



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**“LA DINÁMICA FAMILIAR ANTE
UNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA”**

TRABAJO RECEPCIONAL

**SEMINARIO DE ÁREAS SUSTANTIVAS DE TRABAJO SOCIAL
“ATENCIÓN SOCIAL A LA FAMILIA”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:
ANGELA OSTIO VARELA**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
LIC. LUZ MARÍA GUADALUPE GARCÍA MOLINA.**



MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

A dios:

Le doy gracias por concederme la oportunidad de concluir esta etapa en mi vida, así como a todas las personas que me brindaron apoyo para poder consolidar esta gran meta de mi vida, por vivir hasta este día.

A mis hermanos:

Gracias por haber compartido sufrimientos y alegrías por igual, conocen como nadie mi vida, por ello tengan la seguridad de que este logro también es de ustedes, sin duda lo más valioso que tengo en la vida son ustedes.

A mis sinodales:

A mi Directora de Trabajo:

Gracias por motivarme en esos momentos difíciles, para continuar trabajando.

Lic. Adelina González Ramírez.

Lic. Beatriz del Razo Cantellano.

Lic. María Elena Téllez Martínez.

Mtra. Violeta Mandujano Pérez.

Agradezco su dedicación, tiempo, paciencia y profesionalismo que me brindaron en todo momento.

A mis padres:

Les doy las infinitas gracias por haberme dado la vida.

A mi hijo:

Gracias por lograr en mi una fuerza interna para continuar, por ser además de mi hijo, mi amigo, gracias por mis mejores deseos y propuestas para que sigas adelante, nunca te detengas, tu apoyo y cariño son muy importantes para mí.

A la U.N.A.M.:

Gracias por darme el privilegio de pertenecer a su comunidad, por sus enseñanzas y conocimientos adquiridos en sus aulas a través de mi querida E.N.T.S.

*Aprendí acerca de la fuerza
Que se consigue viviendo
Con la familia. Aprendí a
seguir adelante por igual
en tiempos buenos o
malos. Aprendí a no
desesperarme cuando
mi mundo estaba
ya cayendo.*

*Aprendí que no hay comida
Gratis y aprendí acerca
Del valor de trabajar duro.*

*Al final usted ha conseguido
Ser productivo. Eso es lo que
hace a un país grande.*

Lee Iacocca.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	4
CAPÍTULO I.	8
MARCO JURÍDICO DE LA SALUD EN MÉXICO.	
1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	8
1.1 Plan Nacional de Desarrollo.	8
1.2 Ley General de Salud.	11
1.3 Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993.	14
1.4 Programa de Salud Reproductiva	16
CAPÍTULO II	21
LA DINÁMICA FAMILIAR ANTE UNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA	
2. Concepto de familia.	21
2.1 Dinámica familiar con enfoque sistémico.	24
2.1.1 El Genograma en el estudio de la familia.	31
2.2. Aplicación del familiograma para conocer la dinámica familiar	44
2.2.1 La importancia de la comunicación en la familia.	47
2.3 Concepto de malformación congénita	50
2.4 Defectos de pared abdominal.	51
2.5 Malformaciones exclusivas en neonatos.	52
2.6 Concepto de Gastrosquisis.	58

CAPÍTULO III	62
Estudio de Caso.	
3. Contexto Social y Ambiental de la familia.	62
3.1 Estructura familiar.	63
3.2 Características de la familia.	66
3.3 Genograma.	67
3.4 Metodología.	68
CAPÍTULO IV	74
Propuesta de intervención del trabajador social.	
4. Trabajador Social y familia del paciente con malformación congénita (gastrosquisis).	74
4.1 Alternativas para el manejo del problema del sistema familiar.	74
4.1.1 Redes de apoyo.	77
4.2 Manejo del duelo con la familia del menor con malformación congénita.	80
4.3 Propuesta metodológica de Trabajo Social.	83
CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	93

INTRODUCCIÓN.

En todo sistema familiar en el que se presente un problema de salud, se verá alterada la dinámica familiar, especialmente cuando un nuevo miembro de la familia se presenta con alguna malformación congénita, que se relaciona en la mayoría de las ocasiones con pérdida de la vida.

En estos casos los padres desarrollan sentimientos de angustia, depresión, rabia, culpa etc.; sin definir contra quién, o contra que, en ocasiones manifiestan ser el padre o la madre quién ocupe el lugar del enfermo; otras se culpan el uno al otro, argumentando posibles causas, pues les es difícil ser testigos del sufrimiento que está viviendo el menor, que cursa con una enfermedad que inició su evolución desde la gestación.

Es entonces cuando es necesaria la intervención del Lic. en Trabajo Social, para junto con los padres encontrar alternativas de solución a los problemas y por ende mejorar la calidad de vida del sistema familiar.

Las familias de escasos recursos económicos difícilmente tienen acceso a la atención en hospitales privados y ante esta limitante acuden a hospitales públicos, que brindan atención a población que no cuente con seguridad social; sin embargo, por la gran demanda de atención no es posible brindar cobertura oportuna y eficiente, ya que existen limitaciones en cuanto a infraestructura, insumos y recursos humanos, presentes en las instituciones de salud.

El caso aquí presentado corresponde a una familia extensa, en la que el paciente identificado ocupa el tercer lugar entre sus hermanos.

La familia está compuesta por padre, madre, hijos y nietos, sus recursos económicos son bajos, ya que subsisten con lo que el jefe de familia, abuelo del paciente y un tío de la misma perciben trabajando como obreros.

En el presente estudio monográfico se hace una recopilación de diferentes textos referentes a la familia y al enfoque sistémico, así como la dinámica familiar.

Para sustentar el presente trabajo, en el primer capítulo se describirá el marco jurídico de la salud en México.

En el capítulo segundo se describirán los aspectos teóricos de la familia, malformaciones congénitas, estadísticas de mortalidad infantil registradas en el año 2002, descripción de malformaciones exclusivas en neonatos, el concepto de gastrosquisis, la dinámica familiar con enfoque sistémico, derivado de la teoría de sistemas, la cual se eligió ya que la familia es un sistema; también se aborda el genograma y sus trazos para el tratamiento familiar, que sirve para recoger y clarificar la percepción que se tiene de la historia familiar sobre tres generaciones o más.

También se aborda el familiograma que es un esquema que sirve de apoyo en la investigación y la técnica de la entrevista, siendo necesario enmarcarlo dentro de una metodología o sistema de aplicación. Que va a facilitar la realización de un diagnóstico integral generacional esquematizando las geografías y las dinámicas familiares, lo cuál es de gran utilidad para: El trabajo en equipo multidisciplinario y la comunicación que son indispensables en las relaciones interpersonales de las familias.

En el capítulo tercero, se describe el estudio de caso en el cual se contempla el contexto social y ambiental de la familia, la estructura familiar, las características de la familia, la construcción de un genograma y la metodología que se utilizó.

Sin embargo, es doloroso que después de haber vivido meses de angustia se presente una patología agregada, y el menor pierda la vida. El Licenciado en Trabajo Social hará presente una segunda intervención para el manejo del duelo

de la familia, para que ésta acepte que morir es tan natural como nacer y crecer, que el materialismo de nuestra cultura ha convertido a este último acto de desarrollo en algo aterrador.

Por último se subraya la intervención del Trabajador Social con la familia del menor con malformación congénita, las alternativas de manejo de la problemática que se presenta dentro del sistema familiar, las redes de apoyo a las que acude la familia del menor, como el manejo del duelo y la propuesta metodológica de Trabajo Social.

En este estudio se llevó acabo una investigación bibliográfica y de campo para encontrar el marco de referencia respecto a la intervención y a la forma de cómo la familia puede recuperar un estado emocional óptimo y mejorar la interacción del sistema familiar.

Capítulo I

CAPITULO I

1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

En México los fundamentos legales al respecto parten del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra dice: toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.¹

1.1 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

Plan Nacional Desarrollo 2001-2006.

La salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México. Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales, en nuestro país las instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 que el Presidente de la República Lic. Vicente Fox Quesada presentó ante la sociedad, en el que se plasman claramente las acciones de hoy para el México del futuro.

El Plan Nacional de Desarrollo es el punto de referencia para la formación de los programas sectoriales. Siendo el programa de salud el primero de los programas en presentarse.

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ediciones Sun-Shine. México, 2003. p. 12

De conformidad con lo señalado en la Ley de Planeación, para la elaboración del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se convocó a una amplia consulta ciudadana en todo el país. La respuesta de la población fue verdaderamente ejemplar, no sólo por su volumen, sino también por su diversidad y calidad. El mayor número de aportaciones fueron recibidas a través de buzones del programa "Mandé", seguidas por aquéllas presentadas en los foros de consulta estatales y federales y, en tercer lugar, por las contribuciones enviadas a través de Internet. Se contó con la participación de más de treinta mil personas.

La estructura del Programa Nacional de Salud está basada en un diagnóstico de salud y los servicios que se tienen, a continuación se articula la visión del sistema al que las mexicanas y mexicanos quieren llegar, según lo expresaron en la consulta ciudadana. El siguiente apartado propone el camino a seguir para hacer realidad esa visión mediante estrategias y líneas de acción.

Las transformaciones por las que atraviesa nuestro país ejercen una presión sin precedente sobre el sistema de salud. La transición demográfica y epidemiológica, los cambios sociales y políticos, y los avances científicos y tecnológicos exigen de los servicios de salud un esfuerzo de gran magnitud.

El diagnóstico se organizó en tres dimensiones de análisis: Primera, la magnitud de la carga de enfermedad, discapacidad y muerte de vida a riesgos y daños específicos; Segunda, las necesidades de salud que corresponden a las distintas etapas del ciclo de vida y a ciertos grupos vulnerables; tercera, las condiciones estructurales y funcionales del actual sistema.

A partir de estas dimensiones de análisis, se identificaron tres grandes retos para el sistema de salud: equidad, calidad y protección financiera.

Sin haber resuelto el rezago representado por las infecciones comunes, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva, tenemos ya frente a nosotros

un conjunto de problemas emergentes representados por las enfermedades no transmisibles, las condiciones de salud mental, incluyendo las adicciones y las lesiones tanto accidentales como violentas. El doble reto de la equidad consiste en cerrar la brecha de rezagos, y al mismo tiempo, combatir frontalmente los problemas emergentes.

La calidad de la atención es el segundo reto. Los largos tiempos de espera son una causa frecuente de queja y un motivo para que la población no utilice los servicios públicos. En las unidades de primer nivel hay problemas de abastecimiento de medicamentos, mientras que en los hospitales el equipamiento es a menudo insuficiente y obsoleto.

El tercero de los grandes retos es la falta de la protección financiera de muchos mexicanos a pesar de los avances en la seguridad social, más de la mitad del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de las personas, quienes deben pagar por su atención en el momento de usar los servicios. Esto deja a millones de familias ante la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus seres queridos sufrir de enfermedad por falta de dinero. También deja a muchos médicos frustrados porque la inseguridad financiera del paciente les impide otorgarle toda la calidad de que serían capaces si no existieran barreras económicas.

La salud es uno de los medios más efectivos para combatir la pobreza. No podemos permitir la paradójica injusticia de que el pago por la salud se vuelva, en sí mismo, un factor de empobrecimientos. Deben terminarse los sacrificios que ponen en peligro la seguridad de las familias.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 busca responder a estos desafíos para contribuir así al cambio en el país. Su mensaje central es claro para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención.²

² Centro de documentación e información en epidemiología "*Hacia un sistema universal de salud*". pp. 28-31.

1.2 LEY GENERAL DE SALUD.

Atención materno-infantil.

En su artículo 61 se hace referencia a la atención materno-infantil que tiene como carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- II. La atención del niño y vigilancia de su crecimiento y desarrollo incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

En el artículo 96 para los efectos de este reglamento se entiende por:

Hospital gineco-obstétrico: todo establecimiento médico especializado que tenga como fin la atención de las enfermedades del aparato genital femenino, del embarazo, el parto y el puerperio, y

Hospital pediátrico: Todo establecimiento médico especializado que tenga como fin primordial la atención médica a menores de 18 años.

La Ley General de Salud dispone que la atención materno – infantil es materia de salubridad general, tiene carácter prioritario y debe comprender entre otros la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.³

³ Ley General de Salud para el Distrito Federal. Tomo I año 2002. Editorial Porrúa. p. 15.

*** ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL DEL PROGRAMA DE ACCIÓN “ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA”**

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 reconoce que una buena salud es una condición indispensable para tener una auténtica igualdad de oportunidades, por lo que plantea como uno de sus objetivos fundamentales elevar, desde las primeras etapas de la vida el nivel de salud de la población.

En ese mismo sentido, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 considera que una mala atención prenatal, un parto no atendido adecuadamente o déficit nutricional en los primeros años de vida predisponen a la pobreza, por lo cual establece, entre sus líneas de acción, el programa denominado “Arranque Parejo en la Vida”; cuyos objetivos principales incluyen garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas de México.

No obstante las acciones que en materia de atención al binomio madre-hijo se han desarrollado en los últimos años, se estima conveniente reforzarlas mediante una instancia que apoye los esfuerzos, tanto públicos como privados, a favor de la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, que promueva la mejora de la calidad en la atención, así como que permita una efectiva instrumentación y un adecuado seguimiento a las actividades que se desarrollen en el marco del programa de acción.

Con el objeto de contribuir a una cobertura universal y de calidad en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a una adecuada vigilancia de los niños y las niñas desde su gestación hasta los dos años de vida, mediante un estrecho seguimiento y evaluación de las acciones que se instrumenten en el marco del citado programa, incluidas la promoción del fortalecimiento de la infraestructura humana y física, así como del abasto de los insumos respectivos.

El Comité Nacional del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida” se integrará por:

- I. El Secretario de Salud, quien lo presidirá;
- II. El Subsecretario de Prevención y protección de la Salud, quien será el Vicepresidente.
- III. El Secretario del Consejo Nacional de Salud y los Directores Generales de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Equidad y Desarrollo en Salud, de Calidad y Educación en Salud, de Desarrollo de la Infraestructura Física y de Información y Evaluación del Desempeño, así como por los titulares de los centros nacionales de Vigilancia Epidemiológica, para la Salud de la Infancia y Adolescencia.

Además, se invitará a integrarse al Comité al Presidente del Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia; a los directores generales de los Institutos Mexicano del Seguro Social, de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Nacionales de Pediatría, de Perinatología y de Salud Pública, así como del Hospital Infantil de México, Federico Gómez y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; al Coordinador del Programa IMSS Solidaridad; y a los titulares de los Servicios de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.

El Presidente del Comité invitará a formar parte de éste a representantes de instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, así como de los sectores público, social y privado, cuyas actividades tengan relación con las funciones del mismo. Entre ellos se incorporarán, siete secretarios de Salud de las Entidades Federativas, que deberán rotarse según lo determine la Comisión de Salud Pública del Consejo Nacional de Salud. Para el ejercicio de sus funciones, el Comité contará con un Secretario Técnico que será el Director General de Salud Reproductiva que, a su vez, contará con el apoyo de Secretario auxiliar, quien será designado por el Presidente del Comité.⁴

⁴ Ley general de Salud para el Distrito Federal. Tomo II año 2002. Editorial Porrúa.

1.3 NORMA OFICIAL MEXICANA - 007-SSA2-1993.

Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

Esta norma deja sin efecto a las Normas Técnicas No. 36 y37, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 8 de julio de 1986 y la 321 el día 22 de septiembre de 1988.

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, puérperas y a los recién nacidos.⁵

Definiciones y terminología.

- **Edad gestacional:** duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.
- **Embarazo normal:** es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.
- **Embarazo de alto riesgo:** aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

⁵ NOM 007 p. 9

- **Parto con producto prematuro:** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **Nacimiento:** Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.
- **Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- **Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- **Calidad de la atención:** Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).
- **Calidez en la atención:** El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.
- **Oportunidad en la atención:** Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

Atención del embarazo

- El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

Prevención del bajo peso al nacimiento

- En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).
- Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero.
- El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).⁶

1.4 PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.

La vigilancia del embarazo, la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones del embarazo que constituyen las principales causas de muerte materna como son: la preeclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección

⁶ Norma Oficial Mexicana 2002, p. 13

puerperal y las complicaciones del parto, así como el manejo inicial e integral del recién nacido (a) y hasta los dos años de edad.

El programa garantiza una maternidad saludable y sin riesgos en todas las mujeres mexicanas, contribuyendo a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal a través "Programa Arranque Parejo en la Vida".

