

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Trabajo Social

EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE EL PROBLEMA
DE LAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL
RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL DE GINECO
OBSTETRICIA No. 2 I. M. S. S.

M E M O R I A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

TRABAJADORA SOCIAL

P R E S E N T A

MA. GRACIELA MONTEJANO ZARAGOZA

México, D. F.

1976



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.

CON RESPETO Y CARINO
A MIS PADRES QUERIDOS
SR. LUIS MONTEJANO UBENCE
SRA. ROSARIO ZARAGOZA DE MONTEJANO.

A MIS QUERIDOS HERMANOS .

A MIS ADORABLES SOBRINOS.

CON GRATITUD A MIS INOLVIDABLES
AMIGAS Y COMPAÑERAS QUE SUPIERON
DARME SU ESTIMULO Y APOYO:
T.S. LIDIA RITA RIVERA MARTINEZ DE C.
SRA. DORA LILIA PALOMINO DE GARIBAY.
T.S. VIRGINIA VILLANUEVA PAREDES.

EN ESPECIAL A:
DR. MANUEL RUIZ ZAPATA
LIC. GUILLERMINA CASTILLO
DR. JORGE OCADIZ ARNOUD.
T.S. ROSA MA. SILVA G.

CONTENIDO.

Introducción

CAPITULO I ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO
DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTE -
TRICIA No. 2

CAPITULO II EL PROBLEMA DE LAS MALFORMACION
NES EN EL RECIEN NACIDO.

a) CONCEPTO

b) ETIOLOGIA

c) TIPOS DE MALFORMACIONES.

CAPITULO III INVESTIGACION REALIZADA EN 50-
CASOS DE NIÑOS CON MALFORMACION
NES CONGENITAS.

a) METODO DE INVESTIGACION

I.- TRABAJO SOCIAL DE CASOS

b) ANALISIS Y PRESENTACION DE
DATOS.

c) RESULTADOS.

CAPITULO IV ACTIVIDAD DE LA TRABAJADORA SOC
CIAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Los niños tienen derecho a ser felices y todo aquel que presente algún problema de -- malformación congénita debe ser ayudado por -- sus padres, por los educadores y por toda la -- sociedad.

Al ingresar al Instituto Mexicano del -- Seguro Social en el Hospital de Gineco-Obste -- tricia No. 2, advertí que trataría con derecho habientes que tenían prestaciones sobre enfer -- medades ginecológicas, obstétricas y pediátri -- cas, entre otras.

Durante mi experiencia en este Hospital me interesé profundamente por el grave proble -- ma médico-social que constituyen las malforma -- ciones congénitas en el recién nacido.

La experiencia en mi labor como trabaja -- dora social me indujo a considerar el problema económico-social que confronta el niño malfor -- mado, ya que por los avances esenciales de la -- medicina generalmente se conocen las causas -- que determinan la malformación en el recién na -- cido así como los factores que modifican su --

frecuencia.

El presente trabajo se encuentra enfocado principalmente al problema de los nacimientos de niños malformados, estudiándose detalladamente desde el punto de vista médico y obstétrico, porque se advierte que el embarazo y -- fundamentalmente el parto constituyen riesgos, tanto para la madre como para el producto.

Al través de mi corta experiencia y durante mi estancia en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional comprobé que las malformaciones congénitas no sólo revisten características médicas, sino también los problemas socioeconómicos son factores determinantes en el tratamiento de los niños con problemas de esta clase de alteraciones, ya que por no recibir la atención adecuada constituyen problemas sociales dentro del nucleo familiar.

El problema del recién nacido malformado esta íntimamente ligado a factores importantes, los económicos y sociales.

Los estudios médicos se constituyen en el mejoramiento de las condiciones de vida de-

la población, mediante trabajo constante, y cuyo bienestar físico y mental se reflejará en la mejor comprensión de la sociedad ante estos problemas.

Ahora bien, debe pugnarse por el interés de ayudar, orientar y sentir comprensión, en base a la tolerancia como misión del trabajador social.

CAPITULO I

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 2

El Seguro Social se creó en Enero de -- 1944 para servir a México y al pueblo, logrando desde su fundación mejoría en la salud y en las condiciones de vida de los trabajadores.

Su crecimiento ha ido avanzando por etapas lentas o rápidas, pero siempre ascendentes siendo uno de los logros de mayor importancia la adquisición del CENTRO MEDICO NACIONAL.

Este fue inaugurado el II de Mayo de -- 1961, fecha en la cual los primeros Hospitales abrieron sus puertas para la atención médica de trabajadores y sus familiares; estos fueron:

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA

HOSPITAL DE NEUMOLOGIA

En el Hospital de Gineco-Obstetricia -- del Centro Médico Nacional del Instituto Mexi-

cano del Seguro Social, tiene lugar el acto maravilloso del advenimiento de nuevos seres, que al exteriorizarse del vientre materno, van a significar fuente de alegría para los padres y actividad para la sociedad, ya que en ella vivirán desde ese momento.

En este Hospital además de atender todos los problemas relacionados con la gestación, se tratan las enfermedades de los órganos genitales.

La Unidad de Gineco-Obstetricia No. 2 tiene asignadas las 14 clínicas siguientes: I, 2, 3, 4, 6, 16, 17, 21, 23, 25, 28, 30, 65, y 75; para la resolución de los problemas médicos, abarcando un número muy elevado de derechohabientes.

El número de pacientes que se atienden diariamente en el Hospital, aproximadamente, es de 200 siendo 130 de consulta externa, 78 de emergencia; de estos últimos, por diversos motivos, ingresan 60 diariamente; ya que cuando algunas no corresponden a la Unidad son en-

viadas a las Maternidades correspondientes.

El Hospital está formado por dos Unidades la mayor de seis pisos los cuales están -- destinados para hospitalización, con un total de 264 camas.

En el piso segundo se encuentra la sección de puerperio normal, sección de camas sépticas, y las cunas de prematuros. En el tercero y cuarto piso se encaman las pacientes en puerperio normal, contando además con la sección de cunas correspondiente. En el quinto piso se hospitalizan las pacientes con problemas de puerperio (toxemia). En el sexto piso se atiende a las pacientes con complicaciones durante la primera y segunda mitad del embarazo. En el séptimo piso son atendidas únicamente a pacientes con problemas ginecológicos.

En la otra Unidad de un solo piso (Planta Baja), están concentrados los servicios de Urgencias, Tocoquirúrgica, Sala de Recuperación post parto, Sala de Recuperación Quirúrgica, Quirófanos, Anestesia, Anatomía Patológica

y Fisiología Uterina.

