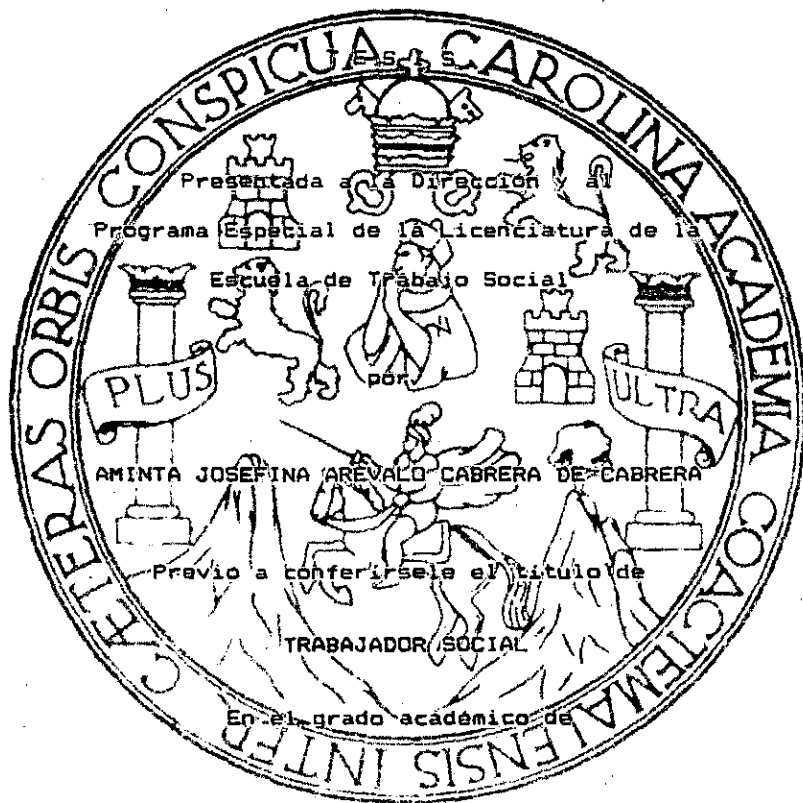


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

"PROGRAMA MADRE CANGURO: UNA ALTERNATIVA PARA LA  
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO"



LICENCIADO

Guatemala, octubre de 1,993.

DL  
15  
T(518)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Alfonso Fuentes Soria  
SECRETARIO: Dr. Marco Antonio Guezada

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.  
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES DOCENTES

LICENCIADA: Amparo Meléndez  
LICENCIADA: Rebeca Morán  
LICENCIADA: Blanca Mercedes Aroche  
LICENCIADA: Aracely Quiroa de Gómez  
LICENCIADA: Carlota Delgado

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Bachiller en Computación: Claudia N. Golcher  
Maestra de Educación Primaria: Mayra Elizabeth Mayorga  
Maestra de Educación Primaria: Lourdes F. Ortiz  
Bachiller en Ciencias y Letras: Sandra Verónica López  
Maestra de Educación Primaria: María Luisa Pérez  
Perito Contador: Mario Rolando Velásquez

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.  
SECRETARIA: T. S. Miriam Silda Fuentes  
ASESOR: Licda. Aracely Quiroa de Gómez  
REVISOR: Lic. Carlos Federico Noriega C.  
COORDINADOR PROGRAMA LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González

" Artículo 11. Los autores serán responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras". Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Guatemala 14 de octubre de 1992

Señor Director  
Lic. César A. Estrada Ovalle  
Escuela de Trabajo Social  
Presente

Respetable Señor Director:

Atentamente me dirijo a usted, para informarle que he tenido a bien cumplir con la designación que se me hiciera de asesorar el trabajo de investigación titulado " PROGRAMA MADRE CANGURO: UNA ALTERNATIVA PARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO ", elaborado por la T.S. AMINTA JOSEFINA AREVALO CABRERA DE CABRERA.

Fué revisado y aprobado. En tal virtud considero que el trabajo en mención llena los requisitos de un trabajo de tesis previò a conferirsele el título de Trabajador Social en el grado de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo de usted como su atenta y segura servidora.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licda. Aracely Quiroa de Gómez.  
Asesora



DICTAMEN-132-18/93

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 2º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:  
760790-4 y 760985-66-88, Ext.: 286-289

Octubre 8 de 1993

Licenciado  
César A. Estrada Ovalle  
Director de la Escuela de  
Trabajo Social  
Presente.


Señor Director:

Por este medio me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que en esta fecha he concluido el proceso de orientación-corrección del Informe Final de Tesis "PROGRAMA MADRE CANGURO: UNA ALTERNATIVA PARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO", de la T.S. AMINTA JOSEFINA AREVALO CABRERA DE CABRERA, proceso que inicié desde el Diseño según me fuera encomendado por el Coordinador del Programa Especial de Licenciatura, licenciado Edgar Flores González, según nota REF. 134-23/91 del 18 de septiembre de 1991.

Considerando que el trabajo señalado llena los requisitos y calidades exigidos por la Escuela, lo doy por APROBADO, sugiriendo se autorice su impresión y se le fije fecha para someterse al examen de graduación profesional correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Lic. Carlos F. Noriega Castillo  
INVESTIGADOR-REVISOR  
AREA DE TESIS-PEL.

CFNC/edl.  
cc: Archivo.





ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 2º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:  
760790-4 y 760983-88-88, Ext.: 288-289

Octubre 11 de 1993

Licenciado  
César A. Estrada Ovalle  
Director de la Escuela de  
Trabajo Social  
Presente.

Señor Director:

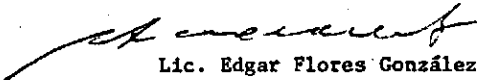
De la manera más atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el Informe Final de Tesis: "PROGRAMA MADRE CANGURO: UNA ALTERNATIVA PARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO", presentado por la estudiante AMINTA JOSEFINA AREVALO CABRERA DE CABRERA.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Carlos F. Noriega Castillo, en el oficio No. 132-18/93.

Al agradecerle su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Lic. Edgar Flores González  
COORDINADOR - PROGRAMA  
ESPECIAL DE LICENCIATURA.

EFG/edl.  
cc: Archivo.





ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 8-1, 3º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:  
760790-4 y 760935-30-33, Ext.: 288-289

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.  
DE GUATEMALA.

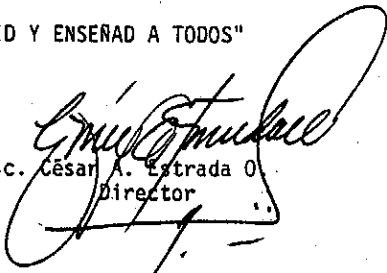
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de los Licenciados Aracely Quiroa de Gómez y Carlos F. Noriega Castillo en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "PROGRAMA MADRE CANGURO: UNA ALTERNATIVA PARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO", elaborada y presentada por Aminta Josefina Arévalo Cabrera de Cabrera, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO, una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los once días del mes de octubre de mil novecientos noventa y tres.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Lic. César A. Estrada O.  
Director

CAEO/cdm  
c.c.:archivo

## ACTO QUE DEDICO

### AL ESPIRITU SANTO

A mis padres: María Cristina Cabrera Bedoya de Arévalo (GEFD)  
Celso Arévalo Quiñonez.

A mi esposo: Oswaldo Cabrera Meza.

A mis hijos: Ana Cristina Cabrera Arévalo y  
Oswaldo Cabrera Arévalo

A mis hermanos: Julio Germán Arévalo Cabrera  
José Arévalo Velásquez

A mis tíos, en especial a: María Antonia Cabrera Bedoya y  
Guadalupe Cabrera Bedoya

A mis primos, en especial a: Felipe Alberto, Cristina,  
Angel Leonardo y Marita

A mis sobrinos: Julio Germán, Nora María, Jenifer Cristina,  
Eluvia Cristina, Ana Gabriela e Ingrid María

Al personal del Departamento de Trabajo Social del Hospital  
Roosevelt



**MIS AGRADECIMIENTOS A**

Lic. Aracely Quiroa de Gómez.

Lic. Carlos Federico Noriega C.

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	I
CAPITULO 1	
<u>MARCO TEORICO</u>	
1.1. Qué es un recién nacido de bajo peso y/o prematuro	1
1.1.1. Definición	1
1.1.2. Factores condicionantes para el bajo peso en el recién nacido y/o la prematuridad	2
1.1.3. Principales enfermedades que afectan al recién nacido de bajo peso y/o prematuro	10
1.1.4. Principales capacidades de los recién nacidos de bajo peso y/o prematuros	10
1.2. Qué es el programa Madre Canguro	11
1.2.1. Definición	11
1.2.2. Principios en que se basa el programa Madre Canguro	12
1.2.3. Antecedentes del programa Madre Canguro	17
1.2.3.1. Antecedentes Generales	17
1.2.3.2. Antecedentes del programa Madre Canguro en Guatemala	21
CAPITULO 2	
<u>NORMAS DE ATENCION DEL PROGRAMA MADRE CANGURO</u>	24

	PAG.
2.1. Introducción	24
2.2. Objetivos	25
2.2.1. Objetivo general	25
2.2.2. Objetivos Especificos	26
2.3. Población	27
2.4. Criterios clínicos de ingreso	27
2.5. Manejo hospitalario	29
2.6. Técnica	31
2.6.1. Contacto temprano Madre-Hijo	31
2.6.2. Posición	31
2.7. Alimentación	33
2.8. Educación programada	33
2.9. Drogas usadas en el niño	34
2.10. Consultas de seguimiento	36
2.11. Inmunizaciones	37
2.12. Rehospitализación	38

### CAPITULO 3

#### ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO DE RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO

	39
3.1. Concepto de Trabajo Social	39
3.2. Concepto de Trabajo Social Hospitalario	40
3.3. Areas de acción del Trabajador Social en el Programa Madre Canguro	41

	PAG.
3.4. Trabajo en equipo multidisciplinario	43
3.5. Estrategias en Trabajo Social para el programa Madre Canguro	45

#### CAPITULO 4

<u>CARACTERIZACION DE LA POBLACION INCLUIDA EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO QUE FUNCIONA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT Y GRADO DE CONOCIMIENTO, ACEPTACION O RECHAZO QUE TIENE LA POBLACION Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO HACIA EL MISMO.</u>	47
4.1. Presentación y análisis de la investigación de campo	48
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	85
BIBLIOGRAFIA	87

## INTRODUCCION

La presente investigación tiene como finalidad, evidenciar la eficacia a mediano plazo del programa de atención del recién nacido de bajo peso denominado "Madre Canguro" y la importancia de la participación de Trabajo Social como parte integral del equipo multidisciplinario.

En un país sub-desarrollado y dependiente como el nuestro, el problema de la morbilidad infantil ocupa uno de los primeros lugares y en este renglón encontramos a los prematuros quienes por sus condiciones especiales tienen un mayor riesgo de enfermar o morir. "En el mundo nacen anualmente 20 millones de niños prematuros y con bajo peso, la tercera parte mueren antes de cumplir el primer mes de vida y 9 de cada 10 niños con peso por debajo de 1000 Grs. al nacer mueren antes de cumplir el primer mes de vida".1/.

En los hospitales de los países como Guatemala, los prematuros encuentran una gran escasez de recursos, infraestructura inadecuada, hacinamiento, infecciones, etc. y en consecuencia, elevados riesgos de enfermedad y muerte.

Tomando en cuenta la problemática del recién nacido prematuro, cuya tasa de mortalidad es muy alta, surgió como respuesta el programa de manejo ambulatorio del prematuro o recién nacido de bajo peso, denominado "Madre Canguro".

---

1/ UNICEF. PROGRAMA MADRE CANGURO. Manejo Ambulatorio del Prematuro Instituto Materno Infantil, Depto. de Neonatología. Bogotá, Colombia, Pág.2.

Para que la aplicación del programa "Madre Canguro" sea un éxito, se requiere de una adecuada participación del equipo interdisciplinario en el que la participación del Trabajador Social debe saber aprovechar al máximo y de allí la importancia que se da a conocer este programa desde la Escuela de Trabajo Social para que el estudiante cuente con la implementación teórica tanto en lo que respecta al programa en sí, como lo que se refiere a trabajo interdisciplinario y programas de Educación en Salud.

Consideramos que el presente trabajo es un aporte valioso para la profesión y que el programa "Madre Canguro" es un programa nuevo y de gran repercusión para la población infantil específicamente para los prematuros cuya morbilidad es un problema nacional que se hace necesario abordar con la participación activa de las madres y la familia en quienes es imperativo lograr cambios de comportamiento, los cuales beneficiarán a toda la población.

Para el desarrollo del presente trabajo se tomó como área de estudio la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana y la sección de Recién nacidos de la Maternidad del Hospital Roosevelt, situado en la zona II de esta capital, en vista de que en esta institución funciona el programa Madre Canguro.

