recuperan algunas enseñanzas y aprendizajes que hacen que esta práctica sea muy novedosa dentro del quehacer profesional.

En cuanto al conocimiento de la población afectada. Las atenciones sociales relacionadas con accidentes de tránsito en el servicio de Trabajo Social del HNN constituyen la segunda causa de atención por eventos traumáticos, después de los traumatismos en cabeza, por lo que esta sistematización, permite un acercamiento a las características de la población pediátrica afectada en el país por un problema que se ha definido como de salud pública y como una manifestación de la violencia social.

Los politraumas por eventos de tránsito atendidos en el HNN, ocurren con mayor incidencia en la población masculina, entre las edades de 1 y 5 años, según la edad de mayor exposición que se relata en la literatura, por lo que parece existir una correlación entre edad y nivel de vulnerabilidad. Las PME atendidas por este tipo de sucesos, provienen, en su mayoría, de la provincia de San José, aunque se presenta un porcentaje considerable de las provincias fuera de la GAM. Es importante señalar el impacto, el costo y las implicaciones de la atención de la población que vive fuera de la GAM, pues al tratarse de un hospital nacional, ahí se atienden principalmente los pacientes de alta complejidad y especialización. Lo anterior supone una mayor dificultad en la atención social, tanto de los pacientes como de sus familias, pues deben reubicarse y, posteriormente, cuando el menor egresa es necesario procurar la reinserción a su entorno habitual.

Los menores atendidos provienen, en su mayoría, de configuraciones familiares no tradicionales, de familias relativamente pequeñas en condiciones de pobreza, cercanas a pobreza extrema, que no cuentan con vivienda propia; circunstancias que dificultan el proceso de reinserción social. Esto denota limitaciones importantes para el acceso de recursos y una alta dependencia de los servicios estatales, que a su vez podrían incidir en una mayor pobreza de estas familias, con servicios sociales cada vez más reducidos y con escasas respuestas para enfrentar a esta población y sus necesidades.

En cuanto a la atención inicial inmediata. La atención inicial que se brinda por parte de Trabajo Social, no solo al niño, sino a su familia, desde el momento mismo en que ingresa al HNN, permite el abordaje e intervención en crisis de forma prioritaria. La posibilidad de apoyar a la familia en la sala de shock con el personal médico y el paciente, y trasladar esa información al familiar, es parte de la labor del profesional de TS, quien se convierte en “los ojos del familiar en ese lugar”, con el reto de trasladar la información de forma clara e inmediata.

Ese proceso de escucha, atención y orientación, contribuye a articular y reorganizar el momento de la crisis; sin duda alguna, facilita no solo ese instante en particular, sino que establece las pautas para definir el plan de intervención desde horas tempranas y aportar a la familia y al equipo los ele-

mentos fundamentales para las etapas siguientes.

En cuanto a la atención integral. La particularidad del trabajo integrado donde el médico y el o la trabajadora social se unen desde el ingreso del paciente para garantizar la atención integral que tanto él como su familia requieren, constituye uno de los factores de éxito de esta práctica profesional. Tal como lo refiere el Dr. Marco Vargas: “La presencia de Trabajo Social hace más profesional el trabajo que hacemos, una Unidad de Trauma no solo es exclusivamente un lugar donde se ponen curas, sino donde el paciente, su familia y su entorno comunitario son muy importantes” (Comunicación personal, 26 de setiembre de 2020).

Al incorporarse Trabajo Social en la atención del politrauma de la PME, la institución trasciende el enfoque meramente clínico y avanza cada vez más al desarrollo de un enfoque de salud integral que incorpora no solo al menor, sino también a su familia.

De no existir Trabajo Social en la atención del politrauma en el HNN, el enfoque probablemente sería meramente clínico, apartado del entorno social e integral y la familia no recibiría el apoyo que, como parte de esta estrategia integral de intervención, se ha implementado. Para consolidar esta atención, ha sido indispensable contar con un equipo visionario que favorece la intervención interdisciplinaria y la atención integral, donde lo familiar y lo comunitario son de gran trascendencia y donde Trabajo Social ha logrado ganar un espacio profesional mediante gracias a la integralidad de su intervención. Así, constituye un apoyo para las familias y una garantía del respeto a los derechos fundamentales de toda persona menor de edad atendida.

