

2001

Fil: Goñi, María Belén. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social; Argentina

Trabajo social en neonatología

Goñi, María Belén

Goñi, María Belén

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/658>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

ma Redi

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

TRABAJO SOCIAL EN NEONATOLOGIA.

LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO

AÑO 2001.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 752	Clasificación top 637.46(04)
Vol	Copias:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

AUTORA: GOÑI, MARIA BELEN

DIRECTORA: LIC. BURMESTER, MONICA

CO-DIRECTORA: LIC. MESCHINI, PAULA

Biblioteca C.F.C.S. y S.S.	
Inventario	364.46(043)
1452	G612
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Agradecimientos

En estas líneas quiero dejar mi más profundo agradecimiento a aquellas personas que, desde diferentes lugares y situaciones, me han hecho llegar su apoyo para realizar esta tesis.

Ante todo quiero agradecer a los miembros del Servicio Social y al personal del Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata con quienes pude compartir un año de trabajo y de quienes tanto he aprendido, especialmente al Lic. Dario Petrillo que fuera mi supervisor durante la pasantía realizada y quien me motivó para realizar mi tesis final en esta área.

Del mismo modo, no puedo dejar de mencionar, y lo hago con gran satisfacción a quienes fueron directora y codirectora, Mónica y Paula, que me guiaron y apoyaron en la elaboración de este trabajo.

Asimismo quiero recordar a mis compañeras de la Facultad por sus aportes y a todas mis amigas que a la distancia se han preocupado y me han acompañado en esta tarea.

Por último, no por menos importante, quiero agradecer a mi familia, por su cariño, comprensión y por el sacrificio realizado durante estos años.

INDICE

<i>Introducción.</i>	Pag. 2
<i>Capítulo 1.</i>	
1.1. La Prematurez en la Argentina	Pag. 4
1.2. Prematuros de Muy Bajo Peso	Pag. 6
1.3. Algunas de las patologías mas frecuentes	Pag. 7
1.4. Duración del Embarazo	Pag. 7
1.5. Factores de riesgo relativos de parto prematuro	Pag. 8
<i>Capítulo 2.</i>	
2.1. Trabajo Social.	Pag.11
2.2. El Proceso Metodológico en la Intervención Profesional.	Pag.16
2.4. Trabajo Social y Salud	Pag.19
Trabajo Social en Neonatología.	Pag.22
<i>Capítulo 3.</i>	
3.1.Campo Problemático	Pag.26
Políticas Sociales	Pag.28
3.3. Salud Pública	Pag.30
3.4.Sistemas de Salud	Pag.31
3.5. HIEMI ¹	Pag.36
<i>Capítulo 4.</i>	
4.1. Aspecto Metodológico.	Pag.38
4.2. Análisis de los Datos Obtenidos.	Pag.41

¹ Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata.

4.3. Estado de la Cuestión.	Pag.44
4.4. Representación Gráfica de los datos obtenidos	Pag.46
4.5. Impacto de la Internación	Pag.68
<i>Conclusión y Propuesta</i>	Pag.72
<i>Bibliografía.</i>	Pag.81
<i>Anexo.</i>	Pag.85

INTRODUCCIÓN.

Con motivo de realizar mi pasantía pre-profesional en el Servicio Social del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, en el Servicio de Neonatología, tome contacto con la problemática de los pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso (<1501 gr)¹ particularmente con aquellos nacidos entre el 1 de julio de 1999 y el 30 de junio de 2000.

A medida que se desarrollaba mi inserción en el área de Neonatología desde el Servicio Social y tomaba contacto con la problemática, realicé un relevamiento bibliográfico, acudiendo a la bibliotecas, del Centro Médico, del Hospital Privado de la Comunidad, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social y Bases de Datos Medline y Lilacs en Internet, comprobé que toda la información sobre la problemática se refería a los aspectos médicos careciendo de publicaciones con sesgos de las ciencia sociales.

Esto me movilizó a realizar un pequeño aporte desde esta practica pre-profesional basado en la perspectiva y los interrogantes que surgen de haber vivenciado la situación crítica que atraviesan los padres de los pacientes prematuros internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Siendo el objetivo general de esta tesis: “Investigar a la población prematura de muy bajo peso (<1501 gr), internada en la Sala de Neonatología del HIEMI en el período julio 1999 – junio de 2000, vinculándolo con los siguientes factores de riesgo: socioeconómicos, ambientales, educacionales, y la actitud materna con respecto al cuidado de su salud durante el embarazo.”

En este esquema de investigación exploratorio – descriptivo se tuvieron en cuenta las causas biológicas del parto prematuro, (rotura prematura de membranas, infección urinaria

¹ Según la OMS, se considera recién nacido de pretermino a aquellos niños nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación.

o trastornos hipertensivos, factores fetales, entre otros) pero se focaliza el análisis en los factores socioeconómicos y culturales que inciden en los nacimientos prematuros.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación surge a partir de los siguientes interrogantes que sirvieron de hilo conductor en la construcción de la misma.

¿Existe una relación directa entre la situación socioeconómica de las familias de los pacientes con las posibilidades de que se produzcan partos prematuros?

La actitud materna frente al cuidado de la salud durante el embarazo, es decir, el número de controles realizados, ¿está vinculado directamente a la dificultad de acceso de las madres a los centros de salud, o es una consecuencia de su nivel educacional o responde a pautas culturales?

Para poder dar respuestas a estos interrogantes utilice los registros del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata, teniendo en cuenta los 5234 nacimientos durante este periodo, de los cuales 798 fueron internados en la sala de Neonatología y 134 diagnosticados como Prematuros de Muy Bajo Peso.

Desde el aspecto metodológico adhiero a la propuesta que realiza la Licenciada en Trabajo Social Margarita Rozas, sosteniendo que la intervención profesional debe incorporar la preocupación por el campo problemático en trabajo social, es decir, comprendiendo y explicando aquellos hechos que problematizan la vida de los sujetos sociales. Considerando como núcleo fundamental en la intervención profesional la comprensión de los siguientes conceptos: necesidad social, vida cotidiana, cuestión social, y trabajo social.

Desde estos aportes he podido elaborar una propuesta de intervención desde el Servicio Social orientada fundamentalmente a la educación y capacitación de las madres como eje de una propuesta en prevención en el área de Neonatología.

CAPITULO 1.

1.1. La Prematurez en la Argentina

El nacimiento prematuro de bajo peso, tema a tratar en este trabajo de tesis, fue propuesto por la OMS en la década del '80 como uno de los indicadores más importantes para vigilar los progresos hacia el logro de la salud para todos.

La Argentina en 1996 (ultimo año disponible) tuvo una incidencia de BPN (bajo peso al nacer) del 7%, y de MBPN (muy bajo peso al nacer) de 0.89 %, comprobando en los últimos tres años una tendencia ascendente (Lomuto, 1997).² Comparado con otros países como Dinamarca y Suecia (cifras de BPN cercanas al 4%) el potencial de reducción es del 50%.³

Esto puede expresar en forma indirecta el estado sin cambios o con deterioro de la situación socioeconómica y educacional de la población atendida, así como un escaso avance en los programas de prevención de los riesgos reproductivos.⁴

Como ocurre en otros países en desarrollo, la gran mayoría de las muertes maternas, perinatales e infantiles que ocurren cada año en la Argentina provienen de las áreas más carenciadas. Por ejemplo las muertes maternas y las secuelas graves producidas por complicaciones del embarazo, del parto o de abortos provocados, ocurren mayoritariamente en poblaciones mal nutridas, con bajo nivel educacional y altos niveles de pobreza.

La mortalidad perinatal muestra una gran dispersión entre las jurisdicciones argentinas, esto indica indirectamente la situación de iniquidad social que existe entre las provincias argentinas. Por ejemplo: la tasa de mortalidad perinatal para Capital Federal es el 13.2% y para Tucumán es del 33.9%⁵

La prematurez tiene un peso muy grande dentro del índice de mortalidad infantil, un indicador que mide la calidad de país: el 25% de la mortalidad en la Argentina se relaciona directamente

²Schwarcz, Ricardo. Maternidad Segura en Argentina. Incidencia del BPN y morbimortalidad neonatal de los últimos 20 años. Revista de la Asociación Argentina de Perinatología. Pagina 9. Mayo 2000.

³ Schwarcz, Ricardo. Maternidad Segura en Argentina. El potencial de reducción del BPN. Revista de la Asociación Argentina de Perinatología. Pagina 11. Mayo 2000.

⁴ Idem. Anterior.

con nacimientos antes de término.⁶

En la Argentina, la prematuridad es también la primera causa de pérdida de embarazo: de cada cien chicos que nacen muertos, dos tercios son prematuros. (Este porcentaje no se incluye en la mortalidad infantil).⁷

La alta probabilidad de muerte que existe en el momento del nacimiento no tiene similitud con la de ninguna otra etapa de la vida, una vez que se ha superado la barrera para sobrevivir fuera del útero.

No obstante, gracias al mejoramiento de las condiciones bajo las cuales se da la procreación y la aplicación de tecnologías modernas en la atención del embarazo y el parto, más del 96 por ciento de los embarazos que superan las 28 semanas de gestación terminan en un niño que sobrevive la primera semana de vida.

Los datos epidemiológicos indican que las futuras madres están expuestas a riesgos reproductivos altísimos, la mayoría de ellos evitables.

Del análisis de las causas de muerte maternas que ocurren en Argentina, se puede asegurar que una gran mayoría de las complicaciones del embarazo pueden ser efectivamente prevenidas o controladas sin necesidad de recurrir a tecnologías complejas y caras.

En las regiones argentinas donde los indicadores materno perinatales muestran tasas altas y perfiles de subdesarrollo pronunciados, sería evidente el impacto positivo de una oferta amplia para el control perinatal.

El cuidado de la salud durante el embarazo (control prenatal, cuidado prenatal) es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal.

En la Argentina el 18% de las mujeres presenta alguna patología durante el embarazo (Dir. Mat. Inf. , 1997). De estas muchas se beneficiarían directamente del cuidado prenatal si la

⁵ Schwarcz Ricardo, Hoy y Mañana Salud y Calidad de Vida en la Niñez en la Argentina. Cap. Maternidad Segura en Argentina. Publicación de ASAPER. Mayo de 2000.

⁶ García Cecilia. Los Bebés que se apuran. En Revista veintidós. Abril de 2000.

⁷ Idem. Anterior.

captación fuese amplia y precoz.⁸

1.2. Prematuros de Muy Bajo Peso.

Según la OMS, prematuro es todo bebe que no completo las 37 semanas de gestación.

Esta organización considera de bajo peso a todo bebe cuyo peso al nacer es de <2500 gr y clasifica como de muy bajo peso a aquellos que nacen con peso de <1500 gr. Éstos últimos forman parte de un programa de seguimiento que se realiza a través del consultorio externo de Neonatología.

Como ya se expreso anteriormente, el nacimiento prematuro de bajo peso, fue propuesto por la OMS en la década del '80 como uno de los indicadores más importantes para vigilar los progresos hacia el logro de la salud para todos en el año 2000.

Este refleja la capacidad de reproducción de la madre y posibilita el pronóstico de sobrevida y desarrollo del recién nacido.

Los niños nacidos con bajo peso representan uno de los problemas más importantes de la salud infantil por estar asociado con la mayoría de las defunciones que ocurren en el período neonatal y con la mayoría de los trastornos del desarrollo neurológico.

El **recién nacido prematuro** es una persona única, irremplazable, importante para sí mismo, para su familia, y para la sociedad. Pero, además, es una persona extremadamente vulnerable como consecuencia de su inmadurez. Los mismos procedimientos y técnicas utilizadas para lograr su sobrevida representan riesgos y tienen complicaciones.

Los niños nacidos antes de término, están sujetos sobre todo, a problemas inherentes a su inmadurez. Estos son más graves cuan menor es la edad gestacional.

⁸ Schwarcz Ricardo, Hoy y Mañana Salud y Calidad de Vida en la Niñez en la Argentina. Cap. Maternidad Segura en Argentina. Publicación de ASAPER. Mayo de 2000.

1.3. Algunas de las patologías más frecuentes son:

- ✓ Inmadurez de la succión y deglución
- ✓ Incapacidad para regular la temperatura
- ✓ Dificultad respiratoria
- ✓ Ictericia
- ✓ Infección
- ✓ Hemorragia endocraneana, entre otras.

El aspecto físico del recién nacido prematuro depende de la edad gestacional.

En los niños más inmaduros, la piel es rubicunda, delgada, transparente, gelatinosa. La cabeza es grande, sus fontanelas amplias y sus suturas, muchas veces separadas. El pelo es escaso y aglutinado. Los pabellones auriculares se dejan deformar con facilidad, el abdomen está generalmente distendido, pudiendo visualizarse las asas intestinales especialmente en el tercio superior.

Las vísceras son relativamente grandes para el tamaño del niño, y los genitales inmaduros. Rara vez, los testículos están en las bolsas, las cuales aparecen poco pigmentadas y lisas, en la niña, los labios mayores, no alcanzan cubrir a los menores.

1.4. Duración del Embarazo:

Cuadro 2

Embarazo Pretérmino	Embarazo de Término	Embarazo Postérmino
Menos de 37 semanas	37 a 41 semanas	42 semanas y más
Hasta 258 días	259 días hasta 293 días	294 días o más

Fuente: Cuadro 22: Clasificación del embarazo de acuerdo a su duración⁹

Se denomina Embarazo de Pretermino al período que transcurre antes de la semana 37 a partir del 1º día de la última menstruación.

⁹ Propuesta Normativa Perinatal. “ Anomalías de la Duración del Embarazo” Tomo II. Cap.IV. Ed. Universitaria La Plata. 1993.

Cuadro 3

Aborto	Parto Inmaduro	Parto Prematuro
Menos de 20 semanas	20 a 27.6 semanas	28 a 36.6 semanas
hasta 499 g	500 a 999 g	1000 g o más

Fuente: Cuadro 23. Clasificación de los Partos Prematuros¹⁰

El parto prematuro es la patología materna más importante, junto con el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), en la génesis del bajo peso al nacer.

1.5. Factores de Riesgo relativo de Parto Prematuro de mayor significación estadística según la **Propuesta Normativa Perinatal**:

- ✓ antecedente de recién nacido de peso menor a 2500g,
- ✓ antecedente de feto anterior muerto,
- ✓ embarazada sin control prenatal,
- ✓ talla menor de 1.50m
- ✓ peso materno menor de 45 Kg,
- ✓ analfabetismo, este como factor resumen de una serie de factores socioeconómicos, culturales, y de los servicios de atención,
- ✓ madre sola,
- ✓ periodo intergenesico menor de un año,
- ✓ hemorragias del primer trimestre.

Factores Predisponentes o desencadenantes:

- ✓ embarazo múltiple,
- ✓ polihidramnios,
- ✓ hemorragias del tercer trimestre,
- ✓ hipertensión,
- ✓ incompetencia istmicocervical,

- ✓ infección genital baja
- ✓ rotura prematura de membranas,
- ✓ infección urinaria, otras infecciones.

Factores que se asocian con el nacimiento Prematuro de Bajo Peso:

Cuadro 4

<u>Potencialmente removibles</u>	<u>No removibles pero controlables</u>
✓ Largas jornadas de trabajo con esfuerzo físico	✓ Clase social baja
✓ Viajes largos sin comodidad	✓ Analfabetismo o baja escolaridad
✓ Escaleras para llegar al hogar	✓ Madre soltera
✓ Ganancia de peso insuficiente en el embarazo	✓ Edad materna < 18 o >40
✓ Intervalo corto desde el último embarazo	✓ Talla baja
✓ Fumadora durante el embarazo	✓ Peso corporal pre – embarazo < 45 Kg
✓ Adicción al alcohol y cafeína	✓ Prematuros previos
✓ Hipertensión inducida por el embarazo	✓ Abortos espontáneos
✓ Hipotensión	✓ Contractilidad uterina aumentada
✓ Infección urinaria	✓ Acortamiento del cuello del uterino
✓ Bacteriuria asintomática	✓ Malformaciones uterinas
✓ Infecciones por clamidia, estreptococo, vaginosis	✓ Hipertensión preexistente
✓ Hidramnios	✓ Diabetes con vasculopatía
	✓ Multiparidad
	✓ Metorragia del 1º y 2º trimestre
	✓ Placenta previa
	✓ Embarazo múltiple
	✓ Cirugía genitourinaria
	✓ Rotura prematura de membranas

Fuente: Tabla IV. Factores que se asocian con el BPN. ¹¹

¹⁰ Idem. Anterior.

Teniendo en cuenta los aportes tanto de la Propuesta Normativa Perinatal como los de Ricardo Schwarcz acerca de los factores asociados al **bajo peso al nacer y al nacimiento prematuro** que incluyen factores socioeconómicos y ambientales, no se puede considerar a la enfermedad o a la salud como algo monocausal, biológico o aislado del ambiente o separado de los acontecimientos políticos, sociales y económicos.

Los **procesos de salud - enfermedad** son de naturaleza histórico social, es decir, que se manifiestan e interpretan directamente según épocas y sociedades concretas e históricamente definidas.

Salud- enfermedad es un proceso que trasciende lo meramente individual y biológico, abarca la comunidad como conjunto aunque se expresa en individuos concretos.

Hoy la salud es entendida como:

“Un hecho social, producto de una circunstancia política, económica y cultural, que ocurre en un determinado tiempo y lugar, refleja el grado de satisfacción individual y colectiva de las necesidades vitales de una población” Según el Lic. Saúl Franco consultor de la OPS.

El abordaje del proceso salud enfermedad como fenómeno histórico social, obliga a explicar de que manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo.

Desde la propia gestación se considera al niño como un producto bio-social donde lo social se expresa, en primer lugar, a través de la madre quien, a su vez, en su unidad bio-social integra el proceso de salud enfermedad.

Dado que se trata de un paciente en condiciones de extrema dependencia de los cuidados maternos, el niño es ubicado en su contexto social: posición socioeconómica, condiciones ambientales, sus condiciones biológicas y la conducta materna.

¹¹ Schwarcz Ricardo, Hoy y Mañana Salud y Calidad de Vida en la Niñez en la Argentina. Cap. Maternidad Segura

CAPITULO 2.

2.1.Trabajo Social.

