

“El modo de vida luego de la vida intrauterina del Recién Nacido se encuentra afectado y/o condicionado por factores biológicos y/o sociales”.

AUTORA: Lic. Esp. Van Megroot, María Valeria

RESUMEN

El siguiente artículo es producto de una experiencia de trabajo realizado en el año 2015 utilizando el enfoque metodológico de un Proyecto Local Participativo; el cual entiende a la salud desde un enfoque integral acentuando y resaltando el rol de la comunidad y sus aspectos territoriales. Por lo cual el objeto de intervención y análisis serán los/as recién nacidos/as de alto riesgo, es decir, todo aquél recién nacido/a que por causas biológicas y/o sociales no permita tener un adecuado crecimiento y/o desarrollo.

Para ello es necesario contar con un espacio de atención de salud integral que involucre no sólo al recién nacido/a sino también el seguimiento a la madre y/o figuras de crianza. Desde esta perspectiva el Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo de Recién Nacidos/as del Hospital Regional Diego Paroissien de Maipú será el escenario de intervención.

Por lo tanto contando con dicho espacio de intervención y su población específica de recién nacidos/as de alto riesgo con sus grupos familiares; este trabajo se orienta a descubrir la importancia del abordaje social familiar y comunitario que se realiza en un Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo para Recién Nacidos/as de Alto Riesgo.

De esta manera el objetivo del siguiente artículo es permitir abrir el diálogo con formas de intervención arcaicas que denotaron y determinaron la intervención de Trabajo social con dichas poblaciones desde el lugar de la asistencia.

Por ello es importante, ir a la historia e indagar los indicadores y las valoraciones sociales respecto de dichas intervenciones que han estado presentes en los abordajes de salud desde lo mero asistencial; es necesario reconocer que la historia de la ciencia en la humanidad marcó un saber legítimo a las ciencias médicas con lo cual la salud ha tenido diversos enfoques e intervenciones.

Por ello propongo que se analice y revise el patrón de intervención en trabajo social arraigado históricamente desde una valoración periférica y bajo lineamientos de asistencia. Dicha afirmación surge de la experiencia de intervención y de trabajo en salud, considerando que tanto el lugar y la posición asignada a dicha intervención cuenta con una fuerte mirada en lo biológico evaluando lo social en un plano secundario.

A su vez en este trabajo se brindan herramientas de conocimiento e intervención para dar eficiencia a un espacio de salud integral el cual resulta sinérgico y otorga resultados positivos para la comunidad en general.

También aquí encontraremos las definiciones de un recién nacido de alto riesgo biológico y de alto riesgo social por el cual es importante atender a estas diferencias. El grupo poblacional de Recién Nacidos/as de Alto Riesgo presenta sus características singulares las cuales es imprescindible analizar desde su historicidad.

Se planteará una propuesta de trabajo de intervención basado en propuestas metodológicas y enfoques teóricos que destaquen la importancia de la red social personal, familiar y comunitaria para los recién nacidos/as de alto riesgo. Dentro de este planteamiento es importante la comprensión de los aspectos sociales de esta población bajo la lupa de lo coyuntural y bajo el análisis de nuevas categorías que permitan dar luz a las intervenciones sociales fuera del determinismo social estancado, reducido y categórico que ha delimitado los abordajes sociales,

tratando de romper el cebo que constituye el reduccionismo trabajo social-salud-asistencia.

Es importante comprender que la salud y su bienestar físico para los recién nacidos/as de alto riesgo se basan en la intervención desde la viabilidad en su relación con la supervivencia y la calidad de vida resultante, en este aspecto la intervención de trabajo social juega y articula ejes de intervención inexorables de eludir.

PALABRAS CLAVES

Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo

Factores de riesgo

Factores de protección

Figura de Crianza

Recién Nacido/a de Alto Riesgo

ABREVIATURAS

CSARN-HP Consultorio de Seguimiento Alto Riesgo Neonatológico Hospital
Paroissien

HRDP Hospital Regional Diego Paroissien

RNAR Recién Nacido de Alto Riesgo

MSCF Maternidad Segura y Centrada en la Familia

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Desde el año 2006 existe en Htal. D.Paroissien el Consultorio de Alto Riesgo Neonatológico, con una percepción biológica acentuada en los problemas de salud al nacer del recién nacido.

El crecimiento del embarazo adolescente, y los nacimientos de prematuros fue en aumento por lo cual comenzaron a sumarse variables sociales que requerían abordaje. En el Hospital D.Paroissien se registran en forma anual 3000 nacimientos por año, de los cuales en el año 2014 alrededor de casi un 40 % del total de nacimientos fueron de madres adolescentes, en muchos casos con su segunda gesta.

La consulta al servicio social de las madres que concurrían al consultorio iba en aumento. En el año 2014 se formalizó la incorporación de la atención social al Equipo de Alto Riesgo Neonatológico, lo cual permitió sinergia de recursos comunitarios; esto es, dentro de los recursos comunitarios dentro del espacio de las madres en su comunidad como así también sinergia de recursos dentro de equipo de profesionales e instituciones intervinientes, un espacio de escucha y reflexión para las madres, detección y abordaje temprano de situaciones de vulnerabilidad expuesta para el recién nacido.

Por ello entonces, las situaciones de riesgo biológico tienen relación directa con factores sociales, dado que el modo de vida luego de su vida intrauterina se encuentra afectado y/o condicionado por factores biológicos y/o sociales.

PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA

MAGNITUD: La existencia de un consultorio de seguimiento de alto riesgo neonatológico, implica un impacto importante para el desarrollo de un concepto de salud distinto, sobre todo para la región metropolitana sur en salud integrada por (Maipú, Luján y Godoy Cruz), permitiendo mejorar la calidad del servicio en salud para un RN que se define por tener criterios de alto riesgo.

GRAVEDAD

Un recién nacido de alto riesgo implica un problema de salud pública con gran impacto sobre los niveles de morbilidad y mortalidad infantil, y sus funciones integrales vitales para la vida lo cual determinarían indicadores de discapacidad si no recibe tratamiento oportuno y adecuado ya sea garantizado por una política de salud y por la participación familiar en el compromiso frente al RN Alto Riesgo. Por ello, abordar en forma oportuna un RNAR implica la prevención de alteraciones en el desarrollo del RNAR, tales como desnutrición, recurrencias de IRA, administración oportuna de palivizumab (Vacuna-anticuerpo), integración psíquica del RN al grupo familiar conviviente lo cual permite garantizar esquemas de desarrollo favorables, niveles de cohabitación adecuados, controles de salud oportunos para prevenir enfermedades oculares.

VULNERABILIDAD:

Si bien existen indicadores biológicos congénitos maternos, pero también existen indicadores que se encuentran en la génesis socio-familiar de los progenitores y/o figura de crianza del RN Alto Riesgo que permiten que políticas de salud de prevención primaria y secundaria no tengan resultados eficaces. Esto es el estilo de vida del grupo familiar de RNAR, su capital cultural sobre todo, y/o condiciones de accesibilidad geográfica no permiten que ese RNAR tenga la atención necesaria de salud que requiere.

VIABILIDAD:

La legitimación de la existencia de un espacio dedicado al Alto Riesgo de RN, fue paulatinamente acompañada de iniciativas internacionales tales como UNICEF, Objetivos de Desarrollo del Milenio, en lo local la concreción de un marco legal que acompañe estas prácticas tales como una maternidad segura y centrada en la familia, iniciativas de Hospital Amigo de la madre y el niño, Ley de Redes de seguimiento del prematuro, Ley Nacional 26061 Protección Integral de Derechos de Niños, niñas y adolescentes.

Todo ello habilitó la justificación para respaldar el modelo de intervención de consultorio de seguimiento de alto riesgo.

Por lo cual las objeciones devenían de lo organizacional, espacio físico edilicio para llevar a cabo dicho proyecto, con el correr del tiempo se obtuvo una sala de espera individual y propia para pacientes RN Alto Riesgo, y consultorio para la atención individual y particularizada del RN y su grupo familiar y de los profesionales intervinientes.

SINERGIA:

El abordaje del Recién Nacidos/as de Alto Riesgo desde un concepto integral, en sus aspectos biológicos y sociales permiten comprender al RN dentro de una red familiar y social en la cual es posible intervenciones múltiples sobre todo con el grupo primario con el cual convive el RN, esto permite, observar, analizar, evaluar indicadores de salud presentes que generan factores de riesgo.

