UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar

Carolina Pava Laguna

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2013

Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar

Carolina Pava Laguna

Tesis de investigación presentada como requisito para optar al título de:
Magister en Enfermería

Directora: Rosa Yolanda Munevar
Magíster en Enfermería

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2013

Dedicatoria

A mi esposo, a mis hijos:
Ellos son mi motor, mi fuerza, mi motivo…

Agradecimientos

Especialmente a la Profesora Rosa Yolanda Munevar Torres: asesora del trabajo de investigación; por su orientación y apoyo, su ejemplo, motivación y responsabilidad en todo momento.

A la Universidad Libre Seccional Pereira: Directivas, Facultad de Ciencias de la Salud quienes me brindaron apoyo financiero para el estudio de la Maestría.

A María Nelcy Muñoz Astudillo por su apoyo incondicional, orientación y calidad como persona y amiga.

Resumen

Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar

Objetivo: Describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, una vez son dados de alta de las Unidades de cuidado neonatal de Pereira.

Metodología: estudio cualitativo, con método de etnoenfermería, muestreo por saturación. La información fue aportada a través de 21 entrevista semiestructurada realizadas a siete (7) informantes claves, madres que cumplían los criterios de inclusión y por cinco (5) informantes generales, enfermeras de las Unidades neonatales. La recolección y el análisis se realizaron simultáneamente, en el año 2012.

Resultados: Del análisis surgieron 44 códigos, seis (6) patrones y dos (2) temas:
1. *"Cuidar a un prematuro en el hogar, una responsabilidad de todos*", con tres patrones: la Institución de salud, fuente de cuidado específico; la familia, el apoyo para la madre en el cuidado del bebé y la madre cuida al bebé. 2. "*La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro en el hogar*" con tres patrones: evitar que se enferme para que crezca sano; estimular al bebé es una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo, y mantenerlo calientito y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalece el amor madre-hijo.

Conclusiones: Las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, están fundamentadas en patrones de conocimiento ético que se evidencian en los temas propuestos, en los que se describe la universalidad y diversidad del cuidado cultural.

Palabras clave: recién nacido prematuro, cuidado del lactante, conducta materna, etnografía, enfermería.

Contenido

Pág.

Resumen

Introducción

1. Capítulo 1 Marco Referencial **3**

1.1 Tema 3
1.2 Planteamiento del área problémica 3
1.3 Justificación 6
1.4 Contexto 12
1.5 Formulación del problema 13
1.6 Objetivo 13
1.7 Definición de términos 13

2. Capítulo 2 Marco Conceptual **15**

2.1 Estado del arte 16
2.2 Caracterización del recién nacido prematuro y de bajo peso al nacer 19
2.2.1 Recién nacido de bajo peso al nacer 19
2.2.2 Recién nacido prematuro 21
2.2.3 Vínculo Afectivo padres- recién nacido prematuro y bajo peso al nacer 23
2.3 Prácticas de cuidado 24
2.3.1 Cuidado en el hogar del recién nacido prematuro o bajo peso 25
2.3.2 Posición 26
2.3.3 Nutrición basada en la lactancia materna 26
2.3.4 Vigilancia del estado del bebé 26
2.3.5 Higiene y vestimenta 27
2.4 Cuidado cultural: teoría de la Universalidad y la Diversidad 27

3. Capítulo 3 Marco Metodológico 33

3.1 Abordaje metodológico 33
3.2 Población 34
3.2.1 Criterios de inclusión Informantes Claves 35
3.2.2 Criterios de exclusión Informantes Claves 35
3.2.3 Criterios de inclusión Informantes generales 35
3.2.4 Criterios de exclusión Informantes generales 35
3.3 Muestra 36
3.3.1 Selección de los informantes 36
3.3.2 Caracterización de los informantes 37
3.4 Inmersión y retirada del campo 38
3.4.1 Inmersión en el campo 39
3.4.2 Retirada del campo 39
3.5 Técnicas de recolección de información 40
3.5.1 Facilitador OPR: Observación-Participación- Reflexión 40
3.5.2 Entrevista semiestructurada 42
3.5.3 Diario de campo 43
3.6 Papel del investigador 44
3.7 Rigor cualitativo: validez y confiabilidad 45
3.8 Aspectos éticos 47

4. Capítulo 4 Análisis de información y Resultados 51

4.1 Fases de la etnoenfermería para el análisis 52
4.1.1 Primera fase: Recolección, descripción y documentación 52
4.1.2 Segunda fase: Identificación y categorización de descriptores y componentes 53
4.1.3 Tercera fase: Análisis contextual y de patrones 54
4.1.4 Cuarta fase: Temas centrales 54
4.2 Facilitador: modelo del sol naciente de Madeleine Leininger 54
4.3 Resultados 57
4.3.1 Tema 1. Cuidar a un prematuro o bebé o bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos 60
4.3.2 Tema 2: La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro en el hogar 79
4.4 Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo que ofrecen las madres en el hogar 116
4.5 Análisis de las practicas con el recién nacido prematuro y bajo peso que ofrecen las madres en el hogar a la luz de la teoría de Madeleine Leininger 118

5. Capítulo 5 Conclusiones y Recomendaciones 123
5.1 Conclusiones 123
5.2 Recomendaciones 125

Anexos 127

Bibliografía 135

Lista de Graficas

	Pág.
Grafica 4-1: Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger	55
Grafica 4-2. Prácticas de cuidado con el prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar	117
Grafica 4-3. Modos de acción y decisión según Leininger	120
Grafica 4-2. Análisis a la luz de la teoría de Madeleine Leininger. Sol naciente	121

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1-1. Capacidad y número de enfermeros (as) en Unidades neonatales de Pereira 12

Tabla 4-1. Estructura de la tabla de análisis 54

Tabla 4-2. Análisis a la luz de la teoría de Madeleine Leininger 57

Tabla 4-3. Temas, patrones y códigos 58

Introducción

El control y la disminución de las altas tasas de mortalidad perinatal y neonatal en todas las regiones y los países del mundo constituyen un reto permanente que exige su inclusión prioritaria en los planes, programas y servicios de salud materno infantil, pues son indicadores sensibles de la calidad de vida de una población y de la eficiencia y eficacia de sus sistemas de salud. Los avances científicos y tecnológicos orientados a disminuir estos indicadores, en la situación de los recién nacidos prematuros o bajo peso, muestran progresos significativos en la disminución de las tasas de mortalidad; sin embargo, han mostrado bajo impacto en el control de complicaciones y secuelas de la prematurez representadas en discapacidad funcional durante la infancia y la adolescencia.

La existencia de las Unidades especializadas, también requiere de profesionales entrenados y capaces de brindar cuidado humanizado, dotados de todos los equipos y elementos requeridos para brindar atención de máxima calidad al recién nacido prematuro o bajo peso, como un factor determinante en la prolongación de la sobrevida de estos niños, altamente vulnerables a las afecciones y complicaciones neonatales. Adicional a la asistencia directa del neonato, los equipos de salud de las Unidades de recién nacidos orientan sus acciones a la educación a madres y cuidadores para el cuidado en el hogar, de manera que al egreso, se pueda trasladar al recién nacido a un medio ambiente cotidiano propicio para su crecimiento y desarrollo y que los logros conseguidos con el esfuerzo inicial sean continuos y estén fortalecidos con la presencia permanente de la familia.

Contrario a lo esperado, como consecuencia de limitaciones estructurales, las Instituciones prestadoras de servicios de salud no realizan seguimiento a los recién nacidos prematuros o bajo peso en el hogar. En este estudio se objetivó describir las prácticas de cuidado que ofrecen las madres en el hogar, después del egreso del neonato de las unidades de recién nacidos de Pereira. Para los profesionales de enfermería, este conocimiento permite la necesaria retroalimentación a la función social educativa, pilar del desempeño profesional; y el fortalecimiento de herramientas culturales, para que las intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidado directo de los neonatos, respondan a sus necesidades específicas y sean coherentes con los valores y creencias de las madres y sus familias. La interacción de estos saberes en el marco del cuidado cultural, buscará que las decisiones finales que se toman frente a las prácticas saludables tengan mayor apropiación de

elementos científicos que las fundamenten, en procura de la disminución de los indicadores de morbimortalidad neonatal a nivel local.

El proceso investigativo implicó un duplo aprendizaje: teórico y metodológico. Con un abordaje cualitativo, en el marco de la etnoenfermería de Madeleine Leininger, utilizando el facilitador extraño-amigo se logró la inmersión en el campo; a través de la observación-participación y reflexión se recolectó y analizó simultáneamente la información y haciendo uso del modelo del sol naciente como mapa orientador, se identificaron códigos de interpretación de las prácticas de cuidado, patrones culturales y temas centrales que emergieron del análisis y se muestran aquí como un aporte teórico para desarrollo de la ciencia de la enfermería.

Las dificultades iniciales en la selección y participación de los informantes, pasaron a un segundo plano en el momento de la recolección y análisis de información. El aprendizaje de la etnoenfermería fue un ir y venir permanente entre los postulados de la teorista; gracias a la reflexión y comparación constante se logró el propósito de formación buscado. Como producto inacabado de este proceso, muy significativo para la enfermería, por las implicaciones que tiene el reconocer la universalidad y la diversidad del cuidado cultural, se comparte este manuscrito que describe textualmente las voces de los informantes e interpreta, desde la perspectiva de la autora, los relatos y observaciones realizadas.

1. Marco referencial

1.1 Tema

Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar.

1.2 Planteamiento del área problémica

Durante los últimos 25 años se ha producido un incremento de la población de Recién nacidos prematuros y de bajo peso, como consecuencia de los crecientes avances en la medicina, tecnología y en el manejo clínico especializado se han aumentado los índices de supervivencia[i]. En la actualidad, el término prematuro resulta insuficiente; debido a sus características de inmadurez orgánica, presentan deficiencias en termorregulación y control metabólico, desequilibrio hidro-electrolítico, dificultad en la nutrición, en la oxigenación, y mayor susceptibilidad a las infecciones, que los lleva a alta morbilidad y mortalidad [ii, iii.]

En las unidades neonatales, el cuidado de enfermería es imprescindible en la recuperación de los neonatos con problemas de salud y en la limitación de las secuelas ya sea a corto, mediano y largo plazo. El recién nacido enfermo requiere de atención especial, pues pertenece al grupo etáreo vulnerable y en el que la mayoría de las condiciones que producen enfermedad pueden ser prevenibles o fácilmente tratables. El momento del posparto y los días siguientes a éste son los que requieren mayor cuidado y asistencia profesional diligente y eficaz para brindar seguridad a los padres en el manejo y cuidado de su hijo.[iv]

Entre los neonatos de bajo peso se incluyen los que han crecido en forma insuficiente en el útero (peso inferior a 2500 gramos al nacer), y los prematuros, que son niños o niñas con edad gestacional menor de 37 semanas[v]. La prematuridad y el bajo peso predisponen a la muerte neonatal[vi,vii] Entre los años 2000 y 2007, el 15% de los nacimientos en el mundo fue de niños con bajo peso, asociado a la deficiente nutrición materna, detección y tratamiento poco oportuno de problemas de salud de la mujer en gestación, periodos intergenésicos menores de 24 meses, gestaciones en adolescentes,

deficiencias en la atención en salud integral de la mujer y vulneración de los derechos fundamentales de la mujer[viii].

Las estimaciones muestran que casi 66% de las muertes infantiles en el mundo, ocurren en el primer mes y de estas, 60% en la primera semana de vida, particularmente en la etapa intraparto y en las primeras 24 horas de vida, que es el periodo más crítico para la supervivencia infantil; en su mayoría son el resultado de una conducción deficiente del parto y el alumbramiento. En el mundo, las muertes neonatales, de niños de bajo peso constituyen del 60% al 80%; los neonatos de muy bajo peso (< 1.500 g.) y de extremo bajo peso (< 1.000 g.) son responsables de alrededor de 60% a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo[ix]. Por cada recién nacido que muere, 20 sufren lesiones discapacitantes a corto o largo plazo como consecuencia de la prematurez, y de afecciones durante el trabajo de parto, parto y nacimiento; de manera que 1.000.000 niños que sobreviven anualmente a la asfixia perinatal sufren de parálisis cerebral y retardo mental[x].

Según el informe de la OPS, emitido en el año 2006, en América Latina y el Caribe (ALC) ocurren aproximadamente 12.000.000 nacimientos nuevos cada año, de los cuales 270.000 niños mueren antes del primer año de vida y de estos últimos 180.000, antes del primer mes de vida, cuyas causan pueden ser evitables. Se calcula que para ALC, la tasa de mortalidad es de 15 x 1000 n.v.[xi]

En el mundo, el 86% de las muertes son neonatales y de éstas, el 36% por infecciones, el 23% por asfixia y el 27% por nacimientos prematuros[xii]. En ALC, el 32% son causadas por infecciones, 29% asfixia, 24% prematuridad, 10% malformaciones congénitas y otras causas 5%. Se calcula que 8.7% de los recién nacidos en ALC, pesan menos de 2500 gramos y son los responsables del 40% a 80% de las muertes neonatales[xiii].

En Colombia, las causas de muerte en menores de un año en 2007, fueron los trastornos respiratorios (niños 25,4% y niñas 24,4%), sepsis bacteriana del recién nacido (niños 8.5% y niñas 9.8%), malformaciones congénitas (niños 18, 9% y niñas 19. 5%). En los departamentos del eje cafetero las muertes neonatales por afecciones del periodo perinatal fueron: Caldas 1.7%; Quindío 1.1% y Risaralda 1.8%.[xiv] Según la Encuesta Nacional de Demografía (ENDS)- 2010, la mortalidad neonatal fue de 11 x 1.000 n.v, en el área rural y de 12 x 1.000 n.v en el área urbana. En la región central del país, la mortalidad neonatal fue de 11 x 1.000 n.v., y en el área cafetera, que incluye los departamentos de Risaralda, Caldas y Quindío, fue 10 x 1.000 n.v. Las mujeres sin educación registran tasa de mortalidad neonatal de 21 x 1.000 n.v y de bajos ingresos de 14 x 1.000 n.v, siendo éstas las tasas más altas del país.[xv]

Además de las causas directas de muerte neonatal ya descritas, las indirectas, que son igualmente responsables, están relacionadas con la situación socio-económica como pobreza, exclusión social y de género, acceso limitado a micronutrientes esenciales y nutrición balanceada, instalaciones de salud medioambientales deficientes; educación deficiente y conocimiento especialmente de la madre; falta de autonomía, acceso limitado

a la atención básica, servicios de maternidad y atención de emergencia obstétrica y neonatal; hábitos de salud materna, neonatal y prácticas curativas tradicionales entorpecedoras[xvi],[xvii].

El estudio realizado por A. Broedsgaard y L. Wagner, (2005)[xviii], en Dinamarca, describe cómo la vulnerabilidad de la familia se incrementa con el nacimiento de un bebé prematuro; se requiere apoyo de Enfermería para realizar la transición desde la unidad neonatal a su casa, con asistencia, información y la creación del puente entre la información misma y la capacidad de la familia para cuidar el recién nacido. Llevar un recién nacido a casa en circunstancias de riesgo, desencadena en los padres ansiedad e inseguridad y les genera una nueva crisis cuando se retira el cuidado profesional y el apoyo tecnológico. Sin embargo, los padres se benefician cuando les enseñan a conocer e interpretar las condiciones del niño, y los involucran en el cuidado del niño desde la unidad neonatal. Guerra[xix], también plantea que actualmente se está favoreciendo la participación de los padres en el cuidado de los neonatos hospitalizados, la cual ha sido fundamental para la recuperación de sus hijos; las madres aprenden el cuidado rutinario del hijo durante la hospitalización, relacionadas con el aseo, observación, lactancia materna, y contacto piel a piel.

Las madres deben llevar a sus hijos al hogar una vez se han estabilizado y han alcanzado pesos mínimos mayores de 1500 gramos[xx]. En el hogar, la familia y en especial la madre cobran un rol protagónico en el cuidado del recién nacido prematuro o bajo peso. Se desconoce la interpretación que las madres le dan a las orientaciones de los profesionales de enfermería de la Unidades de recién Nacidos, para el cuidado del neonato en el hogar y no es claro si se les realiza el seguimiento pertinente. Muchas madres no cuentan con apoyo del equipo profesional de la institución que los ha dado de alta, y generalmente, viven en situaciones especiales y lo ideal es que tengan un acompañamiento después del alta hospitalaria. El interés en realizar este trabajo, nace de la inquietud que se genera al observar que no es evidente un seguimiento a los prematuros o bajo peso, cuando egresan a su hogar.

En el hogar, los cuidados que las madres brindan a sus hijos están influenciados por prácticas tradicionales, trasmitidas de generación en generación como ideas, modelos cognitivos, expectativas y normas que determinan los comportamientos de las mujeres y sus familias ante el inusual acontecimiento de cuidar un bebé prematuro o de bajo peso[xxi]. Algunas acciones para resguardar al recién nacido, protegerlo del frío y del calor, bañarlo, alimentarlo, acariciarlo, consentirlo y estimularlo, son semejantes a los cuidados sugeridos por los profesionales de la salud. Sin embargo, las madres actúan de una forma particular según sus tradiciones y experiencias individuales, familiares o colectivas. Luego, conocer las prácticas de cuidado que las madres brindan a sus hijos en el hogar, es interesante, ya que se obtiene conocimiento nuevo sumergido en ese modo particular de cuidar y que la literatura revisada considera como causas indirectas que favorecen la mortalidad de estos niños, asociado al impacto de la práctica en la salud del niño, pues éste se caracteriza por su inmadurez anatomo-fisiológica, que lo hace altamente vulnerable. Asimismo, el profesional de Enfermería puede apoyarse en el conocimiento cultural para ofrecer ayuda a la madre en el cuidado de su hijo en el hogar, de manera congruente y competente con su cultura.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es el enfrentamiento de la madre al cuidado del prematuro o niño de bajo peso como consecuencia de la tendencia a disminuir la estancia intrahospitalaria, que se tradujo en reingresos a las Unidades Neonatales, madres insatisfechas enviadas a casa antes de sentirse listas para cuidar de su hijo y profesionales de la salud impotentes para luchar contra los sistemas de seguridad en salud[xxii]. En la búsqueda realizada no se hallaron estudios que describieran cómo las madres cuidan a sus hijos prematuros o de bajo peso, una vez fueron dados de altas de la Unidad Neonatal, sin el acompañamiento de los profesionales y la tecnología y sin la posibilidad de acceder a los beneficios del seguimiento profesional. De lo expresado surge la inquietud de profundizar en el conocimiento de las prácticas de cuidado de las madres en el hogar.

1.3. Justificación

Con el nacimiento de un niño prematuro, los padres enfrentan situaciones de cuidado desconocidas; entender el cuidado en el hogar por los padres después de transitar por la hospitalización y el regreso a casa no es fácil. Sin embargo, describir las prácticas de cuidado que ofrecen las madres en el hogar permite evidenciar conocimiento cultural que facilita la articulación de las prácticas de cuidado profesional y las del cuidado genérico. El primero, referido a conocimiento y prácticas de cuidado formales y explícitas obtenidas en instituciones educativas (conocimiento ético) y segundo, referido a las prácticas y conocimiento tradicional o local frente a necesidades de salud evidentes (conocimiento émico); con esta articulación se procura el máximo beneficio para el recién nacido, con el menor choque cultural posible.

El fenómeno cultural alrededor del cual gira esta investigación está constituido por las prácticas de cuidado que ofrecen las madres con el niño prematuro o bajo peso en el hogar. Uno de los métodos considerados de mayor trascendencia a nivel mundial por su eficacia para cubrir las necesidades del bebé prematuro en materia de calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor es el Método Madre Canguro (MMC)[xxiii]. El MMC tuvo origen en el Instituto Materno Infantil de Bogotá Colombia en 1979 y se consolidó en virtud de las investigaciones realizadas durante los años 90s[xxiv], como una estrategia de seguimiento en el hogar para los prematuros de alto riesgo, una vez habían superado su etapa crítica y podían continuar bajo condiciones apropiadas de cuidado materno. Se ha demostrado que mejora la estabilidad fisiológica y el vínculo padres- hijo, fortalece la participación del padre en el cuidado del bebé. Varios trabajos enfatizan en la benevolencia del MMC y sus resultados en cuanto a crecimiento en peso, perímetro cefálico, regulación de la temperatura, vínculo afectivo padres- hijo, desarrollo sicomotor, desarrollo cognitivo y lactancia materna[xxv, xxvi, xxvii.] La comprobada efectividad del MMC para el logro del objetivo propuesto, le ha hecho objeto de múltiples investigaciones en varios países de escasos recursos que lo aprecian como una alternativa viable para fortalecer vínculos afectivos madre-hijo, mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y mortalidad del prematuro. [xxviii]

En una revisión sistemática realizada por la OMS en el año 2003 respecto al "*Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos de bajo peso al nacer"* [xxix] se identificaron 14 estudios clínicos del MMC para neonatos de bajo peso al nacer. Se

excluyeron 11 estudios clínicos: siete porque no eran aleatorizados, uno porque la asignación se realizó por alternancia y no en forma aleatoria, tres porque las intervenciones del MMC fueron combinadas con otras prácticas. Para el metanálisis, solo se incluyeron tres estudios clínicos controlados aleatorizados (ECA), llevados a cabo en países en vías de desarrollo, que incluían a 1362 neonatos. Todos estos ECA incluyeron bebés de < 2000 g. Los autores de la revisión consideraron que las deficiencias de los métodos utilizados en estos ECA debilitaron la credibilidad de los resultados.

Aunque la mayoría de los estudios revisados mostraron a nivel individual diferencias estadísticamente significativas a favor del MMC para reducir morbilidad y mortalidad en los prematuros, de esta revisión se desprende una advertencia fundamental: el énfasis en el rigor investigativo al realizar ensayos clínicos controlados. A pesar de estos hallazgos, consciente de las limitaciones en materia de pruebas científicas sólidas que corroboren cada una de las actividades registradas en el MMC, la OMS recomendó el MMC y al avalar el método, en el año 2004, editó una "*Guía Práctica para difundir información acerca del Método Madre Canguro"*,[xxx] del cual se ampliara la información en un capítulo posterior.

Al MMC se le reconoce las siguientes ventajas: contacto piel con piel, temprano, continuo y prolongado, entre la madre y el bebé; lactancia materna exclusiva (en el caso ideal) que se inicia en el hospital y pueden continuarse en el hogar; los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve; las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados. Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

Con la participación de un grupo de madres que habían recibido los beneficios del programa institucional MMC, en una institución de Bogotá, Colombia en el año 2009, Castiblanco López realizaron un estudio con metodología etnográfica, en la perspectiva de Madeleine Leininger: Los resultados de la investigación fueron publicados en el artículo *"Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar"*[xxxi].

El cuidado del prematuro fue clasificado según la percepción de la madre, como extremo, básico, esencial y especial. De esta investigación emergieron dos temas:[xxxii] El cuidado directo al recién nacido prematuro en el hogar significa para la madre: c*angurear*, m*asajear*, p*roteger del frío, alimentar al niño/a*, m*antener la higiene*, c*onservar la protección del medio*, d*ar amor y colocar oxígeno suplementario.* El camino hacia la adaptación materna, tiene para las madres un objetivo: "criar el niño/a". Aquí la autora describe dos dominios: *Cuidados maternos* expresados alrededor de alimentarse bien y buscar el apoyo familiar e institucional; y, *necesidades maternas* fundamentadas en los temores y sentimientos de la madre al afrontar el cuidado del neonato en el hogar y la adaptación al rol maternal. La madre aprende a conocerse, a conocer a su hijo y a utilizar los elementos del entorno para asumir su tarea de crianza.

Al analizar esta investigación se resalta que los significados han sido construidos a partir del aprendizaje obtenido por las madres al participar en el programa MMC, hay un fuerte predominio del conocimiento ético, transmitido por los profesionales de enfermería encargados de la capacitación; no obstante, las interacciones propias de la entrevista etnográfica permitieron captar una visión emic que adquiere sentido en la categoría del camino hacia la adaptación materna: la importancia que tiene para las madres el cuidado permanente, integral, intensivo, pleno de amor, de entrega, que se da al prematuro, como cuidado humano. Este trabajo ofrece fundamentos para comprender de forma integral el fenómeno del cuidado cultural del prematuro a través las prácticas que realizan las madres en el hogar, cuando estas madres han tenido la oportunidad de recibir alguna orientación específica sobre el MMC.

El estudio descriptivo – cualitativo realizado en Sao Pablo Brasil y publicado en el año 2003 en el artículo "*La percepción de los padres en la vivencia del método madre-canguro*"[xxxiii] tuvo como objetivo analizar la percepción de cinco parejas de padres de bebes prematuros en la vivencia del Método Madre Canguro (MMC) durante la estancia hospitalaria. Se realizaron10 entrevistas a los 60 días después del alta, a los padres se les solicitó que hablaran sobre su vivencia en el MMC. Del análisis de las entrevistas emergieron 4 núcleos temáticos: *flexibilizando la permanencia materna en el MMC; favoreciendo la relación madre-hijo y familia; completando el crecimiento y desarrollo del prematuro,* y *desarrollo de habilidades para el cuidado con el hijo.* Las categorías muestran que los padres percibieron beneficios tanto para sus recién nacidos como para ellos. Se destacan dos aspectos que requieren mayor profundización: la sensación de cansancio de la madre unida a dificultades económicas de la familia y los temores frente al cuidado del prematuro expresados como una necesidad de los padres de incrementar la confianza en sus capacidades para asumir el reto de la crianza.

Insertados en estas categorías, en el estudio surgen elementos claves que marcan gran diferencia con la atención de un recién nacido a término y pueden mostrar formas culturales diferentes de afrontamiento: el choque por un desenlace inesperado de la gestación, la negación a aceptar que el bebé no regrese a casa con la madre, los sentimientos de tristeza, angustia, ira y culpa al experimentar la incapacidad para atender de forma directa al hijo enfermo y la urgente necesidad de reorganizar la dinámica familiar.

Al respecto, un estudio descriptivo, cualitativo, realizado en el año 2005 en La Plata Argentina, titulado "*Factores que inciden en la atención de salud de niños prematuros de alto riesgo al nacer*",[xxxiv] buscó identificar los factores que las madres de los prematuros de alto riesgo (<1500 g.) describían como obstaculizadores y facilitadores para los cuidados cotidianos en el hogar. Se realizaron entrevistas a profundidad a 10 madres, de niños menores de 1 año en seguimiento por consulta de neonatología. Como factores obstaculizadores se destacaron: *la escasez de recursos económicos, el difícil acceso geográfico, factores institucionales, factores familiares y pautas culturales que interfirieron negativamente en el cuidado*. Los factores percibidos como facilitadores: *presencia de madres resilientes*, el *rol del padre prioritario para los cuidados, la presencia familiar*, *el apoyo del equipo de salud* y l*os recursos del Hospital.* Estos factores pueden estar presentes en cualquier contexto de cuidado del prematuro y su reconocimiento es

fundamental para garantizar un cuidado oportuno. Interesa a esta investigación en la medida en que se pueden abordar como elementos del contexto[*1] que influyen de manera directa en las prácticas de cuidado que se realizan.

Otro enfoque etnográfico, mas focalizado, de los significados culturales del cuidado, se aprecia en los resultados del estudio brasilero publicado en el año 2006 "*El cuidado y el convivir con el hijo prematuro: la experiencia del padre*"[xxxv] Se realizaron entrevistas y observación participante, participaron seis padres. El estudio buscó describir y comprender la experiencia de cuidado y convivencia del padre de un recién-nacido prematuro de muy bajo peso en situaciones intra y extra hospitalaria. Emergieron dos temas: *capacidad para tornarse padres: momentos de lucha y crecimiento; y, el cuidar y convivir con el hijo.*

En el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso, cada situación es diferente, depende de cada bebé, de cada familia, de su ambiente cultural. No hay dos circunstancias iguales, de allí la diversidad del cuidado, unos son más demandantes y otros más relajados y las necesidades cambian, hay momentos de tranquilidad y de angustia. Para una familia y más aún para la madre, cuidar a un recién nacido prematuro o de bajo peso en el hogar es un evento crítico; genera en las madres desconfianza en sus propias capacidades para ejercer su rol frente a las reacciones del neonato, así como las dudas que surgen en la crianza.[xxxvi] Se cuida un bebé considerado "*de alto riesgo*", cuyo pronóstico es desconocido; las dudas y miedos de las madres se multiplican, esto provoca ansiedad y preocupación que interfieren en la relación padres-hijo e incrementa del riesgo de alteración en el desarrollo y recuperación del neonato.[xxxvii] Las madres de estos niños experimentan altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, culpa y desesperanza, ansiedad y preocupación que afectan la dinámica familiar. [xxxviii]

Considerando la gran vulnerabilidad de los niños desde su gestación, la salud integral del niño prematuro o bajo peso en la legislación colombiana está amparada por la Ley 1098 de 2006 que promulga el Código de Infancia y adolescencia. El Decreto reglamentario 3039 de Agosto de 2007, establece en el Anexo técnico, Objetivo 1 del Plan Nacional de Salud: "…*g. Implementar en todas las entidades promotoras de salud-EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, h. Impulsar del desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con los criterios de calidad requeridos*."

Frente a lo expresado, la condición de los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso al nacer constituye un enorme reto para los prestadores de servicios de salud, que deben ofrecer los procedimientos clínicos y de seguimiento necesarios para lograr un aumento de peso armónico, regulación térmica y metabólica que garanticen un rápido progreso

[*1] El contexto ambiental incluye múltiples factores tales como las dimensiones física, ecológica, espiritual, sociopolítica, de parentesco, y tecnológica que influencian el cuidado cultural, la salud y el bienestar.

hacia curvas de crecimiento e indicadores de desarrollo dentro de los márgenes de normalidad.

En consecuencia, la complejidad del cuidado y las prácticas de cuidado de las madres con el recién nacido prematuro o bajo peso en el hogar, implica que la práctica social del profesional de enfermería trascienda las barreras hospitalarias para acompañar las madres y fortalecer las prácticas beneficiosas. Un buen inicio para esta trascendencia es conocer las prácticas de cuidado, que ofrecen las madres en el hogar, una vez los neonatos son dados de alta de las Unidades de cuidado neonatal (UCN). Este conocimiento, en el escenario natural y contexto sociocultural de la zona cafetera, y concretamente en Pereira, donde no existen programas de seguimiento del prematuro en el hogar, constituye un reto que pretende traer a escena la multivocalidad[*2], un diálogo de saberes frente al qué hacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del prematuro o bajo peso en el hogar. Este tipo de diálogo lleva a buscar sustento teórico-metodológico en el modelo de cuidado de Lenninger, que descubre los puntos de vistas émicos [xxxix] personales o culturales, relativos a los cuidados tal como se entienden y se aplican empleando estos conocimientos como la base para las prácticas de autocuidado.

En otras palabras, el aporte para la práctica del conocimiento derivado de la investigación es llevar a ser más específico en el cuidado cultural de la madre, el niño y su grupo familiar, ayuda a orientar la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas y mejora la calidad de la atención del prematuro o el niño de bajo peso en el hogar. Conocer las prácticas de cuidado con base a la teoría transcultural permite al profesional de enfermería acceder a información desde la visión de la madre cuidando a su hijo prematuro (conocimiento émico), pues esta visión es universal y cada madre cataloga el cuidado desde su propia percepción[xl] además, le brinda al profesional de enfermería elementos conceptuales que le facilitan el fortalecimiento, la reorientación o la reestructuración de la práctica dependiendo del impacto que ésta tenga en la salud del niño, de manera que se pueda ofrecer un cuidado sensitivo, coherente y congruente con la cultura de la madre, en beneficio de la salud del hijo; facilita la elaboración de planes de alta que involucren valores, creencias, significados, patrones, estilos de vida, símbolos y otras características del cuidado cultural, como lo describe Madeleine Leininger en su teoría de los cuidados culturales[xli].

Además, para la investigación en enfermería también ofrece aportes, en la medida en que el proceso investigativo se apoya en teorías propias de la profesión como la Teoría del Cuidado Cultural desarrollada por Madeleine Leininger, que se puede utilizar de manera creativa en el individuo, grupo o familia, se plantea como el referente fundamental para la investigación de las prácticas del cuidado que las madres ofrecen al prematuro en el hogar. Para que las prácticas de cuidado cumplan su función terapéutica, el profesional necesita ajustarse y respetar los valores culturales, certezas y

[*2] multivocalidad: término utilizado para expresar la idea de que la forma óptima de describir cualquier diálogo particular, concreto e histórico consiste en relacionarlo con las múltiples voces participantes. El concepto de diálogo en cuanto a actividad social multivocal explica como adquieren y mantienen su legitimidad las ideas y las creencias de los seres humanos.

expectativas de la madre, interviniendo lo menos posible en su manera de vida, [xlii] las acciones deben incluir el grupo familiar y entrar para negociar un modelo de cuidado que les garantiza una evolución clínica satisfactoria, con el menor riesgo posible. De esta forma, le corresponde a las enfermeras (os) mirar con sensibilidad estos saberes y tomarlos en cuenta cuando se cuida a la madre y al recién nacido de manera que en el futuro, las prácticas de cuidado no sean consideradas por organismos internacionales de salud, causas indirectas de muerte neonatal. [xliii] Otro aspecto importante, es que se presenta en forma clara el método de etnoenfermería, como estrategia metodológica para llegar al conocimiento émico de la madre con respecto al cuidado del hijo prematuro o debajo peso, cuyos pasos pueden ser aplicados en otras investigaciones similares, es decir se utiliza un método de investigación de enfermería coherente con la teoría que apoya el desarrollo de esta investigación.

Si bien los resultados de este estudio van a contribuir a visibilizar las prácticas tradicionales y la gran influencia que ejerce la familia para garantizar la transmisión de la cultura en algunas prácticas de cuidado del neonato, es claro que el propósito final es lograr que los profesionales de enfermería apropien el abordaje del cuidado cultural y lo apliquen en su ejercicio cotidiano en los ámbitos clínicos y comunitarios, para lo cual, este abordaje debe socializarse y comprenderse desde los escenarios académicos, visibilizarse a través de la enseñabilidad de las prácticas profesionales de cuidado, y fortalecerse en virtud de los avances científicos y tecnológicos en el marco de la formación investigativa, con proyectos que día a día aporten mayores beneficios para el desarrollo de la profesión.

Desde la ética, conocer las prácticas de cuidado que las madres realizan en el hogar con sus hijos prematuros o de bajo peso, invita al profesional de enfermería inclusive desde la formación a aprender a cuidar respetando las creencias, prácticas, valores, costumbres que una madre tiene y que le son difíciles de evitar, lo motiva a considerar a la madre como el ser humano que tiene conocimiento válido y lo conduce a buscar acercamientos con respeto hacia el otro, para ofrecer el mejor cuidado en los diferentes escenarios, en búsqueda de la salud y bienestar de madres y niños con apoyo de sus familias.

Las madres y los recién nacidos son los sujetos quienes se benefician de estos resultados, ya que los cuidados de enfermería estarán basados en el conocimiento émico, por tanto las madres recibirán acompañamiento, enseñanza y asesoría con la inclusión de las prácticas de cuidado aprendidas por tradición y que hacen parte de la cultura de la madre.