Desde la propuesta metodológica que realiza la Lic. Margarita Rozas se entiende la metodología de intervención en Trabajo Social como un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social en el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional.¹²

Desde esta propuesta teórico metodológica se sostiene que la intervención profesional debe incorporar la preocupación por el campo problemático en trabajo social, direccionado a la necesidad de comprender y explicar los hechos empíricos que problematizan la vida de los sujetos como expresión de la “nueva cuestión social”, en una problemática clave.

Esta cuestión se expresa en las transformaciones ocurridas en el ámbito de las relaciones de trabajo y la protección social.

Frente a estos perfiles de la “cuestión social de hoy”, es importante pensar los fundamentos de la intervención desde el campo problemático como expresión de ruptura de las formas de pensar y enfrentar la cuestión social, derivada de los primeros años de la industrialización.¹³

Se puede definir el **campo problemático** como una construcción que se desarrolla en el ámbito de relaciones establecidas entre las necesidades de los sectores excluidos y la distribución de recursos que usualmente se denominan servicios sociales

La intervención profesional debe aportar a explicar los nexos que cruzan el campo problemático con relación a la cuestión social de hoy.

En la perspectiva del apoyo a la construcción de actores sociales como núcleo teórico fundamental en la intervención profesional se vincula la comprensión de los siguientes conceptos:

en Argentina. Publicación de ASAPER. Mayo de 2000.

¹² Rozas Pagaza, Margarita. Idem anterior.

1. Necesidad Social,
2. Vida Cotidiana,
3. Cuestión Social
4. Trabajo Social,

Este núcleo se constituye en el saber básico del profesional, el cual está direccionado por objetivo, funciones y procedimientos profesionales.¹⁴

Desde la perspectiva del Trabajo Social se cree que el bienestar individual y general de una sociedad es un derecho y parte de la realización de la esencia humana. El concepto de **bienestar social** no solo se refiere a la suma de bienestar individuales, sino a la creación de condiciones de igualdad y de justicia social.

Necesidad Social:

Desde los conceptos expuestos por Max Neef¹⁵, se parte de un concepto de carácter integral en el que una necesidad no solo es una carencia, sino potencialidades humanas individuales y colectivas, que hace posible vivir el mundo traduciéndose en proyectos de vida que le dan sentido y significado a las relaciones sociales. Por ejemplo en la situación de internación de un hijo en una sala de Neonatología es necesario rescatar las potencialidades de esa madre brindándole apoyo y contención pero, además, capacitación para que una vez egresada del hospital sea capaz de cuidar a su hijo, tenga herramientas para cuidar su salud y prevenir situaciones como esta.

Trabajo Social:

En este contexto el Trabajo Social como profesión compromete sus acciones, en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los cuales trabaja; ello implica la satisfacción de las necesidades básicas y las necesidades de identidad (pertenencia,

¹³ Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva Metodológica de la Intervención en Trabajo Social". Editorial Espacio. Buenos Aires. Primera Edición, 1998.

¹⁴ Idem anterior.

participación, igualdad, desarrollo de capacidades) pero, fundamentalmente una practica critica y de posibilidades reales en la canalización de posibles soluciones respecto a las necesidades que enfrentan los sujetos.

Ante una situación como la que atraviesan las madres con un hijo prematuro de muy bajo peso, se sienten solas, confundidas, desorientadas y muchas veces no saben que hacer porque al crítico estado de salud de su hijo se suma el maltrato institucional, necesitan que alguien del hospital las escuche y les brinde orientación, además de que se le permita participar en este proceso por el que atraviesa su hijo, es decir, sentirse parte y no un extraño. Es desde aquí que el Trabajo Social debe priorizar al sujeto, al ser humano, defendiendo sus derechos.

El Trabajo Social debe apoyar procesos de humanizacion. Horkheimer dice... “El humanismo actual consiste en la critica de las formas de vida bajo las cuales perece la humanidad y el esfuerzo de transformarlas en un sentido racional”¹⁶...

Justamente la falta de equidad, de justicia los procesos de exclusión son las dimensiones más significativas del proceso de deshumanización a la que están sometidos los sujetos en la actual situación social.

Las llamadas necesidades sociales aparecen como demandas puntuales para el trabajo Social. El trabajo social debe superar la practica circular y repetitiva respecto de la relación recurso demanda. Ello podrá orientar mejor una estrategia profesional y revalorizar el concepto de necesidades sociales como una aspiración legitima y como un derecho de una sociedad. Al mismo tiempo debe resituar el concepto de sujeto con relación a su necesidad como un derecho fundamental en el desarrollo de su condición humana.

La naturaleza de la profesión, por estar vinculada a la vida cotidiana de los sujetos, debe considerar en cada una de sus acciones profesionales el desarrollo múltiple del hombre.

¹⁵ Max Neef, M. Teoría de Desarrollo a escala Humana, en Miranda, K; Sarasola, M; Soljan, A. Tesis de Grado Lic. en Servicio Social. Mal de Alzheimer y sus implicancias sociales desde la perspectiva del Trabajo Social. Año 2000. Capitulo V. Pag. 126.

¹⁶ Rozas Pagaza, Margarita. Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social.. Cap.II. Pag. 56. Espacio Editorial. Buenos Aires. Año 1998

Vida Cotidiana:

La vida cotidiana ha sido entendida como la relación de cercanía con el usuario en la que se intentaba comprender su mundo cultural, sus formas de vida. Ello a fin de orientar la intervención profesional como una forma de educación social para la integración de individuos, grupos y comunidades a la sociedad establecida.

Asimismo, se ha entendido la vida cotidiana como el ámbito micro social en el cual el Trabajador Social desarrolla su práctica profesional.

La vida cotidiana es un concepto clave para la comprensión del campo problemático en trabajo social fundamentalmente por el reconocimiento de un espacio concreto en el que los sujetos construyen y configuran la sociedad y le dan sentido a su vida, porque a través de esa construcción se pueden explicar los aspectos más significativos de la vida social. Aspectos que ayudan a enriquecer la intervención profesional en tanto ella puede aportar, elementos de análisis para la comprensión de la vida de los sujetos sociales.

Cuando trabajamos con las madres de los recién nacidos prematuros de muy bajo peso es necesario conocer y comprender como es su vida cotidiana. Solo a partir de esto se podrá entender como vive, que cuestiones son importantes para ella, que aspectos considera que debería cambiar, como interpreta la situación por la que atraviesa y como deberá comportarse en el futuro. A partir de esto se pueden construir con la persona, rescatando y valorando sus saberes cotidianos, alternativas para su situación que le ayuden a vivir mejor (desde la salud, desde el ambiente, desde la educación).

El deterioro de las condiciones de vida de la población ha convertido su vida cotidiana en una lucha permanente por sobrevivir, y allí están comprometidas todas sus energías y su tiempo.

Esta vivencia de exclusión va debilitando la identidad y autoestima personal y colectiva, dificultando los procesos de organización y reivindicación. Este es el aspecto central que debe preocupar al Trabajo Social para estructurar el campo problemático de su intervención.

El Trabajo social puede incidir desde su acción en la vida cotidiana introduciendo una reflexión crítica sobre su saber cotidiano y promoviendo momentos de ruptura y crisis de esta supuesta normalidad de reproducción de relaciones sociales alienadas y enajenadas. Es necesario, para que ello suceda articular dos dimensiones de acción y reflexión desde la intervención profesional:

- Ubicar con claridad los problemas cotidianos y urgentes ligados a la sobrevivencia y la calidad de vida.
- Pensar y trascender esta dimensión a partir de modificaciones y transformaciones moleculares que inicien otras de mayor impacto y contribuyan a la conformación de actores sociales en el mundo popular.

La intervención del trabajo social está situada temporal y espacialmente. Como intervención operante en la realidad social que define la situación concreta que afecta a una persona, a una familia, a un grupo social, el trabajo estará siempre determinada por contextos significativos. Estos contextos – desde lo socio – histórico – cultural hasta el familiar – determinan las posibilidades de desarrollo humano. Es decir, generan las condiciones propicias o reflejan los obstáculos estructurales y coyunturales, sociales, culturales, sociopolíticos, familiares, y de interacción entre personas y grupos, que lo imposibilitan.¹⁷

El objeto de intervención profesional, entendido como campo problemático, se constituye en el contexto de producción y reproducción de las relaciones sociales. En el contexto de las prácticas que los sujetos cotidianamente desarrollan para poder satisfacer sus necesidades.

El trabajo social es siempre una relación entre sujetos, un punto de inflexión entre dos prácticas que interactúan para lograr la transformación de una situación problemática, en función de las necesidades e intereses del sujeto, familia o grupo.¹⁸

¹⁷ Eroles Carlos, El Enfoque clínico e interdisciplinario en Trabajo Social.

¹⁸ Idem anterior

La metodología de intervención se constituye como una guía que se enriquece con los procesos particulares de la práctica de los actores sociales.

2.2. El Proceso Metodológico en la Intervención Profesional.

Denominamos proceso metodológico a la secuencia de tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación, que generalmente se dan en la intervención profesional

1) Inserción

El inicio metodológico de la intervención empieza por un recorte geográfico y social del contexto en el cual el profesional inicia su práctica. Ello significa por otro lado, iniciar un conocimiento de dicho proceso en el cual se interrelacionan los actores en función de su relación con sus necesidades. Para iniciar este acercamiento, se establece **un proceso de inserción**. El mismo es considerado como el primer momento metodológico que, articulado con una actitud investigativa, posibilita desarrollar un diagnóstico que explique el campo problemático. Este proceso es una construcción en la cual se da una relación dialéctica entre conceptos y realidad. Es un proceso de reformulación constante de dicho campo problemático.

Para el Trabajo Social es el momento de los interrogantes, es un momento importante de reflexión para establecer una estrategia de intervención porque es la instancia de búsqueda del sobre qué de la intervención. Significa preguntarse por las necesidades de esos sujetos como elemento fundamental en la construcción del campo problemático.

Retomando el análisis de la problemática abordada en esta tesis es el momento de los cuestionamientos, los que sirvieron de hilo conductor para esta realización:

¿Existe una relación directa entre la situación socioeconómica de las familias de los pacientes con las posibilidades de que se produzcan partos prematuros?

La actitud materna frente al cuidado de la salud durante el embarazo, es decir, el número de controles realizados, ¿está vinculado directamente a la dificultad de acceso de las

madres a los centros de salud, o es una consecuencia de su nivel educacional o responde a pautas culturales?

¿Esta madre tiene antecedentes de hijos prematuros, el periodo intergenesico es acotado?

¿Se realiza un seguimiento adecuado a las características de estos pacientes?.

¿Se utiliza este espacio y el vinculo establecido con la madre para realizar una tarea de prevención al respecto?

2) Diagnóstico:

El proceso de conocimiento adquirido durante la inserción, nos posibilita tener elementos empíricos que necesitan ser analizados en la perspectiva de visualizar mejor el campo problemático, sobre el cual se precisan los objetivos de la intervención profesional. Este es el sentido que se le da al **diagnostico** en el proceso de intervención.

Desde esta perspectiva teórica – metodológica, el diagnostico es un momento de síntesis del conocimiento que se inicia en la inserción y fundamenta la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención. El diagnostico, en esta perspectiva, es una instancia en la que se explicitan los nexos de la cuestión social relacionada a la satisfacción de las necesidades de los sujetos y que, a su vez, permite obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.

A partir de poder analizar el campo problemático signado por las transformaciones ocurridas en el ámbito de las relaciones de trabajo y la protección social, se puede comprender y explicar como desarrollan estas familias su vida cotidiana y como a partir de allí comprender como reaccionan ante el nacimiento de un hijo prematuro y su internación en una sala de Cuidados Intensivos Neonatales.

Como se ha señalado anteriormente el deterioro de las condiciones de vida de estas familias ha convertido su vida cotidiana en una lucha permanente por sobrevivir y allí están

comprometidas sus energías y su tiempo. Estos son aspectos fundamentales para el reconocimiento de un espacio concreto en el que los sujetos construyen y dan sentido a su vida.

Conjuntamente con este análisis del campo problemático y la vida cotidiana analizamos como la familia del paciente interpreta la situación por la que atraviesa y como deberá desenvolverse en el futuro.

3)Planificación:

La planificación no es un momento desarticulado del proceso, por lo tanto el significado que adquiere esta sustentado en una concepción de planificación estratégica que, por sus características, le permite articularse pertinentemente a la comprensión de intervención profesional que se sustenta.

La planificación estratégica esta orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad

Metodologicamente, se puede decir, que las demandas de los actores entendidas como expresión de necesidades, constituyen el aspecto fúndante del objeto de intervención, profesional, en el cual la planificación permite ordenar las acciones de esos distintos actores en función de objetivos específicos que orientan el desarrollo del ejercicio profesional y donde la participación de los actores a partir de un proceso real de elaboración y toma de decisiones, determina la viabilidad de la misma.

Se deben ordenar las acciones que es necesario llevar a cabo sobre todo cuando se trata de una problemática tan sensible como el nacimiento prematuro de muy bajo peso.

A partir de este trabajo de investigación se puede conocer cual es la situación socioeconómica, ambiental, educacional y cultural de las familias de los pacientes, comprender sus sentimientos ante el parto prematuro y la internación de un hijo en una Unidad de Cuidados Intensivos

Neonatales, pero sobre todo se puede pensar, es decir planificar, una alternativa de intervención en dicha problemática, tanto desde la asistencia como desde la prevención.

2.3. Trabajo Social y Salud.

Como he señalado en la introducción de esta tesis, realice una pasantía pre profesional en el Servicio Social del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, específicamente en el Servicio de Neonatología.

Desde este servicio trabajé fundamentalmente con los pacientes Prematuros de Bajo Peso, con pacientes con patologías como el Síndrome de Down, hidrocefalia, así como los casos de abandono, y otros.

Durante los primeros meses de mi pasantía entrevisté a todas las madres menores de edad y a todas aquellas mayores de edad que presentaran más de cinco gestas en su historia clínica.

Ante estos casos se presentan los siguientes interrogantes:

¿Cuál es la situación de pareja de esta madre?, ¿Cuenta con el apoyo y contención de su familia o amigos?, ¿Qué piensa con respecto a la planificación familiar?

Se trabajan los indicadores referidos al vínculo madre hijo, con especial atención en la crisis que provoca la internación del bebé en la sala de Neonatología.

Transcurridos varios meses de trabajo, comencé a intervenir en los casos cuyo diagnóstico era prematuro de muy bajo peso para la edad gestacional (peso menor a los 1501 gr).

Paralelamente a esto realicé un recorrido por la bibliografía disponible sobre el tema y encontré que toda la información disponible provenía desde la medicina, no encontré material desde el Servicio Social, que nos planteara alternativas de intervención ni formas de prevención.

A partir del análisis de los factores asociados a los nacimientos prematuros surgieron en mí otros interrogantes:

¿Cómo incide en los casos de este hospital el nivel educacional de la madre?

Las madres de los pacientes ¿habían controlado su embarazo? ¿Cuántos controles?

¿Esta madre tiene antecedentes de hijos prematuros, el periodo intergenesico es acotado?

¿En que condiciones se encuentra su vivienda? Dado que el factor ambiental es fundamental en la recuperación del paciente al egreso del hospital.

¿Se realiza un seguimiento adecuado a las características de estos pacientes?.

¿Se utiliza este espacio y el vinculo establecido con la madre para realizar una tarea de prevención al respecto?

El abordaje del proceso salud enfermedad como un fenómeno histórico social, obliga a explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva, es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad, para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

Desde el Servicio Social se toma contacto con el paciente y con su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la comunicación, y cooperación, procurando brindarles contención en el proceso de internación.

Se procura fortalecer su red vincular intra y extra hospitalaria, orientando a los padres con respecto a los recursos institucionales (comedor, residencia para madres, asistencia psicológica, etc.), guiándolos en la forma mas dinámica y operativa de proceder en el caso particular de los prematuros de muy bajo peso, el trabajo se realiza con la madre del paciente y se proyecta a la familia de este; facilitando la integración del enfermo y su familia a la institución.

Nos encontramos con pacientes vulnerables y con sus familias, en las que concentramos nuestro trabajo, evaluando el impacto de la internación de un hijo que conlleva generalmente una modificación de la dinámica familiar por lo cual los progenitores se ven condicionados a redefinir funcionalmente sus roles.

El HIEMI es un hospital interzonal, donde acuden familias de todo la Zona Sanitaria VIII (16 Municipios) que, además, sufren el desarraigo, la ruptura de la plataforma cotidiana, la ruptura de lo cultural trayendo creencias costumbres y hábitos desconocidos por nosotros y sobre los que debemos aprender para poder acompañarlos durante el proceso de internación y tratamiento de sus hijos.

Al impacto cultural se suma la dificultad de satisfacer las necesidades básicas en un medio diferente y alejado del habitual y la imposibilidad de establecer comunicación con su familia de origen por largos de tiempo, la posible inestabilidad laboral producida por esta situación, la madre se encuentra sola y debe tomar decisiones en forma autónoma, además de preocuparse por sus otros hijos (sí los tiene).

Para comprender y abordar el aspecto cultural de las familias de nuestros pacientes proponemos utilizar o tomar como referencia “el modelo del sol naciente” elaborado por Madeleine M. Leininger¹⁹.

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia, y contexto ambiental.

Como la cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las acciones y decisiones de las personas, esta teoría pretende ayudar a descubrir y documentar el mundo del paciente y utilizar sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada como bases de adopción de acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.²⁰

El Servicio Social orienta su trabajo a la atenuación de factores de riesgo que pudieran agudizar la ya existente situación de crisis familiar abordando a los progenitores y a aquellas personas o figuras familiares significativas que pudieran ayudar a sostener afectiva y materialmente las situaciones que se presentan.

¹⁹ Madeleine M. Leininger: enfermera universitaria y doctora en antropología cultural y social, es la fundadora de la enfermería transcultural

En aquellos casos en los que la familia es caracterizada como de alto riesgo, como son casos de maltrato, abandono, HIV, síndrome de dawn, etc., se apela a la red familiar más amplia y a la red social; solicitando la intervención de otras instituciones públicas o privadas que presten a las familias el marco de un tratamiento interdisciplinario y un reaseguro para el cumplimiento del mismo.

2.4. Trabajo Social en Neonatología.

Retomando la caracterización de los recién nacidos prematuros (RNP) en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), se puede sostener que son pacientes críticos gravemente enfermos, mayoritariamente en asistencia respiratoria mecánica (ARM), con riesgo de morir (cuando mejoran pasan a otros sectores de la Sala de Neonatología) y constantemente sometidos a procedimientos, casi siempre dolorosos.