Finalmente, en el primer piso están los servicios de consulta externa, archivo clínico trabajo médico social, laboratorio y radiología.

La consulta externa cuenta con dieciséis consultorios distribuidos en la siguiente forma:

TRECE PARA EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

UNO PARA EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

UNO PARA EL SERVICIO DE PEDIATRIA

UNO PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Estos funcionan de las 8.00 hrs. a las 13.00 hrs. y de 14.00 hrs. a las 16.00 hrs.

Además se cuenta en el servicio de Consulta Externa con diez Clínicas de Especialidades: Isoinmunización, Fertilidad, Control de la Fertilidad Ovular, Ictericia, Control de abortos, Toxemia, Hemorragia Disfuncional, T.B Genital y Genética Pediátrica.

El personal de Intendencia, Administrativo, Enfermería, Trabajo Médico Social, Labo-

ratorios, Anestesiología, Médicos Gineco-Obste-
tras y Pediatras, laboran con un sólo fin: aten-
der en forma adecuada a todas las enfermas que
llegan ininterrumpidamente durante las 24 hrs.
del día al Hospital. A pesar de que en la Uni-
dad se cuenta con personal especializado y --
equipo técnico para salvaguardar la vida de --
las pacientes, los Médicos y Enfermeras son au-
xiliados en sus labores ya que por la estancia
de los derechohabientes surgen grandes proble-
mas sociales, interviniendo aquí oportunamente
el Trabajo Médico Social cuyo Departamento tie-
ne como finalidad el colaborar en la solución-
de los problemas que presenta el derechohabien-
te, tanto de tipo familiar como de trabajo, a-
través de la educación, orientación y conoci -
miento de las prestaciones que otorga el Segu-
ro Social. Al contribuir en la resolución de -
los diversos problemas que afectan a las pa --
cientes y a su familia se obtiene su máximo --
bienestar, y el ambiente en el cual se desen -
vuelve será más tranquilo lo cual facilitará -

las actividades del personal a cargo del caso-clínico.

Ahora bien, es de mencionarse que el -- primer contacto que la derechohabiente tiene -- con la Institución, es a través del Departamento de Trabajo Médico Social, siendo una de las funciones principales del mismo supervisar las actividades del personal de Asistentes Sociales, observando y cuidando que estas proporcionen un trato adecuado, cortés y amable a los -- derechohabientes, ya que de ellas dependerá la opinión que se tenga de la Institución; además se vigila que se elabore correctamente la documentación de ingreso, así como la información-- proporcionada al familiar sobre el estado de -- salud de la paciente sea correcto, y que se -- otorgue con oportunidad la cita telefónica pa-- ra el servicio de consulta externa.

El Departamento de Trabajo Médico So -- cial está integrado por una Trabajadora Social Jefe del Servicio, una Supervisora, nueve Tra-- bajadoras Sociales y treinta y dos Asistentes--

Sociales.

Hago hincapié en que de este último personal labora en el turno matutino diecinueve, - en el turno vespertino nueve y en el turno - nocturno cuatro.

Las Trabajadoras Sociales para el turno matutino son siete, y se encuentran distribuídas en la siguiente forma: Una para el servicio de consulta externa, admisión y sala tocoquirúrgica y seis para hospitalización.

En el turno vespertino la atención está a cargo de dos Trabajadoras Sociales: una en el servicio de admisión, sala tocoquirúrgica y oficina; la otra en el servicio de hospitalización, encargándose de atender los problemas -- más urgentes surgidos en las salas por ausencia de las Trabajadoras Sociales del turno matutino.

CAPITULO II

EL PROBLEMA DE LAS MALFORMACIONES EN EL RECIEN NACIDO.

- a) CONCEPTO
- b) ETIOLOGIA
- c) TIPOS DE MALFORMACIONES

a) CONCEPTO .- Las malformaciones congénitas son defectos estructurales debido a ciertas alteraciones en el desarrollo embrionario y fetal, presentes desde el nacimiento; pueden ser mayores, menores, superficiales o de las estructuras profundas, únicas o múltiples, familiares o esporádicas y hereditarias o no hereditarias.

b) ETIOLOGIA .- Se estima que del 10 al 20 % son de origen congénito; el 10 % obedece a distribución anormal de los cromosomas, otro 10 % es causado por virus; y al 70 % restante se ignora la causa, probablemente la Interacción-Genético Ambiental explique en su mayor -

parte este último porcentaje citado.

Entre los factores causales de malformaciones se han señalado los siguientes:

1.- FACTORES HEREDITARIOS .- La mutación espontánea, causa de malformaciones que se heredan, por ejemplo, la acondroplasia.

2.- FACTORES AMBIENTALES .- No puede hablarse de causas estrictamente específicas de malformaciones congénitas, esto es, de modificaciones ambientales capaces y responsables de determinar malformación congénita y menos aún en relación de estas últimas con el factor causal.

De hecho cualquier variación ambiental, cualitativa o cuantitativa, dependen de su magnitud y duración y, sobre todo, del momento -- que se encuentre el organismo en formación, -- puede causar determinada malformación congénita. Por tanto, un mismo factor ambiental es capaz de ser la causa de diversas anomalías así como una misma anomalía estructural puede obe-

décer a diferentes factores ambientales.

Se ha logrado ocasionar alteraciones -- idénticas en un mismo animal de experimenta -- ción, tanto por carencia como por exceso de un mismo metabolito, por ejemplo: La Vitamina A, -- la Riboflavina, etc.

En general puede considerarse que toda -- modificación del ambiente es potencialmente TE -- RATOGENICA.

EJEMPLOS DE FACTORES AMBIENTALES.

a) FISICOS .- Entre una gran variedad, -- se han mencionado los siguientes: Radiaciones -- Ionizantes, Ultrasonido, radiaciones gama y -- otras.

b) QUIMICOS .- Son tal vez más numero -- sos y entre ellos están: Hormonas, Vitaminas, -- gases de combustión completa, Medicamentos y -- drogas en general, incluyendo Antibióticos, Vi -- rus y Protozoarios.

c) BIOLÓGICOS .- Estos comprenden fun -- damentalmente: Virus, Radiaciones Ionizantes, --

Protozoarios, Ultrasonido, Bacterias (Corobacterium), y modificaciones importantes de la temperatura.

c) TIPOS DE MALFORMACIONES .- A continuación se menciona parte de la gran variedad de malformaciones que presenta el recién nacido.

