



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



**REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS EN LAS
FAMILIAS DE RECIEN NACIDOS TRASLADADOS AL
HOSPITAL "MANUEL DE JESÚS RIVERA". MANAGUA.
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2004-ENERO 2005.**

Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública

AUTORES:

CLAUDIA MARÍA AMADOR ARAUZ
FÁTIMA DOLORES GARCÍA ZEPEDA

TUTOR:

Dr. RENÉ PÉREZ MONTIEL. MD. MSC
Docente Investigador CIES

Managua, Septiembre 2005

INDICE

	Página
Dedicatoria.....	<i>i</i>
Agradecimiento.....	<i>ii</i>
Resumen.....	<i>iii</i>
I. Introducción.....	1
II. Planteamiento del Problema.....	5
III. Objetivos.....	6
IV. Marco Referencial.....	7
V. Diseño Metodológico.....	18
VI. Resultados.....	24
VII. Discusión.....	33
VIII. Conclusiones.....	48
IX. Recomendaciones.....	50
X. Referencias.....	53
Anexos.....	56

DEDICATORIA

- **A mi hijo Adac Antonio, regalo de Dios y tesoro de mi vida, mi mayor felicidad, el más grande y hermoso de mis proyectos.**
- **A mi esposo Adac, por su apoyo incondicional.**
- **A mi madre, mi mejor amiga.**
- **A mi padre, quien desde el cielo celebrará conmigo.**
- **A la madre nicaragüense, por todo su sufrimiento.**

Claudia María

DEDICATORIA

- **A mis hijas María Javiera y Julia Marcela; el tiempo que no pude estar con ustedes se materializa hoy en este trabajo, el cual les dedico, pues son ustedes la razón de todos mis esfuerzos.**

- **A mis padres. “Los mejores” Julio R. García y Marlene Zepeda porque su compañía y apoyo en cada etapa de mi vida han sido invaluable.**

Fátima

AGRADECIMIENTO

A Dios: Por permitirnos completar otra etapa del plan que tiene contemplado en nuestras vidas.

A nuestros docentes: Por todos los conocimientos y experiencias transmitidos, especialmente a la Dra. Martha González Moncada por el tiempo valioso brindado, su experiencia y su paciencia.

Al Dr. René Pérez Montiel: Por todas sus enseñanzas.

RESUMEN

El traslado de un bebé gravemente enfermo afecta al núcleo familiar por razones de orden social, psicológico y / o económico, principalmente si las familias proceden de departamentos o zonas alejadas de la capital. Esta hipótesis motivó el presente estudio de tipo descriptivo, realizado en el departamento de neonatología del Hospital Manuel de Jesús Rivera "La Mascota", hospital de referencia nacional. Se incluyó el 100% de madres acompañantes de recién nacidos trasladados de los diferentes departamentos del país y se trianguló datos con actores claves.

Se planteó como objetivo: **Analizar las repercusiones económicas y sociales que tiene para las familias, el traslado de sus recién nacidos al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, Managua. Noviembre y diciembre 2004- enero 2005.**

La investigación reveló que la mayoría de madres eran jóvenes, amas de casa, con una baja escolaridad, no contaban con apoyo económico de nadie y eran extremadamente pobres. La pérdida del empleo fue la principal afectación de la dinámica familiar. La familia responde en forma centrípeta ante la enfermedad de uno de sus miembros. Los gastos principalmente están relacionados con la alimentación de la madre y fue el hambre la principal dificultad manifestada por las madres.

Se evidenció la falta de una red social y el insuficiente apoyo institucional a estas madres con múltiples carencias (emocionales,

económicas, alimenticias) y desconocimiento por los actores claves sobre el apoyo brindado por el hospital a las madres.

Finalmente se observó una atención al binomio madre- niño fragmentada, no humanista; baja protección social y estancamiento en el desarrollo de los Sistemas Locales de Atención en Salud.

Palabras Claves: Familias de Recién nacidos, socioeconómico.

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud del año 2004, la mortalidad neonatal representó la mitad de las muertes infantiles, resultados que son similares a los reportados por Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA-2001) ⁽¹⁾.

Los trastornos respiratorios y cardíacos específicos del período perinatal representaron más de un tercio de las muertes infantiles, desplazando a la diarrea que en los años setenta era la primera causa de muerte en este grupo ⁽²⁾.

La Política Nacional de Salud 2004-2015⁽²⁾ plantea dentro de sus principios fundamentales: universalidad, equidad, integralidad, continuidad, calidad, complementariedad y solidaridad. Uno de sus retos es el incremento en la cobertura de atención especialmente de los principales problemas de salud de la población privilegiando a los sectores más vulnerables de la población.

La atención neonatal, no está ajena a la obligación indelegable que tiene el Estado de proteger la salud de la comunidad y en especial la de los sectores empobrecidos y sin seguro social.

Uno de los principales factores limitantes para el desarrollo de una atención neonatal de calidad es la alta complejidad de la misma, que requiere, entre otros, la inversión en equipos de terapia intensiva neonatal, formación de subespecialistas en Neonatología y enfermeras especializadas en cuidados neonatales, creación de unidades intensivas neonatales, entre otros.

La situación anterior y la evidente baja inversión en el sector social y específicamente en salud en el país*, han favorecido un modelo de atención en salud neonatal que obliga a las unidades de salud de los diferentes departamentos y municipios del país que no disponen de la tecnología ni del personal calificado para la atención de estos pacientes a realizar traslados de recién nacidos en condiciones críticas, sin las condiciones requeridas para su transporte sanitario y con una franca limitación en las expectativas de sobrevivida.

El Departamento de Estadísticas y Registros Médicos del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, reportó en el año 2004 un total de cuatrocientos trece traslados de recién nacidos recibidos por el hospital, de ellos ciento treinta y siete procedían de los diferentes departamentos y municipios fuera de Managua, representando el 33% de los casos, la mortalidad para este grupo fue del 30%. Por otro lado, el Hospital Fernando Vélez Páiz recibe otra cantidad de traslados no identificada, pues no se lleva un registro adecuado de los mismos. Sin embargo, el problema de la atención neonatal es mayor, tomando en cuenta la gran cantidad de niños que no logran ser trasladados por múltiples razones a pesar de reunir criterios de gravedad y por supuesto, los niños que nacen de partos domiciliarios.

Si bien es cierto, el actor principal en este problema de salud es el recién nacido, no se debe olvidar el papel que juega la familia y principalmente el de la madre. El nacimiento de un hijo siempre supone un cambio sustancial en las familias, repercutiendo en todos

* Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua.

los aspectos de su vida y en todos sus miembros, en mayor medida en las madres.

Cuando el nuevo hijo es un recién nacido enfermo que requiere hospitalización y peor aún traslado, el bienestar de la familia, físico, psíquico, y su calidad de vida, puede verse amenazado por una serie de factores que incluye tanto aspectos propios de las condiciones de vida del niño como factores maternos de naturaleza psicosocial. No se debe olvidar que la espera de un nuevo miembro de la familia presupone todo un proyecto de vida en el que intervienen diferentes emociones, desde la alegría hasta la tristeza, el orgullo a la decepción, el enojo a la frustración.

Interesa por lo tanto pensar en el niño como persona, ubicarlo en una familia y ésta en una sociedad, con todas las consecuencias positivas o negativas que ésto conlleva, conocer cual es la repercusión que tiene para la familia el traslado de su recién nacido, repercusión que puede ser de orden social, psicológica y/o económica.

Por medio de este estudio se establece cómo se afecta el núcleo familiar por el traslado de un bebé gravemente enfermo (ya de por sí sometido al estrés normal que ocasiona el embarazo y parto); generalmente en éstos casos la madre y la familia no es atendida, no es considerada como parte de la atención médica requerida y queda en el abandono; la familia también necesita ayuda institucional, psicológica y social. Por otra parte, en algunas ocasiones la familia no cuenta con las posibilidades económicas necesarias para enfrentar la situación de crisis creada.

Determinar los aspectos arriba mencionados, son fundamentales para contribuir a mejorar la calidad de atención del neonato y su familia en términos de equidad, accesibilidad, humanización, continuidad y solidaridad en la atención. Al mismo tiempo sensibilizar a las autoridades de salud tanto estatales como privadas para la elaboración de programas o proyectos que apoyen a las familias de recién nacidos trasladados a Managua.

Este es un primer paso para futuros estudios que determinen costos de traslados, elaboren propuestas de reorganización de atención neonatal, etc., es un tema con un alto contenido social y aborda aspectos poco conocidos como es el de los gastos en salud de las familias.

El estudio aporta la caracterización sociodemográfica de las madres usuarias del servicio de neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, sus principales dificultades y opiniones, el soporte institucional y familiar durante la enfermedad, el tipo de gastos en los que incurren como resultado de su traslado a Managua.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- ¿Cuál es la repercusión social y económica para las familias con recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera "La Mascota", Managua. Noviembre y Diciembre 2004, Enero 2005?
- ¿Cuál es la situación demográfica de las familias de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera "La Mascota"?
- ¿Cuáles son las dificultades que se presentan en la familia con el traslado de sus recién nacidos?
- ¿Cuál es el apoyo que recibe la madre acompañante?

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar las repercusiones económicas y sociales en las familias con recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera "La Mascota", Managua. Noviembre y diciembre 2004 – enero 2005.

Objetivos específicos:

1. Describir la situación sociodemográfica de las familias de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera.
2. Identificar las dificultades que se presentan en la familia con el traslado de sus recién nacidos.
3. Conocer el apoyo que recibe la madre durante la estancia hospitalaria del recién nacido.

IV. MARCO REFERENCIAL

El recién nacido, según el criterio del pediatra debe estar hospitalizado el tiempo suficiente para su correcta evaluación y control.

Con el fin de evitar los desplazamientos de los progenitores, debe interferirse lo menos posible la dinámica familiar, favorecer la lactancia materna y educar e involucrar a los progenitores en el cuidado del niño, siempre que sea posible se recomienda ingresar a los recién nacidos junto a la madre.

Pueden ingresarse con la madre los recién nacidos de riesgo o con problemas menores y buen estado general que no requieren tratamientos intravenosos ni oxigenoterapia, aunque ésta recomendación de futuro puede exigir cambios graduales en la estructura hospitalaria de las maternidades, ofrecer esta posibilidad a recién nacidos de riesgo o con problemas menores y buen estado general aporta potenciales ventajas médicas, familiares y de gestión de recursos.

4.1 Ventajas de la permanencia de la madre.

Médicas: disminuir el número de ingresos en el servicio de neonatología; no interferir con la lactancia materna; favorecer la educación familiar e involucrar a ambos progenitores en el cuidado del niño.

Familiares: menor ansiedad en los padres; no interferencia del proceso de vínculo al no separar temporalmente al recién nacido de sus padres; no interferir la dinámica familiar; mayor satisfacción de los padres.

Gestión de recursos: acceso más fácil a los servicios; mayor flexibilidad en la oferta de camas en neonatología; mejor optimización de recursos humanos ^(3, 4, 5, 6,7).

4.2 Alteraciones en la dinámica familiar.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un cambio radical tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación se generan cambios en las interacciones familiares que pueden poner en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar ^(8,9).

La condición de hospitalización de un miembro de la familia puede evolucionar a situaciones de estrés, que no sólo impactan en el funcionamiento de la familia, sino también en la evolución de la propia enfermedad. La enfermedad y su consecuente hospitalización pueden considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar ^(9, 10,11).

Dentro de las respuestas adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo, que incluyen aspectos como la negación, la ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad para trabajar del progenitor al cuidado del niño hospitalizado, como en el caso del padre o madre o algún otro miembro de la familia económicamente activo ^(12,13). Otro ajuste que es necesario considerar es la alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, realmente, es un conflicto grave ^(3, 12,13).

4.3 Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia

Etapas del ciclo vital: Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y el posicionamiento de cada uno de sus miembros en sus roles ⁽⁵⁾. No es lo mismo la hospitalización del primer hijo en una familia joven y económicamente inestable, que para una pareja de padres adultos con experiencia en el cuidado de los hijos y con cierta estabilidad económica.

Flexibilidad o rigidez de roles familiares. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus

otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio^(8,14). De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad y hospitalización ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la hospitalización^(8,14).

Cultura familiar: Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad y hospitalización en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de la dinámica familiar⁽⁸⁾.

Nivel socioeconómico: No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la hospitalización mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación, etc.

Si el familiar al cuidado del niño hospitalizado es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o ama de casa (si ese fuera el caso). En muchas ocasiones cuando se atiende a los pacientes poco nos

detenemos a pensar sobre su situación económica, se prescriben medicamentos de elevados costos sin importar que el paciente pueda o no comprarlos; se solicitan estudios en muchos casos innecesarios ^(3, 8, 12,13).

Comunicación familiar: En general, en la cultura de Latinoamérica existe una fuerte tendencia por ocultar al enfermo, convirtiendo la comunicación referente al tema en algo prohibido o negado ^(5,6).

Tipo de respuesta familiar: El tipo de respuesta que presentan las familias como efecto de la hospitalización de uno de sus miembros, se refiere a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo. Esencialmente se puede mencionar que existen dos patrones de respuesta opuestos ^(8, 13,14):

1. La tendencia centrípeta se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que éstos realizan están dadas en función del enfermo, absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.
2. La tendencia centrífuga se puede observar en las familias, donde el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad. La falta de colaboración en estas familias, y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado

del paciente enfermo, puede tener consecuencias graves para el miembro cuidador, tales como depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de problemas de salud, etc. (Síndrome del cuidador)⁽⁵⁾.

