

21  
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA"

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

Presenta

IRMA GUADALUPE HEREDIA URIBE

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
TECNOLOGÍA Y EXPERIMENTALES  
PROFESIONALES

México, D. F.

Marzo 1992



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



## **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 está 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.

## I N D I C E

	Pag.
<b>INTRODUCCION.</b>	
<b>CAPITULO I. LA SALUD EN MEXICO Y EL TRABAJO SOCIAL.</b>	
1.1 Antecedentes de la salud en México.....	1
1.2 Concepto de salud.....	5
1.3 Políticas de salud (materno-infantil).....	7
1.4 Generalidades del Trabajo Social en el área - de la salud.....	12
 <b>CAPITULO II. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA Y UBICACION INSTITUCIONAL DEL TRABAJO SOCIAL.</b>	
2.1 Antecedentes históricos.....	22
2.2 Organización y estructura del INPer.....	23
2.3 Organigrama Institucional.....	25
2.4 Ubicación institucional del Trabajo Social en el INPer.....	26
2.5 Áreas y servicios en los que participa Trabajo Social.....	26
 <b>CAPITULO III. CONSIDERACIONES PERINATALES.</b>	
3.1 Estado prenatal y postnatal.....	33
3.2 El recién nacido normal.....	39
3.3 Descripción de los factores de riesgo repro- ductivo humano.....	42
3.3.1 Antecedentes generales.....	42
3.3.2 Antecedentes patológicos obstétricos.....	44
3.3.3 Antecedentes personales patológicos.....	49
3.4 Embarazo y recién nacido de alto riesgo.....	53
3.5 Patologías más frecuentes en el recién nacido	55

	PAG.
<b>CAPITULO IV. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA FAMILIA CON RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS.</b>	
4.1 La familia y el recién nacido.....	57
4.2 La relación padres - hijo.....	60
4.3 Recién nacido hospitalizado.....	62
4.4 Factores socioculturales en la lactancia ma-- terna.....	66
<b>CAPITULO V. IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PILOTO DE PADRES PARTICIPANTES EN UNIDADES DE TERAPIA NEONATAL.</b>	
5.1 Programa de padres participantes en Unidades de Terapia Neonatal.....	70
5.2 Importancia de la supervisión en el programa de padres participantes en Terapia Neonatal..	83
5.3 Importancia de la evaluación en el programa - de padres participantes en Terapia Neonatal..	88
<b>CAPITULO VI. INVESTIGACION DE CAMPO.</b>	
6.1 Planteamiento del problema.....	92
6.2 Objetivos.....	92
6.3 Hipótesis.....	93
6.4 Selección de la muestra.....	93
6.5 Técnicas e instrumento de investigación.....	94
6.6 Análisis e interpretación de resultados.....	95
<b>CAPITULO VII. PROPUESTA DE TRABAJO.</b>	
7.1 Propuestas.....	110
7.1.1 En relación a los padres.....	110
7.1.2 En relación a funciones y actividades de -- Trabajo Social.....	112

	pag.
7.1.3 En relación al equipo de salud.....	117
CONCLUSIONES.....	118
SUGERENCIAS.....	122
BIBLIOGRAFIA.....	125
ANEXOS.	

## INTRODUCCION

México como país capitalista subdesarrollado, dependiente del imperialismo, presenta una estructura demográfica alarmante, predominantemente joven y con altos índices de crecimiento; pues tan sólo a principios de 1989, la tasa de crecimiento era 2.2%, es decir 2 millones de personas más cada año.

Dadas las características de la población mexicana, conformada en su mayoría por personas jóvenes, las expectativas que se contemplan a futuro desde el punto de vista de la salud pública, han hecho que la relación materno-infantil se ubique como un programa prioritario de salud nacional, ya que no solamente es el aspecto cuantitativo lo que define el problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno en la reproducción humana, que desde una perspectiva biopsicosocial pone de manifiesto la vulnerabilidad de los seres y la eficacia de las medidas preventivas en la resolución de problemas graves de morbilidad materna, fetal y neonatal, además del impacto que tiene sobre la evolución, crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Por tanto, dentro de las actuales políticas sociales se ha hecho énfasis en cuanto a programas de educación para la salud específicamente materno-infantil; destacando el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) como la institución de tercer nivel de atención especializada para ello, ya que se atienden pacientes que presentan problemas de salud gineco-obstétricos de alto riesgo, además recién nacidos producto de embarazos de riesgo elevado; los cuales de acuerdo a su proble-

mática de salud son canalizados a las Unidades de Cuidados Neonatales: Intensiva y/o Intermedia (UCIN y/o UCIREN).

El Departamento de Trabajo Social en el INPer, interviene metodológicamente en la atención de los factores psicosociales, estudiando los fenómenos socioeconómicos y culturales que influyen en los distintos aspectos de la reproducción humana, como es el caso de la medicina perinatal, asumiendo características trascendentales en el área de la Investigación, Rehabilitación y promoción de la salud.

La experiencia profesional de Trabajo Social en el INPer, en los servicios de UCIN y UCIREN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido), ha permitido observar que los padres de recién nacidos hospitalizados en alguna terapia tienen poca participación, ya que permanecen en la sala observando sin interactuar con su hijo, lo cual los llena de ansiedad, angustia, dudas, inquietudes y expectativas en cuanto a su evolución; siendo estas situaciones pocas veces orientadas por profesionales de la institución.

Para tal efecto, el Departamento de Trabajo Social diseñó un protocolo de investigación que permitió determinar los elementos que debe incluir un programa dirigido a padres de recién nacidos hospitalizados en terapia neonatal (UCIN y UCIREN), dicho proyecto es resultante de un diagnóstico social efectuado con los padres en el momento de la estancia hospitalaria de sus hijos. Asimismo se consideraron los criterios de diferentes áreas tales como: Pediatría, Psicología, Sociología, Antropología, Nutrición, Genética, Educación Comunitaria, Estimulación

Neuromotora, y Trabajo Social, las cuales participan y se relacionan en la atención del recién nacido.

Del resultado de dicha investigación se obtienen los elementos necesarios para conformar el "Programa de padres participantes en Unidades de Cuidados Neonatales", a fin de ejecutarlo y evaluarlo.

Es por ello que el presente trabajo hace referencia a una investigación de tipo explicativo o de comprobación de hipótesis, realizada en el INPar, específicamente en el Departamento de Trabajo Social, con los padres de recién nacidos hospitalizados en terapia neonatal durante los meses de mayo a agosto de 1991, con el objetivo de: "analizar la factibilidad del programa piloto de padres participantes en Unidades de Cuidados Neonatales", así como el análisis y evaluación de dicho programa en su fase operativa piloto.

El procedimiento metodológico para la presente investigación, se consideró de la siguiente manera:

Como método a utilizar, se considera el analítico-inductivo; por pretender el estudio de un programa educativo en el área de la salud, para determinar su factibilidad operativa a partir de observaciones y experimentos para llegar a conclusiones generales a través de la inducción, es decir, parte de un hecho particular el cual permite hacer inferencias para la población de dónde se obtuvo.

Es de carácter aplicativo, de acuerdo a los objetivos planteados, lo cual significa poner en acción y por consiguiente la evaluación de los resultados del programa.

En cuanto al nivel de profundidad se considera que es explicativa o de comprobación de hipótesis; ya que se realiza el análisis y evaluación del programa en su fase operativa piloto.

Con respecto a las fuentes consultadas, se combinó la investigación de tipo documental (Bibliográficas, hemerográficas, textos escritos en general), y la investigación empírica o de campo (observación, entrevista, el cuestionario).

Por ende, para lograr el desarrollo del presente trabajo, en el primer capítulo se estudia la situación actual de la salud en México, aborda la intervención directa del Estado en éste aspecto a través de las políticas sociales contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud, con la finalidad de llegar concretamente al aspecto materno-infantil; así como aspectos generales de Trabajo Social en el área médica.

En el segundo capítulo se incluye el estudio de los antecedentes históricos del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), organización y estructura, así como la participación del Departamento de Trabajo Social, haciendo énfasis en su función, áreas y servicios de intervención en la institución.

El capítulo tres, hace referencia al proceso reproductivo humano desde la fecundación hasta el nacimiento, describiendo las características del embarazo y recién nacido normal, y la descripción de los factores de riesgo reproductivo que inciden en el embarazo y repercuten en la posibilidad de sufrir daño, lesión o muerte en el recién nacido;

por tanto se integra la descripción del embarazo y recién nacido de alto riesgo y las patologías más frecuentes del mismo al nacimiento.

El siguiente capítulo describe los factores psicosociales de la familia con recién nacidos hospitalizados, enfatizando la importancia de las relaciones afectivas en el binomio padres-hijo, así como la trascendencia de la familia en conjunto.

En el quinto capítulo se da a conocer el "programa de padres participantes en Unidades de Terapia Neonatal", que se elaboró y ejecutó en su fase operativa piloto en la Institución.

En el sexto capítulo se incorporan los resultados de la investigación de campo, misma que se presenta en función de dos aspectos, es decir; a) en cuanto a la aplicación del instrumento de investigación y, b) en cuanto a la operatividad piloto del programa.

Por último, se enuncia la propuesta de trabajo, con la finalidad de que la presente investigación sea de utilidad para el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Perinatología, específicamente para las Unidades de Terapia Neonatal; así como a los profesionistas Trabajadores Sociales inmersos en el área de la salud y de todas las áreas, interesados en desarrollar investigaciones sociales en base a los requerimientos de la población y que redunden en beneficio de la misma, a través del aprovechamiento óptimo de los recursos que aporta la institución.

**C A P I T U L O   I**

**LA SALUD EN MEXICO Y EL TRABAJO SOCIAL**

## 1.1 ANTECEDENTES DE LA SALUD EN MEXICO

"México desde el punto de vista de su salud, es un país eminentemente joven, desnutrido por contar con una dieta alimenticia baja en cantidad y cantidad. Su natalidad es alta, su mortalidad general es baja, pero la mortalidad infantil es aún elevada.

Afectan fundamentalmente las enfermedades infecciosas seguidas -- muy de cerca por las degenerativas, metabólicas y neoplásicas, así como por los accidentes de todo tipo. Su salud mental se deteriora cada vez más, particularmente en el área urbana. Tiene un alto índice de invali dos agudos y crónicos, de aparatos y sistemas orgánicos (locomotor, visual, auditivo), de enfermos mentales, así como de desvalidos sociales.

Su población reside hiperconcentrada en el medio urbano con grandes zonas de miseria y dispersa en el medio rural, con carencias importantes de servicios municipales y sanitarios, con alto grado de hacinamiento, promiscuidad e insalubridad en la vivienda.

El nivel de escolaridad de su población es muy bajo, ya que alcanza en promedio el cuarto año de educación primaria. Habita en un ambiente ecológicamente deteriorado, la contaminación afecta cada vez más el aire, el suelo, el agua y los alimentos.

La mayor parte de los habitantes en edad activa se dedican a actividades secundarias y terciarias y su promedio de ingresos económicos es insuficiente. Económicamente, la población está inmersa en un medio de amplios recursos naturales, con graves desigualdades en la

distribución del producto social, y vive una seria crisis económica en un modelo de desarrollo que protege al capital y a los bienes materiales en detrimento del bienestar humano.

La cobertura de servicios de atención médica es insuficiente y más deficiente aún en la seguridad social. En cuanto a los recursos humanos existentes puede considerarse en cantidad suficiente el número de médicos, pero insuficiente el de otros profesionales de la salud, como los ingenieros sanitarios, los técnicos en saneamiento etc. Su distribución es desequilibrada, tanto geográfica como institucionalmente. La capacidad instalada para la atención médica es amplia, ya que forma una red que cubre prácticamente todo el territorio nacional. Los recursos económicos siempre han sido insuficientes, particularmente para la asistencia social, y comparativamente privilegiados para la seguridad social.

Técnicamente no se cumplen adecuadamente las funciones de protección y fomento de la salud en la población. No se invierte una cantidad suficiente del producto nacional para estos fines y los recursos disponibles no se invierten en la mejor forma, la mayor parte de los fondos se invierte en atención curativa y se descuidan los aspectos de prevención, de fomento de la salud y de saneamiento, que son los más productivos a largo plazo.

Los recursos y acciones aplicados para resolver ésta situación se han orientado hacia un sistema de atención médica insuficiente, heterogéneo, duplicante, inequitativo y dependiente del alto grado del extranjero en lo científico y en lo técnico, y ha hipertrofiado los pro-

gramas de atención a los daños; asistencia médica, ampliación de cobertura, organización por niveles, equipo de salud, centrando el interés en los individuos y abandonando relativamente los programas preventivos, de atención a los factores condicionantes y determinantes.

La Filosofía dominante es la de atender a la familia como origen y solución de los problemas, descuidando la salud en los lugares de -- trabajo, en la escuela, en la vía pública y otros sitios de reunión. - En la práctica, se desatienden los aspectos que coadyuvan al mantenimiento de la salud, como la protección del ambiente ecológico, la prevención de la contaminación ambiental, el control sanitario, la educación para la salud, el deporte recreativo y el fomento del esparcimiento.

La investigación médica recibe poco apoyo debido al número reducido de investigadores, es escasa, dispersa, fragmentada, individualista, poco original y por lo mismo, poco fecunda, orientada hacia los aspectos básicos, tanto clínicos como terapéuticos (farmacológicos); la investigación sociomédica y de salud pública es casi nula y por ende alejada del perfil epidemiológico demostrado por la morbimortalidad. - En consecuencia, las investigaciones resultan de poca aplicación para la solución de los problemas relevantes del país.

Las políticas nacionales de salud han transcurrido de la caridad a la beneficencia en la atención médica del siglo pasado, hacia una orientación sanitaria de las primeras décadas del siglo presente, para pasar a la seguridad social, continuar con un enfoque de medicina comunitaria y culminar con el intento de establecer un sistema nacional de

salud.

A pesar de todo lo anterior, no dejan de reconocerse cambios lentos, aún insatisfactorios, ocurridos durante los últimos ochenta años en lo referente a las cifras de mortalidad general, a la reducción de muchas enfermedades transmisibles, a la nutrición y a la esperanza de vida. Lo mismo puede decirse de la cobertura y de la eficiencia de los servicios de salud y de la seguridad social, aunque aún persisten agudas desigualdades entre el medio rural y el urbano y dentro de los grupos sociales que lo integran.

Sí la situación se mantuviera como hasta este momento es de pronóstico, que en el mejor de los casos, un ritmo de mejoría muy lento como el apreciado a lo largo de los últimos decenios, pero con todos los factores, de manera conjunta, los que habrán de continuar con la tendencia observada y, si las ciencias médicas y sanitarias ejercieran un efecto impulsor gracias al crecimiento de los recursos y a las modificaciones profundas en la política sanitaria, el ritmo de mejoría se incrementaría ostensiblemente.

Existe, sin embargo, el grave riesgo de que si las tendencias actuales continúan, se acentuarán aún más las diferencias entre los estratos sociales, ya que los servicios médicos serán más caros, de más difícil acceso e incapaces de atender a las demandas y necesidades.

Los programas de salud serán cada vez más ineficaces si no contribuyen de manera significativa, a la elevación de los niveles de vida de la población y si no responden a sus verdaderas necesidades.

Desde el punto de vista de esta situación, puede asegurarse que la cadena se inicia en la estructura económica y, en consecuencia, sociocultural del país; dicha estructura establece diferencias y distancias entre los que se enferman por la abundancia y los que se enferman por carecer aún de lo más fundamental. Dicha cadena se continua por la organización y destino que impone a los recursos sociales; se prolongan los rasgos ambientales físicos, químicos, biológicos y sociales, a que se ve sometida la población como producto de la misma actividad económica general, se extiende hasta las condiciones particulares en que trabajan y viven los distintos grupos sociales como resultado de la estructura y organización que se ha dado la sociedad mexicana para la producción y su reproducción, para finalmente culminar con la influencia refinada que se da a nivel de las familias y de la propia actitud y conducta de los individuos que la integran". (1)

#### 1.2 CONCEPTO DE SALUD

La salud es un concepto difícil de definir y por lo tanto de -- cuantificar. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud ha reiterado que la salud "es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo". (OMS-UNICEF, 1982).

(1) González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la salud en México. p. 107.

Esta definición la han aceptado los gobiernos de los países pertenecientes a la OMS, sin embargo, presenta problemas de origen conceptual. La definición no otorga a la salud la categoría de fenómeno social e históricamente determinado. Además no es posible cuantificar ni evaluar el estado de salud en estos términos.

Las dificultades conceptuales y operativas de la categoría de salud conducen con frecuencia a centrar el análisis en los estados que se desvían de ella, como son la enfermedad, la incapacidad y la muerte.

El término salud, como concepto, meta de acción, es impreciso. En efecto, en el hombre no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico, biológica y psicológicamente. Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso.

El proceso salud-enfermedad es un continuum que se manifiesta simultáneamente como la unidad de dos contrarios, en el sentido de que un aspecto no puede existir sin el otro.

El ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas -- donde se dan relaciones sociales, métodos de producción y modos de vida concretos que determinan, en buena medida su salud-enfermedad. La conceptualización del proceso salud-enfermedad, debe por tanto, incluir sus elementos determinantes, no sólo individual sino también socialmente. Es un proceso biológico social, históricamente determinado, -- que se caracteriza por ser dinámico, complejo y contradictorio.

El proceso salud-enfermedad tiene dos determinantes históricas - fundamentales: el dominio que la sociedad halla alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones que se establezcan entre sus miembros. Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales lo que, a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte.

### 1.3 POLITICAS DE SALUD (MATERNO-INFANTIL)

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 25 y 26 establece que la planeación del desarrollo es tanto un método para racionalizar, conducir y ordenar el quehacer público y la actividad de la sociedad, como un ejercicio político en el que deben de participar los distintos grupos sociales que componen la nación.

En un Estado Social de derecho la planeación democrática es el medio más eficaz para asegurar que los poderes públicos, rijan el desarrollo, garantizándose así que sea integral, que fortalezca la soberanía nacional y el régimen democrático y que mediante el fomento del crecimiento económico, el empleo, una más justa distribución del ingreso, la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad, la dignidad de los individuos y grupos sociales.

En el Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994) responde a la voluntad política de impulsar el aumento de la productividad, para impulsar así mismo los avances en el mejoramiento social. Se trata de aprovechar cabalmente el potencial productivo de los mexicanos para la elevación de sus propias condiciones de vida, lo que a su vez contribuirá

a su realización social y personal.

El Plan Nacional de Desarrollo destaca a la salud como elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos.

"El 10 de julio de 1984 entró en vigor la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º constitucional, que previene las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y define la competencia del Gobierno Federal y de las entidades federativas, en materia de salubridad general". (2)

La instrumentación y consolidación del Sistema Nacional de Salud promovido por el gobierno de la República, están orientados a asegurar la efectividad de la reforma del artículo 48º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que otorga a toda persona el derecho a la protección de su salud y previene que 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 salud general.

"El programa Nacional de Salud (1990-1994) forma parte del conjunto de programas que constituyen las directrices a seguir para el logro de los objetivos planteados en beneficio de la sociedad; en sus objetivos a alcanzar en materia financiera dentro del sector para los --

(2) Diario Oficial, 12 de septiembre de 1990. Decreto de Programas de educación para la salud, p.46.

proximos cuatro años está el de atraer una cooperación externa superior de organismos internacionales de crédito e instituciones multilaterales del ramo.

Para lograr las metas establecidas en el programa, será necesario también extender el seguro obligatorio de salud y promover los privados y voluntarios, así como el incremento en el apoyo y recaudación de fondos de parte de instituciones médicas particulares.

El propósito fundamental del programa es completar la extensión de cobertura para que toda la población tenga acceso a los servicios primarios de salud.

**Objetivos:**

—Disminuir las desigualdades en materia de atención médica entre los mexicanos;

—Acabar con la transición epidemiológica o eliminar la patología de la pobreza como problema de salud pública.

Así también señala que se dará preferencia a la función, consolidación y fortalecimiento de los programas ya existentes, además de instituir aquellos necesarios para evitar las enfermedades que constituyen un problema importante de la salud pública de México.

La atención será prioritaria para los grupos más vulnerable: los niños menores de 5 años, y las mujeres gestantes; además se reforzarán y rehabilitarán los sistemas locales de salud.

La protección a la salud: derecho constitucional de los mexicanos, es un elemento fundamental del bienestar social, constituye una -

pizza clave como medio y fin en el desarrollo y el crecimiento económico". (3)

Dadas las características de la población mexicana, confirmada en su mayoría por personas jóvenes, las expectativas que se contemplan a futuro desde el punto de vista de la salud pública, han hecho que la relación materno-infantil se ubique como un programa prioritario de salud nacional. Este programa va dirigido fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a la protección de la salud física y mental de los menores de 5 años.

El objetivo específico de este programa es promover y proteger la salud de la población materno-infantil previniendo riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio así como propiciar el sano crecimiento y desarrollo de la niñez.

Entre las principales líneas estratégicas de acción planteadas para este programa están las siguientes:

\_Realizar programas de educación para la salud materno-infantil, particularmente entre los padres y usuarios del servicio.

\_Diseñar y aplicar modelos de capacitación y supervisión de los recursos humanos que brindan la atención materno-infantil, otorgando prioridad al perfeccionamiento del diagnóstico clínico.

\_Promover la participación social activa en la prevención de los riesgos de la población materno-infantil, como la adopción de medidas -

(3) UNO MÁS UNO., 12 de octubre de 1990., Presentación del Programa Nacional de Salud (1990-1994). p.10.

para su protección.

Realizar programas de educación para la salud materno-infantil, así como la adopción de medidas para su protección.

Fortalecer las acciones de higiene escolar, estableciendo normas técnicas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar.

Establecer mecanismos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los riesgos y daños a la salud materno-infantil.

Adoptar una definición de la atención materno-infantil que comprenda a las mujeres embarazadas, a las que estén en los períodos de parto, puerperio y lactancia, a los niños antes de nacer y durante las diferentes etapas de su crecimiento, con énfasis en la población infantil y preescolar.

Diseñar e implementar normas técnicas, programáticas, de cobertura, supervisión, evaluación, e información por niveles de atención, etapas de desarrollo humano y características socioeconómicas de los usuarios del servicio.

Reasignar los recursos en los tres niveles de atención, de acuerdo a las necesidades y demandas específicas de atención materno-infantil, afin de ampliar la cobertura.

Integrar institucionalmente comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar, y evaluar el problema y adoptar las medidas consecuentes.

Ampliar y mejorar la disponibilidad del equipo e instrumental para la atención de partos en áreas rurales.

Fomentar la investigación científica y tecnológica en el área de servicios de salud, en el campo clínico y en el de investigación básica en torno a los problemas de salud materno-infantil.

Promover actividades recreativas y culturales orientadas a fortalecer el núcleo familiar.

#### 1.4 GENERALIDADES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

La incorporación del Trabajo Social en el área de la salud tiene antecedentes desde el origen mismo de la profesión, ya que las primeras formas de asistencia social se vinculan a la prestación de cierto tipo de servicios de salud a través de hospitales financiados por la iglesia o el Estado.

Las especificaciones del desarrollo histórico en este campo se encuentran vinculadas y determinadas por las características de la evolución de la práctica médica, observándose mayores niveles de participación en aquellos momentos donde la medicina interpreta de manera más objetiva sus componentes sociales.

El quehacer del Trabajador Social dentro de las instituciones de salud se inscribe en el contexto de un equipo de trabajo. La forma de intervención profesional está directamente vinculada a la estructura organizativo-operativa del sistema de atención especificado a través de los niveles de prevención.

A continuación se menciona la definición de Trabajo Social, como la de Trabajo Social en el área de la salud, con la finalidad de ubicar

y proporcionar una visión más amplia de los objetivos, funciones y actividades que debe realizar el Trabajador Social en instituciones de salud.

**Definición de Trabajo Social:**

"Se define al Trabajo Social como la profesión que interviene directamente con los grupos sociales que presentan carencias, desorganización o problemas sociales y que por sí mismos no han tenido la posibilidad de resolverlos. Por ello es que promueve la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación de ésta en una sociedad en permanente cambio, buscando con ello mejorar sus niveles de vida.

Asimismo, el Trabajo Social participa en la organización y el funcionamiento de instituciones y de servicios de bienestar social para la población, los cuales permitan operacionalizar la política social en lo referente a programas de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario.

El Trabajador Social, en consecuencia, es el agente o vínculo de enlace entre los recursos que ofrece la sociedad, a niveles público, privado y social, por una parte, y los grupos humanos que demandan servicios y atención, por la otra.

Toda esta tarea se lleva a efecto por medio de la metodología específica del Trabajo Social y a través de procedimientos de investigación, planeación, administración y educación social, y en colaboración con equipos interdisciplinarios". (4).