La investigación presenta como objetivos los siguientes:

**a) GENERALES:**

1. Conocer la importancia de la utilización del programa "Madre Canguro" en la atención del recién nacido de bajo peso.
2. Conocer el funcionamiento del programa "Madre Canguro" en el Hospital Roosevelt.
3. Proponer alternativas sistemáticas en la ejecución del programa Madre Canguro.

**b) ESPECIFICOS:**

1. Estudiar a la población que está incluida en el programa Madre Canguro y conocer sus características culturales, sociales, económicas y jurídicas.
2. Proponer la utilización del programa Madre Canguro a nivel nacional.
3. Evidenciar la influencia de la educación en madres integrantes del programa Madre Canguro.
4. Especificar cuál debe ser la participación del Trabajador Social en el programa Madre Canguro como integrante del equipo multidisciplinario.

Las hipótesis que se plantearon al inicio de la investigación son las siguientes:

**a) GENERALES:**

1. La carencia de programas específicos a nivel nacional dirigidos hacia la atención de niños prematuros, contribuye a elevar las tasas de morbilidad infantil.
2. El programa Madre Canguro que funciona en el Hospital Roosevelt, a pesar de los beneficios obtenidos, presenta algunas deficiencias en cuanto a sistematización en el proceso de su ejecución.

**b) ESPECIFICAS:**

1. Mejorando la utilización del programa Madre Canguro, se logrará disminuir las altas tasas de morbilidad infantil.
2. El equipo multidisciplinario que trabaja en el programa Madre Canguro es infuncional ya que su trabajo no es sistemático debido a que la coordinación se da de manera informal, sin programa de trabajo elaborado y desarrollado conjuntamente.

Por lo anteriormente mencionado, en el capítulo 1 de este trabajo, se hace un análisis de lo que es un recién nacido de bajo peso y/o prematuro, las principales enfermedades que lo afectan, factores condicionantes que lo afectan, factores condicionantes para el bajo peso y la prematuridad.

Además se hace una descripción del programa Madre Canguro, principios en que se basa dicho programa y los antecedentes del mismo, tanto a nivel general como en Guatemala.



En el capítulo 2, se dan a conocer las normas de atención del programa Madre Canguro que funciona en el Hospital Roosevelt ya que es el único documento elaborado con el equipo multidisciplinario desde el inicio del programa.

En el capítulo 3 se hace un análisis sobre estrategias y la alternativa de intervención profesional del Trabajador Social en el programa Madre Canguro de recién nacidos de bajo peso y/o prematuros, tomando en cuenta que el accionar de Trabajo Social es más efectivo si se realiza en coordinación con el equipo multidisciplinario, que en forma aislada.

En el capítulo 4, se hace un análisis e interpretación del trabajo de campo obtenido en base a cédula de entrevista que se pasaron personalmente y en donde se investiga la caracterización de la población incluida en el programa Madre Canguro, también el conocimiento, aceptación o rechazo hacia el programa.

En el mismo capítulo se analiza además, el conocimiento y la aplicación de contenidos educativos impartidos dentro del programa y beneficios obtenidos por el recién nacido y su grupo familiar dentro del programa Madre Canguro.

Las hipótesis sobre las cuales se trabajó, se pudieron comprobar ya que se constató a través del trabajo de campo realizado, revisión bibliográfica y experiencia laboral que en Guatemala, a nivel nacional no existen suficientes programas

específicos dirigidos a niños prematuros y/o de bajo peso, lo cual trae como consecuencia lógica las altas tasas de morbilidad y mortalidad prevalentes en nuestro país. Se pudo comprobar además que el programa Madre Canguro es una buena alternativa para la atención de este sector de la población, ya que brinda a la familia el apoyo necesario para que puedan proporcionar una mejor atención a sus recién nacidos de bajo peso, elementos que además redundan en beneficio de toda la familia.

Con el trabajo de campo se pudo comprobar también, que el programa que funciona en el Hospital Roosevelt, a pesar de los beneficios obtenidos, presenta algunas deficiencias, básicamente en cuanto a la organización del personal y el tipo de coordinación que se da entre los mismos, es necesaria una mayor integración para poder así lograr mejores resultados.

Tomando en cuenta que el Trabajador Social tiene como una de sus funciones la educación, y que en la población objeto de estudio uno de sus mayores problemas es la falta de educación respecto del cuidado adecuado de los recién nacidos, específicamente de los recién nacidos de bajo peso y/o prematuros que son catalogados como casos especiales, se considera que el Trabajador Social puede participar activamente en el equipo multidisciplinario del programa Madre Canguro para contribuir a contrarrestar las altas tasas de enfermedad y muerte en los recién nacidos.

La presente investigación, se realizó bajo una óptica estructural-funcionalista ya que se trata a lo largo de la misma de realizar una explicación del funcionamiento del programa Madre Canguro en una institución determinada que se haya funcionalmente relacionada con los demás elementos del conjunto social, tratando de evidenciar la importancia y beneficios del programa.

## CAPITULO 1

### MARCO TEORICO

En el presente capítulo se dan a conocer los principales fundamentos teóricos que guiaron la investigación realizada, con el objeto de tener una idea clara de qué es un recién nacido de bajo peso y/o prematuro, cuáles son los factores que condicionan el bajo peso y la prematuridad. En este capítulo se darán a conocer las principales enfermedades que afectan al recién nacido y veremos cuáles son sus principales capacidades. Daremos a conocer además qué es el programa Madre Canguro, principios en que se basa y finalmente los antecedentes generales del mismo y antecedentes del programa en Guatemala.

#### 1.1. Qué es un recién nacido de bajo peso y/o prematuro

##### 1.1.1. Definición:

" Recién nacido de bajo peso es aquél que nace pesando menos de cinco libras ocho onzas y cualquier otro que pese menos de tres libras ocho onzas se le considera de muy bajo peso"2/.

Existen muchas razones por las que un bebé pesa menos de lo normal cuando nace, una de ellas es la prematuridad.

---

2/ Rosa María Paniagua. EL PROGRAMA "MADRE CANGURO". Un regalo de la naturaleza para salvar la vida del niño prematuro y de bajo peso. Revista Amiga No.34-A Publicaciones Sanzar, Unipres S.A. Guatemala 1,991, Pág.20

"Recién nacido prematuro, pretérmino o con prematuridad, es todo aquel niño nacido entre las 28 y 37 semanas de gestación y con un peso entre 500 y 2500 gramos"<sup>3/</sup>.

#### 1.1.2. Factores condicionantes para el bajo peso en el recién nacido y/o la prematuridad.

Existen múltiples causas del retardo en el crecimiento intrauterino, y sus efectos varían de acuerdo con el modo de duración de su acción y momento del desarrollo fetal en el cual se presentan, así también existen muchas causas que provocan los nacimientos de recién nacidos prematuros. Antes de mencionar los factores condicionantes para el bajo peso y/o prematuridad, se considera conveniente clarificar el término edad gestacional período de gestación o período de crecimiento intrauterino, que se refiere al tiempo durante el cual un nuevo ser está formándose dentro del útero de la madre, este período tiene una duración de 42 semanas y es cuando el bebé está en condiciones adecuadas de nacer. Dependiendo del número de semanas de gestación o formación, así serán el peso, talla y características neurológicas que presente, si su peso y talla están bajos para la cantidad de semanas de gestación se le denomina pequeño para edad gestacional (PEG), si su peso y talla corresponden a su edad o sea

---

3/ Bernabé José Benito Benito. PROGRAMA DE EGRESO TEMPRANO DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO Y MUY BAJO PESO AL NACER, Tesis, FACULTAD de Ciencias Médicas USAC. Guatemala, 1989. Pág. 9.

número de semanas de formación, se le denomina adecuado para edad gestacional (AEG) y si su peso y talla son superiores a lo que le corresponde según el número de semanas de formación, se le denomina grande para edad gestacional (GEG).

En el pasado el recién nacido que pesaba 2500 gramos (5.4 Lbs) o menos era arbitrariamente clasificado como prematuro, mientras que aquellos que pesaban más eran clasificados como a término. Cuando se vió que no todos los neonatos de 2500 gramos (5.4 libras) o menos al nacimiento eran prematuros (menos de 38 semanas de gestación), la designación de bajo peso al nacer fue readaptada a todos los infantes que pesen menos o igual a 2500 gramos (5.4 Lbs.) al nacimiento, independientemente de la causa y sin tomar en cuenta la duración de la gestación.

Posterior a esto se observó que no era fiable la aplicación del peso al nacimiento solo como una medida de madurez en el recién nacido. No disminuyó la importancia del peso al nacer, pero la necesidad de relacionarlo con la edad gestacional fue establecida. Casi simultáneamente, se presentaron standares del crecimiento intrauterino en niños blancos en los cuales el peso al nacer fue relacionado con la edad gestacional. El gráfico resultante de esta relación permitió un método simple y utilizable para determinar el peso apropiado con respecto a la edad gestacional de un niño dado. Se puede saber la edad gestacional basándose en el examen directo del niño, con

critérios neurológicos y una variedad de características físicas externas que van apareciendo según progresa la gestación. Ahora es posible clasificar a cada recién nacido en la categoría como adecuado para edad gestacional (AEG), pequeño para edad gestacional (PEG) o con retraso en el crecimiento y la otra categoría que es grande para edad gestacional (GEG). Tomando en cuenta únicamente el número de semanas de gestación, puede ser clasificado como pretérmino (menos de 38 semanas de gestación), a término (38-42 semanas de gestación) o posttérmino o postmaduro (más de 42 semanas de gestación). El prematuro se puede clasificar como prematuro límite (37-38 semanas), prematuro moderado (30-36 semanas) o prematuro extremo (24-30 semanas), dado que la patología que presentan varía de uno a otro.

"Tres técnicas son las más comúnmente usadas para determinar la edad gestacional: 1. El estudio de las características físicas externas. 2. La evaluación neurológica y 3. Un sistema de puntaje que combina las características físicas externas y la evaluación neurológica" 4/.

Entre algunos de los factores condicionantes para el bajo peso en el recién nacido y/o la prematuridad, podemos mencionar los siguientes:

---

/4 Ibid. Pág. 10

### **Desnutrición:**

"Desorden muy grave en la nutrición en el que la desasimilación es mayor que la asimilación" 3/.

La nutrición inadecuada o desnutrición fue aceptada como una causa que condiciona el nacimiento de niños prematuros o pretérmino, cuando el término se refería a todos los recién nacidos que pesaban más o menos 2500 gramos (5.4 Lbs.) al nacimiento. Se encontró que la mujer considerada como pobre (determinado por el ingreso semanal y el tamaño de la familia) más frecuentemente daba a luz infantes que nacían vivos pero fallecían más o menos a las 48 horas de vida y que eran más pequeños que los infantes comparados de madres con mejor vida. Después se descartaron otras causas de retardo en el crecimiento, se asumió que el retardo fue causado por la mala nutrición materna. Estudios posteriores demostraron poco crecimiento en la placenta, en madres embarazadas con privación nutricional.

### **Infección:**

"Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos, acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva. Infección aérea: la microbiana cuyo vehículo es el aire o partículas suspendidas en él. Infección consecutiva: la que se implanta sobre un proceso ya establecido. Infección Criptogénica: aquella de la que se desconoce la puerta

---

/5 Ramón García Pelayo y Gross. Diccionario pequeño Larousse Ilustrado. Pág. 347.



de entrada. Infección cruzada: la que se transmite entre pacientes atacados por diferentes organismos patógenos. Infección Endógena: la producida por bacterias que normalmente existen en el organismo y que por cualquier circunstancia adquieren carácter patógeno. Infección exógena: la producida por agentes que provienen del exterior. Infección Focal: aquella en la que los gérmenes se hallan acantonados en un punto desde donde envían sus productos a la corriente sanguínea. Infección por Gotitas: infección por partículas diminutas procedentes del aparato respiratorio que permanecen en suspensión en el aire después de haber sido expulsadas con la tos, estornudos, etc. Infección Indirecta: la transmitida por el agua, alimentos y otro medio de transporte. Infección Latente: estado en que las bacterias permanecen vivas sin multiplicarse habituándose a las condiciones del organismo. Infección Masiva: penetración de una cantidad de microorganismos en el torrente circulatorio. Infección Mixta: producida por más de una especie patógena. Infección Piémica: estado morboso producido por la penetración en la sangre de gérmenes de la supuración piémica. Infección Séptica: septicemia. Infección Subclínica: la inaparente que no produce síntomas clínicos perceptibles"6/.

Ciertas infecciones intrauterinas conocidas causan disminución en el crecimiento fetal. El recién nacido con

---

6/Salvat Editores S.A. Sección de Lexicología Médica. DICCIONARIO MEDICO. Barcelona España, 1,971. Pág.288.

inclusión por citomegalovirus pueden ser pequeño para edad gestacional (PEG). En la otra manera, la enfermedad más comunmente ocurre sin retardo en el crecimiento u otro signo clinico en niños de madres jóvenes primíparas. Similarmente la rubeola congénita está asociada con infantes de bajo crecimiento. En adición, cultivos para virus de secreciones, orina y saliva en infantes pequeños para edad gestacional durante los primeros tres días de vida han reportado agentes virales como una causa de prematurez, pero no de retraso en el crecimiento intrauterino. La infección bacteriana se sabe que ocurre en el útero, pero se ha asociado a retraso en el crecimiento o sea que su peso y talla no corresponde a su edad gestacional.