Los padres del RN (recién nacidos) en UCIN se sienten por lo menos igual o más enfermos que sus hijos cuya situación que implica riesgo de muerte, los perturba gravemente y altera emocionalmente, dificultando su interacción y vínculo parental y su comportamiento con los encargados del sector, con frecuentes actitudes de exigencia desmedida, recriminaciones o críticas.²¹

Los prematuros pueden pasar dos meses aproximadamente internados y los médicos y las enfermeras pasan horas observándolos y entablan relaciones con el paciente y con su familia tan intensos como la situación que les toca vivir, en estos casos los pacientes son también los padres.

Los padres tienen miedo y cada uno reacciona como puede: no es fácil volver a casa sin el bebe, encariñarse con un niño que mañana puede no estar, pasar tantos días en el hospital y la

²⁰ Leininger, Madeleine. Modelos y Teorías en Enfermería. En Madeleine Toney y Otros. Editorial Harcourt Brace. España.

vida afuera que continua. Aparece la bronca, las recriminaciones, el sentimiento de culpa, o “por que me tocó a mí”.

El hospital (o la institución) debe separar necesariamente a la familia, al recién nacido de sus padres para garantizar (de alguna manera) su sobrevida.

Así determina una diversidad de efectos que trascienden lo orgánico, se instala una distancia entre los padres y su hijo, que marca una interferencia intensa en los inicios del vínculo entre ellos.

Esto marca la necesidad de un abordaje interdisciplinario en estas unidades. Profesionales de diferentes disciplinas como médicos, enfermeras, psicólogos, antropólogos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, etc. Trabajan juntos desde este ámbito para funcionar fundamentalmente en la urgencia, mantiene una relación permanente donde intercambian información logrando una atención integral del paciente y su familia

El perfil de las UCIN fue variando, se ha implementado una política institucional abierta, que contempla la existencia de una Residencia para Madres, que facilita el acceso de las madres a visitar a su hijo, en todos los horarios (cada tres horas) inclusive los de la noche.

En el HIEMI, se cuenta con la “Residencia de Madres Dr. Moisés Modad”, ubicada dentro del hospital, y la “Residencia de Madres de la Fundación del H. V Tetamantti”, ubicada fuera del edificio del hospital (a una cuadra del mismo). Las madres de los bebés internados en Neonatología también tienen la posibilidad de acceder al comedor del hospital.

Estas acciones tienen como objetivo favorecer la inclusión de las familias en los sectores de alto riesgo y atenuar los efectos de una hospitalización temprana sobre la díada madre hijo.

Todos estos factores permitieron reconocer la importancia de brindar apoyo, contención y orientación a los padres del paciente

La madre acude a la Unidad Neonatal desde que puede dejar su habitación.

²¹ Largaía Miguel. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de las Maternidades Públicas. Revista del Hospital Mat. Inf. R. Sardá. , Publicación XII, N°1. 1993.

Es imprescindible que no deje de producirse el contacto físico precoz entre los padres y el hijo. Por ello siempre que sea médicamente posible, ambos padres deben tener la oportunidad de ver y tocar a su hijo antes del ingreso en la UCIN para evitar lo que se denomina duelo precoz.

Se conoce como duelo precoz la resistencia que pueden oponer ciertos padres a vincularse emocionalmente con su bebé. Temen que pueda morir y que lleguen a sentirse incapaces de soportar el dolor de esa pérdida.

La entrada de los padres en la Unidad Neonatal lleva implícita la información, pieza fundamental y básica en la relación padres – equipo de salud, siendo clave para la integración del niño con su familia dentro y fuera del hospital.

El Trabajador Social en el servicio de Neonatología en una primera etapa se encuentra con los padres los pone en conocimiento de la dinámica institucional y se los orienta en el uso de los recursos que tiene el hospital (residencia de madres y comedor).

Ante el impacto de la internación de un hijo recién nacido, se evalúa y organiza con los padres las modificaciones que esto origina en la dinámica familiar, o sea, en el seno de la reproducción social.

Se trabaja con la familia, conteniéndolos y acompañándolos en el proceso de internación, respetando y no invadiendo los tiempos de los padres en la toma de conciencia de la enfermedad de su hijo, cumpliendo la finalidad en esta etapa que sientan que hay profesionales dispuestos a escucharlos, facilitando su red vincular intra y extra - hospitalaria.

Se generan espacios de diálogo (relatos) con los padres permanentemente. Donde se manifiesten sus angustias sus necesidades. En estos relatos se realiza la construcción simbólica de aquello que se ha presentado como problema.

Se realiza el seguimiento en el proceso de internación en aquellas madres adolescentes, tratando de atenuar factores de riesgo que pudieran agudizar la ya existente crisis, abordando aquellas personas y familiares que pudieran sostener afectivamente esta situación. El trabajo se orienta a fortalecer el vínculo madre - hijo.

Se procura capacitar a los padres con relación al manejo del recién nacido enfermo, conociendo y respetando sus tabúes, temores, hábitos y creencias aprendiendo de ellos a través del relato de sus vivencias.

Se realizan evaluaciones ambientales y observaciones de la red familiar en su medio dadas las condiciones y necesidades que presenta un recién nacido prematuro de bajo peso cuando egresa del hospital.

CAPITULO 3.

3.1. Campo Problemático.

En este capítulo presentaré una reseña de los procesos y los cambios que se sucedieron durante la década del '70, analizando el modelo de desarrollo neoliberal, su impacto sobre las políticas sociales y su significación en el sistema de salud, concretamente en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata.

En Argentina el 36% de la población (14000000 de personas) vive bajo la línea de pobreza y el 8.6% son indigentes.²² En lo referente a la situación ocupacional:

Cuadro 1.

<u>Desempleo en Argentina</u>	<u>%</u>
Tasa de desempleo	16.4
Tasa de desempleo demandante	6.9
Tasa de desempleo no demandante	5.3

Fuente: INDEC. Mayo 2001.

Remitiéndonos a las causas de la situación actual, encontramos que la problemática de la crisis se amalgamó en la “Crisis del Estado de Bienestar,” estructura que llegaba a su fin, agotada por sus propias imposiciones: la redistribución de recursos (bienes y servicios) que condujo al agotamiento de sus rentas.

La crisis del Estado desencadena la crítica al Estado y el neoliberalismo denuncia el estatismo.

El estado de bienestar expresaba el consentimiento respecto a las prioridades fundamentales, a lo que es deseable y a los valores de la economía: crecimiento económico y seguridad social.²³

A partir de esto se da una profunda transformación de las sociedades latinoamericanas, orientada por una estrategia neoliberal.

²² Hptt. www.cta.org.ar/institucional/fns. :Federación Nacional de Salud. Documentos: EL último estudio del Banco Mundial sobre la Argentina. Año 2001.

²³ Grassi Estela, Hintze Susana, Neufeld María. Políticas Sociales. Crisis y Ajuste Estructural. Parte Primera. Capítulo 1. Espacio Editorial. Bs. As. 1994.

Se redefine el modelo de desarrollo, en lugar de privilegiar las demandas sociales, se pone todo el énfasis en el lado de la oferta productiva

El neoliberalismo en sentido estricto tiende a la pretensión de reemplazar el Estado por el mercado como instancia fundamental de coordinación de los procesos sociales. Vale decir, la reafirmación neoliberal del mercado y de la iniciativa privada no concierne solamente a la política económica, apunta a una reorganización integral de la sociedad.

El Estado quedó restringido a medidas focalizadas de asistencia a los más pobres, sin poder contrarrestar de modo sistemático la creciente desintegración social que genera el avance del mercado.

El modelo neoliberal supone una fuerte intervención del Estado para reprimir las reivindicaciones sociales e imponer la liberalización de los mercados a los sindicatos (leyes laborales) y a los empresarios (política crediticia y monetaria)

En realidad, la transformación de las estructuras económicas se lleva a cabo bajo dictaduras (por ejemplo: Chile) o bajo regímenes presidenciales con rasgos autoritarios (por ej. : en Argentina Menem impuso por decretos).

En este contexto encontramos lo que Castells denomina “**la nueva cuestión social**” que no pasa solamente por el enfrentamiento a la exclusión, sino que existe por la precarización del empleo y el requerimiento cada vez mas tecnificado de mano de obra, por el quiebre de la protección social y los cambios generados en la subjetividad de los individuos, este autor dice que el nudo de la nueva cuestión social es la fragmentación del soporte salarial.²⁴

Deterioro del nivel de los salarios y concentración del ingreso, deterioro de la calidad de vida de proporciones muy importantes de la población.

El modelo neoliberal incluye la informalidad del trabajo, el desempleo, la desprotección laboral y la pobreza.

²⁴ Castells, Manuel. Movimientos Vecinales. Foro Internacional de Movimientos Vecinales. Sevilla. 1990.

La política social se orienta no ya a consumos colectivos ni a derechos sociales, sino a la **asistencia focalizada** hacia aquellos con menos capacidad de presión. Dicho de otro modo, este estado incluye por definición un rostro asistencialista.

Este modelo de políticas social completa la definición del Estado Neoliberal.

3.2. Políticas Sociales:

La política social estatal está experimentando una reorientación conducida por la estrategia neoliberal.

La crisis y el ajuste estructural han sido acompañados de una crítica ideológica permanente a las funciones asistenciales clásicas que el Estado capitalista desarrolló en los últimos 40 años.

El embate apuntó básicamente a las políticas universalistas.

El universalismo del derecho a las prestaciones de la seguridad social se constituye como el derecho ciudadano, mas allá de la ubicación específica de los miembros de la sociedad en la división del trabajo.

En la Argentina la expansión de los derechos sociales esta ligada a la constitución de otra categoría: los trabajadores formales. Esto favoreció el carácter residual de la asistencia publica cuyos sujetos legítimos (y únicos) fueron aquellos imposibilitados de integrarse al mercado laboral.

Durante el gobierno de J. D. Perón (1946-1955) la Política Social fue concebida como la incorporación de grandes contingentes poblaciones al acceso de los bienes y servicios de consumo colectivo, resignificándolos como derechos legítimos.

A partir de las políticas de ajuste estructural, los pobres devinieron en una nueva categoría identificatoria y en los sujetos legítimos de las políticas focalizadas de asistencia.

En el ámbito de las políticas sociales, la estrategia de la focalización es el correlato de la individualización de la fuerza de trabajo y de la posibilidad estructural de exclusión de una parte de ella del mercado de trabajo, de la forma lógica de acceder a los recursos.

De ahí el contenido asistencialista de la focalización se dirige a una categoría de ciudadanos débiles pero no reconoce en ellos a un sujeto de la producción.

Asistimos a una redefinición y resignificación del papel de Estado, del mercado y del individuo en la relación necesidad derecho recurso.

Si la vivienda, la educación, la salud, la alimentación y el trabajo, pierden su condición de derechos, para ser recursos cuyo acceso regula únicamente el mercado, el no-acceso a los mismos deja de constituir un problema del Estado, para ser un problema de particulares.

Quizá la mas dramática característica de la política social en AL está expresada en el limitado sector de la población que accede a ellas y sus servicios o la transferencia de ingresos que realiza.

El alcance de la acción pública en salud varía de acuerdo a los países, pero aún en aquellos donde es mayor, un conjunto significativo de la población queda al margen de los beneficios.

Los programas focalizados no responden a la intención de prestar una especial atención a los grupos vulnerables, aunque así sean presentados, sino que responden a una intención de dedicarse solo a los grupos vulnerables. Se ha transformado el concepto de salud como valor, como derecho por el valor de mercancía.

Este modelo de Estado, el neoliberal, se reserva, la obligatoriedad de atender a esa franja de población que no puede acceder a la salud por que no la puede comprar en el mercado. De ahí que las políticas focalizadas tiendan a dedicarse solo a esa franja de la población, en tanto residuales.

Estas medidas de ajuste estructural, implican el repliegue del estado de la economía y de la sociedad.

Los sistemas públicos de salud han sido formados con criterio de universalidad, pero, aún así, en los tiempos actuales la demanda ha aumentado mucho debido a la perdida del empleo formal y de la cobertura medico asistencial que este significaba.

3.3. Salud Publica

En 1973 la OMS afirmo que: “ el concepto de salud publica se refiere a todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, del estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de los servicios de salud y/o enfermedad y la planificación y gestión de los mismos. La salud publica se ocupa de la salud global de las poblaciones en sus aspectos de promoción y protección de la salud. Curación Readaptación y Educación para la Salud”²⁵

Salud Pública expresa los planes políticos en materia de salud de una Región o País y pone énfasis en las acciones sobre el ambiente y reconoce la importancia de los aspectos sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida.

Una Política de Salud es un esfuerzo coordinado por mejorar la situación de salud de la población.

La formulación de dichas políticas involucra definir las formas en que el Estado desempeñara sus cuatro funciones básicas en salud:

- ✓ la de informador y consejero,
- ✓ la de proveedor,
- ✓ la de financiador
- ✓ la de regulador.

Las políticas de salud son los instrumentos y mecanismos para que el Estado ejerza esas cuatro funciones.

Cuando se trabaja en salud, en este caso en particular “el nacimiento prematuro de muy bajo peso”, es fundamental hacer referencia a las características del sistema de salud, encargado de brindar respuestas a las necesidades de la población, como es el caso del sistema de salud de la

²⁵ Mondragón Lasabagaster J. Trigueros Guardiola I. Manual de Practicas de Trabajo Social en el Campo de la Salud. Siglo Veintiuno Editores. España. 1999.

República Argentina

3.4. Sistema de Salud (OPS)

Según González García Ginés un sistema de salud se define como: “ Un conjunto de mecanismos a través de los cuales la capacidad instalada y los recursos humanos y financieros se organizan mediante un proceso administrativo y una tecnología medica para ofrecer prestaciones medicas integradas en cantidad, calidad y oportunidad adecuadas para cubrir la demanda de servicios de la población”...²⁶

Haciendo historia acerca del sistema de salud en la Argentina:

1) Durante el período comprendido por los años 1945-1955, el país toma los conceptos de Derecho a la Salud y comienza a diagramar la universalidad de la cobertura. Todo con la idea de Estado como prestador y planificador de la totalidad de los Servicios de Salud. Se crea en 1946 la Secretaria de Salud Publica.

2) Se realizo una reforma constitucional en el año 1949, en loa cual aparece el derecho a la salud y la Secretaría de Salud Pública pasa a la categoría de Ministerio.

3) En el período 1946-1955 a partir de las gestiones del Dr. Carrillo se crearon los grandes Hospitales Nacionales, se paso de 63.000 camas a 108.000. Estos estaban sostenidos por el gobierno nacional.

Al crearse el Ministerio de Salud Publica en 1949, aparecen 22 incisos en los que se formulaban todos los objetivos a cumplir en el área social y de salud, aparecen en ellos los términos de Prevención, Salud Ambiental, atención de las discapacidades, educación de la población, fiscalización del accionar y conocimientos médicos, medicina del deporte, etc.

Carrillo dividió el País en regiones sanitarias, basándose en ellas delinea el Plan Nacional de Salud Pública. Los Hospitales Nacionales sirvieron de base y se crearon, además, los Centros Médicos Ambulatorios. También convirtió los Hospitales Públicos en centros de formación

²⁶ González García Ginés. Políticas de Salud en Argentina en los Umbrales del siglo XXI. Revista Medicina y Sociedad. Vol. 20 N°1 Primer Trimestre 1997.

profesional, por otra parte eran los centros de salud por excelencia para todas las clases sociales, relegando la medicina privada solo para sectores pudientes.

Carrillo inicio la regulación de la salud por parte del estado, accesibilidad para la clase menos pudiente, regionalización sanitaria, creación de hospitales para crónicos, coordinación de los servicios y capacitación de recursos humanos.

La creciente fortaleza de los sindicatos permitió que se organizara la atención de la salud de los trabajadores, se crearon los Sanatorios Privados pertenecientes a cada sindicato, y todos los servicios que estos le brindaban a los afiliados.

En una etapa inicial del sistema de salud argentino, el paradigma sanitario, que surgía en un marco de crecimiento imponía la idea de que era posible brindar progresivamente servicios y atención a los enfermos y a toda la gente.

En esta fase el incremento del gasto no era percibido como un problema.

Puede afirmarse que el Estado de Bienestar surgió de forma mas o menos contemporánea a lo que pasaba en el mundo. El incremento del gasto publico desde mediados de los cuarenta fue trascendente.

Lo que en Argentina se percibió un poco mas tarde es que el crecimiento exponencial de los gastos no significaba necesariamente una mejora de la salud de la población.

4) Un intento de recomposición del sector salud, se inicio caído Perón, a fines de 1957, a través de diversas medidas de descentralización de los servicios. Las medidas incluyeron la transferencia de recursos asistenciales hacia las provincias y municipios, tratando de disminuir el papel central y coordinador del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

La transferencia de servicios se convirtió en una política habitual de los gobiernos de facto, para terminar en 1979 con un franco traspaso de un numero importante de servicios asistenciales del gobierno central hacia las provincias y municipios, sin contemplar una paralela transferencia de recursos financieros.

La fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos con el propósito de obtener un reembolso por las prestaciones que se brindaban a beneficiarios de obras sociales, o a usuarios con capacidad de pago, implicó la necesidad de probar una situación de carencia para lograr el acceso gratuito a un servicio público.

La reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, en el cual la superposición, costos crecientes, y el uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos pasaron a ser una constante.

Desde la consolidación del sistema de obras sociales el modelo argentino de salud adquiere sus principales características de heterogeneidad y fragmentación. Esto es, falta de integración entre los subsectores: público, seguridad social y el privado, y al interior de cada uno de los mismos.²⁷

En este esquema planteo las diferencias y desigualdades que existen entre los sistemas de salud ergo son las evidencias de las diferencias y desigualdades que se dan en la reproducción social.

Modelo estatal o público:

Los servicios brindados por los sistemas de salud pública son, en general, no personales (higiene, saneamiento básico, etc.) y personales de tipo preventivo y curativo. Desde el punto de vista jurídico los servicios están disponibles para todos los miembros de la sociedad y las restricciones al acceso se deben solo a la inexistencia absoluta o en proporciones adecuadas de infraestructura y recursos humanos para satisfacer la demanda de atención.