PERCEPCIÓN POR LA COMUNIDAD:

El Consultorio de Seguimiento en su trayectoria ha tenido dos etapas una considerada como una necesidad objetiva del equipo médico, y otra etapa en la cual los pacientes que concurrían al consultorio de seguimiento adquirieran una lógica de empoderamiento y elaboraron una necesidad vivida ya que la experimentaban a diario los padres del consultorio de seguimiento de alto riesgo que desde hace unos años concurrían al mismo.

En un primer momento el Consultorio de Seguimiento Alto Riesgo surge para dar respuesta a una población de RN que necesitaba un abordaje diferente, especializado, continua.

Al tiempo de funcionamiento, las perspectivas organizacionales de la institución Htal. D.Paroissien comenzaron a actuar como una amenaza para la continuidad del mismo. Por tal motivo, los pacientes del Consultorio de Seguimiento hicieron notas con firmas solicitando que dicho Consultorio continuara dado que era una garantía de cobertura de salud para sus Recién Nacidos/as.

Tal fue el impacto, que dicha participación motivó en la Dirección Ejecutiva del Hospital D.Paroissien la adquisición de un espacio independiente sin exposición a vectores de riesgo de enfermedad como es una sala de espera compartida.

COSTO-EFECTIVIDAD

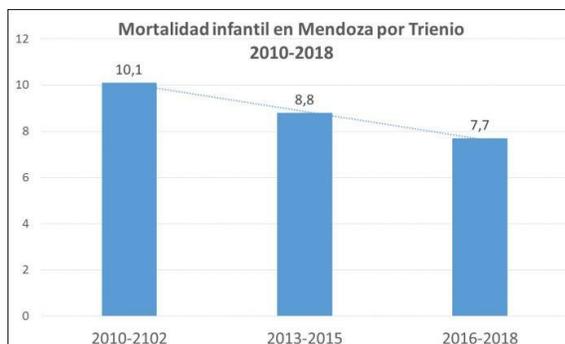
La conformación de un equipo de alto riesgo: Neonatología, Oftalmología, Infectología, Nutrición, Estimulación Temprana, Neurología, Trabajo Social.

El impacto en la salud del RN Alto Riesgo, permitirá actuar con procesos de prevención y promoción de la salud, con conductas saludables debilitando conductas de riesgo.

LOGROS Y CONQUISTAS DE LA INICIATIVA

Del balance de la experiencia se destacan los siguientes puntos:

- Fortalecimiento de metodología de trabajo en red con comunidades y su micro-grupo por zona geográfica de afluencia a CSAR.
- Reducción de indicadores de morbi-mortalidad en RN Alto Riesgo en departamento de Maipú. Según estadística de Dirección de Maternidad e Infancia del Gobierno de Mendoza: en el año 2011 9,6; año 2012 9,3; año 2013 9,7; año 2014 8,5 y en el año 2015 8,5. Se puede observar un recorrido histórico que muestra el achicamiento en la reducción de mortalidad infantil en la cual las acciones en salud han sido relevantes:



- Reconocimiento de importancia de abordaje y detección desde el nacimiento del RN Alto Riesgo. Dicho reconocimiento fue principalmente por Dirección Ejecutiva y Asistencial Hospital D. Paroissien, y luego por los

Equipos de seguimiento territorial de Alto Riesgo, y por la Dirección de Maternidad e Infancia de Mendoza.

- Ruptura con metodologías de trabajo en el equipo médico neonatología que brindaban una identidad al trabajo social en mi lugar de trabajo con patrones de intervención ajenos a un paradigma de complejidad sobre la realidad Recién Nacidos/as Alto Riesgo.

MARCO TEÓRICO

En el marco del paradigma de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, desarrollado por UNICEF desde el año 2012 surgió la necesidad de operacionalizar dicha mirada con un anclaje comunitario, es decir, trabajar este paradigma con la comunidad con la finalidad de que sea eficaz para su aplicación. Por ello, de acuerdo al problema planteado en este trabajo “EL MODO DE VIDA LUEGO DE LA VIDA INTRAUTERINA DEL RECIÉN NACIDO SE ENCUENTRA AFECTADO Y/O CONDICIONADO POR FACTORES BIOLÓGICOS Y/O SOCIALES”, indefectiblemente es necesario tener en cuenta a los grupos familiares y/o contextos sociales en el cual se encuentra integrado el recién nacido. Por ello la participación de los grupos familiares de los RNAR es troncal para que dicho paradigma tome sentido en la práctica.

Para ello, desde el Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo Neonatológico el abordaje con los grupos familiares es troncal en la intervención.

Marco Legal Coyuntural

La iniciativa Maternidades Centradas en la Familia está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991

para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994.

En 2007 se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia², en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”. A fines de 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) editó El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas, que describe la implementación de la iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho hospital, se identifican factores críticos positivos y negativos, y se comunican las lecciones aprendidas. Ambas publicaciones ponen énfasis en cómo pueden realizarse acciones para lograr el cambio hacia una Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF⁹, pero no proponen mecanismos de evaluación de las actividades desarrolladas.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN Hospital Amigo de la Madre y del Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna.

Por otro lado, empodera a la familia y tiene beneficios agregados. Así es que el modelo MSCF estimula la participación de la pareja y de la familia en la satisfacción de las necesidades de la mujer en cada etapa del embarazo y luego del parto, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración.

El equipo de salud brinda información a la mujer y a su pareja de manera clara y comprensible, incluyendo aspectos como la evolución del embarazo, lo esperable dentro de la normalidad, los signos y síntomas que ameritan una consulta

inmediata al médico, la aparición de situaciones que requieren tratamientos o intervenciones. Se informa a los padres para hacerlos partícipes de la toma de decisiones ante cada situación.

La familia del Recién Nacido/a de Alto Riesgo

Graziella Fava Vizziello, en su libro “Los hijos de las máquinas”, dice que “el seguimiento enfoca la evolución de estos niños desde el punto de vista somático, funcional y psíquico, poniendo de relieve la importancia de las numerosas interacciones del equipo interdisciplinario y la familia, actividades indispensables para estos niños”. (Fava Vizziello, G. 1993).

Por el fundamento anteriormente mencionado, este proyecto de trabajo, la unidad de abordaje es el recién nacido de alto riesgo, para ello mencioné anteriormente la importancia de comprender a la familia como unidad de abordaje y el contexto social del recién nacido.

Elizabeth Jelin refiere sobre familia lo siguiente:

“...se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también poseen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción. En la vida cotidiana, las relaciones familiares constituyen el criterio básico para la formación de hogares y el desempeño de las tareas ligadas a la reproducción biológica y social”. (Jelin, E. 2008, Pág.3)

Por otro lado, la autora Roudinesco, sostiene que la familia puede considerarse como una institución humana doblemente universal ya que asocia un hecho de cultura-construido por la sociedad- a un hecho de la naturaleza-inscrito en las leyes de reproducción biológica-. Más allá de la primacía natural inducida por la diferencia sexual- unión de un hombre y una mujer- intervendrá otro orden de la realidad que esta vez no compromete un fundamento biológico. (Roudinesco, 2004, Capítulo 1).

Sin embargo un común denominador en todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales; es la atención y abordaje hacia la población femenina que históricamente ha existido, y en la actualidad el rol de la mujer frente al ejercicio del rol materno como así también a las actividades domésticas no es ajeno a este indicador, por lo cual el abordaje en este proyecto y las intervenciones estarán proyectados hacia las mujeres madres de esos niños recién nacidos con características de alto riesgo, ya sea biológico y/o social.

Para Jelin, E. “la familia cumple la función de organizar la convivencia, la sexualidad y la procreación. Nos encontramos frente a una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia, que forman parte de los procesos de democratización de la vida cotidiana”. (Jelin, 2008, Pág.56).

En esta multiplicidad de formas de familia, también existe un desarrollo heterogéneo de la vida cotidiana, sobre todo en lo que respecta a condiciones de estilos de crianza parentales en el cual el capital cultural se impone como indispensable para dar cuenta de las diferencias y comprenderlas desde ese lugar.

Impacto de la familia en el Recién Nacido/a Alto Riesgo (RNAR) para un crecimiento y desarrollo óptimo

Según Dirección de Maternidad e Infancia Provincia Córdoba cuando elabora el documento para Unicef de Red de Seguimiento de Recién Nacido/a de Alto Riesgo, entiende por recién nacido de alto riesgo a aquél que nace con las siguientes características biológicas:

- **Recién nacido/a de riesgo neurológico:** recién nacido con peso inferior a 1.500 gramos o edad gestacional inferior a 32 semanas, prueba APGAR inferior a 3 al minuto o inferior a 7 a los 5 minutos, recién nacido con ventilación mecánica más de 24 horas, convulsiones, daño cerebral, cromosomopatías y otros síndromes, hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto.