Finalmente es importante resaltar que para el eje cafetero, el aporte de los resultados van a ofrecer una base teórica que evidencia cuáles son las prácticas de cuidado de las madres con sus hijos prematuros o de bajo peso en el hogar, cuando no se cuenta con una estrategia de cuidado universal como el Método Madre Canguro, la madre tiene el reto de cuidar mantener vivo y sano a su hijo, optando por las prácticas beneficiosas. Este conocimiento permitirá a los profesionales de enfermería soportar el cuidado de enfermería con sentido humano, sensible, coherente y buscando un punto de encuentro

entre lo que sabe la madre y lo que el profesional de enfermería les aporta para el cuidado.

1.4. Contexto

Las Unidades de Recién Nacidos (URN) de las Clínicas de Pereira, como referentes iniciales, fueron los puntos de partida para la captación de las madres, informantes claves en este estudio. En Pereira existen en la actualidad cuatro URN, que ofrecen cuidado básico, intermedio e intensivo. Se dispone de 20 camas/neonato con cobertura de 24 horas/día por profesionales de enfermería, con capacitación formal e informal en el manejo del neonato (Tabla 1).

Tabla 1-1: Capacidad y número de enfermeros (as) en Unidades neonatales de Pereira

Institución	Capacidad de la unidad (No. camas)	Nº. de profesionales de enfermería
E.S.E Hospital Universitario San Jorge	24	8
Clínica Materno Infantil Comfamiliar	20	4
Clínica Salud Coop	24	4
Clínica Rosales	13	4

Fuente: Información directa de Unidades Neonatales de Pereira, obtenida en mayo del 2010.

Durante la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro o bajo peso en la URN, los padres reciben capacitación, direccionada por personal de enfermería, para el cuidado en el hogar; se hacen demostraciones sobre formas de sostenerlo, técnicas de amamantamiento, regulación de temperatura, baño y masajes; se busca que las madres aprendan lo básico para evitar complicaciones, se realiza un taller de puericultura para fortalecer su aprendizaje. Los criterios clínicos para el egreso incluyen: peso mayor de 1800 gramos, regulación de la temperatura y buena succión.

Aunque el cuidado de los recién nacidos prematuros o bajo peso se fundamenta en la filosofía del MMC, y la utilización de algunos elementos de este método optimizan el servicio, el MMC no es un programa institucionalizado. Las URN no cuentan con un programa de seguimiento del neonato de alto riesgo que fue hospitalizado ya que es remitido a la EPS donde están afiliados; los profesionales de estas URN exploran si la madre y el bebé cuentan con una familia dispuesta y con capacidad para seguir los protocolos de cuidado en casa, pero aunque se explica y entrega un plan de manejo en casa, no se ofrece apoyo domiciliario.

1.5. Formulación del Problema

¿Cuáles son las prácticas de cuidado con los recién nacidos prematuros o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, una vez son dados de alta de las Unidades de cuidado neonatal de Instituciones prestadoras de salud en Pereira?

1.6. Objetivo

Describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar una vez son dados de alta de las Unidades de cuidado neonatal de instituciones prestadoras de salud en Pereira, durante el 2012.

1.7 Definición de Términos

Alta de la unidad neonatal: Es el egreso del recién nacido de la unidad neonatal a su hogar con su familia en condiciones óptimas de salud.

Cuidado en el hogar: Cuidado integral de salud que las madres ofrecen a sus recién nacidos, basados en el conocimiento de las necesidades biológicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y espirituales de la madre, el padre, la familia y el recién nacido.[xliv] El apoyo del grupo familiar en el cuidado neonatal, presenta un modelo alternativo de asistencia que tiene las siguientes característica que pueden ser apoyo para el estudio como referencia al incluir los cuidados en el hogar, estas denominaciones son [xlv]

- ✓ Orientar a los padres ya al familia a través de un programa de educación y entrenamiento sobre el cuidado del recién nacido, cuando estén atentos y receptivos a recibir toda información sobre el cuidado de su hijo en casa.
- ✓ Enseñar a los padres y a la familia la manera de comunicarse e interactuar con el recién nacido
- ✓ Ayudar a los padres y a la familia a enfrentar sus temores frente a la crianza de los hijos.
- ✓ Enseñar a identificar tempranamente signos de alarma en el recién nacido y como se pueden manejar en el hogar y a dónde acudir en caso de emergencia
- ✓ Fomentar el cuidado neonatal y devolver a la comunidad una madre orientada en los cuidados de sí misma y de su hijo.

Madre: la madre es el primer individuo con el que el animal entra en contacto una vez nacido. A partir de este momento se establece un vínculo de mucha profundidad entre la madre y el hijo, que muy difícilmente se puede destruir. La madre se vuelve la protectora

y la responsable del cuidado de ese nuevo ser vivo, al mismo tiempo que ese cuidado tiene que ver con la supervivencia de la raza entera. La madre no puede nunca dejar de ser madre una vez que ha dado a luz[xlvi]

Práctica de cuidado: acciones por su propia cuenta de las madres a sus recién nacido prematuros o de bajo peso, con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus necesidades y conservar su bienestar.[xlvii]

Recién nacido: todo bebé desde que nace hasta los primeros 30 días, es decir, hasta que cumple un mes de vida.[xlviii]

Recién nacido prematuro: bebé nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional.[xlix]

Recién nacido de bajo peso: bebés cuyo peso al nacer es menor a 2500g sin importar su edad gestacional. Estos recién nacidos pueden subclasificarse según su madurez y lo adecuado de su edad gestacional así: Lubchenko: [l, li]

- ✓ Bebés a término pequeños para su edad gestacional (Periodo PEG): nacidos a término (38 - 42 semanas) pero con un peso de nacimiento por debajo del percentil 10 en las curvas de edad gestacional y peso. Incluye los niños con restricción del crecimiento intra-uterino. (RCIU) puede ser debido a desordenes fetales, condiciones maternales (E.G, mal nutrición de la madre) o insuficiencia placentaria.

- ✓ Bebés prematuros con un tamaño apropiado para su edad gestacional (Periodo previo AEG): Desarrollo intra-uterino normal pero con un nacimiento ocurrido antes de las 37 semanas en la edad gestacional. En la curva se ubica entre los percentiles 10 y 90.

- ✓ Prematuros de bajo peso para la edad gestacional: recién nacido que nace antes de la semana 37 de gestación con peso por debajo del percentil 10.

2. Marco Conceptual

Se parte de algunos conceptos generales que se consideran en el área de neonatología, que facilitan la comprensión del cuidado que debe ofrecer el profesional de enfermería que necesita apoyar a las madres cuando son ellas quienes deben continuar con el cuidado en sus hogares, una vez estos niños de alto riesgo egresan de la institución de salud.

El periodo Perinatal, Según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, empleada por la OMS, el CLAP y el DANE en el 2003 corresponde al tiempo que comprende desde las 22 semanas de gestación o un peso fetal mayor de 500 g. hasta los 7 días de nacido[lii]. En este periodo se originan algunas afecciones, relacionadas directamente con el producto de la concepción, comprometen la salud, vida, desarrollo y crecimiento.

El período neonatal precoz[liii]: comprendido entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida, se caracteriza por cambios extremos durante la adaptación a la vida extrauterina que ponen a prueba la capacidad de supervivencia del recién nacido, requiriendo cambios fisiológicas y anatómicos notables en órganos y sistemas.

El período neonatal tardío que va desde el día 7 hasta 28 días pos nacimiento y su importancia está en que es indicador del nivel de desarrollo del cuidado que recibe el recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. [liv] Las acciones tendientes a disminuir la mortalidad ayudan igualmente a prevenir la morbilidad y sus secuelas. Los beneficios de obtener un recién nacido con buena salud van más allá del periodo neonatal, porque aquellos niños que inician su vida en condiciones desfavorables como consecuencia de complicaciones clínicas graves, tales como bajo peso al nacer, hipoxia, sepsis y otras, tienen mayor riesgo de quedar con discapacidades o de morir en la infancia.

Otro aspecto importante a tener en cuenta son los factores determinantes de la sobrevida del recién nacido como la madurez expresada en edad gestacional y peso al nacimiento; en este sentido los neonatos se clasifican: [lv]

Clasificación según peso al nacer

4,000 g: Recién Nacido Macrosómico
2,500 –4,000 g Recién Nacido de Peso Adecuado
< 2,500 g: Recién Nacido de Bajo Peso (RNBP)
< 1,500 g: Recién Nacido de Muy Bajo Peso (RNMBP)
< 1,000 g: Recién Nacido de Peso extremadamente bajo (RNPEB)

Clasificación según edad gestacional

Cálculo Post-Natal de Edad Gestacional
< 37 semanas: Recién Nacido Pre-Término (RNPT)
37 -42 semanas: Recién Nacido a Término (RNT)
42 semanas: Recién Nacido Post-Término

Peso al nacer para la edad gestacional

Menor de Percentil 10 Pequeño para la edad gestacional (RNPEG): Desnutrido o con RCIU
Percentil 10 a Percentil 90 Adecuado para la edad gestacional (RNAEG)
Mayor del Percentil 90 Grande para la edad gestacional (RNGEG)

2.1 Estado del arte

Las condiciones biológicas del prematuro y niño de bajo peso, contextualiza estos niños como seres vulnerables, que necesitan cuidado especializado, en unidad neonatal y cuando egresan a su hogar. Cuidar un recién nacido con estas características, implica para Enfermería desarrollar planes de cuidado individualizados, congruentes y sensitivos para cada niño, teniendo en cuenta la familia y su entorno y lograr cambios positivos para el prematuro y recién nacido de bajo peso, favoreciendo la madurez de órganos y sistemas.

Lo expresado se ratifica al encontrar que la mayoría de investigaciones revisadas, estaban orientadas a conocer las causas de la hospitalización y la mortalidad del prematuro en especial por su condición de vulnerabilidad, además de evaluar los resultados de las intervenciones que se requerían según necesidades de cada niño, pero los cuidados de enfermería y las prácticas de cuidado tradicional con el recién nacido prematuro y neonato de bajo peso que ofrecían las madres en el hogar era poco abordados.[lvi] Lo anterior, permitió orientar la investigación y realizar una revisión del estado de arte que conllevó a evidenciar el vacío de la investigación, que justificó la realización del trabajo.

Entre los estudios revisados, que utilizaron metodología cualitativa con tradición etnográfica para abordar prácticas de cuidado con los recién nacidos, cabe mencionar los siguientes:

Un estudio sobre "*Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana*" realizado en el año 2006 en el marco de una posible aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)[lvii], con diseño cualitativo, antropológico que abordó signos de alarma y enfermedad grave del recién nacido e incluyó el componente recién nacido con bajo peso y prematuro, refiere que estos niños requieren cuidados especiales proporcionados por las madres o las abuelas, enfocados en suministrar calor, y garantizar una buena alimentación a través de la leche materna. Los cuidados de estos niños dependen de las posibilidades económicas de la familia. En la mayoría de los casos, estos niños deben permanecer bajo vigilancia continua del personal de salud especializado y debidamente entrenado, pues dadas las condiciones precarias de los grupos familiares, es imposible trasladarlos del campo a la ciudad.

El mencionado estudio describe las prácticas tradicionales de cuidado utilizadas para regular la temperatura, la extracción de flemas, el corte del cordón umbilical, la limpieza de los ojos, la evaluación del color de la piel, el amamantamiento y el cuidado de la piel. El bajo peso del niño se asocia culturalmente con la alimentación de la gestante y la anemia materna; como es tan frecuente en la zona, solamente se busca atención médica para los bebés que presentan signos de enfermedad que le ponen en peligro la vida. Algunos eventos que destacan son: Los problemas respiratorios del niño y la diarrea del Recién Nacido. Según la gravedad, la enfermedad cultural requiere en primera instancia del suministro de remedios caseros ofrecidos por la madre o la abuela; si no desaparece, se acude a la medicina tradicional ofrecida por el yerbatero; y si persiste el problema, se lleva como última opción al centro de salud o al hospital. En el caso del ojo o el espanto la medicina tradicional es la única solución.

Este trabajo ofrece dos aportes fundamentales.

- ✓ Desde lo metodológico, las características de la narrativa permiten identificar la visión antropológica del cuidado; el estudio caracteriza la enfermedad cultural y la diferencia de la enfermedad alopática, de esta manera abre el espacio para estudiar los postulados del cuidado cultural de Madeleine Leininger. Se describen algunas enfermedades culturales del binomio madre-hijo y las observadas en los neonatos como consecuencia de cuidados culturales inadecuados. Asimismo, se describe el cuidado que requiere para prevenir y para curar. Se registran intervenciones efectivas realizadas por la Institución de Salud tales como capacitación de parteras para identificación del riesgo materno-fetal, promoción de remisiones oportunas y técnicas de atención del parto domiciliario.

- ✓ Desde lo conceptual, la alta incidencia de nacimientos pretérmino en la localidad donde se realizó el estudio, llevó a la exploración de prácticas de cuidado con la gestante y su recién nacido. Este aspecto no había sido considerado anteriormente

en la estrategia y se torna relevante al fortalecer el componente comunitario de la estrategia AIEPI, que incorpora prácticas familiares y comunitarias clave, destinadas a la supervivencia infantil y a su crecimiento y desarrollo saludables.[lviii]

En el año 2003 se realizaron de forma simultánea dos estudios: uno en Cali y otro en Bogotá. Participaron ocho madres adolescentes en cada ciudad; se utilizó el método de etnografía focalizada con promedio de cuatro entrevistas por informante, para comprender el significado del cuidado que la madre adolescente procura al bebé durante el puerperio. Se aplicaron los principios de la Teoría de Madeleine Leninger, pues para promover la salud de los recién nacidos era necesario conocer el contexto cultural, e identificar las prácticas a conservar; reestructurar y reorientar, dependiendo del impacto en la salud de los niños, respetando la heterogeneidad étnica, edad y condición socioeconómica de los padres. En el mismo año, fueron publicados por Bejarano Beltrán et all los resultados obtenidos en Bogotá, bajo el título: "*Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte*" [lix]. En el año 2005 Argote y Vásquez publicaron los resultados obtenidos en Cali, bajo el título: "*La dieta como camino para asegurar un hijo sano: una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes*" [lx]

Tanto en el estudio de Bogotá como en el de Cali, surgieron las mismas categorías, aunque con prácticas levemente diferenciadas*: El puerperio, camino inicial para que el niño crezca sano, mantener el niño en un ambiente de limpieza: una búsqueda permanente de la madre joven, protegiendo al bebé: una manera de que el niño se críe fuerte en el futuro; favorecer el cierre de aberturas transitorias con que llega el recién nacido*; *evitar la entrada de frío y el calor: un compromiso para la búsqueda del equilibrio en el cuerpo del recién nacido*. A diferencia del estudio de Cali, en Bogotá se identificó en la tercera categoría un tema adicional: *logrando que el niño se sienta bien*; aquí, el cuidado implica el contacto visual, táctil y auditivo con el bebé, esta interacción fortalece el vínculo madre-hijo y la lactancia es el momento ideal para establecer esta íntima comunicación.

En estos estudios sobresale el conocimiento ético sobre el émico. El cuidado ofrecido por las adolescentes a sus hijos se basa en un sistema de apoyo primario, con influencia cultural de madres, abuelas, suegras, hermanas mayores, quienes les enseñan y apoyan en las actividades rutinarias de cuidado.

Aunque los niños de los estudios no eran prematuros, los resultados muestran que el cuidado del recién nacido es universal, en la medida que se orienta hacia los mismos aspectos y al mismo tiempo es diverso, pues cada grupo cultural muestra diferentes prácticas de cuidado.

Un artículo posterior de Noguera Ortiz, et all basado en los resultados del trabajo de Bejarano Beltrán et all, titulado: "*Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura*"[lxi] presenta una propuesta de cuidado de enfermería al recién nacido con base en las prácticas de cuidado que las madres adolescentes realizan con

sus hijos durante la etapa de puerperio. Las autoras parten de las prácticas de cuidado relacionadas con dos dominios encontrados en la investigación base: 1) favorecer el cierre de las aberturas transitorias con que llega el recién nacido y 2) evitar la entrada de frío y calor para la búsqueda del equilibrio en el cuerpo del mismo. El cuidado cultural incluye aquellas decisiones y acciones profesionales dirigidas a asistir, dar soporte, permitir y ayudar a los seres humanos de una cultura en particular, en los tres aspectos del cuidado de enfermería, planteados por Madeleine Leininger, a saber: -conservación o mantenimiento de los cuidados culturales; -adecuación o negociación de los cuidados: y -reestructuración o rediseño de los cuidados culturales. Los autores proponen en forma sustentada cuáles de las prácticas de cuidado con los recién nacidos que las adolescentes realizan se deben conservar, reorientar o reestructurar, en cada uno de los dominios, dependiendo del impacto de las mismas en la salud del niño.

Otro estudio realizado por Castro E. et all, en Popayán, Cauca, en el año 2005 y publicado en el artículo "*Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio*"[lxii] utilizó abordaje etnográfico, con la participación de 13 mujeres puérperas de edades entre 15 y 37 años, consultantes de diferentes instituciones de salud de la ciudad. Los hallazgos resaltaron creencias y prácticas encaminadas a conservar el equilibrio entre el calor y el frío dentro del cuerpo y de éste con el ambiente, mantener una buena alimentación para beneficiar tanto a la madre como al recién nacido y reposo relativo para que los órganos maternos retornen a su estado previo. Los cuidado de los recién nacidos se orientan a garantizar la adecuada adaptación del niño al medio ambiente y fortalecer el vínculo madre-hijo. Los autores denominan tabús a las enfermedades culturales y describen como los más comunes: el "*pujo*", el "*mal de ojo*", el "*susto*", la "*lluvia de arco*".

Estos estudios dejan entrever en las categorías emergentes el predominio de la visión ética, reforzada posiblemente por informantes procedentes en su mayoría de áreas urbanas, donde existen programas de preparación para la maternidad y las madres están sometidas con mayor frecuencia a procesos de comunicación- información y educación en prácticas saludables en una visión ética del cuidado. Aunque en este segundo contexto, el conocimiento émico y ético, lo interno y lo externo a la cultura pueda aproximarse, en todos los nichos culturales quedan prácticas autóctonas que deben ser exploradas, valoradas y comprendidas.

2.2 Caracterización del recién nacido prematuro y de bajo peso al nacer

2.2.1 Recién nacido de bajo peso al nacer

Según lo presentan algunos autores[lxiii, lxiv, lxv], los recién nacidos de bajo peso presentan características que los hacen especiales. Históricamente, la referencia a los niños pequeños apareció en la literatura científica en la década del 40. La designación de bajo peso incluía en un principio niños pretérmino y a término, pero los estudios demostraron que los niños de bajo peso eran a término por tanto se planteó una nueva reclasificación, como se evidencia en las curvas de crecimiento propuestas por Battaglia, F.C y

Lubchenco, L.O, en 1967, quienes los clasificaron en pequeños, adecuados o grandes para la edad gestacional. [lxvi]

El bajo peso al nacer (BPN) además de ser uno de los indicadores más relacionados con la morbilidad, mortalidad fetal y neonatal[lxvii] representa un problema de salud pública, pues contribuye en 9,1 millones de muertes anules en menores de un año[lxviii]. El BPN resulta de nacimiento de prematuros o de la restricción del crecimiento intrauterino. Los neonatos BPN tienen 40 veces más riesgo de morir en el periodo neonatal, aumentado hasta 200 veces en los niños de muy bajo peso (MBPN), menores de 1.500gr [lxix] , razón por lo cual son tenidos en cuenta como grupo vulnerable física, social y sicológicamente.

Los niños con pesos inferiores a 2500 gr, son pequeños para la edad gestacional y la mortalidad en el periodo perinatal es significativa, después de la prematurez. La causa de muerte de estos bebés generalmente es la asfixia, pero si sobrevive su calidad de vida puede estar comprometida, por alteraciones en el desarrollo neurológico, anomalías congénitas, y deficiente crecimiento físico. Sin embargo, los bebés pequeños pueden recuperar su crecimiento en los primeros meses de vida, pero si han experimentado injurias intrauterinas en la vida fetal, no mostrarán recuperación en los primeros seis meses de vida posnatal.

Un neonato, independientemente de la edad gestacional, puede ser pequeño, adecuado o grande para su edad gestacional. Clínicamente, el recién nacido de bajo peso se caracteriza por la reducción de tejidos blandos, disminución del espesor de los pliegues cutáneos y del tejido mamario, disminución de la circunferencia del músculo, separación de las suturas craneanas, fontanelas amplias, perímetro cefálico disminuido, reducción de la longitud de los pies y fémures, reducción de la talla coronal- talón y desarrollo tardío de la epífisis, son indicativos de alteraciones de crecimiento. Los cambios funcionales se relacionan con disminución de las reservas calóricas, estados catabólicos proteicos, alteración de los niveles séricos de proteína, policitemia fetal, alteración en el metabolismo de carbohidratos que inducen hipoglicemia y reducción de la sensibilidad a la insulina y maduración pulmonar acelerado o disminuido.

Bajo estas características los recién nacidos de bajo peso ameritan cuidados especiales, en primera instancia a orientados a corregir las causas que inducen crecimiento alterado del feto durante la gestación, ofrecer una adaptación neonatal adecuada y minimizar el impacto de los procesos asfícticos. La prevención de las pérdidas de calor es prioritaria, pues el aislamiento que proporciona el tejido celular subcutáneo está disminuido, existe depleción de los depósitos de grasa parda y la imposibilidad del niño de producir calor ante la persistencia del estrés por frío, aunque la posición de flexión les favorece la disminución de estas pérdidas. Requiere control meticuloso de los niveles de glicemia y administración de aportes de glucosa adecuados que eviten estados hipoglicémicos, antes del alta requiere estudios para identificar el impacto de la asfixia, presencia de posibles anomalías y potenciales infecciones silenciosas.

2.2.2 Recién nacido prematuro

El prematuro presenta problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de prematurez. Por consiguiente, la prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicos - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diverso procesos de salud que afectan a la madre y al feto. Un prematuro es un neonato que nace antes de la semana 37 de gestación sin haber completado el ciclo de maduración, se dice que ha nacido prematuramente, esta condición permite que el bebé presente problemas de adaptación al medio extrauterino; a diferencia del recién nacido de bajo peso, cuyo peso al nacimiento, está por debajo del percentil 10, de las curvas de crecimiento y éste es inferior a 2500g. El peso del niño al nacer es un indicador útil para evaluar la supervivencia infantil y la salud durante el primer año de vida.[lxx]

La etapa perinatal más vulnerable de la vida del ser humano es el período posterior al nacimiento, porque presenta grandes riesgos para la sobrevida, caracterizado por la presencia de eventos que dejan algún tipo de secuelas, a largo plazo, siendo comunes las neurológicas[lxxi]. Por lo tanto el cuidado de niños pequeños y prematuros amerita cuidados especiales por un equipo de salud entrenado y posteriormente por las madres, quienes deben contar con el acompañamiento del equipo de salud, para conservar su sobrevida.

El nacimiento de niños prematuros como consecuencia de uno o varios factores de riesgo, ambientales, familiares, maternos o fetales implica compromiso de los sistemas respiratorio, cardiocirculatorio y dificultades en la regulación de temperatura, nutrición y alimentación, infecciones, hemorragia intracraneana e Hiperbilirrubinemia los cuales, ponen rápidamente en peligro sus vidas. [lxxii] Las características de los niños prematuros se describen a continuación:

- ✓ *Problemas de adaptación respiratoria por la prematurez y a la reabsorción del líquido pulmonar*: **(**Enfermedad de Membrana Hialina (EMH), se produce por la falta de surfactante pulmonar. Se produce colapso alveolar, con atelectasia progresivas y un corto circuito circulatorio intrapulmonar que lleva a una hipoxemia. Se presentan alteraciones mecánicas como fatiga de los músculos respiratorios que lleva a insuficiencia respiratoria, hipoxemia e hipercapnia, que agravan el cuadro aumentado la resistencia vascular pulmonar.[lxxiii]

- ✓ *Problemas de adaptación Cardiocirculatorio*: Con el clampaje del cordón umbilical y el inicio de la primera respiración, ocurren cambios en el sistema cardiovascular del recién nacido como Cierre del foramen oval , Cierre del ductus arterioso y cierre del ductus venoso [lxxiv]: En esta medida los pulmones deben actuar en minutos, mientras que el sistema cardiovascular puede demorar horas e incluso días para ajustarse a la vida extrauterina, por tanto los prematuros tienen mayor posibilidad de sufrir asfixia y escasa expansión pulmonar con la consecuente hipertensión pulmonar que les induce la muerte.[lxxv]

- ✓ *Termorregulación:* Para el prematuro la condición de bajo peso, su piel fina y transparente, sin tejido adiposo hace que sufra perdida de calor fácilmente con respecto al niño a término, también, la baja humedad y la velocidad del aire circulante, aumenta las pérdidas de calor. Luego, el prematuro no cuenta con este mecanismo de defensa lo que permite más consumo de oxigeno y de glucosa, comprometiéndolo en hipotermia e hipoglucemia, por esta razón deben de recibir soporte externo de calor para mantener su temperatura corporal[lxxvi]. Estas pérdidas de calor en el recién nacido ocurren alteración de la superficie de volumen, menor aislamiento cutáneo, control vasomotor y postura corporal[lxxvii].

- ✓ *Nutrición:* **L**a inmadurez del tubo digestivo limita al prematuro para su alimentación adecuada, el bebé es capaz de digerir y absorber la leche materna y eliminar productos de desecho, pero el inicio de la lactancia debe ser cuidadoso comenzando por pequeños volúmenes e incrementado según la tolerancia del prematuro. Si el aumento es brusco pude presentarse la enterocolitis necrotizante (ECN), favorecida por la presencia de factores predisponentes como hipoxia, hipoperfusión del intestino, alimentación precoz con volúmenes altos e invasión de la mucosa intestinal por gérmenes.

- ✓ *Infecciones***:** la incidencia de infecciones en los prematuros evolucionan con septicemia. Esto se debe a la inmadurez de inmunidad celular. Otras causas de morbilidad y mortalidad de los prematuro o neonatos de bajo peso son alteraciones metabólicas como glicemia, la hemostasia del calcio, alteraciones en la coagulación y otras por la hipoxia y su inmadurez anatómica-funcional e inmunológica del intestino como lo es la enterocolitis necrotizante (ECN).Entre el 10 y 20% de los prematuros de muy bajo peso presenta alteraciones del neurodesarrollo asociadas con parálisis cerebral, alteraciones visuales y auditivas, y retardo mental. El factor de riesgo neonatal más importante es el bajo peso de nacimiento. La frecuencia de sepsis en el prematuro de < 1500 g. es 8 a 10 veces mayor que en el recién nacido de término (RNT)[lxxviii].

- ✓ *Hemorragia Intracraneana***:** predomina la hemorragia periventricular en los prematuros, debido a su anatomía vascular lábil en la región subependimaria y limitaciones en la autorregulación del flujo cerebral. Entre los cuidado claves esta la estabilidad hemodinámica y evitar de hipoxia e hipercapnia que altera el flujo cerebral en la manipulación y revisión constante de los factores de coagulación.[lxxix]

- ✓ *Hiperbilirrubinemia***:** es un problema frecuente del prematuro debido a la inmadurez de su sistema de conjugación y excreción hepático, a su vez el pasaje de bilirrubinas al sistema nerviosos central es bajo esta condición hace que aparezca la bilirrubina no conjugada, capaz de atravesar la barrera hematoencefalica.[lxxx]

- ✓ *Problemas neurológicos***:** el sistema nervioso es inmaduro pero soporta la adaptación neonatal, el sistema nervioso autónomo coordina las funciones cardiacas y respiratorias. También son percibidos los estímulos dolorosos, los ciclos de sueño, las funciones neurológicas y fisiológicas; los reflejos de alimentación, protección e interrelación social esta presentes, el tono muscular y las funciones del tronco cerebral pueden ser comprometidos en el prematuro.[lxxxi]

Actualmente se sabe que el manejo habitual de estos pacientes es el responsable de numerosas morbilidades que se detectan cerca del alta y después de ella, especialmente en el área neurológica; por lo tanto, ya no sólo preocupa la sobrevida de estos niños, sino que también la calidad de vida posterior[lxxxii]. Por tanto la dramática reducción en la mortalidad infantil de los neonatos prematuros se ha acompañado del concomitante aumento en las condiciones de minusvalía[lxxxiii], de las cuales es necesario tener en cuenta: parálisis cerebral, retraso mental, pérdidas auditivas o alteraciones visuales; retinopatía de la prematuridad, neumopatía crónica, crecimiento escaso, aumento de afecciones posnatales y rehospitalizaciones, mayor riesgo de maltrato y abandono, entre otros. [lxxxiv]

2.2.3 Vínculo Afectivo padres- recién nacido prematuro y bajo peso al nacer

En el periodo de transición y nacimiento es importante la relación de los padres con su hijo, debido a que este vinculo conforta el acompañamiento continuo de la madre, el acariciarlo y tocarlo le brinda seguridad y ayuda a su recuperación cuando se encuentran hospitalizados en las unidades de prematuros o cuidado intensivo neonatal. Los lazos afectivos entre la madre y su hijo, se debe a un "Buen Apego" lo que le proporciona al neonato aumento en su maduración de las células para mejor desarrollo psicomotor, además, mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, y una salud optima para el bebe.[lxxxv]

Las primeras personas que hablaron del "*apego*" fueron los doctores M. Klaus. J Kennel,[lxxxvi] en Cleveland, Ohio, USA, los cuales se preguntaron cómo se producía el apego y cuál era el periodo sensitivo en el ser humano. Entonces, estudiaron en primer lugar los eventos en la formación de una futura madre, en tres periodos: antes del embarazo, durante la gestación y después del parto: el periodo va desde el nacimiento, el vivir y el reconocer al hijo, para luego convertirse en un evento social. En los primeros minutos, la interacción fuerte entre madre e hijo es recíproca, a este *apego* se denomina periodo sensitivo, se produce un estado de alerta que dura alrededor de 40 a 60 minutos, en este largo periodo, el bebé presenta su mágica interacción. Si se retira al bebé de su madre en este preciso periodo, se priva a ambos de esta maravillosa vivencia.[lxxxvii]

Con la hospitalización la condición del prematuro y del niño de bajo peso cambia, ya que se produce una separación bebé-madre lo que dificulta el establecimiento del *apego*. Para el bebé la situación se complica porque se lo coloca en un medio con muchas personas a su alrededor, que le proporciona cuidados (enfermeras, médicos), que le dificulta la detección de la figura materna para establecer el apego. Además, corre el riesgo de establecerlo con la persona equivocada[lxxxviii]. También, a esta situación, se le suma la fragilidad del prematuro, la expresión de sufrimiento (en cara y la tensión, la postura) y su impotencia en la comunicación (llanto débil), lo cual, constituye elementos negativos en la medida de que él no expresa a su madre las necesidades que experimenta.

En sus incubadoras, los prematuros no son atractivos, en ocasiones tienen protectores oculares que les impide mirar y ser vistos, por lo cual, los padres no tiene una representación de su hijo. La incapacidad para expresarse, dificulta el vínculo. Klaus y Kennell llaman *estimulación contingente* a la que surge de señales originadas en el bebé; en el caso de los prematuros a la dificultad del bebé para emitir señales, se suma la ausencia de un cuidador que se deje llevar por ellas.

El bebé prematuro debe adaptarse al ritmo del Hospital[lxxxix]*,* la hiperestimulación por luz excesiva, altoparlantes, ruidos monótonos, les afectan el ritmo del sueño. Los bebés son desplazados de un lugar a otro a medida que mejora su condición clínica, y deben iniciar una nueva adaptación a sitios y personas, y al alterarse el medio, se altera el proceso de maduración. En algunas ocasiones el bebe parece demorado en su desarrollo. Los "prematuros hiperreactivos" que están en constante estimulación facilitan al cuidador la detección del estimulo y poder operar sobre él. Mucho más difícil es la situación de los "prematuros letárgicos" que no reaccionan a las estimulaciones y por lo tanto es muy difícil entenderlos, interactuar con ellos y atender a sus necesidades[xc]

Para la madre con un bebé prematuro o de bajo peso, la hospitalización provoca sentimientos de frustración por no haber llevado a término su embarazo, además, de ser un parto a acompañado de angustias y dolor e igualmente representan un sentimiento de abandono precoz cuando lo entrega de una manera natural apareciendo sentimientos entre desesperanza y confusión. M. Mahler, utiliza el concepto de omnipotencia para caracterizar los sentimientos del bebé en la unión simbiótica con su madre. El bebé experimentaría el apoyo del otro como una extensión del sí mismo[xci]. En el contexto descrito, los profesionales de enfermería deben diseñar planes de cuidado que den respuesta individualizada a las necesidades del niño y de los padres, durante la hospitalización, el entrenamiento de madres y padres antes del alta, y seguimiento en el hogar.

Finalmente, referirse a los neonatos con restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y pequeños para la edad gestacional (PEG), es diferente. En el RCIU, el feto inicia un crecimiento adecuado pero por diferentes razones deja de hacerlo afectando los diferentes órganos no vitales y conservando los vitales. Estos niños requieren cuidados especiales similares a los prematuros[xcii]. En consecuencia, es importante para enfermería conocer cómo los cuidan las madres en el hogar, para obtener información que facilite el diseño o adopción de programas de acompañamiento de las mamás, cuando se enfrentan solas al cuidado de niños críticos por sus condiciones de desarrollo e inmadurez.

2.3 Prácticas de cuidado

Colombia es un país diverso, complejo y heterogéneo, en consecuencia, los estudios disponibles evidencian una amplia variedad de pautas y prácticas de crianza en el territorio nacional[xciii]. Mientras en algunas comunidades priman los modelos tradicionales, en otras se destacan modelos influenciados por el discurso moderno. Un elemento

importante del país es su condición de violencia que constituye un elemento exógeno para la crianza de los niños por los padres, madres y cuidadores[xciv].

Según Muñoz de Rodríguez[xcv], prácticas de cuidado materno-perinatales son actividades que realizan las mujeres con ellas mismas y con sus hijos durante el periodo del posparto, para seguir viviendo, mantener la salud, atender sus necesidades y conservar su bienestar, basadas en un sistema de creencias, tradiciones culturales, difícilmente reemplazadas por nuevos conocimientos y además desconocidas por quienes ofrecen cuidados. Las prácticas de cuidado y protección del recién nacido hacen referencia a la salud física y al sistema de creencias en torno a los espíritus, todavía vigentes en las culturas indígenas y en amplios sectores afrocolombianos, rurales y populares. Estas creencias van desde los contra para "proteger" al niño y su madre de "todos los males", cruz bendita cerca de los niños, "*mal de ojo, seco de difunto y niños / as descuajados*", todos están encaminados a la protección y otros van por la protección en el futuro, como el "bautizo de uñas", la ombligada" entre otras y que lo describe el Castro et al, Practicas de Crianza en Colombia 1992-2002. [xcvi]

Los comportamientos en salud están influenciados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, del cual hacen parte las supersticiones y los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud. La cultura direcciona los estilos de la vida que influyen en las decisiones de los seres humanos; cada uno interioriza y aplica el cuidado según sus costumbres y creencias, que sirven para sobrevivir y mantenerse en el tiempo[xcvii].

Entonces, el profesional de enfermería debe conocer las prácticas de cuidado que las personas y comunidades realizan, entender los estilos de vida, creencias y prácticas culturales, para ofrecer cuidado sensible y humano. Las personas esperan anticipación de las necesidades de cuidado en el hogar y comprensión del lenguaje, prácticas, y creencias. Esto exige un conocimiento nuevo para enfermería y como dice Leininger: "*Describir como las culturas tienen diferentes modelos del cuidado y maneras diferentes para sentirse bien y enfermarse es un asunto vital para la enfermería*"[xcviii].