4.4 Principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad.

De la misma manera que una enfermedad produce determinada sintomatología en el individuo que la padece, también su presencia puede ocasionarla en la familia de éste, debido a los cambios y alteraciones que introduce en el funcionamiento del conjunto familiar. Es por ello que resulta imprescindible comentar los principales signos y síntomas que con mayor frecuencia pueden encontrarse en una familia que vive con la presencia de una enfermedad y hospitalización prolongada en alguno de sus miembros.

Aislamiento y abandono: la reorganización disfuncional de la familia para atender al paciente genera que el cuidado y atención que generalmente se daba al resto de los miembros (hijos, pareja) se vea afectado, favoreciendo la aparición de nuevos signos y síntomas tales como el mal rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, etcétera ^(8,15).

Conflicto de roles y límites: Cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades de rigidez, o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas; se presentarán serios problemas de adaptación en el

manejo de la crisis familiar, lo que podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el poder en los diferentes subsistemas, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, etcétera ^(8,15).

Conflictos de pareja. En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento. Esto ocurre con mucha frecuencia cuando el enfermo es uno de los hijos y que generalmente coincide con la existencia de conflictos anteriores ^(8,16).

Problemas económicos: Como se ha mencionado, las familias entran en una situación de desgaste económico cada vez más visible, que al principio de la enfermedad pareciera no ser tan intenso, ya que a pesar de los pocos recursos con los que la familia cuenta, no escatima esfuerzos en conseguirlos. Sin embargo al paso del tiempo, tienen cada vez más dificultad para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad; incluso es motivo en muchos de los casos de abandono del tratamiento ^(3,8,12,13).

Síndrome del Cuidador: Este síndrome se caracteriza por problemas osteoarticulares y dolor mecánico crónico, alteraciones del ritmo del sueño, cefalea y astenia. En la esfera psíquica destacan la ansiedad y la depresión, producidas como si se tratara de una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo. A las alteraciones psicofísicas se añaden problemas como el aislamiento social, los problemas familiares desatados a partir de que el cuidador sólo se ocupa del enfermo (cambio de roles,

abandono de otros miembros) e incluso los económicos que ya se han comentado. Por otra parte el cuidador comienza a dejar de preocuparse por su arreglo personal, que pudiera estar ligado con un sentimiento de culpa si acaso llegara a pensar en él mismo antes que en el enfermo ^(8,17).

Negación, cólera y miedo: La familia atraviesa por diferentes etapas que son: la negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El acto de cuidar no se limita sólo a satisfacer las necesidades físicas inmediatas, cuidar es ante todo un acto de vida, representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y a facilitar las condiciones para la realización del proceso vital humano, cuidar significa movilizar las capacidades del ser humano bien sea en estado de salud o enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres para lograr su crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte, exige del cuidador el desarrollo de numerosas capacidades de percepción, comprensión, así como de ingenio, inventiva y creatividad. Por otra parte, la noción de cuidar implica actividades que tienen diferentes niveles de complejidad que puede necesitar incluso la utilización de tecnología, pero aún en estos casos, es posible que sean asumidas por un miembro de la familia o allegado a ella, el cual se instruye para tal fin ^(8, 18, 19,20).

La familia ha sido definida de múltiples maneras y desde distintas perspectivas, atendiendo a criterios de consanguinidad, relación legal, convivencia, lazos emocionales etc. Adoptamos aquí, el concepto de familia como un grupo de personas relacionadas entre sí biológica, legal o emocionalmente (que no necesariamente conviven en el mismo hogar), y comparten una historia común,

unas reglas, costumbres y creencias básicas en relación con distintos aspectos de la vida ^(9, 11,13,).

Algunos autores afirman que la familia ha perdido muchas de sus funciones; sin embargo, continúa asumiendo el cuidado continuo y prolongado en los casos de atención a los ancianos, los niños, adolescentes o adultos enfermos ^(9, 11,13).

La familia es unidad de vida, sus modificaciones y alteraciones afectan su dinámica interna y muestran una estrecha relación entre la salud, la organización y las actitudes del grupo familiar. El tamaño de la familia, su funcionamiento, las relaciones entre sus miembros y las crisis que suceden en un momento dado, guardan relación con su estado de salud. De igual manera los problemas que padece un miembro de la familia afectan el nivel de funcionamiento individual y éste a su vez, altera el funcionamiento del grupo familiar ^(8, 13, 16,21).

La enfermedad aumenta la dependencia entre el enfermo y la familia, ésta dependencia se manifiesta con solicitudes de atención y cuidados, con expresiones de temor y duda, manifestaciones que cumplen una función protectora contra la angustia y contribuyen significativamente a la recuperación del enfermo y a un nuevo equilibrio familiar. Las condiciones afectivas y sociales influyen en la evolución del paciente; tener a su lado una persona aceptada por él lo hace sentir más seguro, protegido, escuchado, tenido en cuenta y apoyado; factores que inciden en su recuperación ^(13,16).

4.5 Explicación del modelo teórico sobre las repercusiones socioeconómicas en la familia.

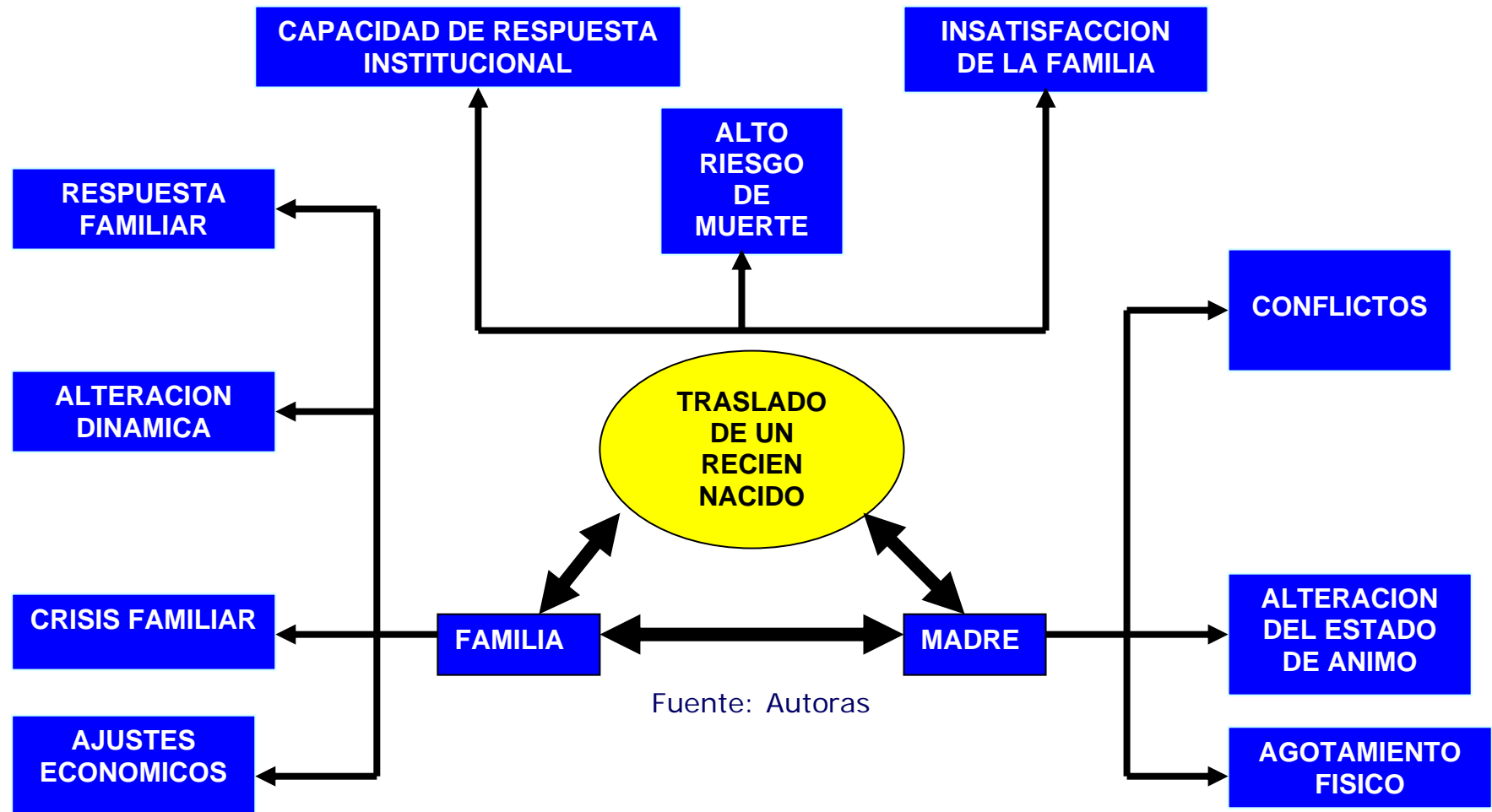
El traslado de un recién nacido enfermo no sólo afecta al bebé, sino también a la madre y a la familia.

El bebé se encuentra afectado porque su vida se encuentra en peligro, porque no existe capacidad de respuesta de la institución en su localidad lo que obliga el traslado a Managua, provocando insatisfacción en la familia.

La familia tendrá que responder ante esta situación, conduciéndola a alteraciones en la dinámica familiar habitual, que significarán en mayor o menor grado crisis familiar por la ausencia de la madre, por la necesidad de integrar otras personas en el círculo interno familiar o el abandono de otros roles normalmente asumidos y finalmente el traslado y permanencia fuera del hogar provocará ajustes económicos para enfrentar nuevas exigencias o necesidades.

La madre tendrá sus propios conflictos provocados por el proceso mismo de la maternidad, la angustia de la enfermedad del hijo, la existencia de otros intereses dejados en la casa. Esto lleva a la madre a alteraciones en su estado de ánimo que hacen más difícil enfrentar la crisis y finalmente a agotamiento físico producto del cuidado continuo del niño, de las condiciones no óptimas de los hospitales para la permanencia de la madre y a la sobrecarga emocional que conlleva esta situación.

MODELO TEORICO SOBRE LAS REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS EN LA FAMILIA OCASIONADAS POR EL TRASLADO DE SU RECIEN NACIDO



V. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Área de estudio.

El área de estudio estuvo conformada por el departamento de neonatología del Hospital Manuel de Jesús Rivera "La Mascota". El Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera es el hospital de referencia nacional por excelencia, pues en él se encuentran concentradas casi todas las subespecialidades pediátricas, no cuenta con servicio de ortopedia y de neurocirugía pediátrica, el departamento de Neonatología es de tipo abierto (niños que nacen fuera del hospital), pues no tiene maternidad, también el departamento de Cuidados Intensivos recibe recién nacidos, aunque en menor proporción.

b. Tipo de estudio.

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con utilización de métodos cualitativos.

c. Unidad de análisis.

La madre.

d. Población de estudio.

Se incluyó el 100% de madres o acompañantes de recién nacidos trasladados de los diferentes departamentos del país y de la zona rural de Managua al Hospital Manuel de Jesús Rivera de Managua, durante los meses de Noviembre, Diciembre 2004 y Enero 2005.

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Ser madre o acompañante de un recién nacido (menor de 28 días) hospitalizado en el departamento de Neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera.
- Ser procedentes de cualquier departamento del país o del área rural de Managua. Se excluyó el casco urbano de Managua.
- Permanecer en el área de estudio durante la entrevista.
- Estar de acuerdo en ser entrevistada(o).

e. Tamaño del estudio.

Por tratarse de un universo pequeño y con el fin de reducir al máximo los sesgos, se trabajó con la totalidad de la población de estudio, compuesta por cincuenta madres entrevistadas durante el período del estudio.

Para proporcionar mayor validez al estudio, se procedió a realizar triangulación de la información por medio de entrevistas a siete informantes claves del hospital: tres médicos de base del Servicio de Neonatología, incluyendo al jefe del servicio; una licenciada en enfermería, jefa de la unidad; una trabajadora social y dos psicólogas.

f. Variables del estudio:

Factores sociodemográficos de las familias de recién nacidos.

- Edad de la madre.
- Procedencia
- Número de hijos.
- Cónyuge.
- Apoyo económico del compañero
- Apoyo económico de la familia
- Escolaridad de la madre
- Escolaridad del jefe de familia (si la madre no es la jefa de familia)
- Forma de ingreso.
- Ingreso familiar per cápita.

Dificultades en la familia con el traslado de sus recién nacidos.

Madres

- Persona que cuida del bebé hospitalizado.
- Persona que cuida a los hijos dejados en casa.
- Actitud asumida por el compañero.
- Pérdida del empleo del cuidador
- Lucro cesante del cuidador
- Tipo de gastos en que incurre la familia.
- Tipo de gastos en que incurre la madre.
- Dificultades de la madre en el hospital
- Opinión para mejorar la atención

Informantes claves

- Dificultades de las madres en el hospital

Apoyo recibido por instituciones y organismos

Madres

- Institución que la apoya.
- Tipo de apoyo material.
- Apoyo emocional

Informantes claves

- Tipo de ayuda del hospital a madres acompañantes.
- Conocimiento de organizaciones externas de apoyo.
- Conocimiento del funcionamiento del albergue de madres acompañantes
- Conocimiento del funcionamiento de los bonos de alimentación.
- Apoyo para el regreso de la madre

g. Plan de recolección de datos:

Se diseñó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para la entrevista a madres la cual se sometió a una prueba piloto en la población de estudio para mejorar su validez. Otra guía de preguntas abiertas y cerradas para los actores claves. (Ver anexos). Para conocer el lucro cesante se utilizó el expediente clínico y así obtener los días de hospitalización como días dejados de trabajar.

h. Plan de análisis:

Una vez obtenidos los resultados se construyó una matriz primaria de datos, con el objetivo de ordenar la información, facilitar el análisis y comprensión de la misma.