Se registra una frecuencia global aproximada del 2 %, estimándose que alcanzan, como causa de mortalidad, el 13 % entre los nacidos vivos, y el 16 % para los mortinatos, llegando a no menos del 20 % las defunciones fetales en el primer trimestre de la gestación. La importancia relativa de las deformaciones congénitas como causa de mortalidad han aumentado para los períodos NEONATAL y PREESCOLAR, constituyendo la tercera causa de muerte.

La mortalidad varía según la magnitud de las malformaciones; es alta en el aparato Cardiovascular, sistemas Nervioso y Gastrointestinal, más aún cuando son múltiples. En un-

estudio sobre 677 niños con malformaciones con
génitas, el 32 % de los que murieron en el --
período Neonatal, tenían deformaciones congéni
tas del sistema Cardiovascular; y entre los na
cidos muertos, el 79 % tenían deformaciones --
congénitas del sistema Nervioso Central.

Los defectos que se originan en los pri
meros meses de la gestación o que requieren --
más de un mes para llegar a constituirse, es --
tán cosiderados como la mayor causa de mortali
dad.

A continuación se exponen brevemente --
los tipos de malformaciones, las cuales pueden
ser clasificadas desde varios puntos de vista,
como sigue:

I.- ANTES DEL NACIMIENTO .- Estas se --
observan por medio de radiografías tomadas a --
las madres en los últimos días del embarazo. --
Ejemplos:

ANENCEFALIA

ESPINA BIFIDA

HIDROCEFALIA, etc.

2.- AL NACIMIENTO .- Ejemplos:

ANENCEFALIA

ESPINA BIFIDA

MALFORMACIONES CARDIACAS

LABIO Y PALADAR HENDIDO

LUXACION DE CADERA

PIE ZAMBO.

3.- POR ORDEN RECESIVO .- Ejemplos:

POLIDACTILISMO

MICROCEFALIA

PALADAR HENDIDO

LABIO LEPORINO

PIE ZAMBO

LUXACION DE CADERA

ALBINISMO

ANO IMPERFORADO.

4.- Las siguientes malformaciones son -
consideradas como DOMINANTES. Ejemplos:

POLIDACTILISMO
SINDACTILISMO
PALADAR HENDIDO
ACONDROPLASIA
CATARATA
ATROFIA OPTICA
MICOFTALMIA, etc.

5.- POR ORDEN ANATOMICO .- Se citan:

a) MALFORMACIONES DE LA CABEZA .- Es --
cuando la circunferencia cefálica se halla --
aumentada en casos de:

HIDROCEFALIA
HIDRONENCEFALIA
MACROCEFALIA PRIMARIA O SECUNDARIA.

Cuando hay aumento la presión intercra-
neal se han dividido en:

a) MICROCEFALIA con o sin craneosteno -

sis. Ejemplos:

FRONTAL PROMINENTE

OCCIPITAL PROMINENTE

b) MALFORMACIONES OSEAS .- Ejemplos:

MICROGNACIA .- Nariz en pico y pabellones auriculares blandos.

ENFERMEDAD DE CROUZON

QUISTE DERMOIDE EN LA BASE DE LA NARIZ.

c) MALFORMACIONES CONGENITAS DE LA BOCA .- Ejemplos:

MACROGLOSIA .- Generalmente debida al mongolismo.

MICROGLOSIA

HEMANGIOMA

QUISTE TIROGLOSO EN LA BASE DE LA LENGUA .- Produciendo crecimiento de la misma.

ANQUILOGLOSIA SUPERIOR .- Adherencia de

la lengua al paladar, lo que hace imposible la succión y deglución.

AGENESIA PARCIAL DE LA LENGUA .- Es un padecimiento raro, ya que la pequeña lengua -- está a veces fija al piso de la boca y hay déficit en tamaño y movilidad.

RANULA .- Es como una tumoración translúcida, azulada, colocada generalmente a un lado del frenillo.

DENTICION DEL RECIEN NACIDO.

d) ANOMALIAS DEL CUELLO .-

GARGOILISMO Y SINDROME DE KLEPPPELTHEIL .
donde puede estar limitada la rotación.

BOCIO CONGENITO Y TUMORACION EN EL CUELLO .- Es un crecimiento tiroideo o dependiente de esta glándula.

e) MALFORMACIONES DEL TORAX .-

TORAX EN ENBUDO O EXCAVADO .- Depresión torácica en la región esternal; la deformidad es notable durante la inspiración.

TORAX DE PICHON .- Hay prominencia del esternón y depresiones laterales.

ASIMETRIA DEL TORAX O EN QUILLA .- Son abombamientos de la región precordial por cardiopatía congénita.

AUMENTO NEONATAL DE LAS GLANDULAS -
MAMARIAS .- Este crecimiento desaparece espontáneamente en no más de tres semanas.

SECRECION LACTEA, etc.

f) MALFORMACIONES DEL ABDOMEN

AGENESIA DE LOS MUSCULOS ABDOMINALES .- La piel de todo el abdomen está arrugada.

DIOSIOSIS DE LOS RECTOS .- Es notable - sobre todo en el ombligo, obsvándose un abulta

miento en esta área cuando aumenta la presión-interabdominal.

HERNIA EPIGASTRICA .- Puede deberse a peritonitis aguda generalizada, primaria o secundaria.

OMBLIGO CUTANEO

GRANULOMA UMBILICAL .- Es cuando hay secreción sanguinolenta. El sangrado del cordón umbilical acompaña a los trastornos de la coagulación, de los que el más frecuente es la -- ENFERMEDAD HEMORRAGICA DEL RECIEN NACIDO. Hay que hacer notar que sólo puede ser el resultado de una mala ligadura.

g) MALFORMACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL .

ESPINIA BIFIDA .- Topográficamente es: -- Cervical, Dorsal, lumbar o sacra, correspondiendo a malformaciones variables: I) oculta;

2) meningocele; 3) mielomeningocele; 4) asociada lipoma o quiste dermoide; 5) raquisis.

h) MALFORMACIONES GENITALES MASCULINAS:

CRIPTORQUIDEA

AUSENCIA DE PENE

CRECIMIENTO TESTICULAR .- Puede deberse a traumatismo al nacimiento o infección sifilítica.

MICROPENE.- Está asociado con la criptorquidia y fimosis.

i) MALFORMACIONES CONGENITAS FEMENINAS:

ATRESIA DE LA VULVA

AUSENCIA DE VAGINA

HIMEN IMPERFORADO .- Que produce el -- quiste himeneal por la retención de las secreciones vaginales, lo cual va ampliando la vulva, originando tumor abdominal.