#### **Otros factores:**

Una gran variedad de circunstancias están asociadas con aberraciones en el crecimiento intrauterino.

Una mujer que haya tenido un hijo pequeño para edad gestacional, tiene un 20% de probabilidades del mismo problema en los embarazos siguientes. Hay familias en las cuales los infantes son pequeños para edad gestacional con retraso mental o sea que sus características neurológicas no corresponden a la edad que tienen. Anomalías inherentes no asociadas con evidencia peculiar

de la estructura cromosómica ocurre en la asociación con retraso en el crecimiento intrauterino. Esta característica de niños con excesivo material cromosómico puede ser pequeño para edad gestacional.

Como una regla, los productos múltiples o sea cuando nace más de un bebé, son pequeños para edad gestacional. Esto ocurre usualmente en los nacimientos que se dan después de 35 semanas de gestación, porque la placenta es inadecuada para más de un feto.

En latitudes altas, los infantes tienden a ser de bajo peso, la razón no es conocida.

"Madres que fuman cigarrillos durante el embarazo producen infantes pequeños para edad gestacional. Las fumadoras moderadas tienen el doble de incidencia en pequeños para edad gestacional (PEG) que las no fumadoras, mientras que las grandes fumadoras tienen tres veces más incidencia. La causa no es conocida, pero se relaciona con los efectos vasculares del cigarrillo mientras otros lo relacionan con la hipoxemia o disminución del oxígeno en la sangre de la madre e hijo por los altos valores de carboxi-hemoglobina "7/.

Otro de los factores que influye en el bajo peso al nacer es el alcoholismo crónico materno ya que tiene un efecto marcado en

---

7/.Bernabé José Benito Benito. Op.Cit. Pág. 20

el crecimiento fetal. El peso al nacer de infantes de alcohólicas es de 250 gramos menos que los de madres no alcohólicas, el crecimiento intrauterino también se ve afectado.

La irradiación con rayos X causa retraso en el crecimiento intrauterino y microcefalia.

Ciertos anticonvulsivos administrados durante el embarazo resultan en retraso del crecimiento fetal, microcefalia y anomalías craneofaciales.

"Recién nacidos de madres que son adictas a las drogas, son frecuentemente pequeños para edad gestacional. Se ha aceptado que los niños nacidos en familias de bajo nivel socioeconómico tienden a ser pequeños para edad gestacional" 8/.

En relación a esto último considero que tal aseveración, es valedera ya que una madre embarazada que pertenece a un nivel socioeconómico bajo, tiene menos oportunidad de recibir la alimentación adecuada que requiere una mujer durante el embarazo, por lo tanto el producto o sea el recién nacido no ha recibido todos los requerimientos nutricionales y tiende a ser pequeño tanto en peso como en talla.

---

8/. Ibid, pág. 21.

Finalmente podemos mencionar además otras causas como la anemia, el trabajo excesivo o pesado, falta de control prenatal, madres con ausencia de páncreas, embarazo en la adolescencia, vida agitada y conflictos matrimoniales.

#### 1.1.3. Principales enfermedades que afectan al recién nacido de bajo peso y/o prematuro

Los recién nacidos de bajo peso y/o prematuros, al nacer pueden presentar los siguientes problemas de salud:

- Problemas para respirar, debido a lo poco desarrollado de sus pulmones.
- Hipotermia.
- Ictericia.
- Presentan algunas dificultades para alimentarse.
- Se infectan fácilmente.

#### 1.1.4. Principales capacidades de los recién nacidos de bajo peso y/o prematuros

Al nacer, los recién nacidos de bajo peso y/o prematuros, a pesar de las múltiples complicaciones que pueden tener, tienen las siguientes capacidades:

- Ven.
- Oyen.
- Sienten.
- Aprenden con constancia, cariño y estímulo de sus padres y la participación oportuna de la familia.

Todos los recién nacidos que por una u otra causa presentan bajo peso al nacer o son prematuros, ameritan una atención especial y es a ellos a quienes va dirigido el programa "Madre Canguro".

## 1.2. Que es el programa Madre Canguro

### 1.2.1. Definición:

Los doctores Edgar Rey y Héctor Martínez, creadores del programa "Madre Canguro", lo definen de la siguiente manera:

" Es un nuevo método para el cuidado ambulatorio de los neonatos de bajo peso al nacer o producto de parto pretérmino. Adoptó su nombre de la especie de los marsupiales, en donde las crías nacen antes de completar su gestación. La naturaleza dotó a las canguros hembras de una bolsa en donde se completa el tiempo de gestación, allí los pequeños se calientan y se alimentan hasta fortalecerse adecuadamente. Así, el método consiste en que la madre retenga a su hijo sin ropa (solo en pañal) y directamente

en contacto con su piel, entre sus senos; facilitando así su alimentación al pecho y colocado en posición vertical para evitar el reflujo y la broncoaspiración"9/.

Diferentes autores utilizan indistintamente el término, método o programa para referirse al programa "Madre Canguro", pero en nuestra opinión lo más adecuado es utilizar el término programa que será el que se manejará en la presente investigación.

#### 1.2.2. Principios en que se basa el programa Madre Canguro

Los principios de este programa son los siguientes:

- CALOR: Generado y transmitido por el cuerpo de la madre, quien deberá colocar a su niño sobre el pecho para tener contacto piel con piel, sustituyendo a su debido tiempo y en forma natural a la incubadora.
- LECHE MATERNA: Que no solo alimenta al niño sino que con su acción inmunológica, lo protege contra las infecciones, aún a aquellos que viven en un medio inadecuado.
- AMOR: El cual estimula al niño afectivamente, las caricias, la voz, el arrullo y el propio latido cardíaco de la madre son los factores importantes para estimular la respiración del niño y para prevenir apneas recurrentes, tan frecuentes en los recién nacidos prematuros.

---

9/.UNICEF. PROGRAMA MADRE CANGURO. Manejo Ambulatorio del Prematuro. Instituto Materno Infantil, Depto de Neonatología. Bogotá, Colombia, Pág.1

Además de estrechar los vínculos de ese binomio madre-hijo, esta relación garantiza a ese pequeño ser humano la fuerza del apoyo y el equilibrio emocional que solamente la madre puede proporcionar.

Una de las cosas más importantes en el manejo de los prematuros, consiste en su atención basándose en sus condiciones clínicas, las cuales son determinantes para poder iniciar el programa Madre Canguro.

En la sala de partos el prematuro recibe las medidas de reanimación y todos los cuidados pediátricos necesarios. De acuerdo con sus condiciones se remite entonces a una unidad de cuidados intensivos o de cuidados intermedios o directamente a la madre. Desde el primer momento se estimula y se facilita una relación estrecha entre madre-hijo. La madre puede asistir diariamente a la unidad de cuidados intermedios o intensivos para amamantar a su hijo al mismo tiempo que lo acaricia y estimula. Cuando la madre no puede amamantar a su hijo, extrae manualmente la leche para proporcionársela por gotero o biberón.

En el hospital el niño estará dentro de una incubadora para que mantenga el calor en el cuerpo, en algunos casos, si es necesario, se usará oxígeno y aparatos especiales para ayudarlos a respirar, será protegido para evitarle infecciones, especialmente lavándose las manos antes de tocarlo.



El inicio del programa Madre Canguro, se hará cuando el niño prematuro o de bajo peso ya no tenga problemas y no necesite aparatos y tratamientos especiales, o sea que su condición clínica es determinante para iniciar un contacto más estrecho con su madre y luego todo niño abajo de 2,000 gramos de peso al nacer, es enviado lo más pronto posible a la casa para ser manejado por su propia madre y controlado ambulatoriamente en una clínica de consulta externa.

El niño es colocado junto al seno materno, en contacto piel con piel y en posición vertical para evitar el reflujo y la broncoaspiración. Allí, debajo de la ropa de la madre debe permanecer las 24 horas del día. En esta posición recibe no solo el amor y el calor de su madre, sino que tiene allí mismo su alimento, con la frecuencia que lo desee, evitándose problemas habituales por no poder mamar en forma prolongada cada vez.

Durante la consulta de manejo ambulatorio al niño se le toman las medidas antropométricas, se le examina física y psicológicamente, se valora multidisciplinariamente y se le protege con las vacunas necesarias. Las madres reciben charlas educativas sobre estimulación adecuada, el cuidado del niño, nutrición y siempre se enfatiza sobre la importancia de la lactancia materna.

Los costos de atención de estos niños prematuros son considerablemente bajos, lo que se consigue por ser un programa sencillo y natural, propio de un país de escasos recursos. Comparativamente el costo de atención de un niño de 1,000 gramos de peso al nacer, en un país desarrollado es alrededor de 800 dólares diarios, y en el manejo ambulatorio en el programa Madre Canguro es tan solo 2 dólares.

El programa Madre Canguro presenta un modelo importante de relación costo-beneficio en el cual se incrementa la supervivencia del niño prematuro, se mejora la calidad de vida y se evita el abandono, tan frecuente en estos casos.

El programa Madre Canguro, en el cual se combina el tratamiento en el hospital con el ambulatorio y en el hogar, ha alcanzado mejores resultados que la alternativa más costosa de una prolongada hospitalización.

Se ha estimado que los costos postparto de atención de los niños menores de 1,800 gramos en nuestros hospitales es de aproximadamente Q.300.00 diarios. El promedio de hospitalización actual de estos niños se encuentra en 33 días, lo cual significa que un niño estará costando aproximadamente Q.10,000.00 y mientras más bajo sea el peso al nacer, más alto es el costo de

atención. Esto justifica que además de los beneficios importantes de apego y lactancia materna, disminuir el tiempo hospitalario en 10 a 15 días estará contribuyendo a la economía tan precaria de nuestros hospitales.

Independientemente de los costos de atención hospitalaria y de la velocidad de crecimiento en talla, peso y circunferencia cefálica del recién nacido prematuro al egresar tempranamente con la madre, está la importancia del apego materno, lo que ocurre en el período inmediatamente después del nacimiento, puede ser crítico para el comportamiento de la madre, ya que ésta se encuentra dentro de un marco de alta vulnerabilidad desde el punto de vista intelectual y sentimental, lo cual puede contribuir o interferir drásticamente con el apego madre-hijo. Algunos investigadores creen que en los primeros minutos y horas después del nacimiento, existe un período sensible especial cuando la madre y el niño deben estar juntos para iniciar el desarrollo de una unión más próxima entre ellos. Desafortunadamente, los niños muy pequeños o con patología al nacimiento, sufren una separación inmediata de la madre para brindarles atención especializada y generalmente son trasladados solos a las áreas de cuidado intensivo, rompiendo la interacción inmediata madre-hijo, lo cual aumenta la ansiedad y el estrés materno. "Esto ha motivado a tratar de lograr que esta

interacción madre-hijo, en aquellos neonatos que por diversas razones no tuvieron la oportunidad inmediata de estar al lado de su madre, se reactive lo más pronto posible, a través de programas específicos que se inicien dentro de su área intensiva, incluso durante la mayor gravedad del niño, y culminan con contacto madre-hijo lo más tempranamente posible" 10/.

La interacción entre la madre que está dando pecho y el niño, tiene efecto sobre todos los sentidos del recién nacido (tacto, gusto, visión, olor, etc.), creando una sensación estimulante, sensorialmente placentera que es el fundamento del cuidado de otro ser humano.

"Crear un sistema para lograr lo más tempranamente posible esta interacción a través de la lactancia natural, contribuirá a que las madres tengan confianza en su habilidad de alimentar al pecho y favorecerá al neonato en alimentación y desarrollo integral" 11/.

### 1.2.3. Antecedentes del Programa Madre Canguro:

#### 1.2.3.1. Antecedentes Generales:

- 
- 10/. David Young. APEGO: Cómo los padres se unen a sus hijos recién nacidos. Icaa. 1,978. Pág.48  
11./ Roberto Cerezo y Rolando Figueroa. Howar I; Efectos del estado del niño al nacer sobre estres materno. (artículo aceptado para publicación en Guatemala-pediátrica).1,988. Pág.6.

El instituto materno infantil del hospital San Juan de Dios en Bogotá, Colombia es un hospital muy grande de maternidad donde 11,000 partos son atendidos anualmente, muchos de ellos son seleccionados, por ser de alto riesgo. La unidad de cuidados especiales para neonatos siempre ha existido con una sobrepoblación de pacientes, sin equipo suficiente y sin adecuados recursos humanos. No ha sido sorprendente lo común de las infecciones cruzadas y la pobre sobrevivencia de los pacientes. Además, se vio un fallo en los lazos de unión madre-hijo sugerido por el alarmante número de bebés abandonados por sus madres. Además, aparte de los costos, la mayoría de madres no reciben cuidado prenatal, y como consecuencia la toxemia incontrolada, la anemia y la infección se añadieron a los problemas neonatales. Las dificultades de financiamiento en los hospitales estatales en Colombia, hizo improbable que las urgentes necesidades pudieran ser implementadas a principios de 1,979.