Se realizó análisis de los datos para el control de sesgos de información y selección, para ello las entrevistas fueron realizadas por los investigadores, la información fue obtenida de fuente primaria, los hechos investigados son recientes lo que evita sesgos de memoria. La información obtenida se procesó en el paquete estadístico EpiInfo versión 3.3, y analizada por medio de tablas. Los datos cualitativos se analizaron a través de matrices.

i. Control de sesgos:

- Para el control de sesgos de selección se siguieron de forma estricta los criterios de selección de la muestra. Se tomaron en cuenta recién nacidos trasladados de áreas fuera de Managua hacia la capital, por presentar éstas familias condiciones diferentes a aquellas trasladadas de los otros departamentos y que pudieran operar como distractores; sin embargo éste muestreo deliberado también pudo actuar como un sesgo, pues no se puede establecer a priori si las familias de Managua tenían condiciones diferentes a las de las familias incluidas en el estudio.
- Para evitar sesgos de información se sometió el instrumento de recolección de datos a una prueba piloto en la población de estudio. Sin embargo una limitación fue la inclusión de otros

acompañantes diferentes a la madre al realizar la entrevista, ya que los datos aportados por ellos probablemente no fueron totalmente confiables.

▪ **j. Consideraciones éticas:**

De acuerdo a las pautas bioéticas de investigación en seres humanos se tomó en consideración lo siguiente:

- Respeto por las personas: Tomando en cuenta su capacidad de autodeterminación, su autonomía en la decisión de participar o no en la investigación.
- Justicia: Tratando a las personas entrevistadas de manera correcta y apropiada.
- Confidencialidad: Garantizando la protección y seguridad de privacidad en los datos obtenidos en la entrevista.
- Consentimiento Informado: Solicitando su aprobación para la inclusión en el estudio.

VI. RESULTADOS

Situación demográfica de las familias de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera.

Se entrevistaron cincuenta madres encontrando lo siguiente:

El veintidós por ciento (11) de las madres tenían edades entre 15 y 19 años, el treinta y seis por ciento (18) entre 20 y 25 años, el veinticuatro por ciento (12) entre 26 y 30 años. La media de edad materna fue de 24.4 años, con una edad mínima de 16, una máxima de 41 y una moda de 20 años. (Tabla 1)

En el estudio realizado, Nueva Segovia fue el departamento que presentó el mayor número de traslados con el dieciocho por ciento (9), seguido de Madriz y el área rural de Managua con doce por ciento cada uno de ellos (6), las Regiones Autónomas del Atlántico únicamente presentaron el ocho por ciento (4), se encontró un dos por ciento (1) procedente de Honduras. (Tabla 2).

En cuanto al número de hijos, el veintiséis por ciento (13) de las madres sólo tenían un hijo, el veinte por ciento (10) tenía dos, el veintiocho por ciento (14) tenía 3. La media de hijos fue de 2.7 hijos con un mínimo de 1, un máximo de 9 y una moda de 3. (Tabla 3).

En relación a la presencia de un compañero, veintiocho por ciento de las madres (14) no lo tenían y el setenta y dos por ciento restante (36) estaban acompañadas; de éstas últimas, sólo el cuarenta y

dos por ciento (21) manifestó tener apoyo económico de su compañero y el treinta por ciento (15) respondió en forma negativa a esta pregunta (Tabla 4). Algunas de las respuestas obtenidas fueron: "El me vino a ver, pero no me trajo dinero porque no tiene, yo me vine con 11 pesos". "¡Somos de largo y somos pobres, cómo me va a ayudar!".

Al involucrar a toda la familia para determinar el apoyo económico, se encontró que en el cuarenta y seis por ciento de los casos (23) las madres no tenían ayuda económica de ningún miembro de la familia, el cuarenta y dos por ciento (21) recibe ayuda económica del compañero (Tabla 5). Algunas madres respondieron: "No gasto porque no tengo dinero para gastar". "Me vine sin dinero". "Nadie me ayuda, ni a mi ni a mis hijos, sólo la voluntad de Dios".

En relación a la escolaridad de las madres, el veintiocho por ciento de las madres (14) eran analfabetas y otro veintiocho por ciento (14) tenían educación primaria incompleta. La media de escolaridad fue de 4.2 grados con un mínimo de 0 un máximo de 16 grados y una moda de 0. La escolaridad de los jefes de familia encontrada fue de treinta y dos por ciento (16) de analfabetismo y veinticuatro por ciento (12) con educación primaria incompleta. La media fue de 4.2 grados, con un mínimo de 0 y un máximo de 11, la moda fue de 0. (Tabla 6)

La forma de ingresos de las madres en el dieciocho por ciento (9) era por medio de un salario fijo, el diez por ciento (5) no eran asalariadas aunque desempeñaban algún tipo de trabajo fuera de casa, y el setenta y dos por ciento (36) eran amas de casa. Los jefes de familia en un sesenta y ocho por ciento (34) eran

asalariados y el treinta y dos por ciento (16) no eran asalariados. (Tabla 7)

Al estimar el ingreso familiar per cápita, se encontró que el cincuenta y seis por ciento (28) de las familias tenían un ingreso per cápita menor a cincuenta centavos de dólar diariamente, el veintidós por ciento (11) menor a un dólar al día. Un dieciséis por ciento (8) no sabía cuánto era el ingreso. (Tabla 8)

Dificultades que se presentan en la familia con el traslado de sus recién nacidos.

En cuanto a la persona que se hacía cargo del cuidado del bebé hospitalizado, el noventa por ciento (45) estuvo a cargo de la madre, en ningún caso se encontró al padre. (Tabla 9)

Sobre el cuidado de los hijos dejados en casa, en el veinticuatro por ciento (12) el padre se hacía cargo de ellos, un veinte por ciento (10) eran cuidados por la abuela materna. (Tabla 10)

En el setenta por ciento de los casos (35) la actitud asumida por el compañero fue de apoyo (Tabla 11). Algunas expresiones fueron las siguientes: "Si me está apoyando porque el me está cuidando los otros niños y la casa". "Me apoya porque me está mandando dinero y me viene a ver". "Yo sé que el está de acuerdo, no me viene a ver porque somos pobres y vivimos muy lejos". "Si, a mi me apoya porque el no es como otros que yo he visto aquí que vienen a llevarse a los niños sin importarles la vida de la criatura". "El se enojó conmigo porque dice que el niño ya no es de vida y que... qué iba a venir a hacer aquí".

De las 50 madres entrevistadas, el diez por ciento (5) manifestó que no perdería su empleo, el dieciocho por ciento (9) que ya lo había perdido y el restante setenta y dos por ciento (36) correspondía a amas de casa (Tabla 12). Algunas respuestas de las madres fueron: "Ya lo perdí porque esto va para largo". "Imagínese usted quién me va a estar esperando". "Yo trabajo en la agricultura, cuando regrese vuelvo a trabajar". "No porque trabajamos en una finca y ganamos entre toda la familia".

En relación al lucro cesante[‡] el ocho por ciento (4) tuvo una pérdida equivalente a 16 y 23 días productivos, otro cuatro por ciento entre 24 y 30 días. El setenta y ocho por ciento (39) de los casos no tuvo pérdida de días productivos. (Tabla 13)

En cuanto a los gastos de la familia durante el tiempo de hospitalización, se observó que el sesenta y ocho por ciento (34) no tuvo ningún gasto y el veintiocho por ciento (14) gastó en transporte (Tabla 14). Algunas expresiones de las madres fueron las siguientes: "No se ha gastado, somos pobres y no tenemos para que vengan a verme". "No porque me vine sola y nadie ha venido de mi casa". "Se ha gastado en el pasaje, mi marido y mi mamá me vienen a ver a veces". "Yo tengo que viajar diario a Tipitapa y se gasta en el pasaje". "Mi marido viene todos los fines de semana, no gasta en Managua porque tenemos familia".

Durante su estancia en el hospital el cuarenta y cuatro por ciento (22) de las madres tuvo gastos en transporte. El sesenta y cuatro por ciento (32) gastó en alimentación y un veintiséis por ciento

[‡] Lucro cesante: Ingresos dejados de percibir por días productivos perdidos.

(13) refirió no tener dinero para gastar. El cien por ciento (50) de las madres no requirió de gastos para alojamiento. El treinta por ciento (15) gastó en medicamentos y el seis por ciento (3) refirió no tener dinero para comprarlos. El sesenta y cuatro por ciento (32) refiere otro tipo de gastos (Tabla 15).

Algunas expresiones obtenidas fueron: "A mi me trajeron en la ambulancia pero yo tuve que pagar la gasolina y a pesar de eso primero hicieron otros mandados, yo creo que por eso mi niño no nació bien". "Los tres primeros días aguanté hambre, después conseguí un bono, pero a pesar de eso quedo con hambre, porque doy el pecho y ya ni leche tengo". "Sólo a veces como, gasto lo que puedo". "No tengo para comer, traje un poquito de dinero pero ya lo gasté en comida". "Gracias a Dios aquí todas las medicinas se las dan a los niños, desde que vine sólo una medicina tuve que comprar". "No tengo ni para comer, menos para otras cosas".

La mayor dificultad expresada por el cincuenta y dos por ciento de madres (26) fue pasar hambre, el treinta y ocho por ciento (19) expresó la incomodidad como una dificultad, treinta y cuatro por ciento (17) manifestó sentirse enferma, un veinticuatro por ciento (12) consideró la falta de comunicación con su familia y el dieciséis por ciento (8) identificó el no tener el pasaje de regreso (Tabla 16). Algunas respuestas obtenidas fueron: "Aquí se pasa hambre", "Sólo hago un tiempo de comida y tengo que darle de mamar a mi hijo". "Tengo los pies hinchados y adoloridos". "Yo soy cesareada y se me infestó la herida porque no me la curaba y aquí no me quisieron curar, ni quitar los puntos, hasta que una enfermera se apiadó de mi y me quitó los puntos a los once días".

En cuanto a las opiniones expresadas por las madres para mejorar, el cuarenta por ciento (20) opinó que la alimentación fuera suficiente, el veintiséis por ciento (13) que se mejoren las condiciones de estancia, el dieciséis por ciento (8) que existan unidades neonatales en sus departamentos, el doce por ciento (6) que les ayuden a regresar a sus casas. (Tabla 17).

Las expresiones más frecuentes fueron: "Que nos ayuden con la comida porque aquí se aguanta hambre". "Quisiera que me dieran bonos para la comida hoy fui y me dijeron que ya no había, que se habían acabado". "No se cómo voy a hacer para regresar a mi pueblo, quisiera que me ayudaran para regresar a mi casa, porque no tengo dinero para irme de vuelta, los poquitos riales que traje ya los gasté en comida".

El setenta y uno por ciento de los informantes claves (5) identificó la alimentación, la necesidad de dinero y el cuidado de los hijos dejados en la casa como las dificultades más frecuentemente observadas; el veintinueve por ciento (2) de los informantes claves expresó que la falta de un lugar para descansar, cómo regresar a sus casas, la adaptación al ambiente hospitalario y la falta de baños adecuados también eran dificultades de estas madres (Tabla 18).

Algunas respuestas fueron: "La primera es la alimentación, luego la falta de recursos económicos para realizar estudios a sus hijos o para comprar medicamentos". "Que no tienen alimentación por lo tanto no pueden cumplir con la exigencia de lactancia materna exclusiva". "Muchas son trasladadas de un momento a otro y se

vienen sin nada, desorientadas y con incertidumbre a un lugar que no conocen”.

Apoyo que recibe la madre durante la estancia hospitalaria del recién nacido.

En cuanto a la identificación de instituciones apoyando a éstas madres, el setenta y ocho por ciento (39) manifestó no contar con ningún apoyo, sólo el diez por ciento (5) identificó al hospital (Estado) como la institución que les había apoyado (Tabla 19). Algunas madres expresaron lo siguiente: “Estamos solas nadie se preocupa por nosotras”. “Nadie me ayuda sólo la voluntad de Dios”.

El tipo de apoyo material recibido fue en un seis por ciento (3) en forma de alimentos, un cuatro por ciento (2) alojamiento, bonos de alimentación y dinero. El setenta y ocho por ciento (39) refirió no haber tenido ninguna ayuda (Tabla 20). Una madre respondió: “El pastor de mi iglesia me recomendó aquí en Managua con otro pastor, el me ha venido a ver y me trae jugos, comida, agua”.

Con relación al apoyo emocional recibido por las madres acompañantes, el ochenta y cuatro por ciento (42) refirió no haber recibido apoyo de nadie (Tabla 21). Algunas madres respondieron: “Nadie, aquí son muy buenos con los niños yo no tengo quejas, pero a nosotros no nos ven”. “Al principio solo vivía llorando, las enfermeras me ayudaron a superar esto le decían a uno que era malo que llorara, que había niños peor que el de uno”.

