

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

EDUCACION MEDICA DE LOS PARIENTES DE NIÑOS ASMATICOS

*Su importancia como parte del tratamiento general **

LUIS GÓMEZ-OROZCO, † § HUMBERTO ORTEGA-GÓMEZ §
y MAGDALENA MORENO-CHÁVEZ §

En el asma, como en otros padecimientos crónicos, ha habido adelantos en el tratamiento médico pero se siguen presentando problemas en su realización por múltiples deserciones o falta de cooperación de los enfermos o parientes para llevarlo a cabo correctamente. Esto en gran parte se debe a la no comprensión del patrón cultural de los grupos tratados, despersonalización de los enfermos y al sistema actual de entrenamiento médico.

Los autores estudiaron en un grupo de niños asmáticos, la utilidad de realizar mesas redondas con sus padres, sobre el tema del asma, observándose en una evaluación subsecuente el mejoramiento de los conceptos en algunos parientes. Así mismo se vio la influencia benéfica del intercambio de ideas entre los parientes de los casos subsecuentes y los de primera vez después de haberles dado la orientación adecuada. Estos últimos confieren seguridad a los nuevos y apoyan las ideas de los médicos.

* Trabajo presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 3 de noviembre de 1971.

† Académico numerario.

§ Hospital Infantil de México.

Durante las reuniones se detectaron también problemas que no habían sido registrados durante las entrevistas personales y dieron motivo para que los familiares hicieran también posteriormente, preguntas confidenciales.

Se considera que la participación activa de los médicos jóvenes en esas reuniones, sea una forma de entrenamiento para el manejo más adecuado de los casos.

Es indudable que en los últimos decenios se han alcanzado grandes adelantos en los diversos campos de la medicina; la tecnología ha permitido conocer al ser humano al nivel subcelular y en algunas áreas aun a nivel molecular, tanto en el estado de salud como durante la enfermedad. Los avances en la química y en la farmacología también han logrado mejorar la terapéutica en muchos padecimientos, aun en aquellos en los que no se ha definido claramente un sustrato anatómico, como diversas enfermedades mentales; pero si por una parte se han obtenido muchos adelantos en el tratamiento, quedan lagunas en la forma de realizarlo adecuadamente, ya que son fundamentales el interés, la voluntad de aceptación y el deseo de cooperar activamente por parte del enfermo o de su grupo familiar, lo que no es fácil de conseguir. Es particularmente en el tratamiento de padecimientos crónicos, cuando se observan un gran número de fracasos, deserciones en las clínicas y consultorios, peregrinaje de los pacientes por diversas instituciones, significando esto una pérdida de esfuerzo y menoscabo en la economía, tanto por parte de las familias como de los organismos médicos en que se efectúa la atención.

El gran contingente de enfermos que se atienden en las consultas externas y la limitación del tiempo en las entrevistas médicas, tanto en las instituciones como

en la consulta privada, impiden al paciente o pariente solicitar toda la información necesaria. El interrogatorio médico es llevado en forma a veces rígida, escueta y en muchas ocasiones en cada consulta es diferente médico el que entrevista y como consecuencia, el facultativo no logra ganarse la confianza del paciente, llegando a establecerse una verdadera barrera en determinados campos de la comunicación.

Lo antes expuesto que pudiera juzgarse a la ligera, sin importancia, es fundamental para una mejor atención de los pacientes y lograr la curación o la estabilización de la enfermedad y la rehabilitación posterior.