2.3.1 Cuidado en el hogar del recién nacido prematuro o bajo peso

El bebé prematuro y neonato de bajo peso requiere de cuidados especiales por su condición de inmadurez; es importante que la madre y su familia compartan con el profesional de enfermería cuidados y estimulación derivada del medio, que favorezca el neurodesarrollo, con el mínimo impacto negativo en la salud del niño, previniendo los choques culturales. Las madres deben estar preparadas para el alta desde las URN y tener la orientación adecuada para el manejo del prematuro. Las prácticas deben adecuarse al contexto del hogar y acoplarse dentro de la rutina diaria, haciéndolas fáciles, cotidianas, activas y sencillas[xcix].

La díada madre-bebé comprende, la madre como fuente de estímulo y contacto con su hijo, quien es un ser relativamente pasivo y a veces no preparado para una interacción intensa. Es importante que la madre perciba las capacidades y las debilidades de su bebé. Se orientará a la familia a respetar el ritmo de su hijo para percibir cuándo está listo para interaccionar y mantenerse en estado de alerta por más tiempo; o cuándo prefiere dormir sin interrupción, favoreciendo su estabilidad fisiológica[c].

Los estudios revisados muestran los cuidados de las madres con sus recién nacidos a término, o con prematuros y niños de bajo peso, en el marco del MMC, que es la estrategia desde el punto de vista ético, que ofrece direccionamiento, sobre prácticas de cuidado en el hogar; este define las condiciones de egreso como estabilización de signos vitales, que no presente bradicardia o hipoxemia a la manipulación, no presenta apneas primarias o que estén controladas.[ci].

2.3.2 Posición

La marca del MMC se llama posición canguro, que se precisa como la posición vertical sobre el pecho de la madre, entre sus senos y en decúbito ventral, con un contacto directo entre las pieles de la madre y del hijo. La posición debe proveerse de forma continua (sin interrupciones) y prolongada, llegando idealmente hasta 24 horas al día por tantos días como el niño lo requiera. La posición favorece que el bebé encuentre en la madre una fuente permanente de calor corporal, estimulación cinética y táctil, manteniendo al vía aérea permeable, también estimula y favorece la lactancia materna. Además fortalece el vínculo biológico y afectivo entre el bebé y la madre. Para que todo lo anterior se dé, se debe cumplir con unos requisitos claves para mantener la posición como: a) continua (sin interrupciones), b) prolongada (24 horas), c) duradera (días y semanas)[cii].

2.3.3 Nutrición basada en la lactancia materna

Las necesidades nutricionales del niño de bajo peso al nacer y del prematuro son heterogéneas. La fuente alimentación es la leche materna y en ocasiones puede ser fortificada con vitaminas liposolubles, la vía de administración por succión directa o en ocasiones por gavaje. La meta de crecimiento es obtener una ganancia de peso al menos como la del desarrollo intra-uterino (15 gr./Kg./día hasta el término)[ciii].

2.3.4 Vigilancia del estado del bebé

Conservar la temperatura entre 36.5 ºC y 37 ºC, en la posición canguro. Se debe tomar la temperatura corporal del bebé. La respiración del bebé puede oscilar entre 30 y 60 inspiraciones por minuto y la respiración se alterna con intervalos de cese de la misma (apnea) y si estos intervalos se vuelve prolongado (20 Segundos), los labios azules (cianosis), su pulso desciende (bradicardia). La madre debe conocer estos signos de alarma y debe ser capaz de identificar y buscar ayuda en caso de que llegue a preocuparse. Algunos signos de peligro son: Respiración dificultosa, retracción del pecho, sonidos roncos, respiración muy acelerada o muy lenta; ataques de apnea

frecuentes y prolongados; cuando el bebé está frío la temperatura corporal es baja pese a haber procedido al recalentamiento; alimentación dificultosa: el bebé deja de despertarse para las tomas, deja de alimentarse o vomita; convulsiones, diarrea y piel amarillenta[civ]

Para la alimentación, las tomas orales deben comenzar tan pronto como el estado del bebé lo permita y las tolere. Ello suele coincidir con el momento en que se puede colocar al bebé en posición canguro, lo que contribuye a que la madre produzca leche e incrementa, de este modo, la lactancia materna.

2.3.5 Higiene y vestimenta

No se utiliza el baño en tina o inmersión, se debe higienizar con un trapito o esponja suave, hasta cuando cumpla los 2500g. El baño en tina, ocasiona en el prematuro, descompensación progresiva manifestada por la caída de la temperatura central, insuficiencia respiratoria, apnea recurrente, insuficiencia cardiaca, cambio a nivel metabólico, al final la muerte[cv]. Por las características de la piel es necesario abrigarlo y siempre tener el ambiente cálido. A esto se le suma que su ropa lo pueda abrigar y evitar la pérdida de calor, además deberá ser delicada, cómoda, liviana y fácil de poner y quitar.

2.4 Cuidado cultural: teoría de la universalidad y diversidad cultural: Madeleine Leininger

Al reconocer la gran carga cultural que envuelven las prácticas de cuidado al recién nacido, y la obligatoria participación de la familia en el cuidado del prematuro y de la madre, durante el puerperio, además de considerar los hallazgos obtenidos en estudios revisados, para el desarrollo de este trabajo se asumen los planteamientos de Madeleine Leininger como principal orientadora, pues la teoría del cuidado trascultural ofrece los elementos conceptuales y metodológicos requeridos para fundamentar la comprensión de las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar. En este sentido. Leininger consigue consolidar una teoría que reconoce como metaparadigmas de enfermería la cultura y el cuidado, con una visión holística y trascendente. Desde esta perspectiva, logra que en el fenómeno del cuidado humano se encuentren dos o más culturas (diversidad), que tras un proceso de conservación, negociación o reestructuración de los cuidados émicos y éticos, le apuesten a un mismo objetivo (universalidad): el bienestar del ser humano. Al profundizar en los postulados de Leininger se entiende que la interacción del cuidador profesional con el cuidador tradicional lleva implícita la mutua aceptación y un gran respeto por la diversidad cultural.[cvi]

Esta investigación pretende describir cómo las madres cuidan a sus hijos prematuros y de bajo peso en el hogar, una vez son dados de alta de la Unidad de Cuidado Neonatal, para lo cual se abordará la Teoría de Madeleine Leininger, cuyo contenido presenta un enfoque de cuidado eminentemente cultural, aspecto que es coherente con el objetivo de este trabajo.

Madeleine Leininger construyó su teoría bajo la premisa de que el cuidado constituye la esencia de la enfermería y es elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina. Su inquietud surge porque, la cultura no se encontraba claramente involucrada en la Enfermería y en los servicios de cuidado en salud. Leininger expresó: "*no podría haber curación sin cuidado, y el cuidado no podría existir sin la curación*".[cvii] En esta investigación el concepto de cuidado cultural es importante, porque se pretende conocer las prácticas de cuidado de las madres con sus hijos prematuros o de bajo peso en el hogar. El cuidado cultural hace referencia a la prestación de servicios de apoyo, ayuda, cuidado, facilitación o capacitación culturalmente constituidos hacia el niño, centrados en sus necesidades evidentes o anticipadas para la salud y el bienestar.[cviii]. Otros conceptos coherentes con la investigación, son:

- ✓ Cultura: Corresponde a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de los individuos (madres), grupos (familia) o instituciones, aprendidos, compartidos y trasmitidos de una generación a otra.

- ✓ Cuidados y prestación de cuidados humanos: son fenómenos abstractos y concretos relacionados con las experiencias de asistencia, apoyo y autorización, o conductas (de las madres) para con los demás (niño) que reflejan la necesidad evidente de mejorar el estado de salud de la persona, de los estilos de vida o para afrontar discapacidades o muerte.

- ✓ Diversidad en los cuidados culturales: son variaciones o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionados con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas (niños).

- ✓ Universalidad de los cuidados culturales: son similitudes en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas.

- ✓ Concepción del mundo: forma en que las personas (madre) o los grupos (familia) miran su mundo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que los rodea.

- ✓ Contexto del entorno: totalidad del entorno físico, geográfico y sociocultural, situación o hecho con experiencias relacionadas que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas (de las madres) con referencia a un entorno o situación particular (cuidado de su hijo prematuro o de bajo peso)[cix].

Según la teorista, para brindar cuidado humano, el profesional de enfermería debe conocer, apropiar y tener un pensamiento creativo a través de la relación entre cultura y cuidado. La Enfermería transcultural, se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan la práctica específica o universal. Se sabe que los factores de cuidado basados en la cultura influyen sobre las expresiones humanas

relacionadas con la salud, enfermedad, bienestar, sobre la forma cómo se enfrenta la muerte y la discapacidad.

Leininger[cx] sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios generales y holísticos que permiten conceptuar y comprender a las personas, la orientación teórico-metodológica del cuidado transcultural permitirá fundamentar los cuidados de enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones. La teoría del cuidado transcultural tiene en cuenta la totalidad del ser humano en una perspectiva holística de la vida y la existencia a lo largo del tiempo, incluye factores culturales, sociales, la visión del mundo, la historia y los valores morales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.

La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas; esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista émicos, (internos, propios del grupo cultural) conocimientos y prácticas, junto a la ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos émicos (interno) y éticos (exterior). Congruente con lo expresado, el cuidado que ofrecen las madres a sus hijos prematuros o de bajo peso en el hogar fue visto aquí en forma holística, inductiva, a partir de los conocimientos émicos de la madre[cxi].

Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos para la atención de los recién nacidos prematuros o de bajo peso; habitualmente los casos especiales ameritan la atención de seres especiales con una visión superior a la del resto de integrantes de su grupo cultural, y son diferentes de una cultura a otra, pero independiente de la cultura, el propósito del cuidado que se brinda es el mismo: lograr el bienestar. Esto hace que la asistencia sea considerada desde una perspectiva holística como compleja; como lo expone Leininger, existen diferentes formas de expresiones y modelos, tan diversos entre sí como, hasta cierto punto, universales[cxii].

Esta teoría apoya la investigación por cuatro razones. Primera, porque permite documentar, conocer, predecir y explicar sistemáticamente, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal acerca de la asistencia genérica y profesional de las participantes del estudio, dentro del marco de los componentes de la teoría representado en el "*Modelo del sol naciente*" [cxiii]

Ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos. De acuerdo con este concepto, incursionar en el cuidado que brinda la madre a un prematuro o a un recién nacido de bajo peso, en el hogar, puede ser considerado por una cultura como una intromisión innecesaria e inconveniente, pero en realidad, esta posición cultural puede estar disfrazando el temor a una crítica o el rechazo a los avances científicos sobre el tema.

Por otro lado, la madre puede no ser consciente de la vulnerabilidad del niño prematuro al medio externo, no percibir los riesgos a los que está expuesto y no creer en la importancia de brindar un cuidado diferente al que se le brinda a un niño nacido a término. Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería[cxiv].

La segunda razón para seleccionar a Leininger como teórica, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las madres que cuidan a sus hijos prematuros o de bajo peso en el hogar, en la cultura cafetera, para enseñar y suministrar una asistencia coherente con este entorno cultural. Al asumir el reto de describir un cuidado cultural, es vital el respeto por la privacidad de los hogares durante las visitas de observación y participación que se realizan en el marco de la investigación. Para todas las madres no significa lo mismo el cuidado de su hijo prematuro o de bajo peso, puesto que, para cada madre su hijo es único, diferente a los demás. El cuidado del hijo, independiente de la destreza con que lo haya asumido la madre, está impregnado de la carga de ansiedad que exige el desarrollo de mecanismos de afrontamiento específicos, según la situación particular de cada niño. Sin embargo, las situaciones de cuidado del prematuro no son vividas por una única madre y aunque sus significados sean diversos, en la medida en que se comparte un mismo contexto de significación cultural, pueden ser considerados universales[cxv].

La teoría de los cuidados busca suministrar asistencia coherente con el entorno cultural; la enfermera(o) o el proveedor de cuidado a los niños prematuros debe comprender de las madres el uso y el sentido de cada una de sus prácticas con los niños prematuros en el hogar, de forma tal que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren información para la planificación y ejecución de asistencia específica para cada cultura a partir de rasgos comunes o universales de cuidado. El cuidado de bebés por sus madres, exigen al profesional de enfermería profundizar en la complejidad del fenómeno del cuidado cultural[cxvi].

En tercer lugar, el conocimiento adquirido sobre el cuidado que ofrece la madre al hijo prematuro o de bajo peso en la cultura cafetera sirve como base para promover y mantener el bienestar de estos niños en sus grupos familiares, fomentar las prácticas que favorecen la salud, compartir principios que busquen la curación si se requiere, controlar el crecimiento y el desarrollo, las formas de supervivencia y para afrontar las discapacidades o la muerte del niño. Igualmente este conocimiento brinda elementos para evaluar las prácticas de esta cultura[cxvii].

En cuarto lugar, para la disciplina de Enfermería es importante el estudio de la asistencia a los bebés por las madres con el apoyo de la familia y en su contexto, desde una perspectiva cultural y holística, para descubrir expresiones y significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, que amplíen los conocimientos existentes. Leininger consideró que el concepto de asistencia correspondía con el fenómeno que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales;

existen elementos como la ceguera cultural, choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen en la calidad de los cuidados que prestan los profesionales de enfermería a las personas al desconocer la cultura.

De acuerdo con Leininger, las diferencias en los valores y modelos de cuidados culturales entre diversas culturas se traducen en diferencias en las expectativas y la práctica de enfermería. Cuando los profesionales trabajan en culturas extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre asistencia o expectativas de cuidados, se detectan signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes. Para lograr mayor satisfacción de las madres con el cuidado de los prematuros la enfermera debe minimizar la distancia existente entre el conocimiento científico-técnico del cuidado especializado y el cuidado genérico que están en capacidad de ofrecer las madres en el hogar, pues los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de los usuarios se traducen en satisfacción y bienestar[cxviii].

3. Marco de diseño

3.1 Abordaje Metodológico

Fue una investigación cualitativa con un abordaje etnográfico utilizando el método de la Etnoenfermería diseñado por Madeleine Leininger. Las características fueron descritas y condensadas según algunos autores[cxix, cxx, cxxi]. Se fundamentó en un proceso inductivo, que implicó explorar y describir, y luego, generar perspectivas teóricas. Se avanzó de lo particular a lo general. Los datos se obtuvieron de las perspectivas y puntos de vista de las participantes. El proceso de investigación fue flexible, se pasó de la descripción de las prácticas de cuidado enunciadas por las madres, a su interpretación; el propósito fue la reconstrucción de la realidad. En general fue un proceso holístico, donde el cuidado del recién nacido prematuro o bajo peso fue considerado como una totalidad; fue dinámico e individual en la medida en que se resaltaron las prácticas de cuidado y se estudiaron en el contexto de los participantes.

El enfoque cualitativo, describió el desarrollo natural de los eventos, permitió describir las realidades tal como fueron manifestadas, sin manipularlas. Convergieron varias realidades, las de los participantes, el investigador y la que resultó de la interacción de todos los actores; estas realidades se modificaron con el transcurrir del estudio y fueron las fuentes de información. Por tanto, el enfoque cualitativo se concibió como un conjunto de prácticas interpretativas que hicieron visible el mundo subjetivo de los informantes, convirtiendo y trasformando las representaciones mentales en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Conservó su esencia naturalista, porque se estudiaron las prácticas de cuidado en su contexto o ambiente natural, los eventos fueron estudiados cómo se comportaron en la vida cotidiana, en el hogar.

El abordaje utilizado fue la etnografía, se utilizó un enfoque “desde adentro”, desde los propios sujetos sociales atravesados por densas relaciones históricas, a partir de las cuales se construyen las diversas formas de organización social, por ejemplo la estructura de las familias y la forma de vinculación a las instituciones de salud, este enfoque permite recoger las opiniones, interpretaciones y análisis de los sujetos, que quedan luego afectadas por la intervención del investigador. La etnografía es una vertiente de la metodología cualitativa que se caracteriza por el trabajo de campo, el “estar ahí”, en contacto directo con los sujetos, para registrar desde el mismo contexto lo que las personas manifiestan y por ser reflexiva, el investigador juega un papel protagónico, él se cuestiona y problematiza para definir desde donde se dirige a los sujetos de estudio, al entorno y al contexto. La etnografía es la principal herramienta del

antropólogo, permite la comparación y el traer a colación la especificidad de lo local y como producto tiene distintos formatos para llegar a las comunidades, y expresar de forma fiel la heterogeneidad de lo cultural y las especificidades del cómo cada cultura se crea y se recrea en los diferentes contextos culturales, cómo se establecen las relaciones sociales y se construyen sentidos de pertenencia y de diferencia, esto es, sentidos de identidad: cultural, étnica, local o nacional. Además se tuvo en cuenta el propósito de los diseños etnográficos, que según Álvarez-Gayou (2003) citado por Hernández Sampieri[cxxii] es describir y analizar lo que las personas de un contexto determinado hacen usualmente, así como la interpretación subjetiva que le dan a esos comportamientos realizados bajo circunstancias comunes o especiales y luego, se presentan como resultados los aspectos regulares que implican un proceso compartido culturalmente.

El método fue la Etnoenfermería, diseñado por Madeleine Leininger, derivado de la etnografía y fundamentado en la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural; fue riguroso, sistemático y estudió fenómenos de enfermería altamente complejos como el cuidado humano y el bienestar. En este proyecto fue útil para documentar, describir e interpretar los códigos y consolidar los patrones, y temas que conformaron la estructura del cuidado cultural brindado por la madre al recién nacido prematuro o de bajo peso, en una región de la zona cafetera de Colombia, a la cual se le han reconocido diferencias culturales con otras regiones del país.[cxxiii] Este método exigió identificar las prácticas de cuidado de los participantes con sus bebés prematuros o de bajo peso en el hogar, registrarlas cuidadosamente, confrontarlas y validarlas. Al reflexionar acerca de ellas se buscó construir y describirlas.

El estudio contó con el concepto de patrón cultural, que expresa que toda cultura o sistema social tienen una forma única para comprender eventos y situaciones. Los modelos culturales fueron entidades flexibles y maleables que constituyeron marcos de referencia para el actor social y estuvieron constituidos por el inconsciente, trasmitidos por otros y por la experiencia personal de las madres con respecto a las prácticas de cuidado con sus hijos. El propósito central de utilizar la etnoenfermería fue caminar hacia el descubrimiento de las prácticas de cuidado a los bebés prematuros o de bajo peso desde la visión de las madres que permitieran comprender y estructurar un cuidado coherente con los valores, creencias y saberes genéricos. Una vez se describieron los elementos de estas prácticas de cuidado, el interés fue mostrar las diferencias entre el cuidado genérico o folclórico (naturalístico) y el cuidado profesional de enfermería (aprendido a través de sistemas formales de educación) y a partir de este conocimiento proponer opciones de cuidado que involucren -la preservación / mantenimiento del cuidado cultural, - negociación / acomodación del cuidado cultural, y -reestructuración / cambio de patrones del cuidado cultural. Dado el propósito y el alcance del estudio, se considera que el método será utilizado en un nivel microcontextual.

3.2 Población

La población de informantes clave estuvo conformada por madres de recién nacidos que al nacer contaban con menos de 37 semanas de gestación o menos de 2500 gramos de peso al nacer, y fueron dados de alta de las Unidades Neonatales de Pereira.

Los informantes generales fueron profesionales de Enfermería que trabajaban en Unidades de cuidado neonatal de Pereira.

3.2.1 Criterios de inclusión informantes claves

- ✓ Fueron madres de recién nacidos cuyos hijos nacieron con menos de 37 semanas de gestación y fueron dados de alta de la Unidades Neonatales de Pereira.

- ✓ Fueron madres de recién nacidos cuyos hijos tuvieron al nacimiento menos de 2500 gramos de peso independientemente de la edad gestacional y fueron dados de alta de la Unidades Neonatales de Pereira.

- ✓ Fueron madres que cuidaron en el hogar su recién nacido con las características anteriores durante el 2011 al 2013

- ✓ Fueron madres de recién nacidos prematuros o de bajo peso que se les dio de alta de la Unidades neonatales de Pereira que habitaron en el casco urbano o rural de la ciudad y fue posible contactar.

3.2.2 Criterios de exclusión informantes claves

- ✓ Madres que sufrieron algún deterioro en su situación de salud que les imposibilitaba la crianza de su hijo.

- ✓ Madres que no fueran responsables directas del cuidado de su hijo prematuro o de bajo peso.

- ✓ Madres con compromiso de su estado anímico o mental.

3.2.3 Criterios de inclusión informantes generales

- ✓ Fueron profesionales de enfermería que estaban trabajando en cuidan

- ✓ do a bebés en unidades neonatales de Pereira

- ✓ Fueron profesionales de enfermería con experiencia mayor de 10 años trabajando en cuidado a bebés en unidades neonatales de Pereira

3.2.4 Criterios de exclusión informantes generales

Profesionales de enfermería con cargos administrativos exclusivos dentro de la unidad neonatal. Adicionalmente, se contó con la participación de cinco profesionales de enfermería de las Unidades neonatales de la ciudad, encargadas del cuidado directo a los bebés y que participaron voluntariamente, firmando consentimiento informado y actuaron como informantes generales, cuyos aportes estaban orientados a los conocimientos que ellas tenían acerca de las prácticas de cuidado tradicionales de las

madres en el hogar y sus implicaciones en el cuidado integral del prematuro o bajo peso en el hogar.

3.3 **Muestra**

El muestreo teórico implicó la recogida sucesiva de datos hasta obtener su saturación. Cada hallazgo importante generó explicaciones que se debieron rechazar o verificar e integrar como parte de la interpretación que se da a los elementos del cuidado que se estaban describiendo y explicando. Se trabajó con informantes claves y generales, considerados como aquellos que, en forma suficiente, pudieron contribuir a la comprensión del fenómeno en estudio para lo cual se realizó el trabajo de campo. (Osses, S., Sánchez, I. y Ibáñez, F. (2006).

En las primeras fases de la recolección y análisis de datos, fueron seleccionados casos por sus semejanzas, posteriormente, se eligieron por sus diferencias. Glaser y Strauss (1967) recomiendan este proceso de minimización – maximización de las diferencias entre los casos seleccionados, por su utilidad en la generación de teoría. Las semejanzas permitieron la identificación de una categoría, el esbozo de sus atributos y la especificación de sus condiciones de aparición. Las diferencias entre los casos elegidos hicieron posible la elaboración de los atributos de las categorías, la determinación de sus subvariantes y la delimitación de su alcance.

En este trabajo el propósito fue descubrir y describir las prácticas de cuidado que las madres realizaron con los recién nacidos prematuros o de bajo peso en el contexto del hogar. Se adoptó el método de reflexión y comparación constante, por lo que se utilizó como criterio para definir la muestra la saturación teórica; por lo que el muestreo teórico no tuvo un tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por ***criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas*** es decir, hasta cuando el dato adicional que se recolectó, no agregó información significativa a lo que ya se tenía.

3.3.1 Selección de los informantes

Teniendo en cuenta lo planteado por Lenninger [cxxiv] y coherentes con el método de Etnoenfermería, los informantes fueron claves en la medida que de ellos la investigadora aprendió sobre los cuidados que realizaban con su hijos prematuros o de bajo peso en el hogar, bienestar salud, y estilos de vida generales. Los informantes claves fueron las madres de los niños, escogidas a propósito por ser quienes más conocían sobre las prácticas de cuidado. Ellas manifestaron las normas, valores, creencias, estilos de vida generales de la cultura y aprendidos, que estuvieron dispuestas e interesadas en aportar al estudio.

Como fuentes de información complementaria, los informantes generales fueron profesionales de enfermería expertas en el cuidado de recién nacidos. Se accedió a ellas en los casos en que fue necesario validar, aclarar o ampliar información e identificar similitudes o diferencias de sus ideas con respecto a las de los informantes claves. Estos

informantes fueron personas que no eran expertas en el dominio de la investigación pero tenían conocimiento sobre las prácticas de cuidado, y estuvieran dispuestas a participar en el trabajo y compartir su conocimiento.

De la información aportada por los informantes claves y generales, fue posible identificar que tan universal era el conocimiento de las prácticas de cuidado de niños prematuros y bajo peso en el hogar. Los informantes claves para el estudio, fueron seleccionados teniendo en cuenta los principios de pertinencia y adecuación:

- ✓ **Pertinencia**: la madre fue la participante quien poseía la información de las prácticas de cuidado del prematuro y del neonato de bajo peso, ya que ellas era quienes cuidaban del bebé prematuro o de bajo peso en el hogar, es decir quienes contaban con toda la información relacionada con el fenómeno de estudio[cxxv]

- ✓ **Adecuación**: Esto significó que las madres eran quienes disponían de los datos suficientes para realizar la descripción completa y valiosa del fenómeno, es decir que los datos aportados por ellas fueron los que llevaron a la saturación y posterior identificación de patrones y temas que emergieron del análisis de los datos obtenidos.

3.3.2 Caracterización de las Informantes

Informantes Claves. En el estudio participaron siete 7 madres, cuyos bebés estuvieron hospitalizados en la Unidad Neonatal de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de Pereira con problemas de prematuridad o bajo peso. Fueron las informantes claves. Seis (6) madres residentes en zona urbana y una en zona rural de Pereira en el municipio de la Virginia. La edad materna estuvo entre 17 y 30 años; su estado civil correspondió a: una (1) casada, cuatro (4) en unión libre, y dos (2) madres solteras. Se halló que cinco (5) madres vivían con sus compañeros; todas recibían apoyo de familiares como la suegra, la mamá, y hermanos. Con respecto al nivel de educación, dos (2) tenían bachillerato incompleto, una (1) bachillerato completo, tres (3) estudios técnicos y una (1) cursaba estudios universitarios con apoyo de los padres. En cuanto a la ocupación, tres (3) eran amas de casa, tres (3) trabajaban y una (1) estudiaba.

En lo concerniente a la gestación cinco (5) expresaron tener una gestación deseada y dos (2) no la planearon. Asistieron de tres (3) a seis (6) controles prenatales; los nacimientos de sus hijos ocurrieron prematuramente siendo dos (2) de 30, dos (2) de 31, una (1) de 26, una (1) de 28 y una (1) de 32 semanas de edad gestacional. Las causa de la prematurez correspondió a hipertensión inducida por la gestación en tres (3) casos y cuatro (4) solo refirieron haber tenido un parto prematuro. En cuanto a la paridad cinco (5) de ellas eran primigestantes y dos (2) eran multigestantes con dos hijos máximo, incluyendo al bebé actual.

En cuanto a las características de los bebés, tres (3) eran niñas y cuatro (4) fueron niños, cuyos pesos al nacimiento oscilaron entre 940 y 1810 gramos, sin embargo fueron dados

de alta cuando sus pesos estaban entre 1600 y 2250 gramos. El periodo de hospitalización estuvo entre 8 y 70 días. Las principales complicaciones por las que necesitaron cuidados especiales fueron requerimiento de reanimación, hemorragia intraventricular, síndrome de dificultad respiratoria, prematurez, bajo peso al nacer y enterocolitis necrosante. Un (1) niño quedó con secuelas neurológicas (hidrocefalia). Al momento de la entrevista los niños tenían una edad cronológica de 4 a 9 meses, evento que permitió a las madres participantes expresar sus prácticas de cuidado en casa con sus hijos prematuros o de bajo peso.

Durante le entrevista algunos de los niños acompañaban la madre mientras que otros estaban durmiendo o al cuidado de otros familiares. La mayoría tenían esquema de vacunación completo para la edad y asistían a control de crecimiento y desarrollo, en la Empresa Prestadora de Servicios de Salud (EPS) respectiva.

Finalmente, la afiliación en salud de las madres correspondió a dos (2) con Cafesalud, dos (2) a Saludcoop, Una (1) Humana Vivir, una (1) Salud total y una (1) a SOS Comfamiliar.

Es importante resaltar que las participantes tuvieron acompañamiento de sus madres durante la dieta y algunas hasta que el bebé alcanzó el peso ideal y se consideró un recién nacido a término. La presencia del conyugue en estas madres participantes durante la entrevista no fue frecuente por motivos laborales.

Informantes generales. Los informantes generales, al igual que los informantes claves, fueron seleccionados intencional y atentamente. Los informantes generales usualmente tienen solo conocimiento general sobre el dominio de investigación; sin embargo, tienen algún conocimiento sobre el tema de la investigación y pueden llegar a compartir visiones relevantes y puntos de vista culturales. La información proporcionada por cinco (5) informantes generales, todas enfermeras profesionales que trabajaban en Unidades Neonatales con más de diez (10) años de experiencia, de las cuales dos (2) de ellas eran especialistas en Neonatología, una (1) en perinatología. Además, cuatro (4) de ellas se desempeñaban en el rol docente alternado con la clínica y de estas enfermeras dos (2) solo pertenecían a la docencia. En cuanto a su estado laboral, su rol profesional estaba en entidades privadas de salud y de educación.

Con las informantes generales se realizaron entrevistas individuales debido a sus múltiples ocupaciones; para cumplir con el objetivo de la investigación dando respuesta al problema. Las entrevistas se realizaron en un lugar tranquilo y con previa citación en la cual se acordó la hora y fecha del encuentro, se procedió a firmar el consentimiento informado y se inició con la entrevista.

3.4 Inmersión y retirada del campo

3.4.1 Inmersión en el campo

Para lograr la inserción en el campo se utilizó fundamentalmente el *facilitador extraño-amigo*, teniendo en cuenta las recomendaciones de Madeleine Leininger referente a la utilización de la etno-enfermería.

Facilitador extraño-amigo. Con las informantes clave como cuidadoras en el hogar del prematuro o el niño de bajo peso, se logró alto grado de familiaridad, que favoreció la interacción; el acercamiento mutuo entre la investigadora y la madre del niño permitió compartir puntos de vista, como inicio para romper el hielo y lograr la empatía necesaria durante el proceso investigativo. Se buscó fomentar la confianza, la confidencialidad, y no permitir agresiones; fue necesario apartarse del conocimiento ético para acercarse al conocimiento émico. La experiencia que vivió la investigadora durante este proceso se registró en el formato diseñado por Leininger para este fin como notas de campo y posteriormente apoyó el análisis de la información y permitió al investigador identificar cuándo y cómo estaba ganando la confianza de las madres como informantes claves. (Anexo 1)

La utilización de este facilitador con los informantes generales propició hallazgos valiosos; los profesionales de enfermería aportaron datos creíbles, significativos, sensibles y acertados sobre la práctica de cuidado de los prematuros en el hogar. Además, sirvió para entender las diferencias y similitudes de comportamientos, sentimientos y respuestas entre los informantes. El inicio de la inmersión en el campo requirió de aproximadamente un mes y se mantuvo durante toda la investigación. Para estas informantes el contexto fue establecido de común acuerdo en un sitio diferente del escenario clínico, que permitiera el acercamiento y aceptación para participar en el estudio. Los registros se realizaron en el diario de campo.

3.4.2 Retirada del campo

Con respecto a las madres, al finalizar la recolección de la información por saturación de cada caso, se les agradeció su participación y aporte, a quienes permitieron la toma de fotografías y videos se les entregó copia física, y se les informó que los resultados estarían disponibles en la Biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia. Se dejaron las puertas abiertas y se cuidó de dejar la mejor impresión profesional del investigador.

A los informantes generales se les presentó al final de la sesión de la entrevista los agradecimientos por colaborar en el estudio y al igual que por correo electrónico con el propósito de reconocer su participación al mismo. Además se planeó invitarlas a la presentación de resultados, una vez se concertara el plan de socialización.

3.5 Técnicas de recolección de información

La recolección de los datos y observación de las prácticas de cuidado que la madre realizaba con su hijo prematuro o de bajo peso en el hogar, se fundamentó en los principios de:

- ✓ **Conveniencia**: implicó elegir el lugar, situación o evento que más facilitó la labor de registro sin crear interferencias, además le permitió a la investigadora posicionarse socialmente dentro del grupo y ubicarse mentalmente en la realidad que estuvo estudiando. El hogar de la madre del neonato prematuro y neonato de bajo peso fue el sitio seleccionado para estudiar el fenómeno de las prácticas de cuidado.

- ✓ **Oportunidad**: se refirió a estar en el momento justo y en el lugar preciso para realizar el registro. Se acordó con las madres la fecha y hora de las visitas al hogar, de acuerdo a la rutina de cuidado que ella tenía para su hijo y se acompañó a la madre a un control médico de su hijo. Esta actividad fue posible con apoyo del facilitador: Observación, Participación, Reflexión, como lo describe Madeleine Leininger.

- ✓ **Disponibilidad**: fue tener el acceso libre y permanente a los lugares situaciones o eventos del estudio, para el caso fue el hogar.

La información se recolectó a través de la entrevista semiestructurada **(Anexo 5)**, la observación participante y el diario de campo para facilitar la comprensión y el análisis. Estas técnicas constituyeron lo que en etnoenfermería, Leininger llamó el facilitador Observación- Participación-Reflexión.

3.5.1 Facilitador Observación-participación-reflexión (OPR)

La utilización de este facilitador permitió involucrarse con las personas (madres), para estudiar el fenómeno y fue útil para incursionar, permanecer y concluir el estudio. Durante dos (2) a tres (3) meses se realizaron visitas domiciliarias a los hogares de las madres participantes. Durante cada visita se realizó observación detallada de la práctica de cuidado y a su vez una observación de ella identificando la relación con su bebé. En las entrevista se observaba a las madres, sus movimientos, gestos, manifestaciones no verbales y una escucha abierta a las madres acerca de sus prácticas de cuidado en el hogar con el recién nacido prematuro o bajo peso.

Luego se entró a participar en forma activa, resolviendo dudas al final de la entrevista y orientando hacia dónde consultar si era el caso. Se obtuvieron los datos a través de la guía de entrevista favoreciendo el acercamiento, identificación del contexto y situaciones que se involucraban dentro las prácticas ayudando a la obtención de datos acertados y reales provenientes de las madres. Posteriormente se reflexionó acerca de lo observado y lo expresado por las madres, los productos de esta reflexión se registraron en las notas de campo y fueron insumos para el análisis. De esta manera se involucró al investigador con las madres; moviéndose gradualmente de la observación a la participación y aún

más a la reflexión y confirmación de los datos recolectados. Este facilitador permaneció activo durante el desarrollo del trabajo.

Observación participante. Se acogieron los elementos de Amezcua,[cxxvi] quien, la presenta como una forma de acercamiento a la realidad que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes; se recogieron datos de modo sistemático y no intrusivo para captar la realidad social y cultural, de lo que transmiten las madres de los prematuros o neonatos de bajo peso como grupo social, mediante la inclusión del investigador en sus hogares, mientras brindaban cuidado.

La observación participante parte del principio de que existen realidades que no pueden ser observadas de forma unitaria, por lo que cabe una diversificación en la interpretación de dicha realidad. Se trató de comprender el fenómeno de prácticas cuidado, de indagar la intencionalidad de la madre con cada acto de cuidado. La fuente de los datos fue la situación natural. Investigador y sujeto de investigación se interrelacionaron de manera que se influían mutuamente.