De acuerdo a lo expresado por el setenta y uno por ciento de informantes claves (5) el hospital les brindó ayuda a las madres proporcionándoles bonos de alimentación. (Tabla 22)

En relación a la existencia de organizaciones externas que ayuden al Servicio de Neonatología y sus madres, el cincuenta y siete por ciento (4) de los informantes claves refirió que no existen, el veintinueve por ciento (2) dijo desconocer si existen o no. (Tabla 23)

El cincuenta y nueve por ciento (4) de informantes dijeron que no existe albergue o casa de madre acompañante en el hospital, un veintinueve por ciento (2) dijo desconocer su funcionamiento (Tabla 24). Un informante expresó: "Lo que existe es una casa de madre acompañante, sucia, con algunos colchones y nada más. Las mismas madres le informan a las recién llegadas y ellas van por su propia cuenta, principalmente las de terapia intensiva que son las que no pueden estar con sus hijos las veinticuatro horas".

Sobre el funcionamiento de los bonos de alimentación, cincuenta y siete por ciento de los informantes claves (4) dijeron que es trabajo social quien los distribuye, el cuarenta y tres por ciento (3) manifestó que el Servicio de Neonatología sólo cuenta con cuatro bonos de alimentación, el veintinueve por ciento (2) dijo desconocer como era su funcionamiento (Tabla 25).

Algunas expresiones de informantes claves fueron: "Trabajo social los distribuye y sólo para algunas mujeres y son tan pocos que ya hemos tenido casos en que se los roban entre ellas mismas". "Neonato sólo cuenta con una cuota de cuatro bonos, los que

tienen que renovarse en trabajo social cada tres días, esto apenas cubre la quinta parte de la demanda. Se ha peleado para que la alimentación se les dé a todas las madres ya que los recién nacidos que son los pacientes no reciben alimentación del hospital, entonces ésta debe dársele a la madre acompañante”:

En relación a los mecanismos de apoyo para el regreso de las madres, el cincuenta y siete por ciento de los informantes (4) dijo que trabajo social gestiona que no se les cobre en los buses, el cuarenta y tres por ciento (3) expresó que los médicos hacen colecta (Tabla 26). Un informante clave respondió: “Trabajo social mantiene coordinación con cooperativas de transporte, cuando el paciente va de alta se elabora una carta para que no se les cobre el transporte pero ellas solas tienen que llegar a las cooperativas, muchas veces las madres que son de Managua son las que las llevan pues la mayoría no conoce nada de Managua”.

VII. DISCUSIÓN

Más de la mitad de las madres entrevistadas eran menores de 25 años, encontrándose un grupo considerable de madres adolescentes. Según datos de ENDESA 2001 ⁽¹⁾, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya son madres es de un 25%, en el estudio se encontró un 22%, un poco menor a lo esperado; probablemente esto esté relacionado con el hecho de que éstas madres no están cumpliendo con la orden de traslado, pues su corta edad les dificulta aún más tomar la decisión de venir a Managua, sin el soporte familiar necesario.

La Región Central del país es la que trasladó el mayor número de pacientes, seguido de la Región del Pacífico y finalmente por las Regiones Autónomas del Atlántico. La Región Central y Atlántico de acuerdo a ENDESA 2001⁽¹⁾ son las regiones más empobrecidas del país acumulando entre ambas el 57.1 por ciento de la pobreza nacional y el 73.5 por ciento de la pobreza extrema, lo que hace pensar lo difícil que debe de ser para una madre de las diferentes comunidades de esta zona ser traída hasta Managua, sin saber cómo regresar “no conozco aquí y no se cómo regresar”, dejando a sus hijos “no se nada de mi casa y de mis otros hijos”, sin dinero “me vine con dos pesos desde Jalapa” y puérpera aún “se me infectó la herida de la cesárea y no me quisieron ver”.

La poca participación de la Región Autónoma del Atlántico es preocupante, porque siendo una zona más remota aún, con mayores dificultades de comunicación con Managua, hacen

totalmente inaccesible los hospitales de Managua para ésta población ya de por sí vulnerable, de tal manera que si en los resultados presentados aparece con pocos casos es porque para este sector del país no es una opción el trasladar a sus recién nacidos graves, aunado a los sentimientos de inseguridad ante la posibilidad de vida del niño, con una barrera de comunicación, como lo es el idioma y seguramente con la incertidumbre de poder enfrentar económicamente la estadía y el regreso (vivo o muerto). La tasa global de fecundidad ⁽¹⁾ de la Región Autónoma del Atlántico es de las más altas del país (4.5 hijos para la RAAS y por encima de 5 para la RAAN), por lo tanto el problema existe pero está oculto.

La atención neonatal ha sido un tabú para el sistema de salud de Nicaragua, es evidente que requiere de inversión, pero si realmente se busca la equidad y la justicia, este sector debe ser atendido, priorizando inicialmente aquellas zonas de mayor vulnerabilidad y de más difícil acceso. Los recién nacidos también tienen derechos humanos que la sociedad en su conjunto debe de cumplir y garantizar ^(22,23,24). Una madre procedía de Honduras (zona fronteriza con Nicaragua), manifestando que se había venido a Managua pues contaba con familiares nicaragüenses y fundamentalmente “porque aquí hay buena atención”.

La mayoría de las madres entrevistadas tienen entre 2 y 9 hijos, con una media (2.7) más baja que la reportada por ENDESA 2001 para el país, que fue de 3.2, probablemente esta disminución ocurra por las características de edad de las madres que en su mayoría son jóvenes. Estos hijos dejados en casa implica que otro familiar debe cuidar de ellos, durante el tiempo que permanezcan

con el recién nacido hospitalizado, lo que genera una alteración de los roles familiares, por una parte el descuido de los otros hijos y por otro lado la adaptación de los otros miembros de la familia a sus nuevos roles alterando así la dinámica familiar.

La mayoría de las madres tiene un compañero de vida, pero no todas reciben apoyo económico de su compañero. La distancia y el no tener dinero con que ayudarlas económicamente fueron las explicaciones dadas por las madres a la falta de apoyo de su compañero. Un grupo de madres refirió no tener compañero por lo que no aplicó para ellas esta pregunta, correspondiendo a madres solteras o abandonadas, lo que genera una mayor crisis para la madre que se convierte en todos los casos de éste grupo en único sostén de la familia dejada en casa.

Aproximadamente la mitad de las madres no recibe ayuda económica, lo que las hace padecer de mayores necesidades. Las madres que reciben ayuda económica lo hacen principalmente de su compañero, la madre de ellas, su padre, u otro familiar, evidenciando así que toda la familia se ve afectada económicamente por el traslado del recién nacido, "ocupo el dinero del diario y en la casa se pasa necesidades", sometiéndolas a una situación de desgaste referidas como problemas económicos generados por la enfermedad en el artículo Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad de la Revista de la Sociedad de Psiquiatría de Valencia ⁽⁸⁾.

Se puede observar que el nivel de escolaridad de la madre y del jefe de familia difiere muy poco uno del otro, la tercera parte son analfabetas y más de la mitad tienen un nivel de escolaridad de

primaria en ambos grupos, este nivel de escolaridad dificulta a las madres la comprensión de la enfermedad de su hijo y agrava su nivel de ansiedad, de acuerdo a estudios realizados por Singer et al , quienes encontraron una relación estadísticamente significativa entre el nivel educacional y la dimensión del estrés total, al medir el nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados ⁽¹⁶⁾.

La gran mayoría de las madres entrevistadas son amas de casa, se dedican al cuidado de los hijos y la casa, no reciben un salario, por lo que el dejar su hogar para ocuparse del recién nacido hospitalizado, provoca alteraciones en la dinámica familiar, genera reorganización disfuncional de la familia y cambios en los roles habituales, con inclusión de otros miembros de la familia en el círculo interno familiar ⁽⁸⁾. En cambio los jefes de familia todos reciben un ingreso, la mayoría a través de un salario fijo y otros a través de empleos informales o subempleo.

Más de la mitad de las familias de madres encuestadas se encuentran en extrema pobreza al estimar su ingreso per cápita familiar (menos de 0.50 centavos de dólar). Robles y Fernández ⁽⁹⁾, mencionan el nivel socioeconómico como un factor condicionante del impacto de la enfermedad en la familia, siendo más difícil enfrentar la enfermedad cuando los recursos económicos son escasos, éstas madres se enfrentan a la enfermedad y traslado de un recién nacido desprovistas totalmente de fortalezas, evidenciado por pertenecer a un grupo vulnerable económicamente, de manera crónica (pobreza estructural) y agudizada por la enfermedad del hijo y su traslado, que tensiona aún más la ya débil situación económica del hogar, enfrentándose sola al desamparo económico, social y humano de permanecer en un hospital alejada de su

comunidad y de su familia por un número de días incierto y con todo la carga psicológica y emocional que representa ya de por sí, un parto y puerperio, un recién nacido en riesgo de muerte y el dejar otros hijos en casa.

Todos los acompañantes fueron mujeres, principalmente madres, llama la atención que en ningún caso se encontró un acompañante del sexo masculino. Esto nos indica y confirma, que la cultura del cuidado de los niños y los enfermos, tradicionalmente se le asigna a la mujer, se podría decir entonces que la respuesta familiar encontrada en éstas familias es de tipo centrífuga destinando el cuidado del enfermo a una sola persona, generalmente del sexo femenino, comúnmente la madre ^(8,13,14). Sin embargo, en este caso particular se debe considerar que influye el que estas madres provienen de lugares fuera de Managua, de familias pobres, la mayoría de origen campesino, lo cual limita la posibilidad para la familia en general de ofrecer relevo en el cuidado del enfermo y tiene que ver también con el rol tradicional del padre como sustento del hogar. Otro aspecto muy importante es la alimentación del recién nacido, junto a las normas hospitalarias que hacen prácticamente indispensable la permanencia de la madre para ofrecer el pecho materno; aunque es evidente que en aquellos casos que no estaba la madre, era otro familiar del sexo femenino el que se hacía cargo del cuidado del bebé hospitalizado.

A diferencia del cuidado del bebé hospitalizado que fundamentalmente es otorgado por la madre, el cuidado de los hijos dejados en casa es asumido prácticamente por toda la familia, destacándose el padre de los niños y las abuelas, también es notorio un mayor compromiso de la línea familiar materna, esto altera el rol que

desempeñan habitualmente cada uno de los miembros de la familia pues tienen que adoptar el rol de madre de estos niños dejados en casa, además de su propio rol de padres, abuelas y jefes de familia en muchos casos. Cuando hay hermanos mayores y a pesar de su corta edad, éstos también son responsabilizados del cuidado de los hermanos menores, recargando sus actividades escolares y domésticas, todos estos son síntomas familiares de desajuste provocados por la enfermedad de uno de los miembros de la familia ampliamente estudiados ⁽⁸⁾.

Tomando en consideración estos datos se puede asumir que realmente la familia nicaragüense y sus valores culturales, se une ante el dolor de la enfermedad de uno de sus miembros y manifiesta una respuesta más bien de tendencia centrípeta, cohesionándose para enfrentar los problemas afectivos y económicos ocasionados por la enfermedad y traslado del recién nacido; siendo factores externos a sus valores intrínsecos los que les obligan a dejar a la madre sola en el hospital al que fue enviada ^(8,13,14).

Ante la pregunta relacionada con el tipo de actitud manifestada por su compañero, la mayoría de las madres manifestaron que su compañero las apoyaba, solo una madre manifestó que su compañero estaba inconforme con que ella no estuviera en casa, lo que se menciona en la literatura como conflictos de pareja y que es otra forma de desajuste familiar provocado por la enfermedad ^(8,16). Realmente, éste fue un resultado no esperado pues de acuerdo a nuestra experiencia, en los hospitales las madres frecuentemente abandonan por exigencias generalmente de un marido inconforme o bajo efectos del alcohol los días domingos, pero al menos en el

grupo entrevistado no encontramos esta tendencia, lo cual puede deberse a la misma distancia y la incomunicación que tienen durante la hospitalización, que les hace desconocer cual ha sido el comportamiento real de su pareja durante este tiempo

De las madres entrevistadas sólo una cuarta parte se dedicaba a actividades generadoras de ingresos económicos. Las madres asalariadas afirman que ya perdieron sus empleos por estar cuidando a su bebé, lo que implica disminución del ingreso económico por la incapacidad de trabajar de la madre económicamente activa y sobrecarga a la economía familiar, obligando a estas familias a la búsqueda de respuestas adaptativas mencionadas en la literatura consultada ⁽⁸⁾.

Las madres que manifestaron no perderían su empleo es porque no perciben un salario mensual y se dedican a actividades informales que pueden retomarse al regresar a sus hogares, éstas eran principalmente actividades agrícolas o aquellas trabajadoras del sector informal.

En relación al dinero que las madres dejan de percibir (lucro cesante), este es mayor a medida que aumentan los días de hospitalización y no aplica a la mayoría de las madres pues son amas de casa. Para las madres trabajadoras (asalariadas o no), representó al menos la pérdida de ingresos correspondientes a 5 días productivos del mes, pero para algunas llegó a ser hasta el mes completo, pues algunos niños permanecen hospitalizados hasta por dos o tres meses, principalmente en el caso de niños con malformaciones congénitas.

Al enfermar un miembro de la familia, se disminuye el ingreso económico por la incapacidad para trabajar de la madre que acompaña al bebé, la situación es aún más grave para aquellas familias en las que la madre es el único sostén económico, en otros casos en los que varios miembros de la familia trabajan es menos sensible.