El personal del Departamento de Alergia y Dermatología del Hospital Infantil de México, ha tenido preocupación por la atención integral de sus pacientes, particularmente asmáticos.¹ Se trata de detectar los problemas sociales que existen en numerosas familias y que en algunas facetas son diferentes a los de la población general que a él asisten,^{2, 3} se han investigado algunos de sus conceptos culturales⁴ y visto los problemas emocionales ligados al proceso asmático,⁵ refiriéndose algunos casos al Departamento de Higiene Mental, para orientación del grupo familiar en el manejo psicológico del niño; a otros pacientes se les remite al Departamento de Medicina Física para su rehabilitación respiratoria y mejora-

miento de su vida recreacional.⁶ A pesar de ello, con frecuencia se detectan tratamientos llevados inadecuadamente por una mala información, interpretación errónea, o no aceptación de la información médica por no haberse comprendido el patrón cultural de la familia durante las entrevistas, o bien por miedo, temor o timidez por parte del entrevistado que no se atreve a preguntar sobre sus dudas o a señalar que no entendió la información médica.

En una encuesta realizada en el mencionado departamento sobre las causas de deserción en un grupo de enfermos, se encontró que las malas relaciones humanas ocuparon el primer lugar. Si se analizan puede apreciarse que en muchos casos no hubo la información adecuada desde el punto de vista médico, lo que junto con el patrón cultural de la familia, hizo que no se aceptara la terapéutica o se llevara a cabo en forma inadecuada (cuadro 1).²

En otra encuesta sobre conceptos de la posible causa de la enfermedad alérgica que padecen y la forma de actuar de los medicamentos, se encontró que un gran número de familias, con asistencia de más de un año a la institución, ignoraban esos datos.⁷ El médico nunca había tenido tiempo suficiente para explicar ni el enfermo o pariente se había atrevido a preguntar. ¿Cómo es de esperarse que no haya deserciones y que no fracasen los tratamientos?

Dentro del manejo integral de diversos procesos crónicos, como diabetes o desnutrición, se han ofrecido, en algunas instituciones,^{8, 9} pláticas orientadoras y el asma no ha escapado a esta actitud, informándose resultados satisfactorios, ya que como señala un alergista cubano, "el

Cuadro 1 Factores invocados por un grupo de padres de niños alérgicos para haber dejado de asistir al Hospital Infantil de México².

	No. casos	Subtotal
I. FACTORES ECONOMICOS		5
II. RELACIONES HUMANAS		
a) <i>Información defectuosa</i>		31
Porque el médico no les proporcionó diagnóstico médico	10	
Porque no entendió al médico extranjero	5	
Porque le recetan lo mismo	4	
Por tantos exámenes clínicos	4	
Sólo asistieron para conocer otra opinión médica	3	
Perdió los documentos	1	
Por considerar muchos trámites administrativos	1	
Porque el paciente ya no aceptó la dieta	1	
Porque el médico le informó que no se aliviaba	1	
Porque se le ordenó estudio social	1	
b) <i>Incomprensión del patrón cultural</i>		18
No aceptaron la aplicación de la vacuna	3	
Por temor a la dosis de la vacuna	3	
Porque fue objeto de estudio (fotografía)	3	
El médico le dijo que tenía pulgas	2	
Porque se le dejó exento de pago	1	
Temor hacia el hospital donde practican con los enfermos	3	
Porque exigen puntualidad	1	
Porque el médico lo regañó	1	
Porque lo vio otro médico	1	
c) <i>Defectos en los trámites administrativos</i>		13
Alta no registrada en el expediente	5	
No se le proporcionó cita	5	

Cuadro 1 Factores invocados por un grupo de padres de niños alérgicos para haber dejado de asistir al Hospital Infantil de México² (Continuación)