**Definición de Trabajo Social en el área de la salud:**

"El Trabajo Social del área de la salud es el conjunto de acciones metodológicamente orientadas mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a su salud integral". (5)

O bien, considerar al "Trabajo Social del área de la salud como elemento del equipo de salud que desarrolla acciones metodológicas tendientes al estudio de carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad; así como a la identificación y utilización de recursos disponibles para su atención y de esta manera, poder establecer alternativas de acción para la promoción, educación, recuperación y rehabilitación de la salud; con la participación del individuo, grupos y comunidades". (6)

Los siguientes objetivos, funciones y actividades de Trabajo Social en el área de la salud se tomarán de la revista # 37 de Trabajo Social, "Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de la salud", investigación coordinada por la Lic. Margarita Terán Trillo.

**Objetivo General en el área de la salud:**

El profesional de esta área deberá estar capacitado para partici-

(4) Propuesta del Plan de Estudios de la Licenciatura de la Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM-ENTS., págs. 111,112.

(5) Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de la Salud. ENTS-UNAM, pag. 32.

(6) Ibidem.

par en equipos interdisciplinarios de salud, en donde desarrollará actividades de administración departamental de trabajo social, investigaciones sociales requeridas para la operatividad de los programas de -- promoción, educación, protección y restauración de la salud; así como en la organización de grupos y, en general, de la población, para que participen en proyectos y acciones específicas.

**Objetivos específicos:**

\_Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, con relación a un contexto social determinado.

\_Identificar las políticas de Estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.

\_Participar en la planeación, la ejecución, el control y la evaluación de los programas y proyectos que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.

\_Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen, consciente y activamente, en los programas de salud.

\_Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

**Funciones y actividades que corresponden al perfil profesional -- son:**

**FUNCION****ACTIVIDAD****INVESTIGACION**

Diseñar protocolos específicos.

Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.

Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.

Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.

Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.

Hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud en México.

Establecer el perfil de los usuarios de -- servicio.

Participar multidisciplinariamente en la -- formulación de diagnósticos de salud (local, regional o nacional).

**FUNCION****ACTIVIDAD**

Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud.

Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.

Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes -- niveles.

Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.

Buscar la optimización de la eficiencia de recursos intra-institucionales.

Controlar los procesos administrativos del servicio de Trabajo Social.

**ADMINISTRACION**

Promover las mejores en la atención integral mejorando la calidad y cantidad de ésta.

Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.

Diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de Trabajo Social.

Establecer sistemas de coordinación intra y extra-institucionales.

Participar en la regulación y control de -- atención en desastres sociales (siniestros y catástrofes).

Hacer acopio de material didáctico y de difusión.

**EDUCACION****ACTIVIDAD**

Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.

Impulsar la educación para la salud física y mental.

Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva.

**EDUCACION**

Orientación a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.

Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, de hogar, etc.

Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.

Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.

Diseñar material de apoyo didáctico.

**FUNCIÓN****ACTIVIDAD**

Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo Social.

Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector.

Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.

Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de Trabajo Social.

**RESERVA**

Difundir las funciones y programas de los servicios de Trabajo Social, ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.

Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.

Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.

**FUNCION****ACTIVIDAD****ASISTENCIA**

Proporcionar orientaciones medico-sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares.

Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales.

Promover servicios de apoyo (ambulancia, ferretarios, etc).

Canalizar enfermos a otras unidades operativas (por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área, o ser derecho habiente de otra institución).

Participar en campañas comunitarias de salud.

Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.

Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.

**PROMOCION SOCIAL  
O  
COMUNITARIA**

Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.

Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro.

Coordinar intra y extrainstitución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro.

**FUNCION****ACTIVIDAD****ORIENTACION  
LEGAL**

Orientar a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina legal.

Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva.

Establecer el aviso y coordinación con el -- Agente del Ministerio Público.

Canalizar el caso.

Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del -- usuario.

Tecrizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.

Tecrizar sobre los logros de acciones comunitarias.

Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la -- población atendida.

**SISTEMATIZACION**

Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.

Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.

Tecrizar sobre las formas de intervención espq cificas de Trabajo Social.

## **C A P I T U L O   I I**

### **ANTECEDENTES HISTORICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA Y UBICACION INSTITUCIONAL DEL TRABAJO SOCIAL**

## 2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se encuentra ubicado en el predio marcado como Montes Urales # 800, colonia Lomas Virreyes, D.F., dentro de la jurisdicción de la Delegación Política Miguel Hidalgo.

Los antecedentes más antiguos del INPer, como institución de salud, se remonta al año de 1921 durante el período presidencial del General Alvaro Obregón, cuando se edifica con carácter de Beneficencia privada la maternidad "Casa del periodista". Ocho años después el 4 de mayo de 1929 durante el ejercicio del presidente Pascual Ortiz Rubio, cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente a la Beneficencia Pública. En 1937 el presidente Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública, que observe todos los establecimientos con funciones en la materia.

Durante la gestión del presidente Luis Echeverría Álvarez, en 1976 se expropia el predio ocupado hasta entonces por la conocida maternidad "Isidro Espinosa de los Reyes", la cual dependía de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Por considerar que ésta Institución y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia compartían objetivos y programas comunes, se fusionaron y por decreto presidencial del 10 de enero de 1977 se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es así como el 8 de diciembre de 1977 es inaugurado el Instituto Nacional de Perinatología como dependencia del DIF.

Durante la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se expidió un decreto con fecha 20 de diciembre de 1982 en donde se modifica y consolida la estructura orgánica y funcional del DIP, incorporándole los servicios de Asistencia Social y Rehabilitación.

Por consiguiente "en el mes de abril de 1983 considerándo la alta calidad asistencial, docente y de investigación, acredita la autonomía del INPer estructurándolo como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios, a fin de lograr una mejor utilización de los recursos y mayores beneficios para la colectividad". (7)

El Instituto Nacional de Perinatología, es una institución nacional de salud de tercer nivel de atención, encargada de abordar los problemas de salud gineco-obstétricos y neonatales de alto riesgo desde diferentes áreas: Asistencial, Enseñanza e Investigación con el propósito de ahondar en hechos causales que reflejen el origen de los factores de riesgo que se presentan en el proceso de la reproducción humana, de tal manera que obtengan una solución científica y psicosocial a dichos riesgos.

## 2.2 ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL INPer.

El INPer como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios se propuso los siguientes objetivos:

- 1.- Proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de ries-

(7) DIARIO Oficial., martes 19 de abril de 1983., Decreto de Descentralización del INPer; p.31.

go elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.

2.- Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología.

3.- Impartir docencia para formación de recursos humanos en el campo de la perinatología.

4.- Difundir conocimientos en el área de perinatología.

5.- Actuar como órgano de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia de perinatología.

6.- Prestar asesoramiento a la Secretaría de Salud cuando ésta lo solicite en las disciplinas que fomenta el Instituto.

7.- Apoyar los programas de salud pública.

El Instituto Nacional de Perinatología se estructura de la siguiente manera:

La Junta Directiva, que nombra a un director general y cuatro -- subdirecciones;

1.- Subdirección General de Investigación: se subdivide a su vez en tres líneas; clínica, biomédica, y sociomédica, abocándose cada una de ellas a la realización de investigaciones científicas, con el fin de mejorar la prestación en calidad de los servicios y extrapolar así, sus resultados al ámbito tanto nacional como internacional.

2.- Subdirección General de Enseñanza y Educación Profesional: - sus funciones y lineamientos se ubican en los objetivos generales del instituto, buscando que su acción sea útil para los trabajadores en -- los tres niveles de atención, así como a población en general, a tra--

vés de tres grandes áreas: Enseñanza Formativa, Continua y Comunitaria. Estas se enfocan a la formación de recursos humanos intra y extrainstitucionales, así como a la educación de los usuarios y la comunidad, abarcando las etapas pregestacional, gestacional y postparto.

3.- Subdirección General Médica: tiene dentro de sus funciones -normar, programar y propiciar las políticas y estrategias para la atención integral en todas las áreas relacionadas con la reproducción humana, de acuerdo a los lineamientos establecidos por las autoridades, -- con sistema de supervisión estricta en el cumplimiento de las normas y su valoración periódica, para de ésta manera, establecer los lineamientos generales en el cuidado de la mujer, el feto y el recién nacido en todo momento. Favorecer la investigación, la docencia y la capacitación del personal con programas de evaluación continua del trabajo cotidiano en la atención perinatal.

De dicha Subdirección emanan cuatro divisiones: Ginecobstetricia, Pediatría, Servicios Especiales ( Trabajo Social, Psicología, Planificación Familiar y Medicina Preventiva) y Auxiliares de Diagnóstico.

4.- Subdirección General de Administración: en esta se administran los recursos humanos, materiales y financieros, además de evaluar y capacitar al personal de nuevo ingreso.

### 2.3 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

Para consultar el organigrama institucional (ver anexo # 1).

#### 2.4 UBICACION INSTITUCIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL INPer.

**Objetivo:** Contribuir metodológicamente en la atención de los factores psicosociales, estudiando los fenómenos socioeconómicos y culturales que influyen en los distintos aspectos de la reproducción humana.

**Función:** Su función principal es el estudio de los factores de mayor trascendencia a nivel individual y familiar, determinar su influencia en el fenómeno de la reproducción humana, como es el caso de la medicina perinatal, asumiendo características trascendentales en el área de la investigación, rehabilitación y promoción de la salud.

**Marco Normativo:** Los fundamentos legales y administrativos de los cuales se sustenta el funcionamiento del Departamento de Trabajo Social son:

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2.- Ley General de Salud.
- 3.- Decreto Presidencial por el cual se crea el INPer. 1983.
- 4.- Diario Oficial de la Federación. abril de 1983.
- 5.- Código civil para el D.F.
- 6.- Reglamento federal de cementerios, inhumaciones, exhumaciones, conservación y traslado de cadáveres. Diario Oficial del 12 de marzo de 1926.

#### 2.5 AREAS Y SERVICIOS EN LOS QUE PARTICIPA T.S.

El Trabajo Social en el INPer, se ubica en tres áreas, cuyos objetivos y actividades se enuncian a continuación.

**INVESTIGACION:**

\_Obtener información sistemática y confiable, que permita la con- formación de variables, que sirvan para estratificar socialmente a las mujeres dentro del riesgo reproductivo.

\_Identificar y cuantificar las variables sociales que puedan de- cribir, explicar, predecir y analizar el riesgo de algunas conductas - reproductivas.

Para llevar a cabo lo anterior se plantea las siguientes activi- dades:

\_Elaboración del informe mensual de actividades operativas.

\_Captación y procesamiento de datos de diferentes proyectos de - investigación.

\_Asistencia y participación en las sesiones generales de el de- partamento de Investigación Comunitaria.

\_Revisión Hemerográfica y bibliográfica en relación a los dife- rentes proyectos de investigación que se desarrollan en el departamen- to.

\_Participación en los diferentes proyectos de investigación.

\_Elaboración de proyectos y protocolos específicos de investiga- ción.

**ENSEÑANZA:**

A los pacientes;

\_Proporcionar a las mujeres información adecuada respecto a los diferentes programas existentes y activar la participación activa en - las mismas.

\_Establecer acciones de promoción para motivar y/o capacitar a -

los pacientes en la prevención, curación y rehabilitación dentro del proceso perinatal.

A los profesionales:

\_Propiciar el desarrollo del servicio de Trabajo Social, buscando la superación personal y profesional.

Para llevar a cabo lo anterior se plantean las siguientes actividades:

\_Asistencia a juntas del Departamento de Trabajo Social, que informe a cerca de los cambios técnico-administrativos que se realicen en el instituto y el propio Departamento de Trabajo Social.

\_Asistencia y participación en cursos, coloquios u otros eventos relacionados con el área de Trabajo Social intra y extra institucionalmente.

\_Participar activamente en la visita médica como parte integrante del equipo.

ASISTENCIA:

\_Detectar fenómenos sociales y económicos (positivos o negativos) que influyen en el desarrollo del proceso perinatal.

\_Establecer información necesaria para el personal médico y administrativo, acerca de los elementos de orden socioeconómico y de dinámica familiar, relacionados con el evento perinatal.

\_Sistematizar la intervención del Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario institucional.

Para llevar a cabo lo anterior, se plantean las siguientes actividades:

\_ Establecer cuotas de recuperación, con base al estudio socioeconómico.

\_ Aportar información para el establecimiento de acciones médicas.

\_ Proporcionar un manejo específico de Trabajo Social de acuerdo al fenómeno social detectado.

\_ Elaboración del informe mensual de actividades.

\_ Participar en las labores técnico-administrativas, que implican el abordaje de un caso.

\_ Visitas institucionales y/o domiciliarias.

Del área ASISTENCIAL, que es la que nos compete para nuestro estudio, ya que dentro de ésta se desarrolló la investigación que dio -- las bases para la implementación de un programa de padres participantes. Así entonces el área asistencial se divide en los siguientes SERVICIOS:

CONSULTA EXTERNA:

a) Primera vez;

El servicio de Trabajo Social como parte del equipo interdisciplinario cuenta con consulta externa matutina y vespertina, en donde se realiza el estudio socioeconómico computarizado y por medio de este se asignan clasificaciones de acuerdo a los datos que refieren las pacientes, dicha clasificación será definitiva siempre y cuando la situación presentada no tenga modificación importante. Las cuotas se han diseñado de acuerdo a los servicios que presta el instituto, a través de éste criterio se protege a las clases más necesitadas que constituyen el grupo mayoritario de la población atendida.

Actualmente se cuenta con 10 clasificaciones que van de menor a mayor de las letras A a la J, teniendo vigencia de un año, posterior a la fecha de vencimiento se revalora (actualizar información). De hecho se ubica esta consulta como el primer contacto formal que establece la paciente con la institución, de ahí su importancia y trascendencia.

b) Subsecuente:

Consulta subsecuente matutina, aquí se atienden a pacientes que ya tienen estudio social inicial en el instituto, y que se han citado a Trabajo Social, ya que se detectó en primera vez, que la paciente -- presenta alguna alteración en el ámbito psicosocial y que de alguna manera repercute en su atención, asimismo existe solicitud del servicio por referir alteración en su economía familiar, lo cual se valora en base a los procedimientos técnico-administrativos establecidos.

Actualmente la consulta externa subsecuente de Trabajo Social se encuentra estructurada en clínicas de atención de acuerdo al fenómeno biopsicosocial que presentan las pacientes, relacionadas con el aspecto perinatal. Dichas clínicas de atención en Trabajo Social son las siguientes: Clínica de abuso sexual, VIH, Cáncer, Ginecología, Riesgo-perinatal, Diabetes, Adolescentes y Madres solteras; para ello se cuenta con un manual que define e integra el modelo de intervención respectivo.

**HOSPITALIZACIÓN:**

a) Alojamiento Conjunto;

En este servicio se atienden a pacientes ginecológicas y obsté...

tricas que ingresan por el servicio de Urgencias y han tenido control médico por la Consulta Externa, así como pacientes de primera vez en la institución; son hospitalizadas para ser atendidas inmediatamente. La finalidad de Trabajo Social es identificar las características socioeconómicas de la paciente hospitalizada y al mismo tiempo fomentar el asesoramiento del binomio madre-hijo en el puerperio inmediato y lograr una interacción favorable a su medio circundante, manejando asimismo casos de pérdida perinatal (aborto, muerte fetal o neonatal), en los casos de esterilidad se abordarán según corresponda.

b) Terapias Neonatales;

UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

UCIREN (Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido).

En estos servicios la finalidad de Trabajo Social es identificar los antecedentes del desarrollo gestacional, complicaciones del nacimiento y la atención biopsicosocial que requiere el neonato. Busca alternativas de apoyo conjuntamente con los familiares y equipo de salud que lo atiende, con el objeto de facilitar el manejo integral durante la estancia hospitalaria del recién nacido y la llegada a su domicilio, así como la participación activa de los padres en el servicio. (De aquí surge el "Programa de Padres Participantes").

Uno de los aspectos más importantes que el Trabajo Social debe valorar durante la estancia hospitalaria del recién nacido en terapia neonatal, es el medio familiar del cual procede y se integra a su entorno; en este sentido, a través de una entrevista y la realización de un diagnóstico social se analiza e identifica alguna alteración en el ú-

bito familiar, de pareja o económica y que de alguna manera incide en la estancia hospitalaria y recuperación del bebé; ante dichas circunstancias Trabajo Social inicia un manejo social e integral, con el cual se pretende adaptar al bebé en las mejores condiciones, necesarias para su óptimo desarrollo físico-emocional.

**INDICACIONES:**

En este servicio Trabajo Social realiza actividades que complementan el manejo de la consulta externa, primera vez y consulta subsecuente; asimismo brinda apoyo al servicio de hospitalización (alojamiento - conjunto y terapias neonatales), abarcando gran parte las funciones de información y orientación a los pacientes y/o familiares sobre los servicios hospitalarios y administrativos del Instituto.

### **CAPITULO III**

#### **CONSIDERACIONES PERINATALES**

### 3.1 ESTADO PRENATAL Y POSTNATAL

#### Estado Prenatal:

El embarazo y el parto son importantes etapas de desarrollo en la vida de la mujer. El embarazo como la pubertad, es un paso motivado biológicamente en la maduración del individuo y requiere ajustes fisiológicos y adaptaciones psicosociales para alcanzar el nuevo nivel de integración que, normalmente, representa el desarrollo.

"Cuando la mujer se embaraza sufre cambios psicosociales y fisiológicos importantes. La mujer generalmente se preocupa por su cuerpo, sus necesidades físicas, emocionales y por su hijo aún no nacido. A través de los nueve meses del embarazo, la mujer va pasando por situaciones emocionales distintas y diferentes; estas emociones van a cambiar según el trimestre del embarazo". (8)

Primer trimestre del embarazo: al inicio de éste, existe la duda de si la ausencia de menstruación se debe realmente a la presencia del embarazo. Los cambios físicos que van surgiendo, como el crecimiento de los senos, el oscurecimiento de la areola, etc, pueden servir como una comprobación del embarazo. Lo mismo sucede con la sensación de cansancio y el aumento en la necesidad de dormir, así como la presencia de náuseas y vómitos.

Es normal que la mujer se sienta confusa y ambivalente ante sus sentimientos con respecto al embarazo y su rol de madre; puede sentir-

(8) Psos., Fernandes MacGregor Alejandra y Arcelos Mercedes., Aspectos Psicológicos durante el embarazo. INPer. p.111.

se ansiosa por la responsabilidad que esto implica y puede dudar de su capacidad para sobrellevar todo el embarazo y manejar adecuadamente la demanda de su recién nacido. Además se siente preocupada por el tiempo que tendrá que dejar sus intereses y actividades en función del cuidado de su hijo. Probablemente la tarea más importante a la que se enfrenta la pareja en éste período, es de aceptar la realidad de su concepción, y tomar conciencia en todo lo que esto implica.

"Tradicionalmente le ha correspondido al hombre asegurar el sustento de los hijos y esta responsabilidad provoca en ocasiones tensión y angustia. Debido a todo esto, la posibilidad de manejar satisfactoriamente la crisis del embarazo, va a depender de la buena comunicación de la pareja". (9)

Segundo trimestre del embarazo: Este período se caracteriza por ser el más estable. El temor al aborto pasa y también disminuyen y desaparecen los malestares del inicio del embarazo. Los sentimientos ambivalentes también espesan a definirse. El abdomen ha crecido y ahora sí es una manifestación objetiva y palpable del embarazo, lo que facilita que el compañero participe, tomando una posición más activa de los cambios debido al embarazo y a la futura presencia del nuevo bebé en casa.

Con la percepción de los movimientos del feto, se tiene una mayor conciencia del ser que se está gestando, se percibe su vitalidad, lo que favorece que la mujer pueda empezar a diferenciar a su producto

(9) Psica., Fernandez MacGregor Alejandra y Arcelus Mercedes, ... Op.Cit. P. 114.

de ella misma.

La mujer primeriza tiene que pasar por la preocupación por compartir con su imagen materna y la necesidad de depender de la madre, a la dependencia y a la búsqueda de apoyo del compañero. La multipara durante este período prepara el ambiente familiar, ya que prevé que durante el tercer trimestre sus actividades se verán disminuidas por su condición física, asegurando así la estabilidad de la familia.

A lo largo de este segundo trimestre el compañero tiene la posibilidad de involucrarse más en el embarazo. Siente la necesidad de tocar al producto y buscar sus formas a través del vientre de su compañera, tratando de relacionarse con él.

Existe la posibilidad de empezar a identificarse con su rol de padre y las sensaciones que esto le provoca. Existen hombres que han manifestado sentirse celosos de sus mujeres que tienen la posibilidad de gestar un ser vivo. Puede sentirse muy demandado y esto les provoca temor a perder su independencia. También la obiedad del embarazo es una reafirmación de su identidad sexual.

Tercer trimestre del embarazo: El embarazo puede ser vivido como una experiencia de plenitud y orgullo. A veces se presentan momentos de ansiedad ante la eminencia del parto y el malestar físico actual y venidero. La ansiedad se puede manifestar a través de sueños de bebés que con frecuencia se pierden o se confunden. El interés fundamental en esta época está en el bebé y como lograr conceptualizarlo como algo diferente e individual. A través de los preparativos de sus cosas, su

ropa y su lugar, se intenta darle forma, tamaño y nombre. La energía se canaliza en el prepararse para el parto y para recibir al nuevo ser, su demanda y necesidades.

Al octavo mes generalmente es difícil, el bebé tiene casi su tamaño y peso completo y tiene que acomodarse para el momento del nacimiento y esto genera angustia en la madre. La incomodidad física va en aumento y existe temor a no poder ser capaz de aguantar hasta el final del embarazo.

A veces en el noveno mes se observa un aumento de energía y la mujer realiza más actividades, esto puede estar sucediendo como una defensa al temor de perder el control durante el trabajo de parto, temores e incertidumbres y a la anticipación de la responsabilidad de ser madre, existe también una fuerte emoción por el momento del parto, por todo esto, la mujer está necesitada de apoyo, aprobación y reconfirmación de cariño y amor por parte del marido.

Por tanto es indudable que uno de los factores más importantes en el momento de la certeza del embarazo, la asistencia prenatal, es decir la supervisión médica adecuada y temprana. La finalidad de la asistencia prenatal es dar la máxima oportunidad para que madre e hijo estén en buen estado de salud, lo que se logra al cumplir con los siguientes requisitos:

- \_Diagnósticar que hay embarazo.
- \_Valorar y tratar trastornos médicos que la mujer pudo haber sufrido antes del embarazo.
- \_Tratar rápidamente trastornos y estados de urgencia si aparecen.

Cubrir las necesidades psicológicas de la madre.

Prepararla para el parto y cuidado del recién nacido por orientación y educación.

Procurar que tenga asistencia ulterior y supervisión adecuada.

"En realidad la asistencia prenatal comienza desde la niñez, al crecer la niña y desarrollar hábitos físicos satisfactorios y un buen estado emocional. Al llegar a la pubertad, se debe recibir los beneficios de la supervisión médica y, poco antes de casarse recibirá orientación premarital. Se recomienda un examen de la mujer antes de embarzarse; y después, cuando la joven sospecha que está embarazada, deberá acudir al médico". (10)

#### Estado Postnatal:

El parto es la culminación de los nueve meses durante los cuales la pareja se fué paulatinamente preparando para la llegada de su hijo. Un momento después de haber emergido del cuerpo de su madre, todavía lo liga a ella el cordón umbilical, pero este ha cesado de funcionar como línea vital y será pronto anudado y cortado. Y de este modo comienza su camino hacia la madurez el nuevo ser humano.

La venida de un nuevo ser al mundo conlleva una gran cantidad de cambios para la gente que lo rodea, especialmente su familia. Los padres y los hermanos, si es que los hay, van a tener un período de ajuste en donde tendrán que ensayar nuevos roles e identidades.

(10) Hamilton Persis Mary., Asistencia materno-infantil de Enfermería. p. 61.

Tal vez el reajuste más extenso lo tenga que hacer la madre, ya que van a ocurrir cambios en su estado físico, hábitos y sus sentimientos. Reva Rubin (1976), divide los cambios emocionales que ocurren durante el puerperio en tres fases:

Incorporación: esta fase dura de dos a tres días, durante los cuales la madre está muy pendiente de sus propias necesidades (sueño y alimentación). En cierta medida, la mujer reacciona pasivamente e inicia pocas actividades por iniciativa propia. Al mismo tiempo, la mujer necesita dar una estructura y significado a todas las vivencias tan variadas e intensas por las que acaba de pasar.

Encargarse: En esta fase se pone énfasis en el presente; la mujer empieza a organizar su nuevo estilo de vida, sus labores como madre van a ser el foco principal de su vida, pueden existir sentimientos de inadecuación, si le es problemático realizar algunas de las actividades maternas. El inicio de la lactancia es una de esas actividades, en donde si existen dificultades la madre puede interpretar que está siendo rechazada por el bebé. Los éxitos de esta etapa son eventos importantes en el desarrollo de una relación materno-infantil cálida y cercana.

Esta etapa dura generalmente al rededor de diez días. Una vez que la mujer se siente competente como madre, puede empezar a extender sus energías a su esposo y otros hijos.

Dejar ir: Durante nueve meses la madre y el neonato conviven muy íntimamente; el nacimiento del bebé implica una pérdida para -

la madre, cuesta trabajo dejar ir a un ser que estuvo varios meses dentro de sí. El corte del cordón umbilical es el primer paso en la jornada del bebé por su independencia, ya que al ser cortado, el neonato depende de su propio cuerpo para llevar a cabo las funciones de supervivencia como el comer, respirar, etc.