La familia (se excluye a la madre en este caso) no ha incurrido en gastos de alimentación pues cuando son visitadas las madres, los familiares traen su comida de la casa, tampoco han gastado en hospedaje pues se alojan donde un familiar los que lo tienen o en un albergue cristiano cercano al hospital si no tienen familia en Managua o se regresan el mismo día.

Sí refirieron las madres, que durante estas visitas, sus familiares han incurrido en gastos de transporte. Las familias tampoco han gastado en medicamentos pues en su mayoría son abastecidos por el Hospital Infantil.

En cuanto a los gastos personales de las madres, menos de la mitad tuvo gastos en transporte, pues la mayoría fue trasladada en ambulancia desde su lugar de origen.

La mayoría de madres gastó en alimentación, ya que el hospital no la garantiza a todas las madres acompañantes. El hospital tiene un sistema de bonos de alimentación con un cupo limitado, de tal manera que cuando se agotan hay que esperar hasta que se libere un cupo, sin embargo las madres que tienen bono, refieren que de

todas maneras tienen que gastar pues la comida del hospital es insuficiente, algunas madres expresaron que sólo hacían un tiempo de comida por falta de dinero, otras expresaron que cuando llegaron tenían para comer pero que ya se les había acabado.

De las que no gastaron, una pequeña parte no gastó por que recibía comida de familiares que viven en Managua y otras porque aunque tenían hambre, no tenían dinero con que comprar comida. Se observa, el hambre que sufren estas mujeres, usuarias silenciosas de este hospital, en el que se les alimenta si se puede y si no se puede no; pero ellas son puérperas, algunas en franco período de recuperación quirúrgica, todas están dando pecho materno y si en el mejor de los casos obtienen un bono, la calidad de alimentación recibida dista mucho de ser la recomendada.

La alimentación, en el caso de madres de escasos recursos, realmente es un conflicto grave, que genera angustia, depresión y desesperación lo cual coincide con el artículo de Jiménez Parrilla ⁽³⁾ de la literatura consultada.

Actualmente existe un nuevo concepto sobre maternidades y servicios de neonatología centrados en la familia, en la que se proponen diversas acciones, dentro de ellas se menciona la residencia hospitalaria para la estadía de madres de recién nacidos patológicos, en las que se garantiza vivienda (cama, baños, alimentación,) a este grupo vulnerable de personas, residencia que debe organizarse próximo a la sala de neonatología y debe contar con comedor, lavadero y tendido de ropa ⁽⁶⁾.

Las madres que tenían bebés internados en sala de cuidados intensivos, se alojaron en el hospedaje del hospital y cuando éstos eran trasladados a sala de Neonatología, permanecían en una silla al lado de su hijo por lo que ninguna gastó en alojamiento.

Más de la mitad no gastó en medicamentos, estos fueron dados por el hospital, solo una pequeña parte gastó en algún medicamento con el que el hospital no contaba y una mínima parte, aunque le fue solicitado no pudo comprarlo porque no contaba con dinero.

Más de la mitad necesitó hacer otro tipo de gastos como: jabón de lavar, jabón de baño y pañales principalmente, una pequeña proporción de éstas madres no necesitaron hacer gastos extras, probablemente éstas eran las que procedían del área rural de Managua y eran visitadas por sus familiares, la minoría aunque tenía necesidades de algún tipo no pudo satisfacerlas pues no tenían dinero para esto, ni para nada.

La mayor dificultad expresada por las madres fue la de pasar hambre y tener insuficiente comida, se pudo observar que este tipo de problema o dificultad es el mayor conflicto de estas madres; esto es evidente, pues cómo puede una madre sumida ya de por sí en la pobreza o extrema pobreza, enfrentar la hospitalización de un hijo, sin dinero para comprar su comida y sin el soporte institucional que debería garantizarle su alimentación; manifestando incluso los informantes claves la distribución de una mínima cantidad de bonos de alimentación que no permite cubrir ni la quinta parte de las necesidades.

El hospital está diseñado y organizado en función de los niños, pero no se puede olvidar a ese ser humano imprescindible en la vida de un recién nacido como es su madre, de quien se alimenta pero para quien no hay comida, no es ético, desde nuestro punto de vista, traer a una madre desde otros lugares fuera de Managua y no garantizarle sus condiciones básicas de subsistencia ⁽²⁵⁾. Otro buen porcentaje de las madres manifestaron sentirse enfermas, lo cual es parte del síndrome del cuidador expresado en la literatura ⁽⁵⁾.

Otras expresaban preocupación por no tener dinero, no saber como regresar a sus casas, y no saber de sus otros hijos, se encuentran tan lejos de sus hogares que nadie las visita y desde que salieron de sus casas no saben de sus familias, perdiendo incluso la posibilidad del consuelo familiar. Es evidente el abandono en que se encuentran estas madres y el desconocimiento de sus necesidades más sentidas, tanto por parte de la familia, como de las autoridades de salud.

Muchas no tienen ropa para cambiarse pues se vinieron con la ropa que andaban puesta, no trajeron ropa para su bebé, o no pueden lavar su ropa pues no pueden dejar solo al bebe. Se hizo notoria la solidaridad entre ellas en este particular, pues mientras alguna sale de la sala, otra madre le cuida a su bebé.

En cuanto a las opiniones que hicieron las madres al hospital y a las autoridades de salud, para mejorar la situación de ellas y de las madres que se encuentren en una situación similar en el futuro, fueron en primer lugar que se les dé comida y en cantidad suficiente. Un planteamiento interesante en este sentido fue realizado por informantes claves, quienes consideran que si el

paciente neonato no requiere de alimentos otorgados por el hospital, el hospital debe garantizar entonces esos alimentos a las madres, esto a su vez vendría a facilitar la lactancia materna exclusiva, práctica indispensable en el servicio de neonatología.

Otra de las propuestas de las madres, es que exista un lugar para la atención de recién nacidos cercana a su lugar de origen, lo cual tiene que ver con la descentralización y accesibilidad a los servicios de salud. Esto probablemente disminuiría la carga de trabajo del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, permitiría a las madres estar más cerca de su familia y contar con mayor apoyo por parte de éstas, aunque obviamente impone inversiones considerables.

La propuesta de que se les ayude a regresar a sus casas es también una de las más sentidas, trabajo social hace sus esfuerzos pero no hay garantía, ni es suficiente. Otra propuesta de las madres es que se les de un lugar donde descansar, que se mejoren las condiciones de higiene y de seguridad en el albergue, pues estas son muy precarias. Es importante mencionar que el servicio de Neonatología del Hospital Infantil, no cuenta con servicio higiénico ni baños para las madres, las madres tenían que ir a los servicios de emergencia que se encuentran a una distancia considerable y donde algunas veces fueron maltratadas según refirieron. El albergue del Hospital carece de camas, es poco higiénico y no brinda la más mínima seguridad, algunas madres fueron víctimas de robo de las escasas pertenencias que traían.

Estas opiniones fueron hechas por madres humildes, en un mundo extraño para ellas y donde desconocían de los trámites de gestión de bonos de alimentación. Esto nos sugiere que hay que crear

mecanismos de agilización de estos trámites y que sean hechos por el personal, para aminorar la carga de estrés de estas madres.

La mayoría expresó no tener quejas del personal ni del trato recibido en el hospital, pero si hubo sugerencias de agilizar los exámenes especiales, interconsultas y cirugías a realizárseles a sus hijos. Todas estas madres vienen con la esperanza de que se les resuelva el problema de sus hijos a la mayor brevedad posible, al prolongarse su estancia por un examen o una cirugía las madres sienten que no se está haciendo nada por su hijo recién nacido y que están perdiendo tiempo para estar con sus otros hijos.

Algunas madres no dieron ninguna opinión, pues las limitaciones que pasan son para ellas algo que tienen que soportar para que su hijo se mejore.

La mayoría de las madres expresaron que no reciben apoyo de ninguna institución, sin embargo una pequeña proporción de madres reconoció la ayuda que el Estado a través del hospital les brinda en forma de bonos de alimentación y hospedaje. La Iglesia, específicamente la evangélica fue también referida como una institución de apoyo por algunas madres. De igual manera el grupo de informantes claves confirma que no existe ningún tipo de organización apoyando a la madre acompañante, los esfuerzos que realiza trabajo social están orientados principalmente a conseguir medicamentos.

Estas madres no son vistas como una prioridad por el hospital, ni por ninguna institución, son usuarias silenciosas, solas y desamparadas a las que nadie ve, ni atiende; están ahí para cumplir una función: cuidar y alimentar a sus hijos, apoyar al

personal hospitalario en el cuidado del paciente, sus necesidades no cuentan.

Aunque la mayoría respondió que no recibió ningún tipo de ayuda, la poca ayuda que recibieron fue principalmente en forma de alimentos.

El personal que trabaja en un servicio neonatal, tiene la responsabilidad moral de brindar una atención esmerada al niño y su familia, pero el concepto de atención en salud no abarca solamente la dimensión biológica, sino además la síquica, social, cultural, espiritual y ética, de tal manera que sólo la aplicación de técnicas y conocimientos científicos no es suficiente para dar respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de las personas.

Los padres en general de recién nacidos enfermos experimentan altos niveles de estrés y emociones negativas, tales como ansiedad, depresión, culpa y desesperanza, las circunstancias a las que están sometidos los padres son intensas y se prolongan en el tiempo, esta ansiedad y preocupación puede llegar a derivar en verdaderas patologías, el personal que atiende estos niños, necesita estar conciente de este estrés que experimentan las madres, que puede influenciar su capacidad para oír explicaciones, tomar decisiones e involucrarse con su propio pequeño ^(16,19,20,21).

Las madres entrevistadas no son la excepción y aunque este estudio no pretende medir los niveles de estrés de las madres, es lógico considerar y observar en ellas diferentes sentimientos de depresión y angustia, sin embargo no cuentan con apoyo emocional, no reciben terapia de apoyo por parte del departamento de psicología, ni de trabajo social del hospital, se consuelan entre

si, en alguna ocasiones por algún pastor evangélico visitante y en escasas ocasiones por el personal de enfermería. El departamento de psicología del hospital, de acuerdo a información obtenida con informantes claves, sólo trabaja con los pacientes y en los rangos de edad de preescolar y escolar; los neonatos están fuera de su área de trabajo y más aún las madres, a las que sólo abordan en casos de abandonos. Se observa la poca atención a las demandas de apoyo emocional hacia estas mujeres.

Sin embargo, el personal que atiende en forma directa a estos niños, está claro de las necesidades insatisfechas de estas madres, aunque nadie identificó como una necesidad el apoyo emocional y psicológico. Se requiere de equipos profesionales multidisciplinarios conformados por sicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, enfermeras y médicos enfrentando este problema, además de cambios administrativos que permitan ofrecer cobertura de atención psicológica, médica y de hotelería a las madres acompañantes.

VIII. CONCLUSIONES

1. El perfil socio demográfico encontrado es de familias extremadamente vulnerables, entendiéndose por esto: madres relativamente jóvenes, amas de casa, pobres, con baja escolaridad, procedentes de todo el país, en su mayoría con un compañero de vida pero no todos ayudan económicamente y la mitad no recibe ayuda económica de nadie durante la hospitalización de sus hijos. Todos los acompañantes son del sexo femenino. El nivel de escolaridad de jefes de familia es bajo y todos son económicamente activos.

2. Las principales dificultades en la dinámica familiar con el traslado de los recién nacidos, radica en que la totalidad de madres asalariadas perdieron su empleo, aunque la mayor parte de las madres se sienten apoyadas por el compañero. El cuidado de los niños dejados en casa es dado principalmente por las abuelas y el padre.

Los gastos familiares y maternos en torno al traslado y estadía del bebé, son principalmente en alimentación y transporte. El lucro cesante representó una pérdida entre 5 y 30 días productivos.

3. Es mínimo el apoyo de instituciones u organizaciones para las necesidades de las madres durante la estancia hospitalaria del bebé, de igual manera que el apoyo emocional o psicológico.

4. La mayor dificultad expresada por las madres fue pasar hambre, la incomodidad, sentirse enfermas y la falta de comunicación con sus familias.

La opinión para mejorar más frecuentemente encontrada fue que se les garantice la alimentación.

5. Los informantes claves desconocen en su mayoría las oportunidades de apoyo que brinda el hospital a las madres acompañantes.
6. No existe una red social de apoyo a la madre acompañante.
7. Se observa fragmentación de la atención en contradicción con los principios fundamentales de la Política Nacional de Salud de integralidad, equidad, universalidad, continuidad, calidad, complementariedad y solidaridad. El modelo de atención encontrado es estrictamente médico, biologicista.
8. Existe debilidad en la política de protección social en una prioridad en salud como es el binomio madre-niño.
9. Hay un estancamiento en el desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, pues no pueden solucionar los problemas locales de salud de sus áreas, sometiendo a la población y al sistema de salud a riesgos innecesarios.