Por otra parte, de acuerdo con la *Convención de los Derechos de los Niños*, esta práctica profesional busca garantizar oportunidades para el desarrollo de la PME que haya sido víctima de un evento de tránsito, así como su protección y atención integral, por lo que constituye un modelo de intervención de carácter humanista apoyado en el enfoque de Derechos Humanos. Es integral en tanto que desarrolla su atención desde el ingreso del menor hasta el seguimiento que se realiza una vez egresado, y procura garantizar una adecuada calidad de vida cuando regresa a su entorno habitual.

En cuanto a la reinserción educativa. Para una PME que ha pasado por un periodo de hospitalización, con traumas físicos y emocionales, con alguna discapacidad física, cognitiva o cambios en su apariencia física, es fundamental recibir apoyo y acompañamiento, no solo durante su hospitalización, sino, también, en el regreso a su hogar y en su primer acercamiento e incorporación al centro educativo, con sus docentes y su grupo de pares.

Este proceso le demuestra al niño su importancia y valor como persona, pues se le prepara para retomar el estilo de vida que tenía antes del evento ocurrido, mediante un acompañamiento que incluye el ámbito educativo, para lo cual se promueve el apoyo no solo de docentes sino de sus compañeros, mediante la sensibilización, la prevención del *bullying* y la aceptación en su grupo de pares.

En cuanto al ámbito nacional. Por ser el HNN un hospital nacional de alta complejidad y especialización facilita, particularmente desde Trabajo Social, la visibilización de esta población como un reflejo de la problemática y violencia social existente en el país y de los riesgos que se enfrentan en las carreteras nacionales donde se expone la integridad y seguridad de las personas menores de edad. Estos elementos constituyen el reflejo de una cultura de descuido y de negligencia hacia las personas menores de edad, y expone a un gran riesgo el valor fundamental de la vida.

Esta realidad se ha tratado de visibilizar desde Trabajo Social en diversos foros, tanto nacionales como internacionales. Así, esta intervención es resultado de la práctica misma y constituye un eje importante de la Unidad de Trauma, mediante la articulación interinstitucional y las alianzas con diferentes organizaciones comunales y nacionales.

Finalmente, este proceso no podría ser integral, si no se complementara con la parte educativa y preventiva; por eso se han establecido alianzas estratégicas en el ámbito nacional con Cosevi, PANI, Poder Judicial y otras instituciones para desarrollar trabajos conjuntos que permitan realizar campañas de educación, prevención y sensibilización sobre este tema. La prevención de las lesiones de los menores en carretera y el uso correcto de los dispositivos de seguridad, entre otros temas asociados, podrían contribuir a disminuir la incidencia de esta problemática en el país.

Conclusiones

La Unidad de Trauma del HNN ha favorecido el proceso de atención social, pues ha permitido la implementación de un modelo de intervención innovador, para brindar una atención integral a la población pediátrica que ha sufrido algún politrauma por situaciones relacionadas con accidentes de tránsito.

La Unidad de Trauma, y no solo el servicio de Trabajo Social, procura que sus intervenciones sean tan holísticas como el niño lo requiera, pues abarca la atención médico clínica, lo social, familiar, legal, educativo, habitacional, entorno, accesibilidad. También propicia la articulación institucional, comunal y educativa con el fin de ofrecer las mejores condiciones para el desarrollo y rehabilitación de la PME.

Para lograr lo anterior, el profesional en Trabajo Social ha implementado, con el pasar de los años, un modelo de intervención que le permite estar preparado para iniciar su labor cuando la PME y sus familiares ingresan al HNN. Esta estrategia comprende una interacción horizontal con el equipo que atiende el área clínica y con la familia hasta el momento en que la PME egresa del ámbito hospitalario. El profesional en TS se ocupa de la seguridad e integridad de la persona menor de edad, según lo establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia.