Los estados intersexuales tienen razgos

anatómicos diversos en algunos: Los genitales-
externos tienen aspecto masculino (PSEUDOHERMA
FRODITISMO FEMENINO); en otros tendencia feme
nina (PSEUDOHERMAFRODITISMO MASCULINO).

CAPITULO III

INVESTIGACION REALIZADA EN 50 CASOS DE NIÑOS CON MALFORMACIONES CONGENITAS.

En este capítulo se presenta el resultado de la investigación que se efectuó en 50 casos de niños con malformaciones congénitas, -- que tuvo como objeto valorar los aspectos sociales, económicos y culturales, que influyen en los nacimientos de niños con malformaciones.

A) Método de Investigación .

I.- Trabajo Social de Casos: La técnica de investigación que más se utiliza es el Trabajo Social de Casos. Se aplicó una encuesta -- de la cual se reúnen los datos de mayor importancia, siguiendo el proceso que mencionada -- técnica exige; de acuerdo con esta seleccionamos a las personas a investigar.

A continuación se presenta una muestra de la encuesta aplicada:

E N C U E S T A .

- C A S O # _____
- FECHA _____
- NOMBRE _____
- CEDULA _____
- DOMICILIO _____
- I.- EDAD _____
- 2.- ESTADO CIVIL _____
- 3.- ESCOLARIDAD _____
- 4.- OCUPACION _____
- 5.- NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA _____
- 6.- INGRESO MENSUAL _____
- 7.- HABITACION _____
- 8.- ALIMENTACION _____
- 9.- ATENCION MEDICA PROPORCIONADA AL NI
ÑO _____
- 10.- ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO
FUERA DEL HOSPITAL _____
- II.- EXISTEN OTROS HIJOS MALFORMADOS _____
- 12.- TIPO DE PARTO _____

A) Análisis y Presentación de Datos .

CUADRO # I

E D A D .

Edad	Total	%
De 18 a 21 años	2	4
De 22 a 30 años	26	52
De 31 a 40 años	12	24
De 41 a 50 años	10	20
Total	50	100

Por lo que corresponde a este cuadro se observa que la mayor frecuencia de edades las encontramos entre padres de 22 a 30 años, o sea un 52 %; en seguida se presentan las personas cuya edad fluctúa de 31 a 40 años, comprendiendo un 24 %. Posteriormente se encuentra el 20 % de los padres de 41 a 50 años. Los padres más jóvenes en esta estadística son los de 18-

a 21 años de edad, (4 %).

Por tanto se llega a la conclusión de - que es más frecuente un problema del nacimiento de un niño con malformación congénita, entre los padres que tienen de 22 a 30 años de edad.

CUADRO # 2

ESTADO CIVIL .	TOTAL	%
a) CIVIL Y ECLESIASTICAMENTE	40	80
b) ECLESIASTICAMENTE	10	20
TOTAL	50	100

En relación al estado civil el 80 % de personas están casadas civil y eclesiasticamente, y únicamente eclesiasticamente 20 %, no existiendo en este número investigado uniones libres ni personas divorciadas.

En este cuadro observamos que la mayoría de los padres están unidos legalmente, lo cual ayuda a la mejor comprensión ante el problema de un hijo con malformación congénita.

CUADRO # 3

ESCOLARIDAD.

	TOTAL	%
ANALFABETOS	6	12
SABEN LEER Y ESCRIBIR	4	8
PRIMARIA	35	70
SECUNDARIA	3	6
PROFESIONALES	2	4
TOTAL	50	100

Respecto al cuadro de escolaridad se registra un total en ambos padres del 12 % anal-fabetos, lo que demuestra una falta de orienta-ción y apatía por asistir a las escuelas, lo - que viene a repercutir en el núcleo familiar y principalmente en el cuidado que conjuntamente con el médico requiere el niño con problema de malformación congénita.

Un 8 % sabe leer y escribir, el 70 % es tudieron primaria, siguiendo los de secundaria

con un 6 %; por último, sólo un 4 % son profesionales.

CUADRO # 4

O C U P A C I O N .

	TOTAL	%
HOGAR	23	46
OBREROS	10	20
EMPLEADOS	14	28
PROFESIONALES	3	6
TOTAL	50	100

Por lo que se refiere a la ocupación la mayoría de las madres se dedican al cuidado del hogar con un total del 46 %; en estos casos la madre proporciona mayor atención al niño con problema, por ejemplo: acude puntualmente a sus citas con el médico resultando así una evolución satisfactoria por parte del pequeño con malformación congénita.

Los obreros ocupan 20 % incluyendo a -- personas de ambos sexos; un 28 % son empleados

y por último se encuentran los profesionales -
que registran 6 % .

CUADRO # 5

NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA .

	TOTAL	%
De 2 a 4	20	40
De 5 a 6	24	48
De 7 a 9	6	12
TOTAL	50	100

Se nota que el 40 % de las familias están integradas por 2 a 4 miembros; 48 % constituídas por 5 a 6 personas y el 12 % están compuestas de 7 a 9 personas.

Por tanto, observamos que las familias con determinado número de miembros en desproporción con los bajos ingresos económicos, --- traen como consecuencia situaciones precarias y difíciles en varios aspectos.

CUADRO # 6

INGRESO MENSUAL .

	TOTAL	%
De \$ 500 a 900	18	36
De \$ 901 a 1500	22	44
De \$ 1501 en adelante	10	20
TOTAL	50	100

En cuanto al ingreso mensual analizamos que perciben de \$ 500 a \$ 900 (36 %), siguiendo los de \$ 901 a \$ 1500 con el 44 %, y por último con un 20 % los de 1501 en adelante; esto demuestra que existe un gran número de bajos - salarios dentro de las clases pobres como son: los obreros no calificados y los empleados de categorías sencillas, lo que trae como consecuencia entre otras situaciones anómalas, una alimentación deficiente y ambiente antihigiénico.

CUADRO # 7

H A B I T A C I O N .

	TOTAL	%
CASA PROPIA	4	8
DEPARTAMENTO	18	36
VECINDADES	28	56
TOTAL	50	100

Al investigar las condiciones de habita
ción encontramos que un gran número de fami --
lias que habitaban en vecindades (56 %), donde
de las condiciones de higiene son deficientes--
debido a la falta de ventilación; un 36 % vive
en departamentos; y únicamente el 8 % tienen -
casa propia. En los dos últimos casos se apre-
cia un cambio favorable ya que estos tienen mejo
res condiciones en lo referente a la habita-
ción, por ejemplo: Urbanización, higiene en gene
ral, así como la ubicación que muestra ventaja
s de convivencia en la comunidad.