IX. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el apoyo institucional que reciben los familiares acompañantes, a través de una gestión permanente en la búsqueda de alianzas con organismos donantes, iglesias, sociedad civil, entre otros, con el objetivo de mejorar los albergues o residencias familiares que garanticen de manera digna la subsistencia de la madre o familiar acompañante, incluyendo vivienda, alimentación adecuada y suficiente, transporte de regreso a su domicilio, atención médica, lavadero y tendido de ropa, derecho a un determinado número de llamadas telefónicas, junto a esto se debe garantizar la limpieza y seguridad de estos albergues o residencias.
2. Crear un "grupo amigo de la madre acompañante", conformado por personal del hospital y representantes de instituciones que acepten el compromiso para la búsqueda de alternativas de ayuda a estas madres y sus hijos.
3. Mejorar las condiciones de descanso realizado junto al bebé, mediante la implementación de sillas cómodas reclinables con soportes especiales para el descanso de sus pies.
4. Destinar un servicio higiénico para las madres en las instalaciones de Neonatología.
5. Brindar apoyo emocional o psicológico, mediante la competencia de equipos profesionales multidisciplinarios

(psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, etc.) de acuerdo a un plan de trabajo con metas, objetivos y resultados esperados que permitan realizar evaluaciones periódicas.

6. Incluir en el programa docente del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, los temas de humanización de la atención, hospitales centrados en la familia, bioética.
7. Garantizar la alimentación de la madre acompañante de recién nacidos hospitalizados que vienen del interior del país, ya que el bebé no se alimenta de la comida del hospital sino de su madre.
8. Revisar y actualizar las normas de la madre acompañante considerando no sólo sus deberes sino también sus derechos, con el objetivo de que el hospital y sus recursos estén en función de sus usuarios.
9. Realizar las coordinaciones necesarias para garantizar a las madres atención médica ginecológica y de Medicina General durante su estancia hospitalaria.
10. Promover el acceso universal de la madre y el niño a la seguridad social.
11. Fortalecer la capacidad de respuesta local en los SILAIS del país a través de la descentralización del sistema, incremento del presupuesto para salud y eficiencia de los recursos.

12. Realizar estudios de costos de los traslados realizados de los diferentes departamentos a Managua.

X. REFERENCIAS

1. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud 2001.
2. Nicaragua. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2004-2015.
3. Jiménez Parrilla y cols. Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. VOX PAEDIATRICA, 11,2 (27-33).2003.
4. Figueras Aloy, J y cols. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. Anales Españoles de Pediatría. Vol. 55, N° 02, p.141-145. 2001.
5. Ortiz Z, Ana Cecilia y cols. Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. Instituciones de Segundo Nivel. Área Metropolitana. Medellín. 1999-2000.
6. Larguía, Miguel Dr. Maternidades centradas en la familia. Rev Hosp. Mat Inf Ramón Sardá 1998; 17:97-192. Disponible en: http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/98_c/103-109.pdf
7. Herman, Viviana y cols. La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev. Del Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá. XV. No. 3.107-112.1996.
8. De la Serna de Pedro I. Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valencia, Colaboración N° 28. España, 2001. Disponible en URL: http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm

9. Robles T, Eustace R, Fernández de Ceturri M. El enfermo crónico y su familia. 1ª ed. Nuevo Mar S.A. de C.V. México. 1987.
10. Muñoz Cobos F, Espinoza Almendro JM, Portillo Strempe J, Rodríguez González de Molina G. La familia en la enfermedad terminal (I). Medicina de Familia. 2002 septiembre; 3:190-199.
11. Kornblit A. Somática Familiar. Enfermedad orgánica y familia. 2ª ed. Gedisa S.A. España. 1996.
12. Thyen U, et al. Employment, child care, and mental health of mother caring for children assisted by technology. Pediatrics. 1999; 103 (6Pt1): 1235-42.
13. Hidalgo V. Mujeres y hombres ante la tarea de ser padres. Algunas de sus necesidades y de apoyo. Infancia y Sociedad. 1996. 34/35, 168-184.
14. Ginovart G. La familia del enfermo. Todo hospital. 1989; (62): 61-65.
15. Silvertein GD. La familia un paciente olvidado. Rev Rol de Enfermería 1997; 20(223): 25-30.
16. Singer LT, et al. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. JAMA 1999; 281 (9): 799-805
17. Davis L., et al. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. Early Human Development. 2003; 73: 61-70.
18. Klaus MH, et al. Care of the mother, father and infant. Fanaroff AA, neonatal-Perinatal Medicine sixth Ed. 1997 Mosby ST Louis. Cap 31. pag 548-561.
19. Younger JB, et al. Mastery of stress in mothers of preterm infants. J soc Pediatr Nurs. 1997; 2(1): 29-35.

20. Meyer EC, et al. Psychological distress in mothers of preterm infant. *J Dev Behav Pediatr.* 1995; 16(6):412-417.
21. Muniagurria G. Intervenciones psicosociales en la UCIN "Cuidando al recién nacido y sus padres". 1998. En: <http://Psicología-Online-com>.
22. CEPAL. Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica. UNICEF. SECIB. 2004.
23. OPS. Desigualdades en Salud Nicaragua. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de políticas públicas y salud. Abril 2001.
24. Werner, David y col. Una mirada a la situación actual: La equidad como determinante de la salud. 2000.
25. Barrios Ozuna, L. : Pensamiento médico y ética médica contemporánea. En: *Lecturas de filosofía, salud y sociedad*. Editorial Ciencias Médicas. p.165-164, 2000.

Anexos

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS No. 1

Entrevista a madres

Buenas tardes (buenas noches), somos médicos y estamos realizando una investigación sobre la manera en que las madres y la familia se ve afectada cuando sus niños recién nacidos son trasladados de su lugar de origen a Managua. No trabajamos en este hospital, pero tenemos permiso para realizar algunas preguntas a las madres que acepten colaborar con nosotros, estamos interesados en conversar un momento con usted, si usted nos da su consentimiento.

1. Número de expediente:

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

- 15 – 19 años.
- 20 – 25 años.
- 26 – 30 años.
- 31 – 35 años.
- > de 35 años.

3. ¿En qué departamento reside? _____

4. ¿Tiene usted más hijos? Sí / No.

(Si la respuesta es negativa, salte a la pregunta 6)

5. ¿Cuántos hijos tiene en total? _____.

6. ¿Ahora que usted está en el hospital alguien de su familia la está ayudando económicamente? Si / No.

7. ¿Quién le está ayudando económicamente?

- Nadie
- Compañero.
- Madre.
- Padre.
- Suegra.
- Otro familiar.

8. ¿Quién es el jefe de familia en su casa?

- Ella misma
- Madre
- Suegra
- Compañero
- Padre
- Otro familiar

9. ¿Sabe usted leer y escribir? Sí / No.

10. ¿Hasta qué grado llegó? _____.

(si el jefe de familia es ella misma, salte a la pregunta 13)

11. ¿El jefe de familia sabe leer y escribir? Si / No.

12. ¿Hasta qué grado llegó? _____.

13. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____.

14. ¿Cuántas personas trabajan en su casa? _____.

15. ¿En qué trabaja usted?

- Ama de casa.
- Asalariada.
- No asalariada.

(si la madre es el jefe de familia salte a la pregunta 17)

16. ¿En qué trabaja el jefe de familia?

- Asalariado No asalariado

17. ¿Cuánto gana cada uno de los integrantes de su familia que trabajan?

- a) d)
b) e)
c) f)

Suma _____

18. ¿Cuántas personas dependientes económicamente viven en la casa? _____.

19. ¿Quién es la persona a cargo del cuidado del niño hospitalizado?

- Madre Abuela materna. Abuela paterna.
 Padre Tía materna Otro familiar.

20. ¿Quién cuida a los hijos que dejó en casa?

- Madre Abuela materna. Abuela paterna.
 Padre Tía materna Otro familiar.
 Hijo Mayor No tiene más hijos

21. ¿Cuál es la actitud que ha mostrado su compañero por la hospitalización del niño?

- Apoyo Inconformidad No tiene compañero

22. ¿Qué ocurrirá con su empleo ahora que usted está cuidando al bebe hospitalizado?

- Lo perderá. Lo conservará No trabaja.

23. ¿En qué ha gastado su familia por el traslado del bebé?

- Ningún gasto Alimentación Medicamentos
 Transporte Alojamiento Otros gastos
 No tiene dinero para gastar.

24. ¿Ha tenido usted gastos por su estadía en el hospital?

- Si
 No ha sido necesario
 No tiene dinero para gastar.

25. ¿En qué ha tenido que gastar?

- Ningún gasto Alimentación Medicamentos
 Transporte Alojamiento Otros gastos.

26. ¿Cuáles han sido las principales dificultades que ha tenido que enfrentar durante la hospitalización de su bebé?

27. ¿Desea expresar alguna opinión para mejorar a las autoridades del hospital?

28. ¿Ha recibido alguna ayuda material de alguna persona o institución para sobrellevar los gastos?

- Sí / No.

(si la respuesta es negativa, salte a la pregunta 31)

29. ¿De quién ha recibido ayuda material?

- De nadie
- Otras madres
- Org. Religiosas
- Org. Políticas.
- Del estado (Hospital)
- ONG.

30. ¿Qué tipo de ayuda ha recibido?

- Alimentos.
- Dinero.
- Alojamiento.
- Lavado de ropa.
- Bonos de alimentación.
- Medicamentos
- Ninguna.

31. ¿Ha recibido apoyo emocional de alguien durante la hospitalización de su bebe? Sí / No.

32. Si respondió si a la pregunta anterior ¿Quién ha sido esa persona?

- Religiosos.
- Enfermeras.
- Personal de apoyo.
- Médicos.
- Otras madres.
- Psicólogos.
- Trabajadoras sociales.

Gracias.

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

INSTRUMENTO No. 2

Entrevista a informantes claves

1. Cargo: _____
2. ¿Cree usted que las madres acompañantes de recién nacidos en este hospital pasan alguna dificultad o necesidad?
 Sí / No.

(si la respuesta es no salte a la pregunta No. 4)

3. ¿Cuáles son las dificultades que usted ha observado?
 - Alimentación.
 - Otros hijos dejados en casa
 - Falta de un lugar de descanso.
 - No saber como regresar a su casa.
 - Falta de baños para su higiene.
 - Carencia de ropa para cambiarse.
 - Otras.

4. ¿El hospital les ofrece algún tipo de ayuda a estas madres?
 Sí No No sabe.

(si la respuesta no es afirmativa salte a la pregunta No. 6)

5. ¿En qué consiste esta ayuda?
 - Bonos de alimentación.
 - Alojamiento (albergue).
 - Instalaciones sanitarias.
 - Otros.

6. ¿Alguna organización externa ayuda a la sala de neonatología?

Si No No sabe.

7. ¿Conoce usted el funcionamiento del albergue o casa de madre acompañante?

Si No

8. ¿Cómo funcionan los bonos de alimentación?

9. ¿Qué mecanismos tiene el hospital para ayudar a las madres a regresar a su sitio de origen?

¡GRACIAS!

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Edad de la madre	Edad cumplida en años al realizar la entrevista.	No. De madres comprendido en cada valor designado/ total de madres entrevistadas.	-15 a 19 años. - 20 a 25 años. -26 a 30 años. -> de 35 años
Procedencia	Departamento en donde habita.	No. De madres procedentes de cada departamento / total de madres entrevistadas.	-Nueva Segovia -Madriz -Managua Rural -Rivas -Jinotega -León -Masaya -Boaco -Chinandega -Matagalpa -RAAN - RAAS -Río San Juan -Estelí -Carazo -Granada -Honduras

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Número de hijos	Número de hijos vivos que tiene la madre bajo su cuidado.	-No. de hijos /total de madres entrevistadas	-1 hijo -2 hijos -3 hijos -4 hijos -5 hijos -6 hijos -7 hijos -8 hijos -9 hijos
Cónyuge	Presencia de un compañero o marido en unión conyugal.	-No. de madres con marido/ total de madres entrevistadas. -No. de madres sin marido/total de madres entrevistadas.	-Si -No
Apoyo económico del compañero	Presencia o no de un compañero que ayude a la madre económicamente.	-No. de mujeres con apoyo económico / No. de madres entrevistadas. -No. de mujeres sin apoyo económico / No. de madres entrevistadas.	- Si -No

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Apoyo económico de la familia	Presencia o no de ayuda económica por algún miembro de la familia.	-Miembro de la familia que apoya económicamente/ No. de entrevistas realizadas.	-Nadie -Compañero -Madre -Padre -Suegra -Otros
Escolaridad de la madre	No. de años de estudio aprobados por la madre.	-No. de madres con escolaridad nula/ Número de entrevistas realizadas. -No. de Madres con 5 o menos grados de primaria aprobados / No. de entrevistas realizadas. -No. de Madres con 6 grados de primaria aprobados / No. de entrevistas realizadas. -No. de Madres con 7 a 10 grados aprobados / No. de entrevistas realizadas. -No. de madres con 11 grados aprobado/ No. de entrevistas realizadas. -No. de madres con título universitario o técnico/ Número de entrevistas realizadas.	-Analfabeta -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Profesional o técnico

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Escolaridad del jefe de familia	No. de años de estudio aprobados por el jefe de familia	-No. de jefes de familia con escolaridad nula/ Número de entrevistas realizadas. -No. de jefes de familia con 5 o menos grados de primaria aprobados / No. de entrevistas realizadas. -No. de jefes de familia con 6 grados de primaria aprobados / No. de entrevistas realizadas. -No. de jefes de familia con 7 a 10 grados aprobados / No. de entrevistas realizadas. -No. de jefes de familia con 11 grados aprobado/ No. de entrevistas realizadas. -No. de jefes de familia con título universitario o técnico/ Número de entrevistas realizadas.	-Analfabeta -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Profesional o técnico