Una acción fundamental de este programa es la atención prenatal con enfoque de riesgo, para identificar oportunamente en las áreas obstétricas y perinatal el nivel de atención más idóneo para el adecuado control médico de la gestante y su hijo (a).

Asimismo, a fin de partir del mismo marco conceptual, la propia ley presenta una definición de los términos en materia de embarazo saludable, con lo que tenemos que embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del niño (a).

El embarazo de alto riesgo es aquel en el cual se tiene certeza o probabilidad de aparición de daños en la salud para la madre, el feto o el recién nacido (a).

En el control prenatal es muy importante que:

A toda mujer en edad reproductiva se le recomienda una ingesta diaria de ácido fólico de 400mg/día (0.4 mg) especialmente en la etapa periconcepcional (tres meses previos al embarazo y hasta la semana 12 de la gestación), con el fin de disminuir la incidencia de defectos del tubo neural.

En las mujeres que por antecedentes o condición social o geográfica se identifique alto riesgo para la aparición de esos efectos, deben ingerir 4mg/día de ácido fólico tres meses previos al embarazo y durante las primeras 12 semanas del desarrollo fetal.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico: anemia, preeclampsia, diabetes gestacional, cérvico vaginales y urinarias, complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el mismo que solas o en conjunto son condicionantes de embarazo de alto riesgo, y que ponen en peligro la vida de la madre y su producto.

-Sistema informático perinatal.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP/ OMS-OPS) ha propuesto el uso del Sistema Informático Perinatal, como un sistema apropiado vigilancia y referencia de la atención prenatal con enfoque de riesgo.

En este sistema se usan como principales instrumentos la Historia Clínica y el Carnet Perinatal, así como la aplicación de tecnologías de apoyo para determinar o valorar la presencia de riesgo obstétrico bajo o alto.

-El personal de salud deberá identificar en el grupo de mujeres embarazadas sí éstas:

- * No acuden a las unidades de salud.
- * Reciben atención por personal comunitario de salud.
- * Acuden a las unidades de salud.

En caso de que la mujer no acuda a la unidad de salud se le debe identificar, sensibilizar y promover para que acuda a la unidad de atención mediante estrategias y acciones institucionales y comunitarias:

- * Visita domiciliaria por personal institucional.
- * Uso de medios comunitarios de difusión.
- * Instalación y operación de Puestos de Salud para Embarazadas.
- * Fortalecer la comunicación interpersonal entre la usuaria y el equipo de salud.
- * Empleo de espacios y oportunidades de difusión.
- * Servicios de atención integral a los defectos al nacimiento.

Todo recién nacido (a) con hipoxia/asfisia al ingresar al servicio de hospitalización será atendido por personal de salud especializado. La atención se brindará con base en lo establecido en las Normas Oficiales de Salud y en los lineamientos técnicos correspondientes.

**SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL
A LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO**

Unidades de atención integrada dirigidas a niños (as) con secuelas o complicaciones de algún defecto al nacer.

*

Tales servicios brindan orientación y asistencia a las madres y familiares de estos menores con capacidades distintas.

*

Están adscritas a los hospitales pediátricos o del niño (a).

El área ideal para la atención de un neonato con complicaciones es la Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios. En las unidades de atención se debe disponer de farmacia, facilidades de laboratorio y gabinete.

El equipo Médico deberá confirmar el diagnóstico, brindar una atención multidisciplinaria y vigilar su evolución.

Si la evolución es satisfactoria, se deberá referir al recién nacido (a), a su unidad de origen. En caso tener una evolución insidiosa o con complicaciones se continuará con su seguimiento, vigilancia y control en esa unidad especializada.

Capítulo II

CAPÍTULO II

“LA DINÁMICA FAMILIAR ANTE UNA MALFORMACIÓN CONGENITA”

Para efectos de esta investigación es de suma importancia hablar de la familia, ya que al enfrentar un problema de salud uno de sus integrantes, se altera todo el sistema familiar.

2. CONCEPTO DE FAMILIA.

La familia es un producto de la evolución humana en la que se encuentran mecanismos y leyes tanto biológicas como culturales que le son inherentes y dentro de los cuales está la necesidad de satisfacer los impulsos vitales, tanto como la necesidad de evitar el aislamiento y la soledad.⁷

La familia es un grupo social primario surgido por necesidades naturales de sus integrantes, es también una institución creada y estructurada por la cultura con el fin de regular o controlar a los individuos, sus relaciones, su conducta y todo aquello relacionado con el intercambio generacional.⁸

Desde el punto de vista del Trabajo Social, y en un sentido estricto, la familia es un grupo que tiene sus fundamentos en lazos consanguíneos.

La familia es el resultado de un largo proceso histórico, cuya forma actual de carácter monogámico es la pareja conyugal.

En su acepción amplia, la palabra familia hace referencia al conjunto de ascendientes, colaterales y afines con un tronco genético común.

⁷ VOLKERS Gaussmann, Georgina Susana. “Manual de Atención Social a la Familia”. UNAM-ENTS, México. 2001 p. 7

⁸ Ibidem.

Analógicamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre sí relaciones de origen y semejanza.⁹

El diccionario de la lengua española señala que por familia, se debe entender “al grupo de personas que viven juntos bajo la autoridad de una de ellas, número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.¹⁰ En esta definición en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.

Familia es el nombre que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones, que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.¹¹

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la misma especie, no es hasta 1861 cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo.

Un principio básico de toda ciencia es la definición de su objeto de estudio en una forma amplia y a la vez precisa. Así se deberá definir desde el punto de vista de su identificación, es decir, se deberá delimitar y tipificar, de esa forma se posibilita la asignación de responsabilidades de estudio; también se deberá definir desde un punto de vista conceptual y semántico, ya con ello se facilita la comunicación con profesionales de otras áreas, y aún entre los mismos; finalmente, se deberá definir de manera operativa, pues así se materializa la definición conceptual.¹²

⁹ ANDER. Egg Ezequiel, “*Diccionario de Sociología*”. 1988 p. 128

¹⁰ Diccionario de la Lengua Española.

¹¹ Citado en ENGELS. F.: “*El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*”. Editorial Progreso Moscú, 1971. p. 7

¹² FRANCO, C. “*El nivel Psicológico de la conducta*”. Psicología No. 22. México. 1979.

Otras especialidades médicas se han autodefinido sobre la base de áreas anatómicas, edad, sexo o tipo de padecimientos. La medicina familiar, en cambio, abarca porciones de todas las otras especialidades clínicas y disciplinas relacionadas.¹³ Así integra a su práctica y a su cuerpo conceptual, los conocimientos de disciplinas como antropología, sociología y psicología, con lo cual pretende brindar una atención integral y continua a la familia, valiéndose para ello, de los recursos de la comunidad y los de la propia familia.

Elementos teóricos necesarios para estudiar a la familia.

Cada ciencia tiene como punto de partida un cuerpo teórico de conocimientos, el cual permite diferenciarla de otras ciencias. La ciencia es, ante todo, un conjunto de actitudes y por tanto, una disposición para afrontar los hechos con el fin de investigar más de lo que alguien ha dicho sobre ellos. Estos conceptos son de gran valor para el Trabajador Social, ya que el éxito o el fracaso de quien la ejerce dependen, en buena medida, de las actitudes que haya desarrollado durante su formación.

Los siguientes son elementos teóricos le permiten al Trabajador Social cambiar de actitud, le proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensables para el estudio de la familia: éstos son 1) ciclo de vida familiar, 2) estructura y dinámica de la familia, 3) funciones de la familia, 4) principios sobre la teoría general de sistemas, 5) fenómenos de transferencia y contratransferencia y 6) técnica de la entrevista. Estos elementos, o puntos de referencia, son fundamentales para poder abordar una metodología precisa y científica para el estudio de la familia.

¹³ DATZ. L. "*Dinámica de la familia*". Mecanograma. Jefatura de los servicios de enseñanza e investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1979.

2.1 DINÁMICA FAMILIAR CON ENFOQUE SISTÉMICO.

La familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad.

Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogénicos.

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.¹⁴

El estudio de dinámica familiar es un elemento teórico indispensable para el médico familiar. Según Jackson, "la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad".¹⁵ Chagoya agrega que la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás."

¹⁴ GARCÍA Rivas, Socorro. "Manual Modelos de Atención Social a la Familia." pp. 21 y 23

¹⁵ JACKSON. D. D. "The study of the family". Family process. 1965. pp. 4 -9

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de las partes, y que los diferentes elementos que la compone, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el Trabajador Social debe conocer ya que puede influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica. A este respecto. Saucedá y Fonrraceda han hecho una síntesis que puede ser de gran utilidad.¹⁶

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes:

- Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semintegrada o desintegrada.
- Desde el punto de vista de sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural o urbana.
- Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intra familiares, puede clasificarse en funcional o disfuncional.
- Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.

No hay una sola clasificación y no se puede decir que una sea mejor que la otra. Una clasificación muy empleada es la que considera a la familia como nuclear o extensa.

¹⁶ SAUCEDA. J. M.; FONCERRADA. M. M. "La exploración de la familia, aspectos médicos, psicológicos y sociales". Rev. Med., IMSS, 1981; pp. 19-155.

La familia nuclear agrupa tan sólo a los padres y a los hijos, a los padres sin hijos, o bien a uno de los padres con hijos cuando el otro ha muerto, se ha retirado o divorciado.¹⁷ En esta familia cuando uno de los padres falta, se convierte en una familia incompleta. En cambio, la familia extensa es la formada por los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo.

En lo que se refiere a las funciones familiares, se puede señalar que desde el punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas.

Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo, como ejemplo si un individuo se integra a un sistema familiar que no es el propio adquiere la cultura de ese sistema al cual se integró (adopción). En cambio, la función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.

Ejemplo: Que el individuo permanezca siempre en el sistema familiar en donde fue concebido.

La exploración de la familia no es una tarea fácil y tampoco se logra, como señala Saucedo y Foncerrada, con el registro mecánico de una lista larga de preguntas. Se requiere estar preparado y capacitado en técnicas de entrevista grupal; de otra forma lejos de tener fines de estudio metodológico la reunión con la familia se transforma en una lluvia de ideas tanto del médico como de la familia, que a la larga sólo produce frustraciones. Es necesario que el médico se percate que tanto en la entrevista con el paciente como con la familia, ocurren una serie de expectativas que de uno y otro lado pueden entorpecer o facilitar la propia entrevista. Estos fenómenos han sido denominados en general transferenciales y contratransferenciales, el médico puede prepararse para percibirlos y manipularlos y con ello facilitar la entrevista clínica.¹⁸

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ BALINT. M. "*El médico, el paciente y su enfermedad*". Ed. Libros básicos, Buenos Aires. 1961.

Teoría de los sistemas.

Dentro de la concepción científica de finales del siglo XX, se ha presentado un paradigma científico de naturaleza esencialmente nueva. El modelo reduccionista o mecanicista, partía de la premisa de aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual. Este nuevo punto de vista sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Esta nueva comprensión de las ciencias físicas, humanísticas y sociales, resultó de una necesidad por entender con mayor amplitud los fenómenos racionales, los problemas teóricos, las ciencias biológicas, así como de la modernización que la ciencia necesita, con una nueva concepción que vislumbra a los organismos biológicos no como entes aislados, sino como un todo, dentro de la intervención sistémica, para verlos con niveles de organización consigo mismo y con el mundo que lo rodea a través de estímulos reales.

La teoría general de sistemas, desarrollada por Ludwing Von Bertalanffy, es la exploración científica del todo y de sus totalidades. Tiene una matriz de tipo biológico y ha proporcionado estímulos y respuestas sumamente interesantes por la posibilidad de aplicación en el campo de las ciencias sociales.

Las metas u objetivos de la teoría general de los sistemas en la ciencia serán conducir a una integración contextual de instrucción científica de las ciencias naturales y sociales, así como determinar una teoría no exacta en los campos no físicos de la ciencia.¹⁹

Si se toma en cuenta que todo organismo viviente es un sistema abierto, con una continua asimilación y eliminación de elementos para mantenerse en un estado de homeostasis o equilibrio; una familia sería un sistema viviente que se rige por los

¹⁹ L. VON, Berta lanffy. "*Teoría General de Sistemas*". Ed. Fondo de Cultura Económica, Madrid. 1976. p. 7

mismos estímulos. Por tanto, podemos postular que la teoría de los sistemas, en un marco conceptual de la terapia familiar, nos permitirá obtener una nueva visión respecto de la conceptualización habilidad y patología; modificando la unión lineal o reduccionista, por un sistema o contextual.

El individuo no puede ser entendido sino como una parte de un sistema (familia, lugar de trabajo, sociedad) de la que participa y en el que se integra. Por ejemplo, ante un mismo suceso nuestra actitud y nuestro comportamiento no será el mismo si nos encontramos con nuestra familia, en el trabajo o si vamos a salir con unos amigos.

El modelo sistémico o contextual determina el comportamiento como resultado de múltiples causas, su significado dependerá de esta multiplicidad de factores, que no necesariamente serán vistos como patológicos, ya que hay una forma infinita de comportamiento y de conductas, de pensamientos y de familias. Para los sistemas no hay ni existe la familia normal, cada familia tiene el derecho y la libertad de vivir su propia verdad y razón de vida; si hay muchas formas de vivir la vida, también debemos aceptar esto y no encasillar a una persona en un patrón rígido de patologías.

Las características más importantes de los sistemas abiertos, que se pueden utilizar en el estudio de la interacción humana son:

TOTALIDAD de un sistema, se entiende que cada una de sus partes esta en una relación tal con las demás partes que lo constituyen, que todo cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el propio sistema. Esto quiere decir que el sistema se comporta como inseparable y coherente por lo que los factores no pueden variar individualmente sin condicionarse el todo. Un sistema no es igual a la suma de sus partes y esto traslada la atención al todo. Por ejemplo, el que un hijo se case y separe de la familia de origen puede desequilibrar las relaciones entre sus padres, si éste servía de mediador a los conflictos de la pareja (totalidad), pero por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeñan el rol que les caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).

- a) **RETROALIMENTACIÓN** es la base de la circularidad característica de los procesos interactivos. Una información que va del emisor al receptor, implica una información positiva de retorno, (feed-back) de esta última al emisor. Este concepto, ha permitido la posibilidad de observar, el funcionamiento de sistema en interacción, tanto en biología, como en psicología, sociología y otras ciencias.
- b) Toda información de retorno puede tener dos efectos: 1) hace que se logre o mantenga la estabilidad (homeostasis) del sistema y es por tanto negativo (dice no al cambio). Por ejemplo, ante la creciente intensidad de las discusiones entre los esposos, el hijo sintomático puede demandar su atención ante la manifestación aguda del síntoma. De esta forma, el feed-back negativo que proporciona el sistema, mantiene la organización del sistema familiar impidiendo que las discusiones entre la pareja, lleguen a una ruptura. 2) es positiva y provoca una pérdida de estabilidad y equilibrio en el sistema, favoreciendo un cambio (morfogénesis) por ejemplo, los integrantes de una familia apoyan la decisión de su hija adolescente, para que acepte una beca para estudiar en el extranjero durante un año, lo cual fomenta una postura de mayor independencia mutua. Como los sistemas intercambian información continuamente en su interior y con el exterior, cada uno de ellos debería ser retenida, elaborada y comparada con los modelos organizativos que basándose en este proceso, podrán tener una confirmación (homeostasis) o recibir un estímulo a la transformación (morfogénesis).
- c) La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, las que generalmente están determinadas por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.

- d) Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales; esto es la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc. Por tanto, se deberá ver en la terapia familiar el comportamiento de A, B, C, D y además para determinar el patrón contextual no solo de A sino de todo el sistema familiar.
- e) La propiedad de Equifinalidad indica que en un sistema abierto, circular y autorregulado, los resultados entendidos como modificaciones pasado un tiempo determinado, no son provocadas tanto por las condiciones iniciales cuanto por la naturaleza del proceso. En otras palabras, los mismos resultados pueden tener distintos orígenes. Es decir los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Por ejemplo, ya sea por cuestiones de la relación o del contexto en el que se desenvuelven dos parejas, pueden llegar a una forma de organización doméstica similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro integrantes de las parejas sean diferentes.
- f) La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Entre los sistemas vivientes abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de los subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos. La familia del año 2000 y años subsecuentes se diferencia mucho de la familia de principios de siglo, así como sus miembros; algunos podrán permanecer inmutables a los cambios, pero finalmente estos ejercerán una fuerza para modificarlos o destruirlos. Todos los cambios realizan una fuerza o inercia de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar, así, la estructura del mundo es cambiante como debería serlo la estructura familiar.