CUADRO # 8

A L I M E N T A C I O N .

ALIMENTACION	TOTAL	%
SUFICIENTE	8	16
REGULAR	18	36
DEFICIENTE	24	48
TOTAL	50	100

Al analizar el presente cuadro podemos notar que un 48 % de las personas tienen una alimentación deficiente a causa de los bajos salarios; un 36 % en forma regular y en el 16% la alimentación es suficiente donde el ingreso sufraga las principales necesidades de la familia. Es probable que en este último grupo el factor cultural y la correcta distribución del presupuesto familiar influyan en calificar a la alimentación como " Suficiente ".

CUADRO # 9

ATENCION MEDICA PROPORCIONADA AL NIÑO .

ATENCION MEDICA	TOTAL	%
ASISTE A CONSULTA EXTERNA	44	88
NO ASISTE A CONSULTA EXTERNA	6	12
TOTAL	.50	100

Realizando la investigación a las familias de niños con problemas de malformación -- congénita sobre la atención médica proporcionada a estos encontramos que un 88 % eran atendidos en la consulta externa de diferentes Instituciones, y solamente un 12 % de ellos no recibían ninguna atención médica, según indicaban por varias razones entre las que mencionaron:-- falta de tiempo, por vergüenza de llevar al niño, por falta de recursos económicos, por quedar lejos las Instituciones de su domicilio y como consecuencia no llegaban a la hora indicada, ocasionando que se perdiera la cita y así-

el interés por la misma. Nos dimos cuenta que la falta de orientación e ignorancia de las -- personas, son las principales razones por las cuales los pequeños con problema de malforma -- ción congénita no reciben ninguna atención mé -- dica.

CUADRO # 10

ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO
FUERA DEL HOSPITAL.

ACEPTACION	TOTAL	%
LO ACEPTAN	38	76
LO RECHAZAN	4	8
SON INDIFERENTES	8	16
TOTAL	50	100

Podemos notar en este cuadro que se trata sobre la aceptación de los padres hacia el niño, en que un 76 % es aceptado, comprendiendo y ayudando al tratamiento que el médico indica para el pequeño; un 8 % lo rechazan, pero esto se observó no en los padres sino en los familiares: abuelos, tíos, etc.

Encontramos también un 16 % que presentan una actitud de indiferencia a lo que los rodea; generalmente esto sucede cuando se trata de familias numerosas.

CUADRO # II

EXISTEN OTROS HIJOS MALFORMADOS .

	TOTAL	%
SI	4	8
NO	46	92
TOTAL	50	100

En el cuadro referente a si existen -- otros hijos malformados además del estudiado, -- se observa que el 92 % de los casos investigados no se presentó en los hijos anteriores niguna malformación, siendo el primero con problema. Y en un 8 % de las familias sí existen niños con malformación congénita indicándonos sus padres que el mismo problema lo tienen -- otros miembros de la familia, por ejemplo: un hermano del esposo y la mamá de la esposa.

CUADRO # 12

T I P O D E P A R T O .

	TOTAL	%
a) EUTOCICO	34	68
b) DISTOCICO	8	16
c) PELVICO	2	4
d) CESAREA	4	8
e) APLICACION DE FORCEPS	2	4
TOTAL	50	100

A continuación y en forma breve defino el significado de cada uno:

a) EUTOCICO .- Es la extracción del producto por vía vaginal y normal (68 %).

b) DISTOCICO .- Puede definirse como -- una interrupción del progreso del parto como resultado de anomalías en los mecanismos que lo involucran, las causas de distocia se divi-

den en tres principales grupos:

1.- Fuerzas Uterinas Anormales o Subnormales que no son suficientemente fuertes para superar la resistencia natural ofrecida al parto, nacimiento del niño por las partes blandas de la madre y el canal óseo, la debilidad de la acción uterina es llamada: DISFUNCION UTERINA (Inercia).

2.- La falta de la presentación o desarrollo anormal del feto de carácter tal que no pueda ser expulsado por la vía natural.

3.- Anomalías en el tamaño y canal del parto que forma un obstáculo para el descenso del feto. La deformación pélvica está asociada con frecuencia con Disfunción Uterina y ambos constituyen la causa más común de distocia.

c) PELVICO .- Se divide en dos: Completa e Incompleta.

La primera; presenta partes pélvicas -

con extremidades extendidas hacia la cabeza y así no palpables.

La segunda; es una presentación de extremidades inferiores, ejemplo: Piez (4 %).

d) CESAREA .- Se puede definir como la extracción del niño a través de una abertura de abdomen y pared uterina (8 %).

e) FORCEPS .- Es un instrumento destinado a la extracción del producto, puede tener finalidad de extracción SIMPLE o por ROTACION-PREVIA, o por mixto empleo, en la anomalía del trabajo de parto (4 %).

C) Resultados .

El resultado de la investigación realizada es el siguiente:

En lo referente a la edad tenemos que - existe un predominio de padres menores de 30 - años (52 %), y menor de 40 años (24 %).

Respecto al estado civil de los padres - la mayoría de ellos están casados civil y reli - giosamente, lo que nos demuestra un mejor en - tendimiento del problema del niño con malforma - ción congénita.

Se observó también que el grado escolar - es deficiente pues tenemos en su mayoría a los que cursaron únicamente la primaria (70 %), si - guiendo a estos los analfabetos (12 %).

Respecto a la ocupación de los padres - nos dimos cuenta que la mayoría de las madres -

se dedican a las labores del hogar, por lo que le prestan más atención y cuidados al pequeño con problema; después tenemos a los empleados y obreros tomando en cuenta a personas de ambos sexos. De acuerdo con esto podemos notar que los ingresos percibidos son precarios, dando como resultado problemas en la economía familiar; esto relacionado con el número de miembros que pertenecen a hogares de 5 a 6 personas, siguiendo a estos los de 2 a 4 miembros en algunas familias.

En cuanto a la alimentación tenemos una cantidad considerable en que esta es deficiente, se comprobó que en parte se debe a los bajos salarios, lo cual en relación con la habitación encontramos que la mayoría de las familias viven en vecindades en donde las condiciones de higiene son inadecuadas; consideramos también la mala construcción.