El financiamiento de estos servicios proviene de recursos establecidos por normas legales (impuestos) y la atención es brindada en establecimientos de propiedad de la autoridad gubernamental nacional o local con recursos humanos contratados a tal efecto.

Otra instancia es la atención a grupos poblacionales específicos donde obviamente no rige el principio de acceso abierto. Ejemplo el hospital policial.

²⁷ Isuani Ernesto y Mercer Hugo. La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?. Centro Editor de América Latina. Argentina. 1988.

El estado puede relacionarse con la atención a la salud a través de subsidiar el funcionamiento del sector privado o de la seguridad social.

El modelo de la seguridad social:

El financiamiento de este sistema de prestación de servicios de salud esta basado en los aportes obligatorios del conjunto de individuos que son sus beneficiarios, en su gran mayoría trabajadores asalariados. También el aporte de las empresas donde estos trabajan suele constituir una fuente de ingresos y en algunos casos el Estado realiza contribuciones.

A diferencia de la salud publica, el concepto de contribuyente/beneficiario prima sobre el concepto de ciudadano.

La seguridad social opera básicamente a través de dos modalidades: posee las instalaciones, equipamientos y recursos humanos con los cuales brinda la atención

En otros casos la seguridad social actúa básicamente como intermediario financiero y cubre los gastos de la atención suministrada a sus afiliados por el sector privado o el sector publico, es decir, indirectamente.

El modelo privado:

La atención brindada por personas a quienes se atribuye autoridad medica a cambio de un pago constituye la forma más antigua de provisión y adquisición de servicios de salud.

Pero además de la atención profesional individual o colectiva, modelo clásico de atención privado, existen otras formas.

Una de ellas es el seguro privado, implica que un conjunto de individuos asumen voluntariamente y no en forma obligatoria como en la seguridad social, la decisión de protegerse del riesgo o enfermedad, contribuyendo colectivamente a solventar los costos de la atención recibida.

Una tercera forma que asume el modelo privado de organización es la beneficencia o caridad.

Una cuarta forma es la provisión de servicios médicos, o gratuitos a los trabajadores por parte

de las empresas y su financiación con recursos de estas mismas.

El sistema público de salud tiene su fundamento en el concepto de derecho del ciudadano y a pesar de que en muchos países, subdesarrollados, no constituya más que una especie de beneficencia pública, su orientación es universalista. La seguridad social se basa en la noción del beneficiario/contribuyente, y la atención privada, en la capacidad adquisitiva del individuo para acceder al mercado de servicios de salud.

5) Hacia 1983 el deterioro de los servicios públicos se veía reforzado por la profunda crisis económica que afectaba al país.

En lo que al sistema de salud se refiere el saldo es:

- ⇒ Vaciamiento del sistema público y su consecuente achicamiento
- ⇒ Descentralizaciones, provincialización y municipalización de efectos de alta y baja complejidad sin una reorganización normativa y programática que cubriese la demanda satisfactoriamente equilibrando complejidad
- ⇒ Privatización de los efectores públicos, arancelamiento, bonos voluntarios (que resultan compulsivos) en ciertos efectores, etc.
- ⇒ Crecimiento del subsector privado
- ⇒ Fragilización, vaciamiento (en ocasiones quiebra) del subsector de obras sociales.

El cambio en las políticas quedó expresado en focalización en la atención de la salud (población vulnerable en riesgo), programas financiados y orientados por Organismos Internacionales, cuestión que sumada a políticas descentralizadoras – carentes de articulación – infringen un derecho constitucional como la salud e incrementan la deuda externa

Si se analiza como funciona el sistema de salud en Argentina se puede comprobar que el gasto en salud no se corresponde con el servicio, el mundo ofrece ejemplos de naciones que con igual o similar dinero que el invertido por Argentina en el área de salud, consiguieron un desempeño excelente.

Según el “Informe sobre salud en el mundo 2000” de la Organización de Naciones Unidas, a

partir de estimaciones para 1997, entre 151 países, Francia es el que mejor desempeño global de su sistema de salud (invierte el 9.8% de su Producto Bruto Interno), seguido por Italia y varias naciones pequeñas. España eroga el 8% de su PBI, y se ubica en el puesto siete, mientras que Argentina, con un porcentaje similar se ubica en el puesto 75.²⁸

3.5. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata

Dentro de este contexto de descentralización y focalización de las políticas públicas en los grupos más vulnerables de la población, se recargan los Servicios Sociales de las Instituciones Públicas, desbordando su capacidad y disminuyendo la calidad de la prestación en los servicios.

Si bien estos servicios sociales se encuentran recargados en su capacidad de prestación, actualmente, junto al trabajo interdisciplinario se va configurando una mayor necesidad de especialización en las diferentes enfermedades y un avance, especialmente desde la investigación médica.

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata.

Dentro del sistema de salud de nuestro país esta institución Materno Infantil es un *Hospital de Agudos, Complejidad 8*, dado que posee Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatal. *Interzonal*, pues recibe derivaciones de toda la Zona Sanitaria VIII (16 Municipios). *Especializado*, abarcando dos grandes áreas principales: obstetricia y pediatría.

Es un Hospital Escuela, de capacitación y perfeccionamiento en las áreas donde brinda cobertura.

Cuenta con una estructura y recursos humanos que le permiten cumplir funciones de asistencia médica, docencia e investigación.

²⁸ Rombola Marisa, El gasto en salud no se corresponde con el servicio. Le Monde Diplomatique. El Diplo. Marzo 2001.

Depende jerárquicamente del Ministerio del Salud de la Provincia de Buenos Aires, pero es un hospital Descentralizado y de Autogestión.

Se encuentra incorporado al SAMO, pudiendo facturar a las Obras Sociales las prestaciones brindadas a sus afiliados.

El Hospital tiene 248 camas disponibles para internación en total, discriminadas en 146 para Pediatría, 93 para Obstetricia, 70 para recién nacidos sanos, 40 para Neonatología, 27 en el Hospital de Día y 6 en Sala de Observación de Guardia Pediátrica.

Tiene un promedio anual de 273.000 consultas en la Guardia, 170.000 en la Clínica Pediátrica, 6168 partos y un total de 267.000 consultas clínicas.

El Servicio Social en la institución hospitalaria desempeña un rol de servicios, basando su intervención en una visión integral del hombre, sujeto de su propia vida y salud, desde un concepto de Salud integral (OPS), no limitándose a los aspectos médicos y asistenciales.

El Servicio Social se integra en diferentes Programas y Areas, de acuerdo a las diferentes problemáticas que se atienden en la Institución.

CAPITULO 4.

4.1. Aspectos Metodológicos:

La metodología de trabajo esta basada en un tipo de diseño exploratorio - descriptivo.

Optando por la utilización de un instrumento de tipo mixto: cuanti - cualitativo de investigación, dado que se pretende obtener datos de diferente naturaleza, que en este tipo de problemática resultan de fundamental importancia.

Teniendo en cuenta que las condiciones socioeconómicas de la población en general se han modificado negativamente y que el Hospital Público ha dejado de ser el Centro de Salud al que concurre solo un sector definido de la sociedad que no podía acceder a otros lugares, considero necesario obtener datos cuantitativos para la elaboración de un diagnostico socio-ambiental de las familias de los pacientes prematuros de muy bajo peso(<1501grs).

Al mismo tiempo es necesario obtener información acerca del impacto sufrido por la familia ante la internación del paciente en la Sala de Neonatología, y todo lo que esta situación implica para la madre, como así también cuando el paciente llega a su domicilio, desde las palabras de las madres de los mismos.

HIPOTESIS:

“Las condiciones socioeconómicas, ambientales, educacionales, culturales, y el numero de controles médicos realizadas por la madre durante el embarazo, cuando son adversas, predisponen los nacimientos prematuros de muy bajo peso.”

OBJETIVO GENERAL:

“Investigar a la población prematura de muy bajo peso (<1500grs.), que en el período junio 1999- junio de 2000, se internaron en la Sala de Neonatología del HIEMI relacionándolo con los siguientes factores de riesgo: ambientales, socioeconómicos, educacionales y el numero de controles médicos realizadas por la madre durante el embarazo.”

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la situación socioeconómica de la madre del paciente. (familia del mismo)
2. Conocer la edad de la madre del paciente.
3. Indagar acerca de la instrucción de la madre del paciente.
4. Analizar la historia perinatal de la madre del paciente: cantidad de gestas e hijos, período intergenésico, antecedentes de partos prematuros , y el numero de controles durante el embarazo.
5. Evaluar el impacto que produce la internación en la familia del paciente.
6. Evaluar como se desarrolló la madre en el domicilio, y con qué apoyo esta pudo contar.
7. Describir el rol del TS dentro del enfoque de atención integral de la salud, trabajando en forma interdisciplinaria
8. Elaborar desde el Servicio Social una propuesta de intervención que contemple la situación presente de la familia y pueda desarrollar una tarea preventiva al respecto.

a) Universo de la Investigación:

Pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso (<1501 gr), internados en la Sala de Neonatología del HIEMI, de Mar del Plata, en el periodo 1-07-99 al 30-06-00.

Del total de la población estudiada se tomara una muestra representativa de la misma, a partir de los siguientes criterios.

b) Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso (<1501grs), internados en la Sala de Neonatología, del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, de la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre 1-07-99 y el 30-06-00.

c) Criterios de exclusión:

- Pacientes que hubiesen fallecido
- ✓ Pacientes cuyo lugar de origen no fuese la ciudad de Mar del Plata.

Teniendo en cuenta que en la investigación cualitativa el muestreo se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones que garanticen mejor cantidad y calidad de la información.

Sé plantea entrevistar a una muestra intencional, conformada por el 50 % de las madres de estos pacientes, teniendo en cuenta algunas características de la población como son: el sexo de los pacientes, las edades de las madres y la cantidad de gestas de las mismas.

Según Taylor y Bodgan (1988) “en el muestreo teórico el numero de casos estudiados carece relativamente de importancia, lo importante es el potencial de cada caso”.

d) Unidad de análisis:

“La madre del paciente Prematuro de Muy Bajo Peso (<1501grs), internado en la Sala de Neonatología del HIEMI, de Mar del Plata en el periodo 1-07-99/ 30-06-000.”

e) Técnicas e Instrumentos:

A partir de los objetivos específicos planteados en esta investigación.

Se llevó a cabo el diseño de una entrevista semi- estructurada en la cual: se utilizaron preguntas cerradas con el objetivo de obtener información acerca de la edad de la madre, niveles de instrucción, situación laboral e ingresos, composición familiar, condiciones de la vivienda, cantidad de gestas y de hijos, planificación del embarazo, controles prenatales y antecedentes de prematurez.

Como el interés de la investigación radicaba en ir mas allá de la obtención de datos cuantitativos se implementaron preguntas abiertas que permitieron evaluar el impacto de la internación del paciente en la Sala de Neonatología sobre la madre de este, como se desarrolló

la organización familiar durante este tiempo, evaluar la contención y ayuda familiar que recibió. Lo mismo para la situación de egreso del paciente.

Considero importante destacar que la entrevista refiere a una situación pasada, donde los sentimientos y experiencias vividas pueden ser analizadas con mas claridad por la misma persona y reflexionar acerca de lo vivido.

4.2. Análisis de los datos obtenidos.

Este trabajo de investigación se desarrolló con el siguiente universo: la población prematura de muy bajo peso (<1500grs.), que ingresó a la Sala de Neonatología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata. en el período comprendido entre el 1 de julio 1999 y el 30 de junio de 2000.

Durante este período se registraron 5234 nacimientos (recién nacidos vivos), 798 pacientes fueron internados en la sala de Neonatología de los cuales, 134 fueron prematuros de muy bajo peso (<1501 gr.)

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil	Nº	%
Nacidos Vivos	5234	100
Internados en Neonatología	798	15.2
Prematuros de Muy Bajo Peso	134	2.6

Fuente: Hospital Interzonal Especializado Materno infantil de Mar del Plata, 1/07/99 al 30/06/00.

En lo que refiere al lugar de origen de los pacientes prematuros de muy bajo peso, 81 pertenecen a la ciudad de Mar del Plata, y 53 provienen de otras localidades, como Miramar, Necochea, Balcarce, Villa Gesell, Pinamar, Partido de la Costa, Gral. Madariaga, Ayacucho, entre otras. Teniendo en cuenta que la ciudad de Mar del Plata en una ciudad de rango intermedio por tener una población de 500.000 habitantes mientras, que las otras localidades son de rango menor (de 10.000 a 20.000 habitantes) las cifras resultan significativas.

Lugar de Origen de los Pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso	Nº	%
Pacientes de Mar del Plata	81	60.4
Pacientes provenientes de otras localidades	53	39.6
Total de Pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso (<1501 gr.)	134	100

Fuente: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata, 1/07/99-30/06/00.

De estos 134 pacientes prematuros de muy bajo peso (menos de 1501 gr), 44 fallecieron.

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil	Nº	%
Pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso (<1501 gr.)	134	100
Pacientes Fallecidos	44	32.8

Fuente: Hospital Especializado Materno Infantil de Mar del Plata. Período 1/07/99-30/06/00

Con respecto a los pacientes fallecidos se encontró que 31 pacientes provenían de Mar del Plata y el 13 de otras localidades.

Lugar de Origen de los Pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso Fallecidos	Nº	%
Pacientes fallecidos de Mar del Plata	31	70.5
Pacientes Fallecidos de Otras Localidades	13	29.5
Total de Pacientes Prematuros de Muy Bajo Peso Fallecidos	44	100

A partir de estos datos se conforma una muestra integrada por cincuenta pacientes recién nacidos prematuros de muy bajo peso, que ingresaron a la Sala de Neonatología del HIEMI, en este período de tiempo.

A partir de los criterios de inclusión y de exclusión, la muestra representativa quedó conformada por 23 pacientes prematuros de muy bajo peso y las 22 madres de éstos, se hace referencia al número de madres, dado que la unidad de análisis de esta investigación la constituyen las madres de los mismos.

Con el objetivo de realizar un diagnóstico socio ambiental de las familias del paciente se consideraron los siguientes indicadores²⁹:

- ✓ Sexo del paciente
- ✓ Peso del paciente al nacer
- ✓ Situación de Pareja de la Madre
- ✓ Edad de la Madre
- ✓ Nivel de Instrucción de los padres
- ✓ Estabilidad ocupacional de los padres

El nivel educacional (escolaridad) es un factor fundamental dado que, de este surgen las posibilidades de lograr una buena inserción laboral, y, la posibilidad de prevenir enfermedades, embarazos no deseados y dificultades durante el mismo.

En el análisis de la variable ambiental se tomaron como indicadores las condiciones críticas de habitabilidad con repercusiones psicológicas y/o físicas en los miembros de la familia, como también de estas se evalúa la capacidad de las viviendas con respecto al tamaño, en función de la cantidad de personas por vivienda, o sea, tomando como condiciones críticas el criterio del INDEC (1983)

Se indagó acerca de la conducta de la madre con respecto al cuidado de su salud durante el embarazo teniendo en cuenta las siguientes variables:

- ✓ Planificación del embarazo
- ✓ Métodos anticonceptivos utilizados anteriormente
- ✓ Controles médicos realizados durante el embarazo
- ✓ Antecedentes perinatales: abortos espontáneos, otros hijos prematuros, madre primipara, madre que presenta entre 4 y siete gestas y período intergenesico acotado.

Para evaluar el impacto de la internación sobre la madre de paciente, como se desarrollo la

²⁹ Un indicador es una forma práctico- concreta de expresar un rasgo común de un fenómeno, que se torna observable. Ver Hyman, Lazarsfeld, Zeisel, Sorokin, Coser. La Investigación Social. Centro Editor de

organización familiar durante este tiempo, evaluar la contención y ayuda familiar que recibió, se realizaron preguntas abiertas, que permitieran a la madre expresar sus sentimientos y vivencias, lo mismo para la situación de egreso del paciente.

Considero importante destacar que en la entrevista refiere a una situación pasada, donde los sentimientos y experiencias vividas pueden ser analizadas con mas claridad por la misma persona y reflexionar acerca de lo vivido.

4.3. Estado de la Cuestión

El campo problemático revela las condiciones en que se encuentra la sociedad: deterioro del nivel de salarios, concentración del ingreso, deterioro de la calidad de vida, informalidad en el trabajo, desempleo, pobreza, debido a los cambios provocados desde el modelo neoliberal que privilegia el mercado imponiendo políticas focalizadas de asistencia que no responden a las necesidades y demandas de la población.

Los sistemas públicos de salud han sufrido modificaciones a través de los años cuyo saldo es un vaciamiento y achicamiento, descentralización sin la organización y transferencia de recursos suficiente, privatizaciones, vaciamiento y fragilización del sistema de obras sociales.

Como consecuencia de esta situación los Hospitales Públicos como es el caso del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil han tenido que dar respuesta a un aumento considerable de la demanda de atención, teniendo que absorber recortes en sus presupuestos.

Dadas estas circunstancias y tratándose de una problemática tan sensible a las condiciones socioeconómicas, ambientales, educacionales, culturales y tan vulnerable desde la tecnología necesaria para su atención es que he decidido realizar este trabajo de investigación tendiente a brindar herramientas en prevención desde el Servicio Social.

Retomando lo señalado anteriormente la unidad de análisis la constituye “la madre del paciente Prematuro de Muy Bajo Peso (<1501 gr.) internado en la Sala de Neonatología del

HIEMI, de Mar del Plata en el período 1/07/99-30/06/00.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión la muestra quedó conformada por 23 pacientes y las 22 madres de estos. Considero importante destacar que en esta investigación se parte desde la vida, se tomaron en cuenta los pacientes que no fallecieron.