2.1.1 EL GENOGRAMA EN EL ESTUDIO DE LA FAMILIA.

Definición de Genograma.

Ann Hartman, (1978) define al Genograma como el esquema gráfico de la familia, en el cual se representan todos sus miembros, sexo, edad, y relación de parentesco. Es un árbol familiar que incluye datos sociales, contempla 3, 4 ó más generaciones, que informa sobre relaciones genealógicas, principales eventos familiares, ocupaciones, pérdidas (muertes), migraciones, identificación y asignación de roles, comunicación y en general, el tipo de intensidad de las relaciones familiares, estableciendo la relación de cada individuo inter e intrageneracionalmente.²⁰

El genograma toma su nombre de la técnica de investigación social que es denominada Genealogía: del griego *genea*, "generación" y *logos*, "tratado",²¹ es decir, tratado de la generación. En la actualidad se conoce con gran diversidad de nombres como el árbol genealógico, familiograma, mapa familiar, entre otros. Sin embargo, se coincide en señalar que, es un cuadro descriptivo mediante símbolos convencionales del estudio ascendente de un individuo, así como de las líneas de descendientes directos, las relaciones entre parientes consanguíneos y conyugales o rituales, que permitan descubrir aspectos de la organización social de la familia.

Las genealogías son utilizadas para entender y estudiar el tronco común de parentesco que existe en la comunidad, en el estudio de grupos primitivos y las relaciones familiares en las grandes ciudades. En éstos se registran los nombres y las relaciones entre todos los individuos de la comunidad, permite conocer las relaciones que hubo con personas ausentes o que se han muerto, descubre la forma en que se heredan los bienes materiales y la fuerza que tenían las relaciones familiares y de parentesco en la organización social de la comunidad.

²⁰ HARTMAN, A. "Evaluación Diagramática de las relaciones familiares" Revista Casework E.U.A. 1978. p.78

²¹ ANDER. Egg Ezequiel, Op. Cit. p. 128

Para Matilde Du Ranquet (1996-Francia) “el Genograma, no es un instrumento de evaluación familiar, sino una técnica de tratamiento familiar no verbal, que sirve para recoger y clarificar la percepción que se tiene de la historia familiar sobre tres generaciones o más. Registra los hechos del estado civil, los acontecimientos familiares y los sentimientos que éstos hechos despiertan en la persona que construye el Genograma. Facilita el acceso a la percepción de sí mismo, de los otros, de las interrelaciones y la dinámica de la familia.”²²

Al estudiar el sistema familiar desde el punto de vista histórico y evaluar previas transiciones de ciclos vitales, se puede situar las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia. Es por eso que en general el Genograma incluye tres generaciones de familiares así como los sucesos más importantes y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el ciclo familiar. Mónica Mc Goldrick y Randy Gerson definen el Genograma como “un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de la familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones”.²³

Elaboración del Genograma

La entrevista para elaborar el Genograma.

- Definición de entrevista. Para la mayoría de los trabajadores sociales entrevistar, es una actividad inherente a la profesión, de acuerdo a este perfil, estar en contacto con las personas es una tarea cotidiana, no obstante, es fundamental hacer algunas precisiones.

²² M. DU Ranquet, “Le Approches en Service Social”. 1996 p. 301

²³ Mac. Goldrick M., Y Gerson. (1987) Metodología Básica para la Atención de la Familia. “Genogramas en la Evaluación Familiar”. Gedisa, Buenos Aires, Barcelona 1993. p. 17

Aunque existen diferentes propósitos para realizar entrevistas, en ésta ocasión se aborda como una técnica flexible de investigación, que sirve para recabar los datos necesarios para construir un Genograma. Una vez que el propósito está claro, se debe orientar la entrevista para conseguirlo. Si no existe un objetivo preestablecido, una interacción entre dos o más personas no puede catalogarse como entrevista, caería más en los terrenos propios de una conversación.

Como lo señala A. Kadushin: “la definición más simple de una entrevista es: Conversación con un propósito deliberado, mutuamente aceptado por los participantes”.²⁴

Es probable que los datos para elaborar el Genograma sean proporcionados por un informante clave, dos o más miembros de la familia o incluso por una familia completa.

A los participantes en una entrevista se les denomina con el nombre de entrevistador y entrevistado, el primero es la persona que dirige la entrevista, usa el dominio de la técnica para lograr el objetivo; el segundo es la persona o personas que proporcionan la información, buscando que se le brinde ayuda, se solucione su demanda o solicitud.

Se debe tomar en cuenta que las personas acuden a las entrevistas llevando consigo esperanzas, miedos, expectativas; en ésta compleja acción de proporcionar y recibir información, cada participante lleva propósitos y expectativas que espera satisfacer, por ello, asumirán los roles moldeando la conducta, es decir, se comportan según lo que creen que se espera de ellos, buscando el rol apropiado.

²⁴ KADUSHIN. A., “*La entrevista en Trabajo Social*”, 1978. p. 45

De acuerdo con uno de los principios de la comunicación, el comportamiento es sinónimo de comunicación. Al respecto Watzlawick y Jackson (1989) refieren que la entrevista es entonces una forma especializada de comunicación.²⁵ De acuerdo con este axioma, en una entrevista, los participantes mantienen una interacción combinada donde se presentan tanto la comunicación verbal que incluye todas las palabras expresadas, como no verbal o análoga, que incluye postura, gestos, es decir cualquier manifestación no verbal que el organismo sea capaz de realizar. Es importante entonces que el trabajador social realice observaciones tanto de lo que se expresa y del modo como lo expresa.

Trazado de la Estructura Familiar.

El genograma permite mostrar gráficamente cómo están biológica y legalmente relacionados los diferentes miembros de una familia.

= Los círculos y cuadros representan personas.

=Las líneas describen sus relaciones.

=El año de nacimiento se indica a la izquierda de la figura

= El fallecimiento se indica a la derecha.

= El signo "X" dentro de la figura indica que la persona ha muerto.

= Las relaciones de pareja se ilustran mediante una línea discontinua de puntos, y se registra el año en que se conocieron o empezaron a convivir.

= Dos personas casadas están conectadas por líneas continuas horizontales y verticales, con el marido situado a la izquierda y la mujer a la derecha.

²⁵ P. WATZLAWICK, BEAVIN y J. JACKSON. "Teoría de la Comunicación Humana", 1989, p.45

- = La "m" seguida de una fecha indica cuando contrajeron matrimonio.
- = En la línea de unión entre los cónyuges se indican también las separaciones y los divorcios.
- = Las barras inclinadas significan la interrupción del matrimonio
 - a) una barra para la separación y b) dos barras para el divorcio.
- = Cuando existen segundas nupcias se disponen de izquierda a derecha, colocando el matrimonio más reciente en último lugar.
- = En las familias con hijos, cada uno de ellos pende de una línea que conecta a los padres, situándose de izquierda a derecha por orden de edad.
- = Las líneas convergentes unen gemelos a la línea de los padres; si son univitelinos se enlazan entre sí con una barra.
- = En los casos en que existen hijos adoptivos, éstos se unen a los cónyuges mediante una línea discontinua de puntos.
- = Para señalar qué miembros de la familia viven en el mismo hogar, se emplea una línea de forma irregular que los engloba. Así se aporta información relevante, especialmente en las familias casadas en segundas nupcias, en las cuales los hijos pasan temporadas diferentes.

En la construcción de un genograma comprende el trazado de las relaciones entre los miembros del sistema familiar, simbolizadas por diferentes tipos de líneas.

Los contenidos del genograma se obtienen a partir de la primera entrevista con la familia y se van complementando con las entrevistas subsecuentes. Las edades y fechas relevantes muestran cuáles son las transiciones del ciclo vital a las que están adaptando el sistema familiar y sí los roles, las funciones familiares.²⁶

²⁶ Mac. Goldrick M., Y Gerson. (1987) Op. Cit. pp. 33 - 34

Bases citogenéticas de la herencia.

Los genes son las unidades orgánicas que controlan la herencia y se encuentran arreglados linealmente en los cromosomas, ocupando un sitio o locus específico. Por su tamaño submicroscópico, los genes no pueden observarse directamente, pero los cromosomas, que son los elementos intracelulares que los transportan, pueden estudiarse directamente con el microscopio de luz.

Todas las células tienen cromosomas localizados dentro de su núcleo. Cada célula somática normal de un individuo dentro de la misma especie tiene un número constante de cromosomas, que en los organismos de reproducción normal se denomina cromosómico diploide ($2n$). En tales organismos, las células encargadas de la reproducción, llamadas gametos, tienen un número cromosómico igual a la mitad del número diploide, el denominado número haploide o simple (n). Así, por ejemplo, un individuo de la especie humana tiene 46 cromosomas en las células somáticas y 23 en los gametos, el óvulo o el espermatozoide. El proceso por el cual el número cromosómico se reduce a la mitad se denomina meiosis (del griego, *meios*, mitad y *osis*, estado o condición).

Cuándo ocurre la fertilización, un espermatozoide (gameto masculino) penetra dentro del óvulo (gameto femenino) y, como cada uno de estos gametos trae 23 cromosomas, la célula que ha resultado de esa unión traerá 46 cromosomas. Esta célula totipotencial, denominada cigoto mediante un largo y laborioso proceso de diferenciación y desarrollo, dará origen a un individuo adulto con millones de células en su organismo, cada una de las células con 46 cromosomas, a excepción de sus células gaméticas. El proceso de división celular que ha mantenido este número constante, a partir del cigoto, recibe el nombre de mitosis (del griego *mitos*, hilo, y *osis*, estado o condición).

De los 46 cromosomas cada ser humano, 23 son aportados por el padre y 23 por la madre. Hace que el complemento cromosómico humano normal este formado en realidad por 23 pares de cromosomas; cada miembro de un par de cromosomas ha sido dado por un progenitor. De los 23 pares, 22 son comunes al hombre y a la mujer, y se denominan autosomas; el par restante recibe el nombre de gonosomas o cromosomas sexuales y son 2 cromosomas X en la mujer (46,XX) y un X y un Y en el varón (46XY).

Por consiguiente, los óvulos normales llevarán siempre 22 autosomas y un cromosoma X, mientras que los espermatozoides normales llevarán 22 autosomas, pero aproximadamente la mitad de ellos portaran un cromosoma X y la otra mitad un cromosoma Y. Si un espermatozoide que lleva el cromosoma X es el que fecunda, el producto resultante será una mujer; si el espermatozoide lleva cromosoma Y el producto será un varón. Los cromosomas que forman cada par se llaman cromosomas homólogos, y los genes que ocupan los mismos *loci* (lugares) en los cromosomas homólogos se denominan alelos.

Herencia Mendeliana.

Es importante recordar algunos conceptos: los genes son las unidades de la herencia y definen todas las características de la genética de un individuo. Alelos son las formas alternativas de información genética en un locus; es decir, en un sitio específico de un cromosoma. Cuando ambos alelos son idénticos (AA, aa) se dice que el individuo es homocigoto para ese par de genes; Si los dos genes son normales la persona será homocigota normal y si son mutantes, será homocigota mutante. Cuando los dos alelos son diferentes (A, a), se dice que es heterocigoto. El genotipo es la continuación genética de un individuo y puede ser a nivel de todos sus genes de algunos o sólo de un par de alelos, mientras que el fenotipo es la expresión observable de un genotipo ya sea a nivel morfológico, celular, bioquímico o clínico. Por ejemplo, si un paciente tiene las manifestaciones clínicas

de enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia pancreática, y cloruros en sudor elevados, presenta el fenotipo clásico de la fibrosis quística. Si el estudio molecular demuestra que tiene la mutación delta F508 en los dos alelos del gen CFTR (el gen responsable de la fibrosis quística), se dice que su genotipo es delta F508/ delta 508 y que es homocigoto para dicha mutación. Cabe aclarar aquí, que si una persona tiene dos mutaciones diferentes en el mismo gen se denomina heterocigoto compuesto.

Por ejemplo un individuo con fibrosis quística puede tener una mutación delta F508 en un alelo y una mutación G542X, en el otro, su genotipo es delta F508/G542X y es un heterocigoto compuesto.

Las enfermedades o rasgos mendelianos tienen diferentes patrones de herencia que dependen de lo siguiente:

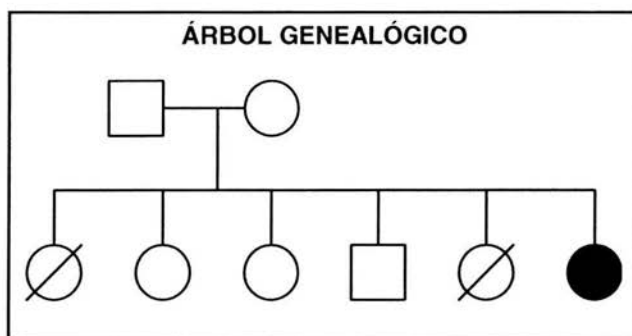
1. La localización del gen. Si el gen se localiza en un autosoma, será autosómico, si se localiza en un sexocromosoma, será ligado al sexo. Para fines prácticos, la mayoría de los genes que producen enfermedades ligadas al sexo, se encuentran en el X por lo que serán ligadas al X.
2. El efecto del gen. Cuando un fenotipo se expresa en la misma forma en un individuo homocigoto (AA) o heterocigoto (Aa), se dice que es dominante mientras que es recesivo si solo se expresa en un homocigoto (aa), o en el caso de que sea ligado al X en el varón Homocigoto. Si ambos alelos son diferentes y ambos se expresan se dicen que son codominantes, como por ejemplo el grupo sanguíneo AB. Así, la herencia mendeliana homonogénica se clasifica en autosómica dominante, autosómica recesiva, ligada al X dominante, ligada al X recesiva.

Herencia autosómica dominante.

Los trastornos y padecimientos autosómicos dominantes se transmiten a través de individuos heterocigotos afectados que se aparean generalmente con personas normales y que tienen 50% de riesgo de transmitir el gen mutante a su descendencia.

El hijo que recibe el gen mutante del progenitor afectado y el gen normal del progenitor sano, será heterocigoto y manifestará el carácter o trastorno. Por el contrario, el hijo que recibe de ambos progenitores el gen normal es homocigoto normal, por lo cual no tiene el trastorno o padecimiento y, puesto que no hereda el gen mutante, no tiene riesgo de transmitirlo. Por lo general, el individuo afectado tiene un progenitor igualmente afectado; sin embargo en algunas enfermedades autosómicas dominantes es común que la persona afectada tenga padres normales; estos casos son, entonces, debidos a una mutación de novo, o nueva, que se ha producido en el gameto de uno de los dos progenitores.

En una familia en la cual una pareja aparentemente normal ha tenido 6 hijos, dos de los cuales fallecieron por diversas causas y eran fenotípicamente normales; Otros tres niños, han tenido un crecimiento y desarrollo normal, la más pequeña nació con talla baja, desproporcionada, manifestaciones clínicas y radiológicas características de la acondroplasia. Este caso es un ejemplo de una mutación de novo que ocurrió en uno de los gametos que dio origen a la niña.



Mutación de novo.

Las mutaciones de novo se asocian con la edad paterna avanzada y esta asociación se ha observado en padecimientos como la acondroplasia, la neurofibromatosis, el síndrome de Apert y el de Marfán. Otra característica importante de la herencia autosómica dominante y que la diferencia de la herencia ligada al X, es que no hay preponderancia de uno de los dos géneros y que el carácter se transmite de varón a varón.

En resumen, las características que se deben recordar de la herencia autosómica dominante son las siguientes:

1. El carácter se manifiesta en los heterocigotos para el gen.
2. El carácter aparece en todas las generaciones de la familia y se transmite a través de personas afectadas (transmisión vertical). Los individuos normales de la familia no lo transmiten.
3. Se presenta por igual en ambos sexos.
4. La persona con el carácter o el trastorno tiene un riesgo de 50% de heredarlo a sus hijos, cuando se aparea con una persona normal.

Además de estos conceptos generales, cuando un médico o un profesional de la salud está estudiando a un paciente o una familia que presenta un padecimiento autosómico dominante, debe tener en cuenta algunos fenómenos relevantes y frecuentes como son la expresividad variable del padecimiento, la no penetrancia, la heterogeneidad genética y la edad de aparición de la enfermedad.