Durante la investigación, al observarse

la atención médica que se le proporciona al niño es favorable, ya que encontramos a un gran número de padres que se preocupan porque el niño reciba atención médica (88 %).

La aceptación del niño al núcleo familiar fuera del Hospital fue positiva, diciendo que es un nuevo miembro de la familia, una nueva vida que no tiene culpa alguna de haber nacido con problema, cuidándole y proporcionándole la atención médica necesaria; aún cuando la mayoría de estas familias carecen de recursos económicos suficientes.

Posteriormente se estudió también si -- existían otros hijos malformados, no encontrándose en un 92 % de los casos hijos anteriores al estudiado que hayan presentado este tipo de problema.

Por último, se investigó el tipo de parto de la madre encontrando que la mayoría de -

ellas tuvieron un parto normal, siguiéndose a --
estos los distócicos, después por operación ce-
sárea, y en menor escala están los pélvicos y-
la aplicación de forceps.

Por lo anteriormente mencionado se lle-
ga a la conclusión, de que el nacimiento de un
niño con malformación congénita es sumamente -
grave en algunos casos, ya que el pequeño no -
puede desarrollar al máximo su capacidad tanto
física como mental; y para la familia, estos -
niños acarrearán problemas de estabilidad emocio-
nal y económicos.

CAPITULO IV

FUNCIONES DE LA TRABAJADORA SOCIAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

El Trabajo Social es un Servicio Técnico, actualmente imperioso en el área hospitalaria; su acción sirve de vínculo entre el médico y la familia, promoviendo soluciones y colaborando para que el paciente y sus familiares logren su propio bienestar.

Está destinado al estudio y promoción adecuada de los problemas conflictivos y sociales del paciente, con el fin de que el tratamiento médico resulte óptimo, en forma integral.

Actualmente el Estado cuenta con variados y numerosos recursos de la comunidad de los cuales se puede hacer uso adecuado a través de una orientación por parte de trabajo social.

El Servicio Médico Social ha adquirido-

un conjunto de conceptos de gran importancia, - el énfasis en la salud más que en la enfermedad, dándole prioridad a las acciones preventivas y al reconocimiento de la UNIDAD - BIO - - SICO - SOCIAL.

FUNCIONES QUE DEBE DESEMPEÑAR EL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ACTUACION.

Debe participar activamente (teórica y - prácticamente) en los procesos de planeamiento, logrando:

a) Contribuir con el conocimiento directo de las necesidades, de las expectativas, de los valores, actitudes y comportamiento de las poblaciones frente al cambio, en la formulación de los objetivos y en la fijación de las metas.

b) Contribuir para la creación de condiciones que permitan la participación popular - en el proceso de planeamiento.

c) Provocar el proceso de formulación de

la Política Social cuando esté ausente, cuando sea inoperante, y provocar su reformulación -- cuando sea necesario.

d) Crear canales, sistemas y otras condiciones para la participación de todos aquellos a quienes afecta la Política Social.

Administración y Ejecución del Servicio Social

a) Promover investigaciones operacionales y participar en ellas.

b) Elaborar y ejecutar planes, programas y proyectos a corto y largo plazo, y llevarlos a efecto mediante la participación activa de las comunidades, grupos e individuos.

c) Implantar, administrar y evaluar programas de Servicio Social de tipo promocional, preventivo y correctivo, destinados a comunidades, poblaciones y organizaciones, grupos e individuos.

d) Procurar que los objetivos y métodos a emplearse respondan a las exigencias de la -

realidad integrándolos a una perspectiva de -- desarrollo.

e) Participar en la capacitación de las comunidades o poblaciones, para que tengan medios para integrarse al proceso de desarrollo a través de la acción organizada y sistemática con miras a la atención de sus necesidades y a la realización de sus aspiraciones.

f) Contribuir en la elaboración de varias para el estudio, análisis, diagnóstico de los programas.

El Trabajador Social debe también desempeñar ROLES que a continuación se mencionan:

1.- Ser sujeto propulsor del cambio de actitudes, de mentalidad, de estructuras o sistemas que impiden la realización del ser humano como tal.

2.- Asumir el papel de planificador y -- ejecutor, de planes, programas y proyectos des

tinados a realizar y orientar el cambio social.

c) El trabajador social debe ser concien-
tizador, educador y organizador, en general --
animador de individuos, grupos y poblaciones --
en los diferentes niveles de actuación.

CLASIFICACION DE LOS CAMPOS DE TRABAJO SOCIAL.

Para poder obtener una visión más clara
del trabajo social, podemos clasificar la ---
acción que realiza en base a los principales --
sectores de desarrollo. Estos son:

- 1) Salud y Nutrición
- 2) Educación y Cultura
- 3) Economía y Trabajo
- 4) Familia y Comunidad
- 5) Técnico

Cabe seleccionar antropológicamente, reu
niendo los campos por afinidad, esta afinidad-

ha sido auxiliada por el cambio en la conceptualización que hemos propuesto para algunos de estos campos, mencionamos también que no se ha hecho una lista exhaustiva de dichos campos sino que solo se citan los más característicos:

I.- SALUD Y NUTRICION

- a). Trabajo Social en Salud Pública
- b) Trabajo Social Nutricional
- c) Trabajo Social Recreacional
- d) Trabajo Social Médico-Hospitalario
- e) Trabajo Social Psiquiátrico

2.- EDUCACION Y CULTURA

- a) Trabajo Social Educativo
- b) Trabajo Social en Educación de Adultos.
- c) Trabajo Social en Reeducción
- d) Trabajo Social en Rehabilitación Social.

3.- ECONOMIA Y TRABAJO

- a) Trabajo Social Empresarial
- b) Trabajo Social en Reforma Agraria
- c) Trabajo Social Cooperativo
- d) Trabajo Social en Fomento y Obras de Infraestructura.

4.- FAMILIA Y COMUNIDAD

- a) Trabajo Social en Organización y --
Desarrollo Comunal y Rural.
- b) Trabajo Social en Vivienda
- c) Trabajo Social en Seguridad Social
- d) Trabajo Social Familiar y Poblacio -
nal.
- e) Trabajo Social Juvenil

5.- TECNICO

- a) Investigación Social
- b) Planificación
- c) Administración y Personal
- d) Actividad Independiente

En el Hospital de Gineco Obstetricia, el Depto de Trabajo Médico Social realiza fundamentalmente el TRABAJO SOCIAL DE CASOS, método que tiene como principal objetivo eliminar las tensiones emocionales al paciente en relación con su núcleo familiar y medio hospitalario, esto se logra a través de las siguientes etapas:

ETAPAS DEL TRABAJO SOCIAL DE
CASOS.