	No. casos	Subtotal
Mal trato del personal administrativo	3	
d) <i>Falta de confianza</i>	16	
Por asistir mejor con un médico particular	6	
Por asistir con un médico homeópata	5	
Por asistir con un pediatra	2	
Porque no les obedeció el médico	1	
El paciente teme al médico	1	
Lo atiende un psiquiatra	1	
e) <i>Problemas familiares</i>	5	
Por la influencia de los abuelos, tía	4	
Para que el padre proporcionara más dinero	1	
III. SER DERECHOHABIENTE DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	5	
IV. INTERFERENCIA DE HORARIO DE ESCUELA	7	
V. EDAD LIMITE	1	
VI. CAMBIO DE DOMICILIO O LUGAR DE RESIDENCIA	40	
No viven ya en el lugar registrado	33	
Por la distancia del lugar de residencia	3	
Por residir en otros países	2	
Por residir en otro Estado (Puebla)	1	
Sólo estaba de vacaciones en el D. F.	1	
VII. POR CURACION APARENTE	74	
Porque ya no presentaban síntomas	72	
Porque ya no aceptó el paciente	1	
Porque con vacuna y tés mejoró	1	
VIII. CAUSA DESCONOCIDA	30	
No contestaron los citatorios	11	
Domicilio falso	19	
IX. POR NO MEJORIA	7	

asmático y sus parientes reclaman de algo más que el tratamiento etiológico y sintomático, ellos necesitan del calor humano en el tratamiento, de que el médico descienda de su sitial de sapiente y les haga saber cómo se produce el asma, cómo pueden evitarse muchas crisis o cómo pueden explicarse la manifestación de otras que se les presentan aun cuando están cumpliendo cabalmente con su tratamiento".⁹

Lo antes expuesto llevó al desarrollo, en el Departamento de Alergia y Dermatología, de mesas redondas semanarias a las que se ha denominado "Club de Padres de Niños Asmáticos", en las que los médicos del servicio, trabajadores sociales y padres, participan activamente en la discusión. Es la experiencia preliminar sobre estas actividades la que se expone a continuación:

Objetivos

1. Lograr la mayor cooperación posible de los padres en la atención médica que el hospital proporciona a los niños asmáticos.
2. Modificar favorablemente la actitud del médico en la atención de los asmáticos desde el punto de vista humanístico.
3. Coordinar la información.
4. Modificar los conceptos de la familia respecto al asma.

Procedimientos

Conocimiento de los conceptos de los padres respecto al asma.

Información.

Evaluación del interés en la información y de cambios posibles en los conceptos.

Material y métodos

Se entrevistaron 100 parientes de niños asmáticos que asistieron al Departamento de Alergia y Dermatología entre marzo y septiembre de 1971 (18 de primera vez y 82 subsecuentes), formulándoseles la encuesta anexa (cuadro 2). Se valoró la información agrupándose los conceptos globales sobre el asma de acuerdo con su predominio en mágicos, religiosos, empíricos, tendencia científica, o bien desconocimiento general del problema. Se relacionó esta información con edades, escolaridad y consultas de primera vez o subsecuentes, obteniéndose los resultados consignados en los cuadros 3, 4 y 5.

Se dieron pláticas de media hora aproximadamente, a grupos pequeños (10 personas por lo general), con asistencia de los médicos del servicio y la trabajadora social, realizándose en el mismo sitio en que se imparte la consulta (tratando de familiarizar más a los concurrentes con el ambiente) y utilizándose como único método auxiliar el pizarrón (con el objeto de despertar más la iniciativa del médico en su exposición ya que muchas veces el exceso de diapositivas puede llevar a una mecanización). Terminadas las pláticas se iniciaba una etapa de unos 45 minutos de preguntas y respuestas, motivando a todos los asistentes a preguntar y comentar, contestando cualquier duda los médicos o la trabajadora social.

La exposición se limitaba a una explicación muy somera de la anatomía del aparato respiratorio, la fisiopatología del acceso asmático, hablándose del "estrechamiento transitorio de los bronquios pequeños", del "atrapamiento del aire", de la "hinchazón de la mucosa de los bron-

quios", del "espasmo de los bronquios", "moco espeso dentro de ellos", de las principales causas del asma: "infección y alergia", "influencia de las emociones", explicando sencillamente los términos y haciendo comparaciones con cosas de la vida cotidiana. Finalmente se les daba a conocer las bases del tratamiento, "medicamentos que quitan el espasmo de los bronquios"; de otros que "facilitan la expulsión del moco", de la "vacunación", su importancia y necesidad de sostener esta terapéutica durante dos o tres años, de la higiene de la habitación y de evitar la automedicación.