- **Recién nacido/a de riesgo sensorial-visual:** ventilación mecánica prolongada, gran prematuridad, recién nacido con peso inferior a 1.500 gramos, hidrocefalia, infecciones congénitas del sistema nervioso central, patología craneal.
- **Recién nacido/a con riesgo sensorial auditivo:** gran prematuridad, recién nacido con peso inferior a 1.500 gramos, infecciones congénitas del sistema nervioso central, síndromes, antecedentes familiares de hipoacusia, infecciones postnatales del sistema nervioso central, asfixia severa.
- **Recién nacido/a prematuro:** nacimiento por parto pre término, con una edad gestacional inferior a 38 semanas.

Por cuanto la valoración de los aspectos sociales de un recién nacido con riesgo biológico no puede ser desestimada, y es necesario el abordaje e intervención con el grupo familiar y social (entorno familiar secundario, grupos de apoyo de los padres, grupos de pares en el caso de padres adolescentes, ONG, escuelas, etc.) del recién nacido.

En tanto, existen situaciones de riesgo social para el RN que en el caso de realizarse un abordaje y detección oportuna de la situación a la cual se encuentra expuesta el RN, podría conducir deteriorar el esquema de crecimiento y desarrollo del recién nacido. Por ello es importante la detección y seguimiento realizado por equipo de profesionales del CSAR, sobre todo el abordaje social que contempla lo subjetivo de las circunstancias familiares de los padres de los RNAR.

En este sentido, los criterios de riesgo que deben tenerse en cuenta son: nivel socioeconómico, embarazo accidental traumatizante, convivencia conflictiva o separación traumatizante en el núcleo familiar, padres de bajo coeficiente intelectual o entorno no estimulante, enfermedades graves, alcoholismo y/o drogadicción, prostitución, delincuencia, madres adolescentes, sospecha de malos tratos, presencia de discapacidad en figuras maternantes.

Determinadas carencias ambientales, dificultan o imposibilitan a la familia para educar adecuadamente a su hijo. Esta dificultad es mucho mayor si las necesidades de atención y /o dedicación que requiere el niño son mayores o existe a lo largo de los seis primeros años de vida el riesgo de la aparición de alteraciones o secuelas que dificulten su correcto desarrollo. En este sentido el pensamiento de Bourdieu, nos permite comprender el lugar que ocupa las trayectorias sociales en las madres y/o figura maternante del recién nacido de alto riesgo.

Al respecto Bourdieu acentúa que las estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, plasmado en condiciones objetivas, y las estructuras sociales internalizadas, lo social hecho cuerpo, incorporado al agente. Las primeras se refieren a campos de posiciones sociales históricamente constituidas, y las segundas a habitus, sistemas de disposiciones incorporados por los agentes a lo largo de su trayectoria social.

Bourdieu define a los campos como:

“Espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” “Lo social hecho cosas” (GUTIERREZ, A, 1995, Pag.23).

“Un campo está integrado por un conjunto de relaciones históricas objetivas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (o de capital).” (GUTIERREZ, A, 1995, Pag.23).

El habitus es la historia hecha cuerpo (estructura estructurada, interiorización de la exterioridad), “lo social hecho cuerpo”, en tanto se trata de “las disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar; de esta forma se constituye en un esquema generador y organizador, tanto de las prácticas sociales como de las percepciones y apreciaciones de las propias prácticas y de las prácticas de los demás agentes”. (GUTIERREZ, A, 1995, Pag.26).

Entonces trabajar en la intervención social con mujeres que tienen a cargo la ejecución de un rol materno y/o figura de crianza , supone tener en cuenta el análisis de Bourdieu, es decir, que los campos de posiciones relativas y de relaciones objetivas entre esas posiciones y el momento subjetivista analizar las

perspectivas, los puntos de vista que las madres y/o figuras maternantes tienen sobre la realidad, en función de su posición en el espacio social objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina Editorial Siglo XXI.

Céspedes, A. (2008). *Educación las Emociones, educar para la vida*. Santiago, Chile, Editorial B S.A.

Dirección de Maternidad e Infancia Provincia Córdoba. (2012). *Red de Servicios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo: estrategias de comunicación y participación social a nivel local*. UNICEF.

Fava Vizziello, G. (1993). *Los hijos de las máquinas*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.

González, M. Solana, C. Basualdo, M. Cuyul, A. Esandi, M. Larguía, M. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia*. Con Enfoque Intercultural. (2012). Buenos Aires. Editorial UNICEF.

Gutiérrez, A. (2005). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Cba, Ferreyra Editor

Jelin, E. (1998). *Pan y afectos. La Transformación de las Familias*. Buenos Aires, Editorial FCE.

Ley Provincial 8734 “Seguimiento de Recién Nacido Alto Riesgo Centrada en la Familia”

Ministerio de Salud (2011) *Guía para el Control en Salud del Niño*. Área de Salud Integral del Niño de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Presidencia de la Nación

ROUDINESCO, E. (2004). *La familia en desorden*. Editorial Anagrama, Barcelona.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL

Visión:

Contar con un espacio de abordaje integral para el RN Alto Riesgo.

Análisis Explicativo del Problema:

La existencia de nacimientos de RN prematuros, con características de bajo peso al nacer, progenitoras con conductas de riesgo que inciden en el desarrollo y crecimiento del RN, patología renal, cardiovascular, pulmonar, infecciosa, enfermedades nutricionales, predisposiciones genéticas, con alteraciones neurológicas; con estilos parentales de crianza de vulnerabilidad constituye un andamiaje sobre el cual es necesaria una intervención especializada y particularizada.

Todo ello contemplado desde un componente de comunicación y participación socio familiar, apuntando al desarrollo de redes locales para el abordaje del RN Alto Riesgo.

Por ello incidir en el período neonatal del RN y luego en su período perinatal, permite actuar como un verdadero espacio de prevención y promoción de la salud, esto es, prevención de niveles de morbilidad para el RN y/o asociado no contar con un adecuado desarrollo del RN en cuanto a talla, peso, integración psíquica del RN y todo lo concerniente a lo evolutivo en el RNAR; y promoción de la salud en cuanto a que conozcan la importancia de la lactancia materna prolongada, los beneficios de la leche materna para un RN Prematuro, las condiciones para un sueño seguro de RNAR, la importancia del lavado de manos, organización y planificación de salud sexual y reproductiva.

Antecedentes Históricos C.S.A.R.N

Dicho consultorio en el año 2006, surge de una motivación personal de la Dra. Quinteros, M médica neonatóloga del Hospital D.Paroissien a raíz de observar la necesidad de un seguimiento especial para los niños menores de un año de edad en condiciones de alto riesgo biológico.

En dónde la consideración de alto riesgo estaba supeditada a las condiciones biológicas del recién nacido.

Con el transcurrir del funcionamiento del consultorio comenzar a observarse que para una adecuada evolución del recién nacido era necesario considerar el contexto de crianza y cuidados; y sus variables sociales.

De manera que en forma paulatina, comienza a intervenir el Servicio Social del Htal. D.Paroissien, como así también otros profesionales de otras especialidades. Desde el año 2014, el abordaje social se legitimó con el proyecto de Médicos Comunitarios y se considera a Trabajo Social parte del equipo de intervención de seguimiento de alto riesgo Neonatológico.

Por lo cual comenzó a considerarse las condiciones sociales en la satisfacción de necesidades no sólo de salud del recién nacido, sino también necesidades emocionales y materiales. Para ello se creó un protocolo de atención, como así también comenzó a crecer el C.S.A.R por su vinculación y trabajo en red con instituciones y/ profesionales.

Estadísticas:

En Argentina se da a luz aproximadamente a 700.000 niños, de los cuales se estima que un 8 por ciento son prematuros, es decir 56.000. En Mendoza, los nacimientos ascienden aproximadamente a unos 35.000, por lo que los prematuros se estiman en 2.800.

Para los que nacen con 32 semanas o más o tienen un peso superior a los 1.500 gramos, que son la mayoría, hay que generar estrategias simples y de bajo costo y su sobrevivencia es muy alta. La problemática se complejiza con los que nacen con menos de 32 semanas o menos de 1.500 gramos, quienes sobreviven en la

provincia sólo un 64 por ciento y tienen mayores necesidades de atención programada con vigilancia de sus riesgos e intervención de las posibles secuelas.