4.4 Representación Gráfica de los Datos Obtenidos



Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Especializado Materno Infantil de Mar del Plata

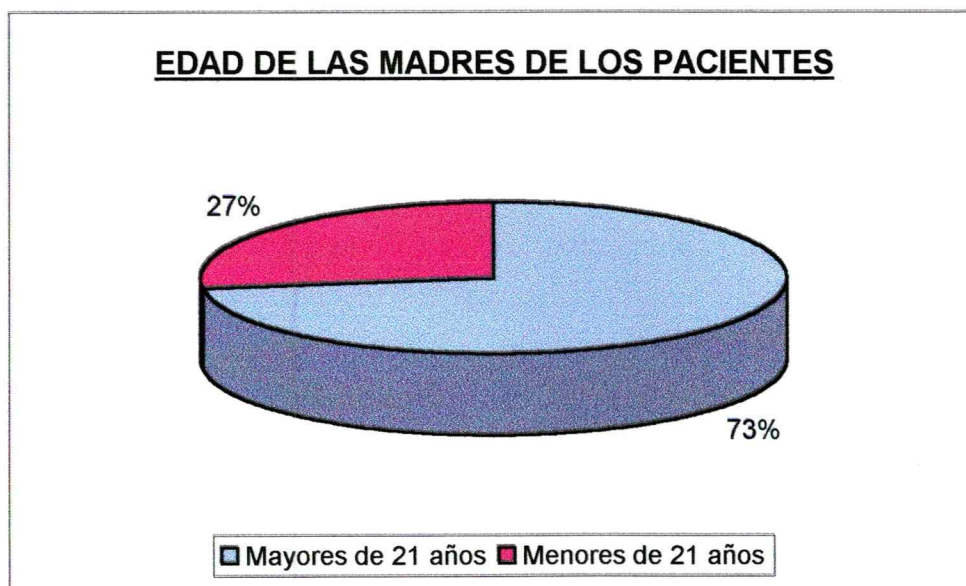
Habiendo tomado como referencia las características de la población total de prematuros de muy bajo peso la muestra quedó conformada en un 57% por pacientes de sexo masculino y en un 43% por pacientes de sexo femenino.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Especializado Materno Infantil de Mar del Plata

En lo referente al peso de los recién nacidos de muy bajo peso, encontramos que el 83% de los pacientes pesó 1000 gr o más y el 17% pesó menos de 1000 gr. Estos datos son de fundamental importancia dado que revelan el nivel de vulnerabilidad de los pacientes y es un aspecto muy importante para su recuperación.

Características de la Población.

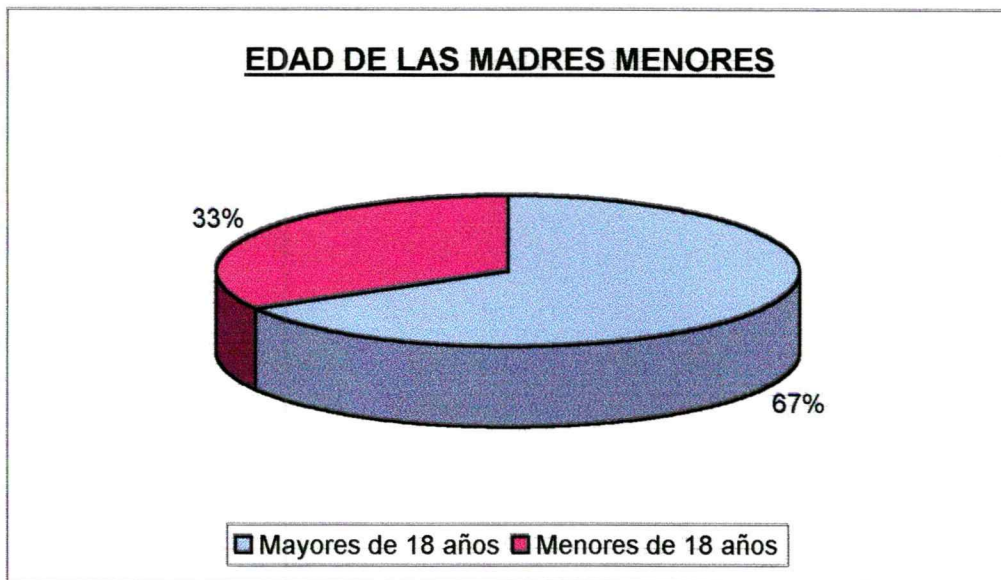


Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Especializado Materno Infantil de Mar del Plata

Con respecto a la edad de las madres de los pacientes el 73% de las mismas es mayor de 21 años de edad y el 27% de estas es menor de edad.

Se observó que en solo seis casos la edad materna superaba los 35 años de edad.

Características de la Población.

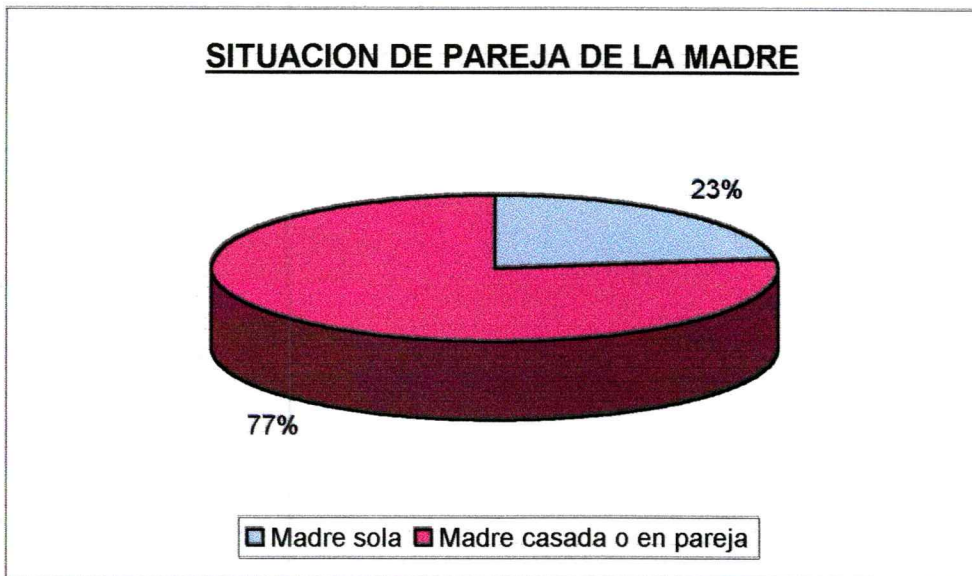


Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Especializado Materno Infantil de Mar del Plata

Con respecto a las madres menores de 21 años de edad se discriminó entre aquellas menores de 18 años y aquellas mayores de 18 años.

Como muestra el gráfico el 67% de las madres menores de edad corresponde a madres mayores de 18 años, y el 33% son menores de 18 años. Las edades registradas entre las madres menores de 18 años son 16 y 17 años.

Aspecto Social.

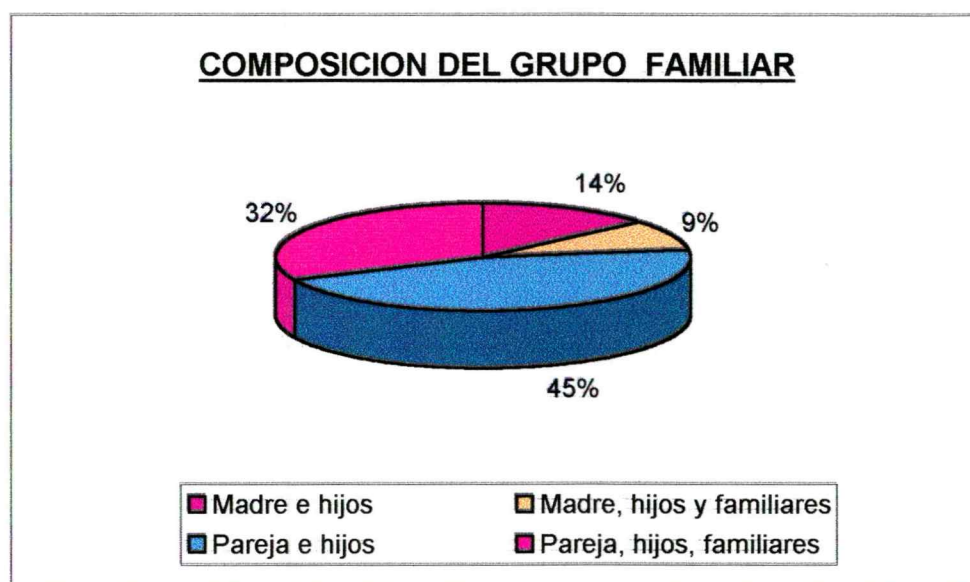


Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

Con respecto a la situación de pareja de la madre del paciente encontramos que el 77 % de los casos son mujeres en pareja, y en el 23% son mujeres solas, pero en solo dos casos la madre del paciente no tenía ninguna relación con el padre del bebé.

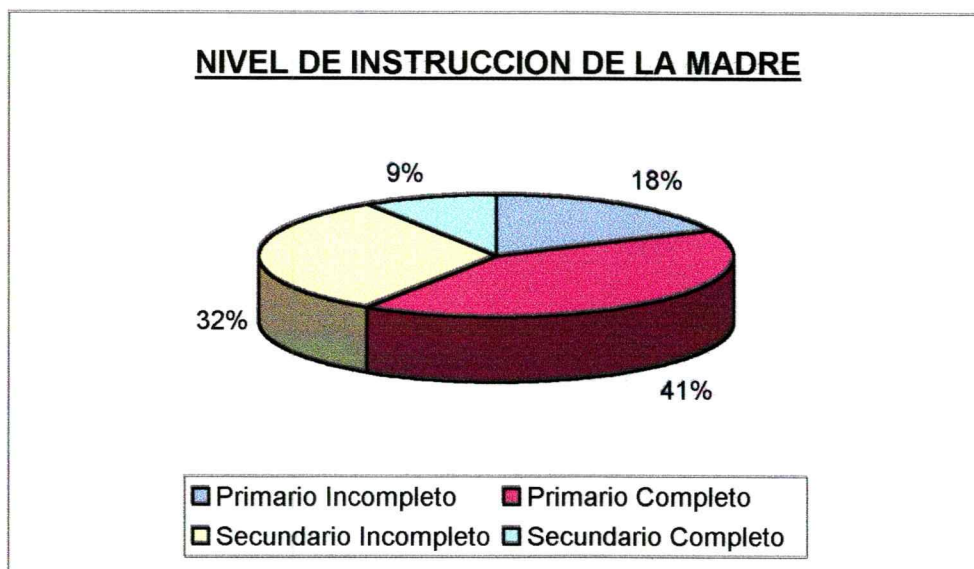
La presencia de la pareja para la madre de un paciente de estas características es importante no solo por la contención y apoyo emocional sino también por la ayuda económica.

Aspecto Social.



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

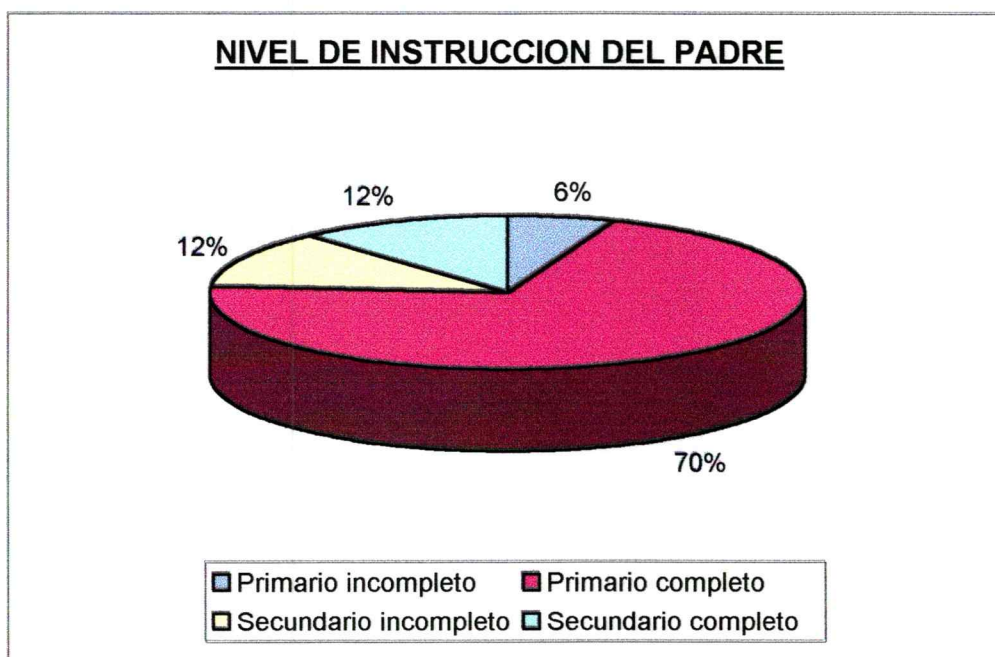
En referencia a la composición familiar se pretende conocer con quien comparte la vivienda el paciente y su madre, en esta investigación se encontró que el 45% de los pacientes vive con sus padres, el 32% de los pacientes vive con sus padres y otros familiares, el 14% de los casos la madre vive con sus hijos, y el 9% de los casos la madre y sus hijos viven con la familia de ésta.



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En lo referente al aspecto educacional se encontró que el 41% de las madres terminó sus estudios primarios, mientras el 18% no los finalizó.

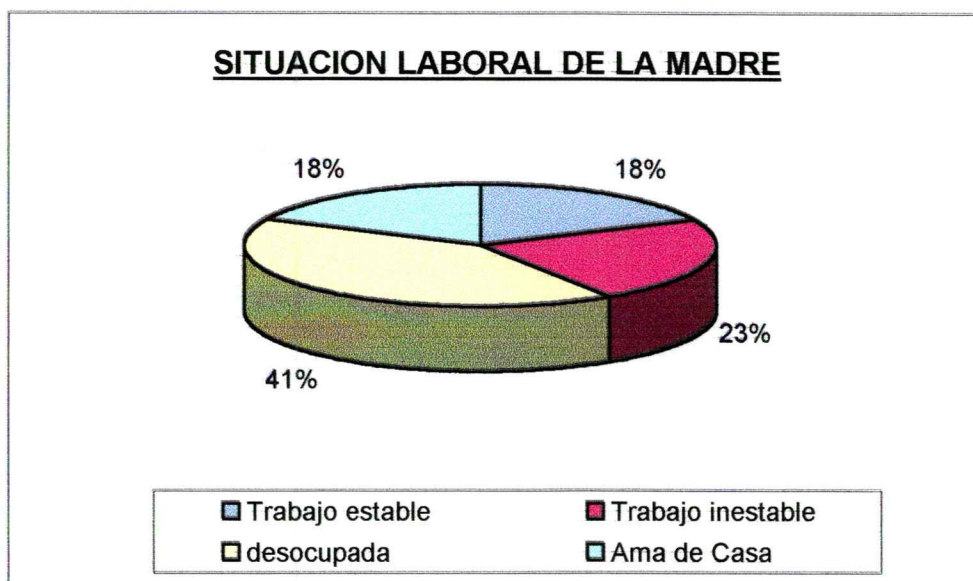
En cuanto a estudios secundarios solo el 9% los completó.



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En cuanto a los padres la situación es diferente, el 70% de estos completó sus estudios primarios y el 6% no los completó. En cuanto a los estudios secundario el 12% los completó

Aspecto Económico



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En lo referente al aspecto laboral el 41% de las madres se encuentra desocupada y el 23% tiene trabajo de forma inestable mientras el 18% tiene trabajo estable y el 18% restante es ama de casa y no presenta intención de trabajar fuera de su casa.

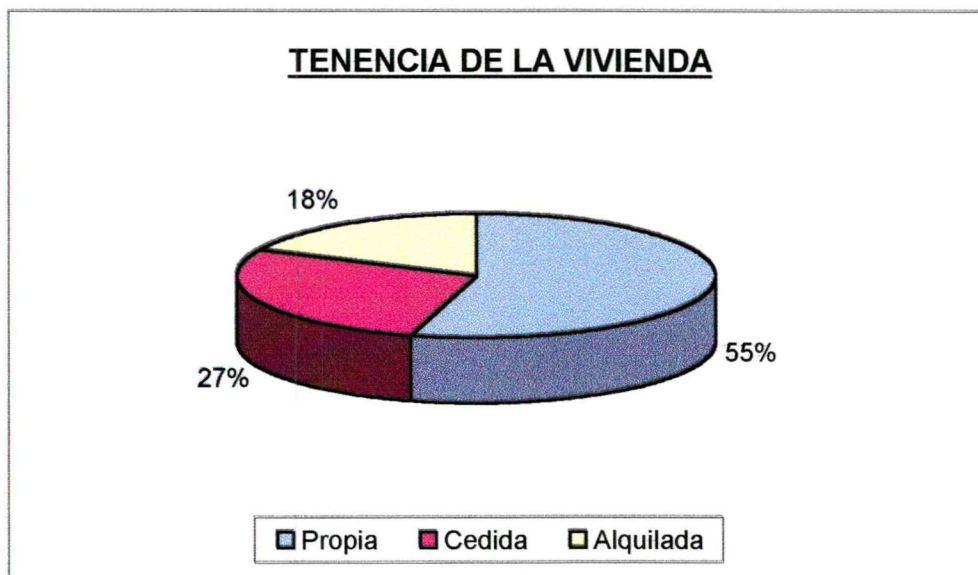
Aspecto Económico



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEM!

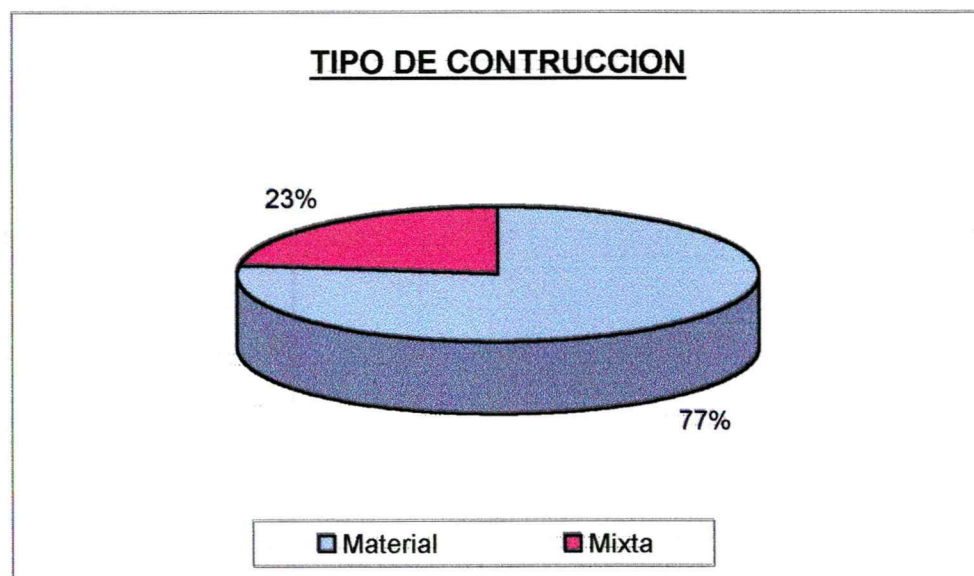
En lo referente a los padres y su situación laboral, el 41% de estos se encuentra desocupado el 24 % tiene un trabajo estable mientras que el 35% se encuentra trabajando de manera inestable.