La observación participante, se ocupó del estudio de los diferentes componentes de las prácticas de cuidado de las madres de los prematuros y neonatos de bajo peso en su medio que incluía relaciones familiares, creencias, símbolos y rituales, objetos que utilizaba para dar cuidado, costumbres, valores, etc. Como este enfoque admitió la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación, de hecho se consideró que la observación se alternó y complemento con la entrevista, aunque ambas se utilizaron desde la óptica de que el investigador formaba parte de la situación estudiada.

La investigación etnográfica, y por ende la observación participante en este estudio, implicó al menos dos componentes que interactuaron continuamente: el investigador (el yo) y la madre (el otro). Hay que conjugar la conceptualización del otro (perspectiva de la madre o conocimiento émico) con la conceptualización del observador (perspectiva del investigador o conocimiento ético) para llegar al conocimiento más aproximado a la realidad objetiva acerca de las prácticas de cuidado. La información que produjo a través de la observación participante correspondió siempre a estas dos categorías, dos discursos diferentes que basó su racionalidad respectivamente, dentro de un sistema particular o fuera de él.

Observar aquí era mirar y ver mientras se compartía con la madre. Con esta técnica se pretendió observar:

- ✓ Lo que dijeron las madres sobre el cuidado genérico, forma y contenido de lo que expresaron.
- ✓ Lo que hizo, conductas y comportamientos, gestos y posturas.

- ✓ Los objetos que utilizó.
- ✓ La ocupación del espacio (especialmente los lugares donde se desarrollaba el cuidado del niño).
- ✓ El tiempo ordinario (rutina del cuidado) y extraordinario (controles, visitas).
- ✓ El hábitat (la forma de vivir).
- ✓ Las relaciones familiares (estructura, funcionalidad, distribución edad - sexo, conflictos, etc).
- ✓ Los acontecimientos inesperados (visitas, accidentes, etc).

Cada realidad pudo sugerir puntos concretos de observación y participación, que previamente se identificaron y se incluyeron en la guía de observación.

3.5.2 Entrevista Semiestructurada

Se realizó en el encuentro cara a cara entre el investigador/ entrevistador tanto con las madres en su condición de informantes clave como con las enfermeras de las unidades neonatales como informantes generales.

Con las madres, la entrevista se orientó a comprender las perspectivas que ellas tenían con respecto a las prácticas de cuidado con el prematuro o neonato de bajo peso. Las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar, a la hora concertada previamente, evitando interferencias en su vida personal; se realizaron preguntas consecutivas que sirvieron de guía para contextualizar el conocimiento del fenómeno en estudio. En la primera entrevista se hicieron preguntas a la madre que permitieron ubicarlas demográficamente como: nombre completo, edad, número de hijos, estado civil, escolaridad, lugar donde vive, régimen de afiliación en salud, sexo del hijo, edad gestacional al nacimiento, peso al nacimiento, periodo hospitalizado, causa de la hospitalización, persona con quien vive, entre otros. El orden de abordaje dependió del grado de familiaridad logrado con el facilitador extraño-amigo. Se trató de un conversatorio donde se hicieron preguntas convenientes y oportunas y se pidieron explicaciones para clarificar o profundizar las ideas.

Con las enfermeras, las entrevistas se realizaron en forma individual, la cuestión orientadora fue: ¿Que saben Ustedes de lo que las madres hacen en el hogar cuando cuidan a los bebés prematuros o bebés de bajo peso una vez son dados de alta?

Se utilizó la técnica de entrevista etnográfica de Spradley (1.979), de quien se tomaron tres tipos de pregunta: descriptivas, estructurales y contraste.

- ✓ *Descriptivas:* es la descripción o representación de la cultura o del mundo, cuya finalidad es acercarse al contexto el cual el informante desarrolla sus actividades

rutinarias. Es decir, describió el cuidado del prematuro y bajo peso en su hogar de manera cotidiana y con su propio lenguaje. Una ejemplo:
¿Cuénteme como cuida a su bebé?
¿Qué quiere decir con…
¿Cómo o de qué manera organiza el baño del bebé?

- ✓ *Estructurales:* son las que verifica o comprueba las explicaciones estriadas, es decir, verificó constructos con los cuales las informantes describieron sus mundos. También fueron preguntas complementarias a las cuestiones descritas. Ejemplo:
  Usted me dijo que utilizaba…… para proteger de……
  ¿Cuáles son las formas como usted evita que su niño se enfríe?

- ✓ *De contraste*: estas pretendieron obtener significados de los constructos, es decir, extrajo diferencias entre los términos utilizados por el informante como parte de una misma categoría. Ejemplo: devolver la leche y vomitar son lo mismo o es diferente.

3.5.3 El diario de campo

Se utilizó para registrar las observaciones y poder plasmar las percepciones, evasivas, lenguaje gestual no congruente con el verbal. Fue el instrumento de registro de datos propio del investigador de campo, donde se anotaron las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada (lo que no está escrito, no sucedió nunca).

Se registraron datos antes de la entrada en el escenario pues convenía reflejar las anotaciones necesarias para planificar el trabajo de campo: utilizó guiones, esquemas, etc., y después de cada observación: todo lo que ocurrió en el escenario fue fuente de datos. Fue importante limitar el tiempo de la observación a las posibilidades reales de registro, o lo que es lo mismo, se procuró dejar el escenario antes de llegar a la saturación mental.

Se registró escribiendo con disciplina: una hora de observación, generó cuatro horas dedicadas a anotaciones. Estas fueron más intensas al principio y decrecieron conforme nos acercábamos al final del estudio. Para recordar palabras y acciones se utilizaron algunas técnicas como concentración, visión microscópica, identificación de palabras clave, diagramas, resúmenes, etc. También se empleó en lo posible la grabación y el video, siempre y cuando se pudieron controlar los efectos que producían como métodos intrusivos que eran.

En el diario de campo se registró todo lo que podía recordarse sobre la observación, los hechos observados: descripciones de personas, actividades, conversaciones, secuencia y duración de los acontecimientos, estructura del escenario, etc.

I4E1NC1P6 "*Además realiza gestos en su cara y se ríe hablando, realiza movimientos con sus manos para explicar las respuestas a las preguntas".*

I2E2NC2P4 "*Cabe resaltar que mientras se le realiza la entrevista a la mamá el cuidado del bebé lo realizaba el papá, al finalizar la entrevista se observó que el papá es un joven amable, y que le agrada cuidar a su bebé".*

Los comentarios del observador: Lo que los hechos produjeron en el investigador (experiencia vivida: sentimientos, intuiciones, dudas, incomprensiones, sufrimientos, goces, temores, etc).

I3E2NC1P1 "*Llegamos donde la madre donde nos recibe de muy buena manera y nos invita a pasar a su comedor…"*

Lo que el investigador conceptualizó en la observación: reflexiones teóricas, hipótesis, líneas de actuación, etc.

I4E2NC21P6 *"La experiencia del cuidado de su hijo la madre la cuenta como una experiencia satisfactoria, con alegría y mucho sentimiento de que pudo sacar a su hija adelante".*

I1E4NC3P1 "*También se percibe un poco de miedo al brindar el cuidado por su condición. También deja ver sentimiento hacia la muerte…. Dejando un silencio extenso y enlaza su mirada con la del bebé".*

3.6 Papel del investigador

El investigador tuvo un papel activo durante todo el proceso de investigación y especialmente durante el trabajo de campo donde su experiencia, destreza y preparación tuvieron mayor relevancia, el investigador fue el instrumento de recolección y análisis de datos. Fue importante para el investigador asumir una posición neutral con mente abierta a nuevos aprendizajes, y suspendió las creencias personales, experiencias del pasado con el fin de no tener tropiezos en la recolección de datos. Las principales características propias del etnógrafo fueron la capacidad de observación y de escucha.

Se realizó observación para ubicarse dentro de la realidad sociocultural que se pretendía estudiar. Se utilizó la reflexión, para captar y comprender las prácticas de cuidado a niños prematuros y de bajo peso en el hogar ofrecidas por las madres. La *escucha atenta* permitió captar los mensajes, confirmar y validar las ideas de los participantes claves. Durante la entrevista, las preguntas fueron abiertas, secuentes, en diferentes niveles de profundización, según la inserción en el campo; el ambiente fue relajado. Cuando se contestaron las preguntas "Qué" y Dónde", de cada situación descrita, se logró profundizar en el análisis de las prácticas y su comprensión desde la perspectiva de los participantes.

Durante el trabajo de campo el investigador se movió gradualmente de la observación hacia la participación y aún más, a la reflexión y confirmación de los datos recolectados con los informantes. La reflexión sobre los fenómenos observados o ideas escuchadas, permitieron centrar al investigador en el contexto para después dar interpretación a las prácticas de cuidado. Se confirmaron continuamente los hallazgos durante y después de cada periodo de observación con las madres. Estas fases secuenciadas ayudaron a asegurar un proceso sólido de recolección de datos para obtener una base de datos precisa y completa de los informantes.

Acorde con lo que describe Hernández Sampieri[cxxvii], se tuvieron en cuenta algunas recomendaciones que contribuyen a prevenir sesgos: se evitó inducir respuestas y comportamientos en los participantes; se logró que los participantes (madres) narraran sus prácticas y puntos de vista sin enjuiciarlos o criticarlos; se recordó que cada cultura, individuo o grupo de individuos presentaban una realidad única; así mismo se tuvieron fuentes múltiples de datos, en este estudio se incluyó observación participante, entrevistas, notas de campo y se dispuso de informantes claves y generales, además se tomaron fotografías previa autorización diferente al consentimiento informado, se grabaron las entrevistas con autorización de los informantes; no se habló de miedos o angustias a los participantes; tampoco se intentó ofrecer sesiones de terapia, pues no era papel del investigador, pero sí se recomendaron profesionales a quienes los informantes podían consultar; no se realizaron comentarios comprometedores de la ética, se evitó en forma prudente los comentarios fuera de lugar; no se puso en riesgo la seguridad personal; antes de adentrarse en el contexto se obtuvo la mayor información posible de él; se mantuvo comunicación permanente con las madres para conocer y comprender su cotidianidad; se controlaron las emociones para prevenir que influyeran en los resultados. Se evitaron las interferencias en la recolección de la información y se obtuvieron los datos de las informantes tal como ellos los revelaron.

3.7 Rigor cualitativo: validez y confiabilidad

En esta investigación la significación y credibilidad del informe se basó en el cumplimiento de requisitos técnicos y éticos que permitieron apreciar el rigor observado en todo el proceso investigativo. Se consideraron los seis criterios definidos por la etno-enfermería para examinar sistemáticamente y descubrir las prácticas de cuidado con los recién nacidos prematuros y de bajo peso en el hogar.

1. **Credibilidad:** precisión, credibilidad y veracidad de los hallazgos extraídos de los informantes. Esta dimensión de la calidad de los hallazgos y de las conclusiones corresponde a la “validez interna”, es multifacética, en función del tipo de entendimiento que emerge, el cual puede corresponder a una de cuatro categorías: *Descriptivo, interpretativo, teórico y evaluativo.* Se captaron las prácticas de cuidado de los participantes con sus hijos, además, se estuvo en capacidad de comunicar el lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes. Se controlaron las amenazas relacionadas con las distorsiones que pudieran ocasionarse por la presencia en el campo, tales como tendencias y sesgos que no apoyaban las conclusiones; o tendencias y sesgos de los participantes (madres), que podían distorsionar los eventos. Por tanto, para prevenir estos sesgos de la

credibilidad se tuvo cuidado en evitar que las creencias y opiniones afectaran la claridad de la interpretación de los datos, buscando evidencias positivas y negativas por igual[cxxviii].

Para lograr el acercamiento a los participantes, se utilizó el facilitador de extraño a amigo descrito por Madeleine Leininger[cxxix]. Para garantizar la credibilidad se minimizaron los sesgos volviendo al campo las veces necesarias, se realizaron hasta tres visitas por informante; se chequearon los datos con los participantes, se acudió a enfermeras profesionales de las unidades de neonatología como informantes generales y se realizó confirmación repetida y directa, de los datos objetivos y subjetivos documentados, con los informantes.

2. **Confirmabilidad o Auditabilidad:** se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Se grabaron y trascribieron textualmente las entrevistas, se describieron características de los informantes y su proceso de selección. Esto se logró a través del examen que otro investigador (asesor) hizo de los datos llegando así a conclusiones iguales o similares a las del investigador original.

3. **Significado en contexto:** se describieron hallazgos que eran comprensibles para los informantes dentro de sus contextos ambientales familiares y naturales: el hogar. Se validó con las madres y las enfermeras informantes tanto los datos suministrados como la interpretación dada a los mismos.

4. **Patrones recurrentes**: se establecieron instancias repetidas, patrones de expresión y ocurrencias rutinarias identificadas en el tiempo. Se identificaron, analizaron e interpretaron los patrones de cuidado de las madres, que eran recurrentes en las prácticas de cuidado en los hogares.

5. **Saturación:** se realizó búsqueda exhaustiva, desde los informantes, de datos relevantes al dominio de investigación hasta que no se evidenciaron nuevos hallazgos que vinieran de los informantes. Se realizó una exploración exhaustiva sobre las prácticas de cuidado que realizaban las madres con sus hijos prematuros o bajo peso en el hogar, hasta no obtener nuevos datos de los informantes o de las observaciones.

6. **Transferibilidad:** Se cumple con este criterio pues los hallazgos tienen la posibilidad de ser extendidos o usados apropiadamente en otra cultura similar dentro su propio contexto[cxxx]. El grado de transferibilidad es una función de la similitud entre los contextos. En el cumplimiento de este criterio, del dominio de la objetividad científica, llamado “validez externa” se enfatizó en la posibilidad de replicar el estudio por parte de otros. Se proporcionaron detalles específicos sobre el diseño del estudio, explicando con claridad los criterios de selección de los participantes y las herramientas para recolección de la información, Se describió el papel del investigador en el campo y los métodos de análisis empleados[cxxxi]. Esto, permite a otros investigadores generar estudios similares en otros contextos.

3.8 Aspectos Éticos

Desde una perspectiva ética, se plantearon herramientas que eran un reto, aunque fueran bien sencillas como el consiguiente cambio de actitud, el personal debe implementar dinámicas novedosas a través de nuevos procedimientos y protocolos, que garantizaran una interacción humanizada, clave para la prestación de cuidado y al interrelación que se presenta a diario en las unidades, se detectaron las mejores oportunidades para mejorar el apoyo a los madres de manera humanizada como enfermería solo lo sabe hacer[cxxxii].

Se tuvo en cuenta la Resolución No. 8430 DE 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Define criterios que se deben tener en cuenta en toda investigación de salud y para este estudio se incluyó artículos que competían a la investigación y que orientaron sus aspecto ético y bioética de las participantes en el estudio.

*Capítulo 1***.** De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se establece:

Artículo 5**.** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Esto se garantizó a través del consentimiento informado, la protección a la privacidad de la información y la negociación de los espacios de encuentro.

Artículo 6**.** La investigación que se realice en seres humanos se desarrolla conforme a los siguientes criterios, aplicados e este estudio:

a. Se ajustó a los principios científicos y éticos que la justifican.

b. Se garantizó la seguridad de los beneficiarios y se evitaron al máximo los riesgos posibles, para no causar daño, físico o sicológico a la madre o al aniño/a. En este sentido, la investigadora se desplazó hacia el hogar y fue en este sitio donde se realizaron las entrevistas; asimismo, cuando se consideró que la narración podía afectar psicológicamente a las madres, oportunamente se plantearon temáticas alternas que reducían el riesgo.

c. Contó con el Consentimiento Informado y por escrito de la madre. (Anexo 2)

d. Con una participante se filmó una actividad de cuidado con su bebé previa autorización de la madre una vez se explicó la forma, lugar y fines de su utilización, así como la protección de su identidad. (Anexo 3)

e. Fue realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de la Universidad Nacional de Colombia- Facultad de Enfermería.

f. Se realizó cuando se obtuvo la autorización: el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia- Bogotá**.** (Anexo 4)

Artículo 8**.** Por ser una investigación con seres humanos se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificó mediante el uso de códigos, no se mencionaron datos que comprometieran su identidad.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal identificó los posibles riesgos a que podrían estar expuestos los sujetos de investigación. La presente investigación fue de riesgo mínimo, pues no se realizó intervenciones a la madre o el recién nacido. Se evitó realizar preguntas que pudieran vulnerar el bienestar y la estabilidad emocional de la madre. Se realizaron las entrevistas una vez la madre estuvo lista para responder a las mismas. Las entrevistas fueron realizadas en el hogar de la madre, y previa concertación de fecha y hora, para conservar su tranquilidad y bienestar.

Artículo 12**.** El investigador principal estuvo dispuesto a suspender la investigación de inmediato, si advertía algún riesgo o daño para la salud del participante o si el participante manifestaba su intención de retirarse; sin embargo esta eventualidad no se presentó.

Artículo 13**.** Es responsabilidad de la institución investigadora o patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda. Este estudio fue de riesgo mínimo, si hubiese sido necesaria la atención médica, se buscaría la atención a través de la aseguradora a la que pertenece la madre. Este evento no se presentó.

Artículo 14**.** Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Este fue diligenciado previamente al inicio de la recolección de los datos. (Anexo No, 2)

Artículo 15. El Consentimiento Informado (Anexo No, 2) presentó la siguiente, información, la cual fue explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación en tal forma que pudieran comprenderla.

a. La justificación y los objetivos de la investigación.

b. Los procedimientos a usarse y su propósito.

c. Las molestias o los riesgos esperados.

d. Los beneficios que podían obtenerse.

e. Los procedimientos alternativos que podían ser ventajosos para el sujeto.

f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se crearan perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

h. La seguridad que no se identificaría al sujeto y que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando. Esta situación no se presentó.

j. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación. Las madres y sus neonatos, bajo la Ley colombiana tienen prioridad en la atención y cobertura de régimen subsidiado. En caso de ser necesario se estuvo dispuesto a facilitar el contacto con la entidad que le correspondía a la madre para que fuera atendida oportunamente. El evento no se presentó.

k. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma. Esta investigación se realizó con recursos propios de la estudiante de Maestría quien asumió los gastos adicionales. No se presentó el evento.

Los resultados de la presente investigación serán socializados en eventos científicos nacionales y/o internacionales, se hará invitación a las madres quienes participaron en el estudio y a los profesionales de enfermería. Además se publicará un artículo en una revista científica indexada.

4. Análisis de información y Resultados

Se adhirieron siete (7) madres como informantes claves que cumplieron con los criterios de selección. Los informantes generales fueron cinco (5) enfermeras profesionales de las diferentes unidades de Cuidado Intensivo de Pereira.

Las madres fueron identificadas por referencia de profesionales de enfermería que habían cuidado a sus hijos durante el periodo de hospitalización. Ellas ubicaron a las madre mediante la revisión de registros de egresos de neonatos y recomendados por ellas que consideraban pertinentes para la investigación porque cumplían con los criterios de inclusión, proporcionaron datos como dirección y teléfono. Posteriormente, las madres fueron abordadas por vía telefónica por el investigador para invitarlas a participar en el estudio. Una vez obtenido el primer contacto telefónico con la madre donde se explicó el objetivo de la investigación y forma de participación, se preguntó por su aceptación, si ésta era afirmativa, se procedió a agendar la cita de visita al hogar, acordando mutuamente la hora y día del encuentro.

El ambiente seleccionado fueron los hogares de las madres ya que era el espacio adecuado para entrevistar a las informantes claves y poder observar sus comportamientos mientras permanecían en el hogar. Este era un espacio desconocido para el investigador. Posteriormente, se realizó una presentación formal, clara y concreta del trabajo de investigación y se resolvieron dudas. Se leyó el consentimiento informado, se explicó la libertad de retirarse del estudio si lo deseaba en el momento en que lo decidiera. El consentimiento incluyó también el permiso por parte de la madre para estar en su hogar y permitir la observación del cuidado que brindaba a su bebé y de ser posible, la grabación de las entrevistas o la filmación de algunas prácticas de cuidado genérico. Posteriormente se firmó el consentimiento antes de iniciar la entrevista.

Como lo expresa Creswell, [cxxxiii] en investigación etnográfica, la recogida y el análisis de los datos se realizan en forma simultánea. El proceso de obtener información es un proceso en zigzag: ir al campo de observación para obtener datos, analizarlos, ir nuevamente al campo, obtener datos y analizarlos, etc. El análisis se realiza mediante procesos de categorización y codificación. Tantas veces se va al campo como sea necesario hasta que la categoría de información es considerada como saturada.

Según Rodríguez,[cxxxiv] la categorización emerge del análisis y hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico. Las categorías

soportan un significado o tipo de significado y pueden referirse a situaciones, contextos, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias, procesos, etc. La codificación, en cambio, es la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que se considera incluida. Los códigos, que representan a las categorías, consisten, en marcas que se añaden a las unidades de datos, para indicar la categoría a que pertenecían. Estas marcas pueden tener un carácter numérico o visual (colores), haciendo corresponder cada número o color con una categoría concreta, aunque es más frecuente utilizar palabras o abreviaturas de palabras con las que se han etiquetado las categorías. En síntesis, categorización y codificación son, por tanto, actividades que giran en torno a una operación fundamental: la decisión sobre las asociaciones de cada unidad a una determinada categoría. Este procedimiento se tuvo en cuenta.

4.1. Fases de la Etnoenfermería para el análisis

La etnoenfermería utiliza una “Guía de análisis de datos” para conservar la rigurosidad, profundidad y nivel sistemático e interpretativo de los hallazgos. El análisis se inició el primer día de la investigación y continuó con la codificación, procesamiento y análisis de todos los datos hasta que terminó la recolección. El proceso se realizó en cuatro fases secuenciales

4.1.1 Primera fase: Recolección, descripción y documentación

Se recolectaron y archivaron los datos en un espacio de la casa del investigador, luego se comenzó el análisis de los datos en bruto. La recolección de la información de las madres (informantes claves) se realizó a través de entrevista semiestructurada teniendo en cuenta la guía de entrevista etnográfica (Anexo 5). Las observaciones se registraron en los diarios de campo; se tuvieron experiencias participativas, se identificaron las prácticas de cuidado contextuales: se identificaron símbolos desde el enfoque émico. La información se recolectó y se completó la saturación con 7 informantes claves con un total de 21 entrevistas con un tiempo promedio de 70 minutos cada una.

Para conservar la confidencialidad se estableció un método de codificación: a cada informante se le asignó un número No. 1, No. 2 y a cada entrevista se dio un número según el número de entrevistas realizadas a cada madre, entrevista 1, entrevista 2 y en la transcripción de cada entrevista se enumeraron los párrafos párrafo 1, párrafo 2 y se constituyeron paquetes de información por cada informante.

I2E1P1: informante número 2, entrevista número 1, párrafo número1.
“I1E2P14 ¡Sí!, se tiene que tener muy pendiente por que él estuvo sin respirar mucho y nos teníamos que fijar que estuviera respirando bien. En las noches me levantaba a mirar de que si estuviera respirando bien”.

Al igual, con los informantes generales el sistema de codificación fue similar, ejemplo:

IG1E1P1: informante general 1, entrevista 1, párrafo 1. Las expresiones de cada informante general en los grupos focales, fueron grabadas y transcritas y se convirtieron en unidades textuales independientes.

IG1E1P10 *Solo limpiarlo con pañitos húmedos sin sumergirlo en una bañera con agua hasta que pese por encima de 2500g.*

Finalmente las notas de campo se codificaron en forma parecida: I1NC1E1P4: Informante 1, nota de campo 1, entrevista 1, párrafo 4.

***"I1E5NC5P1** refiere mucha angustia y expresiones faciales cuando se habla del miedo que le producía el pensar que podría perder él bebe, por la complejidad de sus enfermedades y complicaciones con la que había nacido".*

Los datos se procesaron y codificaron en el computador en el programa Word y Excell 2012 por medio de carpetas para cada informante que contenían los siguientes archivos: transcripción de la entrevista, fragmentación de la entrevista y nota de campo, matriz de análisis. A su vez, los datos demográficos de las madres participantes en el estudio se consolidaron en un cuadro (Anexo 6).

4.1.2. Segunda fase. Identificación de descriptores, indicadores y categorías

Los datos se codificaron y clasificaron según el dominio de investigación; los descriptores émicos y éticos fueron estudiados dentro del contexto para encontrar similitudes y diferencias. En la elaboración del sistema de categorías se utilizó el proceso inductivo; se partió de registros narrativos, notas de campo, grabaciones, etc., y se extrajeron los rasgos que fueron agrupados en función de las semejanzas y las diferencias de ciertas características, se continuó con el análisis de cada descriptor con su codificación identificando palabras, frases, conceptos dentro de los datos de manera tal, que surgieron códigos que pudieron ser identificados y analizados.

Se ubicaron dentro de una matriz de análisis en Excel versión 12, que permitió descubrir las relaciones entre los datos recolectados, los memos y el fenómeno estudiado, con los siguientes datos: código numérico, descriptores, memo analítico y posteriormente memo de análisis a la luz de la Teoría de Leininger. Como se evidencia en la tabla 2.

A su vez, se seleccionaron todos los descriptores con prácticas de cuidado similares y se agruparon en el mismo código con el fin de ir identificando las relaciones, se plasmaron los memos que fueron notas que reunieron comentarios sobre los códigos[cxxxv]. Si los descriptores eran diferentes se asignaba un nuevo código. Posteriormente se hizo el análisis de los descriptores y su relación con el modelo del sol naciente. Se incluyeron dentro del análisis las notas de campo para una mejor interpretación de los descriptores.

Tabla 4-1. Estructura de la tabla de análisis

DESCRIPTOR	CODIGO	MEMO	ANALISIS TEORIA DE LEININGER
I7E1P1 debía tener mucho cuidado con las corrientes de aires para evitar que no se enfriara y para que no se fuera a enfermar de los pulmones,	**EVITAR QUE SE ENFRÍE**	La madre considera que las corrientes de aires son fuente de enfriamiento del bebé y de provocar riesgo en la salud del mismo. Ella lo protege contra estos factores no protectores que le puedan ocasionar daño y asimila prácticas favorables para el bienestar y salud del niño.	El contexto ambiental genera microambientes que la madre crea para el cuidado del prematuro en el hogar que facilite patrones de vida y condiciones de cuidado para el niño culturalmente específicas.

Fuente: Matriz de análisis de la investigación

4.1.3. Tercera fase. Análisis contextual y de patrones

Los datos fueron investigados para descubrir saturación de ideas y patrones recurrentes de prácticas de cuidado similares o diferentes, expresiones, interpretaciones. Los datos también se examinaron para buscar patrones de prácticas de cuidado en contexto, verificando y confirmando hallazgos. La información identificada de cada madre se verificó con la saturación de la información de manera individual, realizando un seguimiento a la saturación de códigos, con el propósito de determinar los que respondían a la pregunta de investigación, el número de veces que se repetían y los códigos nuevos o únicos en cada madre que requerían saturación con los siguientes participantes. Se utilizaron mapas conceptuales que permitieron el ordenamiento de la información y el análisis, proporcionando mayor sentido a los resultados.

4.1.4. Cuarta fase: Identificación de temas centrales

Se sintetizaron datos y se identificaron las prácticas de cuidado de las cuatro fases para que el análisis fuera consistente y entendible. La tarea fue abstraer y confirmar los temas principales, hallazgos de investigación, recomendaciones, para dar respuesta al fenómeno de estudio. Los datos fueron continuamente "reflexionados" por el investigador; en todo momento, todos los hallazgos fueron remontados a cada fase y a los datos fundamentados de la primera fase.

4.2. Facilitador: modelo del sol naciente

Para facilitar el análisis y la discusión de los hallazgos se utilizó ***"El modelo del sol naciente"*** que permitió comprender los valores, las creencias y las prácticas culturales de cuidado de las madres, las cuales están determinadas por la visión de mundo, el

lenguaje, el contexto religioso (espiritual), de parentesco (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura particular.

Grafica 4-1. Modelo del Sol naciente de Madeleine Leininger

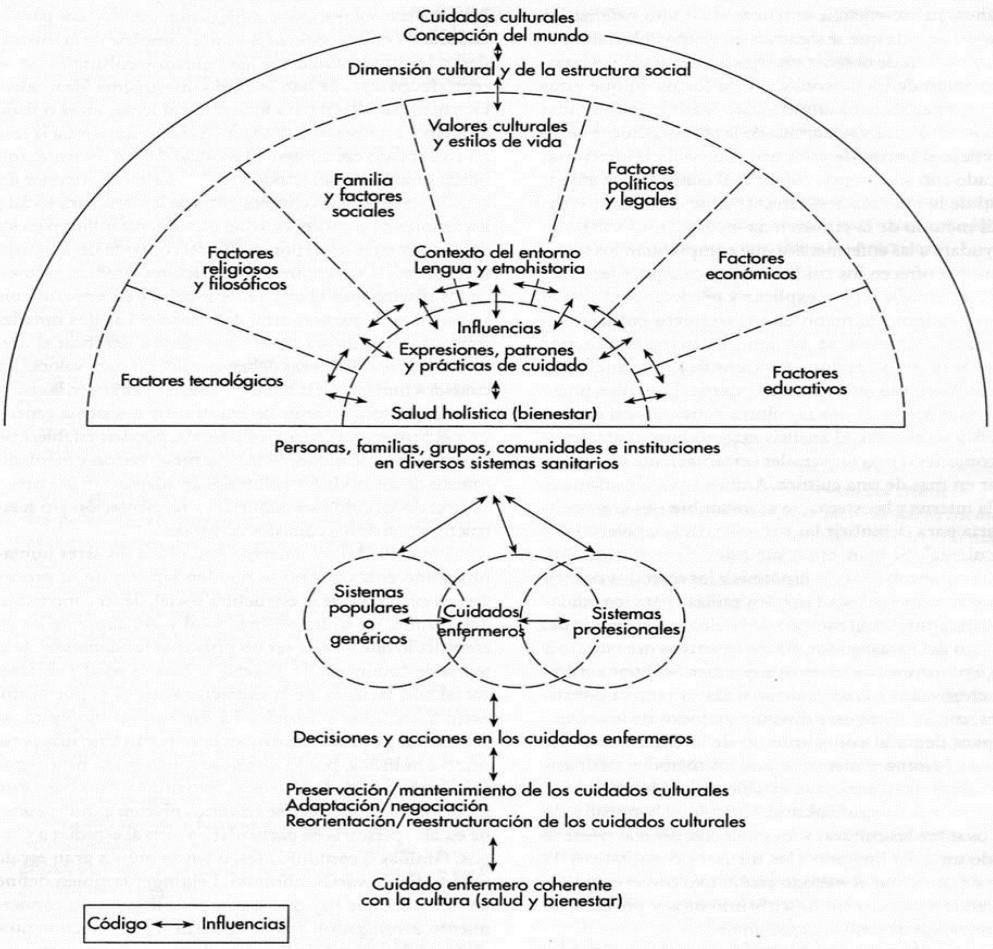


Figura **28-1 Modelo del sol naciente de Leininger que representa la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales.** (Modificación realizada por la misma Madeleine Leininger en 1996 e incluida en una carta personal. Está recogida en Leininger MM [1991]. *Culture care: Diversity and universality* [p. 43]. Nueva York: National League for Nursing. Publicada con permiso.)

Las expresiones de cuidado orientadas desde la salud holística están influenciadas en forma directa por factores del contexto y a su vez, el contexto está insertado en una dimensión macro-estructural social y cultural, que les ha permitido a las personas consolidar una visión de mundo desde la cual interpretan todas las experiencias vitales, reales o potenciales. Simboliza la salida del sol (cuidados); la mitad superior del círculo son los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud, por medio del contexto del lenguaje, la

etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros, que se esquematizan en la parte central del modelo.

Las dos mitades unidas forman un sol, que corresponde al universo que las(los) enfermeras deben considerar y entender, para valorar los cuidados humanos y la salud, luego los profesionales de enfermería son el puente entre el sistema genérico (émico) y el profesional (ético).

Según Leininger, pueden establecerse tres tipos de cuidados de enfermería:

1. **Preservación y mantenimiento de los cuidados culturales**, entendiéndose éstos como las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a la persona de una cultura (madre) a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o poder enfrentar discapacidades o la muerte (del hijo y ella).

2. **Adaptación y negociación de los cuidados culturales**, refiriéndose a todas las acciones y decisiones descritas que le permiten a la persona (madre) a adaptarse o llegar a un acuerdo con otras culturas para obtener resultados benéficos y satisfactorios (para su hijo y ella misma).

3. **Reorientación y reestructuración de los cuidados culturales**, que implican acciones y decisiones que ayudan a las personas (madres) a reorganizar, cambiar y modificar sus modos de vida para obtener nuevos resultados beneficiosos y satisfactorios (para ellas y su hijo).[cxxxvi]. El modelo visibiliza a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural, estructura social, concepción del mundo, trayectoria vital y del contexto de su entorno. Leininger considera que el sexo, edad, raza y estatus social son parte de la estructura social y se deben estudiar; la dimensión biológica, emocional y otras son estudiadas con una mirada holística, por lo tanto, no se pueden fragmentar o separar. [cxxxvii]

En este estudio únicamente se aplica la teoría para descubrir los cuidados genéricos, los conocimientos émicos, que son revelados por las expresiones de la madre que atiende las necesidades de su hijo prematuro o de bajo peso en el hogar.

El modelo del sol naciente, actuó como mapa cognitivo el cual permitió descubrir los principales componentes de la teoría a medida que se recogían los datos y se analizaban los resultados, además, este facilitador se desarrolló durante todo el proceso de análisis y durante las cuatros fases planteadas, debido que una vez identificado los descriptores, se logró obtener los códigos y de igual manera es generó la relación de los factores que emergían de los datos obtenidos y que podían ubicarse en este mapa cognitivo cómo se evidencia en la Tabla 4-2.

Tabla 4-2. Análisis a la luz de la teoría de Madeleine Leininger

DESCRIPTOR	CODIGO	MEMO	ANALISIS TEORIA DE LEININGER (Ubicación En Sol Naciente)
I4E2P16 ella me ayudo con las cosas de la casa, y con el cuidado del bebé por ejemplo cuando que quería ir al baño ella se lavaba las manos y lo envolvíamos en la cobijita y lo carga mientras que yo iba al baño.	**Apoyo de la mamá**	Para la madre el apoyo de la abuela se refleja en confiar en su experiencia, recibir el apoyo de ellas, estar acompañada, es decir un apoyo único.	*Los factores de la estructura social de parentesco* (abuela), está influenciado de manera directa o indirectamente en la salud y el bienestar del prematuro. Estas acciones proporcionan una riqueza en el cuidado basado culturalmente direccionando a la salud, al bienestar o enfermedad del prematuro o bajo peso que garantice la supervivencia del mismo.

Fuente: Matriz de análisis de la investigación

4.3 Resultados

Las Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro y bajo peso que ofrecían las madres en el hogar, se evidenciaron con las ideas e impresiones que ellas expresaron al respecto en el contexto de su hogar. Estas impresiones se refirieron desde su propia mirada (conocimiento émico) al cómo cuidar a un prematuro, evitar que se enferme, a estimularlo, mantenerlo calientico y a fortalecer el amor madre/hijo, hasta continuar con las prácticas aprendidas en la institución de salud. Los aportes de las informantes generales permitieron validar la información entregada por las madres, a la vez que sus observaciones sirvieron de espacio de reflexión acerca de su papel como educadoras.