Durante las entrevistas se registraban las preguntas, para analizar el contenido de las más frecuentes (cuadro 6). En la fase de exposición de los médicos se observó la forma de expresión, particularmente la sencillez de los términos o su docta complejidad. Pasados dos meses aproximadamente se trató de entrevistar nuevamente al grupo encuestado, que había sido de reciente ingreso a la consulta en la primera ocasión, tratando de hacer una evaluación respecto a posibles cambios en los conceptos, lográndose hacerlo solamente en 13 del total de primera vez. Los resultados de esta comparación se resumen en el cuadro 7.

Finalmente se tomó en cuenta la información de la trabajadora social respecto a situaciones especiales descubiertas durante las entrevistas o como una consecuencia inmediata de ellas.

Resultados

En el análisis de los datos contenidos en el cuadro 3, puede apreciarse que la mayor parte de los informantes estaban comprendidos en grupos de edades medias y

Cuadro 2 Cuestionario para los padres de niños asmáticos

Nombre del paciente: Edad: Sexo:

Tiempo de estar enfermo: No. Reg. Hosp.

Informante: Parentesco: Edad:

Lugar de residencia del informante: Tiempo de residencia:

1. ¿Sabe usted qué es el asma?
2. ¿Cómo puede reconocerse el asma en un niño?
3. ¿Qué cree usted que provoca el asma?
4. ¿Es contagiosa? ¿Cómo se contagia?
- ¿Cree usted que se herede?
5. ¿Piensa usted que sea una enfermedad rara o frecuente?
6. ¿Quiénes son más susceptibles?
¿Los hombres? ¿Los niños?
- ¿Las mujeres? ¿Los adultos?
- ¿Los ancianos?
7. ¿Qué cuidados deben tenerse con el asma?
8. ¿Qué remedios caseros cree usted que sean los mejores para el asma?
9. ¿Cree usted que una "limpia o soplada" mejore el asma?
10. ¿Qué médico o especialista piensa usted que sea la persona más indicada para tratar el asma?
- ¿Por qué?
11. ¿Considera curable el asma?
- ¿A corto o largo plazo? ¿Por qué?
12. ¿Si no contara usted con un médico a quién recurriría para atender el asma de su niño?
a) ¿A un curandero? d) ¿Haría una manda?
- b) ¿Con un brujo? e) ¿Lo trataría usted mismo?
- c) ¿Con un sacerdote? f) ¿Con una enfermera?

Observaciones:

Fecha:

Cuadro 3 Encuesta en relación con la edad. Conceptos culturales predominantes sobre el asma en los padres

Edad en años	20-29	30-39	40 o más	Total
Conceptos religiosos	1	2	—	3
Mágico	3	5	1	9
Empírico	9	20	12	41
Tendencia científica	3	8	2	13
Desconocido del público	8	12	14	34
Total	24	47	29	100

que no hubo diferencias conceptuales notables en los diferentes grupos, salvo algunos conceptos mágicos en los grupos menores de 40 años. En los datos del cuadro 4 puede apreciarse que existe una relación directa entre el grado de escolaridad de los informantes y sus conceptos; los analfabetos, que fueron en número muy reducido, desconocían en general el problema; de los que sólo habían

Cuadro 4 Encuesta en relación con la escolaridad. Conceptos culturales predominantes sobre el asma en los padres

Escolaridad	Desconocidos	Mágico	Religioso	Empírico	Tendencia científica
	Analfabetos	3	1	—	—
Primaria incompleta	13	2	2	6	—
Primaria completa	10	6	—	16	2
Secundaria o equivalente	6	—	—	11	2
Profesional	2	—	1	8	9
Total	34	9	3	41	13

iniciado la educación primaria unos desconocían el problema del asma, pero otros varios tenían conceptos empíricos, siendo muy pocos los que tenían ideas mágicas o religiosas. Los grupos con mayor preparación escolar tenían en su mayor parte conceptos empíricos y los profesionistas se acercaron a ideas científicas.