Se analizaron los siguientes indicadores sobre los cuales tiene relevancia la situación problema planteada, para ello es importante conocer indicadores de pobreza, no sólo relacionada a ingresos sino aquella en las cuales las condiciones de bienestar están afectadas por estar sus condiciones por debajo del umbral mínimo en salud y educación.¹

En tanto las viviendas y la disponibilidad de servicios y bienes, son claves en el bienestar de las personas.

En la población analizada en la situación problema planteada desde aquí, el tipo de vivienda, hacinamiento, el acceso a infraestructura básica permiten que un recién nacido de alto riesgo tenga las posibilidades de no tener la exposición a vectores de transmisión de enfermedades por el hacinamiento y tipo de material de la vivienda, tener posibilidad de esterilizar los productos para la alimentación del mismo, hervir el agua para su potabilización, refrigerar alimentos y leche materna en heladera, todo ello contribuye al cuidado de la salud a través de ambientes temperados e higiénicos, a la vez que provee los espacios adecuados. Por lo que el estado de salud de las personas tiene diversas dimensiones e intervienen una considerable cantidad de indicadores. En el año 2014 se trabajaron 265 casos de pacientes RN de alto riesgo desde esta perspectiva comunitaria.

Ver Documento Adjunto Gráficos Estadísticos.

VARIABLES, VARIANTES E INVARIANTES

¹ Los datos estadísticos como fuente primaria de información los datos de DEIE GOBIERNO DE MENDOZA y el Censo Nacional de Población y Hogares 2010. Estadísticas Personales Encuestas sociales de población.

Variables:

Riesgo Biológico

Riesgo Social

Lactancia Materna

Planificación Embarazo

Conductas de Riesgo Maternas

Discapacidad Materna: Física, mental y/o psico-social

Nivel Educativo

Antecedentes Obstétricos

Edad Materna

Actividad Económica

Redes

Familia

Variantes:

Alimentación Complementaria

Alimentación

Chagas

Acceso agua potable y recursos sanitarios

Hacinamiento

Accesibilidad geográfica

Vivienda

Invariantes:

El estilo conductual prenatal de la progenitora del RN, esto es, conductas nocivas realizadas en la gestación que determina factores de riesgo para el RN.

Líneas Estratégicas:

Análisis de las variables sociales en la condición biológica del RNAR.

Extensión de redes comunitarias.

Incorporación de la Participación familiar

FODA

<p>FORTALEZAS</p> <p>Contar con recursos organizativos: recurso humano, espacio físico, espacio simbólico (corresponde a un orden de prioridades de atención, en dónde el abordaje del RNAR es considerado una prioridad).</p> <p>Adopción de un posicionamiento ideológico: valoración de la tarea por parte de la Dirección Ejecutiva y Asistencial del Hospital D.Paroissien y de los Equipos de Seguimiento de Alto Riesgo en territorio que integran los equipos de morbi-mortalidad infantil.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>Alteración de la eficacia de atención: Crecimiento de la población-pacientes- en relación a la cantidad de profesionales.</p>
<p>DEBILIDADES</p> <p>Limitación de trabajo en terreno: movilidad y tiempo.</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Legitimación de un espacio social de intervención.</p> <p>Existencia de un marco legal coyuntural: Paradigma de MSCF, Ley Provincial 8734, Ley Nacional 26061.</p>

REDES

➤ Clasificación de las redes:

Redes personales y familiares

Redes Comunitarias

Redes Institucionales y de servicios

Redes Intersectoriales

Redes de Servicios de salud

Desde esta clasificación puede diferenciarse que la red en la cual se encuentra inserta la problemática de trabajo expuesta, es una red institucional y de servicios, en la cual el nivel de complejidad es 2 (servicios especializados y de internación). Conformándola con los equipos de alto riesgo de seguimiento local en el territorio, los equipos de la Dinaf, las Áreas de salud Ministerial, municipales y de niñez.

➤ Accesibilidad de la red:

Facilitar y complementar el intercambio sobre diagnóstico, evaluación y seguimiento de los pacientes.

Sinergia de los recursos

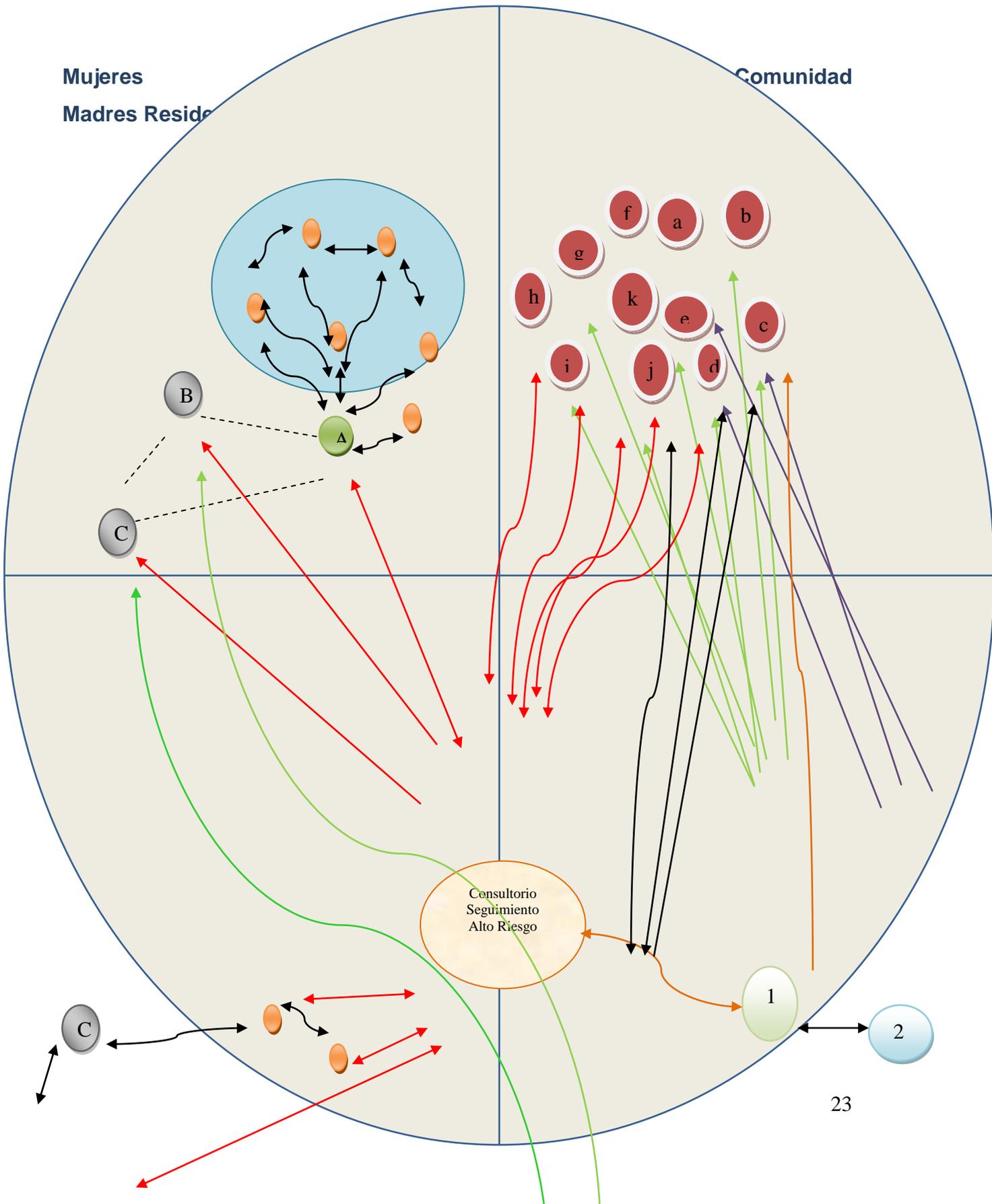
Evitar abordajes y traslados innecesarios.