En las madres, las prácticas aprendidas para el cuidado de sus hijos generaron cambios en sus estilos de vida, estableciendo prioridades en el cuidado, necesidades de apoyo del conyugue, de las abuelas, por otras familiares y hasta por el personal de salud; aceptaron un ambiente nuevo e inesperado caracterizado por el hogar donde no existía la tecnología, ni el personal de salud que con su conocimiento eran necesarias para su práctica de cuidado de salud y el bienestar de su hijo. En este contexto se evidenciaron las prácticas tradicionales y generacionales con el cuidado del bebé que algunas permitieron ser modificadas y transformadas por el apoyo de la institución de salud a través de los profesionales de enfermería, fuente de cuidado especifico.

Por tanto, encontrar las prácticas de cuidado implicó para el investigador entender y comprender las ideas de las madres con respecto al cuidado del recién nacido prematuro o bajo peso en el hogar y comprender lo manifestado por las informantes generales y que contribuyó a ampliar, corroborar y confirmar el conocimiento acerca de las prácticas de

cuidado que hacen las madres, con éstos bebés en el hogar. Hallar las prácticas también fue importante para el investigador puesto que como profesional de enfermería le aportaron elementos que le ayudarían a organizar el cuidado de enfermería incluyendo estos hallazgos, que vivencia las madres con el apoyo de sus familias, y que son parte de su cultura, como lo expresó Leininger. [cxxxviii]

Con los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los madres, y a partir de los códigos y el análisis a la luz del modelo del sol naciente, emergieron en esta investigación dos temas: *Cuidar un prematuro o bebé de bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos* y *La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro o bebé de bajo peso en el hogar,* que logran describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar.

La construcción de la descripción de los temas con sus respectivos patrones y códigos, que a continuación se presentan se realizó a partir de los memos de análisis de cada descriptor o fragmento significativo obtenido a través de la información de las diferentes fuentes de datos. (Tabla 4-3)

Tabla 4-3. Temas, patrones y códigos

TEMA	PATRONES	CÓDIGOS
I. Cuidar un prematuro o bebé de bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos.	**1. La Institución de Salud, fuente de cuidado específico**	Apoyo y Enseñanza institucional
	2. La Familia, el apoyo para la madre en el cuidado del bebé	Apoyo de la mamá
		Apoyo de la suegra
		Apoyo del compañero
		Apoyo de otros
	3. La madre, cuida el bebé	La madre cuida el bebé
		Miedo a cuidar el bebé en el hogar
		Miedo a la muerte del bebé
		Fortaleza emocional de la madre
		Fortaleza espiritual de la madre
		Nivel de educación influye en el cuidado al prematuro o bebé de bajo peso (informante general)

Tabla 4-2. (Continuación)

II. La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro o bajo peso en el hogar	**1. Evitar que se enferme, para que crezca sano**	Desinfección y lavado de las manos
		Todo limpio
		Lugar de cuidado
		Separar artefactos para el cuidado del de los adultos
		Usar Tapabocas
		Evitar exposición a microorganismos
		Limitar las visitas a personas ajenas a la familia
		El baño del bebé
		Otros cuidado de la piel
		Alimentar con lactancia materna
		Otros alimentos
		Sacar los Gases
		Exposición al sol
		Vigilar La respiración
		Evitar caídas (informante general)
		Evitar el mal de ojo (informante general)
		Uso de riobarbo
II. La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro o bajo peso en el hogar	**2. Estimular al bebé es una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo**	Hacer masajes
		Cargar el bebé
		Estimularlo con música
		Artefacto para dormir
		Apoyarlo para que se sostenga
		Evitar que se quiebre
		Evitar olores fuertes
		Colocar clara de huevo en las rodillas
		Evitar ruidos fuertes (informante general)
		Movimientos delicados (informante general)
		Aceite de maíz para engorde (informante general)
	3. Mantenerlo calientico y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalece el amor madre/hijo	Utilizar ropa de algodón
		Evitar que se enfrié
		Teja de barro
		Contacto piel a piel
		Baño de salvado de calambombo

Fuente: Análisis de entrevistas realizado por la investigadora.

4.3.1. Tema 1: Cuidar un prematuro o bebé de bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos

El bebé prematuro y neonato de bajo peso requiere de cuidados especiales; es importante que la madre y su familia compartan con el profesional de enfermería cuidados y estimulación derivada del medio, que favorezca buenas prácticas de crianza. Por esta razón, estas madres deben estar preparadas desde las UCIN para cuando les den de alta a sus hijos, tenga la orientación adecuada de cuidado del prematuro o bebé de bajo peso. Así mismo, ésta debe ser adecuada y beneficiosa dentro de la rutina diaria, haciéndola fácil, cotidiana, activa y práctica.

Una de las fuentes de enseñanza para el cuidado del bebé prematuro es el personal de salud de la institución donde fue atendido el niño durante su etapa crítica y que la madre reconoce. Para ella lo aprendido es importante y continúa realizando en su casa los cuidados para garantizar la sobrevida del niño. El cuidado en casa es una continuación del cuidado recibido en la institución de salud. La madre es la persona que mantiene la conexión con el hijo a través del vínculo afectivo que le permite identificar las necesidades de cuidado y responder a ellas, por lo que no concibe el cuidado ofrecido por otras personas igual al ofrecido por ella.

Patrón 1: la institución de salud, fuente de cuidado específico. El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia para una madre. Pero cuando el parto se adelanta y ocurre el nacimiento prematuro una avalancha de sentimientos invade a la madre y su familia. Por eso es importante recibir información, comprender qué está pasando; el estar informados durante la hospitalización ayuda a disminuir la angustia y a minimizar el impacto al que se enfrenta en una UCIN. La información, enseñanza y apoyo que brinda el personal de salud permite entender la problemática del bebé prematuro o bajo peso y se familiariza con las técnicas, protocolos y lenguaje utilizado por el personal de enfermería, entender al equipo de salud y colaborar en al atención del bebé.

La institución de salud, fuente de cuidado especifico es la encargada de proporcionar a la madre las herramientas necesarias para el cuidado del prematuro o bajo peso, brindando enseñanza sobre los cuidados que van dirigidos a conservar la temperatura, lograr una alimentación adecuada y a mantener la respiración; pero que también son cuidados directos como el baño, sueño, contacto piel a piel, cambio del pañal, cuándo acudir a la institución de salud, entre otros; a su vez, debe brindar información necesaria para que en la hospitalización comience el cuidado al bebé y para que en el hogar lo a prendido en la institución sea importante y se continua realizando los cuidados para garantizar la sobrevida del niño. Lo anterior indica que el cuidado en casa es una continuación del cuidado recibido en la institución de salud, convirtiendo así en actores (madre, familia y enfermera) en cuidar un prematuro en el hogar, una responsabilidad de todos.

Este patrón estuvo constituido por los siguientes códigos:

Código 1*: *apoyo y enseñanza institucional. Cuando la madre recibe enseñanza de los profesionales, se encuentra con un contenido que interpreta, y evidencia el apoyo que recibe del personal de enfermería en el cuidado del prematuro o bajo peso. La madre considera que es importante continuar en la casa el cuidado al recién con igual dedicación con la que se realizaba cuando estaba hospitalizado, para evitar complicaciones o reingresos y lograr tranquilidad de ella misma, pues asegura que su cuidado no es igual como un bebé a término. El enfoque de enseñanza en la institución de salud es evitar que el niño se enferme; por esta razón, ella enfatiza en el aseo de manos y sabe cómo y porqué lo realiza teniendo en cuenta la vulnerabilidad e inmadurez de su hijo, con esta pauta lo protege contra enfermedades o microorganismos lesivos. Otros aspectos, de cuidado aprendidos del conocimiento ético son: protegerlo de corrientes de aire para que no se enferme de los pulmones,¸ importancia de los controles y seguimiento al prematuro y bajo riesgo que indican el curso del desarrollo, crecimiento y bienestar; el contacto piel a piel fuente permanente de calor corporal, estimulación y favorecimiento del vínculo afectivo entre madre/hijo; el baño del bebé suave y restringido, limpiar el ombligo y el baño de sol como formas de higienizarlo y evitar complicaciones; vacunarlo como cuidado protector; alimentarlo con leche materna como fuente nutricional y protectora.

Las instrucciones ofrecidas a la madre sobre el cuidado las hicieron a través de su participación durante la hospitalización del niño y de folletos que le permitieron obtener mayor información y compresión de los cuidados.

Así lo refieren la siguientes informantes

*"**I1E1P1**.en la clínica me dijeron que no lo dejara cuidar de nadie que el bebe necesitaba los cuidados de la mamá que era la persona que mas necesitaba, que cuando yo tuviera gripe usaran tapabocas, que se lavaran las manos en el momento en el que lo fueran a coger, tener mucho aseo muchos cuidados".*

***I3E1P29** que estuviera pendiente ósea de la movilidad que si veía algo extraño en él que lo llevara hay mismo al médico y esas cosas por lo general eso es lo que le recomiendan a uno porque le faltaba tiempo al niño y por eso podría tener algún problema, entonces hay que estar pendientes llevarlo muy juiciosa a los controles. Aplicarle las vacunas y eso es muy importante para el bebé y ya.*

*"**I4E1P9** enseñaron a extraerme la leche para darle con un jeringa y luego ya la pegue fue superrr…, también le explicaron a mi esposo como hacerlo yo me extraía la leche y el estaba haciendo de papá canguro, que usáramos tapabocas si alguien tenía gripa para contagiarlo, el lavado de manos eran muy enfáticas para todo y utilizáramos un jabón especial antibacterial. Además que la pusiéramos al sol para que nos e le subiera las bilirrubinas cierto?... y le diera solo leche materna cada que ella pidiera mucho cuidado de no pasarme de las 3 horas , si eso pasaba que la despertar, que la revisara al respiración que nos e quedara ni nada …. Y lo que le dije al principio".*

*"**I3E1P7** a mí me explicaron todas esas enfermeras cuando estaba haya, las que lo tenían en neonatos y mi familia me decía que lo canguriara, que lo cuidara…"*

***"I3E2P23** que le limpiara bien le ombliguito que porque todavía que le asear bien las partes como no lo podíamos bañar sino hasta que pesara 2000"*

La madre recibe las recomendaciones del personal de salud y las acata hasta donde es posible, pero por la influencia cultural reorganiza lo aprendido creando un mezcla entre el conocimiento científico y el tradicional. Llama la atención en algunas madres que la alimentación del niño puede separarse de la recomendación profesional, evento que no es compartido en las citas de control, puesto que ella informa lo que cree que el equipo quiere escuchar; sin embargo es una práctica que debe revaluarse, de acuerdo a las características del bebé y la influencia en su salud. La madre recibe aprendizaje sobre la alimentación del niño con el fin de tener una ganancia de peso acorde con las necesidades nutricionales, pero no alcanzar este propósito hace que adopte prácticas que pueden implicar riesgos para la salud del niño. El siguiente fragmento lo evidencia:

"I2E2P3 pues *la verdad yo le daba esta leche … , …… pero él no me subía de peso ,no me aumentaba de peso, pues yo empecé a darle ….. y …… por recomendaciones de la doctora, pero el niño no me aumentaba de peso y nada... y nada y ahora que le diera recomendaciones de la doctora que cada 3 horas le diera una oncita, pero él no me subía de peso y lloraba... y lloraba pues yo decidí cambiarle la leche y empecé a darle el rodeo y le daba comida cada que él me lo pidiera cada media hora, cada 15 minutos si él me pedía un onza yo se la daba y a si me subió de peso".*

En este mismo sentido, las informantes generales expertas y poseedoras de conocimiento científico acerca del cuidado de estos niños, fueron coherentes con lo expresado por las madres en cuanto a lo aprendido de ellas en la institución. Las enfermeras consideran importante involucrar a la madre desde la hospitalización para que aprenda a cuidar a su hijo y continúe haciéndolo de igual forma en el hogar, bajo los estándares de cuidado específico a este grupo vulnerable.

***IG5E1P10** los buenos cuidados que la madre va a tener con su bebé se derivan de lo aprendido por la enfermera hay que asegurarnos que la mamá esté lo suficientemente entrenada en el manejo de su pequeño.*

***"IG2E1P14** Ese cuidado comienza generalmente desde la hospitalización, se involucra la madre desde que llega a la unidad y al egreso"*

La enfermera actor del contexto, afirma que el cuido del prematuro debe estar a cargo del equipo de salud entrenado para manejar y apoyar a los padres, ya que cuidar el bebé es crítico, está ligado a su tamaño y peso y genera en las madres desconfianza de su propias capacidades para ejercer su rol.

IG1E1P1 *es explicamos los signos de alarma como: cuando el niño respira rápido, se pone morado, diarreas, cuando está muy dormido y no despierta para el seno vomito se les sugiere que de inmediato llevarlo a urgencias o sitio más cercano de salud*

"IG5E1P11 *Ella debe saber bañarlo o limpiarlo, cambiarle el pañal, saberlo abrigar con ropa de tela especial que no lo acalore o que lo enfrié, darle su alimento materno hasta donde sea posible."*

Los profesionales de enfermería reconocen deficiencias en los recursos de apoyo a las madres quienes deben llevar sus hijos prematuros tempranamente a su hogar, por lo que les ofrecen información sobre prácticas de cuidado éticas en un esfuerzo por ayudarlas en el cuidado del hijo, sin embargo reconocen que éstos cuidados también son influenciados por los familiares y consideran que las enseñanzas tradicionales pueden ser causa de complicaciones en el niño.

IG1E1P1 *no tenemos hasta el momento un programa de seguimiento en casa, siempre se dan las recomendaciones de cuando volver al médico y signos de alarma y muchas veces estos cuidados son complementados con los cuidados de la abuela, ocasionado complicaciones.*

Según las informantes generales, otros programas institucionales que fortalecen al prematuro y al seguimiento en el área cafetera, es el programa de crecimiento y desarrollo, cuyo objetivo es detectar, promover y prevenir enfermedades a los menores de 10 años (involucra prematuro y/o bajo peso) y potencializar estilo de vidas saludables. Buscar apoyo en personas cercanas que tengan experiencia en el cuidado del bebé le puede guiar y enseñar, además le generan confianza a la madre para el cuidado de su hijo en el hogar.

Para la madre fueron importantes las indicaciones recibidas de los profesionales de la salud, quienes diseñaron el plan de cuidados que dieron respuestas a las necesidades del niño y sus padres, durante el periodo de hospitalización de éstos,

I7E1P33 *Claro que en la clínica le dan mucho apoyo y le enseñan cosas para manejarlo y uno es como una gradara… grabando todo para hacerlo igual.*

Todas estas enseñanzas permitieron que la madre realizara en casa prácticas de cuidado provenientes del conocimiento ético y generándole confianza y seguridad en el cuidado, bienestar y salud para su hijo.

Patrón 2: la familia, el apoyo para la madre en el cuidado del bebé: La madre es un actor de la estructura social del bebé porque los une lazos de parentesco y es proveedor de cuidados que influyen en la salud y el bienestar del hijo y de ella misma. Por lo tanto

cuidarse ella y asumir medidas protectoras antes de entrar en contacto con su hijo son formas de protegerlo. Sin embargo, el apoyo de la familia siempre fue incondicional permitiendo asumir su nuevo rol de mamá, respetando su autonomía en la crianza, con su experiencia orientó sus dudas en el cuidado del bebé. Siendo así, la abuela materna del bebé es el principal apoyo en el cuidado del prematura o niño de bajo peso, sin desconocer el apoyo de otros actores del contexto como el compañero, la suegra y otros familiares.

Código 2: Apoyo de la mamá. El apoyo familiar es importante en el contexto ambiental y social, porque permite la apropiación de conocimiento tradicional para la crianza, bienestar y salud del bebé. Además, la figura de apoyo con que cuenta la madre del niño es su propia madre, quien brinda seguridad, experiencia, compañía y conocimiento émico aportando a su práctica de cuidados para bienestar y la salud de ella y su hijo. La madre es proveedora de apoyo procedimental, evidenciado en los quehaceres de la casa, es veedora del cumplimiento del cuidado ético enseñado a la madre del bebé, pero en otros escenarios es un apoyo educativo y de enseñanza en el cuidado tradicional y apoyo espiritual para darle confianza a la madre en poder cuidar a su hijo en el hogar y de creer en su rol materno.

"I1E4P7 *la verdad mi mamá es la que siempre está conmigo ella me dice que hay que tener muy aseado todo y que cuando cumpliera los seis meses había que empezar a darle la sopas para que fuera muy sano y cuidarlo de los vientos y el sereno".*

*"**I5E1P32** pues mi madre me ayudó mucho con la niña, ella era pendiente de todo lo que me dijeron en la clínica para que yo cumpliera, y me apoyo mucho con los quehaceres de la casa, ella me decía mija cuide a la bebé que yo hago todo…"*

"I6E1P21 *mi madre me ayudó mucho en el cuidado con todo en la dieta si no fuera por ella… jumm estaría no sé cómo…., ella se encargaba de la casa y de mi otro hijo, me ayudaba a ver le niño, me indicaba como bañarlo, vestirlo y me brindaba apoyo moral, yo me angustie mucho cuando me lo entregaron pero ella me decía con fe y con Dios todo sale bien y verdad hasta ahora todo a salió de maravilla."*

Las acciones de la madre son ratificadas por la abuela, asumiendo el rol protector para la supervivencia del bebé y apoyo para su hija al tiempo que la madre podía asumir el rol de cuidador y ganar experiencia. Es importante el apoyo familiar para las prácticas de cuidado ya que son transgeneracionales y este aporte es significativo para supervivencia del bebé. Esto se evidencia cuando la madre dice:

*"**I3E1P34*** *de poner cuidado que yo hiciera las cosas bien como supervisando todo jajajaja… como al frente de todo al principio no fue tan duro porque lo limpiaba no más, la primer vez que lo bañe llame a mi hermana ayúdeme ayúdeme, es que es muy chiquitico y se me va ahogar en esta bañera parecía una piscina y me daba mucho susto pero ahora ya no".*

*"**I6E1P16** mi madre dice que así lo hacían los abuelos, ella se acordó porque una hermanita de ella era prematura y mi abuela hizo así salió adelante"*

En el mismo sentido, la enfermera profesional también relaciona el apoyo de la mamá, quien enseña la manera de comunicarse e interactuar con el recién nacido, enfrentar sus temores por la crianza del hijo. Además, el soporte ofrecido por la familia a las madres puede ser de tipo emocional (afecto, confianza, compañía), instrumental (dinero, especies, servicios, techo, refugio) o informativo (consejos, sugerencias, información)[cxxxix]. La influencia de las abuelas, sus costumbres y creencias expresada por las madres, es percibida y evidenciada por los profesionales de enfermería. Como lo dejan ver los relatos a continuación:

***"IG1E1P21** sin interferir en sus creencias muchas abuelas intervienen en este cuidado y lo ven amarillo le dan riobarbo, le dan comida antes de los 6 meses, les colocan chupo todo el tiempo, le dan bebidas para el dolor de estómago"*

***"IG5E4P6** ese apoyo es considerado como para ellas como un fortalecimiento de ser mamá como pasando al rol de ser mamá ya que van las enseñanzas que al abuela conoce se transmiten para beneficio del bebé".*

*"**IG3E4P4** cuenta con el apoyo abuela materna siempre está con ella hasta que lo necesiten,"*

Es por esto, según la enfermera profesional la familia se compromete en la protección y en el bienestar, en la toma de decisiones y acciones de cuidado del bebé, fortaleciendo el rol materno en beneficio de la salud y bienestar de su hijo.

Código 3: Apoyo de la suegra. La influencia de la suegra como actor del contexto, sobre el conocimiento ético en contraste con la experiencia de su estilo de vida en la crianza de sus hijos la induce a considerar el prematuro como un bebé normal sin condición de riesgo. También, la suegra ejerce influencia de predominio tradicional en el cuidado del prematuro, con prácticas de cuidado aceptadas por la madre, aunque sus efectos en el niño deben revaluarse por el profesional de enfermería y la familia. Las madres lo expresan, así al decir:

*"**I2E2P4** Quién me enseñó: mi suegra, que lo cuidara así o sea... no con todos los cuidados como si fuera un bebé prematuro como un bebé normal de que si tenía hambre que le tenía que dar comida cuando pida y así".*

***"I2E2P40** porque mi suegra me decía que ella se lo hacía a sus hijos para la primera vez que se enserenaban, que daban del cuerpo verde entonces claro al defecar verde uno les daba agüita de canela y le sacaba el sereno".*

Recibir el apoyo de la suegra es confiar en las experiencias vividas por ella en la crianza de los hijos. Es así, que la madre interioriza y aplica sus costumbres y creencias, que han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo, como forma de protección para la sobrevivencia del bebé. Una suegra como informante general hizo aportes significativos para el cuidado del prematuro mediante la enseñanza del cuidado tradicional a la madre del bebé prematuro.

Código 4: Apoyo del compañero. El rol de padre cuidador, es el apoyo que permitió a la madre delegar funciones del cuidado del bebé que favorecen la interacción del vínculo paterno con el bebé. Este evento enmarcado en la estructura social proporciona fortalezas al principio de las relaciones humanas a partir de la participación del padre en las prácticas de cuidado. Para ello la madre se fía en el apoyo de su compañero para brindar cuidado y proteger a su hijo**.**

Para la madre, su compañero jugaba un papel importante como cuidador en las horas que él podía, para permitir el descanso y el des estrés de su pareja, debido a que la madre se dedica exclusivamente a los cuidados del prematuro.

***"I4E2P18** si él en las noches cuando llegaba de trabajar se bañaba se colocaba ropa cómoda y se colocaba la bebé como papá canguro, era tierno".*

***"I7E2P14** pues él solo pudo estar una semana en la casa pero le daba mucha angustia por pequeñita ya además yo como la tenía canguro, él me ayudaba con las cosas y a rezar a darme apoyo moral, la mimaba mucho, ella empezaba como loca a moverse cada vez que él le hablaba… más bella".*

***"I2E2P26** Él se encarga ya después de limpiarlo cuando defeca, cambiarle el pañal, de bañarlo un día el otro día yo pues nos intercambiamos mucho el cuidado con él"*

Si bien es cierto el apoyo de la abuela materna es importante, el apoyo del compañero trasciende la compañía y apoyo procedimental e instrumental para abarcar espacios de lazos afectivos madre- hijo- padre. El cuidado es un momento de fortalecimiento de éste vínculo.

Para la enfermera profesional el apoyo del compañero va dentro de la crianza inteligente, es involucrar el padre para fortalecer el vínculo paterno que acompañe a la madre en el cuidado, repartiéndose tareas y turnándose para los cuidados, esto hace un rol más participativo del padre; además, la madre establece un vínculo especial con sus hijos por haberlos llevado en su vientre compartiendo las experiencias únicas de cada embarazo y el rol del padre es parte de la crianza y el desarrollo de los hijos. Lo anterior, se deja ver en los relatos que se presenta a continuación:

"IG2E4P1 *apoyo del compañero es bueno es bueno, pero bueno porque le ayuda al cambio del bebe, alimentarlo, al baño y otros aspectos pero hay otros que les da miedo porque es pequeño, lo ven inofensivo y frágil".*

"IG5E4P2 *se comparte la crianza y eso es bueno para la madre ese acompañamiento la hace sentir más fuerte y con mayor autonomía mejorando su rol materno".*

El poder sentirse integrado es un buen comienzo de adaptación paterna. La madre considera importante el apoyo de sus esposos porque es proceso de pareja en donde ambos se deben sentir integrados desde un comienzo, para obtener una crianza afectuosa e inteligente del hijo en medio de la especificidad de los cuidados. El apoyo del compañero se ve reflejado en acciones de cuidado como el contacto piel a piel, el dialogo, el afecto influencia que tiene para el desarrollo del prematuro teniendo en cuenta las prácticas de cuidado que la madre ha aprendido y le enseña del conocimiento émico y ético

Código 5: Apoyo de otros. Para la madre, la familia y la experiencia en la crianza de los hijos de otras mujeres del entorno familiar, es posiblemente uno de los factores que desde el conocimiento émico influyen en las prácticas de cuidado realizadas por la madre con su hijo. La motivación de realizar el método de mamá canguro, la alimentación, los baños de sol, entre otros, fueron incentivadas por un miembro de su familia que le permitió abrir un abanico de ideas que fueron tomando vida a medida de que su amor y vínculo de madre protectora crecía, el cual involucraba a todos los miembros de su casa para que la apoyaran y compartieran el método para que fuera eficaz y tuviera éxito.

*"**I3E2P4** Mi tía!, Entonces mi tía me dijo hay que hacer mamá canguro. ¿Cómo se hace mamá canguro? Le Pregunte yo. Vea… las mamas canguro se hace que el bebé debe estar en contacto la mamá con el papá tenerlo dentro de la piel de ellos y que sube mucho "*

"I2E3P58 *bueno porque cuando yo tengo que salir en ocasiones o así no me gusta dejarlo con cualquier persona y lo dejo con ellos porque yo se que el papá no va a dejar que le pase nada malo y pues la abuela tampoco y si lo dejo con alguien más no sé cómo me lo va a tratar".*

La enfermera profesional también expresa que el apoyo del grupo familiar enseña la manera de comunicarse e interactuar con el recién nacido, a enfrentar sus temores frente a la crianza de los hijo. De igual forma los demás miembros de la familia ofrecen soporte emocional (afecto, confianza, compañía), instrumental (dinero, especies, servicios, techo, refugio) o informativo (consejos, sugerencias, información)[cxl]. La red de apoyo es considerada toda la familia, por lo que se ven involucrados en el cuidado del niño para disminuir los factores de riesgo y tener estilo de vida saludable.

"IG4E1P6 *todas a aquellas personas que habiten en la vivienda (Papá, Hermanos, Abuelos) para fomentar el auto cuidado y evitar situaciones que generen morbilidad y mortalidad."*

"IG5E1P15 *y los amigos y demás familiares según confianza y seguridad que generen, ellos pueden ayudar directa e indirectamente colaborándole a la madre del bebe hasta en los quehaceres del hogar."*

Por lo general el apoyo informativo se basa en el conocimiento émico que influencian directa o indirectamente la salud y el bienestar del bebé y la madre. La experiencia de otros familiares, es también un factor etnohistórico toda vez que es una vivencia ocurrida en tiempos pasados en el contexto familiar con resultados considerados beneficiosos y que ayudan a explicar la continuidad de este tipo de crianza, inclusive de niños vulnerables como éste grupo.

Patrón 3: La madre, cuida el bebé. Las prácticas de cuidado son acciones autónomas de las madres a su recién nacido prematuro o de bajo peso, con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus necesidades y conservar su bienestar, este concepto es retomado de las definiciones de términos al inicio del estudio pero que evidencia el resultado de la investigación ya que las madres la considera una experiencia compartida (binomio madre-hijo) como uno solo, permite que ella sufra, y así mismo percibe el sufrimiento convirtiéndose en una vivencia de intimidad y de protección como esencia de cuidado.

La madre es la persona que mantiene la conexión con el hijo a través del vínculo afectivo que le permite identificar las necesidades de cuidado y responder a ellas, puesto que es quien lo conoce, conoce su enfermedad, limitaciones y fortalezas, además de conocer las necesidades que debe suplir como cuidadora de un niño prematuro o de bajo peso, a pesar de su angustia, tristeza y sacrificios, a las necesidades del niño en un contexto diferente al que se cuidaría un recién nacido normal. Sin embargo este compromiso genera miedos, temores y angustias cuando se enfrentan solas al cuidado del bebé en el hogar.

*"**I1E4P4** pienso que no debo ser remplazada porque él, ahora necesita de mi cuidado y creo que otra persona no está indicada para cuidarlo o de pronto no tiene el conocimiento que tengo yo a cerca de la enfermedad del bebe".*

***"I1E4P1** porqué…., yo soy la persona responsable de él…. además yo fui la que lo vio pasar por todos los cambios que él ha presentado entonces lo conozco bien".*

Por otra parte, los cuidados que realiza la madre está el acondicionar su habitación para tener un cuidado directo que le permita tener un habitad seguro con su hijo, Por eso la habitación, al ser el entorno que reemplaza al vientre materno debe proporcionar la

misma seguridad, confort, calidez y ser muy acogedora y es esencial mantener la habitación limpia y ordenada para que circule el aire.

"I4E1P11 *mi cuarto pase todo lo de la niña su cuna y sus cosas, era el cuarto de mamá canguro y para eso tenía que tener todo una silla, que las corriente de aire fueran mínimas, y puse sus cosas de aseo, que no fuera un cuarto muy frio si no calientico".*

También, para la madre es necesario cuidar a su hijo/a de manera congruente con su contexto, descartando la posibilidad de realizar acciones o decisiones que le produzcan daño o que coloquen en riesgo la salud y el bienestar de su hija/o. Es evidenciado cuando ella dice:

"I6E1P19 *no les hace daño con remedios caseros sanos, yo no permitía nada que fuera con ramas o desbebidas eso si me daba miedo ya que él estuvo enfermo del estómago, además no le di nada".*

"I5E2P17 *Entonces por eso había que cuidarla muchas cosas y tener unos cuidados especiales como ya le dije…. Es que si uno no la cuida uno quién lo hace!!!".*

"I5E1P2 *Lo abrigo mucho, no lo saco al aire, no dejo que me lo abrace mucha gente y los que tiene gripa y cuando lo veo maluco lo llevo a urgencias de la EPS."*

La compenetración de la madre favorece el vínculo que ella lo denomina *"siendo uno solo"*, esto le permite, tener confianza en el cuidado que brinda y lo convierte en una experiencia única. Además, la madre se ha enfocado en el vínculo madre-hijo como una de las experiencias más complejas por las que el ser humano atraviesa y requiere contacto físico e interacción[cxli]. Como padres son sus cuidadores naturales que si se les ofrece el soporte apropiado, ellos serán un apoyo muy valioso para el niño.

"I7E1P11 *además me gusto porque eso lo hace encariñar mucho con el bebé, están compenetrado todo que termina uno siendo uno solo."*

"I7E1P31 *fue una experiencia única, bella y mágica… diría como espectacular a pesar de ser pequeñita pero eso hizo que nos uniéramos más y nos entendiéramos para todo uno sola…"*

Enfermería enseña y acompaña a las madres y padres durante la hospitalización en el cuidado del bebé y por seguridad recomiendan que sean ellos quienes continúen con el cuidado en la casa, aspecto que es tenido en cuenta por las madres quienes lo confirman cuando dicen que es la madre quien debe cuidarlos. El contexto anterior, se ve en los textos siguientes:

***"IG3E1P26** el cuidado directo sea de parte de ella y que la delegación de su rol debe tener supervisión continua porque un mal manejo puede ocasionar enfermar o de nuevo una hospitalización para el bebé".*

***"IG5E4P15** con miedo, angustiadas, temerosas, pero felices porque al fin término todo el correcorre de la UCI, otras se ven tranquilas, frescas, asumiendo su rol como madres protectoras y convencidas que pueden sacarlo a delante."*

La adaptación materna genera unas prácticas de cuidado más seguras y exitosas si con ello está presente la espiritualidad que fortalece a la madre en el cuidado del bebé. Para ello, es importante conocer los factores de la estructura social y cultural que permita a la enfermera tener una visión holística de la madre como cuidadora para orientar, aconsejar o reestructurar las prácticas de cuidado.

Código 5: Miedo a cuidar al bebé en el hogar. El concepto de daño para ella es claro al mencionar que puede brindar un cuidado diferente por su condición de prematuro y ha logrado la supervivencia de él a través de lo aprendido. Es así, que la condición de salud y de crecimiento del niño, conocida por la madre es un evento amenazante que ella sabe que puede conducir a la muerte del niño en el hogar. El miedo y la sensación de pérdida del bebé, visualiza una madre sensible que quiere lo mejor para su hijo y que desea proveer una crianza acorde a sus necesidades, pero la desesperanza de poderlo perder deja que la madre se fortalezca y asuma una práctica cerrada: él y ella como uno sólo.

***"I1E5P2** para mi, hacer daño es creer que yo no fuera capaz de cuidarlo, porque sentí miedo al principio por verlo tan frágil, además pensaba que otras personas no lo podían cuidad también como yo lo cuidaría."*

La angustia que produce el bebé prematuro, era de muerte, por eso la madre asume un cuidado especial apoyado en el conocimiento científico para proteger y tener supervivencia del niño. Las expresiones de las madres lo confirman cuando dicen:

*"**I5E2P25** Sin embargo fue muy duro empezar a manejarla da terror tantas cosas para cuidar tantas recomendaciones pero hay que respirara profundo orara y llenarse de fe para continuar y valió la pena hacerlo…."*

***"I6E1P8** este prematuro chiquito parecía un ratoncitos era como frágil me daba un poco de susto para manejarlo pero ellas me dieron confianza me ayudaron mucho".*

La madre se convierte en proveedor de cuidado hacia un ser vulnerable, es así, que el miedo es un sentimiento propio de los seres humanos ante una nueva situación, en un contexto conocido por la madre: el hogar, pero donde no cuenta con apoyo y

disponibilidad del conocimiento y experticia del profesional de salud, aunque parte del conocimiento ético que ha sido compartido con ella desde la hospitalización.

El profesional reconoce en las madres que cuidar el recién nacido prematuro en casa es tarea difícil e identifican especial temor por que el niño no respire y esto lo asocian con la muerte. Efectivamente las apneas son típicas en los niños prematuros, evento que una madre no está segura de cómo superar y le causa miedo. Por tal razón, vivir la experiencia de tener un bebé prematuro y bajo peso es un continuo de emociones, sensaciones y percepciones que transitan entre los dos polos extremos de lo esperado y lo real (alegría-tristeza, esperanza-desesperación, tranquilidad-preocupación-, enfermedad-bienestar); Estos aspecto hacen que la enfermera diseñe planes de cuidado y enseñanza teniendo en cuenta el contexto, la cultura y tradición de la madre para hacer el cuidado sensible y humano para la madre y el bebé.

"IG5E1P17 *según la experiencia las madres todas sienten angustia, impotencia, inseguridad. Miedos todo se va disminuyendo a medida que ella va entrando en contacto con su hijo y al familia le esté apoyando".*

"IG2E1P28 *Según mi experiencia, ellas se angustia mucho a pesar de la educación brindada durante la hospitalización y al egreso ya que no van a tener los equipos y enfermeras que les indique cuando el niño deje de respirar. En pocas palabras ellas creen que el neonato se les va a morir por no saber cómo actuar".*

"IG2E4P13 *eso influye mucho en la salud pero también de pende del apoyo profesional que se le brinde al a madre en la UCI neonatales"*

Dentro del periodo de enseñanza, apoyo y acompañamiento a la madre la enfermera debe incluir la identificación y minimización de temores y miedos de la madre, involucrando las personas significativas para ella, resolviendo dudas, inquietudes y temores, así como conociendo creencias, valores y costumbres que la madre tiene para utilizar los modos de acción que plantea Leininger con respecto a las prácticas de cuidado.

Código 6: ***Miedo a la muerte del bebé.*** El neonato es un ser humano que está en el entorno de la madre y donde la alteración de su salud se convierte en una amenaza para la salud de ella y la existencia del niño. El miedo es un sentimiento aprendido por la madre, como respuesta a la amenaza proveniente del entorno.

Enfrentarse la madre a una responsabilidad nueva y que le demanda conocimiento, habilidad, para dar cuidado especializado a su hijo le genera miedo y dudas, pero ella sabe que nadie puede cuidar mejor a su hijo sin importar su condición. Estas expresiones de cuidado son dimensiones culturales y sociales que guían a las prácticas de cuidado y determina la congruencia de las mismas.