Hubo varios parientes, en los diversos grupos, que manifestaron que "entre todo lo que podrían hacer en favor de su hijo estaría una manda" (promesa a Dios o a santos), pero no se consideraron dentro del concepto religioso si el contenido

Cuadro 5 Tipo de conceptos en relación a casos de primera consulta y subsecuentes

	1a. vez	Subsecuentes	Total
Desconocimiento del problema	4	30	34
Mágico	6	3	9
Empírico	5	36	41
Religioso	1	2	3
Tendencia científica	2	11	13
Total	18	82	100

global de la encuesta permitía incluirlos claramente en otros grupos, porque muchas veces el prometer una manda sólo revela una actitud oportunista utilitarista, más que religiosa. Los que sí habían hecho mandas sin mejoría del paciente fueron incluidos como de conceptos religiosos, cuando no había de otro tipo. En algunos casos el pariente señaló que solamente en el Hospital Infantil podrían tratar a su hijo y que querían que sólo los atendiera un determinado médico, que para ellos era "el mejor". Esto se interpretó como una identificación

Cuadro 6 Contenido de las preguntas registradas durante las mesas redondas

1. Relación entre el asma del niño y herencia, alergia, traumatismo psíquico, amigdalitis, enfriamiento en la madre durante el embarazo, posible contagiosidad.
2. Forma de reconocer el asma en su iniciación, relación entre bronquitis o rinitis constante y asma, causa de la sudoración durante los accesos; qué relación hay entre el espasmo de los bronquios y el moco de las secreciones, qué influencia tiene el horario con el asma.
3. Influencia sobre el asma del ejercicio, baño, cambios de clima, frío, ventilación de la habitación, animales caseros, picaduras de insectos, hacinamiento, exceso de cuidado para protección del medio ambiente; cuál es el clima ideal para el asmático.
4. Repercusión de los problemas conyugales sobre el asma del niño, así como el carácter del padre y actitudes correctivas empleadas por él (regaños, castigo físico).
5. Manejo psicológico del niño asmático en relación con el sano, de la angustia durante el acceso, del mal carácter, utilidad de la cooperación del neurólogo en el tratamiento, posibilidad de daño emocional al niño al enterarse de que tiene asma, influencia del exceso de protección. Repercusión del asma sobre la escolaridad, apetito, futura vida sexual.
6. Grado de libertad permisible para el ejercicio, natación, ingestión de alimentos fríos, de determinados alimentos, de alimentos que se sabe le hacen mal; atención que debe prestarse al paciente.
7. Utilidad de los medicamentos caseros (medicina tradicional), inyecciones a base de orina; acción de los atomizadores, del vapor de agua al iniciarse el acceso; indicaciones de los supositorios de aminofilina, peligros de la cortisona, efecto del yodo sobre los testículos; posibilidad de tratamientos semejantes en todos los casos, utilidad de la amigdalectomía en el asma. Utilidad del yoga, de los cambios de clima.
8. Posibilidad de que el tratamiento del acceso lo lleve a cabo el pariente, limitaciones de espera para esta posibilidad. Posibilidad de que lo atienda otro médico ajeno al tratante.
9. Posibilidad de hiposensibilización durante las enfermedades intercurrentes, contraindicaciones con otros tratamientos. ¿Produce la hiposensibilización pesadillas y nerviosismo? ¿Es necesario repetir las pruebas cutáneas después de cierto tiempo? Necesidad de aumentar progresivamente las dosis de vacuna. ¿Qué diferencia existe si se han puesto las vacunas intradérmicas? Precisar si el tratamiento del asma también mejora la rinitis.

Cuadro 6 Contenido de las preguntas registradas durante las mesas redondas. (Continuación.)