Duplicación de intervenciones

Revalorizar la importancia del abordaje y seguimiento de RN alto riesgo

Revalorizar rol efectores locales

MAPEO DE ACTORES DEL PROBLEMA



: Madres de la Residencia Madre Teresa de Calcuta Htal.D.Paroissien

 **: Mujeres comunidad de Zona Centro de Maipú, de Asentamiento N.Kirchner y Amas de Casa**

 **: Área Trabajo social Lic. Valeria Van Megroot**

 **: Apoyo Vincular. Equipo PPMI.**

 **: CIC Beltrán. Autoestima.**

 **: Nutrición y salud. Alimentación Complementaria**

 **: Equipo Área de la Mujer Municipalidad de Maipú**

 **: Referente de la Comunidad de Mujeres. Persona llave.**

 **: Puérpera derivada por Equipo Área de la Mujer Municipalidad de Maipú.**

 **B**

**: Mujer puérpera que no permaneció en residencia para madres.
Intervención social.**

Captada por Equipo Área de la Mujer Municipalidad de Maipú.



**: Mujer puérpera que no permaneció en residencia para madres.
Intervención social.**

Captada por Equipo Área de la Mujer Municipalidad de Maipú.

EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO

En primer lugar la puesta en marcha del objetivo general de este proyecto; el marco de paradigma de Maternidad Segura y Centrada en la Familia fue favorable para lograr operacionalizar, postulando un modelo de intervención comunitario en la relación al abordaje de RNAR desde una institución que construyó un espacio para dicha población pero desde la observación biológica. Una especie de reproducción de lo que históricamente se ha organizado y establecido a lo biológico como condición imperativa y de priorización, los modelos de intervención de salud actual proponen lo social y comunitario como variables dependientes en situaciones de salud.

A continuación desarrollaré los objetivos específicos propuestos aquí en este proyecto, con el consecuente despliegue de cada uno de los indicadores propuestos:

Objetivo Específico 1:

“Sensibilizar a las familias en habilidades sociales de cuidados adecuados de crianza RNAR”.

Indicadores de Proceso:

Motivación

Interés

Escucha Activa

Expresión Corporal

La realización del presente objetivo se subdivide en dos etapas, una de abordaje inicial y uno de proceso:

En el inicial, se evaluaron que la presencia de hábitos de conductas de riesgo y la inexperiencia materna eran variables que incidían en un adecuado empoderamiento de rol materno. (Se adjunta Ficha Evaluación).

Objetivo Específico 2:

“Asegurar la atención temprana y oportuna del RNAR”.

Indicadores de Proceso:

1. Cantidad de intervenciones en relación con la población total que concurre al CSAR:
268 intervenciones de abordajes integrales.
2. Activar Red de Seguimiento: El impacto operativo fue a nivel institucional, generando la disposición desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva Mendoza del registro de todos los RN en planilla de alto riesgo, dado que desde este proyecto la detección oportuna propuesta fue un hecho, y permitía un desfase entre los tiempos administrativos de alto riesgo y su llegada a equipos territoriales por parte de las planillas de alto riesgo, y los tiempos oportunos y el abordaje integral comunitario que permitía la intervención desde este proyecto. Ello implicó una defensa institucional desde Htal. D.Paroissien hacia el PSSR de las actividades realizadas con este proyecto con la Dra. Rinaldi Mónica Directora Maternidad e Infancia, poniendo de manifiesto dicha profesional un reconocimiento al trabajo realizado desde este proyecto de Médicos

Comunitarios, resaltando los logros y apoyando la continuidad de la ejecución del mismo.

3. Participación activa o pasiva de la madre y/o figura de crianza: Para dicho indicador se tomó en cuenta el nivel de ausentismo, la variable socio-económica era determinante. Pero también se observó que la edad materna también era una variable con valor determinante, sobre todo el grupo etáreo de 14-18 años de edad. El nivel de ausentismo era según zona geográfica preponderante desde el departamento de Luján, en el caso de pacientes de Maipú se destacó que el nivel de ausentismo fueron pacientes en seguimiento social, mensualmente se ausentaban 5 pacientes.
4. Indicadores de Morbilidad al momento de ingreso al CSAR: el presente indicador permitió evaluar la evolución biológica, social y emocional del RNAR.

Las variables socio económica han tenido influencia en el desarrollo y crecimiento de los RN, en el inicio de su alimentación complementaria teniendo diagnóstico de desnutrición.

Un porcentaje de 20 % de internaciones por IRA, teniendo en cuenta que el total de pacientes en consultorio de seguimiento fueron 3000 pacientes, con aproximaciones de 300 pacientes por mes. Las IRA producidas fueron con incidencia de conductas de riesgo por hábitos tóxicos e infraestructura vivienda como factores predisponentes. Aspectos conductuales desarrollados y abordados en talleres y entrevistas individuales.

La presencia de indicadores de prevalencia en lactancia materna, con pecho exclusivo sólo los primeros 3 meses de vida del RN, con lo cual la incidencia en lactancia materna ha sido exitosa en el fortalecimiento de consejería de lactancia materna permitió aumentar los niveles de incidencia de lactancia materna exclusiva en los RN Alto Riesgo a través de la desmistificación de los mitos.

En lo que respecta a situaciones de alimentación, sólo 5 niños se encuentran en seguimiento por desnutrición, dos de ellos derivados a

CONIN, las entrevistas semanales, los talleres, la red comunitarias actuaron como factores de protección y detección oportuna.

Los talleres de sueño seguro permitieron funcionar como un eslabón de promoción y prevención de la salud para el RN, junto con ello la importancia y valorización de lavado de manos.

En el transcurrir del año 2014, sólo se adoptaron 4 medidas excepcionales dentro del marco de abordaje que propone la Ley 26061 Protección Integral de Derechos del Niño, dado que las situaciones de morbilidad y desarrollo se encontraban alteradas.

La evaluación oportuna en el domicilio de indicadores de riesgo antes del mes de vida del RN en seguimiento permitió una estrategia de inserción con el grupo familiar, y conocer el desarrollo de situaciones de salud en relación al tipo de infraestructura de la vivienda y calidad de la misma.

EQUIPO DE SALUD

Participación del equipo: en este aspecto es importante destacar la comunicación presente para que el trabajo en equipo se desarrollara y fuera posible, teniendo la visión de una idea de proceso en los profesionales intervinientes. Esta idea de proceso, teniendo en cuenta la complejidad de la realidad sobre todo en el abordaje de aspectos conductuales y de determinaciones en la población.

La comunicación fue fluída y permitió un trabajo interdisciplinario que generó que el paciente RN tuviera un abordaje integral, desde un concepto de comunidad.

La participación de los profesionales incluyó un nivel de participación de cogestión con la población de mujeres de las comunidades abordadas, teniendo en cuenta que la comunidad zona centro del departamento de Maipú tiene gran cantidad de pacientes en consultorio de alto riesgo, ello permitió que los mecanismos de trabajo fueran en cierto modo compartidos con la comunidad e involucrarlos, es decir, Fortalecimiento destacando que dicho proceso fue de manera consciente y reflexiva.

Liderazgo: en los momentos de inserción con la comunidad existían líderes comunitarios que eran consecuentes con la identidad social de dicha comunidad, la acción de estos eran de voceros según calificaban las mujeres de la comunidad. Existían líderes históricos, que son reconocidos como referentes comunitarios pero que actúan con condiciones de líderes, los cuales fueron respetados en la inserción y desarrollo del trabajo realizado.

COMUNIDAD

La participación de la comunidad fue auténtica esto es, no fue necesario que los líderes comunitarios ni el equipo de profesionales actuara bajo un poder de coerción, sino que esos líderes comunitarios con carácter histórico conllevan un poder referido, es decir la comunidad se identifica con esas mujeres con una influencia sobre situaciones en la comunidad, condiciones de afecto y solidaridad son lazos comunitarios ampliamente observados.

Sin embargo, se evaluó presencia de micro grupos en la comunidad, que permitían una heterogeneidad en la misma con características diversas con hábitos y valores de vida. Por lo cual es posible observar que se ejecutaron roles funcional y roles disfuncionales en la comunidad desde la existencia de micro grupos en la misma, que a su vez constituyen características de la identidad social de dicha comunidad. Los roles disfuncionales que se evaluaron fueron presencia de situaciones de delincuencia y hechos de violencia que no colaboraban con la tarea de la comunidad que era talleres en la misma comunidad y encuentros.

La realización de talleres comunitarios tenían como misión una idea de fortalecimiento desde un concepto de proceso vinculado a instancias de educación popular, sin incluir situaciones de coerción, lineamientos verticales, con niveles de participación desde la cogestión y autonomía.

Un indicador fuertemente evaluado fue la motivación y participación, interrelacionados ambos a un proceso de comunicación en el cual la comunidad tuvo propio reconocimiento e identificación con necesidades prácticas como así también necesidades humanas.