Aspecto Ambiental



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

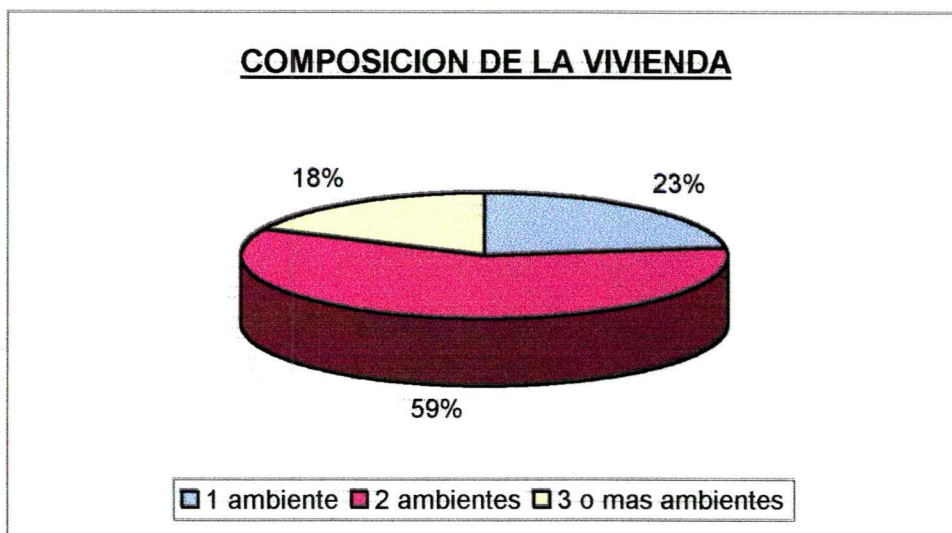
Con respecto a la tenencia de la vivienda de las familias, el 55% habita en una vivienda de su propiedad, el 27% lo hace en una vivienda cedida, y el 18% de las familias alquila la vivienda.



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

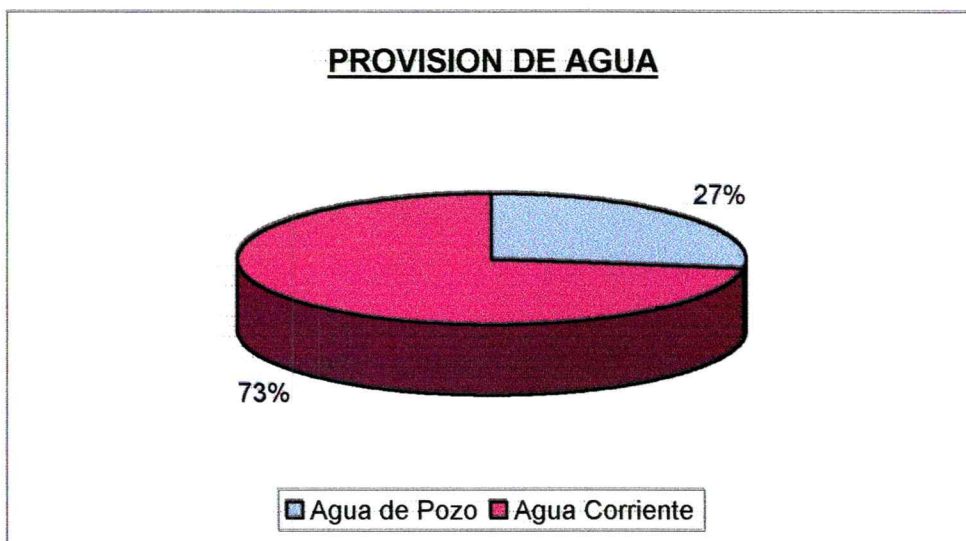
En cuanto a los materiales con que fueron construidas las viviendas el 77% corresponde a viviendas de material mientras, el 23% a construcciones de tipo mixto, material y mamposte.

Aspecto Ambiental



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

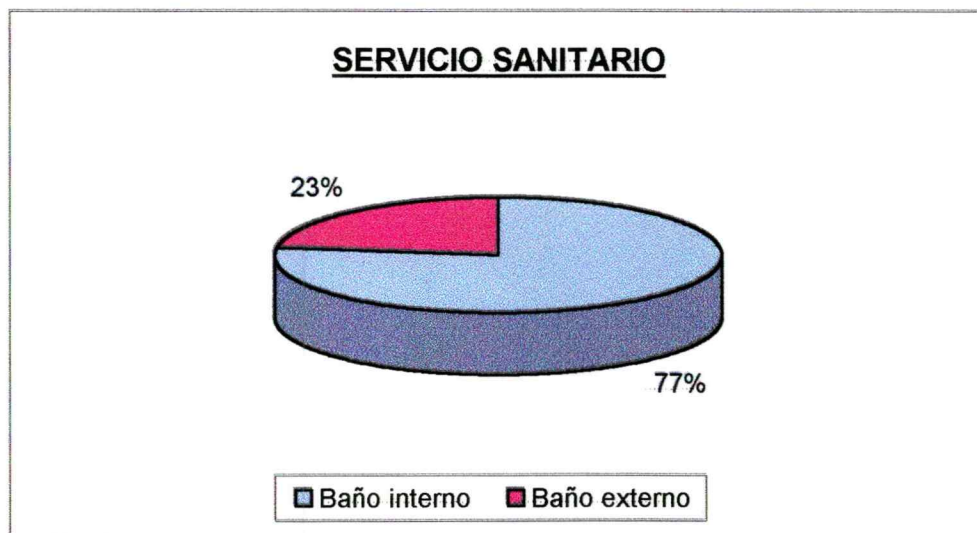
En lo que refiere al número de ambientes de las viviendas encontramos que el 59% de las viviendas posee dos ambientes y el 23 % corresponde a las viviendas que poseen un ambiente



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En lo que hace a los servicios todas las viviendas poseen servicio de luz eléctrica y en lo referente a la provisión de agua potable en estas viviendas se encontro que el 73% de las mismas posee servicio de agua corriente y el 27% la obtiene de una perforación (pozo).

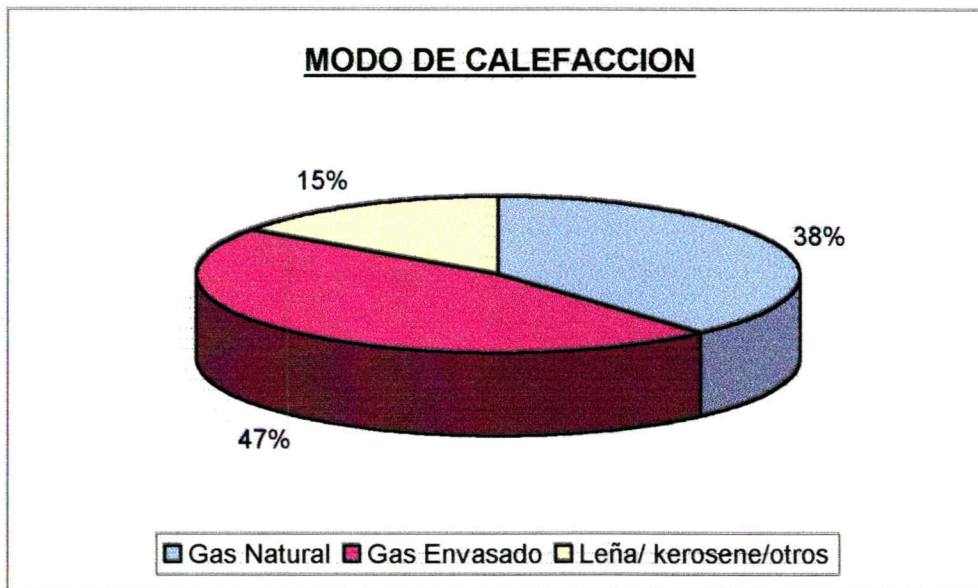
Aspecto Ambiental



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

El 77% de las viviendas posee el baño en el interior de la vivienda y el 23% lo posee en el exterior de la misma, en ningún caso se manifestó no poseer servicio sanitario.

Aspecto Ambiental



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En lo referente al tipo de calefacción encontramos que el 38% posee gas natural, mientras el 47 % utiliza gas envasado y el 15 % manifestó utilizar leña o combustibles como kerosene. Este aspecto es importante destacarlo dado que los pacientes prematuros de muy bajo peso requieren que la calefacción sea eléctrica o con combustión al exterior en lo posible de gas. No pueden estar respirando en ambientes con calefacción a leña ni a kerosene.

Aspectos Referentes al Embarazo

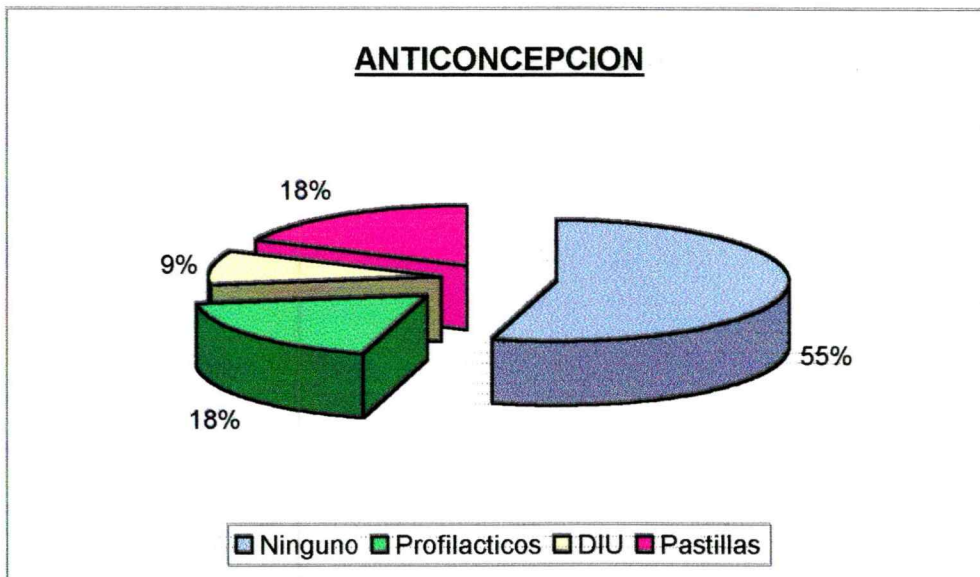


Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

La planificación del embarazo es un aspecto muy importante cuando se presentan este tipo de problemáticas como es el nacimiento prematuro de muy bajo peso.

Se encontró que el 64% de los embarazos no fue planificado.

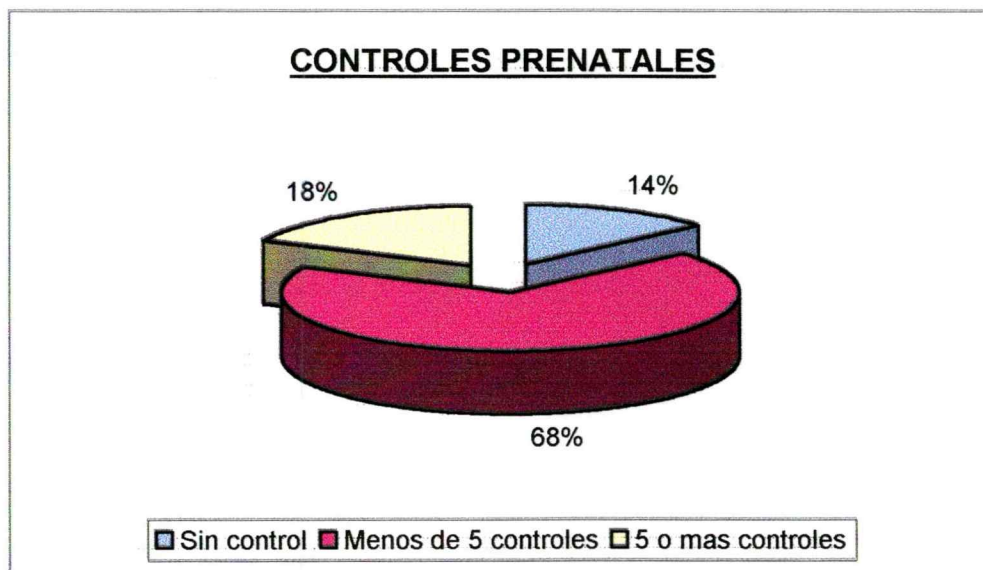
Aspectos Referentes al Embarazo



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

Relacionado con el porcentaje de embarazos no planificados se encontró que el 55% de mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo, el 18% utilizaba solo algunas veces profilacticos, el 18% había tomado pastillas pero no todos los meses y el 9 % había utilizado el dispositivo intrauterino (DIU).

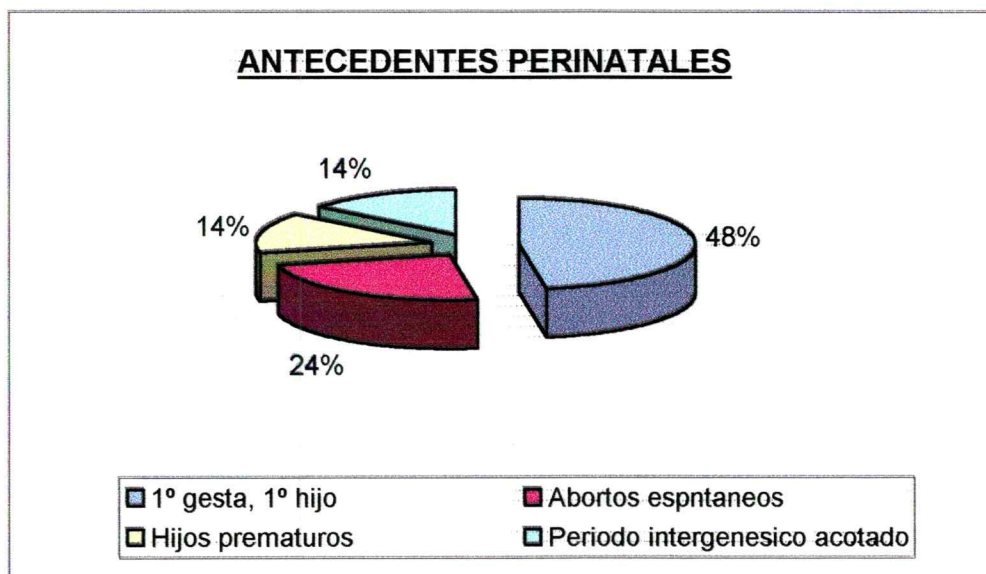
Aspectos Referentes al Embarazo



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En este aspecto fundamental para la problemática se observó que el 68% de las madres había realizado durante el embarazo menos de cinco controles, el 18 % cinco o más controles y el 14% no había controlado su embarazo.

Aspectos Referentes al Embarazo

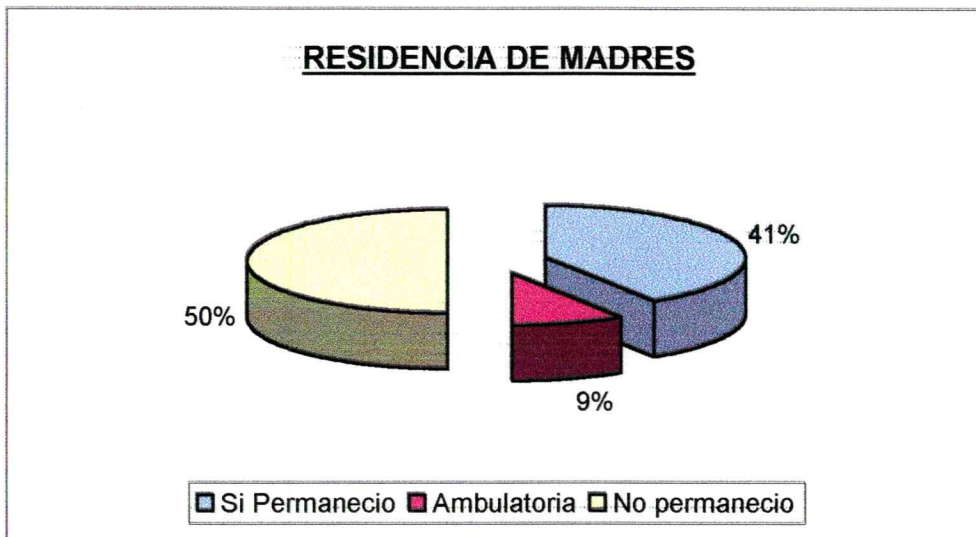


Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En cuanto a los antecedentes perinatales de la madre se observó que en el 48% de los casos esta era la primer gesta (primer hijo), en el 24% de los casos la mujer había tenido algún aborto espontáneo, y en el 14% había tenido otro/s hijo/s prematuro/s y el 14% presenta el período intergenesico acotado.

En lo referente al número de gestas de la madre, el 41% de los casos registró entre cuatro y siete gestas.