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Forma de ingreso	Forma en la que la madre y el jefe de familia perciben sus ingresos mensuales.	-No. de madres y jefes de familia asalariados / total de entrevistas. -No. de madres y jefes de familia no asalariados/ Total de entrevistas. -No. de madres amas de casa / Total de madres	-Asalariado -No asalariado -Ama de casa
Ingreso per cápita familiar	Distribución del ingreso económico familiar entre los miembros de la familia	-No. de familias con ingreso por persona al día menor a 0.50 centavos de dólar /Total de familias. -No. de familias con ingreso por persona al día menor a un dólar/ Total de familias. -No. de Familias con ingreso por persona al día mayor a un dólar/Total de familias. -No. de familias que desconocen el ingreso familiar/Total de familias	-Familias en extrema pobreza. -Familias pobres. -Familias no pobres - No sabe
Persona que cuida al bebé hospitalizado	Persona al cuidado o responsable del bebé hospitalizado	-Persona que cuida al bebé/ No. de entrevistas realizadas	-Madre -Padre -Abuela materna -Abuela paterna -Otros

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Persona que cuida a los hijos en casa	Persona que se hace cargo de los hijos dejados en casa durante la ausencia de la madre	-Persona o cuidador de los hijos en casa/No. de madres con más de un hijo entrevistadas	-Padre -Abuela materna -Abuela paterna -Tía materna -Hermano mayor -Madre -Otros - No tiene más hijos.
Actitud del compañero	Manifestación de apoyo o inconformidad del compañero de vida durante el traslado y hospitalización del recién nacido.	-Número de compañeros apoyando/ número de madres en unión estable -Número de compañeros con actitud de inconformidad /No. de madres en unión estable. -Número de madres sin compañero/ No. de madres entrevistadas	-Actitud de apoyo. -Actitud de inconformidad -Sin compañero
Pérdida del empleo del cuidador	Dejar de tener fuente de ingresos como consecuencia del cuidado del bebé en Managua.	-No. de madres que perdieron su empleo /No. de madres asalariadas. -No. de madres que conservan su empleo/no. de madres asalariadas. -No. de madres que no trabajan/ No. de entrevistas realizadas	-Pérdida del empleo. -Conserva empleo -No trabaja

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Lucro cesante del cuidador	Ingresos dejados de percibir como consecuencia de los días productivos perdidos.	-Días productivos perdidos/ Total de días productivos al mes.	-Menos de 5 días no productivos. -Entre 5 y 9 días no productivos. -Entre 10 y 15 días no productivos - Entre 16 y 23 días no productivos. -Entre 24 y 30 días no productivos.
Tipo de Gastos de las familias	Utilización de dinero por la familia en torno a la hospitalización del recién nacido	-Ningún gasto/total de entrevistas realizadas. -Gastos en transporte/ Total de entrevistas realizadas. -Gastos en alimentación/Total de entrevistas. -Gastos en alojamiento/ Total de entrevistas. -Gastos en medicamentos/ Total de entrevistas. -Otros gastos realizados/Total de entrevistas -No tiene dinero para gastar/ Total de entrevistas	-Ninguno -Transporte -Alimentación -Alojamiento -Medicamentos -Otros gastos -No tiene dinero

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Tipo de gastos de las madres	Utilización de dinero por la madre en torno a la hospitalización del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> -Ningún gasto/total de entrevistas realizadas. -Gastos en transporte/ Total de entrevistas realizadas. -Gastos en alimentación/Total de entrevistas. -Gastos en alojamiento/ Total de entrevistas. -Gastos en medicamentos/ Total de entrevistas. -Otros gastos realizados/Total de entrevistas - No tiene dinero / Total de entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> -Ninguno -Transporte -Alimentación -Alojamiento -Medicamentos -Otros gastos -No tiene dinero
Dificultades de la madre en el hospital	Problemas o dificultades percibidas por las madres durante su estancia en el hospital	-Dificultades percibidas	<ul style="list-style-type: none"> -Hambre -Incomodidad -Enfermedad -Comunicación -Pasaje de regreso -Agotamiento -Necesidad de dinero -Falta de información -Maltrato -Ninguna

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Opinión para mejorar la atención	Sugerencias aportadas por las madres para mejorar las condiciones de ellas dentro del hospital	-Sugerencias realizadas	-Lo mencionado por madres.

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Dificultades de las madres en el hospital percibidas por informantes claves	Problemas u obstáculos que enfrentan las madres acompañantes de recién nacidos observados por los informantes claves	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación inadecuada/ No. de informantes claves ▪ Necesidad de dinero/ No. de informantes claves. ▪ Cuido de los hijos dejados en casa/ No. de informantes claves ▪ Falta de un lugar para descansar/No. de informantes claves ▪ Regreso a la casa/ No. de informantes claves. ▪ Adaptación al ambiente/No. de informantes claves. ▪ Falta de baños /No. de informantes claves 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí / No ▪ Sí / No ▪ Sí / No ▪ Sí / No ▪ Sí / No ▪ Sí / No ▪ Si/ No

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Institución que apoya a la madre	Identificación de instituciones que brinden ayuda a las madres de niños trasladados a Managua, significando ahorro de dinero.	-Ninguna institución /total de madres entrevistadas. -apoyo estatal (hospital)/Total de madres entrevistadas. -Otras madres/ Total de madres entrevistadas - Organizaciones religiosas/Total de madres entrevistadas -Organizaciones políticas/ Total de madres entrevistadas -Organismos no gubernamentales/Total de madres entrevistadas	-Ninguna -Estatat (Hospital) -Otras madres -Religiosas -Políticas -Organismos no gubernamentales
Tipo de apoyo material recibido por la madre	Ayuda recibida por la madre durante el período de hospitalización.	-Ayuda recibida/total de madres entrevistadas	-Alimentos -Alojamiento -Bonos de alimentación -Dinero -Lavado de ropa -Medicamentos -Ninguno

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Apoyo Emocional recibido por la madre	Personas que brindan apoyo emocional a las madres con la finalidad de superar la enfermedad de su hijo	-Tipo de personas que le ayudaron emocionalmente/total de entrevistas.	-Nadie -Religiosos -Personal de apoyo -Otras madres acompañantes Personal de enfermería -Personal Médico -Sicóloga -Trabajadora social
Tipo de ayuda del hospital a las madres según informantes claves	Apoyo material ofrecido por el hospital a las madres acompañantes para aliviar sus dificultades durante su estancia	-Bonos de alimentación/ No. de informantes claves -Casa de madre acompañante/ No. de informantes claves -Baño para aseo personal/ No. de informantes claves. -Gestiones para la obtención de donaciones/ No. de informantes claves. -Apoyo para regresar a su lugar de origen/ No. de informantes claves	-Sí / No -Sí / No -Sí / No -Sí / No -Sí / No

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Conocimiento de organizaciones externas de apoyo según informantes claves	Presencia de instituciones u organizaciones externas al hospital brindando apoyo para las madres acompañantes	- No de informantes claves que responden en forma positiva sobre su existencia/ No. de informantes claves. -No. de informantes claves que responden en forma negativa sobre su existencia / No. de informantes claves. - No. de informantes claves que desconocen su existencia /No. de informantes claves	-Si -No -Desconoce su existencia
Conocimiento del funcionamiento del albergue o casa de madre acompañante según informantes claves.	Idea o relación que se tiene sobre el funcionamiento de estos sitios de alojamiento para madres acompañantes.	Idea o relación que se tiene sobre el funcionamiento de estos sitios de alojamiento / total de informantes claves	-No existe albergue. -Trabajo social es el que se encarga de esta gestión. -Desconoce el funcionamiento de estos.

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR O ESCALA
Conocimiento del funcionamiento de los bonos de alimentación	Idea o relación que se tiene sobre el mecanismo de selección y distribución de los bonos de alimentación a las madres acompañantes.	Idea que se tiene sobre el funcionamiento de los bonos de alimentación / total de informantes claves entrevistados.	-Trabajo social los distribuye. -La sala de neonatos tiene una cuota fija de 4 bonos. -Los bonos son solo para algunas. -Se renuevan cada 3 días. -Desconoce mecanismo de asignación.
Apoyo para el regreso según informantes claves	Gestiones que realiza el hospital para facilitar el retorno de estas madres y sus hijos a su lugar de origen.	Trámites realizados por el personal del hospital para facilitar su regreso/ No. de informantes claves.	-Trabajo social gestiona no cobro en buses. -Médicos recolectan dinero -Hospitales informan llegada de su ambulancia. -Personal de emergencia comunica llegada de ambulancias a la sala.

Tabla 1. Edad de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Edad	Número	Porcentajes
15-19	11	22%
20-25	18	36%
26-30	12	24%
31-35	07	14%
> de 35	02	04%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 2. Procedencia de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Procedencia	Número	Porcentajes
Nueva Segovia	9	18%
Madriz	6	12%
Managua rural	6	12%
Rivas	5	10%
Jinotega	3	06%
León	3	06%
Masaya	3	06%
Boaco	2	04%
Chinandega	2	04%
Matagalpa	2	04%
Región Autónoma del Atlántico Norte	2	04%
Región Autónoma del Atlántico Sur	2	04%
Río San Juan	1	02%
Estelí	1	02%
Carazo	1	02%
Granada	1	02%
Honduras	1	02%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 3. Número de hijos de madres con recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Número de hijos	Número	Porcentajes
1	13	26%
2	10	20%
3	14	28%
4	09	18%
5	03	06%
6	00	00%
7	00	00%
8	00	00%
9	01	02%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 4. Apoyo económico del compañero de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Apoyo económico	No. de madres	
	Número	Porcentajes
Si	21	42%
No	15	30%
No tiene compañero	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 5. Apoyo económico por la familia a madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Apoyo económico	Número	Porcentajes
Nadie	23	46%
Compañero	21	42%
Madre	03	06%
Padre	01	02%
Suegra	01	02%
Otros Familiares	01	02%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 6. Escolaridad de las madres y jefes de familia de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Escolaridad	Madre		Jefe de Fam.	
	No.	%	No.	%
Analfabeta	14	28%	16	32%
Primaria incompleta	14	28%	12	24%
Primaria completa	07	14%	08	16%
Secundaria incompleta	10	20%	08	16%
Secundaria completa	04	08%	05	10%
Superior	01	02%	01	02%
Total	50	100%	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 7. Forma de Ingresos de las madres y jefes de familia de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Forma de Ingresos	Madre		Jefe de Familia	
	Número	Porcentajes	Número	Porcentajes
Asalariada	09	18%	16	32%
No asalariada	05	10%	34	68%
Amas de Casa	36	72%	0	0
Total	50	100%	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 8. Ingreso familiar per cápita de familias de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Ingreso familiar per cápita	Número	Porcentajes
Extrema Pobreza	28	56%
Pobres	11	22%
No Pobres	03	06%
No sabe	08	16%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 9. Cuidado de los recién nacidos hospitalizados en el Hospital Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Cuidador	Número	Porcentajes
Madre	45	90%
Abuela Materna	02	04%
Otros	02	04%
Abuela Paterna	01	02%
Padre	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 10. Persona al cuidado de los hijos dejados en casa de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Cuidador	Número	Porcentajes
Padre	12	24%
Abuela materna	10	20%
Abuela paterna	06	12%
Tía materna	05	10%
Hijo mayor	02	4%
Madre	01	2%
Otros	01	2%
No tiene más hijos	13	26%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 11. Actitud asumida por el compañero de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Actitud compañero	Número	Porcentajes
Apoyo	35	70%
Inconformidad	1	02%
Sin compañero	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 12. Pérdida del empleo de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Empleo	Número	Porcentajes
Lo pierde	05	10%
Lo conserva	09	18%
No trabaja	36	72%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 13. Lucro cesante de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Lucro cesante	Número	Porcentajes
< 5 días no productivos	1	2%
5-9 días no productivos	2	4%
10-15 días no productivos	2	4%
16-23 días no productivos	4	8%
24–30 días no productivos	2	4%
No hay pérdidas	39	78%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 14. Tipo de gastos familiares ocasionados por la hospitalización de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Gastos Familiares	Número	Porcentajes
Ninguno	34	68%
Transporte	14	28%
No tiene dinero	02	04%
Alimentación	0	0%
Alojamiento	0	0%
Medicamentos	0	0%
Otros gastos	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 15. Tipo de Gastos de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Gastos de las madres	Si		No		No tiene dinero		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Transporte	22	44%	28	56%	00	00%	50	100%
Alimentación	32	64%	05	10%	13	26%	50	100%
Alojamiento	0	00%	50	100%	0	00%	50	100%
Medicamentos	15	30%	32	64%	03	06%	50	100%
Otros gastos	32	64%	15	30%	03	06%	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 16. Dificultades expresadas por madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua, Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Dificultades	Número	Porcentajes
Hambre	26	52%
Incomodidad	19	38%
Enfermedad	17	34%
Falta de comunicación	12	24%
Pasaje de regreso	08	16%
Agotamiento	04	08%
Necesidad de dinero	04	08%
Falta de información	03	06%
Maltrato	01	02%
Ninguna	02	04%

Fuente: Entrevista madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre- Diciembre 2004, Enero 2005.

Tabla 17. Opiniones para mejorar expresadas por las madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005.

Recomendaciones	Número	Porcentajes
Alimentación suficiente.	20	40%
Mejorar condiciones de estancia	13	26%
Unidades Neonatales Departamentales	08	12%
Apoyo para el regreso	06	08%
Atención médica a las madres	04	08%
Mejorar el trato	04	08%
Agilizar tratamiento	01	02%
Apoyo económico	03	06%
Ninguna	04	08%

Fuente: Entrevista madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre- Diciembre 2004, Enero 2005.