10. Curabilidad del asma y de ser posible tiempo necesario para lograrlo; curabilidad en relación con la edad, influencia del desarrollo del niño sobre la curación, peligro de recaídas a largo plazo, peligro de daño permanente sobre el pulmón o corazón, peligro de muerte, peligro si no hay fiebre. Complicaciones de la amigdalectomía en el asmático.
11. Edad límite para ser atendidos en el hospital.

derivada de ser el mismo facultativo el que había visto al paciente en repetidas ocasiones, no como concepto mágico. Se agruparon estos casos de acuerdo con los conceptos vertidos en la encuesta.

En siete pacientes se señaló la creencia de contagio del asma, mencionando dos de ellos a través del aliento, tres por ingestión de alimentos en el mismo plato y dos no explicaron cómo sería la transmisión.

En el cuadro 5 puede apreciarse que los conceptos sobre el asma no eran muy diferentes entre los parientes que asistían por primera vez y los subsecuentes.

Durante las mesas redondas los asistentes mostraron mucho interés hacia las exposiciones y pudo distinguirse la timidez de los de primera vez comparada con la confianza de los que habían asistido antes al servicio; estos últimos fueron los que hicieron mayor número de preguntas y comentarios, afirmando conceptos expuestos por los médicos, particularmente su confianza en el tratamiento, en la hiposensibilización a pesar de lo largo de la misma, de la necesidad de liberar a los niños de cualquier exceso de protección. Algunos tenían marcada identificación con los médicos del servicio. En ocasiones hubo que aclararles a las personas que asistían por primera vez, que lo que de-

cían las otras no era cosa preparada pues daba la impresión de que pudiese tratarse de una maniobra.

En el contenido de las preguntas y comentarios que se resumen en el cuadro 6, puede apreciarse la gama de dudas que existen en los parientes, que abarcan todos los aspectos de la enfermedad: etiología, patogenia, síntomas iniciales, peligros, manera de llevar a cabo el tratamiento, pronóstico, etcétera.

En el cuadro 7 se comparan los posibles cambios conceptuales de los parientes entre la primera encuesta y la segunda llevada a cabo dos meses después. Solamente en 13 casos pudo efectuarse, apreciándose que en 7 no hubo cambios ostensibles (3 desconocían el problema, 3 mostraban un concepto empírico y uno, tendencias científicas); en uno la información fue muy vaga, y tres, que tenían una falta completa de conocimientos sobre la enfermedad, adquirieron cierto concepto empírico; uno que tenía concepto empírico mejoró, otro que tenía concepto mágico cambió más adelante a un concepto empírico.

Como consecuencia de las reuniones se descubrieron en dos casos problemas emocionales francos en el grupo familiar, motivando preguntas de inmediato e informando uno de ellos que había consultado a un psiquiatra, dato que no se había registrado en la historia clínica; otros dos pidieron entrevistas con la trabajadora social para exponer sus problemas posteriormente.

Fue difícil valorar la actitud del médico en las diferentes sesiones; sin embargo, se notó mejoría en la exposición desde el punto de vista de la sencillez y los residentes en alergia se interesaron en participar activamente.

Cuadro 7 Valoración en dos encuestas (13 casos) de cambios en conceptos de la familia sobre el asma

No. casos	Concepto inicial	Concepto posterior
3	Desconocimiento del problema	Sin cambio
3	Desconocimiento del problema	Cambio a concepto empírico
3	Concepto empírico	Sin cambio
1	Concepto empírico	Peor
1	Concepto empírico	Mejoría conceptual
1	Concepto mágico	Cambio a concepto empírico
1	Concepto con tendencia científica	Sin cambio

Comentario

En la actualidad nadie ignora la importancia de la información que debe acompañar a un tratamiento médico, información que constituye la educación higiénica que debe reunir determinadas características para que despierte interés en el enfermo o en los parientes cuando se trata de niños; que motive la aceptación del tratamiento y que a la larga pueda modificar sus conceptos sobre su problema específico en una forma positiva. Pero esto que se dice en pocas palabras, requiere un gran esfuerzo, que en muchas ocasiones está más allá de la posibilidad de un manejo individual, pues requeriría muchas horas de trabajo del médico, trabajadora social o enfermera sanitaria; por ello en ocasiones se reúne a grupos para información existiendo diferentes procedimientos: desde los carteles informativos, spots en circuito de televisión cerrada, panfletos, pláticas en las salas de espera, hasta exhibiciones, uso de rotafolios, etc., en donde participa fundamentalmente el personal auxiliar.