La expresividad variable se refiere precisamente a la variabilidad en las manifestaciones clínicas que presentan las personas afectadas, aún en una

misma familia. Tomando como ejemplo la esclerosis tuberosa o epiloia. Las manifestaciones clínicas más comunes son manchas hipocrómicas lanceoladas, convulsiones, retraso mental, angiofibromas faciales en alas de mariposa, lesiones cutáneas, calcificaciones intracraneanas, quistes óseos y rabdiomiomas intracardiácos. Sin embargo no todos los individuos afectados tienen todas las manifestaciones, algunos pueden presentar por ejemplo, únicamente los angiofibromas faciales, las manchas lanceoladas, mientras que otros presentan el cuadro completo con manifestaciones neurológicas graves como retraso mental y crisis convulsivas de difícil manejo. Por ello, en estos casos, es importante la exploración física e intencionada de los parientes de primer grado del caso índice (el paciente que acude a consulta), así como solicitar algunos estudios de laboratorio de gabinete con el objeto de cerciorarse de quienes son los miembros de la familia que manifiestan algún dato de la enfermedad.

La penetrancia se refiere a la capacidad del gen de manifestarse o no. Se dice que la penetrancia es completa, cuando 100% de los individuos que tienen el gen, manifiesta en mayor o menor grado el carácter o enfermedad; por el contrario, se dice que la penetrancia es reducida o incompleta, cuando menos de 100% de las personas que tienen el gen, lo manifiestan.

La heterogeneidad genética se observa cuando diferentes genes mutantes producen un cuadro clínico similar, pero con diferentes formas de herencia. Por ejemplo, la sordera congénita puede deberse a genes autosómicos dominantes, autosómicos recesivos o ligados al X. Se habla de la heterogeneidad alélica cuando en un mismo gen ocurren diferentes tipos de mutación que pueden producir cuadros similares o muy distintos entre sí. Un ejemplo muy notorio es el gen del factor de crecimiento de fibroblastos tipo 3 (FGFR3), en el cual diferentes mutaciones causan fenotipos muy distintos como son la acondroplasia, la hipocondroplasia y la displasia tanatofórica.

La edad de aparición es otra característica importante ya que hay enfermedades genéticas que se manifiestan desde el nacimiento, como la acondroplasia, y otras que se expresan durante la vida de la persona como por ejemplo la distrofia facioescápulohumeral o la enfermedad de Huntington. Con el advenimiento de la genética molecular, algunas de estas enfermedades se pueden diagnosticar en forma presintomática, mediante la identificación de la mutación en el gen responsable.

Herencia autosómica recesiva.

Las características o padecimientos autosómicos recesivos se manifiestan en las personas que son homocigotas para el gen mutante; es decir, que han recibido un alelo mutante de cada uno de sus padres. A la vez, ambos padres son heterocigotos o portadores de un alelo mutante y son fenotípicamente normales porque un solo alelo mutante no produce alteraciones clínicas.

Por ello se dice que los árboles genealógicos muestran una transmisión horizontal; es decir, no se observa el carácter o la enfermedad en los padres, abuelos o tíos del afectado, sino que los afectados son hermanos. En algunas ocasiones, cuando un miembro de la familia, portador de la mutación se aparea con otro portador, pueden observarse otros afectados en la familia.

Puesto que estos alelos mutantes son raros, es más probable que dos personas de la misma familia sean portadores del mismo alelo que dos personas no emparentadas; por esta razón es frecuente que los padres de los afectados sean consanguíneos.

¿Qué ocurre cuando una persona homocigota afectada se aparea? Hay varias posibilidades si se aparea con una persona sana no portadora, todos sus hijos serán sanos, pero portadores porque habrán heredado el alelo mutante del progenitor afectado y el alelo normal del progenitor sano. Si el individuo afectado

se aparee con una persona heterocigota, portadora del mismo gen mutante, la mitad de sus hijos estará afectado y la otra mitad, serán portadores; finalmente, si se aparee con otra persona afectada 100% de los hijos estará afectado.

En resumen, las características que se deben tener presentes en la herencia autosómica recesiva son las siguientes:

1. El carácter o la enfermedad se manifiesta en los homocigotos para el gen.
2. Generalmente los afectados son hijos de padres normales, pero portadores (transmisión horizontal).
3. se presenta por igual en ambos sexos.
4. El riesgo para una pareja de portadores de tener un hijo afectado es de 25% en cada embarazo.
5. Es frecuente que los padres de los afectados sean consanguíneos.

Entre las enfermedades autosómicas recesivas se encuentran un gran número de errores innatos del metabolismo como la fibrosis quística, la fenilcetonuria, la enfermedad de orina de jarabe de maple, la galactosemia, el albinismo, varios tipos de mucopolisacaridosis, entre muchos otros.²⁷

²⁷ *Ibíd.*, pp. 49 - 50

2.2 APLICACIÓN DEL FAMILIOGRAMA PARA CONOCER LA DINÁMICA FAMILIAR.

Concepto de familiograma

En 1986, durante el seminario sobre investigación de los conceptos de Salud Mental Pública del D. F. de la Secretaría de Salud en colaboración con la Organización Panamericana de Salud, tienen contacto con el Dr. Cano Mora y la Trabajadora Social Kebia Barrera Rubio, ambos coinciden en que algunas situaciones familiares no podían ser representadas con la simbología que era utilizada hasta la fecha, como las violaciones, madres solteras, las uniones múltiples de parejas entre otras. Fue necesario entonces proponer una ampliación a la simbología que permitiera representar a la mayoría de las familias.

En septiembre del mismo año, los antes citados durante el IV Simposium Internacional de Medicina Familiar presentaron el trabajo "Familiograma", en el cual proponen una simbología ampliada y modificada para el estudio de la Geografía de la familia.²⁸ Esta simbología fue adoptada desde entonces por algunas instituciones.

Desde la aparición de este instrumento ha presentado avances y crecimiento, a la fecha, los esfuerzos están enfocados a tratar de lograr la unificación de criterios en cuanto a su construcción, con propuestas tendientes a universalizar su simbología, a la par de seguir las investigaciones que le permitan adaptarse al contexto actual de las dinámicas familiares.

²⁸ CARO MORA, Gilberto y BARRERA RUBIO, Kebia. "*Propuesta de una simbología ampliada y modificada para el estudio de la Geografía de la Familia*". p. 28

Se ha definido el familiograma como: Esquema de la composición de la familia que utiliza el formato de pedigree o genoma, empleando simbología para distinguir:

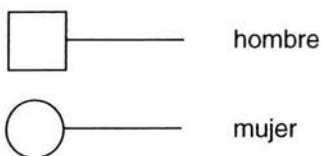
- Sexo
- El embarazo y el aborto.
- Los miembros de la familia con problemas.
- El tipo de unión de la pareja.
- Tipos de rupturas existentes entre los cónyuges.
- La muerte.
- La familia que vive bajo el mismo techo.²⁹

SIMBOLOGÍA Y ELABORACIÓN DEL FAMILIOGRAMA

Para la elaboración del familiograma en familias nucleares (padre, madre e hijos), se vertirán los datos del grupo familiar, obtenidos a través del estudio social.

Para la representación del familiograma se utilizarán una serie de símbolos que permitirán esquematizar a cada uno de los miembros de la familia.

Para señalar el tipo de sexo en el familiograma se utilizarán los siguientes símbolos:



El símbolo del padre se colocará en el lado izquierdo y el de la madre en lado derecho, como se muestra en el siguiente esquema:



²⁹ CARO MORA, Gilberto Y BARRERA RUBIO, Kebia. Op. Cit. p. 30

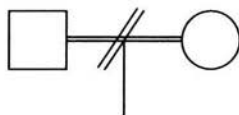
La unión de la pareja se marca con el símbolo correspondiente al tipo de unión en forma horizontal:

=====	matrimonio civil y religioso
=====	Matrimonio civil o religioso
-----	Unión libre
-.-.-.-.-	Amasiato

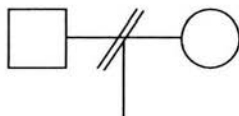
Para la representación de la ruptura de la pareja se utilizarán los siguientes símbolos:

///	Divorcio
/	Separación

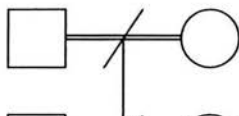
Divorcio :
Matrimonio 2 leyes.



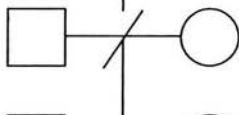
Matrimonio 1 ley.



Separación:
Matrimonio 2 leyes.



Matrimonio 1 ley.



Unión libre.



Amasiato.



2.2.1 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA.

Comunicación es el conjunto de procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionarse entre sí una o más personas. Es por ello, que a la comunicación se le puede ver como intra e Interpersonal.

Comunicación Intrapersonal: Es aquella que tenemos hacia nosotros mismos.

Comunicación Interpersonal: Es aquella que tenemos con el mundo externo.

La comunicación intrapersonal depende de todo lo que ha estado alrededor nuestro y lo hemos asimilado, conformándose así nuestra auto-imagen, es decir, la forma en la que cada uno de nosotros se percibe a sí mismo. Es tan importante ésta, que podríamos clasificarla como la llave de la puerta al camino del éxito o del fracaso.

Al estar en el mundo, estamos constantemente estableciendo innumerables contactos Inter.-personales, los que representan las relaciones e interacciones con quienes nos rodean.

Existen dos estilos de comunicación:

COMUNICACIÓN VERBAL = PALABRAS

COMUNICACIÓN CORPORAL-SONORA = EXPRESIÓN FACIAL

Dentro de la familia sobre todo conflictiva, se producen muchos dobles mensajes, los cuales se dan cuando una persona tiene las siguientes actitudes:

- Una autoestima baja.
- Miedo a lastimar los sentimientos de Alguien.
- Preocupación por las represalias de los demás.
- Miedo al desamor y alejamiento de los que lo rodean.
- Temor a imponerse.

Sin embargo, cuando una persona tiene problemas con su auto-imagen, suelen recurrir a los actos y respuestas que lo "salven" de determinadas situaciones, manejando según Virginia Satir, ciertos patrones universales que rigen su forma de actuar.

A los negativos los llama:

APLACAR: para que la otra persona no se enfade.

CULPAR: para que la otra persona nos considere fuertes (sí el otro se va, será por culpa suya no la mía).

CALCULAR: para enfrentar la amenaza ocultando la autoestima detrás de impresionantes palabras y conceptos intelectuales.

DISTRAER: para ignorar la amenaza como si no existiera.

A los positivos los llama:

NIVELAR: que permita resolver rupturas, abrir los callejones sin salida o construir puentes de unión entre las personas.

Sin embargo, es difícil renunciar a los antiguos patrones para convertirnos en niveladores. Pero cuando se alcanza su crecimiento real, podemos responder con las siguientes afirmaciones:

1. Sin duda cometeré errores si emprendo cualquier situación, en particular una nueva.
2. Seguramente alguien estará inconforme con lo que haga. No todos gustamos de las mismas cosas.
3. Si, alguien me criticará. En realidad no soy perfecto y las críticas son útiles.
4. Cada vez que hablo e interrumpo a otra persona ¡trato de imponerme!.
5. Tal vez a veces no sea el mejor, a veces la otra persona me culpa, sin embargo, ¿puedo distinguir la diferencia?.
6. Si pienso siempre que debo ser perfecto, es muy posible que siempre encuentre alguna imperfección.
7. Y bien, tal vez me abandone. Quizá sea lo mejor y, de cualquier modo, no voy a morir por eso.

La comunicación permite la interacción con los otros, y está fuertemente influida por las vivencias que han conformado nuestra historia; la comunicación se aprende desde la familia y depende de lo que en ella hayamos vivido.

Así, a partir de estos aprendizajes no son otra cosa que las fuerzas que se ejercen para poder comunicarnos con los otros. Estas fuerzas pueden ser operantes o inoperantes. La comunicación es un proceso fundamental en la vida social, ya que es un canal por el cual las personas se relacionan.³⁰

³⁰ FALCÓN. ALCÁNTARA, Alejandra. “*Metodología Básica para la atención de la familia*”. Comunicación. pp. 14-16

Por lo tanto, ante esta situación la necesidad de conocer el sentir personal de los integrantes de la familia contribuye a conocer la dinámica familiar y brindar atención integral a cada uno de los involucrados en el proceso de rehabilitación de la paciente. Con lo anterior, una vez más se comprueba que el proceso quirúrgico implica un abordaje integral de la problemática generada que va más allá de la preparación a la cirugía o la obtención de recursos económicos.

Todos los posibles escenarios antes señalados serán evaluados por el Trabajador Social a fin de elaborar el diagnóstico de la familia y determinar si conforme a la situación económica familiar, la paciente pueda ser dada de alta y cubrir los gastos al ser egresada de la unidad hospitalaria. Es importante que el profesional se encuentre en constante comunicación con la familia con el fin de que se mantenga un ambiente óptimo al interior de todo el sistema familiar.

2.3 CONCEPTO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA.

Malformación congénita es todo aquel defecto estructural primario resultante de una alteración morfológica localizada presente al nacimiento, puede ser macro, microscópicas, manifestarse en la superficie del cuerpo o dentro de él, pueden ser de tipo familiar o esporádicos, hereditarios o no hereditarios y únicos o múltiples.

Las malformaciones múltiples afectan a más de una estructura o sistema orgánicos. La malformación congénita mayor es aquella que produce limitaciones importantes en las áreas biológicas y lo social del individuo, las malformaciones congénitas menores son aquellas que no cumplen con las condiciones anteriores y se definen arbitrariamente como las producidas en el 4% o menos de los recién nacidos del mismo grupo social,³¹ también se habla de aproximadamente que el 12 % de los recién nacidos tienen una anomalía menor única.³²

³¹ BERHMAN. “*Enfermedades del feto y recién nacido*”. Ed. Médica Panamericana 3ra. Edición, Argentina, 1985 p. 1239.

³² *Ibíd.*, p. 1243

Las malformaciones congénitas son una causa común de enfermedad, incapacidad a largo plazo y muerte en los niños.

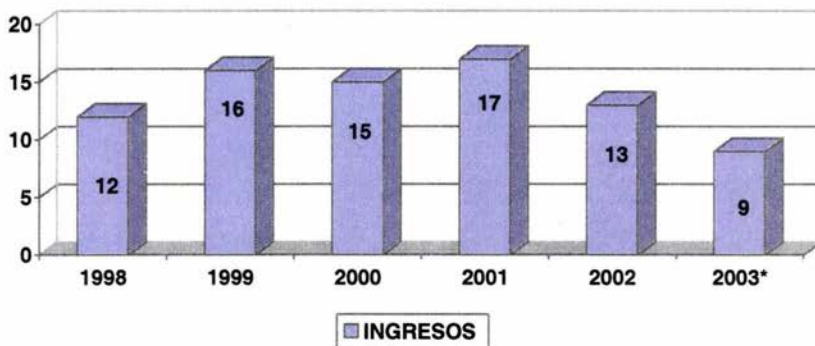
Su incidencia varía con la edad que es evaluado el paciente. La mayoría de las malformaciones se detectan al nacer, las anomalías internas que afectan a órganos como los riñones, corazón y cerebro pueden manifestarse en los años siguientes.

2.4 DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL.

Alrededor de la décima semana de vida, a medida que se agranda la cavidad abdominal del embrión, el intestino medio regresa rápidamente y experimenta rotación y fijación. La integridad final de la pared del abdomen depende del retorno del intestino medio y del crecimiento apropiado y de la fusión de los cuatro pliegues corporales, a medida que se reúnen en el ombligo. Estos pliegues se juntan o funden en la base del cordón umbilical.



CASOS DE GASTROSQUISIS
NÚMERO DE INGRESOS POR AÑO AL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GOMEZ.



* HASTA SEPTIEMBRE 2003.

Fuente: Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez".

2.5 MALFORMACIONES EXCLUSIVAS EN NEONATOS.

La gastrosquisis no es una malformación congénita que se encuentre dentro de las 10 principales causas; sin embargo, la incidencia es alrededor de 1 en 3200 nacidos vivos. Observándose una mayor incidencia en madres menores de 20 años que de acuerdo a la edad materna es de (24 a 25); se ha encontrado que un 30% de las mujeres del grupo de gastrosquisis era menor de 20 años, de edad contraste, solo 4% eran menores de esta edad.

En cuanto al número de gestas es más frecuente que el primogénito sea afectado con la gastrosquisis. Se ha observado también una mayor incidencia de gastrosquisis en pacientes prematuros y menores de 2.500 Kgs.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MALFORMACIÓN CONGENITA, REGISTRADAS DE LOS AÑOS 2001 A 2003 (HASTA AGOSTO 2003).