Para ello, se acentuó el trabajo y generar participación con aquellas mujeres que no tenían posiciones centrales en la comunidad, sino posiciones periféricas y que conllevaban situaciones de alto riesgo, este aspecto tuvo una utilidad satisfactoria que ellas mismas reflejaban en sus comentarios “nos sentimos valoradas”.

Esto permitió que el nivel de participación, tras un proceso de inserción, fuera relativamente exitoso.

LOGROS Y CONQUISTAS:

Del balance de la experiencia se destacan los siguientes puntos:

- Fortalecimiento de metodología de trabajo en red con comunidades y su micro-grupo por zona geográfica de afluencia a CSAR.
- Reducción de indicadores de morbi-mortalidad en RN Alto Riesgo en departamento de Maipú. Según estadística de Dirección de Maternidad e Infancia del Gobierno de Mendoza: en el año 2011 9,6; año 2012 9,3; año 2013 9,7; año 2014 8,5 y en el año 2015 8,5. Se puede observar un recorrido histórico que muestra el achicamiento en la reducción de mortalidad infantil en la cual las acciones en salud han sido relevantes:



- Reconocimiento de importancia de abordaje y detección desde el nacimiento del RN Alto Riesgo. Dicho reconocimiento fue principalmente

por Dirección Ejecutiva y Asistencial Hospital D. Paroissien, y luego por los Equipos de seguimiento territorial de Alto Riesgo, y por la Dirección de Maternidad e Infancia de Mendoza.

- Ruptura con metodologías de trabajo en el equipo médico neonatología que brindaban una identidad al trabajo social en mi lugar de trabajo con patrones de intervención ajenos a un paradigma de complejidad sobre la realidad RNAR.

CONCLUSIONES PERSONALES

La realización de este proyecto de trabajo permitió un desafío en lo personal: el lugar de trabajo que ocupaba cotidianamente no me permitía un trabajo comunitario porque existían patrones de intervención históricos que concebían al paciente como objeto y no como sujeto, sin un trabajo integral.

Todo ello implicó rever estrategias de intervención, como fue el abordaje con la comunidad cara a cara, realización de talleres comunitarios, mirar la salud desde otro concepto. Todo ello, no fue fácil implicó asumir una postura y defenderla frente a mis superiores, pero lo que “no se gestiona, no se logra”, fue un proceso de fortalecimiento interno en lo institucional primero y luego se exteriorizó, a tal punto que hoy es posible hablar de una nueva metodología de trabajo lo cual permitió legitimidad y un reconocimiento.

La construcción de un concepto de salud integral, desde el campo de la salud que propone Lalonde con sus cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención. Entonces el secreto de una buena salud se encuentra en transformar los estilos de vida de las personas en la cual exponen su vida a condiciones de riesgo biológico, psicológico y emocional; por ello el concepto de equidad en salud es fundamental, designando la Atención Primaria de la Salud como principio organizador del sistema, pues concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social.

Se trata entonces de tener indicadores de salud positivos asociados a modificaciones de hábitos y de conductas, por cuanto el concepto de salud tiene una premisa de multidimensionalidad por su constitución socio biológica, por cuanto salud no tiene una norma biológica sino un complejo entramado entre lo biológico y sociológico.

Poder comprender que una patología deviene de múltiples factores, y que a su vez esos factores influyen en la distribución del estado de salud de las personas, es decir, distribución de casos de morbilidad ya sea crónicas, hereditarias, socio e individualmente adquiridas.

Otro aspecto importante fue contar con herramientas operativas para conocer la prolongación de la vida sana mediante la generación y evaluación de estrategias útiles para el control de las enfermedades en una población afectada y la prevención de casos entre los sanos que están en riesgo. Permite tener herramientas para poder ir de las causas de enfermedad al estudio de los determinantes de enfermedad y salud.

En estos determinantes fue posible conocer, explorar y ahondar en los conceptos de desarrollo sustentable y desarrollo humano y cómo afecta en los procesos de salud-enfermedad de la población, la promoción de estrategias para mejorar la calidad del medio ambiente y la protección de la comunidad y cada individuo tiene en el cuidado del medio ambiente local.

Para ello es importante que dentro de esta concepción de salud integral aprendida, se trabaje con un concepto de cultura relativo en dónde cada cultura produce su propia representación acerca de la salud, por cuanto generar acciones en salud y sobre todo de promoción se debe realizar con la gente y no sobre la gente.

Para que este trabajo sea efectivo la importancia de planificación en salud, es decir, que las acciones no deben estar conducidas por el buen voluntarismo sino que es debido instrumentar un plan de acción. Es decir diferenciar entre la planificación y la actividad asistencial cotidiana.

En esta planificación es importante conocer la dimensión y orientación de una política de salud, para ello el concepto de agenda pública es el indicador de los valores que se priorizan en la sociedad respecto de un problema de salud y/o enfermedad.

Los procesos históricos promueven cambios y adquisiciones de conceptos sobre el modo de intervención, la planificación no ha sido ajena a ello, por ello es importante valorar un concepto de incertidumbre dentro de la multidimensionalidad del concepto de salud. Esto es, una planificación estratégica con los actores de la situación, es importante para otorgarle un rol primordial en el fortalecimiento de la participación comunitaria y la intersectorialidad, respeto por la diversidad de saberes y poderes, todo ello nos permitirá construir un concepto de equidad.

Los aportes de los conceptos de política pública, políticas de salud, y dentro de ellas la importancia que tiene, el rol que cumple una agenda sistémica y una agenda pública, ambas son tienen como base una perspectiva axiológica, la orientación de los niveles de salud en la comunidad.

Por cuanto, el principal aporte a mi intervención profesional fue tener un nuevo enfoque en salud como una capacidad humana básica, un prerrequisito que permite a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano fundamental.

En la rutina de trabajo se utilizan diversos instrumentos, los cuales la precisión sobre el conocimiento de los mismos se brindó en el módulo VI, conocer los objetivos de la importancia de registro de enfermedades con la consiguiente utilidad de los diferentes registros (cuantitativos y cualitativos) del Sistema de Información de Salud, y el análisis de las fuentes de información como son las estadísticas socio demográficas y vitales.

En el desarrollo de todos los módulos se propuso a la comunidad, al individuo como protagonista, es decir como actor social, para ello se pudo comprender el eje de Participación y comprenderla como elemento fundamental en la

construcción de ciudadanía en dónde el equipo de salud juega un papel primordial en la promoción de procesos participativos. Para ello es primordial incorporar los valores y costumbres de un pueblo o comunidad para promover la formación de ciudadanos activos, solidarios y responsables, es decir, aprender a decidir con la gente.

Por ello, el trabajo individual en salud no tiene sentido si no se encuentra atravesado por un trabajo en equipo, en la diversidad está la riqueza según refiere el módulo VIII, entender al centro de salud como organización esto es , entendida la organización como un conjunto de partes interrelacionadas, las partes se incluyen en el todo, pero a su vez, el todo se incluye en las partes, mientras ni el todo da cuenta de las partes ni las partes del todo, incorporando otras lógicas en nuestro centro de salud, la lógica del desorden, del azar, de la incertidumbre, de lo disperso, de la diversidad de los fenómenos. Pero el éxito de la organización no depende sólo de nuestros actos, sino de los actos de todos los demás integrantes de la organización para ello hay que conocer las diferentes posiciones entre los distintos sectores e intentando pesquisar aspectos de la cultura organizacional para establecer cambios.

A esto se suma el trabajo en redes, conocer los beneficios de las múltiples vinculaciones existentes en la sociedad, por lo que la salud no depende del sistema sanitario sino que requiere la coordinación intersectorial para llevarla a cabo.

Por lo tanto, la salud no es un proceso biológico sino que su interrelación con lo afectivo, con lo vincular, con lo social, es decir, modos de inserción y participación en la sociedad, valores culturales, historias personales, familiares, colectivas, nivel de educación nos permite visualizar la situación de salud del individuo y de la comunidad. Para ello el módulo X brinda herramientas sobre problemáticas de salud actuales. En resumen, no quedar atrapado en la individualidad profesional es una premisa aprendida en este desarrollo de intervención comunitaria.

Aciertos y Errores de las intervenciones

Ir modificando auto conceptos con respecto a idealización sobre intervención con personas en la comunidad. La posibilidad de ir modificando aspectos de intervención con el equipo de trabajo con respecto a la realidad social, todo ello supuso cambio y giro en las intervenciones sobre todo para la evaluación de indicadores de procesos.