Por otra parte, el médico ha olvidado su acercamiento individual y su lenguaje es cada vez más complejo, al haber aumentado su acervo de conocimientos y tratándose de la alergia e inmunología, usa una serie de términos que van desde IgE, inmunosupresores y de órgano de choque hasta autofármacos, perdiendo además en parte el aspecto humanístico al ligar sus actividades a un horario cronometrado.

Uno de los elementos que salva al enfermo crónico de la deserción es la identificación del pariente con el médico tratante, esto lo logran en parte los especialistas a nivel de clínicas institucionales por ser más permanente su actuación, pero dentro de la consulta general de los mismos, sobre todo cuando son hospitales de enseñanza, en muchas ocasiones es un médico diferente el que atiende en cada consulta subsecuente, perdiéndose un vínculo importante.

Es fundamental tratar de remediar la situación mencionada, haciendo rotar a los médicos por los servicios externos por periodos suficientes para que puedan seguir los casos, dándoles oportunidad de oír a sus enfermos y hablar con ellos para darles confianza. Esto puede mejorarse con pláticas de grupos, ya que desgraciadamente el tiempo disponible es escaso.

En el grupo estudiado fueron evidentes el interés por la información, el deseo de exponer sus propias experiencias, la confianza que dieron los familiares y antiguos a los nuevos y hubo además oportunidad de descubrir problemas, entre los asistentes, que se habían pasado por alto.

Una hora y cuarto para una mesa re-

donda con diez parientes significa apenas siete minutos por paciente y la información que pudiera dársele a cada paciente o pariente individualmente, quizá hubiera sido menos útil.

Las mesas redondas significan un ahorro de tiempo y de personal, que debe ser tomado en cuenta por las instituciones en la atención de diversos tipos de padecimientos.

El médico joven es el más avocado para participar activamente en esas actividades, haciendo más humanística su actuación al alejarlo momentáneamente del lenguaje científico entre profesionistas y acercarlo más a los enfermos y parientes usando el lenguaje común y tratando de comprenderlos dentro de sus conceptos sobre la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Ortega Gómez, H.; Amara Pace, G.; Gómez-Orozco, L.; Salinas Chávez, F.; Valdez López, G., y Bonilla Bautista, I.: *Estudio integral de tres casos de asma*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.). 25:663, 1968.
2. López Lozano, G.: *Ecología social del enfermo alérgico*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.). 25:639, 1968.
3. Beléndez Rivera, S.: *El trabajo social con niños asmáticos*. Tesis. Escuela Técnica No. 7 de Trabajo Social, Secretaría de Educación Pública, 1961.
4. Bonilla Bautista, I.: *Concepto popular en enfermedades alérgicas*. Tesis. Escuela Técnica No. 7 de Trabajo Social, Secretaría de Educación Pública, México, 1970.
5. Gómez-Orozco, L.: *Medicina psicósomática y enfermedades alérgicas*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.). 23:519, 1961.
6. Ibarra, L. G., y Gómez-Orozco, L.: *Rehabilitación del niño asmático*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.). 24:913, 1967.
7. Pérez Martín, J.: *Ecología del niño asmático*. En prensa.
8. Ferrara, A.: *Environmental control: conferen-ces with parents*. Ped. Clin. North Amer. 16: 43, 1969.
9. De los Santos, J.: *Conferencia sobre asma a los pacientes asmáticos como parte del tratamiento integral*. Alergia 8:25, 1970.