La atención del paciente politraumatizado por parte del profesional en Trabajo Social representa un espacio de intervención de apertura profesional hacia prácticas innovadoras que tradicional-

mente han sido atendidas desde una óptica meramente clínica. Esta situación habría provocado que se obviara la valoración social de las familias y de su entorno, así como las condiciones en que se dan los sucesos causantes de una hospitalización por politraumas.

La intervención desde el profesional en Trabajo Social favorece que los pacientes estén en mejores condiciones en su entorno durante el proceso curativo e identifica los factores de riesgo que incidieron en la hospitalización. También busca garantizar que la PME cuente con las mejores condiciones de cuidado en el hogar, cuando egrese del hospital y por eso lo complementa con un trabajo educativo para evitar que un hecho como el ocurrido, vuelva a suceder.

No se debe de olvidar que los eventos de tránsito, como problema de salud pública y manifestación de la violencia social, en los cuales están involucrados personas menores de edad, están relacionados, en su gran mayoría, con la negligencia de quienes debieran ser sus cuidadores, los exponen a situaciones de riesgo, y los menores quedan en condiciones de vulnerabilidad.

En síntesis, la sistematización de la presente experiencia ha permitido caracterizar el servicio brindado por la Unidad de Trauma y, específicamente, el que brinda el profesional en Trabajo Social, identifica fortalezas y los aspectos innovadores que le permiten ser considerada una buena práctica; no obstante, también existen algunas áreas de mejora que se enumeran a continuación.

Recomendaciones

- Es necesario fortalecer la continuidad de la atención de estos pacientes mediante la articulación del sistema nacional de salud con el sistema primario de atención en salud y la protección a la niñez, de manera que garanticen el seguimiento de la PME después de su egreso del hospital, así como el acompañamiento oportuno y cercano de las diferentes instancias locales y regionales.
- Iniciar el proceso de intervención social desde el ingreso de la PME al centro médico ha demostrado ser un acierto en el modelo de atención de la Unidad del Trauma. Sin embargo, actualmente esta atención no está garantizada para todos los niños y niñas que ingresan al HNN, pues está determinada por los horarios vigentes del hospital, según los cuales Trabajo Social solo se encuentra disponible dentro del horario de trabajo establecido que comprende únicamente, de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm, lo que deja al descubierto los incidentes que se presentan por las noches y los fines de semana. Es recomendable que la institución valore la posibilidad de implementar jornadas vespertinas, nocturnas y extraordinarias para el Trabajo Social en el HNN.
- Esta diferenciación se ha podido observar principalmente en el apoyo hacia las familias, que, en sus propias palabras, consideran que han quedado “desvalidos, ya que no sabemos adónde acudir o quién nos puede dar información del niño desde el momento en que llegamos al hospital”.

- Es fundamental consolidar la Red Nacional Interinstitucional para la atención de las personas víctimas de eventos de tránsito, ya que así se podrían dictar lineamientos de atención, seguimiento, orientación legal entre otros, pero sobre todo, incidir en el ámbito educativo y preventivo para evitar los accidentes de tránsito y, particularmente, aquellos donde estén involucradas personas menores de edad.

Notas

³FISEVI es un foro que se realiza bianualmente en Latinoamérica sobre seguridad vial infanto-juvenil, el último se realizó en Buenos Aires, Argentina en el 2018 y ahí se expuso la experiencia desarrollada en el HNN. Para más información: <https://www.foisevi.org/es/fisevi/sobre-fisevi>

⁴Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), el ingreso per cápita para la línea de pobreza en Costa Rica durante el año 2019 era de ₡112 317,00 y para la línea de pobreza extrema ₡50 618,00.

Referencias

Bermúdez, C. y González, N. (2019). *Programa de reinserción educativa, unidad integral del niño con quemaduras, Hospital Nacional de Niños* (Documento inédito).