Como respuesta a los problemas de atención del niño prematuro, en el año 1,979 se desarrolló el programa Madre Canguro.

El nuevo programa de cuidado en casa para los recién nacidos de bajo peso se basa en los siguientes principios:

1. Descargar a casa al paciente sin importar su peso, una vez que su condición sea estable y se halla adaptado a la vida extrauterina, aislando al paciente del ambiente mórbido del hospital.

2. No deberá darse leche artificial, solamente la leche materna complementada con jugo de guayaba.

3. Reforzar los lazos de unión tempranos, acercando al bebé al cuerpo de la madre, entre sus senos.

4. Mantener al bebé en posición vertical con la cabeza hacia arriba.

Los pediatras que pusieron en marcha el programa, el Doctor Edgar Rey y el Doctor Héctor Martínez reportaron que 539 niños entraron al programa de 1,979 a 1,981, 30 de los 539 fueron perdidos en el seguimiento y se presume que están vivos. Así mismo reportaron que la supervivencia de los niños que pesaban de 500 a 1,000 gramos se ha elevado de cero con la unidad de cuidados intensivos de recién nacidos convencional en 1,975-6 hasta un 72% en 1,979-81 con el cuidado en casa.

La supervivencia de los bebés que pesaban 1,001-1,500 gramos subió desde un 27% en 1,975-6 hasta un 89% en 1,979-81. El número de bebés abandonados cambió de 34 a 10.

El programa se volvió mundialmente famoso sin ningún reporte en ninguna revista médica. La cadena televisiva Francesa, Alemana y Británica ha presentado videotapes de los bebés canguros colocados en los senos de su madre.

El programa de Bogotá ha sido apoyado por la UNICEF cuyas publicaciones han demostrado el importante descenso en la mortalidad, las ventajas psicológicas y el bajo costo.

Antes de que las nuevas técnicas fueran introducidas, todos los bebés que pesaban menos de un kilo morían, ahora tres cuartas partes de ellos han sido salvados. Para aquellos que pesan entre 1,000 y 1,500 gramos el promedio de muerte ha bajado de 70% a un 10%.

"El programa ha sido implementado en muchos lugares de Europa Occidental. Una vez que el método ha comenzado se ha convertido en una rutina y ha sido gradualmente expandido para comenzar lo más pronto posible e incluir infantes más débiles" 12/.

---

12/. Estuardo Méndez Ruiz. Tesis FACTORES AMBIENTALES EN EL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS PREMATUROS. PROGRAMA MADRE CANGURO. USAC. 1,989, Pág.15.

### 1.2.3.2. Antecedentes del Programa Madre Canguro en Guatemala:

El programa Madre Canguro fue introducido en Guatemala por los Doctores Jorge Mario Rosales, Gerardo Cabrera, del Hospital Roosevelt y el Doctor Rolando Figueroa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tras un viaje a Colombia para conocer acerca del mismo.

En el hospital Roosevelt se dió inicio al programa a finales de abril de 1,988, 125 infantes habian sido admitidos en él, 4 murieron en el hogar, todos presentaban alto riesgo ambiental y tenían más de un mes de edad. El rango de mortalidad era entonces de 3%. Siete (5.6%) fueron readmitidos: uno con neumonia, otro con infección de tracto urinario y cinco por fiebre, en quienes las investigaciones para determinar sepsis y las radiografías de torax fueron negativas. Veinticinco han sido perdidos en su seguimiento. Es interesante hacer notar que antes que el programa fuera puesto en marcha, menos del 25% de todos los pacientes de la unidad de cuidados intensivos de neonatología solian asistir a la clínica de seguimiento.

Se realizó un estudio prospectivo en el hospital Roosevelt y en la maternidad del Seguro Social, para determinar los beneficios del programa Madre Canguro, al revisar los primeros



cincuenta casos (niños canguro), se compararon con cincuenta niños control (niños no canguros) y se encontró que la velocidad de crecimiento para peso, talla y circunferencia cefálica, fue la misma para ambos grupos. La estancia en el hospital fue de 18 días para los infantes canguro y 33 días para los niños del grupo control. La edad gestacional promedio para ambos grupos fue de 32.2 semanas y no hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a peso, talla y circunferencia cefálica.

En el corto período de su puesta en marcha, el programa Madre Canguro ha dado excelentes resultados, y a la fecha las únicas instituciones que trabajan con el mismo, continúan siendo el hospital Roosevelt y el Hospital de Gineco-obstetricia del IGSS.

Entre los estudios relacionados con el programa Madre Canguro que se han realizado, están el trabajo de tesis elaborado por el Doctor Iván Méndez Ruiz, quien en el año 1989 realizó una investigación sobre la influencia de los factores ambientales en el crecimiento de los niños prematuros- programa Madre Canguro. El Doctor Bernabé José Benito Banito, en el año 1,989 elaboró también un trabajo de tesis sobre el programa de egreso temprano del recién nacido pretérmino y muy bajo peso al nacer, este

trabajo de investigación lo realizó en el hospital General San Juan de Dios, donde no se trabaja con el programa Madre Canguro, pero se lleva un control especial con los recién nacidos prematuros. La Doctora Sylvia Jeanette Molina Delgado, en el año 1,991 realizó una investigación sobre hospitalización durante el primer año de vida de los niños del programa Madre Canguro en el departamento de Pediatría del hospital Roosevelt.

Consideramos que los datos anteriores nos ubicaron en lo que es un recién nacido de bajo peso y/o prematuro, también en lo que es el programa Madre Canguro, el cual se considera que es una buena alternativa para Guatemala y fue por eso que se elaboró un documento de normas de atención el cual sirvió de base para poner en marcha el programa el que se dará a conocer en el siguiente capítulo.

## CAPITULO 2

### NORMAS DE ATENCION DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

En el año 1,988 al poner en marcha el programa Madre Canguro, un grupo de profesionales, entre ellos Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales y Psicólogos, tanto del Seguro Social como del hospital Roosevelt, elaboraron las normas que rigen el programa hasta la actualidad y son las que se dan a conocer a continuación en el presente capítulo.

#### 2.1. Introducción

Actualmente la atención de los recién nacidos de bajo peso al nacer, sea por retardo en el crecimiento intrauterino, o por prematuridad, pasan una etapa crítica de tratamiento intensivo, una etapa de crecimiento con régimen alimenticio especial y mantenimiento artificial de la temperatura ambiente dentro de una incubadora. A parte del costo financiero de esta práctica hospitalaria (material, personal especializado, hospitalización prolongada, etc.), se conocen bien actualmente los riesgos médico-sociológicos de la separación PADRES-HIJOS que ello

implica. Las consecuencias de esta separación están actualmente limitadas por la preocupación de los grupos de cuidados neonatales de hacer participar a los padres, lo máximo posible dentro de la actividad, lo que implica costos suplementarios de organización (financieros y sociales). Pocos países pueden ofrecer tales servicios, por lo que se hace necesario contar con métodos más prácticos y que conlleven a una mejor interacción madre-hijo, reduciendo no solamente los costos de operación, sino los problemas posteriores como consecuencia de la separación prolongada como son la lactancia materna, apego, problemas en el desarrollo físico y en el desarrollo psicosocial.

El programa Madre Canguro es una alternativa en el manejo integral del recién nacido de bajo peso y está basado en tres principios básicos: CALOR, AMOR Y LACTANCIA MATERNA.

## 2.2. Objetivos:

### 2.2.1. Objetivo General:

A través del programa Madre Canguro, lograr una estrecha relación madre-hijo, un mejor conocimiento y desarrollo postnatales y una mejor y más prolongada lactancia natural.

### 2.2.2. Objetivos Específicos

1. Estimular a la madre para procurar una estrecha relación afectiva con su hijo.
2. Lograr a través de una mejor comunicación, más participación de la madre en el cuidado integral de su hijo prematuro.
3. Evitar los riesgos de infecciones nosocomiales debidas al hacinamiento en el hospital.
4. Reducir costos de hospitalización en el niño prematuro, dándole egreso tempranamente.
5. Motivar a la madre y demás miembros de la familia a continuar con la supervisión en crecimiento y desarrollo al egresar al niño.
6. Servir de centro de capacitación para multiplicar los beneficios del programa a otros centros asistenciales .

Consideramos que este programa es ideal para un país como el nuestro ya que además de reducir costos, favorece una atención integral para el recién nacido de bajo peso, tal y como lo podemos observar en los objetivos específicos que se plantean en las normas de atención que lo rigen.

Algo sumamente importante es que este programa de atención

se pueda implementar en el futuro en otros centros hospitalarios ya que como podemos ver en el planteamiento de sus objetivos, a través del mismo, se trata de involucrar a toda la familia en la atención de los recién nacidos y esto a la larga redundará en el bienestar de toda la población a quienes va dirigido.

### 2.3. Población:

Serán incluidos en el programa todos los neonatos menores de 1,800 gramos que hayan sobrevivido y pasado de la etapa crítica y que llenen los criterios clínicos de ingreso.

### 2.4. Criterios Clínicos de Ingreso:

#### Madre:

1. Que se encuentre sin enfermedad infecciosa.
2. Que tenga capacidad física para:
  - Alimentar
  - Calentar y
  - Manejar a su bebé.
3. Con gran deseo de asumir responsabilidad por su bebé.

4. Educación en los principios del programa Madre Canguro:

- Lactancia materna
- Uso continuo en posición canguro
- Monitoreo constante.

5. Asistencia regular a la clínica de crecimiento, desarrollo y estimulación temprana.

Recién Nacido

1. Que se encuentre en buenas condiciones clínicas, sin signos de :

- Dificultad respiratoria
- Infección
- Problemas neurológicos
- Problemas metabólicos

2. Con capacidad de succionar.

3. Con buena respuesta a estímulos.

4. Con buena respuesta refleja.

5. Con capacidad para mantener temperatura estable en posición Canguro.

Para poder determinar si la madre está apta para poder dedicarse al cuidado de su recién nacido en casa, se toma en cuenta la opinión de los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario quienes con anterioridad han estado en contacto con la misma para brindarle las orientaciones necesarias.

La evaluación del recién nacido es bien importante, está a cargo del Pediatra y debe realizarse cuidadosamente ya que es básica para que halla éxito en el manejo del recién nacido al estar ya fuera del hospital.

#### 2.3. Manejo hospitalario:

El manejo del niño prematuro se hará de acuerdo a los avances en la neonatología, conforme a normas ya establecidas.

La técnica se iniciará cuando las condiciones clínicas del prematuro sean adecuadas, ya libre de soluciones, tolerando oralmente. Se trasladará de incubadora a cuna abierta, cuando se encuentre estable y con peso de tres libras, pudiéndose trasladar del Área de cuidados intensivos o alto riesgo al de cuidados intermedios o mínimo riesgo. En esta Área se deberán reforzar los conocimientos de la madre acerca del programa y se tratará de que ella permanezca el mayor tiempo posible en el hospital.



Los niños son colocados sobre el seno materno, solamente con pañal para favorecer el contacto piel con piel, manteniéndolo en posición vertical para evitar el reflujo.

Ya en el servicio de alto riesgo se promoverá la lactancia materna, los hábitos higiénicos y el lavado de manos.

En el servicio de cuidados intermedios o mínimo riesgo, se reforzará sobre la técnica del programa, hábitos higiénicos y uso apropiado del vestido.

Cada tres días se reunirá a todas las madres incluidas en el programa y se les dará una plática sobre las ventajas del programa utilizando los rotafolios específicos.

La salida del niño de la incubadora será cuando llene los requisitos establecidos para ingresar al programa canguro.

La sonda nasogástrica permanecerá puesta constantemente con el niño hasta que se haya establecido la succión adecuadamente.

Previo al egreso del niño, deberá haber una evaluación por la Trabajadora Social del programa, sobre las condiciones

ambientales y familiares de la casa, tratando de que reúna las condiciones básicas mínimas. Al mismo tiempo se llevará la hoja de datos sociales específicos del programa.

El egreso del niño será determinado por su condición clínica, que esté controlando adecuadamente su temperatura, que tenga buen reflejo de succión y deglución, que esté libre de medicamentos de control hospitalario y con un peso mayor de tres libras cinco onzas o a criterio del Médico tratante, además de que la madre esté debidamente instruida.

## 2.6. Técnicas:

### 2.6.1. Contacto temprano madre-hijo

El contacto del niño con su madre debe iniciarse inmediatamente al nacimiento y debe continuar todo el tiempo que el niño permanece dentro del hospital, incluso dentro del área de cuidados intensivos. El objetivo de esto es iniciar un apego madre-hijo temprano y una iniciación temprana de la lactancia materna.