Tabla 18. Dificultades de las madres de recién nacidos ingresados en Neonatología, desde la percepción de informantes claves. Hospital Manuel de Jesús Rivera, Managua. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005.

Dificultad	Número	Porcentajes
Alimentación inadecuada	05	71%
Necesidad de dinero	05	71%
Cuido de hijos en casa	05	71%
Lugar para descansar	02	29%
El regreso a su casa	02	29%
Adaptarse al ambiente	02	29%
Falta de baños adecuados	02	29%

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital "La Mascota".
 Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Tabla 19. Instituciones o personas que apoyan materialmente a madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Instituciones o personas	Número	Porcentajes
Ninguna	39	78%
Estatal (Hospital)	05	10%
Otras madres	04	08%
Religiosas	02	04%
Políticas	0	0%
Organismos no gubernamentales	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 20. Tipo de apoyo material recibido por las madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Tipo de ayuda	Número	Porcentajes
Alimento	03	06%
Alojamiento	02	04%
Bonos de alimentación	02	04%
Dinero	02	04%
Lavado de ropa	01	02%
Medicamentos	01	02%
Ninguna	39	78%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 21. Identificación de personas que brindan apoyo emocional a madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Personas	Número	Porcentajes
Nadie	42	84%
Religiosos	03	06%
Personal de apoyo	02	04%
Otras Madres Acompañantes	02	04%
Enfermeras	01	02%
Médicos	0	0%
Sicólogos	0	0%
Trabajadora Social	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Tabla 22. Tipo de ayuda del hospital a madres acompañantes de recién nacidos según informantes claves. Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre-Diciembre 2004. Enero 2005.

Ayuda	Número	Porcentajes
Bonos de alimentación	05	71%
Casa de madre acompañante	01	14%
Baño para aseo personal	01	14%
Gestiones para donaciones	01	14%
Apoyo para regresar	01	14%

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital "La Mascota". Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Tabla 23. Conocimiento sobre existencia de organizaciones externas que ayuden al Servicio de Neonatología, según informantes claves. Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005.

	Número	Porcentajes
No	4	57%
SI	1	14%
Desconoce	2	29%

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital "La Mascota". Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Tabla 24. Conocimiento sobre el funcionamiento del albergue en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, según informantes claves. Managua. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005.

Funcionamiento	Número	Porcentajes
No existe albergue	04	57%
Trabajo social encargado.	03	43%
Desconoce	02	29%

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital "La Mascota". Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Tabla 25. Conocimiento sobre el funcionamiento de bonos de alimentación según informantes claves. Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre- Diciembre 2004, Enero 2005.

Funcionamiento	Número	Porcentajes
Trabajo social distribuye	04	57%
Neonato cuenta con 4 bonos	03	43%
Sólo para algunas	02	29%
Se renuevan cada 3 días	02	29%
Desconoce	02	29%

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital "La Mascota". Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Tabla 26. Mecanismos de apoyo para el regreso de las madres a sus sitios de origen. Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Mecanismo	Número	Porcentajes
Trabajo social gestiona no cobro en los buses.	04	57%
Médicos recolectan pasaje.	03	43%
Hospitales departamentales informan llegada de su ambulancia.	01	14%
Personal de emergencia comunica llegada de ambulancias.	01	14%

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital "La Mascota".
 Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Matriz 1. Actitud asumida por el compañero de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Actitud	<p>“Si, me está apoyando porque el me está cuidando los otros niños y la casa”.</p> <p>“Me apoya porque me está mandando dinero y me viene a ver”.</p> <p>“Yo sé que él está de acuerdo, no me viene a ver porque somos pobres y vivimos muy lejos”.</p> <p>“Si, a mi si me apoya porque él no es como otros que yo he visto aquí que vienen a llevarse a los niños sin importarles la vida de la criatura”.</p> <p>“ El se enojó conmigo porque dice que el niño ya no es de vida y que... qué iba a venir a hacer aquí”</p>
----------------	---

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 2. Pérdida del empleo de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Pérdida del empleo.	<p>“Ya lo perdí porque esto va para largo”, “Imagínese usted, quien me va a estar esperando”.</p> <p>“Yo trabajo en la agricultura, cuando regrese vuelvo a trabajar”.</p> <p>“No porque trabajamos en una finca y ganamos entre toda la familia”</p>
----------------------------	---

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 3. Tipo de gastos familiares ocasionados por la hospitalización de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Tipo de gastos familiares	"No se ha gastado, somos pobres y no tenemos para que vengan a verme". "No, porque me vine sola y nadie ha venido de mi casa". "Se ha gastado en el pasaje, mi marido y mi mamá me vienen a ver a veces". "Mi marido viene todos los fines de semana, no gasta en Managua, porque tenemos familia".
----------------------------------	--

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 4. Tipo de Gastos de madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005

<p>Tipo de gastos de las madres</p>	<p>“A mi me trajeron en la ambulancia, pero yo tuve que pagar para la gasolina y a pesar de eso primero hicieron otros mandados, hasta que se le salió un bracito me llevaron al hospital, yo creo que por eso mi niño no nació bien”.</p> <p>“Los tres primeros días aguanté hambre, después conseguí un bono, pero a pesar de eso quedo con hambre, porque doy el pecho y ya ni leche tengo”.</p> <p>“Traje cinco córdobas de mi casa, no he comido nada desde que vine”.</p> <p>“En Jinotega me dieron de comer, aquí pasé dos días aguantando hambre, ayer ya me dieron un bono para comer, el desayuno es café con pan, el almuerzo es bueno, en la noche nos dan fresco y pan”.</p> <p>“Gracias a Dios aquí casi todos las medicinas se las dan a los niños, desde que vine sólo una medicina tuve que comprar”.</p> <p>“Yo me traje de la casa jabón, desodorante, cepillo y pasta de dientes”.</p> <p>“No tengo ni para comer, menos para otras cosas”.</p> <p>“Que va ser señora, aquí donde me ve sólo me echo agua cuando me baño, no he podido lavar mi ropita y sólo me vine con este vestido que ando puesto”.</p>
--	--

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 5. Dificultades expresadas por madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua, Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

<p>Dificultades</p>	<p>"He pasado mucha hambre porque no traje dinero para comer".</p> <p>"Aquí todo se me hace difícil, pero sobre todo la comida, fui a pedir un bono de alimentación y me dijo la de trabajo social que ya no hay, que tal vez mañana..."</p> <p>"La comida... (Llorando), no poder lavar mi ropa, no dormir, me siento cansada".</p> <p>"La angustia de no saber de mis otros hijos y pasar hambre".</p> <p>"La incomodidad de dormir en una silla porque soy cesareada".</p> <p>"Los riales para el pasaje, no conozco Managua, no se cómo voy a hacer, me siento sola y enferma, tengo los pies hinchados".</p> <p>"Aquí se aguanta mucha hambre, yo sólo hago un tiempo de comida y otra cosa es que no hay un inodoro cerca".</p>
----------------------------	---

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 6. Opiniones para mejorar expresadas por las madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005.

<p>Opiniones</p>	<p>“Que lo apoyen a uno con la alimentación, es triste no tener para comer”.</p> <p>“Ayuda en la comida, en las necesidades de las madres porque hay personas que vienen de largo y no tienen familia cerca para ayudarles”.</p> <p>“Que hubiera un lugar donde descansar y poder comer los tres tiempos”.</p> <p>“Que los trámites de exámenes especiales e interconsultas sean más rápidos”.</p> <p>“Que me ayuden con el regreso, tengo miedo de perderme en Managua”.</p> <p>“Que sean más flexibles para que otra persona cuide a los niños y no sólo la mamá, yo por lo menos soy cesareada y me costó mucho, también que den más bonos de alimentación para las personas que necesitan, porque aquí se padece mucho de hambre y que no nos manden a buscar a las trabajadoras sociales, que ellas vengan aquí, algunas madres no van porque no conocen o por no dejar solos a los niños o porque no saben qué decir”.</p>
-------------------------	--

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 7. Dificultades de las madres de recién nacidos ingresados en Neonatología, desde la percepción de informantes claves. Hospital Manuel de Jesús Rivera, Managua. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005.

<p>Dificultades de las madres según informantes claves.</p>	<p>“La primera es la alimentación, luego la falta de recursos económicos para realizar estudios a sus hijos o para comprar medicamentos”.</p> <p>“Que no tienen alimentación por lo tanto no pueden cumplir con la exigencia de lactancia materna exclusiva”.</p> <p>“La principal son las dificultades económicas y familiares porque dejan a otros hijos y están pendientes de ellos”.</p> <p>“Cada persona tiene sus particularidades y creencias y aquí tienen que regirse por normas”.</p> <p>“Muchas son trasladadas de un momento a otro y se vienen sin nada, desorientadas y con incertidumbre, a un lugar que no conocen”.</p>
--	--

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital “La Mascota”.
 Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Matriz 8. Instituciones o personas que apoyan materialmente a madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

<p>Instituciones que apoyan a las madres.</p>	<p>“Estamos solas nadie se preocupa por nosotras”.</p> <p>“Las otras mamás son las que nos ayudan cuando pueden”.</p> <p>“Nadie me ayuda, sólo la voluntad de Dios”.</p> <p>“El pastor de mi iglesia, me recomendó aquí en Managua con otro pastor, él me ha venido a ver y me trae jugos, comida, agua”.</p>
--	---

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 9. Identificación de personas que brindan apoyo emocional a madres de recién nacidos trasladados al Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Apoyo emocional a las madres	<p>“Nadie, aquí son muy buenos con los niños, yo no tengo queja, pero a nosotros no nos ven”.</p> <p>“Al principio sólo vivía llorando, las enfermeras me ayudaron a superar esto, le decían a uno que era malo que llorara, que había niños peor que el de uno”.</p>
-------------------------------------	---

Fuente: Entrevista a madres de recién nacidos en el Hospital Infantil. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005

Matriz 10. Conocimiento sobre el funcionamiento del albergue en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, según informantes claves. Managua. Noviembre-Diciembre 2004, Enero 2005.

Conocimiento de los informantes claves sobre el albergue materno	<p>“Lo que existe es una casa de madre acompañante, sucia, con algunos colchones y nada más”.</p> <p>“Las mismas madres le informan a las recién llegadas y ellas van por su propia cuenta, principalmente las de terapia intensiva que son las que no pueden estar con sus hijos las veinticuatro horas”.</p>
---	--

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital “La Mascota”. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Matriz 11. Conocimiento sobre el funcionamiento de bonos de alimentación según informantes claves. Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre- Diciembre 2004, Enero 2005.

<p>Funcionamiento de bonos de alimentación según informantes claves</p>	<p>“Trabajo social los distribuye y sólo para algunas mujeres y son tan pocos que ya hemos tenido casos en que se los roban entre ellas mismas”.</p> <p>“Neonato sólo cuenta con una cuota de cuatro bonos, los que tienen que renovarse en trabajo social cada tres días, esto apenas cubre la quinta parte de la demanda. Se ha peleado para que la alimentación se les de a todas las madres ya que los recién nacidos que son los pacientes no reciben alimentación del hospital, entonces ésta debe dársele a la madre acompañante”.</p>
--	---

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital “La Mascota”. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

Matriz 12. Mecanismos de apoyo para el regreso de las madres a sus sitios de origen. Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Managua. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

<p>Mecanismos de apoyo para el regreso de las madres según informantes claves</p>	<p>“Trabajo social mantiene coordinación con cooperativas de transporte, cuando el paciente va de alta se elabora una carta para que no les cobren el transporte, pero ellas solas tienen que llegar a la cooperativa, muchas veces las madres que son de Managua son las que las llevan pues la mayoría no conoce nada de Managua”</p>
--	---

Fuente: Entrevista informantes claves Hospital “La Mascota”. Noviembre, Diciembre 2004, Enero 2005.

NORMAS DE MADRE ACOMPAÑANTE

- Todas las madres tienen derecho a acompañar a su hijo durante su hospitalización; debiendo permanecer a su lado 24 horas al día.
- Se brindarán informes a las madres acompañantes acerca de la condición de los pacientes de lunes a viernes por la mañana después del pase de visita médica.
- El informe médico sobre diagnóstico, tratamiento y procedimientos será brindado ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE por los médicos de base del servicio y durante los fines de semana por el médico residente a cargo de la sala.
- No se brindará información por teléfono.
- La madre acompañante deberá permanecer fuera del cubículo de cuidados intensivos de 6 a.m. a 12 m.d y de 6 a 9 p.m.
- No se deberá tocar ni cargar otro paciente ajeno al suyo.
- Es estrictamente prohibido introducir alimentos, recipientes, equipos eléctricos, ropa de adultos, paquetes, etc., así como el consumo de alimentos y fumar.
- Sólo se permite pañales y ropa del bebé dentro del cubículo y objetos de aseo mínimos del acompañante.
- No colocar objetos dentro de las cunas ni incubadoras.
- Mantener higiene del bebé y la madre.
- No se permite descansar a los familiares en el piso de los cubículos.
- Portar las batas rosadas durante la permanencia.
- Lavado de manos con agua y jabón antes de amamantar.
- Acudir diario al lactario y dar leche.
- Comunicar al personal médico y/o de enfermería cualquier inquietud acerca de lo antes señalado así como cualquier cambio de su paciente.