***"I5E1P20** Porque es un bebé muy pequeño y es delicado, tiene las defensas bajitas, y tenia que se me muriera ya que no era una niña grande,"*

***"I5E1P21** eso me hizo pensar muchas cosas, que podía morir, o que estuviera siempre enferma, entonces decidí que todo lo que en la clínica me dijeron debía de hacer. Creo que yo hice todo para evitar que se me enferme de cualquier cosa"*

*"**I7E2P34** eso es difícil… mmmm… como le digo ese miedo te mueve el corazón, tu cuerpo y todo es como vibrara todo por dentro, eso fue muy raro… pero siempre estuve con Dios y mi fé hizo muchas cosas,"*

La percepción de la prematurez evoca incertidumbre, tristeza, impotencia y culpabilidad. Intentar comprender las emociones de los padres de niños prematuros implica necesariamente experimentar paso a paso sus vivencias y comprender una realidad afectiva sumamente deteriorada. A pesar de de todo la madre se muestra agradecida y alegre de cuidar, atender y alimentar (lactancia materna) a su bebé; esto indica que ven a su hijo desde la perspectiva optimista que este se encuentra feliz y tranquilo por estar cerca de su madre[cxlii]. Lo anterior se ve reflejo en la madre cuando lo expresa en su entrevista.

***"I7E2P18** porque me daba miedo que se muriera o lago malo le pasara, noo que susto solo pensarlo me da escalofrió… no pensemos".*

***"I7E2P31** uyyy, eso fue emocionante porque eso lo que uno quiere tenerlo en la casa pero eso también da susto, miedo y como ansiedad porque necesita de cuidados especiales"*

***"I5E1P133**….debía cuidarlo bien para que no se fuera a morir por lo pequeña. Nunca hice nada en e especial siempre las recomendaciones"*

El miedo es un sentimiento aprendido por la madre, como respuesta a la amenaza proveniente del entorno. El neonato es un ser humano que está en el entorno de la madre y donde la alteración de su salud se convierte en una amenaza para la salud de ella y la existencia del niño. Eso sentimientos de frustración, acompañado de angustia y dolor representan sentimiento entre desesperanza y confusión. Estos sentimientos, expresados por la madre, se encuentran en las dimensiones religiosas, sociales y culturales que orienta la práctica del cuidado del prematuro y bebé de bajo peso y que resaltan el conocimiento émico de la madre.

Código 7: Fortaleza emocional de la madre. La experiencia de la madre frente a su bebé prematuro es de impotencia. Pero, el cuidado del vínculo temprano de los padres y cuidar al recién nacido frente a ellos sea cual sea su aspecto, gravedad o situación, no

solo facilita el deseo de vivir del recién nacido, también desarrolla en los padres el deseo de cuidar y aceptar la apariencia del niño o niña, así como verbalizar su preocupación de "cómo cuidar al hijo en casa"[cxliii].

La madre asume un rol de vigilancia durante la hospitalización, ya que su intervención es mínima en el cuidado, pero está atenta en busca de respuestas y de enseñanza para cuando tenga que estar en casa poderlas practicar. Estos sentimientos que expresa la madre y que se viven en el momento del nacimiento, su hospitalización y que permite que la madre recuerda con sentimientos de angustia y preocupación, pues fueron momentos difíciles para ella. Así lo expresa esta informante cuando dice:

"I2E3P69 *heeee no , si me dio mucho miedo cuando yo lo vi que era chiquito y cuando el doctor me dijo que en 3 días se me moría , entonces yo claro huyyyyyy acabándolo de ver y diciéndome que en 3 días de me moría pero ya yo después de que me lo traje ya nunca me daba miedo la cogerlo , yo no me ponía a pensar que un niño prematuro ni en lo chiquito que era, yo pensaba y lo trataba igual y a pesar de que si yo no lo sacaba al sereno ni en la noche , pero igual yo lo trataba como igual , no le hice esto que muchas hacen que lo metes en una cajita con algodón o con un bombillito, yo lo abrigaba bien muchas cobijitas y ya*".

"I5E1P29 *Cuando lo vi en la clínica hospitalizado con tantos aparatos empecé a orar para que se me alivie pronto y estar con él a toda hora. Claro que siempre trato de tener en cuenta las recomendaciones de la clínica, para que no se me enferme, ni riesgo!!"*

Además, la experiencia de cuidado de la madre sumado a la experiencia de estrés de la hospitalización y prematurez, son un reto para ofrecer el mejor cuidado a su hijo en el hogar y conservarlo vivió. Estos eventos hacen parte de su historia (etnohistoria) que si bien le angustian le fortalecen, para continuar en el cuidado del hijo.

El miedo se apodera de la madre cuando lo vio por primera vez, presenta un sentimiento de desesperanza que hace más débil su acompañamiento. Pero al disminuir los riesgos del niño, la madre asume, fortalece y lucha por garantizar prácticas saludables y beneficiosas que conserven la vida del hijo que ha pasado por condiciones de salud críticas.

"I1E5P5 *que angustia no me gusta…. No me gusta pensar que eso hubiera pasado además la desesperanza de verlo tan delicado de salud en los primeros días de vida si crea en uno de mamá angustia y desesperación"*

*"**I3E1P**9 la verdad siempre es incómodo porque…pues tantas advertencias y cuidados pero después satisfactorio ver después de estar tan chiquitico y ahora como con más energía entonces pues me parece que fue duro pero valió la pena".*

"I4E1P12 *la verdad eran muchas advertencias y cuidados, pero valía la pena hacer todo al pie de la letra. Los días de hospitalización fueron duros, pero con mucha esperanza y fe salimos adelante todo lo deje en manos del Señor para que el decidera lo mejor para ella, y ¡así fue aquí esta hermosa!!"*

"I6E1P37 *además uno de mamá quiere que los bebes nazcan sanos y normales y a veces eso lo desilusiona pero también lo alienta para continuar es un ser indefenso que necesita de su madre para salir"*

El acompañamiento familiar y específicamente del compañero, la fortalece para seguir adelante, asumir la condición de su hijo, responder a los nuevos retos de cuidado y enfrentar una nueva experiencia no prevista para conservar la salud y bienestar del bebé y de quien una vez dado de alta será la cuidadora.

*"**I4E1P38** sentí un escalofrió…mucho miedo pero yo sabía que todo iba salir bien… llore, me angustie pero mi esposo me dio mucho apoyo, me dio palabras de aliento…más bello, después cuenta él que el lloraba cuando yo no lo viera para poderme dar fuerzas, rezamos mucho"*

El cuidado que realiza la madre a su hijo prematuro es culturalmente significativo, terapéutico, congruente y seguro para el bebé. Es el cuidado de "uno solo", es un reto para promover la curación, recuperación, bienestar y estilos de vida saludables para su hijo. La experiencia de ser madre con hija prematura o de bajo peso, la considera una práctica para una sola persona y que así asume sin darse cuenta. Así lo expresa:

"I7E1NC1P4 *Describe una experiencia maravillosa única y natural, enmarca el cuidado realizado por ella como una conjugación de uno solo "que fluye sin dar se cuenta"."*

Código 8: Fortaleza espiritual de la madre. La espiritualidad de la madre le ayuda a mantener la esperanza de la sobrevida del niño en las mejores condiciones de vida, todo va estar bien, con la convicción que junto al mejor cuidado brindado por ella le permitirán lograr su propósito de conservar su hijo sano. Los sentimientos expresados por la madre como angustia, frustración y dolor, son dimensiones religiosas, sociales y culturales que guía la práctica del cuidado del prematuro y bajo peso. Estos sentimientos hacen que la madre realice prácticas coherentes con su cuidado y asume el rol de madre protectora en beneficio de salud de su hijo.

"I5E2P26 *Con mi madre rezamos el rosario todos los días por la salud de mi bebé y que estuviera siempre sana, creo que eso fue lo único raro que hice para el cuidado porque siempre lo que me indicaba hacia…."*

La concepción religiosa y el valor de la Fe, son esenciales para comprender y entender el cuidado y poder darle interpretación a sus creencias, experiencias (subjetivas y reales) por la situación determinante de ser mamá con bebé prematuro; Permitiendo entender su espiritualidad materna.

"I1E3P8** es muy duro ser mamá de un bebé prematuro, se tiene que tener mucha fortaleza y fe en el señor."***

***"I6E1P38** también oramos mucho con mi madre para que todo saliera bien ya hasta ahora así es, bendito dios".*

Agregando a lo anterior, dentro la observación y el diario de campo la investigadora logró captar la fortaleza espiritual de esta manera:

***"I5E2NC2P6** Para la madre fortalecer los lazos entre ellas (madre e hija), permitió un manejo adecuado de su prematura en casa, ella determinó y ajustó su casa para el cuidado que le ayudó a tener confianza en sí misma; que podía realizarlo sin importar el desconocimiento solo se fortaleció en su fe en el rol materno".*

Las enfermeras profesionales consideraron que la fortaleza espiritual daba esperanza a la madre para la supervivencia del prematuro; hace que ella recurra a la espiritualidad que va encaminada en la fe de que todo va estar bien y va salir bien. Este aspecto fortalece a la madre y permite un mayor vínculo madre/hijo.

***"IG2E4P17** también de la espiritualidad que maneje cada madre hay madres que se entregan a Dios con fe y de que todo va salir bien, hay otras que ni creen y hay otras más abiertas a otros aspectos de espiritualidad como otras religiones, esto le da confianza y seguridad la madre".*

Código 9: El nivel de educación influye en el cuidado al prematuro o bebé de bajo peso. Vásquez y Gómez, encontraron que a menor edad de la madre y debido a los cambios cognitivos que presentan (capacidad de pensar en forma abstracta) por no estar bien desarrollados, impiden que la madre reconozca las señales que envía su hijo[cxliv]. Es por esto, que según la enfermera profesional, la diferencia marcada del nivel educativo, edad, entre otras de la madre, se ve reflejado en la actitud, entrega y manejo del prematuro o bebé de bajo peso durante la hospitalización. Por tal razón, para la enfermera es clave la observación del cuidado para el manejo del niño en casa, convirtiéndolos en un factor protector.

***"IG5E4P8** sí creo que si no es lo mismo una persona sin estudio cuidado un prematuro no es la misma responsabilidad y además la asimilación de enseñanza no es igual creo que la diferencia es notoria",*

"IG2E4P10 *se ve la diferencia en las creencias, en los valores y la forma de cuidar al prematuro"*

La enfermera considera que el nivel de educación de la madre es importante en el cuidado del niño prematuro y bajo peso, lo cual se ve reflejado en la supervivencia y la salud del bebé. En el estudio *Los factores de riesgo y el peso al nacer en el Uruguay*[cxlv], revisó los factores de riesgo y peso al nacer y consideró que una madre más educada tiene la habilidad para producir salud en el niño más eficientemente, quizás debido al mejor conocimiento entre el insumo salud y peso al nacer.

"I7E2NC2P7 *También expresa que aspectos como la educación de la madre y la parte del apoyo económica de la familia, influye de manera directa en el cuidado del prematuro".*

Por otro lado el estudio Orozco C, et all, *Factores asociados con el diagnóstico de enfermería deterioro parental en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza*[cxlvi], habla del miedo como respuesta negativa con respecto al cuidado del prematuro en casa. Además si esto se le suma la edad materna se identifica como primer factor de riesgo para el desarrollo del niño, como segundo factor la falta de apoyo social y como un tercer factor las condiciones socioeconómicas precarias.

"IG2E4P11 *datos demográficos son vitales para el cuidado del prematuro y así mismo uno brinda la educación partiendo de su conocimiento"*

"IG5E4P12 *claro que pueden verse afectada la salud porque no conocen como manejar la prematuro en casa y todo lo que les diga lo hacen"*

Las variables del nivel de educación de las madres permiten tener una actitud positiva con respecto al cuidado del niño. Así mismo se encamina la enseñanza y el apoyo profesional que se le brinda al egreso a la madre en el cuidado de su hijo en el hogar.

En resumen, el tema: *cuidar un prematuro o bebé de bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos* incluye varios actores, que cumplen cada uno con un rol bien definido encaminado a la supervivencia del prematuro conservando la salud y el bienestar del mismo y de la madre. Esto se puede observar cuando se dice que:

- ✓ La *institución de salud, brinda apoyo profesional e institucional* a través de la enseñanza sobre el cuidado del prematuro, evidenciado por el aprendizaje de la madre sobre prácticas de cuidado, para protegerlo de otras alteraciones de salud y que ella continuó en el nuevo ambiente: el hogar. El conocimiento aprendido previno de otros integrantes del ambiente hospitalario: el personal de salud, con especial

representación en las enfermeras, quienes compartieron su conocimiento ético y la madre lo asimiló.

- ✓ El apoyo de *otros miembros de su familia* (suegra, abuela, compañero, entre otros), fue experiencia, compañía y conocimiento émico para el cuidado de su hijo. El cuidado por otros está mediado por la autonomía materna y solo el apoyo se refleja en acompañamiento y ayuda en la realización de cuidados de la crianza.

- ✓ La *madre* considera que es la principal proveedora de cuidado, pero no lo limita a sus saberes, acepta el cuidado a otras personas, principalmente el cuidado profesional, reconoce que algunas prácticas inadecuadas pueden ocasionar daño o poner en riesgo la salud del bebé. Además, como lo dice Kennel y Klass y John Bowlvy[cxlvii] en su teoría: el cuidado y la crianza de los hijos es un acto natural que corresponde a la madre y el padre. Los padres requieren acompañamiento institucional especializado para superar el primer año de crianza de su bebé prematuro o bajo peso al nacer.

Análisis del Tema 1 a la luz de la Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales- Madeleine Leininger. Para Leininger, el cuidado humano es lo que hace humana a la gente, da dignidad a los humanos e inspira a la gente a estar bien y ayudar a los demás[cxlviii], esto es lo que realiza la madre como cuidadora natural y si se le ofrece el soporte apropiado, ellos serán un apoyo muy valioso para el bebé. También afirma que el cuidado tiene significados culturales y simbólicos tales como cuidado como protección, cuidado como respeto y cuidado como presencia que fortalecen a la madre en el cuidado en beneficio de bienestar y salud del niño/a.

Por tanto las prácticas de cuidado del recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar, en este primer tema están influenciadas por dos factores importantes:

Factores de la estructura social: entre la madre y el bebé está el factor de parentesco que la une al prematuro, la define como la proveedora de cuidado e influyen en la importancia, eficacia, oportunidad y eficiencia del cuidado para mantener la salud y bienestar de ella y su hijo.

Dentro de los factores familiares, la crianza de los hijos es función de ésta, pues la familia por naturaleza es quien provee a las personas de protección, formación y preparación como seres humanos útiles a la sociedad. La madre por instinto maternal así lo evidencia, por tanto en su visión contempla la participación del padre o compañero, pero no de otros en esta función, solo acepta el apoyo social proveniente de personas cercanas y de confianza, especialmente de la madre (abuela materna), quienes le brindan enseñanza, recomendaciones y experiencias en el cuidado del bebé. El contexto ambiental (hogar), la concepción religiosa y etnohistoria brinda expresiones y experiencia de cuidado proveniente de las personas de su contexto social. En este ambiente la familia enseña prácticas tradicionales (émicas), los profesionales de enfermería en el contexto institucional ofrecen conocimiento ético, luego las prácticas de cuidado del bebé prematuro o de bajo peso en el hogar implican prácticas con conocimiento émico y ético.

Factores del ambiente. Según Leininger, el contexto ambiental incluye múltiples factores como las dimensiones física, ecológica, espiritual, sociopolítica, de parentesco, y tecnológica que influyen en las prácticas de cuidado[cxlix] con el recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar. En este orden de ideas el cuidar el prematuro o bebé de bajo peso en el hogar: una responsabilidad de todos, implica factores ambientales puesto que la enseñanza recibida por la madre sobre el cuidado de su hijo en el hogar provienen de las vivencias en un ambiente hospitalario caracterizado por la alta tecnología, pero que le permitió aprender a cuidar a su hijo a través de sus actores: enfermeras y ahora se traslada a su ambiente natural: su hogar, donde ella es la protagonista del cuidado, recibe la influencia de otros actores cercanos que le transmiten prácticas, costumbres y valores.

La madre utiliza sus propios recursos, relacionados con el cuidado tradicional en la crianza de los niños/as, donde adapta su medio ambiente para que las prácticas de cuidado sean una continuación de las prácticas aprendidas en el contexto institucional y a su vez definir las prácticas culturales que incluirá para ofrecer a su hijo cuidado holístico. Para Leininger, el cuidado específico y holístico descubre nuevo conocimiento y nuevas prácticas[cl]. Una vez superada esta etapa de prematurez o bajo peso, pasará a hacer parte de su etnohistoria. La teorista del Cuidado Cultural sostiene que el respeto a los seres humanos desde una perspectiva espiritual, cultural y holística mientras se les brinda cuidado es esencial para el cuidado humano y la atención. Esto lo que se visualiza entre la madre y su hijo.

Tema 1: Lo universal y lo diverso. Las prácticas de cuidado del recién nacido son universales en la medida en que los principales proveedores son las madres, las familias y las instituciones de salud. El estudio "*Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana*"[cli] concluyó que los recién nacidos, en general requieren de cuidados especiales que son proporcionados inicialmente por las madres o las abuelas, enfocados a suministrar calor, y garantizar una buena alimentación a través de la leche materna. De manera similar, el estudio de Castiblanco López y Rodríguez [clii], titulado: *"visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar"*, expresa la importancia del apoyo a la madre pues en la medida que la madre se sienta cuidada, el cuidado del niño prematuro será más fácil y exitoso. Estos artículos visibilizan como principales proveedores de cuidado del recién nacido prematuro a las madres, las familias y las instituciones de salud a través de los profesionales de salud y en especial las (los) enfermeras (os), encargados en primera instancia de un cuidado especializado del niño, responsable tanto de la supervivencia como de la calidad de vida; en su condición de educadores, entregan los lineamientos para que las prácticas beneficiosas de cuidado puedan ser realizadas por las madres en el hogar. Por su parte, la madre y la familia, reciben las instrucciones y al poner en práctica todas y cada una de recomendaciones sobre los cuidados del bebé, apropian el conocimiento transferido; de esta forma, en sus prácticas de cuidado predomina el conocimiento ético.

Lo diverso de las prácticas de cuidado en este grupo de madres, radica en que el cuidado de los recién nacidos prematuros/ bajo peso en el hogar es responsabilidad de la madre compartida con su pareja y apoyada: madre, familia e Institución (enfermería). Para la madre y la familia lo aprendido en la institución a través de enfermería orienta el

cuidado en casa, definido por las características del niño prematuro o bajo peso y tiene gran influencia sobre el conocimiento tradicional -relacionado con prácticas de cuidado de niños a término-. La madre es apoyada por su familia y requiere el acompañamiento del profesional de enfermería. En los estudios revisados en el estado de arte, se evidencia que la mayor responsabilidad es de la madre quien admite ser sobreprotectora, hasta el punto de limitar la actuación de otros miembros de la familia en el cuidado.

4.3.2. Tema 2: La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro o bajo peso en el hogar

La madre reconoce la importancia del conocimiento ético o profesional y lo aplica en un contexto diferente al institucional, pues como lo expresa Leininger: *"el cuidado genérico y profesional en diferentes contextos del entorno pueden influir en gran medida en los resultados de la salud y la enfermedad"*[cliii]. En este sentido, los padres se enfrentan a una situación de cuidado totalmente desconocido como la hospitalización y luego el regreso a casa que no es una tarea fácil. Por esta razón, el cuidado profesional se articula con el conocimiento émico en beneficio del recién nacido

Las enseñanzas de las enfermeras y otros proporcionan actos de asistencia, apoyo y facilita a la madre para que cuide al bebé de manera holística, teniendo en cuenta la condición de supervivencia del hijo. Por esto, la conjugación o el contraste de conocimiento permitieron descubrir fenómenos de cuidado cultural contrastables. Por tanto, los conocimientos émico y ético, con el paso del tiempo, se conjugan dejando ver la interdependencia entre el conocimiento y las prácticas de los informantes clave y de los profesionales de la salud. La preponderancia del conocimiento ético sobre el émico en relación al cuidado especial que debe brindar la madre a su hijo para proporcionarle protección y bienestar, está determinada por la condición de vulnerabilidad del prematuro o bebé de bajo peso.

El tema dos abarca el contexto en el cuál se dio el cuidado del niño: el hogar, incluye múltiples factores, entre los cuales el espacio físico (lugar de cuidado) y sus características de limpieza y aseo (todo limpio y desinfección), las condiciones de presentación del niño (baño, vestido, entre otros), son evidencia de cuidado de la madre que influyen en la salud y la recuperación del niño. De este modo, lo aprendido en la institución de salud fue apropiado por la madre quien logró un proceso de cuidado habitual para el niño, como una rutina diaria, considerando las condiciones del prematuro o niño de bajo peso, reconociendo la importancia del conocimiento ético y adaptándolo a su contexto.

En este estudio se evidencia que lo enseñado por el profesional de enfermería es coherente con su conocimiento científico, la enfermera brinda una conceptualización amplia del cuidado específico del prematuro o niño (a) de bajo peso en el hogar; esto se evidencia cuando las madres enumeran paso a paso lo que deben realizar en casa para la supervivencia de sus hijos. Estas acciones para resguardar y proteger al prematuro y/o bajo peso son semejantes a los cuidados sugeridos por los profesionales de la salud.

Patrón 1: Evitar que se enferme, para que crezca sano. Las acciones de acomodación para el cuidado del niño se convirtieron en un cuidado congruente culturalmente efectivo para su salud y bienestar. Conjugándose lo aprendido en la institución (ético) a través de la enseñanza y entrenamiento proporcionado por el profesional de enfermería, con la cultura de la madre (émico). Este aspecto permitió que la madre proporcionara protección y realizara actividades propias de su cultura para garantizar un adecuado cuidado y acoge hábitos que aseguren la salud de su hijo. Una forma de protección al bebé es evitar utilizar artefactos de los adultos en el cuidado, porque el niño es más débil que ellos. Otro aspecto importante dentro de la protección incluye el aislamiento del bebé por ser prematuro, y por seguridad del bebé que no se enferme, cómo vigilar la respiración por su inmadurez pulmonar y evitar visitas de personas extrañas, el uso de tabocas, el lavado de manos, todo limpio como manera de protección.

También abarca aspectos de vigilancia para que crezca sano, como la alimentación con leche materna u otras sucedáneos, sacar los gases; conservar la higiene a través del baño del bebé, exposición al sol; otros cuidados que están relacionado por el profesional de enfermería y que las madres realizan, aunque no los expresan ellas incluyen evitar caidas, el mal de ojo y el uso de riobarbo, donde se evidencia la mezcla de lo tradicional con lo científico, pero la condición de vulnerabilidad del niño indujo a la madre a realizar cuidados encaminados a alcanzar el bienestar y salud del prematuro. Investigar las prácticas de cuidado fortaleció el estudio debido a que se profundizó y reafirmaron las prácticas de cuidado aprendidas tanto como herencia social de sus ancestros, como por el proceso de transculturización generado con la presencia de la institución de salud, a través de la enseñanza, acompañamiento y apoyo recibido del profesional de enfermería.

De este modo, Leininger, habla de poder explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural que asumen las madres que cuidan a sus hijos prematuros o de bajo peso en el hogar, en la cultura, para enseñar y suministrar una asistencia coherente con este entorno particular.

Este patrón estuvo constituido por los siguientes códigos:

Código 1: Desinfección y lavado de manos. Para la madre mantener las manos limpias era prioridad cada vez que lo iba a coger y la enseñanza institucional lo consideró de esa manera para que ella se apropiara del hábito de higiene. Es así que pasó a una rutina de hábito higiénico para toda la familia y enumeró los momentos claves que debían hacerlo, con el propósito de que el bebé no enfermara y garantizarle la salud y el bienestar. La madre asume el conocimiento científico para aplicarlo y convertirlo en un hábito que la llevó a transformar su estilo de vida.

***"I1 E1 P5El** lavado de las manos, pues cuando se encontraba en la incubadora me tenía que lavar las manos y tener todos los cuidados necesarios para poder ingresar a verlo".*

*"I**6E2P3** ahhh pues yo tenía que lavarme las manos cada vez que lo cogiera para alimentarlo, cuando lo cambiaba y que todos lo hicieran también hasta el hermanito tenía que hacerlo, un lavado de manos normal con jabón y agua,"*

***"I3E2P6** cuando yo la vi en el hospital en la cosa de neonatos… allá siempre nos hacia lavar a nosotras las manos entonces, desde ese momento dije vamos hacer lo mismo en la casa como si él estuviera en una incubadora y así fue."*

***"I1E2P8** Con jabón normal y alcohol"*

La realización de procedimientos para disminuir el riesgo le proporcionaba a la madre actos de asistencia acordes a su entorno cultural, permitiendo conocer acciones de cuidado para su protección y bienestar. Proteger al recién nacido de microorganismos le implicaba realizar prácticas aprendidas del conocimiento ético como lavarse las manos y desinfectarse para preservar la salud del hijo, que ella justifica por la inmadurez y fragilidad anatómica y fisiológica del niño. La madre lo expresa:

***"I3E2P5** para no contaminar el bebé o sea nosotros cogemos plata como nosotros… podemos coger … podemos coger infecciones, o estornudamos y eso… casi siempre hacia que todos se lavaran las manos porque lo general hay gérmenes pero no me le pasara tanto y que él estaba todavía muy delicado y pues por eso lo hacíamos… lo del tapabocas que el lavado de manos hasta arriba… todo eso."*

***"I3E1P27** nadie más lo podía ni tocar y si lo iban a tocar por que tocaba se tenían que lavar las manos y luego limpiar con alcohol, esterilizarse hasta el codo por eso mantenemos el alcohol en el cuarto."*

Además del lavado de manos la madre usó y aprendió que existían sustancias que podían contribuir a desinfectar las manos y minimizar la transmisión de infecciones o enfermedades a su hijo a un bajo costo, como en este caso el alcohol, que lo utilizan como desinfectante. También aprendió que la desinfección de las manos puede ser practicada sola o como complemento del lavado de manos, pero siempre con el fin de minimizar el riesgo de infectar a su hijo.

***"I1E4P27** me lo dijeron en el hospital que era muy bueno para los gérmenes y ayudan a prevenir enfermedades….(muestra como lo realiza) me aplico bastante en las manos y las froto por encima y por debajo".*

***"I7E1P8** me las lavaba porque se me convirtió como algo común porque siempre que entraba a la unidad tenía que hacerlo y lo realizaba aquí en la casa siempre y era para evitar los gérmenes y virus para que no le diera ninguna infección a la bebé, y lo aprendí mojando las manos y con jabón dedo por dedo, palma con palma y abundante agua,*

luego utilizábamos alcohol glicerinado para que quedar más limpia de gérmenes. Ahhh… en mi casa lo hago y le enseñe a mi esposo a que lo hiciera, y ya lo hacemos como por inercia…."

*"**I4E1P17** para que las manos no quedara gérmenes o bacterias y pudiera tener alguna infección o recaída de la bebé, y el alcohol"*

***"I5E1P26** También… el lavado de manos y usar una antibacterial, mira (la madre muestra el antibacterial)…este es aun lo uso muy frecuente."*

Para la enfermera la enseñanza iba encaminada a disminuir la posibilidad de infección del prematuro o niño(a) de bajo peso y la primera enseñanza fue el lavado de manos cuyo objetivo era prevenir infecciones. Esta acción es aprendida y asumida por la madre dentro su cotidianidad, haciendo parte de su cuidado para el bebé. Se evidencia cuando la enfermera dice:

***"IG1E1P2** Toda persona que tenga contacto con el niño se debe lavar las manos para hacerlo".*

***"IG4E1P1** Educar sobre: El Lavado de manos."*

En la práctica de desinfección de las manos para la manipulación del niño se observó la modificación en el estilo de vida de la familia para atender de forma adecuada las necesidades del hijo prematuro o de bajo peso en el hogar y evitar infecciones. Desinfectarse las manos con sustancias no es una actividad de rutina en una familia con niños en periodo de crianza, pero en coherencia con el aprendizaje recibido, es una práctica de cuidado que incorporó y evidenció este cambio.

Código 2: Todo limpio. Los cuidado de los recién nacidos se orientaba a garantizar la adecuada adaptación del medio ambiente a la condición de salud del niño, necesidad de protección y fortalecimiento del vínculo madre-hijo. La madre era consciente de la vulnerabilidad del niño prematuro o bajo peso al medio externo y a los riesgos a los que estaba expuesto, lo que generó la importancia de ofrecer un ambiente que le garantizara los mínimos riesgos posibles que podían amenazar la salud del hijo y alterar el bienestar de los dos. Por tal razón, la madre resaltó cuatro elementos del contexto que se integraban al cuidado como factores de riesgo: mantener el ambiente limpio hace que éste sea protector, lo ejemplifica cuando se refiere a las superficies que pueden llenarse de polvo; las manos que transmiten infecciones; los productos de excreción del niño que ameritan cambio de pañal oportuno y el ambiente en general requiere limpieza. Las condiciones físicas y de aseo de la vivienda son factores ambientales que influyen en el cuidado del bebé y pueden considerarse prácticas de cuidado culturales toda vez que evidencian un estilo de vida familiar. La limpieza es un estado del ambiente físico que la madre fortalece con lo recomendado por el profesional de salud.

"I1E2P10 *Lo que recomienda el pediatra es mantener muy limpio y aseado todo barrer trapear sacudir evitar el contacto del bebe con lanas."*

"I1E2P3 *muy limpio todo, evitando el polvo, el lavado de manos el cambio de los pañales son muy rápidos porque no se puede dejar al aire."*

"I3E1NC1P2 *se observa una casa limpia, ordenada y en muy buenas condiciones en cuanto a infraestructura."*

En sus primeros meses de vida, los bebés son más vulnerables a las bacterias, gérmenes y otros agentes patógenos. Es por esto que la madre realizaba un cuidado minucioso con la limpieza que protegiera al bebé de riesgos provenientes del contexto físico que pudiera enfermarlo. La madre expresó prácticas de cuidado protectoras con fundamentos del conocimiento ético al referirse a la forma cómo realizaba la limpieza, toda vez que evitar la transmisión de gérmenes por contacto directo piel a piel, de artefactos para el cuidado del niño(a) o a través del aire, era primordial y debía prevenirse a través del lavado de manos y limpieza de superficies.

"I5E2P12 *todo limpio es el cuarto, la ropa, las sabanas y todo lo que ella usara debería estar muy limpio por eso la ropita yo la desinfecto con agua calienta para que mate todo las bacterias después de que se lava a mano lo hago y no mezclo la rapa de ella con al nosotros para evitar pasar infecciones".*

"I5E2P13 *Y el cuarto se barre y se trapea muy bien con límpido y agua y los juguetes y muñecos cada 15 días los lavo para evitarle polvo y que le de alergias, eso me lo enseño mi mamá y en el control de crecimiento y desarrollo también me dijeron porque ahora todo de por alergias!!!"*

*"**I6E2P2*** *En pocas palabras todo limpio para que no hubiera ningún bicho que le hiciera daño.*

Mantener al bebé en un ambiente de limpieza es fundamental para garantizar el crecimiento en condiciones saludables.

Código 3: Lugar de cuidado. La madre sabía que debía adecuar un lugar para el cuidado y poder cumplir los requerimientos que el prematuro o bebé de bajo peso necesitaba, como mantener la temperatura corporal, por lo que durante las primeras semanas la casa debía mantenerse ligeramente más caliente de lo habitual para disminuir el consumo de calorías y aumentar la ganancia de peso rápidamente. Entonces, la madre elige un lugar que cumpla con éstos estándares, donde realizar sus cuidados. Este lugar era el cuarto del bebé o de la madre, que implicaba un nuevo cambio en su estilo de vida.

***"I1 E1 P4** En el cuarto de él."*

***"I3E1P8** en el cuarto de él y a veces en el de mi mamá, pero por lo general en el cuarto de él".*

La madre adaptó espacios dentro del hogar para ofrecer el cuidado directo que fuera beneficioso para su hijo.

***"I6E1P24** pues en mi cuarto yo puse su cunita y todo en mi cuarto y aun está ahí conmigo, además es un cuarto calientico"*

***"I7E2P6** en mi cuarto, yo lo hacía allí, pues como yo hice mamá canguro adapte mi cuarto para estar ahí siempre solo salía al baño, pero todo fue ahí."*

***"I4E1P10** en mi cuarto lo acondicione para cuando ella llegara, lo deje listo con las cosas de ella."*

El lugar de cuidado debía ser un espacio privilegiado y único que le permitiera brindar cuidado adecuado y que le ayudara a garantizar el bienestar y continuar recuperando la salud de su hijo.

Código 4: Separar artefactos para el cuidado de los de los adultos. Esta estrategia de protección, es producto del conocimiento cultural de la madre, pero con orientación terapéutica para proteger la salud del recién nacido, por lo tanto es posible visibilizarse como una forma de práctica beneficiosa, saludable y satisfactoria que contribuye al bienestar de la madre y la conservación de la salud del niño.

Separar las pertenencias del niño de las del adulto, es una forma de prevenir infecciones, porque el niño es más débil que ellos.

***"I1E4P42** tener el espacio donde él más está muy limpio, lavarle sus teteros, su ropa aparte de la de nosotros y sus cosas no estar junto con la nuestra."*

***"I2E2P11** pues yo creo que si igual yo no lo acobijo con la cobija mía por que el sudor mío es mucho más fuerte que el de él, todo lo de él... es aparte la ropa de la de nosotros"*

***"I6E2P9** si los que el niño usaba pero también la ropita de él se separa de todo lo de nosotros hasta del hermanito,"*

Para la madre es importante tener los objetos del bebé separados y exclusivos para el uso de ellos que no entorpezca con el cuidado brindado y que estén a la mano, con esta práctica lograba un cuidado como presencia. Algunas de las informantes lo expresaron así:

*"**I6E2NC2P3** Mantiene todo lo necesario del bebé para el cuidado en el neceser del bebé, expresa la madre el cual es cajonero adornado de madera hecho por ella, donde contiene la ropa y todos los utensilios necesarios para el cuidado del niño."*

*"**I7E2P28** Le lavaba la ropa aparte de la de nosotros para contaminarla de bichos, con jabón para exclusivo solamente y no mezclaba nada de la ropa de ella con la de nosotros."*

Es importante para la madre proporcionarle protección y realizando actividades propias de su cultura para garantizar un adecuado cuidado y acogió hábitos que aseguraron la salud de su hijo. La protección del niño se vio influenciada en las creencias y valores que la madre le dio para brindar seguridad, adoptando prácticas de conservación de los cuidados culturales que son efectivos en la atención del prematuro.

Código 5: Usar tapabocas

Otra estrategia de protección del hijo contra infecciones, es el uso del tapabocas, siendo éste un artefacto de barrera, que ha conocido y aprendido a utilizar desde la institución donde su hijo estaba hospitalizado, continuando su uso en la casa con el mismo objetivo.

Además son elementos claves para el uso de protección que le permiten brindar seguridad en salud.