No.	Descripción.	Frecuencia
1	Conducto arterioso permeable	160
2	Otras malformaciones congénitas del (de los) miembro(s) inferior (es), incluida la cintura.	131
3	Testículo no descendido, sin otra especificación	127
4	Otras malformaciones congénitas del intestino, especificadas.	119
5	Secuelas de labio y paladar hendido.	102
6	Coartación de la aorta.	96
7	Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación.	88
8	Defecto del tabique ventricular.	87
9	Tetralogía de Fallot.	87
10	Microtia.	81

Fuente: Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez".

En el año 2002 las malformaciones congénitas en el D. F., ocupan el segundo lugar en causa de muerte, el grupo de edad más afectada fue la población menor de un año de edad, que alcanzó 619 casos, el grupo de un año presentó 36 defunciones y el tercer grupo, de dos años se presentaron 18.

Dando un total de 673 defunciones por año, mientras que en la Delegación Gustavo A. Madero también ocupan el segundo lugar las defunciones por malformaciones congénitas, alcanzando un volumen de 92 defunciones de las cuales solo se registraron dos por gastrosquisis, durante el año 2002.

Esta información fue obtenida de un listado detallado que proporcionó el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones de la Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero. El interés por obtener datos estadísticos en el SEED fue por que el caso en estudio se presentó dentro de la demarcación de la Delegación Gustavo A. Madero.

DESCRIPCIÓN CAUSA	SEXO	TOTAL	-1año	1 año	2 años
Distrito Federal Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	T	673	619	36	18
	H	363	337	20	6
	M	305	277	16	12
	N.E.	5	0	0	0
Gustavo A. Madero Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	T	92	86	5	1
	H	45	43	2	0
	M	47	43	3	1
	N.E.	0	0	0	0
Gastroquiasis	T	2	2	0	0
	H	1	1	0	0
	M	1	1	0	0

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL DISTRITO FEDERAL

Año: 2002

Sexo: Ambos

Grupo de edad: Infantil

Núm. de Orden	Causa	Volúmen	%
	Total	2,858	100.00
01	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.	1,481	51.82
	>Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originadas en el período perinatal.	726	25.40
02	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	619	21.66
	> Malformaciones congénitas del sistema circulatorio.	281	9.83
03	Influenza y Neumonía.	146	5.11
04	Infecciones respiratorias agudas.	127	4.44
	>Bronquitis y bronquiolitis agudas.	102	3.57
05	Accidentes.	91	3.18
06	Enfermedades infecciosas intestinales.	67	2.34
07	Septicemia.	47	1.64
08	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales.	29	1.01
09	Enfermedades del corazón.	23	0.80
	>Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.	23	0.80
10		17	0.59
11	Enfermedades cerebrovasculares.	12	0.42
12	Enfermedades del esófago.	9	0.31
13	Insuficiencia renal.	6	0.21
14	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos.	5	0.17
15	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma.	4	0.14
16	Tumores malignos.	4	0.14
17	Meningitis	4	0.14
18	Enfermedades del hígado.	3	0.10
19	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA).	3	0.10
20	Encefalitis viral transmitida por artrópodos.	3	0.10
	Agresiones (homicidio).	0	0.00
	Paro cardíaco	46	1.61
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.	112	3.92
	Las demás causas.		

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones(CIE-10) año 2002.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GUSTAVO A. MADERO

Año: 2002

Sexo: Ambos

Grupo de edad: Infantil

Núm. de Orden	Causa	Volumen	%
	Total	397	100.00
01	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.	212	53.40
	>Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originadas en el período perinatal.	106	26.70
02	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	86	21.66
		33	8.31
03	> Malformaciones congénitas del sistema circulatorio.	18	4.53
04	Influenza y Neumonía.	15	3.78
	Infecciones respiratorias agudas.	12	3.02
05	>Bronquitis y bronquiolitis agudas.	13	3.27
06	Accidentes.	9	2.27
07	Enfermedades infecciosas intestinales.	7	1.76
08	Septicemia.	5	1.26
09	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales.	2	0.50
10	Anemias.	2	0.50
	Enfermedades del corazón.	2	0.50
11	>Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.	1	0.25
12		1	0.25
13	Micosis.	1	0.25
14	Encefalitis viral transmitida por artrópodos.	1	0.25
15	Diabetes Mellitus.	1	0.25
	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos.	0	0.00
	Agresiones (homicidio).	6	1.51
	Paro cardíaco		
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.	17	4.28
	Las demás causas.		

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones(CIE-10) año 2002.

2.6 CONCEPTO DE GASTROSQUISIS.

Gastrosquisis.

El término gastrosquisis deriva del griego *gastros* que significa abdomen o estomago y del latín *Schisha* que denota separación o división.

En esta entidad no existe saco ni indicios de él, el defecto no radica en el ombligo y por lo general se encuentra en la derecha del cordón umbilical normal.

Los bordes del defecto son lisos y éste generalmente tiene menos de 5 cms. De diámetro.

Las asas intestinales herniadas, generalmente se encuentran engrosadas por edema y frecuentemente cianóticas, coriáceas e incluidas en un material gelatinoso. El intestino parece estar ostensiblemente acortado.³³

³³ HOFFMAN P, Franz A. Siggen. "Onfalocèle y Gastrosquisis problema 12-INLTNRSE MEDIAL tratamiento ZENTRULBC CFIRIS 1986 IIF" pp. 448-456.

DIFERENCIACIÓN CLÍNICA ENTRE GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE.

Tabla de Holder.³⁴

	ONFALOCELE	GASTROSQUISIS
Localización	Anillo Umbilical	Lateral del cordón. (lado izquierdo)
Tamaño del Defecto	Variable de 4 a 10 cms.	Pequeño < 4cms.
Saco	Presente, puede estar roto.	Ausente
Localización del cordón	Dentro del saco	Normal
Apariencia intestinal	Usualmente normal	Usualmente edematosas, acartonadas, con exudado.
Herniación del hígado	Frecuentemente presente.	Raro.
Mal rotación intestinal.	Presente.	Presente
Cavidad abdominal.	Pequeña.	Algunas veces puede ser normal.
Anormalidades asociadas.	Común (40 al 80%).	Raro.
Estrangulación intestinal.	Poco común.	Gran riesgo.
Atresia intestinal.	Rara.	Común.

Esta diferenciación se rescató para no confundir una malformación con otra, aunque sean muy parecidas.

³⁴ DE LA TORRE. Verduzco, Rafael. "Neonatología fisiopatología y tratamiento". Barcelona-Madrid-Buenos Aires-Bogotá-Caracas-México-Quito-Río de Janeiro-San Juan, Puerto Rico-Santiago de Chile. 1981 Salvat Mexicana de Ediciones, S. A. de C. V. p. 455

Diagnóstico de Gastrosquisis.

El diagnóstico se realiza en la mayoría de las veces al nacimiento, sin embargo, se puede realizar prenatalmente por medio de ultrasonido, en ambos casos se puede determinar el diámetro del defecto así como las estructuras que están involucradas. La presencia del hígado herniado puede ser la única indicación de cesárea para evitar su lesión y hemorragia.



El onfalocele es un defecto congénito de la pared abdominal, a nivel de la base del ombligo, por el cual emerge un saco que contiene el hígado y porciones de los intestinos delgado y grueso.



Los avances de la ecografía bidimensional desarrollada a partir de 1968 por DONALD será otro pilar fundamental del diagnóstico prenatal llegando en el momento actual, y gracias a las diferentes variantes de la ecografía (tiempo real, Doppler, Doppler color ...) a diagnosticar el 80% de las malformaciones con cierta exactitud. Aparte de medio diagnóstico, la ecografía es imprescindible a la hora de realizar cualquier técnica invasiva para la atención de muestras fetales.³⁵

Embriología de la Gastrosquisis.

El embrión humano de 28 días tiene una vena umbilical derecha y una izquierda, las cuales drenan no solamente a la placenta del desarrollo y al cuerpo del tallo, sino también drenan la pared abdominal; estas venas se desarrollan tempranamente de la cadena capilar general y de la fusión de las regiones más laterales del embrión con los amnios y del saco vitelino y definen la unión del celoma intra y extraembrionario en el anillo umbilical.

Alrededor de los 28 días ocurren cambios en la circulación, hay pérdida de la vena umbilical derecha y la porción suprahepática de la vena umbilical izquierda y de la vena onfalomesentérica derecha. La vena onfalomesentérica izquierda se convierte en la vena mesentérica superior y la vena umbilical se incluye dentro del ducto venoso intra hepático.

Malls e Ingalls han descrito la evolución y los cambios de los vasos y flujo de sangre; ellos han confirmado estos resultados y observado la distribución de sangre entre los días 28 y 33, existiendo una atrofia progresiva en la vena umbilical izquierda en su porción suprahepática y de la vena cardinal común (conducto de Cuvier). Sin embargo, en el lado derecho toda la vena umbilical se atrofia excepto una parte situada debajo de la vena cava la cual está en comunicación con las venas onfalomesentéricas.

³⁵ BENAVIDES, Benavides Ana, "Curso sobre prevención de deficiencias". Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. 1999. p. 119

Alrededor de los 33 días solamente un pequeño plexo difuso de los vasos pueden ser encontrados en el área de fusión entre el cuerpo del tallo y la somatopleura, antiguamente ocupada por una vena umbilical derecha.

La función nutricia de los vasos umbilicales con respecto al desarrollo de la pared abdominal es reemplazada por los vasos que vienen de la aorta; las venas toraco epigástricas y las ramas de la vena cardinal caudal son encargadas de drenar áreas de la pared del cuerpo.

Si el proceso de evolución de la vena umbilical derecha es anormal en duración o extensión, se puede esperar una alteración en el crecimiento o viabilidad del mesenquima que lo rodea. La atrofia prematura de una vena umbilical derecha antes de que se haya establecido la circulación secundaria adecuada puede llevar a una lesión localizada en la somatopleura donde se une con el cordón umbilical. Este defecto aunque también resulta de una persistencia anormal de la vena umbilical. Para cuando la atrofia de la vena umbilical tuvo lugar después de la formación de los vasos secundarios normales, el infarto del tejido de alrededor puede ser posible. La persistencia anormal de vena umbilical izquierda se ha producido en la rata con agentes teratogénicos. Se ha demostrado experimentalmente que la diferenciación de la epidermis depende de la integridad del mesoblasto, por lo tanto el daño mesenquimatoso puede dar lugar a la falla en la formación de la piel en el sitio del defecto. Así como el embrión de 37 días se elonga el intestino medio herniándose al celoma extraembrionario y se desarrolla su mesenterio. Inmediatamente después de dicho período, la conexión entre el ileon y el saco vitelino se pierde dejando al intestino medio suelto dentro del saco, (futuro cordón umbilical).

En la gastrosquisis el intestino delgado se prolapsa a través del defecto paraumbilical y crece en la cavidad amniótica en vez de en el celoma extraembrionario. Por lo que indudablemente esta es una ruptura de la somatopleura para umbilical, y no una ruptura de un enfalocel.³⁶

³⁶ DE LA TORRE. Verduzco, Rafael. Op. Cit. p. 455

Capítulo III

CAPÍTULO III

ESTUDIO DE CASO.

Concepto y Definición. Es el método del trabajador Social que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar o descubrir y encauzar las condiciones “ positivas” del sujeto y debilitar o eliminar las “negativas”, como medio de lograr el mayor grado de ajuste y adaptación, entre el individuo y su medio circundante.

Según Hamilton, el trabajo de casos se dedica al descubrimiento de recursos en el ambiente inmediato, y a la búsqueda de aquellas capacidades individuales que puedan ofrecer una vida confortable y llena de satisfacciones, desde los puntos de vista económico y personal.

Es el único método que, en realidad permite conocer mejor a las personas y es la única o mejor de lograr mayor éxito al aplicar un tratamiento social correctivo basado en el crecimiento Psicosocial del individuo y las posibilidades de su ambiente.³⁷

3. CONTEXTO SOCIAL Y AMBIENTAL DE LA FAMILIA.

La familia tiene su domicilio en una colonia urbana, el nivel Socioeconómico de la familia es bajo, habitan en la Delegación Política Gustavo A. Madero D. F. la casa es propia y en ella conviven ocho personas, la distribución de la construcción se encuentra de la siguiente manera: tres recámaras, sala, comedor cocina, baño y un patio amplio, techo de loza, piso de concreto, paredes de tabique, la zona cuenta con los siguientes servicios: agua, teléfono, drenaje, pavimento, luz particular y pública recolección de basura, escuelas primarias, secundarias,

³⁷ CASTELLANOS. Marie C. “Manual de trabajo social”. La Prensa Medica Mexicana S.A. p. 7

Centros de Atención Múltiple, jardines de niños, Centro de Salud, clínica particular, consultorios particulares, consultorios dentales, consultorios veterinarios, farmacias, laboratorios particulares, mercado etc.

En la zona en la que reside la familia, existe el bandalismo, drogadicción, alcoholismo. La población de dicha comunidad es flotante, ya que muchas familias proceden de diferentes estados de la república, hablan alguna lengua indígena, el índice de analfabetismo es alto, se pudo apreciar durante las visitas domiciliarias, así como en el ejercicio profesional que tienen arraigadas sus costumbres de sus lugares de origen, de generación en generación. Ejemplo: las mujeres embarazadas no acuden a consulta para un control prenatal, sino que buscan la asistencia de una partera.

3.1 ESTRUCTURA FAMILIAR.

La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales de los modos en que interactúan los miembros de una familia.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia.

Las diadas, como las de marido-mujer o madre-hijos pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee otros niveles de

Límites:

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas de sus miembros y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte otros subsistemas.³⁸

La estructura familiar está formada de la siguiente manera

- Padre de nombre Felipe 53 años de edad, de ocupación obrero sabe leer y escribir, es originario del D. F., contrajo matrimonio civil en el año 1972.
- Madre de nombre Rosa 60 años de edad, dedicada a las labores del hogar, sabe leer y escribir, es originaria del D. F., contrajo matrimonio civil en segundas nupcias; de su primer matrimonio procreó cuatro hijos, se divorció y de su segundo matrimonio procreó cuatro hijos, la señora ejerce el poder de esa familia, sin embargo los límites son difusos, se considera que existe un matriarcado, ya que es ella quien administra, toma decisiones y representa la autoridad de esa familia.
- María Guadalupe de 29 años de edad, se encuentra laborando en un centro comercial como empleada, cursó 3er grado de secundaria, nació en el D. F., es madre soltera tiene un hijo varón de 10 años de edad.
- Felipe tiene 27 años de edad, trabaja de operador de trailer foráneo es soltero, cursó el 3er grado de secundaria. Entre Felipe y la madre existen relaciones de alianza dentro del sistema familiar.

³⁸ GARCÍA. Rivas, Socorro. Op. Cit. pp. 8-9

- Rosalba de 25 años de edad, cursó el 2do. Grado de secundaria, no le gustaba ir a la escuela, la madre la dejaba hasta la entrada de la misma, sin embargo, una vez que ya se encontraba dentro buscaba la forma de brincar la barda para darse a la fuga e irse de pinta, cuando la madre se presentaba en la escuela para pedir el reporte de sus calificaciones se encontraba con la sorpresa de su hija en ese momento no se encontraba dentro de las aulas donde tenía que tomar sus clases, y el reporte de calificaciones era que no tenía materias acreditadas, fue entonces que la madre decidió ya no enviarla a la secundaria, cuando sólo se dedicaba a las labores del hogar salía a la calle con cualquier pretexto y se desaparecía dos, tres días y hasta una semana, cuando se presentaba en casa y le preguntaba la madre en donde había estado le contestaba que con unas amigas, era entonces que la madre le hacía llamadas de atención en un tono de insultos con cierto grado de agresividad.

Mismos que a Rosalba no les daba importancia ya que a ella la sobreprotegía su padre, ya que entre padre e hija también existe alianza, cuando Rosalba cumplió 19 años les avisó a sus padres que se iba a vivir con su novio al que había conocido desde la secundaria y se marchó a la casa de los padres de:

- Rubén de 26 años de edad, cursó el 2do. Grado de secundaria al parecer tampoco acreditó las materias porque también al igual que su novia, se escapaba de la escuela.

Él ocupa el cuarto lugar entre sus hermanos, nunca ha trabajado, ya que su familia le proporciona vestido, calzado, y alimentación, por ser el más pequeño ha estado sobreprotegido por la madre y siempre se le encuentra en la calle con los amigos, desde que dejó la escuela tanto dentro de su casa como en la calle se encuentra inhalando thiner o cemento, a él no le cuesta obtener dinero para adquirir los inhalantes porque su mamá le proporciona el dinero, cuando su pareja se va a vivir a la casa de sus padres ella se dedica a lavar ropa de las amistades para obtener algunos pesos y comprar lo más indispensable para alimentarse y a medida que fue teniendo hijos la necesidad de trabajar era aún mayor, porque en

casa de su pareja no le proporcionan alimentos, y cuando se sabe que se encuentra embarazada le piden que abandone la casa porque ellos no cuentan con recursos para sufragar los gastos que implican la atención de parto.