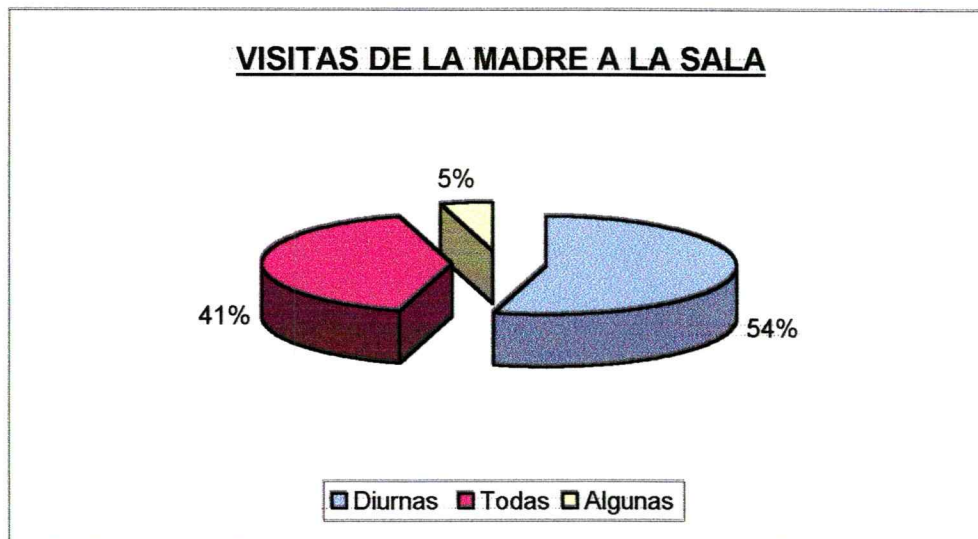
Impacto de la Internación



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

Un aspecto significativo para evaluar el impacto que la internación provoca en la madre del paciente y en su familia, es la permanencia de ésta en la residencia de madres, el 50% de estas no permaneció en residencia, el 41% si permaneció y el 9% hizo en forma ambulatoria. (es decir solo durante el día)

Impacto de la Internación

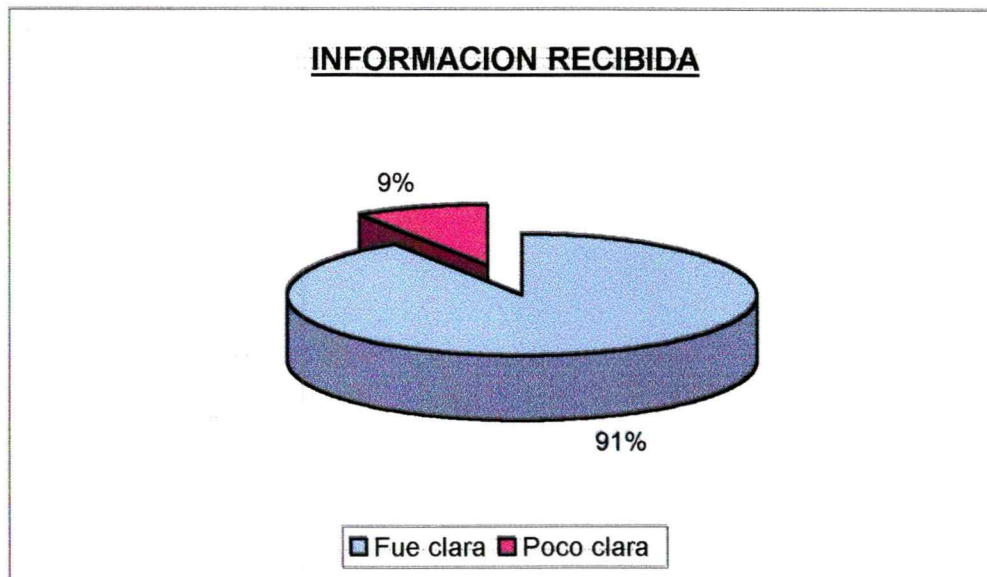


Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

En este caso se pudo conocer que el 41% de las madres realizó todas las visitas tanto diurnas como nocturnas, el 54% realizó solo las visitas diurnas, y el 5% solo en algunos horarios durante el día.

En lo que refiere a los padres de los pacientes todos menos uno ingresaron a visitar a sus hijos en los horarios permitidos y siempre que se los permitieran sus obligaciones laborales.

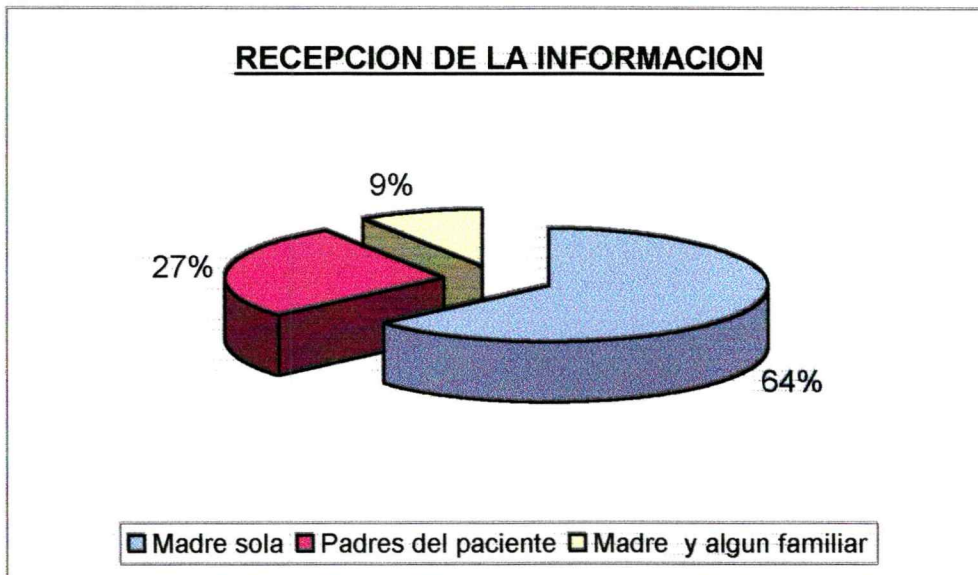
Impacto de la Internación



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

La información acerca del estado de salud del bebe es brindada por el neonatólogo diariamente en un horario establecido, el 91% de las madres respondió que la información fue clara y un 9% expreso que fue poco clara, en "términos muy médicos"

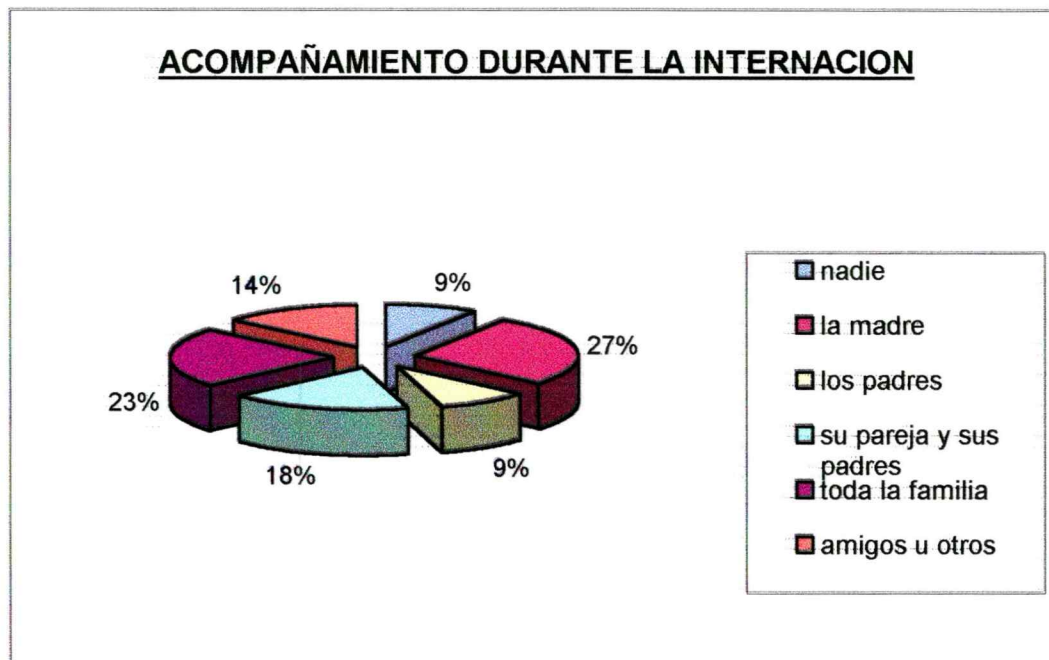
Impacto de la Internación



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

Quien recibió la información en estas situaciones es un aspecto muy importante dado que se trata de la salud de un hijo, y muchas veces el estado emocional de la madre puede dificultar la correcta interpretación de esta, el 64% de las madres recibió el parte médico de su hijo sola, el 27% lo hizo en compañía de su pareja, y el 9% con algún familiar.

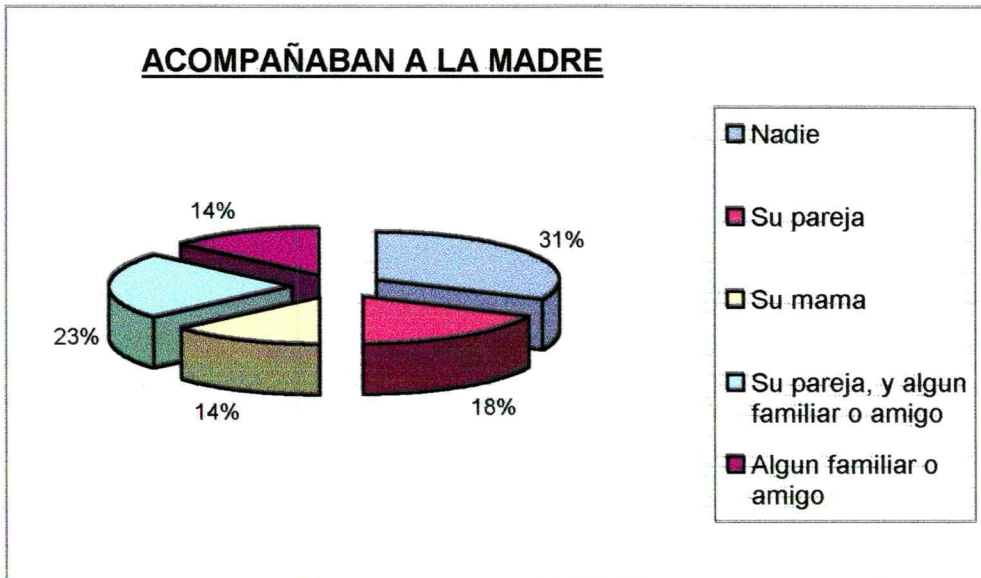
IMPACTO DE AL INTERNACION



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

El apoyo y acompañamiento con que cuenta la madre del paciente durante la internación es un aspecto muy importante para la integridad de ésta y por consecuencia para el cuidado y afecto que pueda brindarle a su hijo, el 27% de las madre recibió el apoyo de su madre, el 23% de toda su familia, el 18% de su pareja y de sus padres, el 14% de sus amigos u otros, el 9% de los padres y otro 9% de nadie.

Al momento del Alta.



Fuente: Entrevistas realizadas a las madres de los pacientes del Servicio de Neonatología del HIEMI

El 31% de las madres al momento del alta se encontraba sola, el 23% con su pareja y algun familiar o amigo, el 18% con su pareja, el 14% con su mama y el 14% con un amigo.

4.5. Impacto de la Internación.

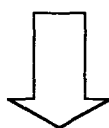
El nacimiento de un hijo, y su internación en la Sala de Neonatología provoca una situación de crisis muy profunda en la familia del paciente; los padres de este se sienten igual o más gravemente enfermos que él bebe, y pueden sobreponerse y reaccionar de múltiples formas. Se encuentran perturbados y alterados emocionalmente, pudiendo alterar su interacción y vínculo parental.³⁰ Dado que el hospital debe separar necesariamente a la familia, es decir, al RN de sus padres para “garantizar” (de alguna manera) su sobrevivencia. Se instala una distancia entre padres e hijo, que marca una interferencia muy intensa en los inicios del vínculo entre ellos. Es por ello que el perfil de las UCIN fue cambiando y el objetivo de los equipos de trabajo es favorecer la inclusión de las familias en los sectores de Alto Riesgo y atenuar los efectos de una hospitalización temprana sobre la diada madre-hijo.³¹

A partir de ello se propone el empleo del modelo del sol naciente³² elaborado por Madeleine Leininger, este describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia, y contexto ambiental. Comprendiendo y respetando las creencias, costumbres y prácticas del paciente se lo respeta en su condición de persona y permite realizar intervenciones más eficaces.

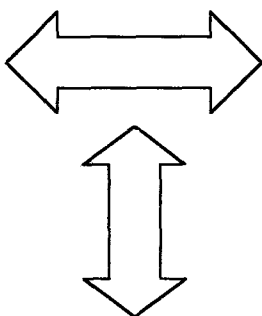
³⁰ Larguía Miguel. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de las Maternidades Públicas. Revista del Hospital Mat. Inf. R. Sardá. , Volumen XII, Nº1. 1993.

³¹ González M. Aurelia. Acerca de la Conflictiva Familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Revista del Hospital Mat. Inf. R. Sardá. Volumen XV. Nº2. 1996.

HIEMI

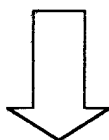


<u>Sentimientos e inquietudes de la madre:</u>	<u>Respuesta institucional:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Como evoluciona ✓ Por que tiene tantos cables y aparatos ✓ Cuanto tiempo deberá permanecer en la sala ✓ Saber si su bebe será normal ✓ Miedo a reingresar a la sala ✓ Miedo a llegar y enterarse de que ha fallecido ✓ Temor a no ser capaz de cuidarlo y atenderlo ✓ Impresión por el tamaño y su color morado ✓ Miedo e inseguridad ante episodios de apneas y ahogos. ✓ Se sienten solas en esta situación ✓ No comprenden por que les toco a ellas ✓ Sienten culpa y tratan de encontrar una razón ante lo sucedido 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se mantiene un contacto diario con el neonatólogo del bebe y un contacto constante con las enfermeras. ✓ Se brinda la posibilidad de concurrir al comedor del hospital ✓ El hospital cuenta con dos residencias de madres, esto permite realizar todas las visitas a la Sala. ✓ Se mantiene un contacto diario con el servicio social, si fuera necesario el equipo realiza la derivación a psicología ✓ Desde el Servicio de Neonatología se abordan a diario todas aquellas cuestiones referentes al estado de salud y anímico de las madres y como se encuentra el vinculo madre hijo. Dado que este influye de manera considerable en evolución del bebe.



³² Ver anexo: Modelo del Sol Naciente.

SERVICIO SOCIAL



- ✓ Plantea una estrategia flexible que permita la realización de un trabajo interdisciplinario para lograr abordar las cuestiones referentes a la salud del bebe y todos aquellos sentimientos y cuestiones que pudieran estarle sucediendo a la madre de este. Se procura contener y orientar a la madre en esta situación que la afecta tanto.
- ✓ Como estrategia de intervención se mantiene un contacto diario con la familia del bebe, se evalúa el estado anímico de la madre como así su desempeño en los cuidados de su hijo, y también como se ha recepcionado la información acerca del estado de salud del mismo.
- ✓ Se realiza una derivación para que la madre concurra al centro de salud de referencia, como así también para él bebe al consultorio externo de Neonatología.³³
- ✓ Se realiza un trabajo de prevención con la mama en lo referente a su salud reproductiva, planificación familiar y capacitándola sobre los cuidados necesarios para él bebe.

Cuando un bebe prematuro de muy bajo peso, que a permanecido tanto tiempo internado llega a su domicilio genera una serie de cambios y modificaciones en la familia y en su madre que en ocasiones es difícil manejar por ello se rescatan los testimonios de estas madres:

³³ Ver anexo Protocolo de Seguimiento para RNP<1500grs.

“ Después de la llegada de los mellizos prematuros al hogar se desencadenó una crisis de pareja (10 años de convivencia), que terminó en separación y un rechazo profundo del padre hacia los bebés, la madre comentó que se encontró muy sola durante la internación de sus hijas y cuando llegó a su casa fue peor aun” (madre de 39 años)

Una madre debió recibir apoyo psicológico y psiquiátrico debido a la situación de internación de su bebé, fue necesario que tomara tranquilizantes. (madre de 33 años)

Otra madre sufrió una fuerte depresión por lo sucedido con su bebé.

“¿Por qué a mí? No podía entenderlo”, manifestó haber recibido mucho apoyo y contención del personal del hospital que la ayudaron a enfrentar la situación y a tener una actitud más positiva frente al pronóstico de su hijo. (madre de 25 años)

“ Cuando llegue a mi casa no permitía ruidos, no dejaba que nadie tocara al bebé, todo estaba limpio, desinfectado en exceso.” (madre de 27 años)

“Me sentía tan angustiada y con tanto miedo que no quería entrar a ver al bebé” (madre de 24 años)

Una madre se negaba a ir a ver a su bebé a la sala manifestando sentir mucho miedo a impresionarse cuando lo viera. (madre de 32 años)

En un caso el papa no conoció a su hijo hasta el momento del alta porque no había querido ingresar a la sala. Esta situación generó en la madre del paciente un sentimiento de soledad y angustia por tener que enfrentar esta situación sin su pareja.

*CONCLUSIÓN
Y PROPUESTA.*

Como se ha señalado en la introducción de este trabajo de investigación el nacimiento antes de término continua siendo el principal factor de morbilidad neonatal, el 25% de la mortalidad en la Argentina se relaciona con nacimientos pretermino.³⁴

Esta aumenta en forma creciente a medida que disminuye la edad gestacional, el promedio de edad gestacional de los pacientes recién nacidos fue de 34 semanas y el promedio de internación fue de 51 días.

Con respecto a la causa del parto prematuro es aun desconocida pero existen factores asociados (mencionados en el transcurso del trabajo), entre los que se mencionan los socioeconómicos, ambientales y culturales que pueden predisponer al nacimiento prematuro.

Como se expuso anteriormente la Argentina registra una tasa de desempleo del 16.4%,³⁵ el 36 % de la población (14000000 de personas) vive bajo al línea de pobreza y el 8.6% son indigentes.³⁶

Nos encontramos frente a una nueva situación, en palabras de Castells “la nueva cuestión social” que consiste en la fragmentación del soporte salarial, el quiebre de la protección social y los cambios generados en la subjetividad de los individuos. Es decir, deterioro del nivel de los salarios y concentración del ingreso provocan el deterioro de la calidad de vida de proporciones muy importantes de la población.

Teniendo en cuenta todo esto se examinaron las características de las madres, porque el “ambiente materno”, esto es, las condiciones en las cuales los niños pasan los primeros meses de su vida, dejan marcas permanentes que pueden comprometer su desarrollo futuro.

El factor económico en estas problemáticas es de fundamental importancia porque de este dependen muchas veces, la alimentación que recibe la madre antes y durante la gestación, las

³⁴ ³⁴García Cecilia. Los Bebés que se apuran. En Revista veintidós. Abril de 2000.

³⁵ Datos del INDEC correspondientes a Mayo de 2001.