***"I1E2P4** Sí, pero sólo cuando tenía gripa para evitar el contacto con las bacterias."*

***"I1E2P5** Porque fue una de las recomendaciones que nos hicieron en el hospital que cualquier persona que tuviera gripe a si fuese la mamá debía de usar tapabocas preferiblemente doble."*

***"I5E1P25** debíamos usar tapa bocas si alguno de nosotros tuvieran ya si evitamos queeee le pasáramos la gripa."*

En el ambiente hospitalario el uso de este artefacto es común por la madre, pero ella lo hace extensivo a otras personas que están cerca de su hijo, garantizando la protección del bebé contra otras enfermedades y de esta forma lograr la sobrevida del niño. Algunas de las informantes lo expresaron así:

***"I1E2P6** En la casa lo usaban los abuelos y el papá ya la mamá en el momento que se tenía gripe tenia q usar tapabocas."*

***"I6E1P5** Personas con gripa y si era así que usara eso que se tapa la boca, evitar las visitas para que no se enfermara de los pulmones,"*

***"I4E1P28** El tapa bocas no lo utilizamos porque ninguno le dio gripa, las enfermeras nos dijeron que era cuando tuvieras gripa o tos para que a la niña no se le pegara ninguna enfermedad que afectar al pulmoncito."*

Código 6: Evitar exposición a microorganismos. Otra forma de proteger a su hijo es evitar contacto con microorganismos que están en el ambiente donde su hijo está y que pueden ser transmitidos por personas portadoras, por lo tanto ella tiene la responsabilidad de establecer una barrera entre estas personas y su hijo, para prevenir el contagio y la enfermedad. El reconocimiento de algunas enfermedades respiratorias que se derivan de la falta de cuidado, muestra su interés para minimizar el riesgo de complicaciones y favorecer la supervivencia de su hijo. Para la madre el ambiente puede ser un espacio de riesgo porque favorece la trasmisión de enfermedades al hijo, razón por lo cual se preocupaba por ofrecerle un entorno limpio, en lo posible libre de agentes patógenos, y el aire no debía trasmitir microorganismos. Algunas informantes así lo expresaron:

***"I1E4P13** para prevenir él bebé de virus como la gripa… y otras enfermedades infecciosas."*

"I7E2P10** entonces eso me ayudaba para que no le diera gripa, ni neumonía, ni ninguna enfermedad respiratoria**."

***"I7E2P12** pues que le dé gripa, neumonía y otras enfermedades respiratorias, no sé qué… para ellos son muy sensibles eso me lo explicaban en la clínica por eso hacia el lavado de manos, no teníamos visitas, no corrientes aire y nada de sereno…."*

Una de las madres utilizó método canguro, que denominó "incubadora para su casa", porque eran medidas protectoras dentro del hogar, en un intento por continuar realizando lo mismo que en el hospital, pero sin tecnología, como las había observado, le enseñaron y ella aprendió en la unidad de neonatos donde le bebé estuvo. Tenía medidas protectoras de asepsia y antisepsia, también recorrió a un método antigua del bombillo para eliminar las bilirrubinas y proporcionarle calor como estrategia de protección térmica. La madre con estas medidas deja visualizar su protección frente a la vulnerabilidad del niño prematuro o de bajo peso, tomando, continuando y practicando cuidados con soporte científico o ético aprendidos durante la hospitalización En el cuidado ofrecido al bebé además de ella, incluye el padre como las únicas personas

cuidadoras que reúnen los requisitos para ofrecer cuidado específico y en condiciones de vulnerabilidad del niño(a).

***"I3E2P7** ehhh pues… obviamente no es un estilo de incubadora pero queríamos quien él estuviera todavía cerrado en ese tiempo pues por lo que estaba muy delicado , entonces… me encerré en un cuarto todo estaba limpio con alcohol y todo así, todo los que entraran se tenía que limpiar la manos y entrar con tapabocas si lo querían ver, nadie lo podía tocar , nadie… nadie !! Solo podía tocar yo o el papá……"*

Por otro lado, la madre reconoce que la piel del prematuro es una piel delicada y que además es la puerta de entrada de microorganismo que pueden causar enfermedad y que puede producir alergias. El utilizar un desinfectante está ocasionando la muerte de microorganismos y el calor del agua ayuda a eliminar cualquier residuo de los mismos. Considera necesario y rutinario hacerlo para disminuir el riesgo a enfermar. Por eso, utiliza un jabón especial para su ropita, enjuagarla muy bien para que no quede ningún vestigio de detergente tiene como único fin no dañar su delicada piel. Además el sol es un blanqueador y desinfectante natural que limpia los tejidos de las prendas en su totalidad. Estas medidas y la separación de las prendas de los adultos es una forma de ofrecerle cuidado protector La madre considera una actividad beneficiosa para la salud de su bebé. Como ella lo expresa:

***"I5E1P9** pues debo de lavarlo con jabón suave yo uso… (nombra algunos productos), después pongo a hervir agua para jugarla con ella y sacarle los gérmenes que a veces se pegan de la ropa ahhh…. la saco al sol para que se seque y no la meto al lavadora ni la mezclo con ninguna otra ropa solo se lava a mano sola."*

*"**I5E2P16** si claro en la clínica me dijeron que por ser tan pequeña y por haber nacido antes de tiempo ella era muy inmadura todo sus cuerpo y que las defensas eran muy poquitas por eso era importante alimentarla con leche materna para evitar que se enfermera ya que la leche tiene las defensa esa primera leche cierto??"*

La enfermera dentro de su conocimiento como profesional reconoce que el prematuro o bajo peso presenta inmadurez de sus órganos y en especial del sistema de inmunidad celular. Por esta razón, realiza énfasis en la manipulación del bebé para disminuir el riesgo de sepsis en el prematuro bebé debajo peso. Las infecciones respiratorias se contagian de persona a persona por el contacto directo con las secreciones nasales o a través de las gotitas de saliva transmitidas por el aire. Esta acción/decisión de la madre es asumida para prevenir a su hijo de enfermedades infectocontagiosa. Otra actividad que se recalca en la enseñanza a la madre es el beneficio de la vacunación que ayuda a madurar su sistema inmunológico, favoreciendo a la supervivencia del prematuro. También fue evidenciado en los relatos de los informantes generales:

***"IG1E1P9** Evitar que lo manipulen personas con gripe o cualquier infección."*

***"IG4E1P2** La Restringir las visitas de personas con síntomas respiratorios."*

***"IG4E1P9** administración de vacunas en el tiempo establecido según la norma."*

***"IG2E2P26** los sacan en la noche un vueltonsito para que no les dé gripa y se acostumbren".*

El cuidado se muestra como una forma de mantener un estado saludable. La utilización de objetos o realización de procedimientos para disminuir el riesgo en el prematuro, proporciona actos de asistencia específica de la madre, acorde con su entorno cultural. La protección del recién nacido depende también de las estrategias asumidas por ella, cuando el cuidado tienen una función protectora.

Código7: Limitar las visitas a personas ajenas a la familia. La condición de prematuro hace que la madre se aísle del medio en que vive por protección del bebé para que no le causen daño o enferme, llevándola a evitar visitas de personas extrañas o ajenas a la familia por considerarlo como un riesgo para la salud del bebé y poderse ver alterado su bienestar. Esta forma de cuidar es aplicación de lo aprendido en la institución.

***"I4E1P18** las recomendaciones era que no podía tener tantas visitas por que la niña estaba baja de defensa y cualquier bacteria o germen… la podía enfermar y que evitara mejor la visita."*

***"I6E1P34** pues que todos los vecinos y familiares y amigos vienen a visitarlo por el nacimiento del niño entonces algunos vienen con gripa otros no se lavan las manos y los cogen y le pueden traer bichos que lo enfermen"*

Estos aspectos son medidas protectoras para prevenir procesos infecciosos por contagio. Siendo esta experiencia cerrada limitada a la madre y el padre, entendida como un mecanismo de protección aprendido del conocimiento ético que influye en la decisión de acomodar las condiciones ambientales y estilos de vida particulares y familiares tradicionales para proteger al niño(a) y que son beneficiosa para la supervivencia del bebé.

***"I5E1P37** sí, las enfermeras me dijeron que nada de visitas hasta que ella estuviera con un peso adecuado y grande porque muchas personas lo quieren conocer pero las defensas están bajitas y si vienen con gripa o algo así m se le pega muy fácil entonces que nada de visitas por ahora"*

***"I3E1P26** entonces nos dijeron también que no se le podían acercar personas enfermas que evitara al máximo que lo cogieran ni siquiera la propia familia, ni mi mamá, ni mi papá, ni mis hermanos podían coger el niño solamente el papá o yo …"*

El apoyo profesional es asumido por la madre para crear ambientes seguros y de protección que avalan lo aprendido durante el egreso del niño(a) y que además son recomendaciones para evitar que se enferme.

***"IG2E2P22** No dejan ingresar visitas a la casa cuando las persona tengan gripa."*

***"IG2E2P23** No dejan que les den besos extraños y no permiten visitas hasta que le bebe tenga por lo menos tres meses en la casa.,"*

***"IG5E2P31** ellas evitar las visitas y besos para evitar infecciones respiratorias y los niños se contagien por la gripa y otros."*

Los factores de salud émicos (tradición o genéricos) y éticos (profesionales) en los diferentes contextos ambientales influencian los resultados de los procesos salud y enfermedad. Es así que las acciones que realiza la madre son cuidados como protección y cuidado como asistencia.

Código 8: El baño del bebé. La práctica de cuidado que realiza la madre al bebé en el baño lo considera saludable y beneficioso para el niño, pero también indica la manera minuciosa y los elementos que utiliza para realizarlo. Reconoce que el baño es un momento para higienizarlo con suavidad y fortalecer vínculos entre ellos, es algo cotidiano, utilizando elementos especiales para bebés que le proporcione cuidado de la piel y en áreas húmedas, que ella reconoce y realiza su limpieza de manera adecuada sin abusar de los productos. El baño es un procedimiento que inicia con la limpieza rápida dependiendo del peso del niño, pero que en la medida que aumenta de peso y crece la práctica se acerca al baño en tina de los niños a término; esta estrategia aprendida de lo ético se justifica por el riesgo de pérdida de peso y temperatura con las consecuentes complicaciones para la salud. Como lo describen las participantes.

"I3E1P17** lo limpiaba con pañitos y todo pues así… normal lo limpiaba bien con los pañitos y ya porque haya me dijeron que de la única forma que uno puede limpiar al niño es con los pañitos, lo limpia por todas partes como si lo estuviera bañando ella me dijo: no lo vaya a bañar porque hay mismo baja de peso entonces por eso en ese tiempo no lo bañe y también me dijo que cuando lo limpiara con los pañitos que lo hiciera rapidito**."

***"I2E1P12** pues no yo lo pongo en la bañera, y pues cojo la olla y el gua y le empiezo primero a mojar los piecitos, las rodillitas, la barriguita y el cuello y le paso con la mano y*

ya luego le empiezo a tirar así, le hecho shampoo en la parte de arriba y jabón… en el cuerpo y ya y lo juago y lo saco al sol en una toallita."

***"I2E3P21** le hecho jaboncito y lo sobo mucho."*

Para el bebé el baño es un momento relajante, de juego, de contacto directo entre la madre y él. Es decir este es el momento de mayor interacción entre los dos, sin olvidar la finalidad que es una buena higiene. La limpieza diaria es determinante para las salud del bebé y la madre lo acompaña con una limpieza en seco que permite mantenerlo aseado y es un momento muy especial de contacto entre los padres y el bebé, por lo que tomárselo relajadamente y disfrutar del momento es aconsejable. Algunas madres lo describen de este modo:

***"I4E1P19** solo lo limpiaba con un pañito húmedo por el cuerpito y en sus genitales ya que no la podía bañar cuando estaba cangureando y solo cuando tuvo 2500gr de peso la pude bañar y lo disfrutó mucho."*

***"I5E1P38** pues al principio con un gatico limpiadito y luego… el primer baño fue delicioso par ella, con agüita calientica, jaboncito y champú, le gusta mucho empiezo por la cabeza y luego por el cuellito, el cuerpito y de último la colita se enjuaga y se seca rápido,"*

***"I6E1P1** Como limpiarlo como un gatico inicialmente hasta que pesara 2500gr, lo mismo las vacunas y control de crecimiento,"*

***"I7E2P1** suena raro pero así es como los gatos se limpian ellos mismos con la saliva, uno dice así por que utiliza un trapito húmedo o con los mismos pañitos y limpia el cuerpo del bebé, es decir no lo sumerge en el agua ni usa jabón ni nada."*

Otro aspecto importante para la madre es procurar un ambiente térmico neutro para el bebé durante la higiene. Ella consideraba importante recodar los consejos de facilitar las pérdidas de calor controladas previas al baño, vestir al bebé antes de que se enfriara y además mantenerlo calientico era prioridad. También era significativo escoger el vestido adecuado y la exposición a la luz. Como lo señalan estas participantes:

***"I2E3P5** yo lo pongo a desacalorar mientras hago oficio, 15 min, 20 min, media hora."*

***"I3E1P22** yo le tibio el agua como ya se sienta entonces yo lo suelto… antes que no se sentaba le tenía la cabecita y le echaba la agüita y le untaba el jaboncito y lo bañaba pues por todas partes con cuidado y ahora es más fácil ya se sienta feliz y se prende de la bañera entonces ya a uno le queda más fácil bañarlo."*

***"I6E1P31** Cuando lo bañaba lo vestía rápido o cuando lo limpiaba se colocaba como moradito del frio entonces rápido y para lámpara a que se caloriara."*

El respaldo de los profesionales de enfermería es importante en la interacción entre enfermera/mamá para enseñarla y ofrecerle recomendaciones y logra calmar su ansiedad y miedos por la condición del bebé. Además enumera una serie de actividades en las que coinciden todas las profesionales de enfermería, en aspectos significativos para el cuidado del bebé y a su vez, que consideran que la madre debe conocer y aprender. Esas recomendaciones del baño van encaminadas a evitar el enfriamiento del niño. Especialmente el prematuro y los bebés de bajo peso, tiene mayor facilidad para enfriarse que los niños a término en condiciones normales; esto, puede explicarse ya sea porque tiene mayores pérdidas de calor o menor capacidad de aumentar la producción de calor en ambientes fríos o una combinación de ambas mecanismos. Al respecto las profesionales dicen:

***"IG4E1P5** El baño del bebé se debe realizar después de los 2500gramos de peso y evitar corrientes de aire."*

***"IG1E1P17** el baño de neonato deber ser rápido teniendo la ropa lista para vestirlo inmediatamente y realizar masajes después del baño, con un crema suave"*

***"IG1E1P10** Solo limpiarlo con pañitos húmedos sin sumergirlo en una bañera con agua hasta que pese por encima de 2500grs;"*

Entonces el baño es una práctica de cuidado que fortalece el vínculo y asegura que le proporcione salud y bienestar al bebé. Además esta actividad visualiza su contexto cultural y ambiental que ella adapta de manera acertada para proporcionar cuidado a su hijo(a). El baño es además un momento de fortalecimiento de lazos afectivos como factor de la estructura social.

Código 9: otros cuidados de la piel. Los cuidados de la piel además del baño incluían la humectación de la misma y evitar que presente descamación; para lo cual la madre enumera elementos que utilizaba después de bañarlo para el cuidado de la piel como cremas, aceites, loción que le permitieran mantenerla lubricada. Como lo refieren la siguientes informantes:

***"I6E2P13** pues después del baño utilizo cremita o aceitico para lubricara la piel y se vuelva reseca, siempre lo hago después del baño, la piel del bebé es suave…."*

***"I2E1P15** le hecho cremita para el cuerpo a y la…. (Nombra el producto de uso)"*

***"I2E2P12** como pa cuidarlo así…… yo utilizo la crema, cremita para el cuerpo, los pañitos húmedos, ehhh... locioncita más que todo es eso"*

***"I1E5P9** además también le vigilo los cuidados con la piel: cuello, axilas y las ingles aplicándole buena crema."*

Lubricar la piel es un cuidado acertado ya que en los niños prematuros especialmente la capa externa está poco desarrollada por lo que presenta mayor pérdida de calor, está expuesta a infecciones y tiene gran capacidad de absorción de productos externos como las cremas[cliv]. De igual forma recuperar la hidratación de la piel era un actividad que la madre debía hacer en casa, porque la permanencia en la incubadora había favorecido el resecamiento. El baño y lubricación de la piel también son actos de cuidado que se asocian a los masajes como forma de estimulación, relajación y bienestar del niño y como inductores del sueño. Como lo afirma las siguientes informantes:

***"I3E2P12** entonces no… no le echábamos mucha cremita eso si hacía yo, mucha cremita del cuerpo para que no se le resacara la piel y todo porque él estaba todavía chiquitico pues la piel no era lo mismo que un recién nacido de tiempo completo entonces siempre le echábamos mucha cremita para humectarlo por lo que él de las encubadoras los bebés salen muy reseca"*

***"I4E2P24** llevo al cuarto al seco y la saco tomar el sol y llega calientica se le aplica crema en el cuerpo con masajes para estimularla como dicen en……. y crema en la cola coloco pañal y al visto, se le pega a la teta y adormir un ratico."*

La enfermera profesional también lo relaciona con conocimientos sobre los efectos beneficiosos de los emolientes como el aceite de maíz, que mejora la barrera cutánea, proporciona mayor protección contra las bacterias, limita la evaporación de agua y pérdida de calor. Como lo dejan ver los relatos que se presentan a continuación:

"IG1E113 *Debe tener un especial cuidado con la piel del prematuro, mantenerla lubricada con aceite de maíz y realizar estimulación permanente."*

Madres y enfermeras son coherentes en la importancia del baño y lubricación de la piel como formas de higiene, fortalecimiento del vínculo afectivo, estimulación y relajación para el niño(a) y satisfacción de la madre.

Código 10: Alimentar con lactancia materna. La leche materna, es el alimento idóneo para el recién nacido tanto enfermo como sano y en especial para el prematuro y niños(as) de bajo peso al nacer. Sin embargo, los prematuros a menudo no son lo suficientemente fuertes ni maduros para succionar, el proceso de lactar por varios días o semanas después del nacimiento, requiere apoyo y asesoría a la madre. Teniendo en

cuenta que él es consciente del alto valor nutricional e inmunológico que tiene la leche materna, de la relación con el desarrollo del vínculo afectivo y de la seguridad que brinda como alimento, para ella es necesario lograr una lactancia exitosa.

Además, la leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños y niñas, y con mayor razón en los los bebés prematuros, de bajo peso, gemelos y los niños(as) enfermos, salvo en rarísimas excepciones[clv]. Como lo comentan a continuación éstas madres en sus relatos:

*"l**4E1P23** pues le di leche materna solamente, nada mas no necesité de las leches de tarro era muy buena lechera jajajajaja… y se pegaba mucho cada dos horas y eso ayudó mucho para subir de peso rápido."*

***"l4E2P12** leche materna le da las defensa necesarias a los niño y tiene todo los nutrientes mejor dicho el mejor alimento"*

***"l5E2P3** que lo alimentara cada 3 horas con solo leche materna gracias a Dios me salió suficiente que aun le doy,"*

Para el inicio de la alimentación del bebé prematuro y de bajo peso, lo ideal es la leche de la madre, porque se adapta a sus necesidades. Además, la leche materna es el alimento mejor tolerado por el prematuro y niño(a) de bajo peso, con un vaciado gástrico más rápido y menos retenciones que cuando es alimentado con fórmulas artificiales[clvi]. Este concepto de la lactancia materna lo tienen en cuenta las madres del estudio, pues conocen sus beneficios, ventajas y rango de edad en que debe ser administrada con exclusividad, por las características especiales de la prematuridad o bajo peso, razón por lo cual se esfuerzan por sobreponerla por encima de cualquier otro alimento.

El inicio de la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche maternal sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años[clvii].

***"l5E1P41** pues soy como dicen vaca lechera jajajajaja… le doy leche materna súper siempre desde que estuvo hospitalizada le daba cada tres horas y en la casa cada que ella pidiera, se pegaba mucho y le gusta y creo que por eso es sana, como dice mi mamá le di toda las defensas por eso ella no es enferma."*

***"l5E2P21** pues solo leche materna hasta ahora que como ya tiene 6 meses"*

***"I6E1P2** que lo alimentara cada 3 horas ojalá leche materna en lo posible…pero me toco complementarle con leche de fórmula para prematuros me salía muy poca y quedaba con hambre…."*

*"**I7E2P21** solo le di lactancia materna hasta que cumplió los seis meses y luego inicie las compotas, papillas y sopas en cremas, antes no di nada de pronto agüita sola,"*

La leche materna es importante para la salud del bebé. De hecho contiene muchas proteínas y anticuerpos, necesarios para el bebé prematuro o de bajo peso. A medida que pasan los días, la composición de la leche sigue cambiando, adaptándose al bebé[clviii]. Para la madre es importante la recomendación de la institución en este sentido, sin embargo la satisfacción del bebé es un factor que ella considera y busca solucionar mediante leches complementarias previa asesoría de expertos. En conclusión, la madre reconoce que la práctica de alimentación con Leche Materna, se debe preservar o mantener para beneficio del bebé. Es así que ella se convierte en proveedora de cuidado directo y actor principal de acciones que beneficien la salud del prematuro o niño de bajo peso. Esta acción muestra el cuidado natural como presencia durante la alimentación materna y reconoce los beneficios que ofrece para el bienestar de su hijo y es una acción que preserva para la supervivencia de su hijo.

Para la enfermera reconocer el valor nutricional, inmunológico y afectivo que tiene esta práctica y la fomenta desde el primer contacto madre/hijo con el propósito de que sea una actividad beneficiosa para el bebé. El conocimiento propio y el conocimiento científico es algo que la enfermera debe darle relevancia para brindar una asistencia adecuada según las condiciones de los seres humanos, como lo es le prematuro y/o bajo peso. Este patrón de conocimiento permite involucrar un cuidado holístico del bebé. También otras acciones son importantes como es la nutrición del prematuro que son diferentes por su condición e inmadurez digestiva, además, enfatiza en el horario que juega un papel importante para su metabolismo. La alimentación del niño y su técnica es un aspecto enseñado por las enfermeras y asumido por las madres como aprendizaje del conocimiento ético. En este mismo sentido el profesional relata:

***"IG1E1P18** administración de leche materna exclusiva, la posición para la alimentación en la noches ya que muchas lo hacen acostadas,"*

***"IG1E1P23** que la madre debe ofrecer al bebé la alimentación cada 2 o 3 horas, dar la cantidad ordenada. Informar cualquier cambio en el patrón nutricional."*

***"IG4E1P2** El Fomento de la lactancia materna exclusiva,"*

***"IG3E2P7** se recomienda lactancia materna exclusiva hasta los seis meses yo no habla de ninguna alimentación"*

En conclusión, el cuidado como protección incluye actividades benéficas que fortalezcan la salud y mantenga le bienestar entre ellas está la práctica de la lactancia materna.

Código 11: Otros alimentos. La madre otorga un alto valor nutricional a la leche materna y la perciben como un elemento de defensa, tranquilidad y estimulación para el bebé. Pero las condiciones de bebé prematuro y las complicaciones de la transición cambian el concepto al iniciar la alimentación tardía, es así que permite involucrar ideas erróneas en el proceso de amamantamiento. La introducción y utilización de la leche maternizada por los profesionales de la salud como un proceso de aculturación en este grupo, influido por factores económicos, sociales, políticos, ha permitido el desplazamiento de la lactancia materna y se ha convertido en una herramienta que puede ser usada en contra del bienestar integral del bebé.

"I1 E1 P6 *Con leche para prematuros S26 se toma un tetero cada 3 horas.***"**

"I1E3P5 *para una buena alimentación y mi niño crezca grande y sano…. Ya que era muy chiquitico y ahora se ve vigoroso, muy lindo."*

"I2E1P3 *porque pues yo daba mucha leche pero los 2 primeros meses pero como él estuvo en incubadora no lo pude alimentar cuando lo empecé alimentar me baja pero a él, le dificultaba mucho porque yo tenía el pezón muy pequeño, bueno y ya luego se me fue secando mucho, entonces ya me dijeron que le diera teterito con 3 onzas cada 3 horas."*

*"**I3E1P31** lo cambiaba, lo ponía así… y ya le daba el tetero y lo pegaba pero no no era capaz lloraba mucho horrible"*

Las necesidades nutricionales del niño de bajo peso al nacer y del prematuro son heterogéneas. La fuente es la leche materna para obtener una ganancia de peso de 15 Kg/día[clix]. Este proceso, se ve interrumpido por causas como la hospitalización y las condiciones fisiológicas, psicológicas de la madre. Para suplir las demandas nutricionales del bebé ante la interrupción de la demanda a la madre le informan en la institución sobre la alimentación con leches artificiales. Es así, que la hospitalización del bebé rompe esquemas de vínculo afectivo que proporciona la lactancia materna y genera angustia a la madre, produciendo disconfort e impotencia. Los elementos tecnológicos que acompañan la hospitalización y condición de salud de un bebé, pueden interferir y constituirse en barreras para los procesos naturales y esenciales como la lactancia. Además de las características físicas de las mamas, contribuyen al abandono de la práctica por parte de la madre y a mirar otras opciones de alimentación artificial. Así lo expresaron en los relatos anteriores.

También, para la madre es importante las recomendaciones realizadas en la institución de salud, sin embargo su influencia cultural de la utilización de la dieta ha comprendido

una tradición generacional, que ha influenciado en su utilización, sin medir consecuencias algunas. Por consiguiente, la alimentación del niño es otro aspecto de cuidado que la madre realiza, introducir otros alimentos es necesario en la medida en que el niño crece, sin embargo esta tiene algunas características que hace de acuerdo a la introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la edad. Así lo afirman las madres:

"I3E1P6 *nosotros le empezamos a dar de esa S26 Prematuros y también la dieta del doctor Jaramillo de Calarcá a los 3 meses le empecé a dar la dieta y con esa dieta pues la verdad no ha estado enfermo ni nada…"*

"I5E2P22 *la alimentación poco a poco como me dijeron en el control de crecimiento y desarrollo, solo papillas y compotas se saborea mucho pero aun toma leche y le doy juguitos en tetero"*

Este sentimiento es identificado por los profesionales de enfermería ya que ellas lo reconocen al explicar el manejo de otras formulas lácteas; es importante ya que para la condición de prematuro su preparación varia y debe ser claro en su aprendizaje para que no se pierda su valor nutricional. Sin embargo, este es un recurso que ellas enseñan en caso en que la producción de leche esté disminuida por las hospitalizaciones prolongadas. Dan prioridad a la leche materna. De otro lado, las madres utiliza infusiones de diferentes plantas y conocen su uso como alternativa para aliviar otros aspectos gastrointestinales del recién nacido. También la enfermera reconoce la influencia de la dieta del Dr. Jaramillo[clx] por ser de la región cafetera, pero ésta no incluye ningún aporte claro para el estudio, más que ser una práctica tradicional sin evidencia científica. Otra práctica que considera el profesional de enfermería pero que las madres no evidenciaron en sus relatos, fue el uso de leche de cabra, que tiene beneficios por la facilidad de ser ingerida mejor que la de vaca, ayuda al sistema inmunológico de los niños pero no hay estudios claros de las ventajas para los prematuros o bebés de bajo peso. En este mismo sentido, el profesional relata:

"IG4E1P3 *explicar el uso de otras formulas lácteas infantiles, sí se requiere"*

"IG5E2P8 ¡*ahhh! sí, agua de manzanilla para dormir y agua de canela para cuando está con mala digestión ya que la mamá come alimentos calientes…"*

"IG2E2P9 *esta región tenemos la influencia de la dieta del doctor Jaramillo en Armenia, y eso hace que inicien la alimentación complementaria junto con la leche materna"*

"IG2E2P15 *les dan leche de cabra para aumentar las defensas y de peso."*

I"G2E2P18 *que sirve para aumentar las defensas del niño y como están bajitas por prematuros lo hacen para que se madure y no se enfermen."*

La lactancia materna es proveniente de la madre como cuidadora, pero puede existir factores del contexto como: condición de salud del prematuro, tiempo de hospitalización, entre otros, que pueden alterar el proceso de lactancia, situación que hace que la madre se acomode a una forma de alimentarlo, y reestructura su estilo vida para mejorar los patrones de cuidado en salud.

El conocimiento ético dice que la alimentación ideal para un prematuro o niño(a) de bajo peso, es la leche materna, sin embargo la madre ofrece alimentación artificial, posiblemente este comienzo tardío de la alimentación pueda alterar el proceso de lactancia natural. Es posible que hubiera logrado éxito con la lactancia natural, sin embargo, para ella era claro que el tetero estaba supliendo plenamente los requerimientos nutricionales, inmunológicos, y afectivos del proceso de alimentación, lo cual se refuerza con el poder disfrutar de ver a su hijo vigoroso y muy lindo.

Código 12: Sacar los gases. La técnica inadecuada de administración del tetero ocasiona el cólico que la madre maneja con medicamentos y no técnicas para sacar los gases y ambiente relajado y/o tomar el bebé en brazos para darle sanción de tranquilidad entre otros, que favorezcan la disminución de los gases. La práctica utilizada por la madre es calmar con medicamentos los cólicos sin considerarla como una práctica no beneficiosa para el niño, solo tiene en cuenta la respuesta que de él obtenía**.**

"I2E2P39: *porque en el hospital me dijeron cada que se alimentaba un bebé había que sacarle los gases en la mitad de la comida, lo alimentaba uno media hora; si se le daba un tetero en la mitad del tetero había que parar y sacarle los gases y darle la otra mitad y volverle a sacar los gases y dejarlo quieto para que no se le devolviera la comida"*

"I6E2P11 *si me explicaron que después de cada que lo alimentara le sacara los gases lo colocarlo en mi pecho y le diera palmaditas en el pecho y el los saca rápido y duro jajajajaja."*

"I6E2P12 *Lo hago para que no le de dolor de estomago o el cólico que llaman y eso le ayuda mucho porque se queda tranquilo y duerme después de que salen"*

La enseñanza institucional le proporciona conocimiento ético a la madre que conservó en la práctica de alimentación, llevándose como una práctica beneficiosa para su hijo. Para la enfermera es claro que dentro de la enseñanza y aprendizaje de la madre debe estar incluida la técnica adecuada para sacar los gases a los bebés, disminuyendo el cólico del lactante.

***"IG5E2P11** si es igual los cólicos son por mala técnica en la alimentación que hace que aumente los aire en el estomago y produzca dolor al no salir."*

***"IG5E2P12** Las abuelas y las madres con agua de canela le ayudan, más pegarle en la espaldita."*

Lo anterior permite concluir que la transculturización se logra cuando se conjuga el conocimiento ético/émico en las prácticas de cuidado que realiza las madres del prematuro y bajo peso en el hogar.

Código 13: Exposición al sol. Los elementos claves para la toma de sol, son orientados por el personal de salud y captados para la madre para el cuidado de su hijo. Tiene en cuenta las recomendaciones para proteger áreas sensibles del niño a los rayos solares. Los baños de sol sirven para la producción de vitamina D, además, el sol le ayudará en el color de la piel del bebé y a la eliminación de bilirrubinas. La madre considera una práctica rutinaria. Para la madre es importante tomar el sol después del baño del bebé, es una conducta aprendida, que la convierte en un hábito cotidiano.

"I2E1P13** si, tapándole sus intimidades, pero yo lo saco y eso si los ojitos también se los tapo**."

***"I3E1P35** ¡aaahh! siii… que lo tenía que sacar por la mañana y por la tarde, por la mañana antes de las 10 que tenía que ser 15 minutos por un lado y 15 minutos por el otro y por la tarde después de las 2 eso para que no se le subieran las bilirrubinas si no había sol entonces que lo asomara a la ventana que lo pusiera en esa lucecita que eso le servía."*

La bibliografía cita que una exposición al sol de 30 minutos a la semana sería suficiente para sintetizar la vitamina D y por ende ayuda al tratamiento de la ictericia fisiológica[clxi]. La exposición al sol tiene importancia para la madre para prevenir complicaciones, siguiendo un patrón de enseñanza ético. Por esta razón, para la madre exponerlo a la luz del sol no sólo es beneficioso para evitar el color amarillo, sino que además le beneficia la captación de calcio que es crítico en los prematuros, a través de la vitamina D que el sol ofrece y ésta es una forma de fortalecerlo. Así lo expresan las informantes:

"I4E2P25 *yo te conté que era para quietar el color amarillo y para que tomara la vitamina D del sol y los huesos fueran fuertes, mi madre siempre me decía eso y creo que sí, porque ella es firme se sienta súper y lo hizo rápido… todavía lo hago por prevención."*

"I6E1P33 *claro que eso empecé cuando tenía como dos meses porque antes como se ponía como morado del frio, no lo hacía pero todavía lo hago, eso fortalece también los hueso,s ese solecito es muy beneficioso para ellos."*

Sin embrago, la ictericia aparece cuando la bilirrubina se acumula en la sangre porque el hígado de los recién nacidos no es capaz de descomponerla y eliminarla con la suficiente rapidez. La luminoterapia o fototerapia convencional e intensiva, utilizando la luz blanca o la azul fluorescentes, su efecto es local, actuando sobre la bilirrubina circulante a través de los capilares cutáneos, transformándola en isómeros no tóxicos (lumirrubina) e hidrosolubles[clxii]. Existe una relación directa entre la intensidad de la luz, la superficie expuesta de la piel y su efecto terapéutico**.** De este modo las madres señalan:

"I3E1P3 *También el niño se me estaba poniendo amarillo por tanto encierro, entonces me tocó poner un bombillo para que lo alumbrara."*

"I6E1P11 *empezamos a colocarle una lámpara para que le diera colorcito y creciera rápido conseguimos una y le poníamos cerca… así como a los pollitos…."*

"I3E2P9 *El bombillito ayudaba mucho sin embargo, yo por la mañana como me dijo la enfermera: póngalo un ratico pues… así sea en la ventanita que le coja y lo poníamos también pero el estilo de incubadora sirvió mucho"*

En la opinión de la enfermera, considera una secuencia de actividades para el cuidado del recién nacido, en la cual está la exposición al sol con mayor importancia y lo resalta como actividad diaria que fortalece el desarrollo del niño. Dentro de la enseñanza profesional se le indica a la madre acerca de los baños de sol, cuya actividad es marcada en el medio y garantiza la producción de vitamina D. así lo afirman las los profesionales:

"IG1E1P11 *darle baños de sol diariamente****."***

"IG4E1P7 *La realización de baños de sol durante la mañana***."**

Por consiguiente la madre es proveedor de cuidados para el bienestar del hijo. La conjugación de la émico y lo ético permite un cuidado culturalmente congruente debido a sus conocimientos, actos y decisiones que realiza la madre para la salud y bienestar de su hijo. La exposición a la luz es una práctica aprendida del conocimiento ético y su justificación provienen igualmente de éste conocimiento que la madre a asumido y asimilado. Para la madre los factores tecnológicos son medios que le permiten dar cuidado al hijo buscando la continuidad de éstos en el hogar.

Código 14: Vigilar la respiración**:** Vigilar la respiración es percibida por la madre como problema de adaptación respiratoria por la prematurez hace que el niño, se considera como indefenso; vigilar la respiración de su hijo es parte del cuidado aprendido en el hospital y sustentado en el conocimiento ético compartido por profesionales de la salud y experiencia vivida de tener un bebé prematuro. Por tal razón, vigilar la respiración del bebé es un cuidado que para la madre y los cuidadores le transmiten información de

bienestar, buena salud y ausencia de complicaciones. Alteraciones en la respiración significan alteraciones de la salud. Los efectos del ambiente en la respiración deben evitarse, por tanto la madre debe protegerlo utilizando artefactos y procedimientos aprendidos de su entorno familiar.