### 3.2 EL RECIÉN NACIDO NORMAL

Hasta el momento del parto, el cuidado del feto es parte de la existencia materna, al ser expulsado por el conducto del parto, se convierte en un ser independiente, que necesita atención y supervisión individual. El momento del nacimiento es el instante en que el producto de la concepción se separa de la madre.

El recién nacido parece increíblemente pequeño; el peso promedio es de unos tres kilogramos, altura de unos 50 centímetros. Pero es posible que parezca aún más pequeño, pues se mantiene acurrucado. Sus proporciones difieren mucho de las que exhibirá posteriormente. La cabeza parece descansar directamente en los diminutos hombros, pues el cuello es muy corto, la caja craneal está bien desarrollada, los rasgos del rostro son pequeños y poco articulados, la nariz puede estar aplastada y la cabeza deformada (soldada) por su paso por el canal materno, desapareciendo en unas dos semanas.

El neonato suele conservar el cabello fetal, oscuro y tosco no sólo en la cabeza sino también en algunas otras partes del cuerpo, este cabello será remplazado con el tiempo por otro más normal, ya sea gradualmente o después de un período de calvicie.

Según la madurez del bebé su color variará entre la palidez y el rosado, debido tal vez por la cantidad denominada ictericia fisiológica normal del neonato. Los pigmentos cutáneos y oculares se desarrollan lentamente, de modo que todos los bebés tienen al nacer ojos de un azul ahumado. El recién nacido parece con frecuencia desahogado, porque todavía no se ha desarrollado plenamente las capas adiposas de su cuerpo con excepción de las que llenan las mejillas que desempeñan un papel importante en la succión y evitan a demás que la boca desdentada del bebé tenga el aspecto marchito propio de los ancianos.

El manto sebáceo (vernix) que lo cubre y lo protege, favorece -- una buena adaptación a la temperatura ambiente; en especial se mantiene el vernix en niños muy pequeños (debiles congénitos y prematuros), -- pues esa protección es de suma importancia durante las primeras horas.

En cuanto a la alimentación el recién nacido mamará la primera leche de su madre a las 24 horas. Hasta el momento en la clínica lo alimentarán cada 24 horas administrándole de 10 a 20 gms de solución glucosada.

El bebé desde que nace está equipado de una serie de respuestas automáticas llamadas reflejos, la mayoría de estos tienden a desaparecer o integrarse durante los primeros tres meses de vida, para desaparecer algunos de ellos más adelante, bajo un control más consciente y voluntario, como es el reflejo de marcha automática y posteriormente -- la habilidad de caminar.

El recién nacido puede ver desde que nace, esto es, parpadea o --

cierra sus ojos cuando un rayo de luz se dirige a ellos. También puede mantenerse alerta y fijar sus ojos cuando un objeto se mueva suavemente en su campo de visión y es capaz de seguirlo brevemente con movimientos sacádicos; realiza seguimientos horizontales y después verticales, al inicio suele hacer biscoos o puede perder el control de la cabeza al seguirlos, pero esto desaparecerá conforme pase el tiempo y vaya madurando, en cuanto a la audición, podemos observar el mismo tipo de respuestas diferenciales ante la estimulación sonora.

El recién nacido es capaz de localizar la fuente de origen del sonido y volverse para mirarlo; se sabe que esta es una conducta refleja, la cual desaparece posteriormente con intencionalidad de localización, aproximadamente a los seis meses de edad.

Se ha enfatizado que el tacto del bebé tiene un papel central dentro del sistema de comunicación, de efecto y lenguaje del niño. Se ha demostrado que el neonato distingue los cuatro sabores básicos: dulce, ácido, salado y amargo, mostrando mayor predilección por el dulce, debido probablemente a que es ese el sabor que tiene la leche materna. También demuestra su agrado o desagrado escupiendo el alimento. Se han realizado diversos estudios para comprobar si el recién nacido puede oler, se observa que volteo evitando los aromas que los adultos consideran desagradables.

El nacimiento es la primera y más dramática experiencia de desajustes, necesita respirar, y debe tener y mantener una temperatura más o menos constante, en un medio infinitamente más variable que el

del vientre materno. Sentirá desde ahora frío, calor y hambre; necesitando cuidados que implican aceptación por parte de la madre.

### 3.3 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO HUMANO

En los últimos años, el "alto riesgo" se ha vuelto una frase familiar en el cuidado de la maternidad. El empleo de este término indica la existencia de un problema que pudiera poner en peligro la vida, la salud y el bienestar de la madre y el producto.

Los factores de riesgo reproductivo humano se agrupan en tres categorías:

- \_Antecedentes generales.
- \_Antecedentes patológicos obstétricos.
- \_Antecedentes personales patológicos.

#### 3.3.1 ANTECEDENTES GENERALES

En los antecedentes generales se incluyen aquellos factores que determinan un perfil que indica o define en forma global a una mujer en edad fértil de acuerdo a su conducta reproductiva.

Edad: La edad de la madre es determinante en el momento de la concepción, ya que toda mujer en edad fértil tiene un período en que la reproducción se da con menos riesgos, tanto para ella como para su futuro hijo. La seguridad en la reproducción parece ser mayor en donde la mujer tiene de los 20 a los 30 años de edad; por considerarse un período en donde la mujer se encuentra en la madurez biológica, psicológica y social suficientes para la culminación satisfactoria del evento.

to obstétrico.

"Los índices de mortalidad materna y perinatal son más altos en madres menores a los 20 años y mayores después de los 30 años, ya que se presentan complicaciones en el embarazo como son la hemorragia, toxemia gravídica, parto difícil o prolongado, así como anomalías en el producto". (11)

Intervalo intergenésico: un intervalo intergenésico corto, es decir, un intervalo entre el último parto o resolución obstétrica y la siguiente concepción constituye un factor de riesgo, cuando el tiempo que se deja entre un embarazo y otro es menor a los 18 meses, presentándose a consecuencia de ello anemia severa, prematuros y bajo peso al nacer; pues la madre no tiene tiempo suficiente para recuperarse -- tanto física como nutricionalmente.

Peso corporal: el peso de una mujer es un factor de influencia importante en el desarrollo del embarazo. Las mujeres que se embarazan teniendo un peso corporal mayor o menor de la norma según estatura, tienen un riesgo mayor de desarrollar una serie de complicaciones perinatales. En el caso de la mujer obesa, existe una mayor incidencia de que se presente toxemia gravídica, diabetes, macrosomía fetal. En cuanto a la mujer baja de peso, lo cual se asocia con anemia existe una mayor incidencia de que se presente toxemia gravídica, productos de bajo peso al nacer y prematuros.

(11) Bethea, D.C., Enfermería materno-infantil., p. 143.

El desarrollo óptimo del evento obstétrico - feto, depende del estado nutricional de la madre, no sólo durante el embarazo, sino mucho antes de que se presente.

**Multigravida:** o número de embarazos, se considera de alto riesgo, ya que favorece la aparición de una serie de complicaciones que -- pueden llevar a la muerte a la madre y/o al producto. Asimismo este factor se asocia con el intervalo intergenésico, que juntos inciden en la presencia de: ruptura de matriz, presión alta de la sangre, hemorragias, parto difícil, placenta previa, entre otros.

### 3.3.2 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS

Se considera al embarazo como un estado fisiológico de la mujer y no como una enfermedad. Sin embargo, tal estado pone en marcha un mecanismo complejo que acarrea cambios profundos en el organismo. En consecuencia, sobrevienen a veces complicaciones, que pueden ser resultado de las reacciones generales del organismo al embarazo.

**Abortos:** El aborto es la interrupción del embarazo antes que el feto sea viable (en la vigésima a vigésima segunda semanas de embarazo) considerándose factor de riesgo importante en cualquiera de sus dos variedades clínicas: espontáneo e inducido.

**Aborto espontáneo:** se considera factor de riesgo reproductivo by mano, en aquellas mujeres que han referido dos o más abortos entre sus antecedentes obstétricos debido a la tendencia que tiene de presentarse de nuevo. Este fenómeno es más frecuente en mujeres con deficiencias nutricionales, diabetes, anormalidades en sus órganos reproductivos.

Aborto inducido; Factor de riesgo, que implica complicaciones -- posteriores dependiendo en muchos casos de las condiciones en que fué realizado; produciendo la práctica de los mismos abortos espontaneo re pedidos, partos prematuros, problemas de infecciones,

Muertes perinatales: La mortalidad perinatal se compone fundamentalmente de mortalidad fetal, y neonatal.

Muerte fetal; es aquella que ocurre a partir de la semana 21 de gestación hasta el nacimiento, constituyendo un alto factor de riesgo-reproductivo cuando está presente en la historia obstétrica de la mujer, debido a la posibilidad de que este problema se repita en un embarazo posterior. La muerte fetal, en su mayoría se origina por enfermedades que la madre presenta como son; la diabetes, lesión renal, hipertensión, cardiopatías y otras enfermedades crónicas o por problemas -- obstétricos como la toxemia o desprendimiento prematuro de placenta.

Muerte neonatal; es aquella que se produce durante los primeros 28 días de vida y es causada básicamente por prematuros, bajo peso al nacer, defectos graves al nacimiento y por trauma obstétrico.

Prematuros: Se define con el nacimiento de un producto de la concepción antes de las 37 semanas de edad gestacional. La frecuencia -- con que se presenta es aproximadamente en el 10% de todos los embarazos.

Es muy frecuente que una mujer que ha tenido uno o más partos -- prematuros, vuelvan a presentar este problema en un embarazo posterior, teniendo asimismo el riesgo de morir recién nacidos.

Las causas que favorecen la presentación de este tipo de complicaciones para el producto pueden ser:

Para productos de bajo peso al nacer:

- \_ Edad de la madre menor de 20 años.
- \_ Intervalo intergenésico menor de 18 meses.
- \_ Hipertensión arterial.
- \_ Desnutrición.

Para productos prematuros:

- \_ Edad de la madre menor de 20 años.
- \_ Enfermedad renal crónica.
- \_ Toxemia gravídica.
- \_ Hipertensión.
- \_ Diabetes.
- \_ Defectos en la matriz.
- \_ Desnutrición.
- \_ Enfermedad del corazón.
- \_ Alcoholismo, tabaquismo, automedicación.

" El nivel socioeconómico de la familia, como un factor de correlación con el fenómeno de la prematuros, pues influye en la frecuencia con que se presenta la prematuros y la mortalidad perinatal en un índice de más alto en los niveles económicos más bajos". (12)

"El nivel socioeconómico es de gran importancia como condición -

(12) Hurlock Elizabeth., Desarrollo del niño., p.99.

social que afecta a toda la existencia y el medio ambiente de personas y familias. Influye en la nutrición, educación, habitación y paridad de las embarazadas, así como en sus actitudes respecto a la asistencia médica. Las mujeres de clase social baja se ha observado que tienen mayor número de preclamsia y cesarea, así como índices más altos de prematuridad y de muerte perinatal. Las mujeres de este grupo suelen tener escasa educación escolar, habitan en viviendas inadecuadas, presentan paridad más alta y solicitan menos la asistencia médica en el embarazo que las mujeres de grupos sociales más altos". (13)

Por tanto, "las mujeres de clase socioeconómica baja no están acostumbradas a solicitar asistencia médica en casos no urgentes, como el embarazo es un acontecimiento común para ellas, no comprenden la necesidad de asistencia médica, a menos que se presente un problema grave. En consecuencia, son frecuentes en estos grupos los embarazos-problema con índices más altos de mortalidad materna y perinatal". (14)

Toxemia; es una enfermedad que sólo se presenta en la mujer embarazada, la cual se caracteriza por; hipertensión, proteinuria (eliminación de proteínas por la orina), retención de líquidos, y edema (hinchazón regional o generalizada).

El grado más avanzado de la toxemia es la eclampsia que se caracteriza por presentar las cuatro alteraciones anteriores más convulsiones. Se considera el antecedente de toxemia como factor de riesgo re-

(13) Bethea, D.C... Op. Cit. p.143.

(14) ibidem.

productivo, por su tendencia a repetirse en los embarazos subsiguientes. La toxemia afecta principalmente a las embarazadas que se encuentran - en los extremos de la vida reproductiva, a mujeres obesas o desnutridas, así como a personas con padecimientos de diabetes y enfermedad renal.

Cesarea previa: La operación cesarea es el nacimiento del producto por una incisión en la pared abdominal y uterina.

El antecedente obstétrico de cesarea previa se considera un factor de riesgo para el resultado de un nuevo embarazo por tres razones:

\_La posibilidad de la ruptura de la cicatriz uterina; una incisión uterina previa puede debilitar la pared uterina o predisponer a una ruptura durante el trabajo de parto.

\_La existencia de una cicatriz uterina anterior predispone a una mayor frecuencia de placenta previa (la que se inserta en un segmento tan bajo del útero que en el momento del parto sale previamente al feto), y acretismo placentario (placenta muy adherida que provoca hemorragia).

\_La posibilidad de un cálculo erróneo para la ejecución de la cesarea con el resultado siguiente de embarazo prematuro.

Defectos al nacimiento: En ocasiones los niños nacen con defectos en su estructura corporal; tales defectos o anomalías congénitas son consecuencia de la interacción entre la predisposición genética (hereditario), consecutivos a radiación, drogas y enfermedades de la madre.

Asimismo se considera a consecuencia de ciertos factores ambientales.

Las anomalías congénitas constituyen la segunda causa de muerte neonatal que es la que ocurre del primero a los 28 días posteriores al nacimiento. Cuando una mujer presenta entre sus antecedentes obstétricos nacimientos previos de niños con defectos, se considera que se encuentra en riesgo por la probabilidad de volver a presentarse un nacimiento con esas características en un embarazo subsecuente. El riesgo de que vuelva a presentarse la anomalía en los nacimientos subsecuentes depende del tipo de malformación, pero puede ser aproximadamente del 5%.

El riesgo de ocurrencia de la anomalía en los nacimientos subsecuentes obviamente se incrementa cuando los padres son parientes entre sí, siendo tanto más grande el riesgo cuando más cercana es la consanguinidad. Existen ciertos tipos de anomalías congénitas que se han asociado con la edad de la madre. Tal es el caso del Síndrome de Down (retraso mental de diverso grado debido a anomalías cromosómicas) que suele aparecer más frecuentemente en madres mayores de 35 años; aumentando el riesgo conforme aumenta la edad y a los 45 años la frecuencia se eleva al 1 por 40 nacimientos. Otra situación importante de tener presente es la incidencia incrementada de malformaciones congénitas en las madres diabéticas.

### 3.3.3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

En los antecedentes personales patológicos se incluyen aquellos factores o problemas de salud que presenta una mujer en edad fértil, - mismo que se agudizan al momento del embarazo y pueden amenazar la salud y la vida de la madre, del producto o de ambos.

**Diabetes:** Es una enfermedad crónica del metabolismo considerada fundamentalmente hereditaria, caracterizada por una deficiencia de insulina, lo que ocasiona intolerancia a la glucosa y una concentración excesiva de ésta en la sangre y secundariamente en la orina.

La incidencia de diabetes se incrementa significativamente con la edad, en mujeres en etapa reproductiva que además son multiparas, su probabilidad de presentar es aún más grande. El efecto de la diabetes sobre el embarazo depende en gran medida del grupo en que se está controlando la enfermedad. Se presentan complicaciones con mayor frecuencia de: aborto espontáneo, parto prematuro, toxemia gravídica, muerte fetal, productos macrosómicos (niños muy grandes, de 4 kilos o más), malformaciones congénitas, polihidramnios (exceso de líquido amniótico), hipoglucemia (disminución de los niveles de glucosa en la sangre), hipoxia por prematuridad (falta de oxígeno en la sangre por dificultad al respirar).

Las embarazadas diabéticas deben recibir tratamiento adecuado para proteger la vida y salud de ella y el feto, dependiendo en gran medida del grado en que se está controlando la enfermedad.

**Cardiopatías:** En términos generales se denomina así a toda enfermedad que afecta al corazón. Las enfermedades del corazón constituyen una de las primeras causas de muerte en México.

Entre las principales enfermedades del corazón se comprenden:

Cardiopatías congénitas: son las lesiones del corazón que se pre-

sentan desde el nacimiento. No son bien conocidas sus causas, pero - pueden actuar las virosis del primer trimestre (rubeola), probablemente las radiaciones y factores de tipo químico, etc. Su prevención está por ahora circunscrita a evitar las infecciones virales en el primer - trimestre del embarazo.

**Cardiopatías pulmonares:** el asma, el edema pulmonar y la bronquitis crónica, a la larga van producir lesiones en el corazón, para - ello se deben tratar adecuadamente los padecimientos pulmonares.

**Cardiopatía reumática:** la fiebre reumática ocasiona lesiones agrias para el corazón. La prevención primaria de este padecimiento consiste en evitar el primer cuadro de fiebre reumática, mediante tratamiento adecuado.

**Hipertensión arterial:** es la más frecuente de los padecimientos cardiovasculares y su tendencia va en aumento, debido al incremento de la expectativa de vida y porque el individuo se expone cada día a mayores tensiones.

Las lesiones cardíacas en relación con el embarazo son frecuentemente una complicación seria del embarazo. El pronóstico de la mujer embarazada con cardiopatía depende principalmente de la capacidad funcional de su corazón, la edad, la atención prenatal, la historia de insuficiencia cardíaca previa, la presencia de fibrilación auricular -- (trastorno de la contractilidad de las fibras musculares del corazón).

Igualmente se encuentran aumentadas las complicaciones para el

producto como son: aborto, prematuros, bajo peso al nacer, muerte perinatal.

Enfermedad renal: Las enfermedades de los riñones pueden hacer peligrosos los embarazos, de las principales es; la infección crónica y función renal alterada, acompañada de cambios en el sistema cardiovascular.

El pronóstico para un embarazo, si la función renal se encuentra alterada depende en gran parte de si el riñón es capaz o no de reaccionar frente al incremento de las necesidades a medida que progresa el embarazo. Cuando la presión arterial aumenta progresivamente la función renal disminuye a medida que avanza el embarazo, este se complica de manera importante o peligrosa, esto se asocia con una incidencia más elevada de parto prematuro y muerte fetal.

Incompatibilidad al factor RH: Se descubrió en 1941 que el factor RH se heredaba merced a un gen Rh positivo. Se encuentra en 85 por 100 de las mujeres de raza blanca, 93 por 100 de las mujeres de raza negra y casi 100 por 100 de las orientales. Las que llevan genes Rh se llaman Rh positivas, en tanto que las que carecen de este gen, se catalogan como Rh negativas. Ambos estados son normales. La incompatibilidad se manifiesta solamente cuando la madre es Rh negativa, el padre Rh positivo y el feto Rh positivo.

El problema se origina a consecuencia de que algunos eritrocitos Rh positivos del producto atraviesan la barrera placentaria y penetran en la circulación materna. Estos eritrocitos Rh positivos actúan como antígenos y estimulan la formación de anticuerpos contra las células -

Rh positivas, como estas células Rh positivas del feto generalmente no penetran en el flujo sanguíneo de la madre sino hasta el final del embarazo o al nacer cuando la placenta es expulsada y, como trascurre -- cierto tiempo para que se produzca suficiente cantidad de anticuerpos para causar un problema, el primer hijo suele ser no afectado.

Una vez que los anticuerpos entran en el flujo sanguíneo de la madre, siempre los tendrá. En embarazos ulteriores con fetos Rh positivos, algunos de estos anticuerpos atraviesan la barrera placentaria y penetran en la circulación del feto, atacando y destruyendo los eritrocitos del mismo; esta destrucción puede producir anemia, ictericia, y en casos graves, la muerte del feto.

Una mujer Rh negativa que ha producido anticuerpos contra eritrocitos Rh positivos se dice que está sensibilizada o isoinmunizada (también puede sensibilizarse al recibir transfusión de sangre Rh positiva).

No todas las mujeres Rh negativas que han dado a luz niños Rh positivos producen anticuerpos contra eritrocitos Rh positivos, sin embargo, por el grave peligro para el niño cuando sucede esto, toda mujer Rh negativa que ha dado a luz un niño Rh positivo, debe ser examinada en cada embarazo posterior para descubrir anticuerpos.

### 3.4 EMBARAZO Y RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO

El término de "alto riesgo" indica la posibilidad de la existencia de un problema que pudiera poner en peligro la vida, la salud y el bienestar del niño y la madre.

En la población general de padres y niños, se ha comprobado que ciertos grupos muestran mayor frecuencia de morbimortalidad. También ciertas condiciones se han reconocido como posibles peligros para la vida y la salud. Cuando alguna de estas se presenta, se usa el término de "alto riesgo".

Embarazo de alto riesgo: es el evento reproductivo humano en el cual se presentan diversos factores, que pueden poner en peligro la vida, la salud y el bienestar, tanto de la madre como del producto, o -- ambos.

Recién nacido de alto riesgo: es el producto de la concepción -- que trae consigo una serie de características físicas que lo condicionan a ser muy vulnerable a diferencia del recién nacido normal.

"La terminación del embarazo, etapa en que se espera la llegada del hijo anhelado, puede convertirse en un evento traumático cuando el neonato nace prematuro, de bajo peso para su edad gestacional, con -- malformaciones congénitas o bien con algún otro problema de salud que pone en peligro su vida. En todos estos casos, el impacto emocional -- que causa sobre la familia es trascendente ya que el neonato vulnerable rompe con las expectativas que todos compartían de una resolución satisfactoria del embarazo". (15)

"ante el nacimiento de un neonato con la posibilidad de muerte o de secuelas permanentes, los padres experimentan una serie de emocio--

(15) Psico. Olvera Ma. del Carmen y Givaudan Martha., Nacimiento prematuro: aspectos psicossociales., P. 213.

nes y etapas, entre ellas la negación, la culpa, el enojo y la depresión, las cuales deben ser conocidas e identificadas por el personal de salud. Aún cuando el neonato sobreviva los padres atravesarán por un proceso de duelo que debe ser identificado y no ignorado u obstaculizado por el personal de salud, en el caso de niños con secuelas o malformaciones permanentes, el duelo será un proceso permanente, aún cuando se logre una buena aceptación del hijo, ya que el neonato representa un reto especial para la familia que dependiendo de sus propios recursos psicocociales, podrá establecer o no una relación armónica -- con el niño". (16)

### 3.5 PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN EL RECIEN NACIDO

Nacer significa la culminación de una etapa de la vida del ser humano, durante la cual se ha conseguido integrar un organismo a partir de la unión de las células sexuales y con la participación directa del ambiente que favorece o limita el ritmo y la magnitud del crecimiento.

Para que el producto que nace sea un producto óptimo se requiere de la conjugación de buenas raíces genéticas y de condiciones ambientales adecuadas, lo mismo de las determinadas por el útero y el aparato reproductor "microambiente", por el organismo materno en general "macroambiente", y por las condiciones ecológicas "macroambiente".

Existen diversas condiciones que influyen en forma especial y -

(16) Udasta Mora Enrique., Vida y muerte en la UGIN. p. 229.

trascendente en el crecimiento y desarrollo del feto, imprimiéndole un sello de calidad que se expresa en el recién nacido y constituye un punto de partida decisivo en el potencial de salud y capacitación física e intelectual del individuo; esas condiciones integran un complejo genético ambiental que puede concebirse de tal trascendencia como para constituir el código básico de los derechos humanos mínimos; nacer sin desventajas, su cumplimiento debe establecerse como obligación moral de la paternidad responsable.

Varias de esas condiciones óptimas de reproducción son deficientes o no están presentes en grandes grupos de la población mexicana, - debido a que son producto directo del bienestar social y económico --- (crecimiento físico adecuado, estado de salud, condiciones nutricionales, la atención médica, etc.) y son, por lo tanto factores negativos en relación directa con la miseria e ignorancia; en cambio, otras condiciones están presentes en todos los niveles sociales y económicos - (edad materna, paridad, intervalo entre embarazos, etc.).

A continuación se hace mención a algunas patologías más frecuentes que se pueden presentar en los recién nacidos productos de embarazos de riesgo elevado, debido a que existe una multiplicidad de riesgos perinatales que pueden provocar problemas importantes de salud que en ciertos casos se asocian con secuelas en el desarrollo del niño; -- sin embargo para utilidad del presente trabajo señalaremos las siguientes. (ver anexo # 2).

## **C A P I T U L O   I V**

### **ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA FAMILIA CON RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS**

#### 4.1 LA FAMILIA Y EL RECIEN NACIDO

"la familia en un sentido estricto, es un grupo que tiene su fundamento en los 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, descendientes, colaterales y afines con un tronco genético común. Análogamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre sí relaciones de origen o semejanza". (17)

Una de las características del ser humano es vivir en sociedad, - el hombre para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales requiere de relacionarse con diferentes grupos en su vida diaria.

La familia siempre se ha reconocido como la unidad básica de la sociedad en la cual se desarrolla en individuo, además de ser considerada como uno de los principales motores del comportamiento social, -- mueve al individuo en su trabajo cotidiano, en sus esfuerzos, en la expresión de sus emociones y en la dirección de sus hijos sobre quienes - ejerce su función socializadora.