- Agustín nació el 28 de agosto de 1997, cursa con problema de lenguaje es producto de la primera gesta es un niño muy cariñoso, ya que a todos les anda dando besos juega mucho con su hermano, se llevan muy bien.
- Isaac Jacobo nació el 14 de abril de 1999, es muy dependiente de su hermano.
- P.I. María de los Ángeles nació el 02 de agosto de 2000, producto de 3ra. Gesta prematura, ya que el trabajo de parto se presentó a las 30 semanas de gestación atendida en clínica particular, donde se cuenta con toda la tecnología para brindar atención integral al binomio sobre todo cuando se presenta algún evento inesperado. Como en el caso de ésta menor que presentó malformación congénita (gastrosquisis).

Entre los cónyuges (Sr. Felipe Y Sra. Rosa), se observa una relación distante pues ya no cohabitan en el mismo dormitorio, el esposo cumple con su rol de proveedor, la esposa con su papel de administradora, cuidado de los hijos y nietos, así como realizar las labores del hogar.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

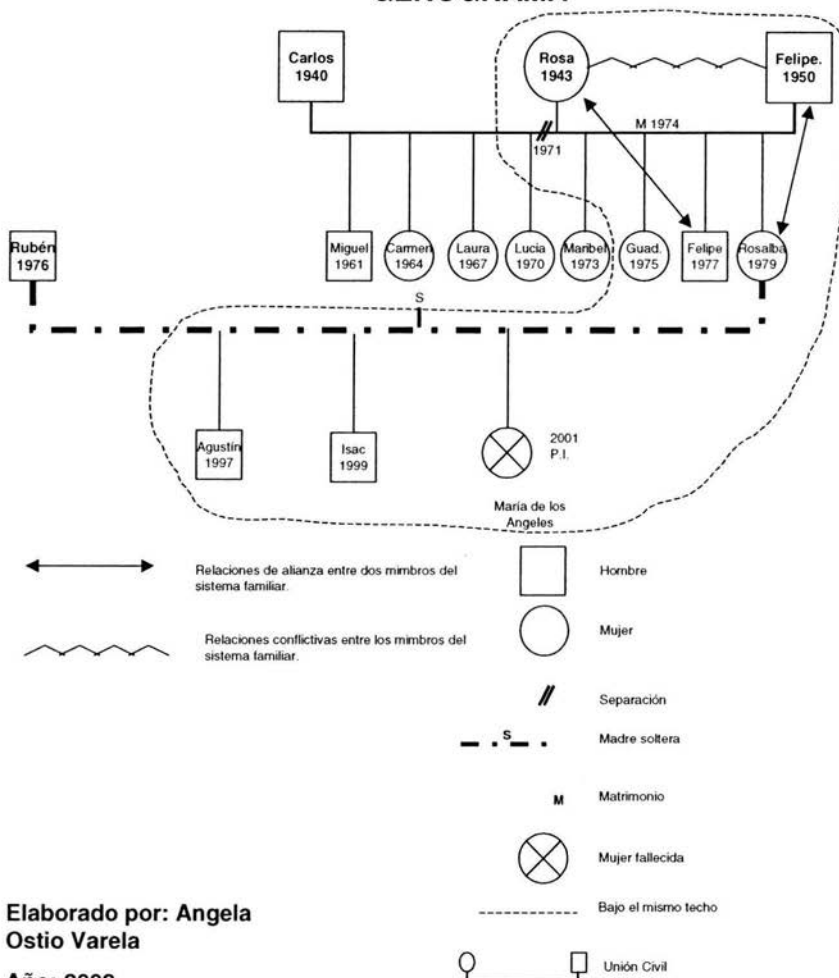
Se trata de familia extensa de tres generaciones. Donde una de sus características es que reúne elementos de familias anteriores, esto es que cualquiera de los cónyuges o ambos tengan hijos de matrimonios anteriores.

En el caso de ésta familia, la abuela de la paciente identificada fue divorciada de su primer matrimonio, al contraer nuevas nupcias traía consigo la desilusión, una experiencia dolorosa y la desconfianza; al mismo tiempo la idea de ser mejor que con su cónyuge anterior. Por eso es de suma importancia que el individuo se dé cuenta del significado de su divorcio, comprenderlo y aprovechar los errores que

hayan cometido para aprender algo sobre ellos mismos. Sin embargo la abuela toma el poder en esa familia convirtiéndola en un matriarcado, ya que es ella quien lleva la dirección, organización e interacción de los subsistemas.

3.3 GENOGRAMA.

FAMILIA DEL ESTUDIO DE CASO GENOGRAMA



3.4 METODOLOGÍA.

A continuación se describe el procedimiento llevado a cabo. Básicamente consistió en que el Centro de Salud T-III Palmatitla dependiente de la Jurisdicción Gustavo A. Madero y a su vez de la Dirección General de Servios de Salud Pública del D.F. cuenta con equipos de salud que están conformados por médico, enfermera y Trabajadora Social.

La metodología utilizada fue la de atención individual y de grupo, con lo que se pretendió abordar la situación familiar de la paciente identificada.

El caso objeto de estudio fue captado por Trabajo Social al salir a realizar trabajo de campo por el Programa de Salud Reproductiva, ya que las mujeres embarazadas no acuden con regularidad a sus consultas de control prenatal, en estos casos se les realiza visita domiciliaria, para saber el motivo de su inasistencia, entre las visitas agendadas se encontraba la de la señora Rosalba, ya que sólo había acudido a dos consultas, cuando cursaba la 16 semana de gestación y la segunda cuando se encontraba cursando la 20 semana de gestación.

El objetivo del presente trabajo se encuentra enmarcado en la Educación Social e Investigación.

El análisis del sistema familiar se realizó a partir de la teoría de sistemas como punto de partida para entender la interacción del sistema familiar y sus subsistemas.

Resultado de la visita domiciliaria.

Al realizar la visita domiciliaria se entrevistó a la señora Rosa abuela de la paciente quien informó que su hija Rosalba se encontraba hospitalizada porque se le había practicado cesárea por parto prematuro, y que su nieta estaba hospitalizada en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, ya que al nacer presentó malformación congénita, expresando lo siguiente “nació con los intestinos por fuera” y sin parar de llorar apenas se le entendía lo que decía, Trabajo Social proporcionó apoyo y contención ante el problema de salud.

Fué en ese momento que Trabajo Social se involucra ante el problema de salud de la menor y toma decisión de trabajar con la familia, ya que ésta no podía dar crédito a una enfermedad de tal magnitud, sin embargo, se le preguntó a la informante si otorgaba su anuencia para que trabajara con toda la familia que vivía en esa casa y la respuesta fue positiva.

Se procede a elaborar un programa.

Considerando la problemática existente al realizar la entrevista y aplicando la Trabajo Social de casos, se observan las necesidades sentidas de la familia ya que eran palpables y la dinámica se encontraba alterada.

Justificación.

Considerando que el Trabajador Social en el área de la salud interviene con los pacientes y sus familias, cuando éstas se encuentran frente a un problema de salud, tristes por el diagnóstico que el médico les dió. Al ver la problemática de la familia Trabajo Social decidió abordar este caso, debido a la angustia que la familia vivía, con la finalidad de apoyarlos y de manera que pudieran aceptar la situación presente. Este estudio se realizó después de la jornada de trabajo. Ya que en el horario de la jornada no era posible por la sobrecarga de trabajo institucional.

Objetivo:

- Mejorar la integración en la familia de la paciente durante el proceso de la rehabilitación.
- Integrar a la familia entorno al problema de salud que presenta uno de sus miembros.

Meta:

Lograr en un 70% que los familiares de la paciente disminuyan el grado de depresión.

Límites:

Espacio: el domicilio de la familia

Tiempo: dos meses

Universo de trabajo: el grupo familiar

Estrategias:

Apoyo social a la familia de la paciente con malformación congénita mediante la intervención integral del equipo de salud durante el proceso de tratamiento en el hospital.

Actividades:

Se agendaron 2 reuniones con la familia que vive en el mismo techo, dos minutas, 20 entrevistas, 16 visitas domiciliarias, investigación bibliográfica en relación con la patología, trámites interinstitucionales para obtener información, así como datos estadísticos, referencias para atención psicológica a servicios de salud mental de la Secretaría de Salud.

Organización:

La organización fue individual, se planearon las técnicas y los instrumentos que se utilizarían para el trabajo con la familia.

Evaluación:

Cualitativa que medirá la eficiencia de la intervención llevada a cabo con la familia

Cuantitativa que medirá la eficacia de la intervención mediante el análisis del estado emocional, comparando el inicio y el final. Impacto familiar. Que medirá la efectividad de la intervención mediante entrevistas.

El análisis se lleva a cabo a través de los resultados de la evaluación final. Los instrumentos utilizados en el proceso son: formato de visita domiciliaria, diario de campo, guía de observación, guía de entrevista, cuestionarios, ficha bibliográfica, programa, crónicas y cronogramas.

Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, comunicación, dinámica grupal, entrevistas individuales y grupales, la observación y genograma.

La dinámica grupal utilizada fue de comunicación, porque la familia le era difícil expresarse y de esa manera se logró la participación para que expresaran sus sentimientos.

Procedimiento.

A partir del diagnóstico médico de la paciente, la familia presentó sentimientos de rabia, culpabilidad, depresión etc. y la dinámica del sistema familiar se vio alterada en sus relaciones interpersonales, roles, situación económica entre otras.

Trabajo Social notifica al equipo de salud, sin embargo nadie podía abordar el caso, puesto que la menor se encontraba hospitalizada y no había nada que hacer. Posteriormente Trabajo Social se comunicó con la familia para convocar a una reunión familiar donde asistirían todos los miembros de la familia que habitan bajo el mismo techo, así como los que se encuentran formando sus propias familias y que sin embargo están coadyuvando en el cuidado de la paciente en el hospital.

Una vez llegada la fecha programada para la reunión se contó con la asistencia de siete personas, se aplicó una entrevista individual con el objetivo de evaluar el estado emocional en que se encontraba toda la familia, se llevó a cabo una reunión de la que se realizó su respectiva minuta, semanalmente se realizaban de dos a tres visitas domiciliarias y por último se agendó otra reunión con toda la familia con la finalidad de hacer una evaluación final.

Capítulo IV

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.

4. TRABAJADOR SOCIAL Y LA FAMILIA DEL PACIENTE CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA (GASTROSQUISIS).

La presente monografía se basa en el manejo de la dinámica familiar y cómo se ve afectada por la enfermedad de un recién nacido con malformación congénita (gastrosquisis), y que como consecuencia dió lugar a una desintegración familiar temporal. Es una familia que esta formada por padre, madre, hijos y nietos. En el Hospital Infantil de México, "Federico Gómez" fué atendida la recién nacida durante todo su tratamiento y rehabilitación.

En esta institución el Trabajador Social no le fue posible intervenir, puesto que su desempeño profesional no se lo preemitia ya que se encontraba laborando en otra institución de primer nivel de atención, por ese motivo la intervención fue directa con la familia como se puede ver en el capitulo tercero.

4.1. ALTERNATIVAS PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA DEL SISTEMA FAMILIAR.

La intervención profesional del trabajador social tiene como punto de partida un proceso metodológico que va del conocimiento a la planeación de la acción y a la intervención en el que el mismo profesional orienta, diseña, ejecuta y evalúa, lo cual brinda una perspectiva de integridad y de globalidad.

Una concepción metodológica se caracteriza en la definición de una serie de etapas que constituyen un proceso, la definición de dichas etapas, está en estrecha relación con el objetivo de intervención profesional y con los fines y objetivos que se perciban.

En este sentido, el trabajo social, como una disciplina que históricamente se ha destacado por realizar su práctica en el nivel de intervención en los procesos sociales y la búsqueda de incidencia en los mismos, no puede definir su proceso sólo en el conocimiento y el análisis de la realidad, sino que éste debe necesariamente contemplar las perspectivas de su desarrollo.

El diseño de un proceso metodológico no es entonces, sólo la organización de una serie de pasos e instrumentos, ya que su propia realización requiere estar antecedido de una concepción que incluya una visión de totalidad y de estrategias integradoras, que busquen incidir realmente en la estructura de los hechos, el problema objeto de la intervención.

Para el presente estudio el Trabajador Social se vió en la necesidad de cubrir ciertos requisitos institucionales, para obtener información acerca del problema tratado y así, contar con los conocimientos necesarios, para poder trabajar con la familia en el sentido de orientar a la familia y explicar que una malformación congénita puede responder a diversas causas, como pueden ser la mala nutrición, la ingesta de alcohol y el uso de algunos fármacos por mencionar algunos. En la primera entrevista en la que estuvieron presentes todos los miembros de la familia se manifestó que el padre de la menor tenía toda la culpa puesto que dicen que maltrataba verbalmente y físicamente a la madre de su hija, mientras se encontraba embarazada.

Desde la perspectiva de trabajo social es importante precisar tres condiciones necesarias para el cumplimiento de un procedimiento completo, son las que abren las posibilidades de conocer, planear e intervenir sobre el objeto que se pretende transformar.

La intervención que va a tener el trabajador social con la familia del paciente con malformación congénita se realizará a partir del método de trabajo social de casos, usando la técnica de preguntas abiertas con el fin de ayudar a la familia a superar

las fases de angustia, tristeza, desesperación, tratará de poner en juego las capacidades del individuo en su entorno para que haga frente a sus dificultades en la relación que se establece, en los sentimientos y actitudes que van siendo analizadas, es muy importante aquí que el Trabajador Social, desarrolle la habilidad humana de comunicar en el plan de sentimientos, y ésta sea de calidad y calidez.

Para algunas personas les resultará tan doloroso e imposible aceptar el dolor por la enfermedad que cursa su familiar.

Tratará de convencer a la familia que es importante hablar sobre el problema que esta causando el desequilibrio emocional y sugerir que se permita descargar todas las emociones acumuladas verbalizándolo o incluso llorando, con movimientos físicos, expresiones agresivas, etc., ante estas expresiones el Trabajador Social no tratará de detenerlos, ni pedirles que se tranquilicen, sino al contrario tendrá presente incluso que algunos aspectos los repetirá muchas veces.

El Trabajador Social animará a la familia a que continúe hablando y espere los resultados del tratamiento de su paciente, es necesario aplicar varias entrevistas, hasta el momento que empiecen a aparecer las críticas y sentimientos de agresividad, de los que tienen que liberarse con el simple hecho de poder identificarlos y expresarlos. Las frases que el Trabajador Social empleará, con el fin de clarificar a la misma persona, e identificar perfectamente la situación y su relación con él son preguntas: ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Cuánto?, ¿Y entonces?, ¿Qué quiere decir con esto?, ¿Qué más?, ¿No comprendo bien lo que quiere decir?, ¿Me lo podría repetir?, etc.

Insistir sobre la emoción, el sentimiento, en lo que sintió en el momento pasado y en el actual el Trabajador Social estará muy atento para caminar al mismo paso o ritmo que la persona que tal vez experimenta por primera vez estos momentos de angustia.

El sólo hecho de escuchar atentamente, nos indicará hasta que punto en el proceso va la persona.

También se le da seguridad cuando se ha comprendido bien la situación, cuando la persona ha expresado todo lo que quería decir y repitió para sí mismo tantas veces cuánto lo necesitaba.

La meta es, que a través de facilitar la expresión de la, emoción se obtenga en la mitigación del desequilibrio emocional.

Lo dicho hasta aquí nos permite ver que el nacimiento de un hijo con malformación congénita es un acontecimiento sobrecogedor para todos aquellos que están a su alrededor esperando su nacimiento, este evento desencadena enojo, ira contra un posible responsable en la familia, los padres no lo encuentran de acuerdo a la imagen mental que habían elaborado, lo que les produce un conflicto, un rompimiento interno, y les es difícil sobre todo a la madre de muchos de estos casos sobreponerse e iniciar el vínculo madre-hijo (a), el apego de los padres a éste neonato malformado, cuya fuerza y carácter del vínculo original, influye sobre los vínculos que el niño establecerá con otras personas.

En la medida en que hay esperanzas en la familia a través del tratamiento quirúrgico y las posibilidades de rehabilitación, las reacciones de la familia ante el problema de salud van a variar en cuanto a su propia dinámica.