1a.- Investigación.- Conocer en forma directa e indirecta controlada, las condiciones socioeconómicas de las pacientes con problemas específicos.

2a.- Elaborar un Diagnóstico Social para poder interpretar el problema o situación que presenta el paciente.

3a.- Formular un Plan Social: Son las alternativas para llevar a cabo la ejecución.

4a.- Establecer las pautas de ejecución factible, oportunamente eficaz, esta es la fase dinámica y activa, la cual lleva involucrados los servicios que se ofrecen al pa --

ciente:

a) Conducir a la paciente y familiares hacia una conciencia crítica.

b) Otorgar una información adecuada y oportuna.

c) Educar al paciente y familiares sobre prevención, tratamiento y rehabilitación de su padecimiento, de acuerdo a su nivel cultural.

d) Sensibilizar al paciente y familiares para aceptar el tratamiento médico.

e) Orientar hacia el aprovechamiento máximo de sus potencialidades y recursos al paciente y familiares.

Los problemas principales que se observaron en el Hospital de gineco Obstetricia, fueron los siguientes; bajo índice cultural de los padres, falta de recursos económicos, así como ausencia de orientación apropiada a la familia, etc; en ocasiones el menor proyectaba trastornos sociales, y considerando que existe un principio universalmente aceptado que todo sujeto tiene en relación a su capacidad las mismas oportunidades de recibir educación. Sin embargo, se ha violado este principio cuando -

se exime a los que presentan una deficiencia - física o mental de la obligatoriedad de recibir educación.

En el caso de los niños con malformaciones, estos son propensos a múltiples enfermedades, sobre todo a las infecciones, y generalmente nacen con deficiencias cardíacas, respiratorias, o del sistema musculoesquelético, lo cual hace que su índice de vida se sitúe entre un máximo de 20 años; un ejemplo son los niños MONGOLOIDES, y existe para estos casos una Escuela de educación especial la cual está integrada bajo un patrón de trabajo multiprofesional, en donde la aportación del maestro, del médico, del psicólogo y del trabajador social, constituyen la base de conocimiento fino del educando, para la aplicación adecuada de la materia didáctica de acuerdo con las potencialidades y limitaciones del mismo educando. Llamada esta como " INSTITUTO JOHN LANGDON DOWN ", el cual funciona desde hace tres años y se encuentra ubicado en Boulevard de la Luz No. 232 Jardines del Pedregal, D.F.

En dicha Institución se atienden actualmente a un total de 30 niños (con Síndrome de Down), y el objetivo principal de la enseñanza es desarrollar en ellos una capacidad física y mental que les permita valerse por sí mismos; además se les da orientación a los padres con el fin de que los dejen de considerar como un problema de familia y colaboren en su desarrollo y capacitación.

En esta Institución el grupo multidisciplinario está integrado por maestros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales; atiende a niños principalmente de familias de escasos recursos económicos, desde los 40 días de nacidos hasta los 9 años de edad. Les practican exámenes médicos, les enseñan a caminar, a comer, a hablar, a relacionarse entre sí y con los demás; en fin, les educan y habilitan para que puedan dejar de ser una carga económica y social para la familia.

Un grupo de sociólogos y economistas colaboran con el grupo multidisciplinario del

Instituto, en la elaboración de un estudio Socioeconómico y Financiero para la creación de un Centro de Trabajo Productivo, en el cual -- los niños MONGOLOIDES que son atendidos en dicho establecimiento trabajen y reciban remuneración.

A continuación se expone un caso de Recién Nacido con problema de Malformación Congénita, estudio socioeconómico.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL.

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 2
DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL.

TRABAJO SOCIAL DE CASOS
ESTUDIO SOCIAL.

NOMBRE.-	A.M.R.
CEDULA.-	X
DOMICILIO.-	J. No. 24 Bis
COLONIA.-	R.R.
PROCEDENCIA.-	CLINICA DEL I.M.S.S.
DIAG. MEDICO.-	EMB DE 38 SEM + R.P.M
T.S.	Graciela Montejano Z.

DATOS PERSONALES:

Recién nacido de sexo masculino, con peso de 3,300 Kgs, procedente de parto eutóci-
co; con diagnóstico médico de POLIDACTILIA (mal
formación congénita en dedos), el cual evolu-
cionó aparentemente bien, a excepción del pro

blema ya antes mencionado.

DATOS FAMILIARES:

El menor esta integrado a un núcleo -- familiar de 8 miembros incluyendo padres y recién nacido, madre de 35 años de edad, originaria del Estado de Oaxaca, radica en el D.F. -- desde hace 15 años, con grado escolar de 2o. -- años de instrucción secundaria, dedicandose a las labores del hogar; el padre de 38 años de edad, originario del Estado de Chiapas, con -- grado escolar, carrera comercial, trabaja en -- una compañía como auxiliar de contador y por -- la tarde se dedica a llevar asuntos particulares; casados civil y religiosamente, de dicha unión procrearon a: Ramón, Raúl, Sergio, Mariana, y Adriana; de 10, 9, 8, 7, y 5 años; con -- grado escolar de 4o., 3o., 2o., 1o., y preprimaria respectivamente; originarios todos del -- D.F; aparentemente sanos, y sin toxicomanias -- los padres.

DATOS ECONOMICOS:

El hogar es sostenido económicamente por el asegurado quien percibe un ingreso mensual de \$ 3, 850.00, siendo los egresos distribuidos en la siguiente forma:

ALIMENTACION	2,400.00
RENTA	250.00 (renta congelada)
COMBUSTIBLE Y LUZ	200.00
VARIOS	1,000.00
TOTAL	3,850.00

CONDICIONES DEL HOGAR:

Lacasa se encuentra ubicada en zona urbana, cuenta con vias de comunicación, así como centros educativos y de diversión, la habitación es parte de una vecindad y esta cuenta con varias viviendas, la que renta la familia consta de tres piezas, cocina y medio baño, construidas de manposteria, techo de concreto y piso de cemento, la ventilación e iluminación son suficientes, el mobiliario es el indispensable, de baja calidad, y las con-

diciones de higiene regulares, no existe problema de asciamiento.