"La familia es el primer medio que el niño conoce al nacer, constituye el campo psicológico más importante de un niño; es un refugio y una fuente de afectos, identidad e identificación". (18)

(17) Ander-egg, Ezequiel., Diccionario del Trabajo Social., p.130.

(18) Lieberman, Florencia., Trabajo Social al Niño y su Familia., p.33.

La crianza del niño es sólo una de las funciones familiares, para todos los grupos de edad, desde el nacimiento hasta la muerte, la unidad familiar es la encargada de atender las necesidades básicas, como el alimento y el vestido; de proporcionar patrones edificantes de amor, amistad y afecto; de satisfacer las necesidades psicológicas -- fundamentales, y de inbuir un sentido de valía y dignidad.

"La familia transmite asimismo cultura y valores, y cada una tiene sus propios patrones, metas y formas de interactuar y de cumplir -- sus funciones, además de su propio sistema de fantasías y creencias, -- ya sean conscientes, acerca de la naturaleza humana y de las relaciones entre los hombres, que son transmitidas de una generación a otra".  
(19)

En este sentido el embarazo por sí mismo constituye un período de cambio y readaptación, y no sólo para la pareja, sino para toda la familia en conjunto. Estos cambios hacia la paternidad se llevan a cabo poco a poco a través de la evidencia del embarazo y finalmente la pareja se prepara para la llegada del bebé.

Al nacimiento de un bebé de alto riesgo, lo que implica una hospitalización para el niño, generalmente se relaciona con el miedo y ansiedad extrema; al tenerse que enfrentar a una situación para la que aún no estaba preparada la familia.

La pérdida de la expectativa de un bebé sano en muchas ocasiones se refleja en una etapa de duelo para la familia, impidiendo el esta-

(19) Lieberman, Florence,.... Op. Cit. p.33.

blecimiento de una relación armónica con su bebé.

Las características de personalidad de los padres, así como la relación de pareja y la situación en la que se dió el embarazo van a influir de manera importante en la resolución de esta etapa de adaptación al bebé que se encuentra hospitalizado.

Las experiencias previas de los padres en su trabajo, su vida familiar y social, influyen en sus sentimientos de ser o no personas competentes. En general, cuando los padres se enfrentan a esta situación; se enfrentan a situaciones nuevas que traen consigo miedos y ansiedades sobre la salud y bienestar del bebé, dado que es muy vulnerable -- por la variedad de problemas que pueden estar relacionados con su problema de salud.

Si el recién nacido presenta complicaciones médicas importantes, los padres y la familia, además tendrán que enfrentar la posibilidad de que su hijo no sobreviva, y si el bebé se recupera, tendrán que -- adaptarse y tolerar la ansiedad generada por el conocimiento de las posibles secuelas psico-neurológicas.

"la situación a la que se enfrenta la familia con un bebé de alto riesgo hospitalizado, altera su dinámica y afecta también a los otros hijos, ya que los padres tenderán a centrar su atención principalmente en el bebé hospitalizado". (20)

(20) Psicos. Olivera Ma. del Carmen y Givanden Martha.,...Op. Cit. p. 216.

Por lo tanto, la importancia y trascendencia de la familia radica en ser la unidad básica de la sociedad, es el primer medio que el niño conoce al nacer, donde se debe mantener una relación cercana, y cariñosa de afecto; esta relación y hecho de sentirse amado y deseado son vitales para el desarrollo de un niño.

#### 4.2 LA RELACION PADRES - NIÑO

El nacimiento de un niño introduce un factor emocional en el seno familiar que altera las condiciones previas y obliga a adoptar nuevas actitudes. La madre, particularmente si es su primer hijo, queda expuesta a múltiples conflictos psicológicos y mientras que una procede con seguridad en sí misma, sin pedir o necesitar del consejo de personas con mayor experiencia o del médico, y obtienen una satisfacción inmediata en el ejercicio de la maternidad, adaptándose de manera espontánea y natural a las necesidades de su hijo y resolviendo sin demasiadas inquietudes las tensiones que se producen a su alrededor, -- otras por el contrario se alteran en su equilibrio emocional y son víctimas de sentimientos contradictorios.

Por lo anterior podemos decir que el embarazo y el parto constituyen acontecimientos dramáticos en los que un cierto grado de dolor es inevitable, experimentan orgullo y satisfacción por la maternidad y aceptan con alegría la dependencia del hijo para con ella, mientras -- que por otro comprenden que son inexpertas y se encuentran desamparadas e incompetentes para llevar a buen término la atención de su hijo.

Esto es, cuando la madre abandona la clínica y egresa a casa con

su hijo se plantea una preocupación fundamental: el cuidado del niño.

Naturalmente, va a dedicar lo mejor de sí misma, toda su voluntad, atención y cariño a atender las necesidades del bebé. Sin embargo, en general - y sobre todo si es el primer hijo- carece de la instrucción adecuada para criarlo correctamente y no son pocos los errores, vicios y conceptos equivocados que persisten todavía en nuestros días por la rutina o mala información, con consecuencias a menudo negativas para la salud y crecimiento del niño.

En los primeros años de vida se establecen las bases para la formación y desarrollo de la personalidad, por lo que es fundamental que el niño crezca en un entorno adecuado tanto en el aspecto físico o material, como afectivo, debiendo estar los padres en disposición de abordar y resolver correctamente los problemas infantiles, prestando especial atención a los factores psicológicos.

Desde el momento del nacimiento la presencia y proximidad de la madre y del padre tienen una importancia fundamental para el niño. Si la madre es su fuente de nutrición, el padre es su fuente de seguridad.

El hijo necesita percibir la presencia y el contacto físico del padre a través de los sentidos; debe verlo, oírlo, y ser tocado por él, sólo así aprenderá a conocerlo.

Es importante que el padre se acerque a su bebé, lo tome en brazos, lo acaricie, y le dé el biberón, se levante por las noches si llora y juegue con él, favoreciendo con este comportamiento el vínculo con-

cimiento, de tal forma que el niño vea al padre en toda su dimensión de hombre, más allá del simple esquema corporal, al tiempo que el padre, por su parte, entienda que su hijo es una realidad tangible.

El padre debe pues rechazar cualquier actitud de distanciamiento, voluntaria o involuntaria, de su hijo -acaso favorecida por antiguos conceptos que tendran a considerar como una conducta impropia o de "débilidad", el acariciarlo, pasear con él o atendiendo sus necesidades vitales de alimentación e higiene-, o la sensación de ser una interferencia en la intimidad de la relación madre-hijo.

#### 4.3 NIÑO NACIDO HOSPITALIZADO

"La enfermedad involucra innumerables problemas físicos, económicos y emocionales. Los niños hospitalizados sufren separación del hogar, dolor, procedimientos médicos aterradoras y, a menudo, consecuencias futuras. Las distintas enfermedades van acompañadas de dificultades específicas, y el Trabajador Social debe familiarizarse con ellas si ha de auxiliar al niño y a la familia" (21)

"Las familias de los niños enfermos se sienten irritables, culpables y afligidas, y pueden recurrir a ideas mágicas para mantener su esperanza. El dolor y la tristeza crónicos son parte de la vida de los padres de niños crónicos o gravemente enfermos.

Las enfermedades prolongadas crean cargas para toda la familia. -

(21) Lieberman, Florence... Op. Cit., p. 50.

La interrupción del sueño, los problemas económicos, las necesidades especiales en lo que concierne a vivienda, las crisis médicas y otras dificultades trastornan el estilo de vida familiar. Una madre puede quedar excesivamente involucrada en la enfermedad del hijo, el padre puede sentirse desatendido, y la comunicación de ambos quizá se vuelva tan penosa que se eviten uno al otro.

Los padres se sientan culpables si la enfermedad o incapacidad ha sido transmitida genéticamente y, en todo caso, se preguntaran en que fallarán. Los hermanos tal vez se sientan preocupados por su propio futuro, actúen como si nada hubiese cambiado o sean excesivamente protectores. Las reacciones del niño dependerán no sólo de los apoyos ambientales, sino también de la severidad de la enfermedad o de lo perceptible que este sea, de su edad y capacidad de desarrollo". (22)

"La hospitalización del niño tiene en muchos casos repercusiones psicológicas indeseables, motivadas bien porque se le separe del medio familiar desplazándolo a un nuevo ambiente, bien porque aún cuando se le aleje de los padres queda sujeto durante su hospitalización a experiencias desagradables para las cuales no está preparado, o que de cualquier manera son acontecimientos emocionalmente traumatizantes". - (23)

"La edad más vulnerable se halla desde el nacimiento hasta los tres años, en los menores de edad puede tener lugar una serie de trans

(22) Lieberman, Florence... Op. Cit., p. 50.

(23) De la Torre, Joaquín., Guía para el cuidado del niño., p. 418.

tornos que se han calificado como "hospitalismo", siendo rasgos salientes de la actitud que asume, con relativa inmovilidad y falta de interés en lo que acontece a su alrededor, el estancamiento o baja de peso no obstante la ingestión de una cantidad de alimento técnicamente suficiente, su palidez y aspecto general de infelicidad". (24)

Para que pueda lograr el lactante un completo bienestar físico - es necesaria la dedicación cariñosa de los padres, que la dirija palabras, lo acaricie, lo tome en brazos, lo movilice, lo saque del ambiente reducido de una cuna, y lo lleve al aire libre, al sol, al ruido y al contacto con otras personas, cuando esto último sea posible.

La separación prolongada de la madre puede ocasionar importantes alteraciones de tipo emocional que repercuten en el desarrollo y crecimiento normal del neonato; así cuando la madre le visita frecuentemente, y está a su lado en los momentos más críticos, la alteración emocional es mucho menor, de ahí la importancia de acompañarlo asiduamente y de tratar de permanecer junto a él, tanto como se lo permitan los reglamentos del hospital en el que se encuentre.

Los padres también sufren al sentir que abandonan a su hijo entre extraños justamente en el momento de su vida en que más los necesitan. Los padres deben obedecer el reglamento del hospital y ser razonables en la atención que exigen para sus hijos, recordando que a menudo el personal no es tan numeroso como sería de desear y que las enfermeras tienen muchos otros problemas urgentes que deben solucionar.

(24) De la Torre, Joaquín... Op. Cit. p. 418.

Las unidades de terapia neonatal son servicios hospitalarios diseñados, equipados y con personal especializado para atender aquellos casos de extrema gravedad, en los que son indispensables vigilancia constante y elementos de tratamiento particulares siempre dispuestos y a la mano.

Los problemas clínicos que manejan son muy variados, puede tratarse de un paciente que ha sido sujeto a cirugía, hasta todo aquello que involucra la atención especializada para los recién nacidos. Todo está planeado de tal forma que el control de las condiciones del niño se verifica continuamente con el máximo de ventajas para el enfermo; contando con todo el equipo automático y personal especializado para la atención del neonato.

Por la misma naturaleza de la forma de trabajo y del tipo de pacientes hospitalizados, no es posible permitir que los padres permanezcan por tiempo prolongado con su hijo, sin embargo se destinan períodos durante el día, en que puedan estar brevemente a su lado.

"El impresionante desarrollo del conocimiento en la fisiología del recién nacido, aunado al avance tecnológico aplicado en el cuidado del neonato enfermo, ha permitido un aumento en la supervivencia, así como a un mejor estado físico de los niños que presentan problemas al nacimiento.

Lamentablemente, al mismo tiempo aumenta el número de niños que presentan diversos problemas al nacimiento y algunos de los que sobreviven quedan con secuelas graves. Además estos avances han condicionado, por lo tanto problemas éticos relacionados con el manejo de --

recién nacidos críticamente enfermos, problemas económicos por el alto costo del cuidado intensivo que requieren y, problemas sociales por los efectos que repercuten sobre la sociedad, ocasionados por las secuelas neurológicas y físicas invalidantes de los neonatos que sobreviven". (25)

Las terapias neonatales son áreas donde médicos, enfermeras y padres de los neonatos se enfrentan a la supervivencia, lesión y muerte de los bebés que manejan, así como a los problemas éticos y sociales asociados, todo esto rodeado de una gran carga emocional.

"La complejidad de problemas que confluyen en la UCIN, afecta a los padres y al personal especializado en la esfera emocional, es un área de experiencias positivas y negativas; en donde debe procurarse no sólo una atención médica adecuada, sino también buscar una buena calidad de vida". (26)

#### 4.4 FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA LACTANCIA MATERNA.

Se llama lactancia natural o materna la que está constituida por la leche de la propia madre del niño, es decir, leche humana, o sea la natural de la especie, y que se distigue de la segregada por otros mamíferos.

Es la alimentación habitual y constante del lactante en nuestro medio. Es indiscutible el valor que ella tiene para los niños dentro de los primeros meses de edad, ya que la leche materna es el alimento-

(25) Udaeta Mora, Enrique... Op. Cit. p. 229.

(26) Udaeta Mora, Enrique... Op. Cit. p. 230.

biológico ideal, homólogo de la misma especie, estéril, completo que mejor pueda afreceserse al niño.

Las estadísticas de morbilidad y mortalidad infantiles correspondientes al primer año de edad, muestran de un modo fehaciente mayores índices en los niños alimentados con leches que no son la humana, en tanto que es de observación práctica y común que aquellos que toman la leche materna generalmente se enferman con poca frecuencia y cuando ello ocurre habitualmente el pronóstico es benigno, el tratamiento fácil y además parecen ofrecer mayor resistencia a algunos padecimientos infecciosos.

"La lactancia es y ha sido un tema muy controvertido, causa de infinidad de estudios, investigaciones, teorías y más aún mitos que la llegan a envolver con un velo de misterio y fantasía. Es para algunos la mejor forma de nutrir al recién nacido; otros la contemplan como algo pasado de moda, obsoleto, y la desprecian con regia indiferencia; para otros es un medio sacrificado y complicado en el que hay que supurar un sinfín de taboos y obstáculos para llegarlo a practicar, y otros no pocos por cierto, la han llegado a considerar como algo obscuro". - (27)

Las ventajas físicas de la leche materna, comprobadas a través de numerosos estudios de la ciencia actual, la han ido rescatando de los escombros del pasado para colocarla como el único alimento natural completo para el bebé que le proporcionará insustituibles beneficios.

Dichos beneficios podríamos agruparlos como sigue:

Para el bebé:

- \_Mejor calidad nutricional.
- \_Disminuye las posibilidades de alergias.
- \_Menor riesgo de infecciones.
- \_Brinda cualidades inmunológicas.
- \_Psicológicamente, favoreciendo el contacto cercano y calido con la madre.

Para la madre:

Salud;

- \_Menor posibilidad de padecer cancer mamario.
- \_Disminución en el riesgo de hemorragia post-parto (favoreciendo la involución uterina).

Psicológicos;

- \_Satisfacción de producir el alimento para su bebé.
- \_Adquisición de seguridad como madre.

Sociales;

- \_Disponibilidad.
- \_Economía.
- \_Comodidad.

"En la actualidad, basados en los recientes hallazgos cada vez son más los médicos pediatras que apoyan la lactancia materna por sus grandes beneficios, pues contiene todos los elementos necesarios para la buena nutrición del niño, como proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua, en la cantidad que requiere para-

su óptimo crecimiento". (28)

Las variaciones normales en la composición de la leche dependen de varios factores entre los que destacan la etapa de la lactancia, el momento del día y en mínima proporción del estado nutricional materno.

La madre que amamanta debe abrazar a su bebé en cada tetada permitiendo ese contacto piel con piel tan importante entre la madre y su bebé.

Entre los factores más comunes que limitan a la lactancia materna, se encuentran las propagandas comerciales, que a través de los medios de comunicación, constantemente están vendiendo la imagen de la madre ideal ofreciéndole el biberón a su bebé, haciendo creer a la madre inexperta y mal informada que la leche artificial es "lo natural".

Otro factor de influencia es el sistema de vida de la mujer, quien antiguamente se dedicaba a las labores del hogar y cuidado de sus hijos como única responsabilidad ante la familia y la sociedad.

Los tiempos han cambiado; la mujer se ha introducido en otros campos que antes sólo correspondían al hombre. La lactancia materna se ve amenazada por las múltiples obligaciones, presiones, y falta de tiempo de la mujer moderna que se apoya en la fácil y práctica adquisición de la leche artificial para alimentación de su bebé.

(28) Dirección General de salud materno-infantil. Manual de alojamiento conjunto y lactancia materna. P. 24.

**C A P I T U L O   V**

**IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PILOTO DE PADRES PARTICIPANTES EN  
TERAPIA NEONATAL**

## 5.1 PROGRAMA DE PADRES PARTICIPANTES EN UNIDADES DE TERAPIA NEONATAL.

### JUSTIFICACION

Dadas las características de la población mexicana, conformada en su mayoría por personas jóvenes, las expectativas que se contemplan a futuro desde el punto de vista de la salud pública, han hecho que la relación materno-infantil se ubique como un programa prioritario de salud nacional, ya que no solamente es el aspecto cuantitativo lo que define el problema, sino la trascendencia que tiene en el fenómeno de la reproducción humana, que desde una perspectiva biopsicosocial pone de manifiesto la vulnerabilidad de los seres y la eficacia de las medidas preventivas en la resolución de problemas graves de morbilidad materna, fetal y neonatal, además del impacto que tiene sobre la evolución, crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Por lo tanto, actualmente dentro de las políticas sociales se ha hecho énfasis en cuanto a programas de educación para la salud específicamente materno-infantil; destacando el INPer como una institución especializada para ello, ya que en él se atienden pacientes que presentan problemas de salud gineco-obstétricos de alto riesgo, además recién nacidos productos de embarazos de riesgo elevado; los cuales de acuerdo a su problemática de salud son canalizados a las Unidades Neonatales Intensiva y/o Intermedia (UCIN y/o UCIREM).

En el INPer el Trabajo Social dirige su acción a la investigación primordialmente de la patología social que influye o afecta la salud, con el fin de intervenir en la atención de los factores que origi

man conflictos de salud en el individuo dentro de un contexto social.

Dadas las características de salud que presentan los recién nacidos productos de embarazos de alto riesgo, su evolución y hospitalización prolongada, motiva al Departamento de Trabajo Social a la investigación en este aspecto, para implementar las bases de un programa de "Padres participantes en Unidades de Cuidados Neonatales", en donde -- los padres actúan en el manejo de su recién nacido, proporcionandoles elementos que les permitan sentirse identificados con todo aquello que implica su atención y de la cual son responsables antes que se integre al núcleo familiar.

La experiencia profesional del Trabajo Social en el IMPer, en -- los servicios de terapia Intensiva e Intermedia (UCIN y UCIREM), ha -- permitido observar que los padres de recién nacidos hospitalizados en alguna terapia tienen poca participación, ya que permanecen en la sala aislados, tal vez pensando o deprimidos sin interactuar con su hijo, -- lo cual los llena de ansiedad, angustia, dudas, inquietudes y expectativas en cuanto a su evolución; siendo estas situaciones pocas veces -- orientadas por profesionales de la institución.

En investigaciones realizadas se ha comprobado que los padres al estar enterados del proceso de la enfermedad y sus implicaciones, así como de interactuar con su hijo, contribuye más fácilmente con su esfuerzo a favorecer la recuperación y rehabilitación para lograr un estado de salud satisfactorio.

Para tal efecto, el Departamento de Trabajo Social diseñó un pro-

protocolo de investigación que permitió determinar los elementos que debe incluir un programa dirigido a padres de recién nacidos hospitalizados en terapia neonatal (UCIN y/o UCIREN), dicho proyecto es resultante de un diagnóstico social efectuado con los padres en el momento de la estancia hospitalaria de sus hijos. Asimismo se considerarán los criterios de diferentes áreas tales como: Pediatría, Psicología, Sociología, Antropología, Nutrición, Genética, Educación comunitaria, Estimulación neuromotora, y Trabajo Social, las cuales participan y se interrelacionan en la atención del recién nacido.

Del resultado de dicha investigación se obtienen los elementos y criterios necesarios para conformar el programa de "Padres participantes en Unidades de Cuidados Neonatales", con la finalidad de ejecutarlo, evaluarlo y lograr su permanencia.

Dicho programa tiene la finalidad de informar y orientar a los padres en el manejo de su hijo durante su estancia hospitalaria, así como la integración de un equipo multidisciplinario del INPer que participe en la aplicación de acciones educativas en el área de la salud, para el logro operativo del programa.

Es importante señalar que al inicio el programa se ejecutó con la participación de Pediatría y Trabajo Social; ante las evaluaciones parciales se observa la necesidad de que se incorporen profesionistas de Dietética y Psicología, mismas que se han incluido como áreas básicas para la exposición de los temas a desarrollar.

En lo que respecta a UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)

les), la ejecución del programa no fué factible en dicho servicio, por la situación de ser neonatos críticamente enfermos, con alto riesgo de secuela o muerte, en donde los padres se enfrentan a situaciones difíciles de manejo relacionados con el apego emocional materno-paterno-infantil.

#### MARCO LEGISLATIVO Y JURIDICO - LEGAL

Siguiendo los principios normativos del desarrollo económico y social del país plasmados en la reforma y adiciones al artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se determina que el Estado Mexicano debe integrar un sistema de Planeación democrática.

En este marco se presenta a la nación como un elemento del Sistema Nacional de Planeación Democrática; el Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994) como instrumento normativo de mediano plazo, elaborado a nivel global, con una cobertura espacial nacional, responde a la voluntad política de impulsar el aumento de la productividad, e impulsar los avances en el mejoramiento social. Se trata de aprovechar cabalmente el potencial productivo de los mexicanos para la elevación de sus propias condiciones de vida, lo que a su vez contribuirá a su realización social y personal.

El 12 de octubre de 1990, es presentado el Programa Nacional de Salud (1990-1994), el cual forma parte del conjunto de programas que constituyen las directrices a seguir para el logro de los objetivos planteados en beneficio de la sociedad; mismo que a su vez se encuen-

tra constituido por programas de acción, agrupados de acuerdo a objetivos del sector, mencionando en especial por la temática a tratar el -- "Programa de Atención materno-infantil"; cuyo objetivo específico es "promover y proteger la salud de la población materno-infantil previniendo riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como propiciar el sano crecimiento y desarrollo de la niñez".

**Líneas estratégicas de acción:**

\_Realizar programas de educación para la salud materno-infantil, particularmente entre los padres y usuarios del servicio.

\_Diseñar y aplicar modelos de capacitación y supervisión de los recursos humanos que brindan la atención materno-infantil, otorgando prioridad al perfeccionamiento del diagnóstico clínico.

\_Promover una participación social activa en la prevención de los riesgos de la población materno-infantil, como la adopción de medidas para su protección.

\_Realizar programas de educación para la salud materno-infantil, así como la adopción de medidas para su protección.

\_Fortalecer las acciones de higiene escolar, estableciendo normas técnicas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar.

\_Establecer mecanismos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los riesgos y daños a la salud materno-infantil.

\_Adoptar una definición de la atención materno-infantil que corresponde a las mujeres embarazadas, a las que estén en los período--

dos de parto, puerperio y lactancia, y a los niños antes de nacer y durante las diferentes etapas de su crecimiento, con énfasis en la población infantil y preescolar.

\_Diseñar e implementar normas técnicas, programáticas, de cobertura, supervisión, evaluación, e información por niveles de atención, etapas de desarrollo humano y características socioeconómicas de los usuarios del servicio.

\_Reasignar los recursos en los tres niveles de atención, de acuerdo a las necesidades y demandas específicas de atención materno-infantil, afín de ampliar la cobertura.

\_Integrar institucionalmente comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar, y evaluar el problema y adoptar las medidas consecuentes.

\_Fomentar la investigación científica y tecnológica en el área de servicios de salud, en el campo clínico y en el de investigación básica en torno a los problemas de salud materno-infantil.

\_Promover actividades recreativas y culturales orientadas a fortalecer el núcleo familiar.

Para abordar al hombre desde el punto de vista de la salud, se requiere del apoyo de diversas disciplinas, que permitan el conocimiento y la investigación de este en el contexto de las relaciones sociales en que se desenvuelve.

En el área de la salud el Trabajador Social tiene un amplio campo de acción, tanto en lo referente a los problemas de salud grupales, y colectivos como los de carácter individual, incluyendo en cada uno -

de los aspectos la investigación, administración, y evaluación. Así, en el Instituto Nacional de Perinatología, Trabajo Social enfoca su acción a contribuir metodológicamente en la atención de los factores psicosociales, estudiando los fenómenos socioeconómicos y culturales que influyen en los individuos en los distintos aspectos de la reproducción humana.

Sobre esta base, el trabajador social en dicha institución, se aboca al estudio de los factores de mayor trascendencia a nivel individual y familiar, determinar su influencia en el fenómeno de la reproducción humana, como es el caso de la medicina perinatal, asumiendo características trascendentales en el área de la investigación, rehabilitación y promoción de la salud.