4.1.1 REDES DE APOYO.

El paradigma sistémico, alojado en la génesis misma del campo de la terapia familiar, ha tendido a ser aplicada, con todo como si las relaciones significativas fueran solo aquellas definidas por la pertenencia del grupo familiar, los modelos han generado así una frontera familiar entre las relaciones familiares y el resto del mundo social significativo del individuo.

Al mismo tiempo, en la práctica clínica, la noción de “red social significativas” ha estado alojada en la base misma de muchas de las actividades preventivas y terapéuticas del campo de la salud mental y aun algunas del campo de la salud en general.

Funciones de la red.

Cada uno de los sujetos puede emplear estas funciones y mientras más grande sea mejor, algunas funciones pueden ser:

- **Compañía social:** puede ser la realización de actividades conjuntas o simplemente estar juntos.
- **Apoyo emocional:** intercambio que connotan una actividad positiva, clima de comprensión, simpatía, apoyo, poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro.
- **Ayuda material y de servicios:** colaboración específica sobre la base de conocimiento experto, se incluye servicios de salud, los trabajadores de la salud, pueden constituir un componente importante de la red del paciente.
- **Acceso a nuevos contactos:** apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo, este atributo de la red, si se ve desde lo sistémico.³⁹

³⁷ *Ibíd.*, p.21

Redes sociales y salud.⁴⁰

Estos son algunos de los procesos mediante los cuales la presencia o ausencia de una red social activa y accesible afecta positiva o negativamente la salud del individuo.

- En la persona la reacción de alarma, se mitiga con la presencia de figuras familiares, por ejemplo cuando se recibe el diagnóstico, la fase de los estudios, la reacción de los medicamentos, etc.
- La red provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos, ¿Te noto pálido, el medicamento te duerme, has adelgazado?. En este sentido se constituye como un monitor de la salud.

La presencia de una enfermedad impacta las interacciones entre el individuo y su familia a la red social más amplia.

- Las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo que generan a las demás conductas evitativas y los pacientes acaban sintiéndose aislados. Tiene mucho que ver con el tipo de enfermedad o trastorno. (Por ejemplo: pacientes con discapacidad intelectual, se rehúsa a las personas víctimas de abuso sexual).
- La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y como consecuencia el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red. El no frecuentar o mantenerse en contacto con la red resulta a la larga suficiente para reducir la participación de los otros y paulatinamente se va debilitando hasta perderse.
- La presencia de enfermedad en una persona reduce su posibilidad de generar comportamiento de reciprocidad, es decir la persona enferma tiene menos posibilidad de ofrecer comportamientos equivalentes a los de las personas que la cuidan.

⁴⁰ Ibidem.

4.2 MANEJO DEL DUELO EN LA FAMILIA DE LA MENOR CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA.

Tanatología.

Etimología: *tanatos*: muerte *logos*: tratado.

La Tanatología, es el estudio multidisciplinario de la muerte, es una disciplina amplísima y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que se interrelacionan. La Tanatología es una disciplina cuyo campo propio es el estudio científico y humanístico de todo conocimiento sobre el bien morir y la muerte.

El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales y además aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, reafirmada en los debates sobre el derecho a una muerte digna que no buscan otra cosa que crear nuevos modelos de los rituales de la muerte.

En las décadas de 1950 y 1960 diferentes sociólogos iniciaron el estudio de la psicología de la muerte y potenciaron la aparición de programas de asesoramiento y terapias para tratar los profundos problemas emocionales asociados a la muerte que existen en la sociedad moderna. El libro sobre este tema que mayor impacto causó en la opinión pública fue sobre la muerte y la agonía (1969) de Elizabeth Kübler – Ross, psiquiatra estadounidense de origen suizo.

La Tanatología viene a cubrir un hueco en el proceso de una buena muerte en México a partir de 1988 con la Asociación Mexicana de Tanatología que preside el Dr. Alfonso Reyes Zubiría quien fue discípulo de la Dra. Elizabeth Kübler Ross, pionera en la disciplina.⁴¹

⁴¹ REYES. Subiría, L. Alfonso. “*Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Familiar y a su Familia*” Tomo 3. México, 1992.

Los objetivos que pretende cubrir la tanatología son:

- Ayudar a los familiares y amigos de los enfermos que se preparen para que este momento, quizá cercano, seguramente doloroso, de la muerte del ser querido.
- Ayudar a quienes están padeciendo por la muerte de un ser querido, a que elaboren su duelo en el menor tiempo posible.

El término “duelo” viene del latín *dolus* (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación.

El término “luto” del latín *lugere* (llorar) es la aflicción por la muerte de una persona querida: se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.⁴²

El duelo es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores religiosos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas, las dos características que diferencian el duelo por muerte del dolor por otras pérdidas son:

- La intensidad de los sentimientos: la muerte de una persona querida, generalmente, causa una reacción mas profunda y prolongada en el tiempo.
- Lo definitivo de la pérdida: la muerte de alguien concluye la experiencia del contacto directo; en cambio para las otras pérdidas queda siempre la posibilidad de recuperar lo que se ha perdido.

En nuestra sociedad se ha inculcado la creencia de evitar el dolor pero es inevitable, ya que invariablemente a toda experiencia de pérdida le sigue un duelo, entendiéndolo como, el dolor, la reacción, la respuesta personal tanto física, psicológica y espiritual a esa pérdida en particular. El duelo es una reacción

⁴² PANGRAZZI, Arnaldo. “*El duelo. experiencias de crecimiento*”. Editorial CENCAPAS Santafé de Bogotá Colombia. Septiembre 1993. p. 25

natural, esperable y sana que debe asumirse y vivirse por dura que sea pero si al contrario se reprime, se minimiza o se esconde, termina por alterar de uno u otro modo nuestro desarrollo emocional; puede ser la respuesta a la pérdida de un rol, estatus, separación de los hijos, de una fase psicológica (niñez-adolescencia), pérdida de un proyecto de vida y la forma de expresarlo, esta estrechamente relacionado con la cultura a la que se pertenece, a las circunstancias que rodean a la pérdida, a la edad en que la persona falleció o bien, si es una muerte repentina o anticipada.

Por lo general, se nos pide no llorar, no entristecerse, esconder o ignorar nuestras penas, ser fuertes comparándolas con otras para minimizar el dolor. El hecho decir "el tiempo lo cura todo" "con llorar no se remedia nada", "sé fuerte", son formas culturales de impedir la sana vivencia de la tristeza ante una pérdida.

Nadie puede consolar ni cambiar la amarga realidad de un padre o una madre que han perdido un hijo. Pero podemos brindarles nuestro apoyo, estando a su lado cuando necesiten hablar o llorar, cuando tengan que tomar decisiones difíciles o complejas. En esta intervención se programaron lecturas del libro **los niños y la muerte** de la Doctora Elizabeth Kübler Ross.

La participación de un tanatólogo sería magnífica para el manejo del duelo, tanto para el anticipatorio como del duelo normal (cuando la muerte ya ocurrió), sin embargo en un primer nivel de atención es imposible contar con el recurso humano de un tanatólogo, ya que son contadas las unidades de salud en las que se cuenta con un psicólogo. Por otra parte la familia donde se presentó este caso no cuenta con recursos económicos para contratar los servicios de un tanatólogo, y además presentan resistencia para acudir con un psicólogo o un psiquiatra.

Por tal motivo, se trabajó con cassettes cuyo autor es el Doctor Alfonso Reyes Zubiría, que nos hablan cómo debemos aceptar la pérdida de un ser querido.

4.3 PROPUESTA METODOLÓGICA DE TRABAJO SOCIAL.

Propuesta de una metodología de Trabajo Social de la intervención en una dinámica familiar ante un neonato con malformación congénita.

Que la Secretaría de Salud a través de los medios masivos de comunicación se haga énfasis en la sensibilización a las futuras madres sobre los cuidados prenatales que deben procurarse desde que se saben embarazadas, sobre todo en aquellas que su primera gesta se presenta antes de los 20 años de edad, pues el grupo de edad que más riesgo representa de estar gestando un producto con malformación y con los adelantos tecnológicos es posible detectar la gastrosquisis a través de ultrasonografía a temprana edad del producto, ya que las futuras madres no se interesan por acudir a control prenatal temprano, sin embargo, si se lleva a cabo la información a través de radio o televisión, las mujeres en edad reproductiva se interesarían más por la atención de un control prenatal temprano.

La metodología de intervención, consistiría en llevar a cabo la educación y la promoción para la salud dirigida a toda niña, adolescente y mujer en edad fértil, que piense o no embarazarse en un plazo breve.

El momento en el que se podría llevar a cabo este tipo de prevención no sólo sería en el embarazo, sino antes de que el proceso de gestación se haya iniciado.

Los problemas de salud ocupan en la vida cotidiana un lugar cada vez más importante, con una creciente demanda de información y necesidad de saber. La educación para la salud ofrece no sólo información, sino que ayuda al individuo a tomar sus propias decisiones, cambiando sus actitudes y valores.

No se pretende que sepa más, sino que se comporte en forma diferente, y que acepte la salud como un bien mayor, que guíe su comportamiento. Por tanto, es algo más que comunicar e informar, y pretende lograr el cambio y la modificación del comportamiento hacia formas de vida más saludables.

La educación para la salud es una premisa necesaria en toda actividad de promoción y protección de la salud y debe ir dirigida en este caso a la mujer, a la familia, al área educativa y en general, a la colectividad.

El principal objetivo será ayudar a las mujeres, niñas y adolescentes a adquirir el mejor estado de salud teniendo en cuenta la herencia, sus hábitos y el ambiente psico-social en el que viven.

Sin embargo, se debe buscar en ellas una verdadera mentalidad sana induciendo acciones para la promoción de la salud, en las que los cambios de comportamiento supongan más ventajas que inconvenientes.

Al introducir cambios en los conocimientos, creencias y en el comportamiento de estas mujeres se debe estar consciente de que, para que la educación sea eficaz, se deberán adaptar los programas de salud a las diferentes culturas, valores, lenguas, creencias religiosas, edades y estilos de vida

La prevención sería que toda gestante en la que se sospeche por los datos clínicos, analíticos o de ultrasonido fundamentalmente la presencia de una patología, con una repercusión desfavorable tanto para ella como para su hijo (a).

El método de trabajo consistirá no sólo en informar y educar a la gestante, buscando su comprensión y su cambio de actitud hacia un problema concreto, sino el empleo de todas las medidas terapéuticas tendientes a mantener el estado de salud materno-fetal.

METODOLGIA EMPLEADA EN ESTA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.			
Técnicas	Instrumentos	Procedimiento.	Evaluación.
Entrevista.	Encuestas.	Se realizarán a toda mujer que acepte contestar al encuestador.	Los logros se verán reflejados en la consulta prenatal.
Observación.	Guía de observación. Diario de campo.	Se observará a la población in situ de interés por captar, así como los aspectos más significativos como son: su ambiente (físico, social, cultural, etc.). Se llevará a cabo el registro de información recolectada.	Se estimará a través de las actitudes, y el interés de la población.
Visita domiciliaria.	Cuadernos de notas. Cronograma. Diario de campo.	La calendarización será semanal.	Se evaluará lo programado y lo realizado
Recorridos en campo.	Cronograma. Croquis de ubicación. Cartografía.	Detección de la población en edad reproductiva. Determinación del universo de trabajo.	Se podrá cuantificar en los informes mensuales.
Difusión informativa.	Folleto, tríptico, cartel, díptico, volante.	Distribución del material elaborado en campo y en clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar demanda de información. • Información proporcionada. • Tipo de información solicitada.
Técnicas grupales.	Programa de trabajo. Curso-taller	Promoción del curso educativo. Diseño del curso-taller. Formación del grupo. Registro de aspirantes. Ejecución del curso. Exposición de buenos hábitos alimenticios. Abstinencia en el consumo de fármacos. Replica del curso taller.	Se llevará a cabo al final de cada curso por el equipo de salud.

Estrategias de detección de población en edad fértil.

- Observación de la población. Se llevará a cabo a través de sondeos al azar y a través del interrogatorio de la 1ra. consulta de control prenatal.
- Analizar información del formulario. Que vaya dirigido a población del sexo femenino.
- Detectar casos con posible problema. Se despertará el interés a través de pláticas en horarios de mayor audiencia en la sala de espera de la unidad de salud.

- Captarlas. En la primera consulta de control prenatal.
- Entrevistar. Cuando la usuaria muestre interés posterior a una charla.
- Definir problemáticas. Se podrá definir a través del diagnóstico social.
- Atención del caso. Se llevará a cabo como estudio social de grupo.
- Investigar. Si hay antecedentes heredo familiares, que representen un mal pronóstico para un embarazo.
- Llevar a cabo un diagnóstico social y médico.
- Elaborar un pronóstico. Se espera que la población femenina en edad fértil cambie de actitud hacia una visión saludable y la sus posibles progenitores.

Plan social. Se programarán tantos cursos talleres de acuerdo a la demanda que se presente de la población.

- Evaluación. Se evaluará al grupo al final del curso taller, a través de un examen final para poder apreciar los logros, y éstos a su vez se informarán en un reporte mensual, a la unidad de salud, Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero y Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal.
- Seguimiento y control. Se vigilará que la usuaria embarazada acuda a todas sus citas programadas y no dejar pasar más de dos días posteriores a la última cita para realizar visita domiciliaria, e informarse del motivo de su inasistencia, de esa forma se le motivará y le permitirá hacer conciencia de lo importante que es llevar un verdadero control prenatal y no acudir a la unidad de salud de 1er nivel de atención a la salud hasta que su embarazo ya se encuentra a término, porque en la práctica diaria se observa que las mujeres embarazadas se preocupan por acudir a consulta cuando se encuentra cursando la semana 39 ó 40 de gestación.

CONCLUSIONES.

La marginación que padece gran parte de la sociedad mexicana, la falta de oportunidades de desarrollo, debido a la poca o nula preparación escolar, los bajos ingresos, etc. han provocado una inestabilidad económica social y emocional en gran parte de los individuos, repercutiendo directamente en sus relaciones familiares y sociales provocando en muchos casos la desintegración de las familias.

Es en la familia donde se lleva a cabo la crianza de los hijos, la educación, de los padres aprendemos valores, normas, límites formas de convivencia etc. Día a día desde el nacimiento se van formando diferentes individuos; en ella se debe procurar al niño o niña lo necesario para vivir una niñez feliz y como consecuencia ser un adulto feliz, sin embargo, el papel de la familia se ha transformado, se ha dejado al descubierto que existen familias que limitan a través de la ignorancia y el autoritarismo las posibilidades de desarrollo personal.

Considero importante la participación del trabajador social en el área de la salud, ya que requiere actualizar constantemente los conocimientos teóricos, metodológicos de la intervención con las familias en las que su dinámica familiar se encuentra alterada a fin de realizar su quehacer profesional en base a conocimientos teórico-metodológicos.

Un diagnóstico de salud de la población debe considerar de manera sistemática aspectos demográficos, económicos, sociales, ambientales y de infraestructura sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA.

- ANDER. Egg Ezequiel, "*Diccionario de Sociología*". 1988
- BALINT. M. "*El medico, el paciente y su enfermedad*". Ed. Libros básicos, Buenos Aires. 1961.
- BENAVIDES, Benavides Ana, "*Curso sobre prevención de deficiencias*". Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. 1999
- BERHMAN. "*Enfermedades del feto y recién nacido*". Ed. Médica Panamericana 3ra. Edición, Argentina, 1985
- CARO MORA, Gilberto y BARRERA RUBIO, Kebia. "*Propuesta de una simbología ampliada y modificada para el estudio de la Geografía de la Familia*".
- CASTELLANOS. Marie C. "*Manual de trabajo social*". La Prensa Medica Mexicana S.A.
- Centro de documentación e información en epidemiología "*Hacia un sistema universal de salud*".
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ediciones Sun-Shine. México, 2003.
- DATZ. L. "*Dinámica de la familia*". Mecanograma. Jefatura de los servicios de enseñanza e investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1979.