Caja Costarricense del Seguro Social (2020). *Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera*. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=21>

Consejo de Seguridad Vial (2020). *Anuario estadístico de accidentes de tránsito con víctimas en Costa Rica 2018.3(1)*. Recuperado de: [en:https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/Anuario+estad%C3%ADstico+de+accidentes+de+tr%C3%A1nsito+con+v%C3%ADctimas+en+Costa+Rica+2018+%281%29.pdf/7803720b-5b31-9b1c-f167-72097e06ce20?t=1591043602419](https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/Anuario+estad%C3%ADstico+de+accidentes+de+tr%C3%A1nsito+con+v%C3%ADctimas+en+Costa+Rica+2018+%281%29.pdf/7803720b-5b31-9b1c-f167-72097e06ce20?t=1591043602419)

Costa Rica, Leyes. *Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad 7600*. 1996. Recuperado de: <https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/leyigualdaddeoportunidades.pdf>

Costa Rica, Leyes. *Ley 9078, de Tránsito por vías públicas terrestres y seguridad vial 2012*. Recuperado de: <http://repositorio.mopt.go.cr:8080/xmlui/handle/123456789/3664;jsessionid=4040BB-2F3967FA43A7F302D38D900D2C>

Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2007). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?* *Psicología conductual*, 15(3), 373-387. Recuperado de: <https://bit.ly/2TQBq78>

Erazo Estrada L; Vargas Zurita C; Rodríguez Plasencia A. y Hernández Capote L. (2018). Comportamiento de los ingresos hospitalarios por accidentes en la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital Pediátrico de Cuba. *Revista UNIANDES, Ciencias de la Salud*, 1(1):18-27. Recuperado

de: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/RUCSALUD/article/viewFile/1119/387>

- Garnier, L. (2005). *El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso*. Seminario “Crecimiento, equidad y ciudadanía: hacia un nuevo sistema de protección social”, Bogotá. 19-21 de setiembre, 2005. Recuperado de: http://www.cid.unal.edu.co/files/news/050923_ponencia_leonardo_garnier.pdf
- Granados, E. (2019). *Informe de casos de violencia atendidos en el servicio de Trabajo Social*. San José, Costa Rica: Servicio de Trabajo Social, Hospital Nacional de Niños (Documento inédito).
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos*. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano CINDE, 2018. Recuperado de: <https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2121/Libro%20sistematiza-cio%cc%81n%20Cinde-Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López Martínez, C. (2014). *Los accidentes de tráfico en la infancia y la importancia de su prevención*. Tesis de grado, Universidad de Cantabria, España: Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5573>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Prevención de la violencia y los traumatismos*. Accidentes de tránsito. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/es/
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Prevención de la violencia y los traumatismos*. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/es/
- Ortiz, M. (2007). *Manifestaciones de violencia en el tránsito. Análisis acerca de percepciones y representaciones de personas que conducen vehículos automotores en el Área Metropolitana de San José*. Tesis de maestría en estudio de la violencia social y familiar. San José, CR. Universidad Estatal a Distancia. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/67709049.pdf>
- Rocamora Bonilla, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://waps.es/wp-content/uploads/sites/2/2019/03/Alejandro-Rocamora-Intervencion-En-Crisis-En-Las-Conductas-Suicidas.pdf>
- Sánchez, L., Agüero-Valverde, J. y Pujol, R. (2015). *Costos de los choques viales en Costa Rica*. Programa de Investigación endesarrollourbano sostenible (ProDUS). Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Recuperado de: <http://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/informe-final.pdf>
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53, 156-167. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/11.pdf>

Torre, A.C. y Villanueva, A.M. (2006). Protocolos de Urgencias. Primera valoración y tratamiento inicial del niño politraumatizado. *Bol pediatr.* 46(Supl.1),2-9. Recuperado de: http://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_002-009.pdf

UNICEF (2017). *Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes: Costa Rica*. San José, Costa Rica: Unicef y PANI. Recuperado de: <https://www.unicef.org/costarica/informes/una-revision-sistemática-de-los-determinantes-de-la-violencia>

Wilches, L; Barbosa A; Flórez J; Cogollos, A. y Flórez, G. (2015). Caracterización del trauma pediátrico en un hospital militar de la ciudad de Bogotá. *Revista Med*, 23 (2), 50-59. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v23n2/v23n2a06.pdf>