### 2.6.2. Posición:

A- El niño estará 24 horas al día en posición semisentada y

decúbito lateral sobre el pecho de la madre, o de cualquier persona sana motivada, si la madre está incapacitada, en contacto directo con la piel. El objetivo es: a) mantener la temperatura del niño alrededor de 37 grados, ahorrándole al máximo al bebé el gasto de sus propias calorías, b) mantener al niño permanentemente estimulado con sus movimientos respiratorios, los ruidos cardíacos y la actividad de la persona que lo carga y c) crear un lazo psico-afectivo y apaciguante madre-hijo.

B) El niño estará vestido con una camisa sin mangas de tela suave un gorrito, calcetines y pañal de tela. Toda la ropa se lava con jabón de bajo contenido en lejía y se enjuaga con abundante agua, preferiblemente con vinagre y limón.

C) La cabeza del niño estará siempre elevada en relación con su cuerpo, también para alimentarlo, cambiarle pañal o cualquier otro manejo. El objetivo es evitar el reflujo gastro-esofágico y la broncoaspiración. El cargador es importante para cumplir este objetivo.

D) La duración de la posición canguro la determina el niño. Existe un momento natural en el que el bebé pide salir de esta posición: se siente incómodo, llora, saca los brazos y las

piernas. Esto ocurre aproximadamente cuando el bebé ha alcanzado más o menos los 2,000 gramos.

#### 2.7. Alimentación:

Uno de los éxitos de este programa se debe al énfasis que se hace en la importancia de la lactancia materna. La alimentación materna empieza al nacer. Si el niño está hospitalizado y no se puede amamantar, la madre se extrae manualmente la leche, poniéndola en una pacha plástica, con el fin de conservar los anticuerpos. Tan pronto como sea posible, se coloca al bebé al pecho de la madre, en las salas de lactancia que están junto a las salas cuna.

Cuando el recién nacido no puede mamar, la madre se extrae la leche y se la da directamente en la boca al niño.

En el programa no hay límite de tiempo para la lactancia materna mientras la madre pueda hacerlo, al contrario, se aconseja amamantar el máximo tiempo posible.

#### 2.8. Educación programada:

Desde el momento del nacimiento debe iniciarse el programa

de educación continuada en donde se le educará a la madre sobre la importancia del programa y de la lactancia materna. posteriormente la educación debe continuar periódicamente para fortalecer los aspectos más importantes de higiene, educación, programa canguro, crecimiento, desarrollo y lactancia materna.

## 2.9. Drogas usadas en el niño:

### Teofilina

Indicaciones: a) Apneas visibles durante el examen sin bradicardia ni cianosis.

b) Si la madre describe durante el interrogatorio episodios parecidos a la irregularidad respiratoria.

c) Salida del hospital con teofilina.

Posología: 2mgrs./kg./día en tres tomas

Duración: Variable según indicación y la clínica. Una manera de determinar el tratamiento puede ser no aumentar la posología con el peso y observar al niño.

### Metoclopramida:

#### Indicaciones:

- a) Sospecha de reflujo gastro-esofágico.
- b) Antecedentes de broncoaspiración.
- c) Peso inferior a 2,000 gramos.

Posología: 1 a 2 mgrs/Kg./día en tres tomas modificando con el peso.

Duración: Hasta los 3 Kgs. sistemáticamente. Si la sintomatología reaparece a la suspensión del tratamiento, toca actuar como frente a un reflujo gastro-esofágico.

### Multivitaminas:

Indicaciones: Durante el período que el niño se mantiene en posición canguro, escondido del sol y si tiene una alimentación exclusivamente materna.

Posología: 2 gotas/Kg/día.

### Hierro:

Indicaciones: Sistemáticamente cuando el niño llega a los dos meses de vida extrauterina.

Posología: 1 a 2 gotas/Kg/2 veces al día.

Duración: hasta el año.

En nuestra opinión la utilización de medicamentos en los recién nacidos es necesaria, dependiendo del cuadro clínico que presente al nacer y ser evaluado por el médico. El complemento con multivitaminas y hierro es importante y necesario ya que por tratarse de niños que han nacido antes del tiempo normal, sus condiciones físicas en general, están en desventaja y debe ayudárseles para que tengan un adecuado desarrollo.

#### 2.10. Consultas de Seguimiento:

- a) Si se tiene dudas sobre el manejo que da una madre a su niño o si el estado de salud del niño es preocupante, se puede citar todos los días.
- b) Un niño sano que crece adecuadamente, no necesita citas demasiado frecuentes.

Se podría definir una regla para el niño sano:

- Hasta que recupere su peso de nacimiento, una cita cada semana.
- Hasta los tres meses, una cita cada quince días.
- Hasta los seis meses, una cita cada mes.
- Hasta el año, una cita cada dos meses.
- Hasta los tres meses tienen protección de consulta día y noche, en caso de urgencia, después se continúa atendiendo en el día.

### Objetivos de la Consulta:

- Estudio del crecimiento y desarrollo del niño.
- Examen físico completo.
- Detectar a tiempo cualquier problema que pueda necesitar una interconsulta especializada.
- Controlar las inmunizaciones.

### 2.11. Inmunizaciones:

- La vacuna BCG al egresar del hospital.
- Independientemente del peso, si clínicamente está bien, se vacuna a los dos, cuatro y seis meses con DPT y POLIO. El primer refuerzo se hace al año de la tercera dosis. La vacuna del sarampión se pondrá al noveno mes de vida.

Considero que las inmunizaciones son vitales para todos los niños ya que a través de ellas se podrán prevenir enfermedades infecto-contagiosas que podrían en algún momento causarles hasta la muerte, con mayor razón se consideran importantes para los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso quienes por sus mismas condiciones físicas, están más propensos a adquirir cualquier tipo de enfermedad infecto-contagiosa y su organismo resiste menos que un niño normal.



## 2.12. Rehospitalización:

Los niños que por algún motivo necesiten rehospitalización por deterioro del estado general, deberán ser hospitalizados en el servicio pediátrico del hospital y evaluados inmediatamente por algún miembro del programa. Se llenará una ficha especial para llevar un control de patologías y hospitalizaciones.

Sobre esta base fue que se puso en marcha el programa Madre Canguro, constituyéndose en un campo nuevo para el Trabajador Social. En el siguiente capítulo veremos las estrategias y alternativas de intervención profesional del Trabajador Social en el programa Madre Canguro para recién nacidos de bajo peso al nacer.

## CAPITULO 3

### ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO DE RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO

Se considera conveniente dar a conocer en el presente capítulo algunas estrategias de cómo el Trabajador Social puede trabajar en el programa Madre Canguro de recién nacidos de bajo peso ya que como se ha observado en los capítulos anteriores, en Guatemala se carece de programas suficientes, especiales para esta población.

En primer lugar veremos el concepto de Trabajo Social, luego qué es el Trabajo Social Hospitalario y después las áreas de acción del Trabajador Social en el programa Madre Canguro, también en este capítulo veremos lo que es el trabajo en equipo multidisciplinario y epecíficamente analizaremos las estrategias en Trabajo Social para el programa Madre Canguro.

#### 3.1. Concepto de Trabajo Social:

"El Trabajo Social tiene una función de concientización y movilización del pueblo, para que en un proceso de promoción y del autodesarrollo independiente, los individuos, grupos y

comunidades realicen proyectos de Trabajo Social inciertos críticamente con sus propias organizaciones participen activamente en la realización de un proyecto político que signifique el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra de plena participación del pueblo, de la vida política, económica y social de la nación que cree las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser del hombre" 13/.

La labor que el Trabajo Social desempeña en el campo de la salud, es muy importante, su quehacer profesional le permite tener un amplio conocimiento sobre las consecuencias de morbi-mortalidad infantil que genera el manejo inadecuado de los recién nacidos de bajo peso; conocimiento que le permite promover cambios de actitud, especialmente en los padres de familia, a través de un proceso educativo.

### 3.2. Concepto de Trabajo Social Hospitalario:

En el año 1,988, se llevó a cabo el primer taller de Trabajo Social Hospitalario a nivel nacional, organizado por el departamento de Trabajo Social del hospital General San Juan de Dios y uno de los resultados del mismo fue la elaboración de el siguiente concepto de Trabajo Social Hospitalario:

---

13/. Ezequiel Ander Egg. Diccionario de Trabajo Social, Pág.259.

"Es la acción profesional que realiza el Trabajador Social como parte del equipo multidisciplinario, para estudiar y analizar las causas y efectos de los factores sociales que intervienen en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo, apoyando y estimulando sus capacidades, para que participe activa y conscientemente él y su grupo familiar en la solución de sus problemas médico-sociales, utilizando en forma adecuada los recursos" 14/.

### 3.3. Áreas de Acción del Trabajador Social en el Programa Madre Canguro

En el hospital Roosevelt el Trabajador Social tiene la oportunidad de desarrollar su capacidad profesional en las dos áreas de acción donde se encuentra instituido el programa Madre Canguro que son el Área de Maternidad y la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana.

En las dos áreas el Trabajador Social puede desarrollar las siguientes funciones:

---

14/ Felipe de Jesús Calderón. LOS TALLERES EN EL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO. Revista Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social-USAC. Depto. de Investigación y Tesis. Guatemala, 1,990, Pag. 43.

1. Brindar atención social a las madres que pertenecen al programa.
2. Realizar actividades de promoción y educación en salud, en forma diaria y mensual, con una actividad compartida tanto con profesionales como con la participación de madres voluntarias, en las cuales es aprovechado el intercambio de experiencias y compartir conocimientos.
3. Coordinar con el personal de la institución y otras, para el logro de la unidad de acción encaminada a la solución de los problemas que plantee el paciente.
4. Investigar problemas socioeconómicos individuales y de grupo, de pacientes que asisten al programa.
5. Programar las actividades que serán realizadas con el grupo de madres conjuntamente con el equipo de salud.
6. Evaluar los objetivos y metas propuestas en el programa en forma mensual con el equipo multidisciplinario.
7. Tener el control continuo de la población atendida en el programa y determinar las acciones a seguir para la solución de los problemas que en materia de Trabajo Social puedan presentarse.
8. Aplicar en la medida de lo posible el método de casos, grupo y comunidad.

Para la ejecución de las funciones anteriores, se aplican las técnicas siguientes:

Entrevista: A la población por medio del estudio socioeconómico, el cual es realizado a fin de que desde su egreso del hospital y su ingreso a la clínica de crecimiento, desarrollo y estimulación temprana, se puedan dar las orientaciones en forma individual que sean necesarias, así como poder realizar un reforzamiento sobre el programa Madre Canguro.

Observación: Es realizada tanto con la asistencia del niño a su consulta como durante la visita domiciliaria a fin de determinar en qué porcentaje la técnica ha sido aprendida y se practica, y sobre qué aspectos es necesario el reforzamiento.

Visita Domiciliaria: Se realiza a los niños que por diversas razones no asisten a su control periódico, a fin de conocer las condiciones ambientales y familiares así como las causas de su no asistencia.

Reuniones: Las que se realizan tanto con las madres, como con el equipo multidisciplinario, a fin de impartir capacitación mensualmente .

#### 3.4. Trabajo en equipo multidisciplinario:

"Se concibe el trabajo en equipo como la acción de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas o de la misma, con el

objetivo de abordar problemas de la realidad; para conocerla, interpretarla e intervenir en ella con criterios de totalidad. Donde cada uno de los miembros tiene funciones y responsabilidades de equipo de acuerdo a los planes, programas y proyectos. Para el trabajo en equipos interdisciplinarios, es necesario que cada uno de los miembros del equipo se interese realmente en forma activa y esté consciente de cuál va a ser su intervención dentro de él y a la vez tenga conocimientos de su especialidad de acuerdo a su ubicación y que asuma una actitud positiva, que se lleve al análisis e interpretación de la realidad para actuar como equipo. Además el trabajo en equipo implica conciencia y respeto de cada uno de sus miembros, por muy simples que sean las tareas que se desempeñen, flexibilidad en el proceso, amplitud de criterios, liberalidad de pensamiento, generosidad, paciencia y sobre todo llevar a la práctica la ética profesional"16/.

"Equipos de trabajo, son los que se forman dentro de las instituciones para trabajar en un tiempo y lugar determinado, en cuyo trabajo cada persona tiene una responsabilidad propia, los componentes del equipo varían de edad, sexo, profesión, etc."  
17/.

---

16/ Luz Aracely Quiroa de Gómez, Tesis: LA POBREZA, LA MISERIA Y EL CONFORMISMO COMO BARRERAS QUE LIMITAN LA ACCION SOCIAL. (Una experiencia en el mezquital). Escuela de Trabajo Social-USAC, 1,989 Pág. 63-64.

17/ Ezequiel Ander Egg. SERVICIO SOCIAL PARA UNA NUEVA EPOCA. Segunda edición, Colección Desarrollo Social, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1,965, Pág.28.