#### OBJETIVOS

##### Objetivo General:

\_Informar y orientar a los padres en el manejo de su recién nacido hospitalizado en terapia neonatal, en cuanto a elementos que les permita sentirse identificados con lo que implica su atención y propiciar su más rápida recuperación, a través de una participación directa, consciente, voluntaria y activa.

##### Objetivos Específicos:

\_Informar y orientar a los padres en la toma de actividades y conductas adecuadas en el manejo del recién nacido durante su estancia hospitalaria en terapia neonatal y al egreso en su núcleo familiar.

**\_Promover la participación e integración de los padres en el cuidado de su recién nacido hospitalizado en terapia neonatal.**

#### **METAS**

**\_Informar y orientar al 100% de padres asistentes sobre aspectos generales del cuidado y manejo de su hijo hospitalizado en terapia neonatal.**

**\_Lograr la participación e integración de por lo menos el 50% de los padres de recién nacidos hospitalizados en terapia neonatal, que reúnan los requisitos de inclusión a dicho programa.**

**\_Ejecutar, supervisar, evaluar y lograr la permanencia del programa de "Padres participantes en Unidades de Terapia Neonatal", como parte integrante de programas educativos en el área de la salud en el Instituto Nacional de Perinatología.**

#### **LIMITES**

**Tiempo:** El programa es de carácter operativo piloto de seis meses, de junio a noviembre de 1991. Los días lunes y miércoles, con un tiempo de cobertura de 50 minutos, con un horario de 12:30 a 13:20. pm.

**Espacio:** Las actividades especificadas en el programa se llevarán a cabo en el aula 3 de enseñanza, misma que se encuentra localizada en el edificio "C" del Instituto Nacional de Perinatología.

Universo  
de  
Trabajo:

\_padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados en el servicio de terapia neonatal. (UCIRES).

\_Padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados in dependientemente del lugar o institución de nacimiento.

\_Padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados a - partir de las 32 semanas de edad gestacional, sin tener alta médica.

\_Padres y/o madres de recién nacidos con estancia hospitalaria mayor de 48 horas.

#### ORGANIZACION

El desarrollo del programa será responsabilidad del Departamento de Trabajo Social, bajo asesoría de la Jefatura y Supervisión de Trabajo Social.

Las trabajadoras sociales responsables de la fase operativa p/lig to del programa, integrarán dos veces por semana (lunes y miércoles), - grupos con los padres de recién nacidos hospitalizados en terapia neonatal en sesiones que tendrán un tiempo de cobertura de 50 minutos -- aproximadamente, en el aula 3 de enseñanzas del INPer.

Las trabajadoras sociales proceden a motivar e invitar a los pa dres de los recién nacidos hospitalizados en la terapia neonatal a par ticipar en el programa; elaboran una lista de asistencia de los inte grantes del grupo, así como la crónica de contenido correspondiente al tema expuesto, asimismo serán responsables de elaborar la evaluación - mensual de las actividades.

El área de Pediatría, Dietética, Psicología y Trabajo Social, serán responsables directos de informar y orientar a los padres en las actividades necesarias, y elementales para un adecuado cuidado de sus hijos, en cada sesión programada que corresponda, las cuales no presentarán contenidos secuenciales con la finalidad de que los padres puedan integrarse a ellos en cualquier momento.

#### RECURSOS

- Humanos:**
- 1 Psicólogo.
  - 1 Médico Neonatólogo.
  - 1 Dietista.
  - 2 Trabajadoras Sociales.
- Institucionales:** Instituto Nacional de Perinatología. (INPer).
- Materiales:** Los que proporcione el INPer, necesarios para desarrollar las actividades contenidas en el programa, como son el aula, papelería, material y equipo.
- Financieros:** El programa se desarrollará con el apoyo presupuestal del INPer, en lo que se refiere a proporcionar el material necesario para el desarrollo de las actividades contenidas en él.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## T E M A R I O

**Tema:** "SIGNOS DE ALARMA Y CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO".

**Objetivo:** Reforzar en los padres los cuidados básicos en el recién nacido.

**Contenido:** \_Cuidados generales del recién nacido.  
\_Signos de alarma en el recién nacido.

**Area:** Pediatría.

**Tiempo:** 50 minutos.

**Tema:** "CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

**Objetivo:** Adquirir conocimiento sobre el cuidado del recién nacido durante su desarrollo.

**Contenido:** \_Recién nacido crecimiento y desarrollo.  
\_Necesidades afectivas y emocionales del recién nacido.  
\_Estimulación temprana.

**Area:** Psicología.

**Tiempo:** 50 minutos.

**Tema:** "INTEGRACION DE LOS PADRES AL SERVICIO DE UCIREM Y DEL  
RECEN NACIDO A LA FAMILIA".

**Objetivo:** Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia  
el recién nacido.

**Contenido:** \_Introducción al servicio de UCIREM.  
\_Integración del recién nacido a la familia.

**Area:** Trabajo Social.

**Tiempo:** 50 minutos.

**Tema:** "LABORATORIO DE LECHE".

**Objetivo:** Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.

**Contenido:** \_Introducción al servicio de laboratorio de leche.  
\_Tipos de lactancia.

**Area:** Dietética.

**Tiempo:** 50 minutos.

**SUPERVISION****Supervisión Interna:**

**Directa:** Se llevará a cabo por la Trabajadora Social adscrita - del servicio de UCIREN, responsable de la fase operativa piloto del programa.

**Indirecta:** Se realizará por medio de la Jefatura y Supervisión del Departamento de Trabajo Social.

**EVALUACION**

Se realizará cada mes, lo que permite introducir correcciones en la marcha del programa, así como de revisar y analizar continuamente - el trabajo realizado.

La evaluación mensual, estará a cargo de la Trabajadora Social - adscrita del servicio de UCIREN, responsable de la ejecución del programa, con apoyo de una pasante en trabajo social.

## 5.2 IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN EN EL PROGRAMA DE PADRES PARTICIPANTES EN TERAPIA NEONATAL

La supervisión se define "como una pedagogía donde se aprende y se enseña a instrumentar las proposiciones con intencionalidad definida. Al enfrentar teoría y práctica da oportunidad de integrar conceptos y técnicas de operacionalizar conocimientos en una realidad concreta y de cuestionar constantemente la praxis en función del compromiso que implica toda intervención en Trabajo Social". (29)

La supervisión es en sí "la acción que tiene la responsabilidad de vigilar la correcta marcha de los proyectos en función de las estrategias y los objetivos planteados, tomando en cuenta las posibilidades de los mismos y detectando los posibles errores que se presentan, así como recuperando los aciertos y los éxitos de determinadas acciones".- (30)

De ahí que la supervisión sea un proceso tanto educativo como administrativo a través del cual se pretende lograr una adecuada comunicación con el fin de transmitir políticas, reglas, etc., así como -- orientar, capacitar y organizar, para el desempeño de la mejor labor o actividad de la supervisión en Trabajo Social.

Dado que la supervisión es un medio de enseñanza, el supervisado tiene que comprender que sus relaciones no sólo son educativas sino también administrativas, lo que implica inmediatamente el elemento de autoridad dentro del marco donde se desarrolla la práctica, en este

(29) Sherif, Teresa. Supervisión en Trabajo Social., p. 65.

(30) Méndez Rangel, Ma del C., Una opción metodológica para T.S. p. 106.

sentido el supervisor debe tener un perfecto conocimiento del trabajo, habilidad para instruir, para dirigir, así como mejorar los métodos de trabajo.

El rol del supervisor dentro de la institución, su experiencia contribuye para que se haga una evaluación constante de objetivos y programas en relación con las expectativas y necesidades del usuario, es él quien canaliza las sugerencias en cuanto a cambios, recogidos en su relación directa con el supervisado, y transmitidas a los niveles altos de determinación y decisión de la institución.

De ahí para que el desarrollo de este trabajo, es importante considerar los elementos de la teoría del proceso de supervisión, es decir, aplicar y desarrollar una serie de funciones, técnicas e instrumentos comunes a cualquier tipo de intervención de Trabajo Social, con la finalidad de análisis y verificación de las actividades en la fase operativa del programa.

La mayoría de los autores que han realizado estudios sobre el proceso de supervisión en Trabajo Social, mencionan las siguientes funciones a desarrollar:

Desde el punto de vista **INDUCTIVO**: consiste en contemplar los aspectos que guiarán y conducirán a las personas en los elementos de la cultura.

**Interpretar**: darle un significado a un hecho realizado, en Trabajo Social sería interpretar las necesidades profesionales del supervisado como la necesidad de asesoría, orientación adecuada, sugerencias en pro de su propia superación, todo ello sin lesionar su ego pro-

fesional.

Enseñar: aplicar la pedagogía a través de una asesoría profesional que conlleve la introducción y aplicación de los más modernos métodos y técnicas, promoviendo la actuación en equipo interdisciplinario.

Evaluar: valorar el trabajo realizado, es decir, verificar los resultados de la enseñanza y progreso del supervisado, a través del informe, registros de casos por escrito, etc., siendo de gran importancia este material, por ser un producto y estímulo para el mutuo intercambio de ideas y experiencias profesionales.

Desde el punto de vista ADMINISTRATIVO:

Planificación: durante el proceso de supervisión es importante tener habilidad para elaborar planes y programas congruentes con la institución, y al mismo tiempo establecer normas de trabajo.

Organización: permite distinguir las funciones que le corresponden a cada elemento realizar, estas funciones se delegan de acuerdo a características, habilidades e intereses de la persona que va a realizar el trabajo, sin olvidar los objetivos de la institución.

Coordinación: permite integrar el esfuerzo de todos, manteniéndolos siempre en contacto al equipo de trabajo, facilitando la retroalimentación.

Dirección: implica la capacidad de dirigir a los supervisados de tal manera que se busque el mejor aprovechamiento del personal y la estimulación del mismo.

Control: estar al tanto de que el trabajo se realice de la mejor manera posible y que se cumplan los objetivos que se han trazado.

Técnicas: las más utilizadas en el proceso de supervisión en -- Trabajo Social:

Observación: es una técnica científica en la medida que es planificada sistemáticamente, la supervisión directa sirve para cubrir aspectos que pueden ser deficiencias serias. La supervisión directa implica observar en el momento menos esperado, apoya en el proceso de supervisión y se aportan conocimientos objetivos a cerca de cualquier situación.

Entrevistas: es una de las técnicas más comunes de las Ciencias Sociales, la cual puede ser tanto individual y colectiva. La entrevista puede ser y es muy beneficiosa para que el supervisado participe activamente exponiendo sus puntos de vista con libertad, esta es una oportunidad de retroalimentación tanto para supervisor como para el supervisado, se imparten los conocimientos técnicos y se sientan las bases para la ejecución gradual de las funciones y las normas de la institución.

Lecturas y reuniones complementarias: su utilidad radica en ayudar y reforzar el marco conceptual que ha sido necesario utilizar en la sesión.

Medición: consiste en expresar en guarismos el resultado de -- una evaluación. Está estrechamente ligada al proceso evolutivo. Se mide el trabajo realizado en forma cualitativa y cuantitativa.

Análisis de crónicas: son el único medio que le permite al supervisor conocer la intervención del trabajador social. También están los informes, con base en ellos se puede planificar los puntos que a su juicio deben ser considerados en su próxima reunión.

Revisión del material escrito: se considera parte de la observación, implica revisar el material escrito que se entrega en todos sus componentes como son: oportunidad, redacción, ortografía, legibilidad, claridad y presentación.

Instrumentos: son los recursos o herramientas para cumplir con las técnicas, se mencionan únicamente los principales necesarios a utilizar para el presente programa;

- El cuestionario.
- Diario de campo.
- La crónica.
- El informe.
- Libreta de notas.
- Programas y proyectos.
- Escala de actitudes y opiniones.

El proceso de supervisión realizado en la ejecución del programa, fué el siguiente:

Supervisión Interna:

Directa: Se llevó a cabo por la Trabajadora Social adscrita del servicio de UCIREM, responsable de la fase operativa del programa, misma que a su vez desarrolló funciones de organización, coordinación, di-

rección y control para el logro de los objetivos propuestos.

Indirecta: estuvo a cargo de la Supervisión y Jefatura del Departamento de Trabajo Social.

La supervisión realizada, se traduce en un proceso de reflexión como de análisis, verificándose las actividades programadas a través de la utilización de técnicas como; las reuniones periódicas (al inicio y posterior a cada sesión), la observación, la entrevista individual, el diálogo formal y una estrecha relación de comunicación.

La trabajadora Social responsable de la ejecución del programa, se auxiliaba para el registro de sus actividades de instrumentos como son: la libreta de notas y la crónica de contenido.

### 5.3 IMPORTANCIA DE LA EVALUACION EN EL PROGRAMA DE PADRES PARTICIPANTES EN TERAPIA NEONATAL.

La evaluación es la actividad tendiente a valorar y medir las acciones del proyecto, el cumplimiento de los objetivos, de las metas, la debida utilización de los recursos y el cumplimiento de las funciones de los profesionales.

Los objetivos de la evaluación son:

\_El medir el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos del programa.

\_El análisis comparativo de los objetivos programados y resultados obtenidos.

\_El grado de cumplimiento de las metas.

\_Determinar un juicio sobre la calidad de las medidas o instru--

mentos elegidos.

Determinar los ajustes necesarios y las alternativas posibles.

Ahora bien, aplicado el término a planes y programas o proyectos la evaluación consiste en utilizar una serie "de procedimientos destinados a comprobar si se han conseguido o no las metas y objetivos propuestos, identificar los factores o razones que han influido en los resultados (éxito o fracaso) y formular las recomendaciones pertinentes que permitan tomar decisiones con el fin de introducir correcciones o los reajustes que sean necesarios. En este último sentido, la evaluación es un instrumento de retroalimentación." (31)

Cualquiera que sea la índole de la actividad, la evaluación puede considerarse:

Como última etapa o fase de la estructura básica de procedimiento o,

Como proceso permanente de control operacional.

En el primer caso la evaluación se realiza al final de un programa o proyecto. Es la cuarta y última fase o momento:

Estudio-investigación-diagnóstico.

Programación.

Ejecución.

Evaluación.

Por consiguiente, considerando la teoría de los tipos de evalua-

(31) Ander-Egg, Ezequiel., Evaluación de Programas de Trabajo Social.  
p. 19.

ción, para la aplicación del programa, se señala de la siguiente forma:

\_Según el ámbito: Evaluación de lugar; la evaluación del programa se lleva a cabo en el INPer.

\_Según la procedencia de los evaluadores: Autoevaluación; las actividades evaluativas están a cargo de las trabajadoras sociales, mismas que se encuentran implicadas en la ejecución del programa, así como se valora y enjuicia sus propias actividades.

\_Según el momento en que se evalúa: Evaluación parcial; se realiza cada mes y permite introducir correcciones en la marcha del programa, permite revisar y analizar continuamente el trabajo realizado.

\_Según la dimensión: está en relación con el número de personas beneficiarias del programa, que puede abarcar desde unas pocas personas (que asisten a un curso), hasta millones de personas.

Antes de iniciar el proceso de evaluación, es necesario definir que se va a evaluar. En efecto, para que la evaluación sea operativa, dentro de cada proyecto o programa en concreto, hay que circunscribir los aspectos que se han de evaluar.

El proceso de evaluación realizado en la ejecución del programa, fué el siguiente:

La evaluación se realizó parcialmente, es decir, cada mes, permitiendo con ello introducir correcciones de acuerdo a las necesidades que se fuerón presentando, así como de revisar y analizar continuamente el trabajo realizado.

La evaluación estuvo a cargo de la Trabajadora Social adscrita - del servicio de UCIREM, responsable de la ejecución del programa, a -- través de la utilización de técnicas como: la observación, entrevista- individual, recopilación de la información, ordenamiento, correlación, análisis e interpretación de resultados.

La trabajadora Social responsable, con apoyo de una pasante en - Trabajo Social, elaboran un informe mensual de actividades realizadas, - entregándose posteriormente a Supervisión y Jefatura de Trabajo Social para su revisión y modificación, de acuerdo a las necesidades y a los- resultados obtenidos.

**CAPITULO VI**

**INVESTIGACION DE CAMPO**

### 6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Determinar la factibilidad de un programa educativo en el área de la salud, a través de la ejecución de un programa piloto denominado "programa de padres participantes en Unidades de Cuidados Neonatales", dirigido a padres de recién nacidos hospitalizados en alguna terapia neonatal, así como la integración y participación de un equipo multidisciplinario del INPer, para lograr la fase operativa y permanencia del programa.

### 6.2 OBJETIVOS.

#### Objetivo General:

Analizar la factibilidad del "programa piloto de padres participantes en Unidades de Cuidados Neonatales" en base a los resultados obtenidos en la investigación "Bases para la implementación de un programa de padres participantes".

#### Objetivos Específicos:

Determinar la participación activa de padres de recién nacidos hospitalizados en alguna terapia neonatal, que reúnan los criterios de inclusión del programa en su fase operativa.

Integrar un equipo interdisciplinario del INPer que participe en la aplicación de acciones educativas en el área de la salud, para el logro operativo del programa.

### 6.3 HIPOTESIS.

**Hipótesis Alternativa:** "Cuanto mayor sea el grado de participación activa y conocimiento de los padres en el manejo y cuidados del recién nacido hospitalizado en terapia neonatal, se contribuirá más fácilmente a la recuperación y rehabilitación, para el logro de un estado de salud satisfactorio, así como una integración más positiva al núcleo familiar a su egreso;

**Hipótesis Nula:** "Cuanto menor sea el grado de participación activa y conocimiento de los padres en el manejo y cuidados del recién nacido hospitalizado en terapia neonatal, menor será la posibilidad de contribuir satisfactoriamente a la recuperación, rehabilitación e integración al núcleo familiar a su egreso".

### 6.4 SELECCION DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra, en la fase de aplicación del -- instrumento de investigación se utilizarán criterios de inclusión y exclusión, los cuales permitirán delimitar el universo de trabajo ( 43 casos de UCIN y 93 casos de UCIREN., 136 casos en total). En cambio - en la fase operativa piloto del programa, se utilizarán los mismos criterios de inclusión y exclusión a excepción de ejecutarse en el servicio de UCIN;

**Criterios de Inclusión:**

\_Padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados en los servicios de terapia neonatal.

\_Padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados independien-

temente del lugar o institución de nacimiento.

\_Padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados a partir de las 32 semanas de edad gestacional, sin tener alta médica.

\_Padres y/o madres de recién nacidos con estancia hospitalaria mayor de 48 horas.

Criterios de exclusión:

\_Padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados con alguna malformación congénita.

\_Padres y/o madres de recién nacidos hospitalizados que de acuerdo a su problemática de salud, tenga la posibilidad de fallecimiento.

#### 6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Las técnicas a utilizar para la recolección de datos fueron de carácter mixto, es decir, se combinó el tipo documental: bibliográficas, archivos, hemerográficas, textos escritos en general, y de campo como son; la observación, entrevista y la encuesta, para proceder a registrar el análisis descriptivo y explicativo del problema de estudio planteado.

Asimismo se utiliza como instrumento de investigación, el cuestionario diseñado, producto de la operacionalización de la hipótesis planteada, bajo la asesoría de la Jefatura del Departamento de Trabajo Social en la Institución. (ver anexo # 3).

Es importante señalar la importancia de la observación y la entrevista, tanto para alcanzar los objetivos planteados, como permitir el contacto directo con los padres de los recién nacidos hospitalizados.

Así también el análisis de documentos, como son: la revisión de expedientes, notas subsecuentes y el estudio social completo.

#### 6.6 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, se presentan en función de dos aspectos; esto es:

- a) En cuanto a la aplicación del instrumento de investigación, y
- b) En cuanto a la operatividad piloto del programa.

- a) En cuanto a la aplicación del instrumento de investigación:

Al analizar los datos encontrados en la muestra aplicada, 43 casos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), y 93 casos de la Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido (UCIREN); podemos apreciar en cuanto a la edad de la madre 54% (UCIN), 47% (UCIREN) tiene entre 20 y 29 años, período considerado ideal para la reproducción humana, por encontrarse la mujer en la madurez biológica, psicológica y social suficientes para la culminación satisfactoria del evento obstétrico, sin embargo, fuerón admitidas para su atención en el INPer por presentar algún otro factor de riesgo reproductivo, 46% (UCIN), -- 53% (UCIREN) se encuentran en los extremos de riesgo reproductivo que es de entre los 15 a 19 y de 30 a 35 años o más. (ver anexo #5, cuadro # 1).

En cuanto a la edad del padre se observa un alto nivel 65% respecto a (UCIN), 68% (UCIREN) a las edades de 20 a 34 años, mismas que se considerarán desde el punto de vista económico como productivas, por consiguiente se observa un mínimo porcentaje de adolescentes 6% (UCIN),

20% (UCIREN), y 29% (UCIN), 32% (UCIREN) de personas mayores a los 35 años. (cuadro # 2).

Sí bien es cierto que un ambiente familiar positivo es parte primordial del desarrollo del niño, una situación social estable de los padres les brindará mayor seguridad y confianza para un desarrollo optimo. En este sentido se encontró en cuanto al estado civil un alto porcentaje de parejas unidas en matrimonio civil y religioso, 23% -- (UCIN), 56% (UCIREN), lo que indica que aún perduran tradiciones y/o costumbres producto de una herencia cultural; 23% (UCIN), 15% (UCIREN) en unión libre; 11% (UCIN), 18% (UCIREN) sólo en matrimonio civil. -- (cuadro # 3).

En la escolaridad, se observa que la mayor parte de los padres cuentan con estudios a nivel medio, 35% la madre, 30% el padre (UCIN), 22% la madre, 20% el padre (UCIREN). Con primaria completa 15% la madre, 12% el padre (UCIN), 13% la madre, 24% el padre (UCIREN) y la misma cantidad de educación superior 11% la madre, 5% el padre (UCIN), 9% la madre, 20% el padre (UCIREN). Ante esta situación podemos considerar que en ambos padres el nivel educativo es insuficiente, si se toma en cuenta que la preparación escolar es trascendente por los valores educativos que los padres transmiten a los hijos, esencial y básico para prepararlos, brindándoles los elementos necesarios para una vida productiva futura.

Ante este hecho se considera que no será fácil lograr integrar -

pequeños grupos con los padres, ya que su nivel de preparación escolar es insuficiente para poder entender las funciones y actividades a realizar en pro de sus hijos. (cuadro # 4).

Por consiguiente, en la mayoría de los casos del tipo de preparación será el tipo de empleo de los padres y de este dependerá el ingreso económico familiar, el nivel de vida así como la atención y dedicación hacia los hijos, así entonces se observa que la mayoría de las madres se ocupa exclusivamente de las labores domésticas 84% (UCIN), 82% (UCIREN), en el caso del padre se observa que predomina en un 35% -- (UCIN), 16% (UCIREN) el subempleo, obreros 18% (UCIN), 12% (UCIREN), -- que como es sabido detentan un salario mínimo o muy por debajo de éste; lo cual les impide la satisfacción de sus necesidades básicas, que aunado a su insuficiente preparación educativa no les es posible tener un empleo mejor remunerado, de la muestra investigada solo un 6% -- (UCIN) son comerciantes o profesionistas, 24% y 16% (UCIREN) que de alguna manera les permite una estabilidad socioeconómica. (cuadro # 5).

Considerado como un factor de alto riesgo, la multigravidez o número de gestas, que asociado con el intervalo intergenésico, inciden en la aparición de una serie de complicaciones que pueden llevar a la muerte a la madre y/o al producto; en este sentido podemos observar -- que un alto nivel 51% (UCIN), 46% (UCIREN) han tenido 3 o más gestas; 26% (UCIN), 31% (UCIREN) son primigestas y ya presentan alteraciones de alto riesgo reproductivo. (cuadro # 6).

En éste rubro conviene hacer notar que el número de gestas es --

independiente del número de hijos vivos; así entonces la encuesta reporta que 42% en (UCIN), 54% en (UCIREN) tiene por lo menos un hijo vivo, 22% (UCIN), 35% (UCIREN) tiene de 3 a más hijos vivos, que relacionado con la edad materna, independientemente de encontrarse en la edad óptima para la reproducción representa un factor de alto riesgo que incide en la posibilidad de presentarse complicaciones de importancia si se planea un nuevo embarazo. (cuadro # 7).

En el renglón de la guía de observación para evaluación (ver anexo # 4), se obtuvieron los siguientes resultados:

La hospitalización del neonato incide a nivel psicológico, ya que la separación prolongada de su madre puede ocasionar importantes alteraciones de tipo emocional que repercuten en el desarrollo y crecimiento normal del bebé; de ahí la importancia de instituir horarios de visita diaria a los padres durante la estancia hospitalaria de su hijo, con la finalidad de no sólo limitarse a asistir a visita, sino con el objeto de estimularlo, interactuar con él, acompañarlo, y si es posible de acuerdo a su estado de salud de acariciarlo, alimentarlo, dirigirle palabras y permanecer junto a él. En (UCIN) se reporta 51% y (UCIREN) 55% de padres que asisten dos veces por día a la visita diaria; 49% (UCIN), 45% (UCIREN) asisten por lo menos una vez al día. En cuanto al tiempo de estancia de los padres en ambos servicios de terapia neonatal se observa que hay calidad de la atención, en un 53% -- (UCIN), 46% (UCIREN) permanece al lado de su bebé entre 60 a 120 minutos, 47% (UCIN), 53% (UCIREN) permanece entre 30 a 60 minutos. (cuadro # 8 y 9).