DIAGNOSTICO MEDICO SOCIAL:

Recién nacido con problema de Polidactilia (malformación congénita en dedos), procedente de una familia numerosa, integrada -- por padre, madre y 5 hijos, los padres con estudios académicos secundarios, los hijos cursan primaria y preprimaria respectivamente, -- sin problema de salud aparente en dicho núcleo familiar, toxicomanias negativas de los padres.

Sin problema económico en virtud de -- que los ingresos familiares aportados por el padre, solventan las necesidades familiares.

Las condiciones de habitación son regulares, y no presentan problemas de asciamiento; las relaciones interfamiliares son satisfactorias.

A iniciativa de la paciente para evitar futuros embarazos, debido al problema que

se sucitó de malformación en hijo menor, de -
sea planificar su familia.

PLAN SOCIAL:

I.- Se enviará al Recién nacido a la -
consulta externa del Hospital de Pediatría --
del Centro Médico Nacional, previa elabora --
ción de forma 4-30-8 firmada por el médico pe
diatra del servicio, y autorizada por el de -
partamento del Sector Técnico de la clínica -
de adscripción, para continuar tratamiento en
el servicio de cirugía y así poder eliminar -
el problema.

2.- Previa labor de convencimiento y-
concientización a la pareja se envían a la --
clínica de adscripción correspondiente al ser
vicio de Planificación Familiar Voluntaria, -
coordinando el caso con la Trabajadora Social
de esa área, la cual previa sensibilización -
a los mismos se les cita a pláticas de orien-
tación para que se determine el tratamiento a
seguir a nivel médico.

EJECUCION:

Se investigó posteriormente y continuando el caso que la reacción de los padres fué positiva, pues cooperaron siguiendo las indicaciones del especialista del Hospital de Pediatría, hasta lograr la programación de la cirugía para la intervención quirúrgica del menor, eliminando así el problema.

Los resultados en este caso fueron satisfactorios ya que no existió desintegración familiar, y aunque afectó temporalmente la estabilidad emocional de la familia, los conyuges superaron la situación a través de las orientaciones y pláticas que les fueron proporcionadas por el personal médico y paramédico.

La señora se encuentra en tratamiento en la clínica de adscripción en el Servicio de Planificación Familiar Voluntaria, donde le fué aplicado un Dispositivo Intrauterino, el que a través de citas periódicas fijadas por el médico tratante es revisado para la se

- 66 -

guridad de la paciente.

CONCLUSIONES.

Por el presente trabajo y en forma general expongo las siguientes conclusiones:

1.- Que las causas principales de los nacimientos de niños con problema de malformación congénita, son los factores HEREDOFAMILIARES de carácter RECESIVO, del medio ambiente o medicamentos tomados por las madres sin prescripción médica antes del nacimiento.

2.- Las familias que se estudiaron para complemento de este trabajo aportó los siguientes índices: Que el medio socioeconómico, de habitación y cultural son bastante precarios e insuficientes.

3.- Existieron casos en los cuales mediante una radiografía se pudo apreciar si el niño tendría problema de malformación, ejemplo: HIDROCEFALIA y así ir preparando a la pareja, y que ésta no repercutiera en la armonía familiar.

4.- Se encontró también que las reacciones psíquicas de estas familias eran en algunos casos completamente traumáticas, ocasionando como resultado relaciones conflictivas, tanto intra como extrafamiliares.

5.- Temor y rechazo a las relaciones sexuales por alguna de las partes, como consecuencia del caso de malformación anterior.

6.- Fuentes de información negativas y revistas pornográficas.

SUGERENCIAS.

1.- Elaborar un programa de pláticas de grupo y selección de cada grupo, teniendo como objetivo principal, la orientación y canalización a centros o Escuelas de educación especial, ejemplo: Escuelas de Lento Aprendizaje, en coordinación con el médico, psicólogo y trabajador social.

2.- Procurar que el personal de Servicios Sociales se mantenga actualizado con los avances profesionales.

3.- Llevar el caso social correctamente y efectuar los trámites correspondientes o pertinentes, sobre todo cuando el paciente no va a reintegrarse con los familiares y deba ir a Instituciones descentralizadas y privadas para actividades de rehabilitación.

4.- Estar pendiente de que la familia no abandone física ni moralmente al paciente.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ANDER EGG EZEQUIEL.- Introducción a las -
Técnicas de Investigación Social. Edito -
rial Humanitas. Buenos Aires Argentina, -
4a. Edición 1974.

- 2.- APUNTES DE CLASE DE POSTGRUADO EN TRA -
BAJO MEDICO SOCIAL.- Hospital del niño, -
I.M.A.N. México, D.F., 1972 - 1973.

- 3.- CASTELLANOS C. MARIA.- Manual de Trabajo
Social, La Prensa Médica Mexicana, Méxi -
co, D.F., 4a. Edición.

- 4.- DE LA TORRE JOAQUIN DR.- Enfermedades del
Recién Nacido, Prensa Médica Mexicana, --
México, D.F., 1970, 2a. Edición.

- 5.- Departamento Editorial del Instituto ---
Mexicano del Seguro Social.- Leyes, re --
glamentos e Instructivos, México, D.F., -
1969.

- 6.- DIAZ DEL CASTILLO ERNESTO DR.- Defectos -
Cardiovasculares Congénitos, Hospital de-
Pediatria, I.M.S.S., México, D.F., 1972.
- 7.- Diccionario Terminológico de Ciencias Mé-
dicas, México, D.F., 1973.
- 8.- Diccionario Universal Ilustrado Madrid --
Barcelona, Caple, S.A.
- 9.- DIRECCION DE TRABAJO SOCIAL DE LOS PINOS.-
La Administración Pública y el Trabajo So-
cial, Pág. 320. México, D.F., 1974.
- 10.- FRIEDLANDER WALTER A.- Dinámica del Traba-
jo Social. Editorial Pax. México, D.F., --
1969.
- 11.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- --
Boletín, Noviembre 1972.
- 12.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- ---
Boletín, Junio 1973.
- 13.- MACIAS GOMEZ EDGARD Y LACAYO DE MACIAS ---
RUTH.- Hacia un Trabajo Social Liberador -

Editorial Humanitas. Buenos Aires Argentina, 1973.

I4.- MERCK SHARP & DOHME.- La Salud Femenina -
Productos Farmacéuticos, México, D.F., 1969.

I5.- PICAZO MICHEL EDUARDO.- Manual de Urgen --
cias Médicas en Pediatría, México. Hospi -
tal de Pediatría, I.M.S.S.

I6.- SELECCIONES DE SERVICIO SOCIAL.- Revista -
Latinoamericana. Buenos Aires Argentina -
1973.