Tomando en cuenta que los problemas de salud son multifacéticos, se hace necesaria la participación de diferentes profesionales en la solución de los mismos pero no con una participación individualista sino trabajando como un equipo para poder así aprovechar al máximo los recursos con que se cuenta, obteniendo resultados de mejor calidad.

### 3.5. Estrategias en Trabajo Social para el Programa Madre Canguro

La participación del Trabajador Social, es importante en programas educativos sobre prevención de la morbimortalidad infantil, tal es el caso del programa Madre Canguro, este tipo de programas puede trabajarse en los distintos niveles de acción que son: Nivel Individualizado ( Trabajo Social de casos), nivel grupal ( Trabajo Social de grupos) y a nivel comunitario.

En los distintos niveles de acción, la estrategia sería el abordaje de la realidad a través de equipos interdisciplinarios ya que el trabajo en equipo es de suma importancia para el logro de objetivos y se considera que ninguna profesión por sí sola puede afrontar los problemas de salud con éxito, dada la complejidad de los mismos. La participación del Trabajador Social en los equipos de trabajo es clave para evitar actitudes individualistas que es la tendencia común de los profesionales, debido a la formación de las diferentes disciplinas.



Las funciones principales del Trabajador Social dentro del equipo deberán estar encaminadas a lograr una integración de todo el equipo, evitar o manejar adecuadamente situaciones de tensión, estimular a los integrantes para que cada uno de ellos asuman una actitud positiva, coordinar las diferentes actividades que se desarrollen a nivel de equipo y además el Trabajador Social deberá tener un adecuado conocimiento y control de los diferentes recursos para un oportuno y mejor aprovechamiento de los mismos.

Trabajando de esta manera se podrá obtener conjuntamente un mejor aprovechamiento de los recursos materiales y humanos pero si es importante que el Trabajador Social este consciente de que su participación activa dentro de los equipos multidisciplinarios es importante para el éxito del trabajo con el programa Madre Canguro.

## CAPITULO 4

### CARACTERIZACION DE LA POBLACION INCLUIDA EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO QUE FUNCIONA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT Y GRADO DE CONOCIMIENTO, ACEPTACION O RECHAZO QUE TIENE LA POBLACION HACIA EL MISMO.

En el presente capítulo se encuentran los datos producto de la investigación realizada, con su respectivo análisis e interpretación. La misma se efectuó con el propósito de enriquecer el trabajo de tesis a través de la observación, entrevista directa, con cédula de entrevista previamente elaborada y así poder determinar las características de la población incluida en el programa Madre Canguro que funciona en el hospital Roosevelt y el grado de conocimiento, aceptación o rechazo que tiene la población hacia el mismo. Además se pretende evaluar el grado de conocimiento y aplicación de contenidos educativos impartidos dentro del programa y los beneficios obtenidos por el recién nacido y su grupo familiar dentro del programa. En este capítulo encontraremos también datos sobre el trabajo que desarrollan los integrantes del equipo multidisciplinario que trabaja con el programa Madre Canguro que funciona en el hospital Roosevelt, entre quienes está incluido Trabajo Social.

La investigación de campo, se llevó a cabo de julio a agosto de 1,992 en la clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana y en la Maternidad del hospital Roosevelt, ubicado en la zona 11 de esta capital, con los recién nacidos, su grupo familiar y personal multidisciplinario del programa Madre Canguro.

#### 4.1. Presentación y análisis de la investigación de campo.

Para formarnos una idea general de la población objeto de investigación, tenemos a continuación algunas características principales pudiendo afirmar que los recién nacidos incluidos en la presente investigación, en su mayoría (42.85%) están comprendidos entre un día y tres meses de edad, lo cual probablemente se deba a que en los primeros meses de edad, sus controles en la clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana son más frecuentes.

De las familias estudiadas, un porcentaje bastante significativo, el 80% corresponde a grupos familiares integrados por la madre, el padre y los hijos. Un alto porcentaje o sea el 54.27% son familias compuestas entre 2 y 4 miembros, únicamente el 2.85% corresponde a grupos familiares numerosos (13 personas).

En relación a procedencia se puede concluir que el 74.28% de los menores incluidos en el programa Madre Canguro, residen en la capital, la mayoría en la zona 7 (14.28%) y el 25.71% corresponde a menores residentes en los municipios del Área de influencia del hospital Roosevelt, lo cual se debe a que las madres residentes en otros departamentos o lugares más distantes, acuden a comadronas o servicios de salud que le queden más accesibles para la atención del parto.

En relación a escolaridad de los padres de los recién nacidos, tomando en cuenta que no todos los grupos familiares incluidos en la investigación son hogares integrados, se desconoce en algunos casos los datos correspondientes al padre. Es evidente que tanto en las madres como los padres, la mayoría son alfabetas, sin embargo los mayores porcentajes (34.28% en madres y 25.71% en padres) corresponden al nivel educacional de primaria incompleta, únicamente en el grupo de padres de familia encontramos un escaso 5.71% que posee un nivel educacional universitario, lo cual demuestra que las actividades educativas para los grupos familiares del programa Madre Canguro, son sumamente necesarios para garantizar una mejor atención hacia los recién nacidos.

En la investigación también se obtuvieron datos en relación al trabajo a que se dedican los padres de los recién nacidos del programa Madre Canguro y podemos observarlo en el siguiente cuadro:

CUADRO No.1

TRABAJO QUE DESEMPEÑAN LOS PADRES DE LOS RECIEN NACIDOS  
ENTREVISTADOS Y QUE PERTENECEN AL PROGRAMA MADRE CANGURO-  
HOSPITAL ROOSEVELT.

O C U P A C I O N	M A D R E		P A D R E	
	No.	%	No.	%
Ama de Casa	52	74.29		
Costurera	2	2.85		
Oficios Domesticos	8	11.42		
Guardiana	2	2.85		
Dependiente de Panaderia	2	2.85		
Niñera	2	2.85		
Maestra	2	2.85		
Operario de Fábrica			2	2.85
Albañil			12	17.14
Agricultor			4	5.71
Enderizado y pintura			4	5.71
Zapatero			2	2.85
Ayud. de carpintería			6	8.57
Mesero			4	5.71
Soldador			2	2.85
Vendedor			4	5.71
Panadero			2	2.85
Auditor			2	2.85
Jubilado			2	2.85
Diseñador Técnico			2	2.85
Piloto Automovilista			2	2.85
Seguridad			4	7.71
Obrero de fábrica			2	2.85
Mecánico			2	2.85
Se desconoce dato			12	17.14
<b>T O T A L</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Investigación de campo. Julio 1992.

En relación a la ocupación de los padres de los recién nacidos, podemos observar en el cuadro anterior que el 74.28% de las madres son amas de casa, siendo pocas las madres que trabajan fuera de su domicilio. De la ocupación de los padres, se desconoce la información de algunos, tomando en cuenta los hogares desintegrados y podemos observar que en su mayoría, desempeñan trabajos de tipo técnico.

CUADRO No. 2

INGRESOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR A QUE PERTENECEN LOS RECIEN  
NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

INGRESO EN QUETZALES	No.	%
1 - 200	18	25.71
201 - 400	24	34.28
401 - 600	12	17.14
601 - 800	6	8.57
801 - 1,000	2	2.85
1,001 - 1,200	-	- -
1,201 - 1,400	2	2.85
1,401 - 1,500	4	5.71
Sin ingreso	2	2.85
<b>T O T A L E S</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Fuente: investigación de campo. Julio. 1, 992

Con respecto a los ingresos totales del grupo familiar, podemos concluir que el 25.71% de las familias estudiadas perciben un ingreso que oscila entre Q.1.00 y Q.200.00 y el 34.28% perciben un ingreso familiar que oscila Q.201.00 y Q.400.00, lo cual es insuficiente para cubrir las necesidades básicas de un grupo familiar. Los ingresos tienen mucha relación con la ocupación de los padres ya que como vimos en el cuadro anterior, en su mayoría desempeñan trabajos de tipo técnico que no son bien remunerados en nuestro país y además en un alto porcentaje de las familias, la madre no aporta ingresos a las mismas.



CUADRO No.3

NUMERO DE CUARTOS DE LA VIVIENDA DE LOS RECIEN NACIDOS  
ENCUESTADOS QUE PERTENECEN AL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL  
HOSPITAL ROOSEVELT.

ALTERNATIVA	No.	%
1 cuarto	50	71.42
2 cuartos	12	17.14
3 cuartos	6	8.57
4 cuartos	2	2.85
T O T A L E S	70	100%

Fuentes: Investigación de campo. Julio 1,992.

Un porcentaje bastante alto (71.42%) nos dice que la gran mayoría de las familias incluidas en la investigación poseen un solo cuarto como vivienda, lo cual también tiene estrecha relación con los bajos ingresos que perciben las familias estudiadas.

CUADRO No.4

TENENCIA DE LA VIVIENDA DEL GRUPO FAMILIAR DE LOS RECIEN NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL ROOSEVELT QUE FUERON ENCUESTADAS.

ALTERNATIVA	No.	%
Propia	20	28.57
Alquilada	26	37.14
Usufructo	24	34.28
T O T A L E S	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992.

Del cuadro anterior podemos deducir que la mayoría de familias cuentan con vivienda alquilada (37.14), lo cual indudablemente también va relacionado con los bajos ingresos familiares.

CUADRO No. 5

ALQUILER QUE PAGAN LOS GRUPOS FAMILIARES DE LOS RECIEN NACIDOS  
DEL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

ALTERNATIVA	No.	%
Q. 25.00	2	7.69
Q. 50.00	6	23.07
Q. 75.00	10	38.46
Q.100.00	2	7.69
Q.125.00	-	- -
Q.150.00	-	- -
Q.175.00	-	- -
Q.200.00	2	7.69
Q.225.00	-	- -
Q.250.00	4	15.38
T O T A L	26	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992.

De las familias que alquilan vivienda, la mayoría cancela alquileres que oscilan entre Q.25.00 y Q.75.00, lo cual tiene relación con los bajos ingresos y como vimos anteriormente en su mayoría la vivienda es de un solo cuarto.

CUADRO No. 6

MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS RECIEN NACIDOS  
INCLUIDOS EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL ROOSEVELT Y  
QUE FUERON ENCUESTADOS.

MATERIAL	No.	%
Adobe	6	8.57
Block	42	60.00
Lepa	6	8.57
Madera	10	14.28
Ladrillo	2	2.85
Caña	2	2.85
Lámina	2	2.85
T O T A L	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992

Como podemos observar en el cuadro anterior, el 60% de viviendas, está construida con paredes de block, el 40% restantes están construidas con materiales de baja calidad como adobe, lepa, madera, lámina y caña.

CUADRO No. 2

MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DEL GRUPO FAMILIAR DE LOS RECIEN  
NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

TIPO DE PISO	No.	%
Ladrillo de cemento	36	51.42
Torta de cemento	16	22.85
Tierra	18	25.71
T O T A L	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1, 1992.

En el cuadro anterior podemos observar que el 51.42% de viviendas posee piso de ladrillo de cemento, en mínima parte o sea el 25.71% el piso es de tierra.

CUADRO No.8

SERVICIOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA DE LOS RECIEN NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL ROOSEVELT QUE FUERON ENCUESTADOS.

SERVICIOS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Alumbrado eléctrico	62	88.57	8	11.42
Servicio sanitario	66	94.28	4	5.71
Agua potable	58	82.85	12	17.14

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992.

De los 70 casos incluidos en la investigación, la mayoría de las viviendas cuenta con los servicios básicos para ser habitada, un 88.57% cuenta con alumbrado eléctrico, el 94.28% cuenta con servicio sanitario y el 82.85% posee agua potable.

En lo que respecta al programa propiamente, el 100% de los entrevistados conocen en qué consiste el programa Madre Canguro. La mayoría de los recién nacidos fueron cangureados durante un periodo corto como lo podemos observar en el siguiente cuadro:

cuando el recién nacido ya ha adquirido la suficiente madurez, él mismo pide salir para tener más libertad de movilización. Este cuadro nos permite evidenciar que con un tiempo tan corto de cangurear al recién nacido, se obtienen beneficios de incalculable valor tanto para el recién nacido como para toda la familia.

El tiempo de hospitalización de los recién nacidos de bajo peso normalmente es bastante prolongado; de la población estudiada, el 48.57% de recién nacidos estuvo hospitalizado entre 2 a 15 días, el 34.28% estuvo hospitalizado entre 16 a 30 días y el 17.14% estuvo hospitalizado más de 30 días hasta un máximo de 47 días o sea que es evidente que la utilización del programa Madre Canguro favorece el egreso temprano de los recién nacidos de bajo peso y la reincidencia de hospitalización no es tan alta como lo podemos observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No.10

REINCIDENCIA DE HOSPITALIZACION DE LOS RECIEN NACIDOS  
ENCUESTADOS QUE PERTENECEN AL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL  
ROOSEVELT.