De todos es sabido que un bebé nuevo en casa ocasiona un desequi-

librio hasta no adaptarse y la dinámica familiar se complica y ocasiona que los padres se enfrenten a sí mismos a situaciones difíciles de manejo relacionadas con el apego emocional materno-paterno-infantil.

Con el nacimiento de una criatura de alto riesgo aparecen inquietudes y sentimientos ambivalentes que se reflejan en su interés por conocer a través del equipo de salud que lo atiende, todos aquellos aspectos relacionados al estado de salud de su hijo. En este sentido un 65% (UCIM), 57% (UCIREM) conoce todos los aspectos relacionados con el estado de salud de su hijo (padecimiento, tratamiento, evolución y pronóstico), 33% (UCIM), 42% (UCIREM) conoce por lo menos de dos a tres aspectos.

En interés se reportó en un 79% (UCIM), 73% (UCIREM), al cuestionar al equipo de salud que atiende a su hijo sobre los aspectos ya mencionados; 19% (UCIM), 24% (UCIREM) se limita a que se le informe o a escuchar información. (ver cuadro # 10 y 11).

Considerando y retomando la trascendencia de que los padres interactúen y estimulen a su recién nacido hospitalizado, con el hecho de asistir a un horario de visita diaria, en donde de ser posible lo alimente, acaricie, permanezca junto a él, así como de mantenerse informados a través de una comunicación estrecha con el equipo de salud que lo atiende, los padres ante la situación de enfrentar el nacimiento de un recién nacido de alto riesgo, deben asimismo mostrar una actitud positiva, ya que de ello depende y contribuyen más fácilmente a favorecer la recuperación y rehabilitación de su hijo.

Así entonces se reporta un 79% (UCIM), 67% (UCIREM) de padres que tanto manejan, estimulan e interactúan con su hijo buscando apoyo del equipo multidisciplinario de salud que lo atiende, 16% (UCIM), 28% (UCIREM) sólo intenta manejar a su bebé o pedir información y un 5% (UCIM), (UCIREM) únicamente se limita a observarlo y a escuchar sin dar más de sí. (cuadro # 12)

b) En cuanto a la operatividad piloto del programa:

A continuación se presenta la evaluación semestral, en donde se analizan los datos obtenidos en la fase operativa piloto del programa de "padres participantes en Unidades de Terapia Neonatal".

Considerando que la evaluación es la actividad tendiente a valorar y medir las acciones del proyecto, el cumplimiento de los objetivos, de las metas, limitaciones, la debida utilización de los recursos y el cumplimiento de las funciones de los profesionales involucrados; por esta razón se considera elemental la evaluación global sumatoria de las actividades realizadas en las sesiones informativas para padres de niños hospitalizados en el servicio de UCIREM.

Durante los meses de junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 1991, a partir del día 3 de junio al 27 de noviembre se programaron 50 sesiones para impartir una serie de pláticas a padres de recién nacidos hospitalizados en el servicio de UCIREM, los días lunes y jueves en el mes de junio, al inicio y posteriormente se decide que el día jueves cambiarlo por miércoles a fin de contar con el espacio físico adecuado, todo ello bajo la coordinación del Departamento de Trabajo Social.

De 50 sesiones programadas 7 de estas se suspendieron principalmente por falta de quorum (mínimo 3 personas asistentes) o por presentarse actividad extraordinaria o emergente en el servicio. De las 43-sesiones restantes programadas, 18 fueron expuestas por médicos neonatólogos adscritos del servicio de UCIREN; 8 sesiones por el Departamento de Dietética; 3 sesiones por Psicología y 14 sesiones por una trabajadora social. (ver anexo #5. cuadro 13).

Durante el semestre se efectuó una extensa y continua promoción con los padres, en seguida Trabajo Social procedió a realizar un diagnóstico de cada caso, y se les exhortó a participar activamente en -- virtud de que su hijo se encontraba hospitalizado en el servicio.

#### Asistencia:

De 800 niños que se dieron de alta en el semestre (egresados), - se considerarán 609 de ellos de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos; de estos asistieron 357 padres y madres representando a 207 niños, lo cual representa un 35% de asistencia total al programa.

Es importante mencionar que únicamente en el mes de octubre se consideró modificar los criterios de exclusión del programa, a fin de tomar en cuenta a todos los padres de recién nacidos hospitalizados - en el servicio, todo ello por la trascendencia que implica el orientar e informar a los padres desde el inicio o momento de la hospitalización de su hijo, sobre todos los aspectos que implica su atención. (ver cuadro # 14).

De 207 niños representados en el semestre, se reportó un alto -

nivel 128 que corresponde al 62% de padres que asistieron a una sesión, 45 (22%) asistieron a 2 sesiones, 19 (9%) a 3 sesiones y sólo un mínimo nivel que corresponde al 5.5% concluyó con el ciclo completo de 4 - sesiones. (ver cuadro # 15).

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria de los niños, se reportó de 1 a 180 días, observándose el 29% de aquellos niños que tienen una estancia de 3 a 5 días, siguiendo un 17% de 6 a 10. Es importante resaltar el alto porcentaje 33% de aquellos niños que tienen una estancia hospitalaria corta, es decir, de 0 a 2 días que en su mayoría han ingresado al servicio únicamente por morbilidad para observación y de acuerdo a criterios de exclusión no fuerón candidatos a participar en el programa. (ver cuadro # 16).

A partir del mes de julio, con la finalidad de captar mayor asistencia a las pláticas, se implementó una tarjeta impresa de invitación, donde la trabajadora social anota el nombre del recién nacido, número de cuna, servicio, hora de la plática y nombre de la trabajadora social responsable; esta se entrega a recepción y antes de la visita es proporcionada a los padres, una vez terminada la visita, la trabajadora social adscrita, auxiliada por la pasante en T.S., informan verbalmente y a cada padre que haya asistido a la visita matutina el motivo de la tarjeta y los invita a participar, se reúnen y posteriormente son trasladados al aula 3 de enseñanza. A través de este sistema se observó y registró mayor control respecto a la promoción, organización, asistencia y jerarquizar motivos de inasistencia.

**Motivos de inasistencia:**

De acuerdo con los criterios de inclusión establecidos, no se -- considerarán en el programa a los padres de niños con menos de 48 horas de hospitalización en el servicio, y/o aquellos que en el día de la plática estén dados de alta (a excepción del mes de octubre).

Pero se fuerón presentando en la población que sí reunía los requisitos de inclusión, una serie de múltiples circunstancias por las cuales no les era posible asistir a las sesiones; por tal razón con la finalidad de especificar con exactitud estos factores, se implementa a partir del mes de agosto la jerarquización de los motivos de inasistencia que inciden en la participación de los padres al programa; en este sentido se encontró lo siguiente:

Se reporta un alto nivel 25% de padres que no asisten a la visita en turno matutino, 23% son los casos que no reúnen los requisitos de inclusión del programa, 14% representa aquellos casos que por múltiples circunstancias no les es posible asistir, destacando en frecuencia el que aún se encuentra la madre hospitalizada y por-que los padres tienen prisa; y por último el 10% de las madres cuentan con un horario especial de visita para adiestramiento sobre manejo de su hijo. (ver- cuadro # 17).

**Recursos Materiales:**

Se contó únicamente en el mes de junio para el desarrollo de las actividades como espacio físico la oficina de supervisión de Trabajo Social, donde fué necesario acondicionar el lugar debido a que no cuen-

ta con mobiliario y ventilación adecuada, además se dió la necesidad de conseguir ventilador; observandose que el ambiente no fué favorable por lo reducido del área.

A partir del mes de julio hasta el término de la fase piloto del programa, se considera que el aula 3 de enseñanza cubre la necesidad de espacio físico, mobiliario y ambiente adecuado para la exposición de los temas correspondientes en cada sesión.

Cabe señalar que como material didáctico del cual se auxilian los pmentes, principalmente se hace uso en la mayoría de las sesiones del pisarrón, sólo el departamento de Dietética expuso las sesiones -- principalmente con apoyo de material audiovisual (diapositivas y proyector).

#### Recursos Humanos:

Para la exposición de los temas correspondientes en cada sesión, se contó con el apoyo de un equipo interdisciplinario del INPer como son:

- \_ 7 médicos neonatólogos adscritos al servicio de UCIREN.
- \_ 2 dietistas adscritas al servicio de laboratorio de leche.
- \_ 2 doctoras en Psicología.
- \_ 1 Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIREN.

Así también para la promoción, invitación y organización de las sesiones se contó con el apoyo de pasantes en servicio social, Trabajadoras sociales en rotatoria por el servicio, de la señorita recepcionista del 1er piso, así como de la propia Trabajadora Social adscrita-

del servicio.

**Dinámica de Grupo:**

Diferentes ponentes utilizarán técnicas grupales y dinámicas vivenciales para la exposición de los temas en cada sesión, con un promedio de duración de 42 minutos cada una, iniciando aproximadamente a las 12:30 hrs, concluyendo a las 13:15 hrs.

El lenguaje utilizado por parte de los ponentes es sencillo, claro y fácil de comprender para los asistentes, lo cual permite la creación de una atmósfera de confianza y seguridad que motivó a los padres a expresar sus dudas libremente, mismas que quedan resueltas.

De acuerdo al propósito de lograr la integración de diferentes disciplinas contempladas en la fase operativa del programa, es importante mencionar que de acuerdo a las necesidades y evaluaciones parciales, se fueron integrando paulatinamente otras áreas o profesionistas, por lo que Pediatría como Trabajo Social reducen los temas que venían impartiendo para así poder integrar dos áreas más.

**Observación:**

En el mes de octubre se tomaron en cuenta a todos los padres de recién nacidos independientemente de reunir los criterios de inclusión del programa; pero en dicho mes se presentaron 50 casos que se consideraron y no asistieron, de estos 24 fueron altas a piso en donde se prepara al bebé para conducirlo con su madre a Alojamiento Conjunto, y 26 casos fueron altas a domicilio y los padres realizan todos los trámites administrativos al respecto. Así entonces, estos factores se conside-

ran en la evaluación en el rubro "no reúne requisitos del programa".

**Análisis:**

El programa de padres participantes es producto de la experiencia profesional de Trabajo Social en los servicios de terapia neonatal, en donde se detectó no del todo la participación activa de los padres con su hijo hospitalizado; este hecho plantea la necesidad de llevar a cabo acciones educativas de sensibilización a través de la organización e integración de un equipo multidisciplinario que participe en la fase operativa y de promoción del programa.

El programa cumple el objetivo fundamental, informar y orientar a los padres en el manejo de su hijo durante su estancia hospitalaria; por lo que se considera se ha cumplido en un 100% de la meta propuesta, llegando a exponer el temario con el personal profesional capacitado y educador, cumpliéndose en todo momento con los contenidos propuestos que reúnen los elementos necesarios para que los padres participen e interactúen con su hijo hospitalizado.

En cuanto al logro de la participación de los padres de recién nacidos con los requisitos de inclusión del programa, este se cumplió a un 35% de la meta propuesta, situación que se justifica a través de la jerarquización de los motivos de inasistencia, siendo el factor principal el que los padres no asisten a la visita en horario matutino, en donde Trabajo Social debe enfatizar en la promoción individual.

Por consiguiente, es de suma importancia el logro operativo pi-

loto de dicho programa, que sea coordinado por el Departamento de Trabajo Social, dada su experiencia y preparación le permite tener un conocimiento de la problemática materno-infantil abordada; así como el logro de la integración del equipo multidisciplinario que se responsabilizó de impartir los temas para la preparación de los grupos de padres.

En este sentido, es compromiso y reto profesional del Departamento de Trabajo Social, considerar y aplicar elementos metodológicos que permitan supervisar, evaluar y analizar su práctica que conlleva a actuar, construir, modificar y actualizar el programa, con la finalidad de que a futuro sea considerado como parte integrante de programas educativos en el área de la salud en la institución.

De acuerdo con lo anterior se puede concluir, que en la fase de aplicación del instrumento de investigación, la muestra objeto de estudio demuestra que los padres participan, interactúan y estimulan a su hijo a través de una visita diaria, en donde demuestran interés en los aspectos de padecimiento, tratamiento, evolución y pronóstico, manteniéndose informados de todos los aspectos por el equipo de salud que lo atiende.

Sin embargo en la fase operativa piloto se demuestra lo contrario, ya que en la mayoría de los padres se observó que no tienen ninguna participación, ni conocimiento de su función y del papel tan importante que juegan como elemento principal durante la hospitalización de su hijo; no les es posible comprender o simplemente no les interesa participar en actividades educativas para que ellos sean un fuerte apoyo

yo en la recuperación y rehabilitación del estado de salud de su hijo.

A este respecto se confirma la necesidad de llevar a cabo con -- los padres de recién nacidos hospitalizados en el servicio, actividades educativas plasmadas en el programa, enfocandolo a lograr la participación activa y el cambio de actitud en los padres, motivándolo y -- sensibilizarlo en la importancia de su apoyo y en la responsabilidad -- hacia su hijo; asimismo la integración de un equipo multidisciplinario del INPer que participe en la ejecución de acciones educativas en el área de la salud.

Por otro lado, no se confirma la hipótesis planteada, debido a -- que se presentaron factores que contaminaron la información, es decir, en la aplicación del instrumento de investigación, no se contemplaron a los padres que no asistían a la visita matutina y se tenían seleccionados como muestra de estudio, por lo que dicha situación no progredía; asimismo surge la necesidad de diseñar un instrumento de evaluación, que aplicado a los padres al término de cada sesión, permita conocer su opinión y sugerencias en relación a las ponencias, lo que -- conlleva a realizar un análisis y evaluación más objetiva del programa, para actuar, construir o modificar al mismo.

Y evaluar a los padres a través de la utilización de instrumentos como la guía de observación y entrevista, posteriormente de que -- haya asistido por lo menos a una sesión.

Por lo anterior, considero necesario que el presente trabajo -- requiere de mayor profundidad; más sin embargo sienta las bases para continuar con la investigación.

**CAPITULO VII**  
**PROPUESTA DE TRABAJO**

## 7.1 PROPUESTAS.

Como resultado de la investigación realizada, se determina que es trascendental la intervención del Trabajo Social en la implementación de programas educativos abocados a la problemática materno-infantil.

En este sentido, se presenta a continuación un modelo teórico, como alternativa de intervención para que el Trabajador Social oriente su acción al cumplimiento de los objetivos propuestos en el "programa de padres participantes en unidades de Cuidados Neonatales".

En Trabajo Social se hace referencia al modelo de intervención como el proceso que guía la acción profesional; en el se conjugan una serie de funciones organizadas, métodos y técnicas que dan la pauta para la intervención profesional.

Por cuestiones prácticas, la propuesta se divide en tres módulos que en su ejecución se interrelacionan.

\_En relación a los padres.

\_En relación a funciones y actividades de Trabajo Social.

\_En relación al equipo de salud.

## 7.1.1 EN RELACION A LOS PADRES.

\_Enfatizar en la promoción y difusión individual con los padres de la existencia del programa, en la primera entrevista que realiza el Trabajo Social, dando a conocer las actividades, horario, a fin de darles la oportunidad de organizarse.

\_El Trabajador Social debe llevar a cabo una estrecha y constante relación de comunicación con los padres, lo que motiva su interés por asistir, a fin de conocer su problemática social, dudas e inquietudes.

\_A través de la entrevista individual, enfatizar en motivar y sensibilizar a los padres a participar en actividades educativas, para que ellos sean un fuerte apoyo en la recuperación y rehabilitación del estado de salud de su hijo hospitalizado, así como del compromiso y del papel tan importante que juegan como elemento principal durante su hospitalización.

\_Se recomienda continuar reforzando la promoción y difusión del programa con los padres, utilizando la tarjeta de invitación, entregando previamente al inicio de cada sesión y permitir llevar un mayor control de asistencia.

\_Enfatizar en la jerarquización de los motivos de inasistencia, para detectar e identificar más a fondo los factores que inciden en la asistencia de los padres en mayor proporción al programa, a fin de ejecutar acciones en la resolución de estos.

\_Diseñar e implementar un instrumento de evaluación, y aplicarlo a los padres al término de cada sesión, para conocer su opinión y sugerencias en relación a las ponencias, lo que conlleve a realizar un análisis y evaluación más objetiva del programa para mejorar y/o modificar al mismo.

\_Para comprobar que los padres utilizan prácticamente los conocimientos adquiridos durante la hospitalización de su hijo, es necesario evaluarlos posteriormente de que hallan asistido por lo menos a una sesión, a través de la utilización de instrumentos de investigación, -- como son la guía de observación y de la entrevista.

\_Se recomienda el diseño de un folleto en donde se especifiquen las actividades educativas y el beneficio de esta labor, para una mejor difusión y conocimiento de los padres con respecto al programa.

\_Por la trascendencia que implica el orientar e informar a los padres desde el inicio de la hospitalización de su hijo, es importante considerar la modificación de los criterios de exclusión; tomando en cuenta a los padres de niños de recién ingreso hospitalario e independientemente de tener alta médica, además de que se justifica dicha situación por el alto porcentaje que representa la estancia hospitalaria tan breve de los niños.

#### 7.1.2 EN RELACION A FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL

La participación del profesionista en Trabajo Social dentro del área de la salud, ofrece un panorama amplio de funciones y actividades a realizar con el fin de participar interdisciplinariamente en el desarrollo del programa.

A continuación se esquematiza la propuesta de participación de Trabajo Social en el programa de "Padres participantes en Terapia neonatal".

PROPUESTA DE PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE PADRES PARTICIPANTES EN TERAPIA NEONATAL (UCIREN)

FUNCION	ACTIVIDADES	TECNICAS	INSTRUMENTOS
PROMOCION.	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Enfatizar en la difusión previa del program.</li> <li>_ Enfatizar en motivar y sensibilizar a los padres a que participen en actividades educativas.</li> <li>_ Enfatizar en la promoción y difusión individual.</li> <li>_ Diseñar folleto informativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Observación directa.</li> <li>_ Entrevista individual dirigida focalizada.</li> <li>_ El diálogo formal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Libreta de notas.</li> <li>_ Tarjeta de invitación.</li> <li>_ Folletos.</li> </ul>
EJECUCION.	<p>En la ejecución de un programa de Trabajo Social, la tarea administrativa es absolutamente necesaria e implica desarrollar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Coordinación.</li> <li>_ Organización.</li> <li>_ Dirección.</li> <li>_ Control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Exposición.</li> <li>_ Trabajo de grupos pequeños.</li> <li>_ Dinámica de grupos.</li> <li>_ De comunicación.</li> <li>_ El diálogo formal.</li> <li>_ Coordinación.</li> <li>_ Análisis de lo realizado.</li> <li>_ Coordinación multidisciplinaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Organigramas.</li> <li>_ Manual de procedimientos.</li> <li>_ Libreta de notas.</li> <li>_ La crónica.</li> <li>_ El informe.</li> <li>_ Cuadros.</li> <li>_ Gráficas.</li> <li>_ Material didáctico.</li> </ul>

PROPUESTA DE PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE PADRES PARTICIPANTES EN TERAPIA NEONATAL (UCIRIM)

FUNCION	ACTIVIDADES	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p>EDUCACION NO FORMAL.</p>	<p>Considerando la educación como un proceso de evolución continua a través del cual el hombre es susceptible de desarrollar al máximo sus capacidades:</p> <p>Se debe involucrar más aún a los padres a participar en el programa, para sensibilizarlo de su compromiso y responsabilidad hacia su hijo que conlleve a un cambio de actitud positivo.</p> <p>Aplicar técnicas grupales para facilitar y estimular la participación de los asistentes en las sesiones.</p> <p>Mostrarle a los padres en forma atractiva los temas con la utilización de material didáctico.</p>	<p>Exposición.</p> <p>Trabajo de grupos pequeños.</p> <p>El diálogo.</p> <p>Dinámica de grupos.</p>	<p>La crónica.</p> <p>Libreta de notas.</p> <p>El informe.</p> <p>Material didáctico.</p> <p>Material y equipo.</p> <p>Espacio físico.</p> <p>Papelería en general.</p>
<p>SUPERVISION</p>	<p>Mantener un proceso de supervisión periódico desarrollando las siguientes actividades:</p> <p>Administrativa:</p> <p>Planificar.</p> <p>Organizar.</p> <p>Coordinar.</p> <p>Dirigir.</p> <p>Controlar.</p>	<p>Observación directa.</p> <p>Entrevista dirigida, focalizada.</p> <p>Lecturas y reuniones complementarias.</p> <p>Medición.</p> <p>Análisis de crónicas, y material escrito.</p>	<p>Libreta de notas.</p> <p>La crónica.</p> <p>El informe.</p> <p>El programa.</p> <p>Escala de actitudes y opiniones.</p>

PROPUESTA DE PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE PADRES PARTICIPANTES EN TERAPIA NEONATAL (UCIEM)

FUNCION	ACTIVIDADES	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p><b>EVALUACION.</b></p>	<p><b>Educativa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Interpretar.</li> <li>_ Enseñar.</li> <li>_ Evaluar.</li> </ul> <p>Mantener una evaluación mensual, para la modificación del programa en algunos aspectos, de acuerdo a las necesidades y a los resultados que se vayan presentando.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Definición de aspectos a evaluar:</li> <li>• Tareas de preparación y motivación.</li> <li>_ En que medidas se alcanzarán las metas y objetivos propuestos.</li> <li>_ Actividades realizadas.</li> <li>_ Disponibilidad de recursos, tanto humanos como materiales.</li> <li>_ Relación de población asistente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Coordinación multidisciplinaria.</li> <li>_ Delegación de funciones.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Observación directa.</li> <li>_ Entrevistas dirigidas focalizadas.</li> <li>_ Integración del equipo de evaluación.</li> <li>_ Recopilación de la información</li> <li>_ Ordenamiento.</li> <li>_ Correlación.</li> <li>_ Análisis de los resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Registro de evaluación.</li> <li>_ Registro de casos -- por escrito.</li> <li>_ Organigramas.</li> <li>_ Manual de procedimientos.</li> <li>_ Guía de observación.</li> <li>_ Guía de entrevista.</li> <li>_ Cuadros.</li> <li>_ Tablas.</li> <li>_ Gráficas.</li> <li>_ La crónica.</li> <li>_ Libreta de notas.</li> <li>_ Estadísticas.</li> <li>_ El informe evaluativo.</li> </ul>

PROPUESTA DE PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE PADRES PARTICIPANTES EN TERAPIA NEONATAL (UCIRIN)

FUNCION	ACTIVIDADES	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	<p>_Factores que inciden en la fase operativa del programa.</p> <p>_Contenidos y tiempos programados, de los temas expuestos.</p> <p>_Dinámica grupal.</p> <p>_Promedio de estancia hospitalaria de los recién nacidos.</p> <p>_Procedimientos utilizados.</p> <p>_Implementar un instrumento de evaluación, aplicarlo a los padres al término de cada sesión.</p>	<p>_Interpretación de - resultados.</p> <p>_Formulación de conclusiones y sugerencias.</p> <p>_Presentación de los resultados.</p>	<p>_Instrumento de evaluación.</p>

## 7.1.3 EN RELACION AL EQUIPO DE SALUD

En virtud de la responsabilidad de Trabajo Social como coordinador del programa, debe retomar con el ponente -previamente a cada sesión-, el tema correspondiente a exponer y el objetivo propuesto a cubrir.

Sugerir a los profesionales hacer uso de recursos o material didáctico, dado que la ilustración de los temas, lleva a una mejor comprensión de lo que se expone y mejora la calidad de las ponencias. El material didáctico en todo proceso de enseñanza-aprendizaje, es el auxiliar para facilitar la tarea de transmisión de mensajes.

De acuerdo al propósito de la lograr la integración de un equipo multidisciplinario que participe en la ejecución del programa; es necesario incorporar al Departamento de Enfermería con el tema "atención y manejo del recién nacido hospitalizado", y como objetivo a cubrir "identificar el manejo del recién nacido hospitalizado en terapia intermedia".

Se considera necesario que se capaciten Trabajadoras Sociales para la exposición del tema que le corresponde al área, en virtud de prever ausencias, cargas de trabajo en el servicio o situaciones emergentes.

Tomar en cuenta la opinión y/o sugerencias de los ponentes con respecto al programa, para abrir una fuente de retroalimentación.

Que Trabajo Social elabore un manual de procedimientos que permita la delimitación de las funciones y actividades de cada profesión.

## CONCLUSIONES

La salud es un derecho constitucional de los mexicanos, es un elemento fundamental del bienestar social, constituye una pieza clave como medio y fin en el desarrollo y crecimiento económico.

Le corresponde al Gobierno Federal, a través del Sistema Nacional de Salud, sentar las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

La relación materno-infantil se ubica como programa prioritario de salud nacional, debido a las características de la población mexicana que en su mayoría está conformada por personas jóvenes; en este sentido el programa se aboca a promover y proteger la salud de la población materno-infantil previniendo riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como propiciar el sano crecimiento y desarrollo de la niñez.