- DE LA TORRE. Verduzco, Rafael. *"Neonatología fisiopatología y tratamiento"*. Barcelona-Madrid-Buenos Aires-Bogotá-Caracas-México-Quito-Río de Janeiro-San Juan, Puerto Rico-Santiago de Chile. 1981 Salvat Mexicana de Ediciones, S. A. de C. V.
- Diccionario de la Lengua Española.
- ENGELS. F.: *"El origen de la familia, la propiedad privada y el estado"*. Editorial Progreso Moscú, 1971.
- FALCÓN. ALCÁNTARA, Alejandra. *"Metodología Básica para la atención de la familia"*. Comunicación.
- FALCÓN. ALCÁNTARA, Alejandra. *"Teoría de los sistemas y la cibernética en la terapia familiar"*. Metodología básica para la Atención de la familia UNAM-ENTS. México 2001.
- FRANCO C. *"El nivel Psicológico de la conducta"*. Psicología No. 22. México. 1979.
- GARCÍA. Rivas, Socorro. *"Modelos de atención social a la familia"*. Manual, UNAM-ENTS, México, 2001
- Grupo de estudios del nacimiento A. C. *"Los defectos al nacimiento... prevención para un mejor futuro"*. México 2003.
- HARTMAN, A. *"Evaluación Diagramática de las relaciones familiares"* Revista Casework E.U.A. 1978.
- HOFFMAN P. Franz A. Siggen. *"Onfalocele y Gastrosquisis problema 12- INLTNRSE MEDIAL tratamiento ZENTRULBC CFIRIS 1986 III"*

- JACKSON. D. D. "*The study of the family*". Family process. 1965.
- KADUSHIN. A., "*La entrevista en Trabajo Social*", 1978.
- Ley General de Salud para el Distrito Federal. Tomo I año 2002. Editorial Porrúa.
- Ley general de Salud para el Distrito Federal. Tomo II año 2002. Editorial Porrúa.
- L. VON, Berta lanffy. "*Teoría General de Sistemas*". Ed. Fondo de Cultura Económica, Madrid. 1976. p. 7
- Mac. Goldrick M., Y Gerson. (1987) Metodología Básica para la Atención de la Familia. "*Genogramas en la Evaluación Familiar*". Gedisa, Buenos Aires, Barcelona 1993.
- M. DU Ranquet, "Le Approches en Service Social". 1996
- Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993.
- Norma Oficial Mexicana 2002
- P. WATZLAWICK, BEAVIN y J. JACKSON. "*Teoría de la Comunicación Humana*", 1989.
- PANGRAZZI, Arnaldo. "*El duelo, experiencias de crecimiento*". Editorial CENCAPAS Santafé de Bogotá Colombia. Septiembre 1993.

- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
- REYES. Subiría, L. Alfonso. "*Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Familiar y a su Familia*" Tomo 3. México, 1992.
- SAUCEDA. J. M.; FONCERRADA. M. M. "*La exploración de la familia, aspectos médicos, psicológicos y sociales*". Rev. Med., IMSS, 1981
- SKINER. B. F. Ciencia y conducta humana. Editorial Fontanilla. Barcelona. 1977.
- VASCONCELOS. R. Simposio La familia. Gac. Méd. Méx. 1978.
- VOLKERS Gaussmann, Georgina Susana. "*Manual de Atención Social a la Familia*". UNAM-ENTS, México. 2001

Internet.

- Pcs.adam.com/presentations/100023_7106.htm.

Anexos



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza

SECRETARÍA DE SALUD
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL

JURISDICCION SANITARIA: _____

UNIDAD MEDICA: _____ Núm. MODULO/CONSULTORIO: _____ Núm. EXP. _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____

MOTIVO DE LA VISITA: _____

OBJETIVOS: _____

RESULTADOS: _____

RECOMENDACIONES: _____

FECHA DE LA VISITA

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL



IV. DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR DE CINCO AÑOS

9. ¿QUÉ PARENTESCO TENÍA USTED CON: (MENCIONE EL NOMBRE DEL NIÑO) _____ ?

10. EDAD:

11. ¿SABE USTED LEER Y ESCRIBIR? sí NO

12. ADEMÁS DE (NOMBRE DEL NIÑO) ¿ALGÚN OTRO DE SUS HIJOS MURIÓ CUANDO TENÍA MENOS DE 5 AÑOS ?:

 sí NO

13. ¿CUÁNTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA HASTA EL CONSULTORIO O CLÍNICA MÁS CERCANA, POR EL

MEDIO DE TRANSPORTE HABITUAL?: :
 DÍAS HORAS MIN

V. PADECIMIENTO

14. DÍGAME LA FECHA Y HORA EN QUE SU NIÑO EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO:
(LA ÚLTIMA VEZ QUE ENFERMÓ DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA) AÑO MES DÍA HORA MIN

ME PUEDE INDICAR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTÓ (NOMBRE DEL NIÑO) DESDE QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO HASTA QUE MURIÓ, Y QUÉ FUE LO QUE USTED HIZO (PREGUNTE MOLESTIAS, SOLICITUD DE ATENCIÓN Y MANEJO DEL CASO HASTA QUE FALLECIÓ, PERMITA QUE EL ENTREVISTADO LE INFORME LIBREMENTE, ANOTE LOS TERMINOS QUE LA ENTREVISTADA DIGA)



ANOTE LA FECHA DE INICIO Y EVOLUCIÓN DE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES DATOS:

(SI YA LO INDICÓ EL ENTREVISTADO EN LA SECCIÓN ANTERIOR, REGISTRELO EN EL RENGLÓN CORRESPONDIENTE)

15. SIGNOS

	SÍ	NO	NO SABE	INICIO (FECHA)	DURACIÓN (DÍAS)	OBSERVACIONES
TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
DEJÓ DE COMER O BEBER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
PIEL MÁS FRÍA DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
CÓNVULSIONES O ATAQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
SE PUSO MORADO DE LABIOS Y/O UÑAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
MÁS PÁLIDO DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
SILBIDO AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

16. DURACIÓN TOTAL DE LA ENFERMEDAD: DÍAS : HORAS : MIN

VI: ATENCIÓN RECIBIDA EN SU HOGAR

17. ¿CUANDO UD. SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO SE ENFERMÓ, ¿LO ATENDIÓ PRIMERO EN SU CASA? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA No. 21)

	SÍ	NO	NO ESPECIFICADO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. EN SU CASA, UD. POR SU PROPIA CUENTA:

19. MEDIDAS GENERALES

- ¿LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?
- ¿LE DIO MÁS LÍQUIDO DE LO HABITUAL?
- ¿LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ?
- ¿SI AÚN TOMABA, LE CONTINUÓ DANDO EL PECHO?
- ¿LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

20. ¿LE DIÓ ALGUNA MEDICINA?

DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: _____

VII: PRIMERA ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR

21. ¿LO LLEVÓ CON ALGUIEN A CONSULTA? SÍ NO

22. ¿POR QUÉ?

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 56)

23. ¿RECIBIÓ ATENCIÓN? SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN?



24. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO?

DÍAS

HORAS

MIN

25. ¿A CUÁNTAS CONSULTAS LO LLEVÓ?

(ANOTE EN ORDEN CRONOLÓGICO)

No. DE CONSULTA	TIPO DE PERSONAL	NOMBRE	DOMICILIO

27. LA PERSONA QUE LE DIÓ LA PRIMERA CONSULTA LE INDICÓ: SÍ NO NO ESPECIFICADO

28. MEDIDAS GENERALES

¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?

¿QUE LE DIERA MÁS LIQUIDOS?

¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ?

SI AÚN TOMABA ¿QUE LE CONTINUARA DANDO EL PECHO?

¿QUE EVITARA EXPONERLO A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

29. ¿ALGUNA MEDICINA?

DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: _____

30. ¿LE DIÓ INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRA MOLESTIA? SÍ NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 32)

31. ¿CUÁL(ES)? _____

32. ¿LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA? SÍ NO TIEMPO

DÍAS HORAS

33. ¿LE INDICÓ COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA? SÍ NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 35)

34. ¿QUÉ LE DIJO? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICÓ ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

SI DEJABA DE COMER O BEBER

PIEL MÁS FRÍA DE LO NORMAL

DIFICULTAD PARA DESPERTARLO

CONVULSIONES O ATAQUES

SI SE PONÍA MORADO DE LABIOS Y/O UÑAS

MÁS PÁLIDO DE LO NORMAL

HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS

RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO

SILBIDO AL RESPIRAR

OTRA:

ESPECIFIQUE _____

35. ¿LO ENVIÓ AL HOSPITAL? SÍ NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 38)



36. DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

(CONTÍNE CON LA PREGUNTA 38)

37. ¿LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

(PASE A LA PREGUNTA 38)

38. ¿LO HOSPITALIZARON?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON?

39. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA PRIMERA CONSULTA, USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

¿LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿LE DIÓ MAS LÍQUIDOS DE LO HABITUAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SI AÚN TOMABA, LE CONTINUÓ DANDO EL PECHO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE SU CASA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. ¿LE DIÓ LA MEDICINA?

 VIII CONSULTA(S) SUBSECUENTE(S)

(LLENÉ ESTA SECCIÓN SOLO SI EL NIÑO RECIBIÓ UNA SEGUNDA CONSULTA POR LA MISMA U OTRA PERSONA)

41. ¿QUIÉN LE DIÓ LA SEGUNDA CONSULTA? LA MISMA PERSONA OTRA PERSONA

42. LA PERSONA QUE LE DIÓ LA SEGUNDA CONSULTA LE INDICÓ:

43. MEDIDAS GENERALES

	SÍ	NO	NO ESP.
¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE LE DIERA MÁS LÍQUIDOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE LE CONTINUARA DANDO PECHO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE NO LE PUSIERA A HUMOS DENTRO DE SU CASA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. ¿ALGUNA MEDICINA?

DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS:

45. ¿LE DIÓ INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRA(S) MOLESTIA(S)? SÍ NO NO ESPECIFICADO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 48)



46. ¿CUÁL(ES)? _____

47. ¿LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA? SÍ NO TIEMPO :
DIAS HORAS

48. ¿LE INDICÓ CÓMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA? SÍ NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 50)

49. ¿QUÉ LE DIJO? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICO ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| SI DEJABA DE COMER O BEBER | <input type="checkbox"/> |
| PIEL MÁS FRÍA DE LO NORMAL | <input type="checkbox"/> |
| DIFICULTAD PARA DESPERTARLO | <input type="checkbox"/> |
| CONVULSIONES O ATAQUES | <input type="checkbox"/> |
| SI SE PONÍA MORADO DE LABIOS Y/O UÑAS | <input type="checkbox"/> |
| MÁS PÁLIDO DE LO NORMAL | <input type="checkbox"/> |
| HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS | <input type="checkbox"/> |
| RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO | <input type="checkbox"/> |
| SILBIDO AL RESPIRAR | <input type="checkbox"/> |

OTRA _____

ESPECIFIQUE

50. ¿LO ENVIÓ AL HOSPITAL? SÍ NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 51)

51. DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 54)

52. ¿LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

(PASE A LA PREGUNTA 54)

53. ¿LO HOSPITALIZARON? SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON?

54. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA SEGUNDA CONSULTA, USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LE DIÓ MÁS LIQUIDOS DE LO HABITUAL? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿SI AÚN TOMABA, LE CONTINUÓ DANDO EL PECHO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE SU CASA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



55. ¿LE DIÓ LA MEDICINA? sí NO

NOTA: SI SE RECIBIERON MÁS CONSULTAS, ANOTE LOS ASPECTOS RELEVANTES EN UNA HOJA EN BLANCO Y ANÉXELA

IX. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

56. ¿DÓNDE MURIÓ EL NIÑO?

- EN EL HOGAR
- EN CONSULTORIO O UNIDAD DE PRIMER NIVEL
- EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL
- EN EL TRASLADO
- NO SABE

X. CAPACITACIÓN

57. ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACIÓN ACERCA DE EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR,
DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA?

sí NO → FIN

58. ¿DÓNDE Y QUIÉN LE DIÓ LA CAPACITACIÓN?



SECRETARIA DE SALUD DEL D.F.
 JURISDICCION SANITARIA GUSTAVO A. MADERO
 SUBDIRECCION DE MEDICINA PREVENTIVA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

ENCUESTA FAMILIAR EN CERCO EDUCATIVO PARA GASTROENTERITIS Y INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

FECHA _____

ESTADO _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____
 COLONIA _____ MANZANA _____ No. DE VIVIENDA _____ DOMICILIO _____
 APELLIDO DE LA FAMILIA _____ ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA CASA? _____

¿Cuántos cuartos utilizan para dormir? _____

¿El agua para beber la obtienen de? _____

1) Red 2) Pipa 3) Pozo 4) Manantial

¿Qué tratamiento dan al agua para beber? _____

1) Hierve 2) Filtra 3) Clora 4) Ninguno

¿Dispone de excretas en? _____

1) Drenaje 2) Fosa séptica 3) Letrina

¿Consumen alimentos en la vía pública? _____

SI _____ NO _____

¿Cuántos son niños menores de 5 años? _____

¿Durante los últimos 15 días algún niño menor de 5 años ha presentado diarrea? _____

SI _____ NO _____

¿Quién enfermó? _____

Edad _____ Sexo _____

Su estado actual es: _____

1) Sano 2) Convalesciente 3) Enfermo 4) Defunción

Nombre de la madre ó responsable del niño(s) _____

Edad _____

¿Sabe leer y escribir? _____

SI _____ NO _____

¿Alguno de sus hijos murió cuando tenía menos de 5 años? _____

SI _____ NO _____ CAUSAS _____

¿Cuánto tiempo tarda en llegar desde su casa hasta el consultorio ó clínica más cercana, por el medio de transporte más habitual?: Hora: _____ Min. _____

¿Es derechohabiente? _____

SSA _____ IMSS _____ ISSSTE _____ OTRA _____

CONTESTE SEGÚN LA CAUSA DE LA AUTOPSIA VERBAL.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

¿Cuándo uno de sus hijos tiene diarrea? _____

Lo atiende en su casa _____

Lo lleva a clínica ó Centro de Salud _____

Con médico particular _____

¿Conoce el Suero Vída Oral? _____

SI _____ NO _____

¿Sabe para que se utiliza? _____

SI _____ NO _____

¿Sabe prepararlo? _____

SI _____ NO _____

¿Lo ha utilizado en caso de diarrea de alguno de sus niños? _____

SI _____ NO _____

¿Cuándo uno de sus hijos presenta diarrea, suspende su alimentación habitual? _____

SI _____ NO _____

¿Conoce las señales de alarma en enfermedad diarreica? _____

SI _____ NO _____

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

¿Cuando uno de sus hijos tiene infección respiratoria aguda? _____

Lo tiene en su casa _____

Lo lleva a clínica ó Centro de Salud _____

Con médico particular _____

¿Cuándo tiene infección respiratoria le evita cambios bruscos de temperatura? SI _____ NO _____

¿Le dá más líquido de lo habitual? _____

SI _____ NO _____

¿Le continuaba dando pecho, si lo tomaba? _____

SI _____ NO _____

¿Le evitó la exposición a humo dentro de la casa? _____

SI _____ NO _____

¿Conoce las señales de alarma para infección respiratoria aguda. _____

SI _____ NO _____

ACCIONES PREVENTIVAS Y EDUCACION PARA LA SALUD

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

RECOMENDACIONES DE FOMENTO A LA SALUD

EDAS

1. No utilice la automedicación.
2. Ante un cuadro diarreico agudo, en un menor de 5 años de edad, acuda al Centro de Salud más cercano.
3. Medidas y cuidados en el hogar en niños menores de 5 años con EDA:
 - Continuar la alimentación habitual y ofrecerla con mayor frecuencia.
 - Ofrecer vida suero oral y líquidos.
4. Identifique los signos de alarma por EDA:
 - Sed intensa.
 - Toma pocos líquidos y alimentos.
 - Las evacuaciones son líquidas y numerosas (más de 3 en una hora).
 - Fiebre que ha durado más de 3 días.
 - Vómitos frecuentes (más de 3 en una hora).
 - Sangre en las evacuaciones.

IRAS

1. No utilice la automedicación.
2. Ante un cuadro respiratorio agudo, en un menor de 5 años de edad, acuda al Centro de Salud más cercano.
3. Medidas y cuidados en el hogar en niños menores de 5 años con IRA:
 - Si sólo toma pecho ofrescaselo con mayor frecuencia; en otras edades ofrezca líquidos en abundancia.
 - Evítele enfriamientos.
 - Si tiene fiebre, controlar con medios físicos.
 - Mantener permeable las fosas nasales.
 - Evite que fumen cerca de él.
4. Identifique los signos de alarma por IRA:
 - Respiración rápida.
 - Dificultad para respirar (se le hunden las costillas al respirar)
 - Dificultad para beber o amamantarse.
 - Se ve más enfermo.

LA VIDA DE SU NIÑO CORRE PELIGRO SI NO SE LE ATIENDE OPORTUNAMENTE. CUIDE SU SALUD