³⁶ CTA.FNS: Documentos: EL último estudio del Banco Mundial sobre la Argentina.

condiciones ambientales y la posibilidad de acceder a los centros de salud para controlar su embarazo y luego para llevar a su hijo a control.

Estas familias no cuentan con ingresos suficientes para satisfacer todas sus necesidades básicas, en ningún caso los ingresos familiares superan los trescientos pesos, se observaron problemas de estabilidad laboral y desempleo.

Las condiciones de vivienda y saneamiento son fundamentales para la salud de la familia. En el análisis de la variable ambiental se tomaron como indicadores las condiciones de criticas de habitabilidad con repercusiones psicológicas y/o físicas en los miembros de la familia, como también de estas se evaluó la capacidad en relación con el número de personas que las habitan. Las familias se encuentran ocupando viviendas propias o cedidas construidas de material en su mayoría, pero con una capacidad insuficiente para sus miembros, se observa hacinamiento y falta de privacidad. Todas las viviendas poseen servicio de luz eléctrica, el 73% posee servicio de agua corriente, el 77% posee baño en el interior de la misma, el 38% posee gas natural.

El nivel educacional (escolaridad) de las madres es un factor fundamental dado que, de este surgen las posibilidades de lograr una buena inserción laboral, y, la posibilidad de prevenir embarazos y tratar enfermedades, a partir del trabajo realizado se puede afirmar que el nivel de instrucción de las madres en esta población es bajo (nivel primario), las mismas contaban con poca información acerca de métodos anticonceptivos y cuidados necesarios durante el embarazo.

Se pudo realizar una vinculación entre las variables: planificación del embarazo y realización de los controles médicos durante el mismo, como así también se constató la presencia de antecedentes perinatales en la historia reproductiva de las madres.

En 64% de los casos el embarazo no fue planificado, el 55% de las mujeres no se cuidaban, es decir, no utilizaban métodos anticonceptivos.

Los embarazos no fueron controlados en el 14% de los casos y mal controlados en el 68%.

Se observaron antecedentes prenatales como primer gesta, abortos espontáneos, otros hijos prematuros y periodo intergenesico acotado.

En lo referente al impacto de la internación se observo que la madre que permanece en la residencia del hospital concurre a visitar a su hijo en todos los horarios, tanto diurnos como nocturnos, y aquellas que no lo hacen privan a su bebe de este beneficio.

En la mayoría de los casos es la abuela del paciente quien acompaña y ayuda a la madre del mismo.

Un aspecto importante es como fue brindada la información, las madres expresaron que fue clara, pero la mayoría de éstas estaba **sola** al momento de recibirla, al igual que en el momento del alta.

La información es una pieza básica en la relación del equipo de salud con los padres del bebe, cuanto más clara sea esta más tranquilos y seguros se encontraran y más confianza tendrán respecto del personal del hospital.

Este aspecto es necesario abordarlo teniendo en cuenta la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick, que plantea la existencia de un emisor y un receptor, pero, además, pueden presentarse ruidos o interferencias que impiden una correcta decodificación del mensaje.

En este caso las madres manifestaron que las explicaciones de los médicos eran claras, pero en ocasiones la madre se encuentra alterada emocionalmente, muy asustada por el riesgo en el que se encuentra su hijo, además, la madre esta ansiosa por el ingresar a ver al bebe. Todos estos aspectos pueden hacer que la madre no pueda recordar todo lo que el neonatólogo dijo, o no entienda algo y no lo pregunte. Lo mismo al momento del alta cuando debe realizar tramites, conseguir medicamentos o leche, preparar al bebe para salir, y, además, debe encontrarse con el neonatólogo para recibir las indicaciones sobre signos de alarma, entre otras.

En lo referente a los sentimientos de las madres todas expresaron temor a la muerte de su hijo, a los reingresos, a los episodios de ahogo y de apneas, a no saber que hacer en el domicilio.

Las madres se sienten frustradas, culpables, y en algunos casos solas en esta situación.

En la Argentina el 18% de las mujeres presenta alguna patología durante el embarazo, de estas son muchas las que se beneficiarían directamente del cuidado prenatal si la captación fuese precoz.

Las acciones ideales para abordar este tema son aquellas dirigidas a prevenir el nacimiento de niños con bajo peso.

Estas son las destinadas al mejoramiento del nivel: socioeconómico, educacional y nutricional de la población y el ordenamiento de la atención perinatal.

Estrategias de Sensibilización y Prevención:

<p><u>Prevención Primaria</u></p>	<p><u>Sensibilización y Prevención</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Talleres y seminarios con el objetivo de concientizar y capacitar a los profesionales en contacto con las mujeres embarazadas sobre la implicancia del parto prematuro y de los beneficios de la detección precoz. <p>Se utiliza el taller como instrumento dadas sus características: flexible, dinámico y socializador</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Difusión a través de los medios masivos de comunicación, de los beneficios del cuidado integral de la salud, con especial énfasis en los aspectos referentes a la salud reproductiva de las mujeres. ✓ Difusión a través de los medios masivos de comunicación de los riesgos a los que se expone la futura madre y su bebe por no realizar los controles médicos durante la gestación.
--	---	---

Prevención Primaria

Educación para la salud

- ✓ Realización de talleres y encuentros en los centros de atención primaria de la salud referentes al cuidado de la salud reproductiva de las mujeres.
- Partiendo de la concepción de aprendizaje significativo donde las mujeres participen de la construcción del conocimiento y puedan estructurar su conducta según las exigencias del medio sociocultural. A través de estrategias de enseñanza aprendizaje activas y participativas, propiciando que la persona aprenda por sí, que aprenda a hacer y aprenda a ser, favoreciendo el logro de las competencias necesarias para el desarrollo integral de la personalidad. Se necesita que los contenidos sean aprendidos lo mas significativamente posible, lo cual supone atender simultáneamente a sus características, a la naturaleza del contenido y a las diversas posibilidades de concretar la actividad educativa
- ✓ Actividades organizadas especialmente para mujeres embarazadas que contemplen temas como: nutrición, control prenatal, importancia de la lactancia materna, entre otros.
 - ✓ Talleres orientados a promover un crecimiento y desarrollo sano de los adolescentes capacitándolos en lo referente enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, cuidados necesarios durante el embarazo, entre otros.

<p><u>Salud</u> <u>Reproductiva</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de programas de procreación responsable que contemplen el aspecto educativo, la atención ginecológica y la provisión de los métodos anticonceptivos. ✓ Captación temprana de la embarazada. Es importante tener en cuenta que hay actitudes y hábitos culturales que no identifican al control prenatal como una necesidad. ✓ Brindar cobertura de atención suficiente, dado que las mujeres deben abandonar su trabajo o dejar a sus hijos al cuidado de alguien mientras concurren a pedir el turno y luego a la consulta. Actualmente la oferta es limitada en días y horarios de atención así como medios de diagnóstico y tratamiento. ✓ Programas de suplementación alimentaria durante el embarazo y preparación de embarazada para el logro de una mayor duración del período de lactancia de su futuro hijo.
---	---

<u>Prevención Secundaria</u>	<u>Apoyo y Contención</u>	<p>Cuando el parto prematuro se ha producido la madre se encuentra con su hijo internado por un tiempo prolongado por ello será necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar desde el Servicio de Neonatología un trabajo interdisciplinario que permita responder a las necesidades del paciente y su familia. ✓ Proporcionar a la madre un contacto diario con los profesionales del sector ✓ Plantear acciones tendientes a favorecer la inclusión de las familias en los sectores de alto riesgo y atender los efectos de la hospitalización temprana. ✓ Brindar apoyo y orientación a los padres, mediante entrevistas informando acerca de los recursos de la institución y si fueran necesarias derivaciones a psicología. ✓ Abordar con la madre aspectos referidos a su salud reproductiva, próxima consulta ginecológica y futuros métodos anticonceptivos, también la importancia de respetar el período ínter genésico.
	<u>Puericultura</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajar con la madre, si fuera posible también con el padre, los cuidados que serán necesarios para este bebé dada su vulnerabilidad.

<p style="text-align: center;"><u>Orientación al momento del alta</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acercándose el momento del alta informar a los padres acerca de las condiciones ambientales necesarios para este bebe, tratando de optimizar aquellas condiciones que fueran inadecuadas. ✓ Articular el seguimiento con el consultorio externo de Neonatología con respecto a os controles y realizar un seguimiento que incluya a todos los pacientes y no solo a los casos de ausentismo. ✓ Realización de visitas domiciliarias en todos los casos de pacientes prematuros de muy bajo peso para evaluar las condiciones ambientales. ✓ Confección y entrega de un folleto que indique cuales son los signos de alarma que debe conocer la familia y cuales son las acciones necesarias en cada caso.
--	--

BIBLIOGRAFIA.

- 📖 Belzitti, Claudia. “La Practica Profesional del Trabajo social a partir de la elaboración de Programas. Experiencia del Hospital Posadas” diciembre de 1996.
- 📖 Carballeda, Alfredo. “La Intervención desde lo Social en Salud”. Perspectiva para el Trabajo Social. Ciclo de charlas.
- 📖 Cazzaniaga, Susana. “Cambios en las Estructuras Institucionales” Ponencia. Jornadas Bonaerenses de Trabajo social. Chivilcoy. Provincia de Buenos Aires. Noviembre de 1998.
- 📖 Cazzaniaga Susana. “Especificidad en Trabajo Social e Interdisciplina”. Ciclo de Charlas: La Practica profesional en Trabajo social en Salud. Org. Residencia de Trabajo Social de la Provincia de Buenos Aires.
- 📖 Elías, María Felicitas. “Derechos Humanos, Salud, y Trabajo social”. Segundas Jornadas sobre Salud y Trabajo Social. UNLU. Septiembre de 2000.
- 📖 Escudero José Carlos. El Neoliberalismo y las Políticas de Salud en la Argentina. Jornadas Sobre Salud y Trabajo Social. UNLU. Septiembre de 2000.
- 📖 Fernández Alba, Julio. “ Nacimiento Pretermino. Perspectivas en los Noventa”. Perinatología y Reproducción Humana. Vol.6, N°2, Abril-Junio, 1992.
- 📖 García Salord, Susana. “Especificidad y Rol en Trabajo Social. Curriculum – Saber – Formación”. Ed. Humanitas. Bs. As. 1991.
- 📖 González García Ginés. Políticas de Salud en Argentina en los Umbrales del siglo XXI.

Revista Medicina y Sociedad. Vol. 20 N°1 Primer Trimestre 1997.

📖 González María Aurelia. Acerca de la Conflictiva en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Vol. XV. N°2. 1996.

📖 Grassi E., Hintze S., Neufeld M. R., Políticas Sociales. Crisis y Ajuste Estructural. Espacio Editorial. Buenos Aires. 1994.

📖 Isuani, Ernesto y Mercer, Hugo. La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?. Centro Editor de América Latina. Argentina. 1988.

📖 Kirchner Alicia M. La Gestión de los Saberes Sociales. Espacio Editorial. Buenos Aires. 1997

📖 Larguía Miguel, Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de las Maternidades Publicas. Areas Críticas con Personas en Crisis. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 1993. XII, N° 1.

📖 Lattes, A. Farrer, Mark y Mac Donald, J. Salud, Enfermedad y muerte de los niños en América Latina. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. IDRC. 1989.

📖 Laurell, Asa Cristina. El Estudio del Proceso salud-enfermedad en América Latina. Ponencia presentada en el coloquio organizado por AMALC. Montreal, Canadá.

📖 Laurell Asa Cristina. Psicología Preventiva. La Salud Enfermedad como Proceso.

- 📖 Lupo, A. Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional, en Ceriani Cernadas, IM. Neonatología Practica. Ed. Medica panamericana. Tercera edición. Bs. As. 1991. Cap. 3.
- 📖 Makinistian Ruben. Primer encuentro Nacional de Psiquiatría. Conceptos de Salud y Enfermedad. Año 1986.
- 📖 Martínez Jorge C. Atención Individualizada del Recién Nacido Pretermino. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda 1993, XII, N°1.
- 📖 Mondragón Lasagabaster, Jasone; Tringueros Guardiola, Isabel. Manual de Practicas de Trabajo Social en el Campo de la Salud. Siglo Veintiuno Editores. España.
- 📖 Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición. Año 1994.
- 📖 Propuesta Normativa Perinatal. “Anomalías de la Duración del Embarazo”. Tomo II. Capitulo IV Dirección Maternidad e infancia. Editorial Universitaria. La Plata 1993.
- 📖 Redi, María Cristina. El mundo contemporáneo excluye a un porcentaje de la población en forma definitiva. Ficha de Cátedra: Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1998
- 📖 Redi M. Cristina. Principales Corrientes Explicativas de la Salud y de la Enfermedad en la Historia. Ficha de Cátedra Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias de la Salud

y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1998.

📖 Rodríguez Andrea. ¿Quiénes y cuántos son los prematuros? Los bebés que se apuran.
Revista Veintidós. Abril de 2000.

📖 Rombola, Marisa. El gasto en salud no se corresponde con el servicio. Le Monde
Diplomatique. El Dipló. Marzo 2001.

📖 Sabino, Carlos. “El proceso de investigación”. Ed. Humanitas. Bs. As. 1989.

📖 Saez Pérez E. Información a los Padres del Recién Nacido Ingresado. H.U. GETAFE.

📖 Schwarcz, Ricardo. Maternidad Segura en Argentina. Revista de la Asociación Argentina
de Perinatología. Publicación de mayo de 2000.

📖 Taylor, S. y Bodgan, R. “ Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación”.
Editorial Paidós. España 1998

📖 <http://www.cta.org.ar/institucional/fns>. Federación Nacional de Salud y Seguridad Social.
Documento: El último estudio del Banco Mundial sobre la Argentina. Año 2001

📖 <http://www.indec.mecon.ar/Estadisticas>. Año 2001.

ANEXO.

Entrevista realizada a las madres de los pacientes:

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellido Fecha de Nacimiento Peso al Nacer Edad Gestacional
Tiempo de internación en Neonatología

DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre:

Domicilio:

Edad:

Estado Civil: (situación de pareja)

COMPOSICION FAMILIAR:

Personas con las que comparte la vivienda: vinculo, edad, aspecto educacional.

ASPECTO EDUCACIONAL: Madre Padre

ASPECTO LABORAL: Madre Padre

ASPECTO HABITACIONAL:

- Vivienda: propia cedida alquilada,
- Material de la construcción,
- Numero de habitaciones
- Servicios: luz eléctrica, gas (natural o envasado), agua (tipo) calefacción.

ANTECEDENTES PERINATALES DE LA MADRE:

- Embarazo: planificación
- Método anticonceptivo utilizado
- Controles prenatales durante el embarazo del paciente: cuantos donde

- Cantidad de gestas y de hijos,
- Antecedentes de prematuridad o bajo peso.
- Periodo Intergenésico.

IMPACTO DE LA INTERNACION:

- Madre se alojó en residencia
- Cantidad de visitas de la madre y del padre a la Sala de Neonatología.
- Como recibió la información médica (clara, entendible o en términos muy médicos)
- Quien recibió la información (madre, padre, juntos)
- Referentes familiares, su participación en el proceso de internación.
- Se sintió acompañada por la familia, por quien
- Momento del alta quienes estaban con la madre.

EGRESO DEL PACIENTE

- Manejo de la madre en el domicilio
- Miedos, dudas
- Se sintió acompañada o ayudada por alguien
- Ante episodios clínicos como fiebre, vómitos, apneas, como reacciono, se sintió segura o acudió al hospital.

SERVICIO NEONATOLOGIA.

H.I.E.M.I

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO PARA RNP<1500 GRS.

El protocolo considera los siguientes ítems:

A) Consultas Programadas:

1. 48-72 horas post-alta.
2. Cada 7 días.
3. Cada 15 días.
4. Mensualmente hasta el año de E.G.C.
5. Trimestralmente durante el segundo año de E.G. C.
6. Semestralmente del tercero al séptimo al año:
 - ✓ En presencia de enfermedad o preocupación de los padres (consultas a demanda).
 - ✓ Los niños con dificultades pueden requerir controles más frecuentes.
 - ✓ Los controles pueden espaciarse cuando se efectúan los controles en salud por el pediatra a cargo en el lugar de residencia.

B) Evaluación del crecimiento:

Se realiza utilizando la edad gestacional corregida, empleando los estándares para peso, longitud y perímetro cefálico de Lejarraga y colaboradores.

- ✓ Evaluar PC —→se corrige la edad gestacional hasta el primer año.
Peso y talla —→se corrige hasta los dos años.
- ✓ En RNP extremos se aconseja utilizar EGC hasta los tres años, para peso y talla.
- ✓ Recordar cuando más inmaduro, mas tardara en recuperar el peso de nacimiento.
- ✓ Durante el primer año tiene períodos de aceleración del crecimiento intermitentes y no predecibles que puedan continuar hasta el 2º o 3º año, alcanzando así el crecimiento final según su potencial genético. La ausencia de este crecimiento rápido durante el 1º

año es “anormal” debiendo investigar: reflujo, baja ingesta, oxigenación límite, etc.

- ✓ El perímetro craneal es el primero en recuperarse (incluso aún en etapa neonatal), va seguido del peso y finalmente la talla.
- ✓ El perímetro craneal es el primero en recuperarse (incluso aún en etapa neonatal), va seguido del peso y finalmente la talla.
- ✓ En el RNP enfermo el inicio del catch – up se retrasa y es menos marcado. Si al final del 1º año no superó el Pc 5: DBP, secuelas de ECN, etc.
- ✓ El RNP BPEG: mayor riesgo de retraso de crecimiento permanente y problemas neuromadurativos en su evolución alejada. Suelen completar catch – up entre las 40 s. Y el año.

C) Controles de Laboratorio:

1. Calcio, Fósforo, y Fosfatasa Alcalina: 40 sem.

3, 6, 12 meses de EGC.

2. Hto, Hb, reticulocitos: 40 sem.

1, 3, 6, 9, y 12 meses de EGC.

D) Controles con Especialistas:

Según patología de base y/o intercurrentias se efectuarán las interconsultas de acuerdo a normas correspondientes.

Oftalmólogo

Neurólogo

Neurología del desarrollo.

O.R.L. Potenciales auditivos evocados: 3 y 6 meses.

E) Estudios Complementarios:

Ecografías, TAC, RM, etc.

Modelo del Sol Naciente