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), es una institución nacional de salud de tercer nivel de atención, es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica, patrimonios propios en cargada de abordar los problemas de salud gineco-obstétricos y neonatales de alto riesgo desde diferentes áreas; asistencial, enseñanza e investigación con el propósito de ahondar en hechos causales que reflejen el origen de los factores de riesgo que se presentan en el proceso de la reproducción humana, de tal manera obtengan una solución científica a dichos riesgos.

El Departamento de Trabajo Social en el Instituto se aboca principalmente al estudio de los factores de mayor trascendencia a nivel individual y familiar, determinar su influencia en el fenómeno de la reproducción humana, como es el caso de la medicina perinatal, asumiendo características trascendentales en el área de la investigación, reabilitación y promoción de la salud.

Dadas las características de salud que presentan los recién nacidos productos de embarazos de alto riesgo, su evolución y hospitalización prolongada, motiva al Departamento de Trabajo Social a la investigación en este aspecto, para implementar las bases de un programa de padres participantes en unidades de terapia neonatal, en donde los padres actúen en el cuidado de su hijo, proporcionándoles elementos que les permita sentirse identificados con lo que implica su atención y del cual son responsables antes que se integre al núcleo familiar.

El "Programa de padres participantes en Unidades de Terapia Neonatal", es producto de la experiencia profesional del Departamento de Trabajo Social en dichos servicios; mediante la conjugación de dos vertientes, es decir, a través del conocimiento empírico (observación, entrevista), como de sistematizar su práctica que se circunscribe en la implementación de un protocolo de investigación que permitió determinar los elementos que debe incluir el programa.

En la fase de aplicación del instrumento de investigación, la muestra objeto de estudio demuestra que los padres participan e integran con su hijo hospitalizado, a través de una visita diaria, en --

donde demuestran interés en todos los aspectos, manteniéndose informados por el equipo de salud que lo atiende.

Sin embargo, en la fase operativa piloto se demuestra lo contrario, ya que en la mayoría de los padres se observó que no tienen interés en participar, ni conocimiento de su función y del papel tan importante que juegan como elemento principal durante la hospitalización de su hijo.

A este respecto se confirma la necesidad de llevar a cabo con los padres, actividades educativas plasmadas en el programa, enfocando lo a lograr su participación activa, el cambio de actitud, motivarlo y sensibilizarlo en la importancia de su apoyo, participación y en la responsabilidad hacia su hijo; así como la integración de un equipo interdisciplinario que participe en la ejecución de acciones educativas en el área de la salud.

Por lo que respecta a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la ejecución del programa en su fase operativa piloto, no fue factible en dicho servicio, por la situación de ser neonatos críticamente enfermos, con alto riesgo de secuela o muerte, en donde los padres se enfrentan a situaciones difíciles de manejo relacionados con el apego emocional materno-paterno-infantil.

Más sin embargo, a este respecto se sientan las bases para implementar un programa de "Padres participantes en terapia intensiva neonatal", con objetivos y temas específicos de acuerdo a la problemática de salud de estos niños, con un alto compromiso y responsabilidad para

las áreas de Psicología, como para Trabajo Social.

Finalmente, es de suma importancia el logro operativo del programa, que sea coordinado, organizado, dirigido y controlado por el Departamento de Trabajo Social, dada su experiencia y preparación que le permite tener un conocimiento de la problemática materno-infantil -abordada. Por tanto, es compromiso y reto profesional de Trabajo Social el supervisar, evaluar, y analizar su práctica que conlleve a sostener, construir, modificar, y actualizar el programa, para el logro de los objetivos propuestos, a fin de que a futuro sea considerado como parte integrante de programas educativos en el área de la salud en la institución.

## SUGERENCIAS

En base a la propuesta realizada se sugiere:

Enfatizar en la promoción y difusión individual del programa, para que sea del conocimiento de los padres a quienes está dirigido.

Es de suma importancia el desarrollo del programa en el servicio de UCIREN, para informar y orientar a los padres en el cuidado de su hijo hospitalizado, en cuanto a elementos que les permita sentirse identificados con todo lo que implica su atención y propiciar su más rápida recuperación, a través de una participación directa conciente, voluntaria y activa.

Es trascendental sensibilizar, motivar y orientar a los padres, a través de actividades educativas enfocadas a responsabilizarlos de prácticas y conductas positivas, así como del gran compromiso que tienen para con su hijo hospitalizado.

Dadas las características y cargas de trabajo en el servicio de terapia intermedia, a fin de lograr una mejor funcionalidad del programa, es importante considerar los recursos humanos, debido a que el programa es una actividad meramente académica y resulta ser complicado de combinar con la función asistencial.

Mantener una supervisión periódica, considerando los elementos metodológicos de la teoría del proceso de supervisión, es decir, aplicar y desarrollar funciones, técnicas e instrumentos comunes a cualquier tipo de intervención de Trabajo Social, con la finalidad de analizar y verificar las actividades contenidas en el programa.

\_Se considera necesario enfatizar en la jerarquización de los motivos de inasistencia, a fin de identificarlos y ejecutar acciones en la resolución de los factores que incidan en mayor proporción en la asistencia de los padres al programa.

\_Diseñar un instrumento de evaluación que sea aplicado a los padres al término de cada sesión, y permita conocer su opinión, sugerencias y observaciones respecto al programa, y esto conlleve a una evaluación más objetiva del mismo.

\_Evaluar a los padres una vez que hallan asistido por lo menos a una sesión, por medio de la guía de observación y de entrevista, para comprobar que realmente utilizan los conocimientos adquiridos en el cuidado de su hijo hospitalizado.

\_Es necesario utilizar material didáctico por parte de los ponentes, dado que la ilustración de los temas conlleva a una mejor comprensión de lo que se expone y mejora la calidad de las sesiones.

\_Mantener un proceso evaluativo periódico (mensualmente) del programa, que permita introducir correcciones, modificaciones, actualizarlo, revisarlo y analizar continuamente el trabajo realizado y obtener su mejor funcionalidad en el Instituto.

\_La intervención profesional de Trabajo Social debe enfocarse a la investigación y sistematización, a fin de lograr una intervención científica y en consecuencia con mayor trascendencia en el área de la salud.

\_El trabajador Social debe tener muy presente y comprender la trascendencia de su función como coordinador del programa, pues este proceso implica dirigir una serie de disciplinas que históricamente no aceptan ser coordinados por Trabajo Social.

\_Justamente la intervención del Trabajo Social podrá trascender y consolidar espacios de trabajo profesional, en la medida que lleve a cabo la conjugación de la teoría con la práctica; como se puede demostrar a través de la presente investigación, en donde se establece y se logra llevar a cabo acciones concretas para abordar las necesidades educativas de los padres, basándose en la investigación, elaboración y ejecución del programa como alternativa de solución.

\_Dentro de las instituciones de salud el quehacer del Trabajador Social, se inscribe en el contexto de un equipo de salud; el tipo de definición de intervención de Trabajo Social dependerá de la estructura organizativa-operativa y de los recursos disponibles del Sistema de Atención correspondiente.

\_Por lo anterior se considera, que la elaboración y ejecución de este tipo de programas de Trabajo Social, no sólo es exclusivo de realizarse en el tercer nivel de atención; sino que es factible en la medida de hacer énfasis en la investigación y sistematización de su acción profesional que trascienda al primer y segundo nivel de atención.

## BIBLIOGRAFIA

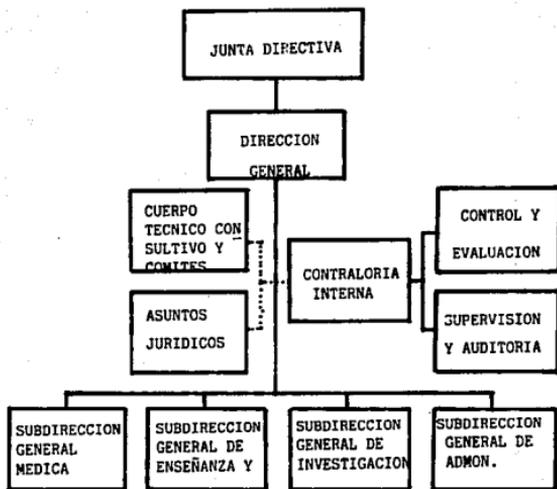
- 1.- Ander-Egg, Esquirol. Metodología del Trabajo Social.  
Ed. El Ateneo. 4a ed.  
México 1985. 244 pp.
- 2.- Ander-Egg, Esquirol. Evaluación de Programas de trabajo Social.  
Ed. Humanistas. 2a ed.  
Buenos Aires 1990. 79 pp.
- 3.- Beana Paz, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de investigación documental.  
Ed. Editores Mexicanos Unidos. 5a ed.  
México 1990. 124 pp.
- 4.- Bautista Atenogenes, Angeles. Base para la implementación de un Programa de padres participantes en unidades de Terapia Neonatal.  
Protocolo de investigación del Instituto Nacional de Perinatología.  
México 1988.
- 5.- Bethea, D.C. Enfermería Materno - Infantil.  
Ed. Interamericana. 3a ed.  
México 1990. 365 pp.
- 6.- Cabrera Hidalgo, Edgar. Higiene Mental.  
Cuidado del comportamiento mental.  
México 1983. 274 pp.
- 7.- De la Torre, Joaquín. Pediatría Accesible.  
Guía para el cuidado del niño.  
Ed. siglo XXI. 5a ed.  
México 1979. 555 pp.
- 8.- Diario Oficial de la Federación. Martes 19 de abril. Decreto de descentralización del IMPer. p. 31.
- 9.- Diario Oficial de la Federación. 12 de septiembre de 1990. Decreto de programas de Educación para la Salud. p. 46.
- 10.- Díaz del Castillo, Ernesto. Pediatría Perinatal.  
Ed. Interamericana. 1a ed.  
México 1976. 541 pp.

- 11.- Escuela Nacional de Trabajo Social. Propuesta del Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Trabajo Social.  
UNAM - ENTS. México 1985.
- 12.- Espejel Ramírez, Barbara. Participación del Trabajo Social en la prevención del embarazo de alto riesgo.  
Tesis. UNAM-ENTS.  
México 1990. 87 pp.
- 13.- Florence B., Roberts. Perinatología, cuidados del recién nacido y de su familia.  
Ed. La Prensa Médica Mexicana, la ed.  
México 1982. 244 pp.
- 14.- González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la salud en México.  
Ed. Trillas, la ed.  
México 1988. 111 pp.
- 15.- Hamilton Persis, Mary. Asistencia Materno - Infantil de Emergencia.  
Ed. Interamericana. 3a ed.  
México 1990. 242 pp.
- 16.- Hurlock, Elizabeth. Desarrollo del niño.  
Ed. Macgraw Hill. 2a ed.  
México 1982. 608 pp.
- 17.- Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social.  
México 1989.
- 18.- INPer. Memoria del INPer.  
México 1985.
- 19.- INPer. Psicología en el ámbito Perinatal.  
Ed. INPer. la ed.  
México 1988. 430 pp.
- 20.- León Brandi, Lucía. Algunos elementos metodológicos útiles para elaborar un trabajo investigativo o tesis profesional.  
UNAM - ENTS. 55 pp.
- 21.- Lieberman, Florence. Trabajo Social, el niño y su familia.  
Ed. Pax - México, la ed.  
México 1961. 278 pp.

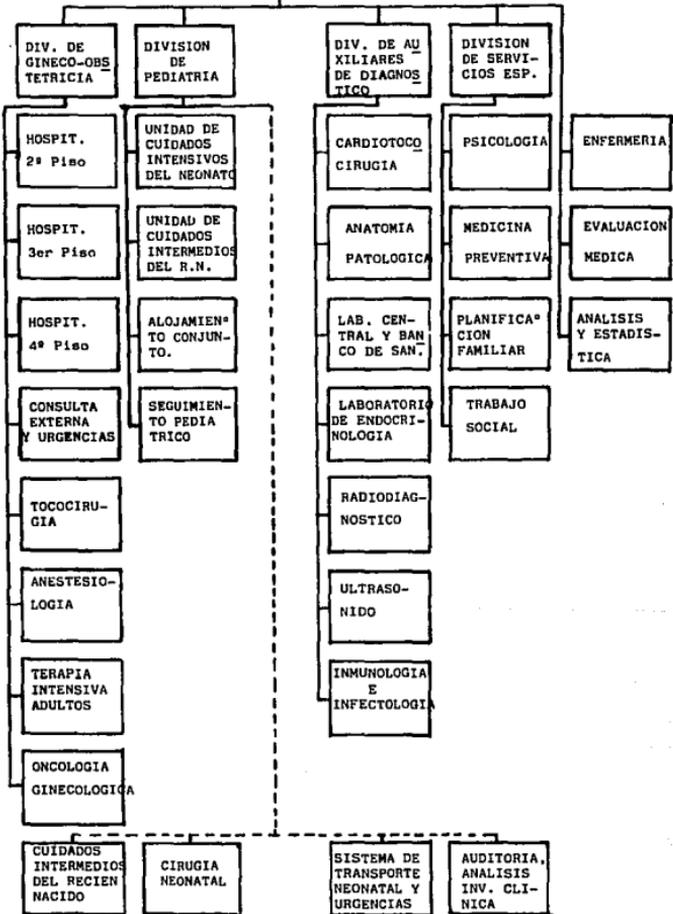
- 22.- López Tapia, Bruna. La Investigación en el Trabajo Social Médico.  
Cuaderno de Trabajo Social,  
UNAM - ENTS. México 1984. 22 pp.
- 23.- Macmillan, J.A. Manual Práctico de Pediatría.  
Ed. Interamericana. 1a ed.  
México 1982. 482 pp.
- 24.- Mendoza Rangel, Ma del C. Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales.  
Ed. Humanistas. 5a ed.  
Buenos Aires 1990. 111 pp.
- 25.- Petrillo, Madeline. Cuidado emocional del niño hospitalizado.  
Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1a ed.  
México 1975. 318 pp.
- 26.- Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones Sociales.  
Ed. UNAM. 7a ed.  
México 1982. 274 pp.
- 27.- Rojas Soriano, Raúl. Investigación Social, teoría y Praxis.  
Ed. Pólice Ediciones. 1a ed.  
México 1985. 164 pp.
- 28.- Salinas de Gortari, Carlos. Plan Nacional de Desarrollo. Poder Ejecutivo Federal.  
1989 - 1994. México.
- 29.- Sánchez Romado, Manuel. Elementos de Salud Pública.  
Ed. Fco. Mendez C. s/ed.  
México 1983. 312 pp.
- 30.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (SSA). La Salud en México. Situación actual y perspectiva al año 2000.  
Presidencia de la República.  
Ed. Coplamar. México 1982. 600 pp.
- 31.- Secretaría de Salud. (S.S). Manual de Alojamiento Conjunto y lactancia materna.  
Subsecretaría de Servicios de Salud,  
Dirección General de Salud Materno - Infantil. México 1988. 27 pp.

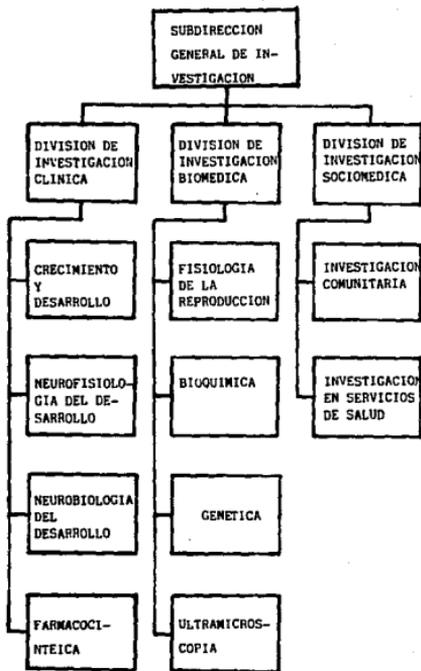
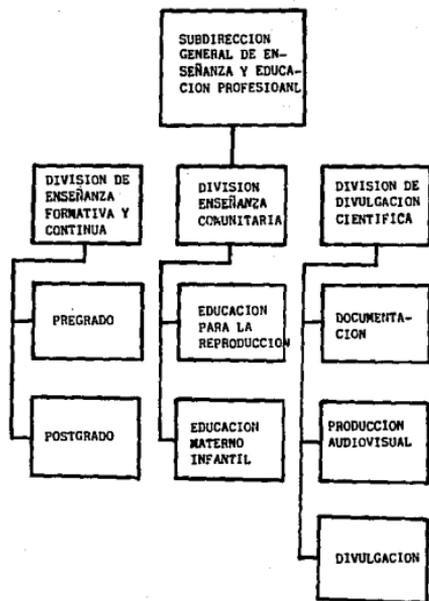
- 32.- S.S. Programa Nacional de Salud.  
Poder Ejecutivo Federal.  
1990 - 1994. México.
- 33.- Terán Trillo, Margarita. Perfil Profesional del Trabajador -  
Social en el área de la Salud.  
Revista No. 37 de Trabajo Social.  
UNAM - ENTS.
- 34.- Valenzuela, R.H. y Luengas. Manual de Pediatría.  
Ed. Interamericana. 1a ed.  
México 1975. 839 pp.
- 35.- Williams Cicely, Delphine. Salud Materno - Infantil.  
Ed. El manual moderno. 10a ed.  
México 1985. 155 pp.
- 36.- Wolman B., Benjamin. Aspectos Psicológicos en Ginecología  
y Obstetricia.  
s/Ed. s/ed.  
México 1982. 192 pp.

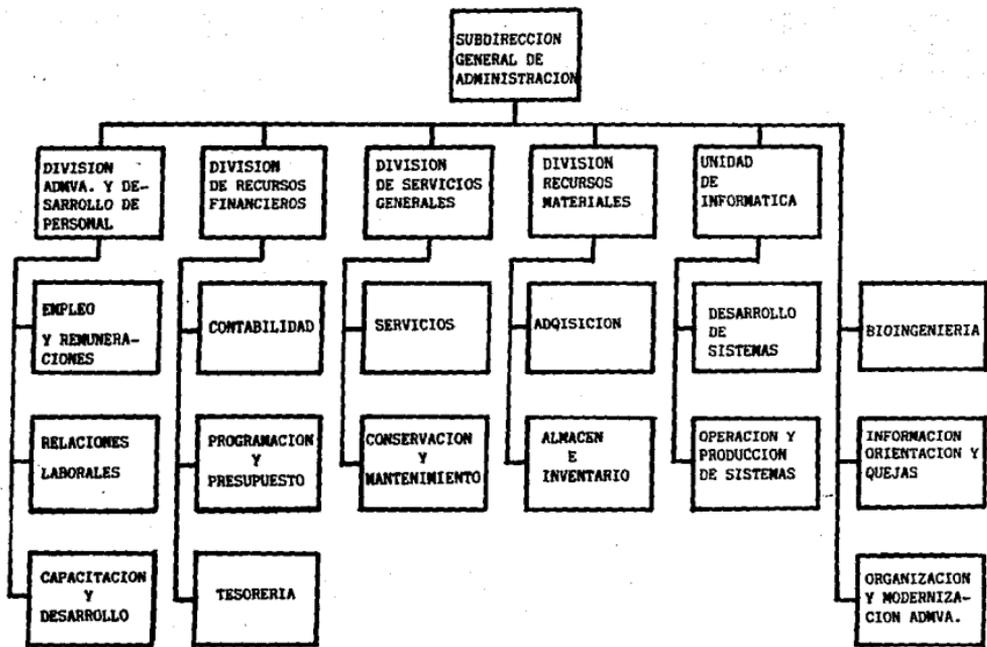
**ANEXOS**



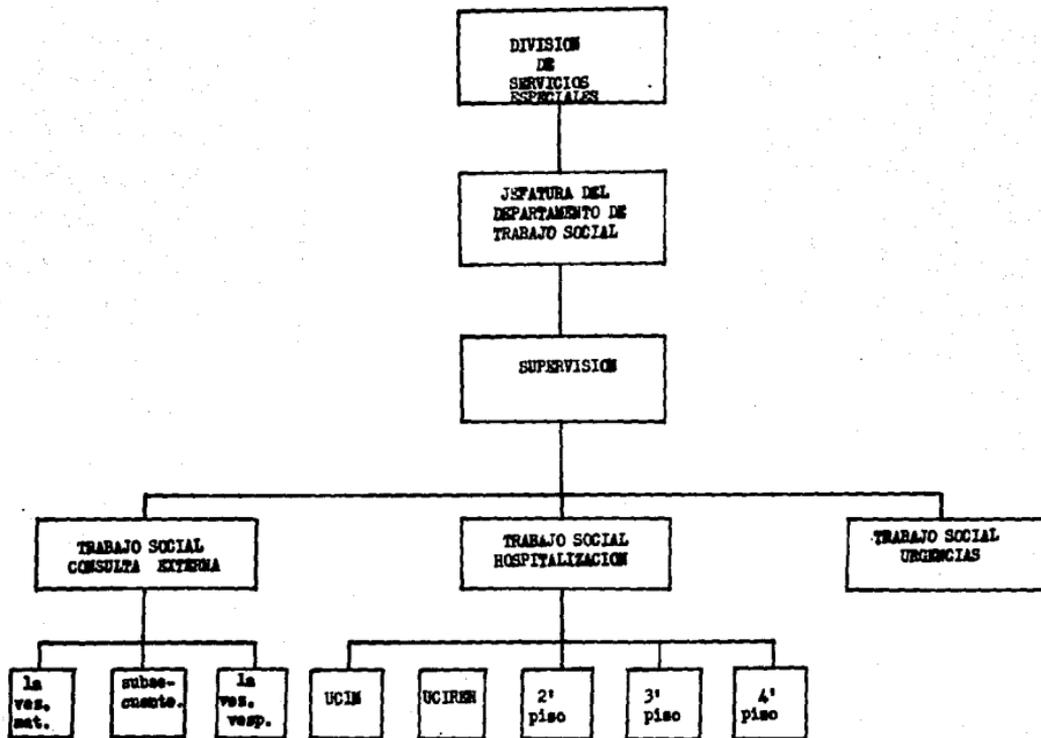
SUBDIRECCION  
GENERAL  
MEDICA







ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL





<p><b>Sufrimiento Respiratorio:</b></p>	<p>La primera adaptación que debe hacer el bebé después del nacimiento es el establecer una función respiratoria adecuada. En forma similar la primera responsabilidad de las personas que tienen a cargo su cuidado, es ayudarlo para que se establezca esta función en forma adecuada.</p> <p>Existen muchas causas que influyen para que no se establezca la respiración, entre las más comunes se encuentran, las que provocan obstrucción de las vías respiratorias y la producción de asfixia durante el parto. Se ha observado un patrón característico en el comportamiento de niños recién nacidos, cuando tratan de establecer la función respiratoria. Primero, hacen varios intentos por respirar (estos pueden ocurrir dentro del útero), los que se acompañan de movimientos incoordinados de brazos y piernas. Después de este período de actividad (que dura aproximadamente un minuto) hay un primer período de apnea que también dura aproximadamente un minuto.</p> <p>El bebé con asfixia intensa se reconoce fácilmente. El bebé se encuentra con falta de tono muscular, cianótico (o pálido), no responde a los estímulos, y experimenta apnea secundaria; es vital llevar a cabo maniobras vigorosas de resucitación.</p>
<p><b>DESARROLLO GESTACIONAL</b></p>	<p><b>DEFINICION</b></p>
<p><b>Recién nacido de bajo peso:</b></p>	<p>Durante mucho tiempo se empleó la definición internacional de prematuro, que utilizaba la base del peso al nacimiento, calificando como prematuro a todo niño nacido vivo con peso al nacer de 2500 gms o menos. Sin embargo, la aplicación de dicho criterio, oscureció el que no siempre constituye el peso al nacimiento una medida de la duración del embarazo, puesto que en un período de gestación normal -</p>

puede corresponder un niño de peso bajo y a uno de 37 semanas un recién nacido con peso mayor.

Basándose en ello se recomendó que el término de "Prematuros" fuera sustituido por el de "peso bajo al nacer", a manera de englobar dentro de este concepto a todos aquellos sujetos con peso al nacimiento por abajo o igual a 2500 gms, reservando la denominación de prematuros para los que, con estas características generales, hayan nacido antes de las 37 semanas a partir del primer día del último período menstrual. Tenemos pues, dos variedades de recién nacidos con peso bajo, - en una el abastecimiento ponderal obedece a procesos patológicos maternos o fetales que impiden la buena nutrición intrauterina, en otra la duración del embarazo ha sido menor que la habitual.

Cual quiera que sea la razón por la que el recién nacido tenga un peso bajo, se considera que el paciente requiere cuidados particulares; sin embargo, no son idénticos los problemas médicos que ambas variedades plantean, ya que puede haber preponderancia de determinados padecimientos en uno u otro grupo. La mortalidad del recién nacido de peso bajo se encuentra relacionada no sólo con el peso al nacimiento, sino también con el período de gestación. En términos generales tienen un mayor riesgo los recién nacidos con un período de gestación reducido, aceptándose que a igual peso el pronóstico es mejor para los que poseen mayor tiempo de gestación.