VARIABLE	No.	%
Si fue ingresado	8	11.42
No fue ingresado	62	88.57
TOTAL	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992.

Como se puede observar en el cuadro anterior, únicamente el 11.42% de los recién nacidos incluidos en la investigación han sido ingresados nuevamente al hospital luego de su primer egreso, la mayoría (88.57%) no ha tenido necesidad de que se le reingrese, lo cual es prueba evidente de la efectividad del programa Madre Canguro.



CUADRO No.11

RECIEN NACIDOS QUE ASISTEN CON REGULARIDAD A SUS CONSULTAS A LA CLINICA DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACION TEMPRANA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

A L T E R N A T I V A	No.	%
Asisten con regularidad	62	88.57
No asisten con regularidad	8	11.42
T O T A L	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992.

De los recién nacidos incluidos en la investigación, el 88.57% acuden regularmente a sus controles a la clínica de crecimiento, desarrollo y estimulación temprana, algunos de ellos no han presentado ninguna enfermedad hasta el momento de la entrevista, otros sí pero la incidencia no ha sido tan alta como lo podemos observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No.12

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD EN LOS RECIEN NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE  
CANGURO ENCUESTADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

NUMERO DE VECES QUE HAN ENFERMADO	No.	%
0	22	31.42
1	24	34.28
2	6	8.57
3	10	14.28
4	6	8.57
5	2	2.85
T O T A L	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1, 1992.

Según el cuadro anterior, la incidencia de enfermedad en recién nacidos incluidos en la investigación, ha sido mínima, el 31.42% no ha presentado ninguna enfermedad, el porcentaje más alto o sea el 34.28% nos indica que la incidencia de enfermedad ha sido de una vez en lo que lleva de vida y los diagnósticos que reportaron son los siguientes:

- Infecciones respiratorias
- Sarcoptiosis

- Varicela
- Infecciones intestinales
- Síndrome de Dawn (este diagnóstico lo presenta un solo paciente, es un problema de salud irreversible que amerita una atención constante).
- Hernia
- Infección en el oído
- Infección en el ombligo

En cuanto a educación y orientación, el 71.42% de madres de los recién nacidos incluidos en la investigación, fueron entrevistadas por la Trabajadora Social antes de egresar del hospital, lo cual permite brindar a las mismas orientación para la atención que deben darle a su recién nacido antes y después que este egrese del hospital.

El 74.28% de madres opinaron que la orientación que se les proporcionó antes de egresar ellas y sus recién nacidos del hospital fue suficiente, lo cual demuestra que este aspecto debe mejorarse ya que la educación es clave del éxito del programa.

El 62.85% de las madres de los recién nacidos incluidos en la investigación han acudido a las actividades educativas del programa, lo cual demuestra que a este aspecto se le debe brindar aún mayor atención ya que es la base del éxito del programa.

Para el cuidado del recién nacido, el 82.85% de madres contó con el apoyo de uno o varios miembros de su familia para el cuidado del recién nacido.

A pesar de que la mayoría contó con el apoyo de la familia para el cuidado de sus recién nacidos, son pocos los familiares que participaron en actividades educativas como vemos en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 13

PARTICIPACION DE LA FAMILIA DE LOS RECIEN NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

ALTERNATIVA	Antes de salir del hospital		En la clinica de crecimiento desarrollo y E. temprana	
	No.	%	No.	%
Si participó	22	31.42	10	14.28
No participó	48	68.57	60	85.71
T O T A L E S	70	100%	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio-Agosto 1,992.

Como podemos observar en el cuadro anterior, las familias han participado en actividades educativas en un 31.42% antes de salir del hospital y en un 14.28% en la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana, lo cual es evidencia de que es necesario realizar actividades tendientes a promover una participación más activa de la familia en este sentido.

La promoción de la lactancia materna es uno de los principales componentes del programa Madre Canguro y su utilización la podemos observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No.14

RECIEN NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO ENCUESTADOS EN EL  
HOSPITAL ROOSEVELT QUE HAN RECIBIDO LACTANCIA MATERNA Y TIEMPO DE  
DURACION.

TIEMPO DURANTE EL QUE RECIBIO LACTANCIA MATERNA EL RECIEN NACIDO	No.	%
Sin lactancia materna	4	5.71
1 mes	16	22.85
2 meses	8	11.42
3 meses	6	8.57
4 meses	2	2.85
5 meses	4	5.71
6 meses	6	8.57
7 meses	6	8.57
8 meses	2	2.85
9 meses	2	2.85
10 meses	2	2.85
11 meses	-	- -
12 meses	4	5.71
Más de 1 año	8	11.42
T O T A L	70	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio-Agosto 1,992.

Al analizar el cuadro anterior, nos podemos dar cuenta que un porcentaje bastante bajo o sea el 5.71% de recién nacidos incluidos en la investigación de campo, no han recibido lactancia materna, lo cual es un indicador de suma importancia ya que uno de los propósitos del programa es promover la lactancia materna como principal alimento para los recién nacidos, estos datos evidencian el éxito que se ha tenido al respecto.

Según opinión de las madres entrevistadas en la presente investigación los beneficios que se pueden obtener con la utilización del programa Madre Canguro son los siguientes:

- El calor ayuda a mantenerlos bien.
- Hay más identificación, se siente que los quieren más.
- Ayuda a que aumenten de peso y talla.
- Está activo.
- La educación que se recibe, ayuda a darles mejor cuidado.
- No padecen de enfermedades graves.
- Duermen y comen bien.
- Casi no se enferman
- No se le cansan los brazos a la madre.
- No lloran mucho.
- Cuentan con control médico constante.
- Se les brinda protección a través del programa de vacunas.
- Se aprende a estimularlo según su edad.

En cuanto a obstáculos en la utilización del programa Madre Canguro, la mayoría de madres o sea el 61.42% manifestó que no encontró ninguna dificultad en la utilización del programa, las madres restantes manifestaron encontrar algún tipo de dificultad, entre las que se pueden mencionar las siguientes:

- Es incómodo para dormir.
- No se le explicó bien que al no querer estar dentro el recién nacido, podía sacarlo.
- Se le dificulta lavar ropa.
- Temor de que se asfixiará.
- No estaba bien orientada.
- Dificultad para cargarlos al ser gemelos.
- Solo quiere estar cargado siempre.

En relación a si el programa Madre Canguro contribuye o no a que los recién nacidos se enfermen o mueran menos, el 91.42% de madres opinan que el programa Madre Canguro contribuye favorablemente para que los recién nacidos se enfermen menos, tal información la hacen basados en lo siguiente:

- Estan a buena temperatura.
- Permite conocer más cosas para un cuidado adecuado.
- Progresan más en todo sentido.
- No se enferman seguido.
- Sienten el amor de la madre y eso les da más deseos de vivir.



El 91.42% de madres opinan que la utilización del Programa Madre Canguro contribuye a que mueran menos recién nacidos de bajo peso, ya que los menores están mejor cuidados y se enferman menos, con el programa se aprende a cuidarlos mejor y una de las madres manifestó que su hijo se salvó con la utilización del programa, pese a que sus expectativas de vida eran mínimas.

Según opinión de las madres entrevistadas y a pesar de que la mayoría considera que el programa Madre Canguro es una buena alternativa para disminuir el índice de morbimortalidad en recién nacidos de bajo peso y que cuenta con muchos beneficios, hay algunos aspectos que se hace necesario cambiar o implementar, entre los cuales se mencionan los siguientes:

- Que la atención en emergencia sea especial e inmediata.
- Que el personal auxiliar de enfermería, trate adecuadamente al público.
- Brindar atención constante, principalmente en los primeros días de haber egresado el recién nacido.
- Incluir a todos los familiares que sea posible en la orientación.
- Que se tome en cuenta la orientación nutricional.
- Un programa de complemento nutricional para madres lactantes.
- Divulgación del programa a todo nivel.
- Que la atención médica sea inmediata cuando los recién nacidos están enfermos y no tienen cita.

Los cuadros que se presentan a continuación nos darán una idea del trabajo que actualmente desarrollan los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario en el programa Madre Canguro que funciona en el hospital Roosevelt, entre quienes se cuenta a Trabajo Social.

El personal que integra el equipo de trabajo del programa Madre Canguro del Hospital Roosevelt, está integrado por Médicos Peditras, Trabajadoras Sociales, Enfermeras graduadas, Auxiliares de Enfermería y dos señoras voluntarias de la Liga de la Leche, todos ubicados en los servicios de Maternidad y Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana. En la presente investigación, se entrevistó a doce de los integrantes del equipo.

Al requerir la información de los entrevistados, coincidieron en cuanto al tipo de profesionales que integran el equipo pero no identifican todos al mismo profesional como coordinador del programa; sin embargo, la mayoría (66.66%) manifiesta estar de acuerdo con que el tipo de organización que se tiene actualmente es el adecuado.

El personal que contestó que no es adecuada, manifestó que hace falta mayor integración entre las personas que están trabajando en el programa y más capacitación para que la

participación sea más efectiva, además consideran necesaria la realización de reuniones de todo el personal, tanto de Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana como de Maternidad para coordinar actividades específicas del programa.

Según el personal encuestado, las actividades que desarrollan en el Programa Madre Canguro son las siguientes:

- Atención Médica en Labor y Partos, Alto y Mínimo Riesgo y en la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana.
- Coordinación con diferentes disciplinas.
- Supervisión del programa.
- Orientación al personal.
- Elaboración, ejecución y evaluación del proyecto anual de actividades en la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana.
- Detección de casos de recién nacidos de bajo peso en Labor de Partos y diferentes servicios.
- Velar porque los equipos de resucitación estén en buen estado y completos en Séptico y Labor y Partos.
- Evaluación de egresos.
- Llevar control de todas las madres y bebés del programa.
- Enlace entre madres y otras disciplinas.
- Apoyo a la madre.

- Localización de la madre si no acude a visitar al recién nacido luego de haber egresado.
- Educación individual sobre el Programa Madre Canguro.
- Orientación al grupo familiar.
- Educación y orientación en grupo a madres que egresan.
- Orientación específica sobre Lactancia Materna para un mejor aprovechamiento y establecer técnica correcta.
- Formación de grupos de apoyo en Lactancia Materna.

En cuanto a los documentos de apoyo, la información obtenida es la que podemos observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No.15

DOCUMENTOS DE APOYO CON QUE CUENTA EL PROGRAMA MADRE CANGURO Y  
CONOCIMIENTO DE LOS MISMOS POR PARTE DEL PERSONAL QUE TRABAJA CON  
EL MISMO

ALTERNATIVAS	HAY EXISTENCIA		LOS CONOCE	
	No.	%	No.	%
Normas	7	58.88	6	50
Estatutos	1	8.00	0	0
Reglamentos	4	33.33	3	25

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992.

Cabe mencionar que de acuerdo a observación directa, se pudo constatar que el único documento con que se cuenta en el programa Madre Canguro es el de Normas y según el cuadro anterior, de las 12 personas incluidas en la investigación, el 50% de los encuestados conoce dicho documento, lo cual demuestra que no existe suficiente divulgación al respecto.

CUADRO No.16

ASISTENCIA DE PERSONAL A REUNIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO  
QUE TRABAJA CON EL PROGRAMA MADRE CANGURO EN EL HOSPITAL  
ROOSEVELT.

VARIABLE.	No.	%
Reuniones ya establecidas según Calendario.	6	50.00
Reuniones esporádicas sin calendario establecido previamente.	5	41.66
No asiste.	1	8.33
TOTAL	12	100%

Fuente: Investigación de campo. Julio 1,992.

De las personas entrevistadas, vemos que únicamente el 50% asiste a reuniones ya establecidas previamente según calendario,

en un porcentaje menor asisten a reuniones esporádicas y una persona manifestó que no asiste a dichas reuniones, éstas opiniones son sumamente importantes ya que para que un equipo funcione correctamente es importante que halla integración, lo cual no es posible si el tipo de coordinación que se da no es sistemática y constante.

CUADRO No.17

CONOCIMIENTO SOBRE LA EXISTENCIA DE UN PROYECTO ESPECIFICO DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ANUALMENTE EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO

A L T E R N A T I V A S	No.	%
Sí lo conoce	8	66.66
No lo conoce	1	8.00
No sabe	3	25.00
T O T A L	12	100%

Fuente: Investigación de campo, Julio 1,992.

De acuerdo al cuadro anterior, la mayoría manifiesta que existe y conoce un proyecto específico sobre las actividades a desarrollar durante el año, se considera que todo el equipo debe no solo conocer el proyecto específico del programa sino participar en su elaboración, estos datos nos dan la pauta de que debe ponerse más atención a esto. En el trabajo de campo se pudo

constatar que existen dos proyectos diferentes, uno elaborado por Trabajo Social y otro por Médicos Pediatras de la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana.