Técnicas Participativas

Se realizaron talleres didácticos, es decir, con material para instar a la reflexión y material educativo, videos sobre lactancia materna, sueño seguro y lavado de manos.

Abordajes Comunitarios

Diagnóstico de la comunidad: entrevistas individuales a referentes, caminatas y recorridos por el barrio, participación de actividades como observadora participante ello favoreció la inserción con la comunidad.

Las entrevistas individuales y grupales con los padres asistentes a C.S.A.R.

Utilidad del Proyecto:

La trascendencia de salir de un modo de entendimiento y práctica de salud con RNAR, favoreció un posicionamiento frente a dicha temática lo cual permitió involucrar organizaciones e instituciones en la constitución de una red para el abordaje. El desarrollo de una política centrada en la maternidad y la familia como paradigma, lo cual permite entender al niño RNAR desde una perspectiva integral.

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- **Instrumento de intervención**
- **Fotografías**
- **Gráficos**

Consultorio de Seguimiento RN Alto Riesgo

ENCUESTA SOCIAL

Fecha:

1-Nombre y Apellido de la madre:

DNI:

Edad:

Nacionalidad:

Ocupación:

Escolaridad:

Teléfono:

Antecedentes obstétricos relevantes:

Hijos:

Nombres y Edades.

2-Nombre y Apellido del RN:

DNI:

Sexo:

Peso:

Edad Gestacional:

Apgar:

F.N:

Motivo de internación:

Obra social:

2-1 Nombre y Apellido del RN:

DNI:

Sexo:

Peso:

Edad Gestacional:

Apgar:

F.N:

Motivo de internación:

Obra social:

Embarazo planificado: SI – NO

Parto: Cesárea – Normal

¿Cuándo fue la primera vez alzo al RN?

3-Nombre y Apellido del padre RN:

DNI:

Edad:

Nacionalidad:

Ocupación:

Escolaridad:

Teléfono.

Convive con el padre del RN: SI – NO

Motivo de la no convivencia:

Domicilio	
Localidad	Departamento

4-Familiograma

Variables Excluyentes:

HIV (+)
Antecedentes de aborto
Hijo menor de 2 años fallecido por causas evitables
Prematurez (37 semanas o menos)
Discapacidad mental profunda
Antecedentes de adicción
Intervalo intergenésico menor de 2 años o puérpera hasta 12 meses

9-PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Conoce métodos: SI –NO Utiliza métodos: SI –NO ¿Cuál?
Oral
DIU
Inyectable
Anticoncepción quirúrgica: Ligadura tubaria o vasectomía
Preservativo

10-SUEÑO SEGURO

Disponibilidad de cuna: SI - NO

11-ANTECEDENTES DE INTERVENCIÓN FAMILIAR JUDICIAL: SI –NO

12-OBSERVACIONES

Se trabajó con 286 mamás en el año 2014, cada encuesta se encuentra archivada en la HC del RNAR del Consultorio de Seguimiento.

Ficha de Evaluación de Rol Materno y/o Figura Maternante

Fecha:

Nombre y Apellido de la Madre y/o Figura Maternante	Asistencia a C.S.A.R	Involucramiento En actividades complementarias en C.S.A.R	Participación	Motivación para ser protagonista de cambios conductuales de riesgo (Score)



Asistencia:

Sistema informático indica con color rojo la continuidad de inasistencias del paciente en el registro.

Involucramiento:

Asistencia espontánea a las invitaciones realizadas (sin utilizar recursos de coerción).

Participación:

Asistencia con incentivo personal

Asistencia con demostración e interés personal

Score de Motivación:

0: Sin reflexión crítica y aplanamiento afectivo

1: Con reflexión crítica y aceptación de cambios

2: Desarrollo de cambios

Ficha de Evaluación del RNAR

Fecha:

Nombre y Apellido de Madre y/o Figura Maternante	Integración Psíquica del RNAR al grupo familiar	Aspectos nutricionales	Enfermedades y/o re internaciones del RNAR sistemática	Estado y conservación del RNAR

Material Documental: Fotografías

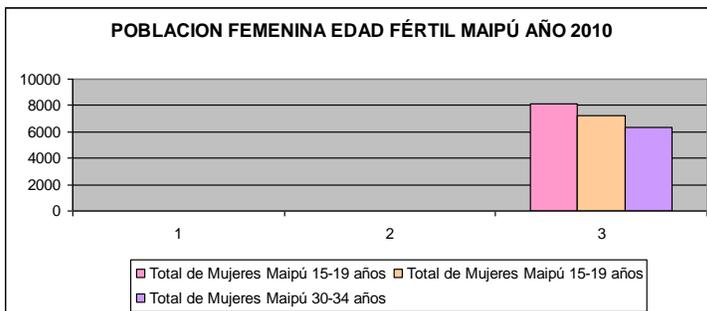


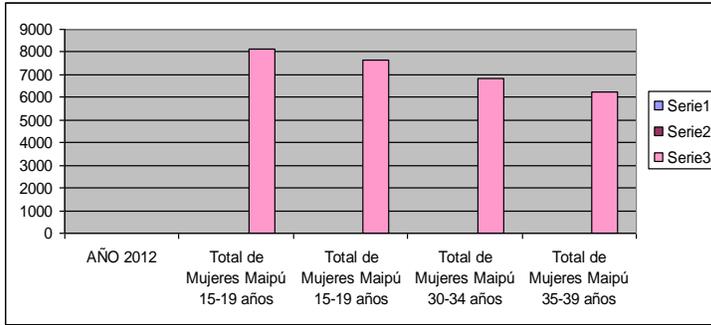




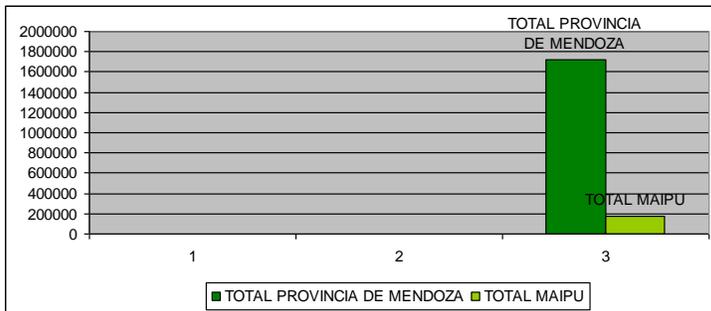
A continuación se detallan los gráficos:

Población por sexo y grupo de edad. Comparación Mendoza y Maipú, Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2010.

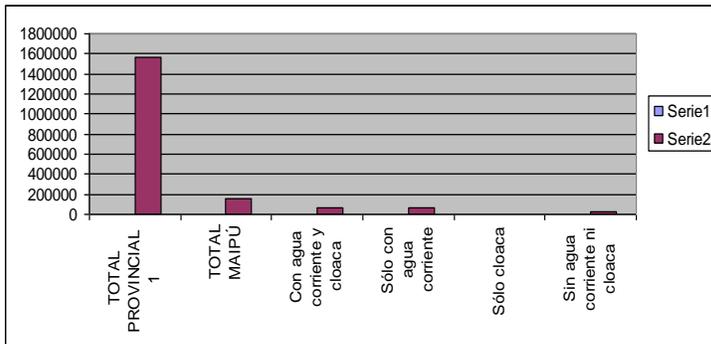




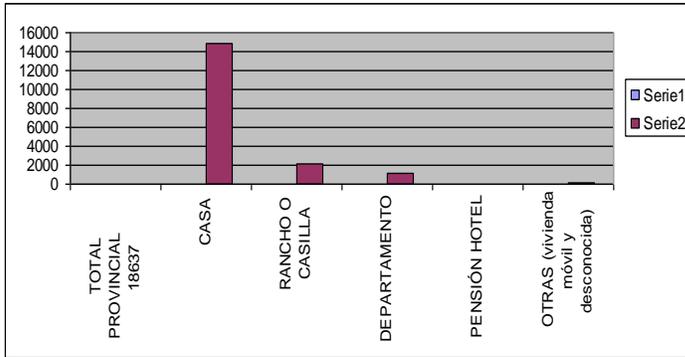
POBLACIÓN TOTAL PROVINCIA DE MENDOZA Y MAIPÚ. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDAS AÑO 2010