Prematuro:

Se considera que un recién nacido es prematuro cuando nace antes de la fecha fijada normal (menor de las 37 semanas de gestación), y que pesa menos de los -- 2500 gms; originándose a causa de patologías que presenta la madre como son: toxemia, diabetes, cardiopatías, edad, intervalo de embarazos, multiparidad, complicaciones placentarias (placenta previa, desprendimiento de placenta), etc. Presentándose complicaciones para el recién nacido como son: asfisia recurrente, hemorragia intracraniana y/o pulmonar, hipoglicemia, infección grave, hiperbilirrubinemia, etc.

Generalmente el pronóstico de estos niños es reservado o grave en considera-

	<p>ción a sus desventajas funcionales debidas a su prematuro, que son: reflejos débiles de succión, de deglución, del vómito, lo que provoca dificultad para la alimentación y de una broncoinspiración. Tórax blando e inmaduro pulmonar que provocan hipoventilación hipoxia y acidosis respiratoria y metabólica. Habilidad disminuida para mantener la temperatura, excretar solutos en la orina, mayor susceptibilidad para infectarse, trastornos nutricionales, inmadurez de algunos procesos metabólicos.</p>
<p><b>METABOLICAS</b></p>	<p><b>DEFINICION</b></p>
<p><u>Hipoglucemia, e</u> <u>Hipocalcemia:</u></p>	<p>Estas patologías se manifiestan por una enfermedad causada por trastornos en el metabolismo de la glucosa (diabetes). Esta enfermedad altera gravemente el metabolismo en la mujer embarazada, ya que los efectos del embarazo complican más aún el problema. El riesgo de muerte para el producto, se eva en razón de la gravedad del padecimiento, pues las estadísticas demuestran mayor número de abortos y mortalidad perinatal en los productos de diabéticas, y de estos más que en los productos de la misma edad gestacional cuyas madres no presentan ese trastorno.</p> <p>La afección del embrión por la diabetes materna se refleja en la frecuencia de malformaciones, que es de 8 a 10 veces mayor en hijos de diabéticas., parece existir predisposición a presentarse anormalidades esqueléticas de las extremidades, aumenta la frecuencia de insuficiencia respiratoria idiopática (membranas hialinas pulmonares), cuya génesis es inicialmente metabólica y posteriormente mixta (metabólica y respiratoria); la frecuente coincidencia de corta edad gestacional, menor de 36 semanas, que se acompañan de inmadurez pulmonar y de hipoxia.</p> <p>A parte de la hipoglucemia pueden complicar la situación otros desajustes, como hipocalcemia e hiperbilirrubinemia, cuya patogenia se desconoce, la primera</p>



La oxigenación mediante mascarilla ayuda, pero la corrección quirúrgica inmediata del defecto es fundamental y urgente.

Ano imperforado:

Se refiere a la ausencia de abertura anal. El colon puede terminar en una bolsa ciega o puede formarse un tubo anormal llamado fístula rectoperineal, entre el recto y el perineo. En las niñas se habla de fístula rectovaginal, en tanto que en los varones hay fístula rectouretral. El ano puede asemejar un hoyuelo o su aspecto puede ser normal, pero termina en una bolsa ciega. El tratamiento es únicamente quirúrgico.

Cardiopatías Congénitas:

En estos casos cuando hay evidencia de cardiopatía congénita al nacimiento o en los primeros días de vida, se trata de lesiones congénitas complejas y frecuentemente debe intervenir quirúrgicamente en forma urgente para salvar la vida del paciente, aunque no siempre para corregir en su totalidad la malformación.

El corazón y los grandes vasos pueden ser el sitio de diversos defectos de desarrollo, siendo el más frecuente, el llamado persistencia del conducto arterioso, en el cual el conducto señalado queda abierto aun después del nacimiento. Los defectos septales se caracterizan por crificios que comunican entre sí las aurículas y los ventrículos del corazón. La tetralogía de Fallot, agrupa a cuatro defectos que característicamente se manifiestan juntos. La coartación de la aorta es un estrechamiento de la aorta, después del nacimiento desde el corazón.

No siempre hay cianosis en presencia de un defecto cardiovascular pero, si la hay, se debe señalar inmediatamente al médico.

ANEXO # 3.

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
DIVISION DE SERVICIOS ESPECIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
EVALUACION DE LA PARTICIPACION DE LOS PADRES

QUESTIONARIO

A) IDENTIFICACION.

I

1) Nombre (persona o pareja entrevistada)

\_\_\_\_\_

2) PARENTESCO.

\_\_\_\_\_

3) SERVICIO

\_\_\_\_\_

4) REGISTRO DE R.N.

\_\_\_\_\_

5) EDAD DE R.N.

\_\_\_\_\_

6) DIA DE EVALUACION.

\_\_\_\_\_

II

1) EDAD

\_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_ (madre)

2) ESTADO CIVIL.

\_\_\_\_\_

3) OCUPACION.

\_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_ (madre)

4) ESCOLARIDAD.

\_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_ (madre)

5) NUMERO DE EMBARAZOS.

\_\_\_\_\_

6) NUMERO DE HIJOS VIVOS.

\_\_\_\_\_

**B) GUIA DE OBSERVACION PARA EVALUACION.**

**I NUMERO DE VISITAS.**

DIAS	VISITAS		
	0	1	2
1			

**II TIEMPO DE ESTANCIA.**

DIA	MINUTOS		
	0-30	35-60	65-120
1			

**III. GRADO DE CONOCIMIENTO E INTERES.**

GRADO CONOCIMIENTO		PRESENTE		LE INFORMARON		LO ESCUCHO		INDIFERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
FAMILIAR	SI							
	NO							
FAMILIAR	SI							
	NO							
FAMILIAR	SI							
	NO							
FAMILIAR	SI							
	NO							

**IV. ACTITUD.**

DIA	ACTITUD		
	BUENO	REGULAR	MALO
1			

## A N E X O 4

### VALORES GUIA DE OBSERVACION

#### I. NUMERO DE VISITAS.

Bueno: 1 día - 2 visitas.  
Regular: 1 día - 1 visita.  
Malo: 1 día - 0 visita.

#### II. TIEMPO DE ESTANCIA.

Bueno: 1 día - 60 a 120 minutos.  
Regular: 1 día - 30 a 60 minutos.  
Malo: 1 día - 0 a 30 minutos.

#### III. GRADO DE CONOCIMIENTO E INTERES.

INTERES: Bueno: preguntó.  
Regular: le informan o lo escuchó.  
Malo: indiferencia.

CONOCIMIENTO: Bueno: sabe todos los aspectos;  
a) Padecimiento.  
b) Tratamiento.  
c) Evolución.  
d) Pronóstico.

Regular: sabe 2 o 3 aspectos.

Malo: sabe sólo un aspecto o ninguno.

#### IV. ACTITUD.

Bueno: -maneja al rn. (lo baña, cambia, lo toma en brazos, lo alimenta).  
-aporta lo que se solicita para su atención. (tiene su nombre, algún juguete, o caja musical).  
-interroga a miembros del equipo de salud sobre evolución del rn. (habla con el médico, enfermera, dietista).  
-busca información fuera del servicio si lo requiere.  
(2 opciones o más).

Regular: -interroga motivo de estancia.  
-intenta manejar al rn. (lo acaricia, lo toca).  
-busca orientación sobre dudas (habla con la enfermera, médico).  
-interroga sobre seguimiento del rn. (pregunta sobre padecimiento, y aparatos utilizados).  
(2 opciones o más).

**Malo: -sólo observa.  
-sólo escucha.  
(1 o 2 opções).**

ANEXO 5

Cuadro # 1. Edad de la madre.

EDAD	UCIM		UCIREN	
	f <sub>a</sub>	%	f <sub>a</sub>	%
14	-	-	-	-
15 - 19	3	12	8	12
20 - 24	7	27	13	19
25 - 29	7	27	19	28
30 - 34	5	19	16	23
35 a más	4	15	12	18
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIM y UCIREN del INPer. 1991.

Cuadro # 2. Edad del padre.

EDAD	UCIM		UCIREN	
	f <sub>a</sub>	%	f <sub>a</sub>	%
14	-	-	-	-
15 - 19	1	6	-	-
20 - 24	2	12	5	20
25 - 29	7	41	8	32
30 - 34	2	12	4	16
35 a más	5	29	8	32
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIM y UCIREN del INPer. 1991.

Cuadro # 3. Estado Civil.

ESTADO CIVIL	UCIM		UCIRN	
	fc	%	fc	%
M. civil y religioso.	24	56	52	56
Unión Libre	10	23	14	15
M. civil	5	11	17	18
M. Religioso	2	5	2	2
Soltera.	2	5	7	8
Separado-a	-	-	1	1
Viudo-a	-	-	-	-
Divorciado-a	-	-	-	-
Total	43	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIM y UCIRN del INPer. 1991.

Cuadro # 4. Escolaridad madre y padre.

ESCOLARIDAD	UCIN - MADRE - UCIREN				UCIN - PADRE - UCIREN			
	Ce	%	Ce	%	Ce	%	Ce	%
Analfabeta.	1	4	1	1	-	-	-	-
Leer y/o escribir.	-	-	-	-	-	-	-	-
Curso Adiestramiento sin primaria.	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria completa.	4	15	9	13	2	12	6	24
Primaria incompleta.	-	-	4	6	2	12	1	4
Garrera tecnica con primaria.	-	-	3	5	-	-	-	-
Secundaria completa.	9	35	15	22	5	30	5	20
Secundaria incompleta.	3	11	4	6	2	12	-	-
Profesional con secundaria completa.	2	8	14	21	2	12	4	16
Profesional con secundaria incompleta.	1	4	1	1	-	-	-	-
Preparatoria o vocacional completa.	2	8	9	13	2	12	2	8
Preparatoria o vocacional Incompleta.	1	4	2	3	1	5	2	8
Profesional con preparatoria.	3	11	6	9	1	5	5	20
<b>TOTAL.</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIN y UCIREN del INPer. 1991.

Cuadro # 5. Ocupación madre y padre.

OCUPACION	UCIE - MADRE -		UCIEM		UCIE - PADRE -		UCIEM	
	fe	%	fe	%	fe	%	fe	%
Sin empleo.	22	84	56	82	-	-	-	-
Subempleo.	-	-	2	3	6	35	4	16
Obrero.	-	-	1	1	3	18	3	12
Empleado.	2	8	5	7	6	35	8	32
Comerciante.	-	-	1	3	1	6	6	24
Profesionista.	2	8	3	4	1	6	4	16
Total.	26	100	68	100	17	100	25	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIE y UCIEM del INEPer, 1991.

Cuadro # 6. Número de embarazos.

NUMERO DE EMBARAZOS.	UCIN		UCIREN	
	fc	%	fc	%
1	11	26	29	31
2	10	23	21	23
3 a más	22	51	43	46
Total	43	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIN y UCIREN del INPer. 1991.

Cuadro # 7. Número de hijos vivos.

NUMER DE HI JOS VIVOS	UCIN		UCIREN	
	fc	%	fc	%
1	18	42	50	54
2	10	23	22	24
3 a más	15	35	21	22
Total	43	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIN y UCIREN del INPer. 1991.

Cuadro # 8. Visitas.

NUMERO DE VISITAS	UCIN		UCIRUM	
	fo	f	fo	f
BUENO	22	51	51	55
REGULAR	21	49	42	45
MALO	-	-	-	-
TOTAL	43	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIN y UCIRUM del INPer. 1991.

Cuadro # 9. Tiempo de estancia.

TIEMPO DE ESTANCIA	UCIN		UCIRUM	
	fo	f	fo	f
BUENO	29	53	43	46
REGULAR	20	47	49	53
MALO	-	-	1	1
TOTAL	49	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIN y UCIRUM del INPer. 1991.

Cuadro # 10. Grado de conocimiento.

CONOCI- MIENTO	UCIM		UCIREN	
	fc	%	fc	%
BUENO	28	65	53	57
REGULAR	14	33	39	42
MALO	1	2	1	1
TOTAL	43	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIM y UCIREN, del INPer. 1991.

Cuadro # 11. Grado de interés.

INTERES	UCIM		UCIREN	
	fc	%	fc	%
BUENO	34	79	68	73
REGULAR	8	19	22	24
MALO	1	2	3	3
TOTAL	43	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIM y UCIREN del INPer. 1991.

Cuadro # 12. Actitud.

ACTITUD	UCIM		UCIREN	
	fc	%	fc	%
BUENO	34	79	62	67
REGULAR	7	16	26	28
MALO	2	5	5	5
TOTAL	43	100	93	100

Fuente: Investigación realizada en el servicio de UCIM y UCIREN del INPer. 1991.

**CARTA DESCRIPTIVA**

FECHA	TEMA	OBJETIVO	FUNCIONES	MATERIAL Y EQUIPO	ASISTENTES	TIEMPO DE LA FASE	No. DE PACIENTES BENEFICIARIOS	No. DE PACIENTES.	OBSERVACIONES
<b>JUNIO</b>									
LUNES 3	Alimentación y Cuidados generales.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el recién nacido.	Organización Promoción Exposición Educación	Oficina de Supervisión de T.S.	11	20 min.	30	11	No se dió tema acordado, tiempo limitado de exposición.
JUEVES 6	Integración y motivación de los padres a la UCDEM.	Que los padres conozcan el funcionamiento del servicio y la importancia de su participación.	Organización Promoción Exposición Educación	Oficina de Supervisión de T.S. Ventilador.	7	45 min.	30	5	
LUNES 10	Datos de alarma y control del niño durante el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales riesgos médicos una vez egresado el RN.	Organización Promoción	Oficina de Supervisión de T.S. Ventilador.	-	-	-	-	Se suspendió por no encontrarse el médico responsable.
JUEVES 13	Integración del recién nacido a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización Promoción Educación Exposición	Oficina de Supervisión de T.S. Ventilador	6	40 min.	34	5	
LUNES 17	Alimentación y cuidados generales	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización Promoción Educación Exposición	Oficina de Supervisión de T.S. Ventilador	13	55 min.	35	8	

Cuadro # 13. Cronograma de actividades.

JUEVES 20	Integración y motivación de los padres a UCIREM.	Que los padres conozcan el funcionamiento del servicio y la importancia de su participación.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Oficina de Supervisión de T.S. Ventilador. Proyección.	9	50 min.	34	7	
MIÉRCOLES 24	Datos de alarma y control del niño durante el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales riesgos médicos con una vez egresado al RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Oficina de Supervisión de T.S. Ventilador.	5	30 min.	33	4	
JUEVES 27	Integración del RN a la familia.	- Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Oficina de Supervisión de T.S. Ventilador.					Suspendida -- por falta de quorum.
<u>JULIO</u>									
MIÉRCOLES 1	Alimentación y cuidados generales.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	6	30 min.	37	5	
JUEVES 4	Introducción y motivación de los padres a UCIREM.	Que los padres conozcan el funcionamiento del servicio y la importancia de su participación.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Oficina de Supervisión.	9	40 min.	36	5	

MIÉRCOLES 8	Datos de alar- ma y control del niño du- rante el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales -- riesgos médi- cos una vez -- egresado el ni- ño.	Organización. Promoción. Educación. Exposición.	Aula 3 de Escuela.	9	40 min.	32	8	
MIÉRCOLES 10	Integración del NI a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabi- lidad hacia el NI.	Organización. Promoción.						Suspendida de- bido a proble- mas en el ser- vicio.
MIÉRCOLES 15	Integración - del NI a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabi- lidad hacia el NI.	Organización. Promoción. Educación.	Aula 3 de Escuela.	8	35 min.	32	6	
MIÉRCOLES 17	Alimentación y cuidados ge- nerales.	Reforzar en los padres los cui- dados básicos en el NI.	Organización Promoción. Educación.	Aula 3 de Escuela.	5	35 min.	28	4	
MIÉRCOLES 22	Datos de alar- ma y control del niño duran- te el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales -- riesgos médi- cos una vez -- egresado el NI.	Organización. Promoción. Educación. Exposición.						Suspendida -- por falta de quorum.
MIÉRCOLES 24	Introducción y motivación de los padres a UDIREN.	Que los padres conozcan el funcionamiento del servicio y la importancia de su partici- pación.	Organización. Promoción. Educación. Exposición.	Aula 3 de Escuela.	10	30 min.	34	8	

Cuadro # 17. Motivos de inasistencia.

MOTIVOS DE INASISTENCIA	AGOSTO	SEP	OCT	NOV	TOTAL	%
Los padres no asisten a visita.	61	45	82	52	240	25
No reúne requisitos de inclusión del programa.	54	64	50	59	227	23
La madre tiene pase especial de visita.	25	39	21	12	97	10
Ya asistieron a 4 pláticas.	10	15	14	1	40	4
Otros:	31	27	64	19	141	14
Unica visita, la madre hospitalizada.			21	5	26	
Tiene prisa.			17	2	19	
Problemas laborales.			8	3	11	
Otros hijos que atender.			8	3	11	
Permanece más tiempo en la sala de UCIREN.			7	4	11	
Problemas de salud.			2		2	
Acude a visita la abuela (excepcional)			1		1	
Pasó a UCIM.				1	1	
Madre de alta.				1	1	
Total de asistentes.	59 (49)	87 (73)	79 (68)	51 (43)	276 (233)	24
Total de recién nacidos hospitalizados.	230	263	299	186	978	100%

Fuente: Evaluación de la fase operativa piloto del "Programa de padres participantes en terapia neonatal". del 3 de junio al 27 de noviembre de 1991.

Con la finalidad de jerarquizar los motivos de inasistencia que inciden en la participación de los padres al programa, destaca principalmente un alto porcentaje 25% de padres que no asisten a la visita en turno matutino.

LUNES 29	Alimentación y cuidados generales.	Reformar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	11	35 min.	27	8	
MIÉRCOLES 31	Integración del RN a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	10	40 min.	26	8	
<b>AGOSTO</b>									
LUNES 5	Alimentación y cuidados generales.	Reformar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	6	30 min.	31	6	
MIÉRCOLES 7	Integración del RN a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	5	45 min.	25	3	
LUNES 12	Datos de alarma y control del niño durante el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales riesgos médicos una vez egresado el RN.	Organización. Promoción.	Aula 3 de Enseñanza.			37		Suspendido por falta de quorum.
MIÉRCOLES 14	Laboratorio de leche.	- Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	4	26 min.	36	4	

DIJES	Alimentación y cuidados generales.	Reforzar en los cuidados básicos en el H.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de ENSEÑANZA	15	40 min.	37	12
MIÉRCOLES	Integración del H. a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el H.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	9	40 min.	38	8
DIJES	Datos de desarrollo y control del niño durante el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales riesgos médicos con una vez egresado el H.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	10	35 min.	31	7
MIÉRCOLES	Laboratorio de leche.	Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	10	50 min.	34	9
<b>SEPTIEMBRE</b>								
DIJES	Alimentación y cuidados generales.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el H.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	12	45 min.	37	9
MIÉRCOLES	Introducción del H. a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el H.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	14	35 min.	37	11

<b>LUNES</b> 9	Datos de alarma y control del niño durante el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales riesgos médicos una vez egresado el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	14	75 min.	37	12
<b>MIÉRCOLES</b> 11	Laboratorio de leche.	- Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	8	33 min.	27	7
<b>MIÉRCOLES</b> 18	Introducción del RN a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	7	47 min.	24	6
<b>LUNES</b> 23	Alimentación y cuidados generales.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	13	30 min.	34	11
<b>MIÉRCOLES</b> 25	Laboratorio de leche.	- Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización. Promoción. Exposición. Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	10	30 min.	34	10
<b>LUNES</b> 30	Datos de alarma y control del niño durante el 1º año de vida.	Que los padres conozcan los principales riesgos una vez egresado el RN.	Organización. Promoción. Exposición.	Aula 3 de Enseñanza.	9	55 min.	33	8

OCTUBRE										
JUEVES	3	Integración de los padres al servicio, y del RN a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	6	40 min.	32	5	Se cambió fecha de exposición por necesidades del servicio.
LUNES	7	Alimentación y cuidados generales.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	10	50 min.	31	9	
MIÉRCOLES	9	Laboratorio de leche.	Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	14	55 min.	33	13	
LUNES	14	Crecimiento y Desarrollo.	Que los padres conozcan el desarrollo normal del RN durante el 1º año de vida.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	9	60 min.	32	7	
MIÉRCOLES	16	Integración de los padres al servicio y del RN a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	10	40 min.	32	9	
LUNES	21	Alimentación y cuidados generales, signos de alarma.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	12	40 min.	37	9	
MIÉRCOLES	23	Laboratorio de leche.	Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	7	40 min.	37	5	

LUNES 28	Crecimiento y desarrollo.	Que los padres conozcan el desarrollo normal del RN, durante el 1º año de vida.	Organización, Promoción, Aula 3 de Enseñanza.			30			Suspendida por falta de quorum.
MIÉRCOLES 30	Integración de los padres al servicio y del RN a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Organización, Promoción, Exposición, Educación. Aula 3 de Enseñanza.	11	40 min.	35	9		
<b>NOVIEMBRE</b>									
MARTES 5	Datos de alarmas y cuidados generales en el RN.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Promoción, Organización, Exposición, Educación. Aula 3 de Enseñanza.	5	45 min.	26	4		se cambia fecha de exposición por necesidades del servicio.
MIÉRCOLES 6	Laboratorio de leche.	Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización, Promoción, Exposición, Educación. Aula 3 de Enseñanza.	8	35 min.	23	5		
LUNES 11	Recien nacido. Crecimiento y desarrollo.	Adquirir conocimiento sobre manejo del RN durante su desarrollo.	Organización, Promoción, Exposición, Educación. Aula 3 de Enseñanza.	10	40 min.	33	7		
MIÉRCOLES 13	Integración de los padres al servicio y del RN a la familia.	Sensibilizar a los padres en la responsabilidad hacia el RN.	Aula 3 de Enseñanza.						Se suspende por causas de fuerza mayor.
LUNES 18	Datos de alarma y cuidados generales del RN.	Reforzar en los padres los cuidados básicos en el RN.	Organización, Promoción, Exposición, Educación. Aula 3 de Enseñanza.	7	50 min.	32	7		

LUNES 25	En, crecimiento y desarrollo.	Adquirir conocimientos sobre manejo del niño durante su desarrollo.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	12	50 min.	32	11
MIÉRCOLES 27	Laboratorio de leche.	Conocer el funcionamiento e importancia de la leche.	Organización, Promoción, Exposición, Educación.	Aula 3 de Enseñanza.	9	35 min.	40	9

Fuente: Evaluación de la fase operativa piloto del "programa de padres participantes en terapia neonatal", del 3 de junio al 27 de noviembre de 1991.

Cuadro # 14. Asistencia.

MES	Niños egresados	Niños considerados	Padres y madres asistentes	Niños representados	% de asistencia
JUNIO	114	114	36	28	24
JULIO	122	85	45	33	39
AGOSTO	127	83	59	34	40
SEPTIEMBRE	144	101	87	44	43
OCTUBRE	149	145	79	43	30
NOVIEMBRE	144	81	51	25	31
TOTAL	800	609	357	207	35%

De 800 niños que se dieron de alta durante el semestre, se toman en cuenta a 609 de ellos de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos, de estos asistieron 357 padres y madres representando a 207 niños; lo que se traduce en un 35% de asistencia total al programa.

Cuadro # 15. Número de sesiones.

NUMERO DE SESIONES.	TOTAL	%
1	128	62
2	45	22
3	19	9
4	12	5.5
5	1	.5
6	1	.5
7	-	-
8	-	-
9	1	.5
TOTAL	207	100.0

Fuente: Evaluación de la fase operativa piloto del "Programa de padres participantes en terapia neonatal". del 3 de junio al 27 de noviembre de 1991.

Cuadro # 16. Promedio de estancia hospitalaria.

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN.	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEP	OCT	NOV	TOTAL	%
0 - 2	32	37	44	43	65	63	284	35
3 - 5	36	32	48	50	37	27	230	29
6 - 10	21	26	18	29	21	24	139	17
11 - 15	8	10	5	8	11	14	56	7
16 - 20	6	6	2	3	5	8	30	4
21 - 25	3	3	4	3	4	4	21	3
26 - 30	1	5	4	2	3	4	19	2
31 - 35	2	3	-	2	2	-	9	1.5
36 - 40	1	-	1	-	1	-	3	.4
41 - 45	2	-	-	-	-	-	2	.3
46 - 50	1	-	-	1	-	-	2	.3
51 - 55	-	-	1	-	-	-	1	.1
56 - 60	-	-	-	-	-	-	-	-
61 - 65	1	-	-	-	-	-	1	.1
66 - 70	-	-	-	1	-	-	1	.1
116 - 120	-	-	-	1	-	-	1	.1
176 - 180	-	-	-	1	-	-	1	.1
TOTAL							800	100.0

Fuente: Evaluación de la fase operativa piloto del "Programa de padres participantes en terapia neonatal". del 3 de junio al 27 de noviembre de 1991.