CUADRO No.18

INFORMACION ACERCA SI EL PERSONAL ENTREVISTADO REALIZA O NO ACTIVIDADES EDUCATIVAS A FAMILIARES DE LOS RECIEN NACIDOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

A L T E R N A T I V A	No.	%
Si las realiza	12	100
No las realiza	-	--
T O T A L	12	100%

Fuente: Investigación de campo, Julio 1,992.

Según el cuadro anterior, el 100% de los integrantes del equipo realiza actividades educativas con los padres de los recién nacidos del programa Madre Canguro. Se pudo observar que algunos las realizan en forma individual, otros en forma colectiva, algunos coordinan con las demás integrantes del equipo y otros no. Esta actividad es clave para el éxito del programa por lo que debe existir comunicación constante con el equipo para tener una misma línea de trabajo.

CUADRO No.19

CRITERIO ACERCA DE SI CONSIDERA O NO ACONSEJABLE PROMOVER LA  
UTILIZACION DEL PROGRAMA MADRE CANGURO A NIVEL DE OTROS  
HOSPITALES

O P I N I O N	No.	%
Si la considera	12	100
No la considera	0	--
T O T A L	12	100%

Fuente: Investigación de campo, Julio 1,992.

Según la experiencia de trabajo de los entrevistados, es evidente que consideran el programa Madre Canguro como una buena alternativa para la atención de los recién nacidos de bajo peso y por lo mismo el 100% considera aconsejable promover la utilización a nivel de otros hospistales.



CUADRO No.20

CRITERIO DE ACUERDO A SU EXPERIENCIA DE TRABAJO CON RECIEN NACIDOS, ACERCA DE SI CONSIDERA QUE EL PROGRAMA MADRE CANGURO CONTRIBUYE A DISMINUIR EL INDICE DE MORBIMORTALIDAD INFANTIL.

OPINION	No.	%
Si contribuye a disminuir el indice de morbilidad infantil.	12	100
No contribuye a disminuir el indice de morbilidad infantil.		
T O T A L	12	100%

Fuentes: Investigación de campo, Julio 1,992.

Según el cuadro anterior el 100% de los entrevistados, manifiestan de acuerdo a su experiencia, que el programa Madre Canguro si contribuye a disminuir el indice de morbilidad, basados en los siguientes razonamientos:

- El estímulo que recibe de la madre es superior al que pueda recibir dentro de una incubadora.
- Siempre tiene cerca su alimento.
- Fomenta el apego precoz madre-hijo.
- La utilización exclusiva de leche humana como principal y único alimento.

- El testimonio frecuente de las madres del programa.
- Favorece la participación familiar.
- Ha despertado el interés en brindar una mejor atención médica hospitalaria.
- Las madres se muestran más conscientes de sus responsabilidades.
- Las madres cuentan con una fuente de información para el cuidado de su recién nacido que las hace sentir más seguras y confiadas.
- De acuerdo a la experiencia, los prematuros que carecen de Amor, Calor y Lactancia materna (principios básicos del programa Madre Canguro), enferman y mueren más frecuentemente.
- Por la poca estancia hospitalaria, previene la contaminación nosocomial.
- Mejora la ganancia de peso y talla.

Según la opinión del equipo de trabajo que labora con el programa Madre Canguro en el hospital Roosevelt, el mismo presenta las siguientes Ventajas y Desventajas:

Ventajas:

- Los niños están más cerca de la madre.
- Es económico y fácil.
- Permite educar a la madre.
- Se involucra y une al grupo familiar.
- Se lleva un mejor monitoreo del menor en su crecimiento y desarrollo.

- Acentúa el amor madre-hijo.
- Asegura la inmunización del niño con la lactancia materna.
- Es seguro.
- Es más limpio.
- Favorece un crecimiento precoz.
- Baja el índice de morbilidad.
- Favorece el no abandono del recién nacido.
- El apoyo del personal hacia la madre.
- Apoyo entre madre y padre.
- Obliga a trabajar en forma multidisciplinaria.
- La madre aprende a observar signos en sus hijos que ayudan a evitar complicaciones o para identificar enfermedades en su recién nacido.
- La atención es integral.
- Se hace consejería directa sobre el cuidado del bebé, que es especial.
- El tiempo de hospitalización se disminuye.
- El niño recibe mucha estimulación.
- Fomenta mayor responsabilidad en la madre y la familia.
- Hay mayor responsabilidad y conciencia de trabajo de los prestadores de salud.

Desventajas:

- Exige un poco más de tiempo.
- Inexistencia de un programa de apoyo más continuo para que las madres no desistan de utilizar el programa Madre Canguro.

- Falta de personal suficiente para orientar cada cierto tiempo a todo el personal sobre el programa Madre Canguro en forma completa.
- Infuncional para partos prematuros gemelares.
- Requiere que la madre se limite un poco en otras actividades.
- Situación económica precaria de la mayoría de madres que les impide la movilización constante.
- No se cuenta con la participación a conciencia de todo el equipo de trabajo.

Al realizar un análisis general de los datos obtenidos en la presente investigación, podemos manifestar que el programa Madre Canguro constituye una buena alternativa para la población, en este caso específico a pesar de los beneficios que el programa tiene hacia los usuarios, es necesario mejorar algunos aspectos sumamente importantes como lo son la educación hacia los grupos familiares y el funcionamiento del equipo multidisciplinario, logrando de esta manera un impacto mayor del que hasta el momento se ha obtenido. Este programa constituye un espacio para el Trabajador Social y que se puede aprovechar en beneficio de la población necesitada.

## CONCLUSIONES

1. De acuerdo a la experiencia del personal que trabaja con el programa Madre Canguro y de los padres de familia de los recién nacidos incluidos en el mismo, este programa si constituye una buena alternativa para disminuir los índices de morbimortalidad del recién nacido de bajo peso al nacer.
2. El programa cuenta con normas generales de trabajo, no así con estatutos y reglamentos que especifiquen más detalladamente las actividades a realizar por los diferentes integrantes del equipo.
3. El programa Madre Canguro constituye un nuevo espacio para que el Trabajador Social desarrolle su potencial en beneficio de la población.
4. En la actualidad solamente hay una Trabajadora Social en Maternidad y otra en la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana que trabajan con el programa, lo cual impide que halla un seguimiento adecuado de los casos.
5. Las actividades educativas con los familiares de los recién nacidos, tanto antes como después del egreso de los menores, constituye una de las principales actividades en el programa, sin embargo hasta el momento no responden en un 100% a las necesidades de los usuarios.

6. No todos los integrantes del equipo participan en reuniones de coordinación de manera sistemática y calendarizada para una mejor organización del trabajo.
7. No todo el personal de los servicios de recién nacidos y Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana conoce bien y apoya positivamente el programa.
8. El nivel económico de la mayoría de familias que integran el programa Madre Canguro es de extrema pobreza ya que un 60% perciben ingresos familiares por debajo de Q.400.00.
9. En Guatemala, no existen en todos los hospitales, programas específicos para la atención integral del recién nacido de bajo peso al nacer.

## RECOMENDACIONES

1. Promover la utilización del programa Madre Canguro a nivel de todos los hospitales de la República y divulgarlo para que cuente con apoyo constante.
2. Promover la elaboración de los estatutos de la comisión y la elaboración del proyecto anual de actividades en forma multidisciplinaria.
3. Promover la realización de reuniones constantes con el grupo multidisciplinario tanto de la Maternidad como de la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana que trabaja con el programa para poder lograr una mayor integración del mismo y poder proyectarse de una manera más efectiva hacia los usuarios.
4. Implementar actividades de capacitación para el personal que de una u otra forma se relaciona con el programa y obtener así mayor apoyo y eficiencia de los mismos.
5. Dada la situación de extrema pobreza en que se encuentran las familias incluidas en el programa Madre Canguro, se considera conveniente en primer lugar la organización de las madres de familia y luego de esto la participación de las mismas en proyectos productivos que redunden en beneficio de todo el

grupo familiar, además implementar un programa complementario nutricional para madres lactantes.

6. Que la Trabajadora Social de la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana realice ronda a Maternidad para establecer tempranamente un contacto con las madres del programa y poder desde allí brindarles la atención social requerida de acuerdo a la problemática que presenten, además, ésto facilitará el seguimiento de los casos en la clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana y una mayor identificación con el programa.

7. Intensificar las actividades educativas tanto con las madres como con el resto de la familia de los recién nacidos del programa, antes de que el menor egrese y al estar el mismo asistiendo a la Clínica de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana.



## BIBLIOGRAFÍA

ANDER EGG, Ezequiel. INTRODUCCION A LAS TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL. 3a. Edición, Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina, 1,965.

ANDER EGG, Ezequiel. SERVICIO SOCIAL PARA UNA NUEVA EPOCA. 2a. Edición. Colección Desarrollo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1,965.

ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. 2a. Edición. Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1,966.

BENITO BENITO, Bernabé José. PROGRAMA DE EGRESO TEMPRANO DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO Y MUY BAJO PESO AL NACER. (Tesis), Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Guatemala, 1,989.

BAENA PAZ, Guillermina. MANUAL PARA ELABORAR TRABAJO DE INVESTIGACION DOCUMENTAL: 1a. y 2a. parte. Colección Técnica No. 7 y 8. Departamento de publicaciones, Facultad de Ciencias Económicas. Guatemala. 1,978.

CALDERON, Felipe de Jesus. LOS TALLERES EN EL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO. Revista Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. USAC. Departamento de Investigación y tesis. Guatemala. 1,990.

CEREZO, Roberto y Rolando Figueroa. HOWARD I: EFECTOS DEL ESTADO DEL NINO AL NACER SOBRE STRESS MATERNO. Publicaciones internas IGSS. 1,988.

CEREZO, Roberto y Rolando Figueroa. CRECIMIENTO POST-NATAL EN NIÑOS DE MUY BAJO PESO AL NACER. Publicaciones internas IGSS. 1,988.

CUEVA, Agustín. EL DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN AMERICA LATINA. Barcelona- España, 1,985.

Departamento de Investigación y Tesis. Guía de diseños de investigación sobre trabajo de tesis. USAC. Escuela de Trabajo Social, 1,983.

DE LEON SOLORZANO, Alba Marina del Rosario. LAS ENFERMEDADES Y SU TRATAMIENTO SOCIAL. Tesis. Escuela de Trabajo Social. USAC. 1,979.

GARCIA PELAYO Y Ramón Gross. DICCIONARIO PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO. 1,990.

INCAP. AVANCES EN SUPERVIVENCIA INFANTIL. Boletín del Centro Regional de Documentación, Guatemala, 1,989.

MARTINEZ GOMEZ, Rey Sanabria. PROGRAMA MADRE CANGURO. Fundación vivir. Bogotá, Colombia, 1,979.

MENDEZ RUIZ, Iván Estuardo. FACTORES AMBIENTALES EN EL CRECIMIENTO DE LOS PREMATUROS, PROGRAMA MADRE CANGURO. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Guatemala, 1,989.

Normas de Atención- Programa Madre Canguro. Hospital Roosevelt. Pág.10.

PANIAGUA. Rosa María. EL PROGRAMA MADRE CANGURO- UN REGALO PARA SALVAR LA VIDA DEL NIÑO PREMATURO. Revista Amiga No.34-a. Publicaciones Sanzar. Unipres. S.A.

QUIROGA DE GOMEZ, Luz Aracely. LA POBREZA, LA MISERIA Y EL CONFORMISMO COMO BARRERAS QUE LIMITAN LA ACCION SOCIAL. (Una experiencia en el Mezquital). Tesis Escuela de Trabajo Social. USAC. 1,989.

ROJAS SORIANO, Raúl. EL PROCESO DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA. Editorial Trillas, Tercera Edición, segunda reimpresión. México. 1,981.

ROMAN, Carlos. ALTA PRECOZ EN PREMATUROS. Folleto, Departamento de Publicaciones. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Guatemala 1,985.

Salvat, DICCIONARIO ENCICLOPEDICO, 2a. edición, tomos IV y V. Salvat Editores, S.A. Buenos Aires. 1,946.

Salvat, DICCIONARIO MEDICO. (Sección de Lexicología Médica) 1a. Edición. Salvat Editores, S.A. Barcelona España. 1,971.

SOTO, Carlos Arturo. CONCEPTO DE DESARROLLO. Luz - Esperanza- Ediciones. Guatemala. 1,983.

UNICEF. PROGRAMA MADRE CANGURO. Manejo ambulatorio del prematuro, Instituto Materno Infantil. Depto. de Neonatología. Bogotá Colombia. 6 Págs. Año 1,986.

UNICEF. PROGRAMA MADRE CANGURO. Manejo integral del niño prematuro. Guatemala, 6 Págs. Año 1,988.

Universidad Nacional. Instituto Materno Infantil, Depto. de Neonatología. Fundación Vivir. PROGRAMA MADRE CANGURO. Manejo integral del niño prematuro. Bogotá, Colombia.

YOUNG, Devie. APEGO: COMO LOS PADRES SE UNEN A SUS HIJOS RECIENTE NACIDOS. Ediciones ICEA. Colombia 1,978.