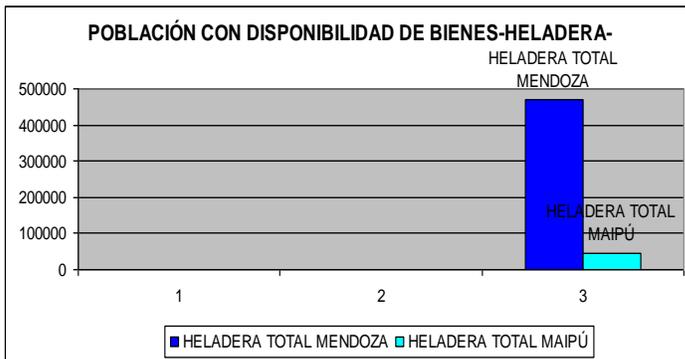
POBLACIÓN SEGÚN DISPONIBILIDAD DE SERVICIO SANITARIO EN LA VIVIENDA. CENSO 2010



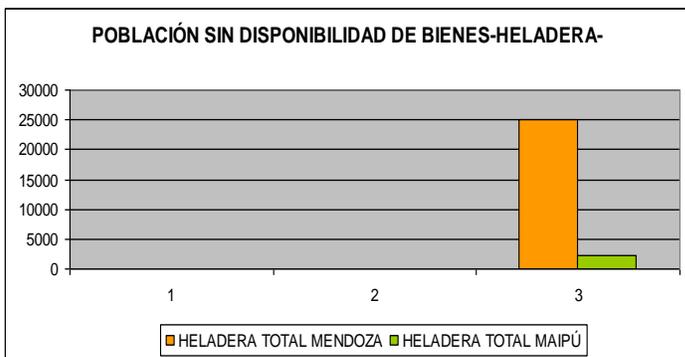
HOGARES QUE POSEEN HACINAMIENTO POR CUARTO, SEGÚN TIPO DE VIVIENDA AÑO 2010



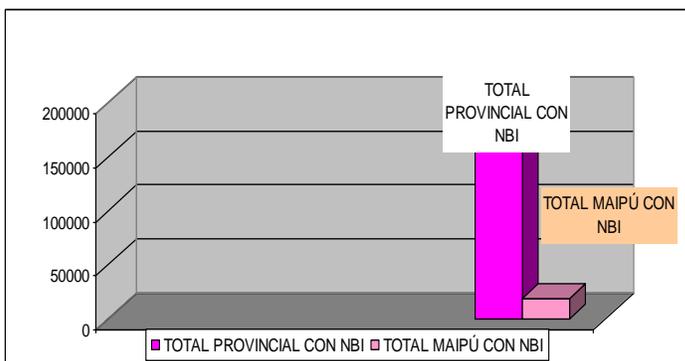
HOGARES SEGÚN DISPONIBILIDAD DE BIENES. AÑO 2010



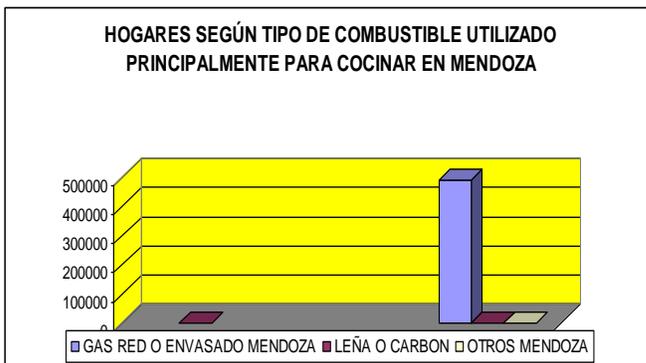
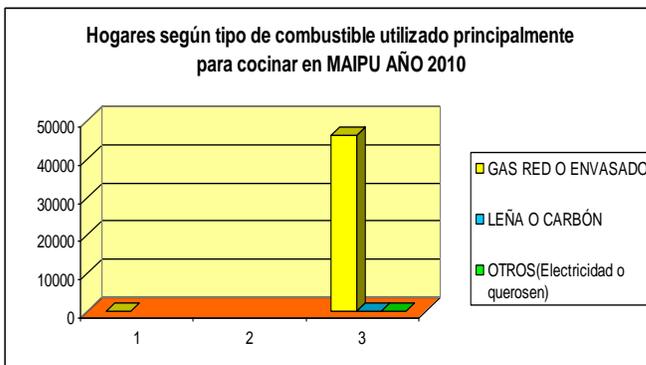
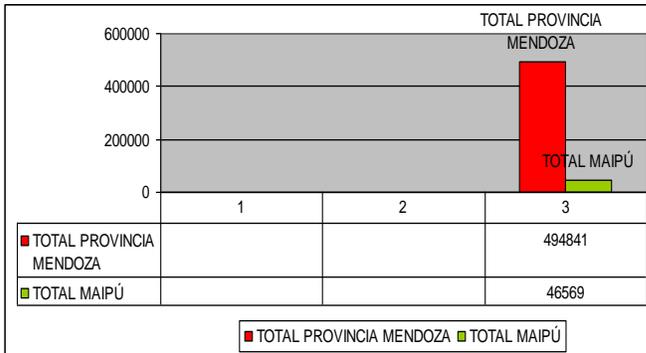
HOGARES SEGÚN DISPONIBILIDAD DE BIENES. AÑO 2010.



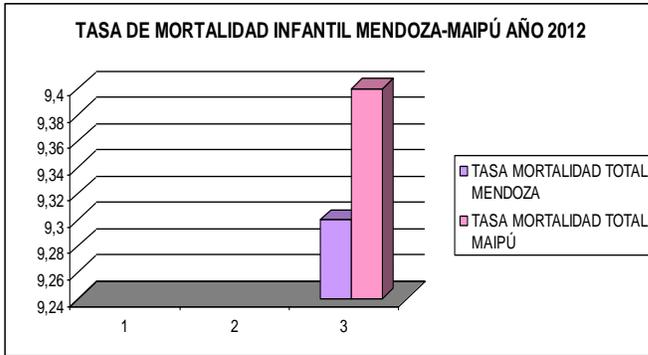
POBLACION EN HOGARES QUE POSEEN NBI AÑO 2010



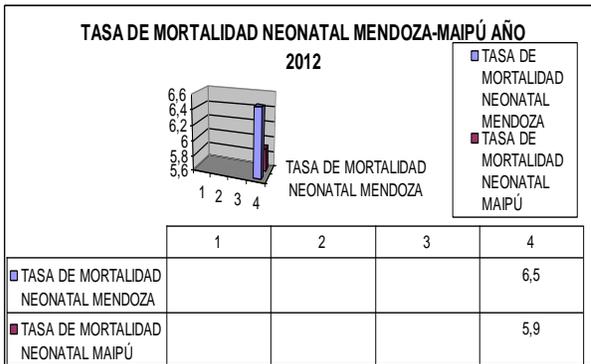
HOGARES SEGÚN TIPO DE COMBUSTIBLE UTILIZADO PRINCIPALMENTE PARA COCINAR



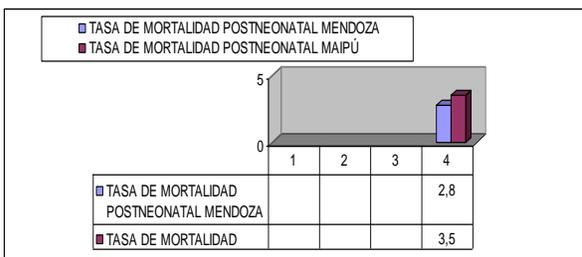
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL MENDOZA-MAIPÚ AÑO 2012



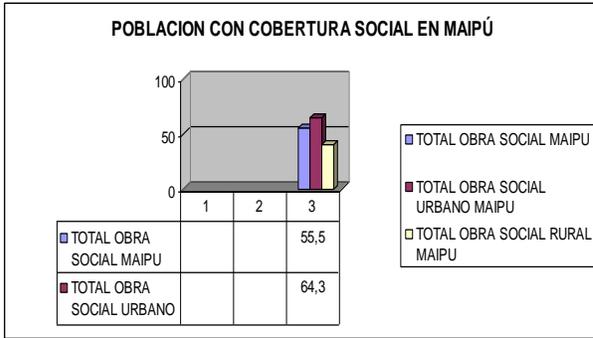
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL MENDOZA-MAIPÚ AÑO 2012



TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL MENDOZA-MAIPÚ AÑO 2012



PORCENTAJE DE POBLACION POR ZONA SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD. AÑO 2011



PORCENTAJE DE POBLACION POR ZONA SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD. AÑO 2011