El cuidado del hijo, independiente de la destreza con que lo haya asumido la madre, está impregnado de una gran carga de ansiedad e incertidumbre que pueden cambiar el estilo de vida de una madre y requerir acomodar su patrón de descanso y sueño a la necesidad de vigilar a su hijo en la permanencia de signos de vida como la respiración. En este sentido las madres refieren:

"I1E2P14 *Si! se tiene que tener muy pendiente por que el estuvo sin respirar mucho y nos teníamos que fijar que estuviera respirando bien. En las noches me levantaba a mirar de que si estuviera respirando bien".*

"I3E2P10 *nosotros pues nosotros en realidad lo mirábamos mucho estar más pendientes de lo que él estuviera como bien; sin embargo, siempre desde que él nació siempre él ha sido bien de los pulmoncitos, pero siempre uno le ponía cuidado para que de pronto se ahogara o que sintiera que tenía flema cualquier cosa entonces era si… alarma entonces siempre le poníamos cuidado más con los fríos que estaban haciendo y entonces nos toca tenerlo cubiertico también por eso."*

"I4E1P33 *que viera siempre la respiración porque ellos les da por dejar de respirar algo así como apnea, entonces yo me levanto a veces en la noche a ver como estaba y si respiraba y que estuviera pendiente ósea de la movilidad que si veía algo extraño en ella, que lo llevara hay mismo al médico"*

"I5E2P6 *¡ehhhh…! le vigilara la respiración todo el tiempo, o que le mirara el pechito si se hundía mucho o si respiraba rápido o si dejaba de respirar; también acudiera rápido al EPS por urgencias, pero nada de eso me ocurrió menos mal….si no se que hubiera hecho".*

Por eso, la percepción de la madre frente a los problemas de adaptación respiratoria por la prematurez hace que el niño se considere como indefenso, y reconoce los signos de peligro y en qué momento acudir al centro de salud más cercano. Es importante tener en cuenta que los problemas respiratorios por inmadurez son característicos de los bebés prematuros y en pocas ocasiones se presentan en los niños de bajo peso al nacer. Una vez más se evidencia cuidado como protección.

"I5E1P27 *Que si veía cualquier cosa rara como no respire o se marquen las costillas que inmediatamente acudieran al médico. No más, y siempre lo llevo a urgencias"*

Para la enfermera, es importante vigilar la respiración debido a la inmadurez pulmonar que algunos prematuros especialmente, presentan después de su nacimiento y a esto, se le suman alteraciones mecánicas como fatiga de los músculos respiratorios produciendo insuficiencia respiratoria, que induce hipoxemia e hipercapnia, las cuales agravan el cuadro clínico, aumentado la resistencia vascular pulmonar, haciéndolo más vulnerable para sufrir problemas cardiorespiratorios. Lo evidencian al decir:

"IG1E1P2** Mantenerlo en una posición adecuada que no le genere obstrucción de la vía aérea, lo que lo puede llevar a una apnea, lo cual podría ser muy grave si no se da cuenta de una manera oportuna**. "

***"IG1E1P2** Mantenerlo en una posición adecuada que no le genere obstrucción de la vía aérea, lo que lo puede llevar a una apnea, lo cual podría ser muy grave si no se da cuenta de una manera oportuna".*

Código 15: Evitar caídas. Cuidado como protección, está caracterizado por el rol de madre que asumen dentro de su cuidado el cual el profesional de enfermería debe afianzar para brindar apoyo, ayuda y estímulo que promueva la participación de la familia en el cuidado. Dentro de la protección del niño incluye una serie de actividades que la madre debe asumir en el cuidado del bebé como beneficiosas para su bienestar. Al respecto el profesional dice:

***"IG4E1P4** El no dejar al bebé solo y asegúrese de que esté libre de caídas."*

Evitar caídas, es un práctica que la madre no expresa abiertamente, pero que es evidente evitar accidentes caseros que son prevenibles, con esta práctica evita que se enferme, para que crezca sano y la práctica del cuidado del prematuro o niño de bajo peso sea benéfica.

Código16: evitar mal de ojo. El uso del coral es una práctica contra el mal, para que no lo ojen y ahuyentar las malas energías. Lo importante para el cuidado de esta práctica que la realizan las madres y que proviene del conocimiento émico, es tener en cuenta para evitar accidentes el sitio donde colocan el coral, se recomienda que sea en los pies y no en las manos por el riesgo de ahogamiento o atragantamiento de cuerpo extraño, asociado con la etapa en que se encuentra el niño: etapa oral. Es una creencia que evita el mal de ojo y es una manera de proteger el prematuro contra males de origen cultural.

***"IG2E2P24** les colocan corales en la manito o en el piecito para que no les dé mal de ojo."*

***"IG5E2P32** Hmm… el coral lo usa para que no los ojen y de las malas energías, con ello los protegen de todo mal".*

Evitar mal de ojo, es una práctica que la madre no expresó, pero que es real, en la experiencia del profesional se observa la utilización del coral como medio para protegerlo del mal, de los espíritus o del mal de ojo. En contraste con la literatura en el trabajo de Argote y Vásquez, publicado como: "*La dieta como camino para asegurar un hijo sano: una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes*"[clxiii]**,** realizado en la ciudad de Cali en el año 2009, con participación de ocho adolescentes y sus recién nacidos, en su tema *Proteger el bebé, una manera de que el niño se críe fuerte en el futuro:* Se lo protege contra el "mal de ojo", el "descuajo" y las deformidades. Cuenta que la protección contra el "mal de ojo" implica bloquear la mirada fuerte de ciertas personas con energías negativas que trasmiten este mal a través de la mirada, las caricias o la admiración, de forma accidental o intencional; de forma súbita el niño presenta fiebre, vómito, diarrea, sudoración, insomnio, adelgazamiento, trastorno mental, que lo pueden llevar a la muerte. Para protegerlos del "ojo" se les coloca amuletos, o chaquiras rezadas en una pulsera. Manera de tratar la enfermedad de forma sobrenatural.

Código 17: Uso del riobarbo. Esta planta es de uso medicinal y tradicional, como alternativa para disminuir la ictericia, mejorando su digestión, pero en la experiencia clínica lo observado es que ocurre daño hepático y aumento de las bilirrubinas, causando como consecuencia el Kernicterus; por ende daño neurológico al niño(o). Para otras madres, es más importante el baño de sol para disminuir la ictericia que la utilización de esta planta. Esto se fortalece en la enseñanza al egreso de del prematuro. Así lo refieren las informantes generales:

"IG2E2P6 *Es un componente liquido de una ramitas o tallos y dan gotas, lo utilizan las madres para ayudar a la digestión del bebé y él supuestamente disminuye el color amarillo en los niños.*

"IG3E2P5 *uno les enseña mejor el baño de sol en las mañanas y les ayuda más que el riobarbo*.

Teniendo en cuenta los planteamientos de Leininger en su teoría, para la madre ***evitar que se enferme, para que crezca sano***, fue una connotación única por la vulnerabilidad del prematuro, que hace que realice prácticas de cuidado influenciadas por la interacción con el equipo de salud, incorporando la ampliación de la visión de mundo o del referente conceptual de la madre frente a las situaciones que rodearon el cuidado del niño(a). La interacción con el equipo de salud, le permitió el aprendizaje de términos propios del conocimiento profesional.

En las concepciones y planteamientos de la madre acerca de la prematurez, sus riesgos y complicaciones, interactúan actores tales como la *estructura social* a la que ella pertenece, lo cual le permitió una visión de mundo amplia y receptiva frente a los avances biomédicos y factores de cuidado humano que la llevan a apropiar elementos y argumentos científicos en su interpretación de la situación que vivió durante el cuidado de su hijo. Con el facilitador de aculturación proporcionado por Leininger se pudo establecer que la madre tiene una mayor orientación hacia el cuidado no tradicional. En

ella prima la situación vulnerable de su hijo(a), característica que le facilita decidir por el cuidado en el hogar, como continuidad del cuidado profesional- institucional, por encima de las prácticas culturales, que si bien en circunstancias distintas de salud del hijo serían posibles de realizar, en el prematuro o niño de bajo peso, podrían ser contraproducentes, eventos que en ellas les ocasiona miedo de causar daño.

Patrón 2: Estimular al bebé es una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo. El patrón abarcó prácticas de cuidado encaminadas a estimular al prematuro para favorecer su neurodesarrollo. Dentro del cuidado del bebé estuvo la estimulación para su desarrollo psicomotor, adaptativo, personal social y del lenguaje, que ayuda a que el prematuro se desarrolle acorde a su maduración celular. El masaje, la música, artefacto para dormir, entre otros, expresaron comunicación a través de la piel, el intercambio de miradas y las sensaciones que transmiten las caricias, el masaje, la música, la estimulación de los sentidos, le dice al prematuro o niño de bajo peso que todo está bien. Estas prácticas permitieron reforzar nuevos vínculos afectivos. Además, las prácticas proveerán estímulos al recién nacido desde el ambiente donde la madre es parte del contexto del niño en que se da la relación de cuidado. Para ello la madre utilizó artefactos que le facilitaron esta actividad de cuidado.

Por consiguiente, la adaptación del medio ambiente donde vive (hogar) permitió a las madres proveer cuidado (salud/bienestar) creando microambientes seguros coherentes con sus necesidades neurológicas.

También, para la madre protegerlo es la conjugación de la influencia de diferentes factores del ambiente del prematuro o niño(a) de bajo peso con las prácticas de cuidado; lo particular es que, la madre ajustó los cuidados a su contexto social y cultural (prácticas tradicionales), considerando la práctica de cuidado segura y benéfica para la salud y bienestar del bebé ayudándolo en la transición de niño(a) prematuro o de bajo peso a niño(a) a término o de peso adecuado para la edad.

Código 1: Hacer masaje. El masaje fue una forma de entrar en contacto la madre y su hijo, fortaleciendo el vínculo afectivo madre- hijo y ayudando a su neurodesarrollo. Esta práctica fue la mejor transmisión de sentimientos, contribuyendo a la salud, tanto física como psicológica, no solo para el bebé sino para los padres. Por eso, la estimulación táctil fue una forma de comunicación con el mundo corporal y emocional del niño(a). El masaje corporal en el prematuro se desarrolló de forma saludable a nivel emocional y psicomotor, además mejoró los períodos de sueño del bebé.

En conclusión, el masaje se convirtió para el niño en la manera de disminuirle el estrés y proporcionó un instante que compartió con su madre y ésta a su vez, reconoció como práctica beneficiosa. Esto se evidencia cuando las madres relatan la práctica, así:
"1E2P30 *Aceite para los masajes, le pongo canciones de bebé y en el hospital me enseñaron una terapia."*

"I4E2P26 *después del baño relaja y estimulan la bebé por ejemplo en la barriguita ayudan a la digestión y en las extremidades a fortalecerlas y fuera de humectarle la piel… ahhh también les ayuda para que duerman toda la noche".*

"I5E2P15 *ahhh si eso es para estimularla y relajarla se hace masaje con cremita para piel por todo el cuerpo y luego de eso hacemos ejercicios sube los brazos las piernas y se ríe mucho le gusta, dice que lo relaja tanto que se duerme más rápido y creo que si por que después del baño lo hago y hace una siesta un rato…."*

Las informantes generales lo confirmaron cuando para ellas, su apoyo constante generó conocimiento ético apropiando por la madre para el cuidado del bebé en el hogar y ayudando a evidenciar un cuidado culturalmente congruente y terapéutico. Las enfermeras dicen:

"IG4E1P6 *El orientar sobre la técnica de masajes para evitar molestias y que se ocasione algún daño"*

"IG3E2P36 *no le estimulan bien con música, masajes y protegiéndolos de infecciones para ello es importante le lavado de manos en casa…."*

Código 2: cargar el bebé. Los lazos afectivos entre la madre y su hijo, se deben a un "Buen Apego" [clxiv]lo que le proporciona al neonato aumento en la maduración celular para mejor el desarrollo psicomotor, además de una optima salud. Con la hospitalización la condición del prematuro y del niño(a) de bajo peso cambia, se produce una separación bebé-madre dificultando el establecimiento del apego. La hospitalización rompe e interfiere en el esquema afectivo por la presencia de la tecnología, procedimientos terapéuticos, normas y la prolongada estancia hospitalaria del niño(a). Este ambiente crea en él patrones de comportamiento particulares, como la incomodidad si lo cargan. Este evento es respetado por la madre quien aprende a reconocer cuándo el niño(a) quiere estar cargado y cuando no. La informante lo aseguró en su práctica, de la siguiente manera:

"I1E2P21 *Pues la verdad a el no le gusta que lo carguen mucho, le fastidia el calor de la persona que lo cargue; Cuando está muy cansado lo cargo."*

"I1E2P22 *Sentado le gusta aunque no es muy frecuente por que no le gusta que lo carguen se desespera."*

Código 3: estimularlo con música. La estimulación musical infantil produce grandes beneficios como desarrollo integral del niño, mejora la salud (ganancia de peso mas rápidamente), potencializa el vinculo del bebé con los progenitores, entre otros, más el desarrollo integral del niño[clxv]. Lo anterior se evidencia cuando la madre estimula a su

prematuro con canciones, masajes y caricias, ayudando en la estimulación afectiva, intelectual y niveles de capacidad sensorial sin poner en riesgo la salud del bebé, es decir, fortalecen el lazo afectivo madre- hijo. Por tal razón, las informantes lo utilizaron como práctica beneficiosa; lo manifiestan de este modo:

***"I4E2P7 a** veces le colocaba un poco de música para estimularlo y ayudarle más rápido a crecer y desarrollarse fuerte".*

"I5E2P14** pues la música para niños y la clásica dice que estimula el cerebro y los hace más inteligente y como era prematura había que hacerlo para que se madurara su cerebro**,"

"I7E1P38 *en la clínica las enfermeras me dijeron además que eso lo ayudaba a tranquilizar un poco y ayuda a su cerebro creciera bien e inteligente…."*

Los patrones de cuidado que brindó la madre fueron resultado de su compromiso de curar, atender y mantener o preservar los estilos de vida saludables, para el cuidado; es así como la necesidad de orientar el cuidado a la estimulación del aprendizaje, desarrollo y crecimiento con prácticas de cuidado apoyadas en el conocimiento ético.

***Código 4: artefacto para dormir**:* El objeto transicional es una expresión creada por Donald Woods Winnicott en 1951 para designar al objeto material (juguete, animal de felpa o trozo de tela) que tiene para el lactante y el infante un valor preferencial y le permite efectuar la transición necesaria entre la primera relación oral con la madre y una verdadera relación objetal[clxvi]. Para el bebé, es necesario su artefacto cuando va a dormir (es decir, cuando se separan de los padres), la almohada de lentejas, la toallita, la sabana, tranquiliza al niño, brindando la función simbólica de mantener al niño(a) seguro y confortable al dormir, lo que le permite a la madre identificarlo como un hábito de sueño. De esta manera lo relatan las madres:

*"**I6E2P18 ¡**ahhh! es que él para dormir se tapa con la toalla y luego la bota."*

*"**I2E1P18** él necesita por ejemplo para ya quedarse dormido, dormido se sobaba mucho las manos y necesitaba un trapo algo que le sobara la cara para el quedarse dormido, algo suavecito o sino no era capaz y ya ahora coge la toallita solo y se va sobando y se duerme".*

***"I7E2P20**…. Pues ¡ahhh! Sí, tienen un almohada que usa pequeñita que le hice antes que naciera con lentejas para moldear la cabeza y ella siempre la coge en las manos y la abraza más bella y se queda dormida,"*

***Código 5: apoyarlo para que se sostenga*:** Para la madre fue claro que la condición de ser prematuro, tuvo algunas limitaciones en su desarrollo y crecimiento, que lo diferenció con los demás niños(as) de su edad, pero resaltó la importancia de su práctica de crianza como un bebé a término, por esta razón apoyar el bebé para que se sostenga fue ayudarlo y soportarlo para que realizara actividades que normalmente hacen los niños (as) a su edad, como pararse e intentar dar pasos, sin fatigarlo o cansarlo. Es una forma de fortalecerlo y estimularlo. De este modo manifestó la informante:

***"I2E2P22** ¡Yo!... Normal, o sea yo a él no lo trato como si fuera un bebé prematuro como si fuera diferente no, yo a él normal, como siempre me han acostumbrado en mi casa con mis primitos como yo he visto como los tratan igual ,lo cojo igual lo visto igual , lo baño igual todo igual yo a él no lo trato diferente, que sí sé que de pronto por haber nacido antes tiene ciertas limitaciones que no se pueden como por ejemplo un bebé de 7 meses ya se tiene que estar sentando, él tiene 8 meses y no se sienta el tira más pa pararse que pa sentarse, entonces por que todavía se va yo lo voy acunando , lo paro que me de unos pasitos, él lo hace empinadito entonces no lo esfuerzo mucho tampoco."*

La madre reconoció que el neurodesarrollo es menor a la edad que realmente tiene y fue consciente de que algunas habilidades se tardan más o menos en lograrlas de acuerdo a su edad. Por eso, permitió la estimulación de su motricidad que ayudó a su efectividad intelectual y nivel sensorial sin poner en riesgo la salud del niño y además contribuyó a fortalecer vinculo madre e hijo.

***"I2E2P23** lo cuño…. jajaja ….lo siento en un mueblecito en una esquinita y lo pongo una almohadita en los lados o algo para evitar que se me vaya hacia los lados y estoy pendiente de que no se me vaya para adelante para golpiarse"*

Sostenerlo, es apoyarlo y ayudarle a realizar actividades o tomar posturas de niños con edades cronológicas acordes con el nacimiento a término, pues la madre puede que no desee verlo como un bebé con retardo en el desarrollo por su prematuridad o bajo peso.

***Código 6: evitar que se quiebre*:** Esta expresión hizo referencia la fortaleza del niño para tomar algunas posiciones durante la lo alimentación, que las asociaba con debilidad ósea y muscular del niño. Las características de hipotonía y falta de fuerza del prematuro preocupaban la madre y ella describió como fragilidad, fácil de partirse, situación que la llevó a protegerlo y cuidarlo con delicadeza suficiente para evitar rupturas óseas o esfuerzos musculares de riesgo.

***"I2E1P20** me dijo la jefe que evitara mucho sentarlo que porque se podía quebrar, que si que se le podía quebrar que no se qué"*

***"I6E1P20** pues uno creo que se pueden partir o quebrar un hueso de la columna, esos son creencias, pero como era pequeño sin fuerzas me daba miedo. Entonces no lo hacía,*

evitaba hacerlo, le daba de comer en mis brazos así (-hace la demostración con sus brazos para indicar como-), medio acostado para no sentarlo."

Para el profesional de enfermería esta práctica también estaba relacionada con la creencia que por lo pequeño y frágil, se podía quebrar. Una práctica cultural que los profesionales identificaron en las madres fue el uso del fajero para brindar seguridad durante el cuidado del niño(a). Sin embargo, el uso de fajero disminuye el volumen gástrico del recién nacido; además interfiere en el adecuado retorno venoso de los miembros inferiores y la pelvis. Es una práctica que debe ser reestructurada. Las informantes clave no hicieron referencia ésta práctica, pero las informantes generales, la conocían como práctica identificada en el ejercicio de su profesión.

***"IG2E2P25** les colocan fajero en le cintura para que no se quiebren,"*

***"IG5E2P30** del fajero…. Algunas lo colocan para evitar que se quiebre es la creencia y no le produzcan hernias umbilicales"*

El uso de fajeros también es utilizado por las madres para prevenir las hernias umbilicales, según refieren las enfermeras.

Código: 7 evitar olores fuertes: Dentro de las creencias la madre, protege al niño contra enfermedades respiratorias, sin embargo, consideraron como factor de riesgo los olores fuertes (hipoclorito, perfumes), para la salud del bebé, en la medida en que podían ocasionar alergia o enfermarse de problemas respiratorio por la inmadurez especialmente en el prematuro. Así lo afirman las informantes:

***"I2E1P19** que porque la naricita todavía era muy sensible y que de pronto algún olor… él inhalarlo le podía provocar algo, si me entiende, alguna asfixia o de pronto si me entiende, o si me decían en el San Jorge que era mejor, de pronto la molestia de él por ser muy prematuro podía provocar un ardorcito o algo."*

***"I7E1P28** pues como que olores fuertes… de pronto no use perfume mientras era mamá canguro para evitar gripa o… enfermarse del los pulmones,"*

Enfermarse de los pulmones no sólo lo producían los microorganismos ambientales, sino los olores fuertes, como perfumes, por lo tanto éstos debían evitarse.

Código 8: Clara de huevo en las rodillas. Es una práctica común que realizaron las madres para el fortalecimiento de las piernas, acelerar el aprendizaje para caminar, verlo con huesos fuertes y crecimiento rápido, ya que al untarle la clara de huevo y ponerse dura le daría consistencia a las piernas del bebé. La madre desconocía que es una

práctica que se debe revaluar, ya que pueden desarrollar respuestas alérgicas a la aplicación de la clara del huevo lo que hace que sea perjudicial para la salud del bebé. La madre refiere como hacerlo diciendo:

***"I2E2P18** ya lo normal el huevito de echarle la clarita del huevo cuando uno lo parte el huevo en las rodillitas que pa que camine"*

***"I6E1P18** si eso es buenísimo usted utiliza lo que queda de la cascara de huevo y lo unta en las coyunturas del bebé detrás para que eso lo fortalezca y se deja así eso penetra hasta el hueso y ayuda a su crecimiento fuerte y mire que él se para con fuerza, lo hice porque quería que verlo grande rápido y fuerte lo veía muy debilucho y eso me preocupaba entonces yo se lo hice"*

Para ella utilizar clara de huevo fue igual a crecer fuerte pues deseaba que éste no se viera débil dadas las condiciones de inmadurez del niño(a).

Código 9: Evitar ruidos fuertes. Las actividades enumeradas por el profesional de enfermería fueron encaminadas a disminuir los factores de riesgo (estímulos auditivos), al bienestar y al apoyo en el cuidado en casa a través de la educación y enseñanza. Asociado a evitar olores fuertes, también los profesionales recomendaron como cuidado para los bebés de bajo peso o prematuros la protección contra ruidos fuertes, ya que estos niños como todo su organismo cursan con inmadurez del nervio auditivo. De este modo opina la enfermera:

***"IG1E1P5** Evitar someterlo a estímulos auditivos fuertes, pues le podría causar problemas auditivos".*

Las acciones enumeradas por el profesional fueron orientadas a actos de asistencia, apoyo y facilitación a la madre para mejorar su salud y bienestar del niño(a).

Código 10: movimientos delicados**:** Cuidar a un recién nacido prematuro y neonato de bajo peso en el hogar es un evento crítico si se tiene en cuenta que, el nacimiento de un hijo generó en las madres desconfianza en sus propias capacidades para ejercer su rol frente a las reacciones normales o anormales del neonato en sus etapas de crecimiento, aprendizaje y desarrollo, así como en el manejo propio del niño como cogerlo, cargarlo entre otros. Esta connotación realizada por el profesional de enfermería fue manifestada de esta manera:

"IG1E1P4 *Manejarlo con mucha delicadeza puesto que cualquier movimiento brusco le puede causar daños irreversibles, como hemorragia cerebral."*

"IG3E2P35 *pues los cuidados son tan delicados y tan pocos por el miedo que les da que a veces no saben cómo tratarlo".*

En conclusión las prácticas de cuidado que ofreció la madre al prematuro fueron encaminadas a ayudar a su desarrollo como: masajes, cargarlo, estimularlo con música y artefacto para dormir, permitiendo su estimulación sensorial y su neurodesarrollo, también estuvieron encaminadas a mantener la salud a través de acciones culturales propias de ellas para fortalecerlo con la utilización de clara de huevo, evitar que se quiebre y otras acciones descritas por le profesional de enfermería comunes pero que la condición de prematurez no permitió que las madres las realizaran. Además fueron consideradas por ellas cuidados como protección, cuidado como asistencia y cuidado como presencia, fueron evidentes para conservar su salud y bienestar, garantizando un óptimo crecimiento y desarrollo de su hijo.

Análisis según la Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales- Madeleine Leininger. En los diferentes contextos, las prácticas de cuidado buscaron fortalecer el bienestar y conceptualizar referentes simbólicos que cada cultura tenga de salud y bienestar. Por eso, los siguientes códigos estuvieron ubicados en el esquema del sol naciente:

Valores culturales, creencias y estilos de vida: Las creencias tradicionales de cuidado practicadas por el factor de la estructura social y cultural son afianzados por el conocimiento émico de los acompañantes en quien la madre confía y apoya por la experiencia de sus familias, que conllevó a tener acciones y decisiones para proveer cuidado culturalmente congruente. Por consiguiente, la atención de supervivencia orientada a los aspectos esenciales del cuidado que fueron necesarios para ayudar a su hijo a vivir, permitió encontrar ayudas externas para esta condición, facilitando su conocimiento émico orientado a la inclusión de acciones y decisiones de ayuda y de apoyo permitiendo la participación de otros miembros de su cultura. Si bien es cierto, en el cuidado del niño prematuro o bebé de bajo peso predomina el conocimiento ético asimilado por la madre, existen algunas prácticas culturales que con timidez ellas realizan, siempre cuidando que el efecto no produzca daño en la salud del niño. De todas formas, son prácticas que el profesional de enfermería debe revaluar y asumir de acuerdo a los modos de acción presentados por Leininger.

Patrón 3: Mantenerlo calientico y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalecer el amor madre/hijo. Para la madre el contacto piel a piel, permitió que el prematuro experimentara estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos y las caricias maternas que estimulan la autorregulación necesaria para la sobrevida de éstos niños. Además, el contacto piel a piel permitió la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional, al igual que aumenta la relación madre-hijo. El beneficio del método lo evidenció la madre con el aumento de peso como consecuencia del efecto vasomotor que se traduce en sudar los dos como resultado del aumento de temperatura que produce el contacto piel a piel.

El conocimiento de la madre del método permitió minimizar los riesgos y tener una supervivencia de su hijo, asumiendo un papel importante en el cuidado y en la protección. También permitió aliviar el estrés materno originado al tener que cuidar un bebé frágil, además hacer que la madre sea capaz de cuidar a su bebé en la casa, disminuir el temor y miedo que aparecen por la prematurez. Pero también, promueve el desarrollo de un vínculo emocional madre - hijo.

***Código 1: Utilizar ropa de algodón*:** Por su pequeño tamaño y la pérdida de grasa corporal; los bebés prematuros necesitan vestimenta especialmente diseñada para poder mantenerlos a temperaturas adecuadas sin perdidas de calor. Es así, que la madre tuvo conocimiento del tipo de ropa que debería usar el bebé para conservar la temperatura corporal y utilizando prendas cómodas estaba protegiéndolo.

***"I3E1P30** ropa para prematuros la calidad era en algodón y franelitas pero cuando lo cangurie solo le colocaba el pañalito de prematuro con el pañal no mas sin nada."*

***"I4E2P28** es la más indicada para prematuros evitar las alergias y le ayuda para darle calorcito, siempre recomienda de algodón y cobijas antialérgicas para que no se enfermen."*

Una característica de la ropa para estos niños es el material del cual están fabricados: algodón, pero que cumplan con las funciones de mantener el calor, pero prevenir los procesos alérgicos.

Código 2: Evitar que se enfríe: Esta práctica tuvo como fundamento científico la prevención de la hipotermia, ya que el paso desde el útero hacia el exterior representa un cambio brusco de temperatura, que afecta su metabolismo y dificulta la adaptación al medio extrauterino. La madre realiza prácticas que le permitieron conservar el calor de su hijo. Las enseñanzas tomaron gran valor para la madre por que las asumió con propiedad y las hizo cumplir al pie de la letra para garantizar la protección y supervivencia de su hijo. Las madres lo evidenciaron al decir:

***"I5E1P13** la cambiara rápido para que no perdiera calor, lo abrigara mucho entonces usaba ropa de algodón y cobijitas para mantenerla calientica,"*

***"I3E1P25** porque él no podía estar en contacto con el frio, aparte también le podían dar enfermedades me advirtieron mucho que le podía dar neumonía claro que él cuando nació no le tuvieron que poner respiradores ni nada,"*

***"I7E1P18** pues lo mantenía bien abrigado que no le diera frio y además nada de corrientes de aire, eso le ayudaba mientas los pulmones se maduraban."*

El frío fue un factor amenazante del entorno que desestabiliza la condición de salud del niño(a), por lo que la madre sabe que debe protegerlo. Es un concepto compartido por el conocimiento ético, toda vez que se sabe que el prematuro y niño de bajo peso tienen inmadurez del centro termorregulador, lo que obliga a la protección del niño del frío y tradicionalmente el frío fue un elemento lesivo para la salud[clxvii] y un ser humano frío implica deterioro de la condición de salud. Luego el conocimiento ético y el émico tienen un punto en común: Prevenir el frío en el prematuro. Por eso, la enfermera consideró que la actividad de mantener la temperatura es un de las primeras enseñanzas que se debe realizar a la madre con el fin de mantener, conservar y evitar la perdida de calor e inestabilidad de la temperatura pasando de una actividad beneficiosa a convertirse en una actividad no beneficiosa.

*"**IG1E1P3** El bebé se enfría con gran facilidad por consiguiente lo debe mantener bien abrigado"*

***"IG2E2P21** calientan los pañales que le van a colocar el bebe en ese momento, dentro del seno de la madre."*

***"IG5E2P29** mantener la temperatura del niño y no se enfrié., es una práctica común y la madre se lo ponen entre los seno y lo coloca calientico."*

***Código 3: teja de barro*:** En la búsqueda de supervivencia de su hijo la madre abordó otras opciones que le permitieran elegir la más beneficiosa y que minimizaran los riesgos. Este método es convencional y tradicional para simular una incubadora, debido a que el barro provee calor y ayuda a mantener la temperatura del cuerpo del niño(a), la técnica de construcción la describe la madre y reconoce desventajas para el uso. Sin embargo, para ella fue más seguro y confiable el método de madre canguro y lo apropió para el beneficio de su hijo.

***"I3E2P13** es que…es una mamá canguro y la otra es la teja de barro, para que la mamá lo hiciera mamá canguro entonces había una tejita de barro que la envolvía en puro algodón y al niño lo acostaba en pañalito y se ponía la cobijita, y esta es otra técnica de mamá canguro. La teja de barro pero… y calienta mucho, el problema es que reseca mucho la piel del bebé"*

***"I3E3P5** es un método que me explicaron que utilizan también para que ayudará a los bebé prematuros y había que envolverlo en puro algodón y al niño lo acostaba en pañalito y se ponía la cobijita, y se deja en el cuarto para que el calor de la teja de barro ayude al niño, pero no la utilice porque reseca mucho la piel del bebé por eso no la quise hacer."*

El profesional evidencia esta práctica y la reconoce cuando afirma que la perdida de calor del prematuro es prioridad para la madres porque conocen las consecuencias que esto

con lleva y por eso recurren a esta práctica en bienestar y supervivencia del bebé. La teja de barro es una técnica que se utiliza para conservar la temperatura del prematuro y actúa como una incubadora empírica. De este modo lo dicen las informantes generales (enfermeras):

***"IG2E2P14** Les gusta acostarlos en una teja para que no pierdan calor, no los bañan hasta que no lo ven más grandecitos,"*

***"IG2E2P16** una tejita de barro como incubadora, lo envuelven en algodón y le colocan un bombillo para que de calor y mantenga la temperatura del cuerpo."*

***"IG5E2P27** si la madre para evitar que se enfrié utilizan la teja de barro la calienta y colocan el niño dentro para que se caliente y hace como una incubadora"*

Si bien es cierto, la teja de barro como práctica cultural para mantener calor produce el resultado esperado, también es claro que las madres saben el efecto no deseado que es la resequedad de la piel del niño(a), hecho que las induce a pensar en la pertinencia de realizar la práctica; es decir deben revisar el riesgo, frente al beneficio y definir adoptar el método con evidencia del que disponen: Madre canguro.

***Código 4: contacto piel a piel*:** Para las madres, fue importante ser madre canguro que consistió en ciertas intervenciones dirigidas primordialmente al recién nacido pre-término y/o de bajo peso al nacer. Donde la madre tiene participación activa en el cuidado del prematuro con su maduración extrauterina y se refiere a que la madre, como proveedora de la llamada posición canguro, carga continuamente al prematuro, basado en el contacto piel a piel entre el niño(a) y su madre (su padres o cuidadores), con la finalidad de transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales**.**

Contacto piel-a-piel entre la madre y el bebé, 24 horas diarios, en estricta posición vertical, en medio del pecho de la madre, bajo su ropa. Las madres son incubadoras naturales y fuentes de nutrición y estimulación. La temperatura del bebé permanece dentro del rango normal, gracias al calor del cuerpo de la madre., logrando mantener las constantes vitales en sus rangos adecuados por el estímulo del latido cardiaco, respiración y movimientos maternos. La Método Madre Canguro sustituye el periodo de "engorde" del niño(a) prematuro y/o de bajo peso y permite un acercamiento madre hijo más temprano. La meta es lograr una nutrición adecuada y una alimentación exitosa. Esta práctica tiene como factor determinante, poseer condiciones de similitud de humores (la madre lo llama PH igual) entre padres e hijo que fortalecen y hacen posible este acercamiento íntimo piel a piel, logrando beneficios que se evidencian en el aumento de peso.

***"I4E2P3** colocaba en el pecho con una cobijita el estaba en pañal y gorrito en posición vertical"*

***"I3E1P2** Desde el momento que yo lo traje fui mamá canguro, yo hice mamá canguro entonces mi tía y una enfermera me dijeron que era importante que lo canguriara para que el niño me subiera rápido de peso… Entonces me tocaba metérmelo dentro del pecho para que quedara piel con piel para que en el momento en que el sudara subiera de peso, pero que solamente podía ser la mamá o el papá no más… aaahh…"*

***"I7E1P10** que yo lo hice por lo menos en un mes más colocaba el bebé en mi pecho para que ella sintiera mi latidos y le diera calorcito y así empezaba buena ganancia de peso, y salía más rápido de todo esto, fui muy minuciosa con eso lo tenía a toda hora siempre, solo la sacaba para yo bañarme."*

La mayor riqueza de la madre es poder brindar un vínculo afectivo con el bebé, es así que para la enfermera la mejor manera de proporcionarlo es a través del contacto directo piel a piel, cuyo beneficios son innumerables para la sobrevida del prematuro o bebé de bajo peso, lo cual hace que se convierta en una actividad de mayor relevancia en el cuidado del mismo.

"***IG1E112** Continuar con el programa madre canguro en casa y mantener una comunicación permanente con su hijo."*

Para finalizar, La conjugación de lo ético con lo émico fue congruente con la práctica de cuidado que realiza la madre a su hijo para proporcionar bienestar y salud. La toma de decisiones de la madre con respecto al cuidado fue influenciado por factores del contexto como el conocimiento ético, émico y factores tecnológicos como los medios de comunicación. La protección del recién nacido depende también de las estrategias asumidas por la madre, cuando el cuidado tiene una función protectora. De acuerdo a los beneficios que ofreció la práctica, la madre eligió lo mejor para su hijo apoyada en el conocimiento y consecuencias en la salud del niño; de realizar lo que evidencia y que no siempre el conocimiento émico prevalece sobre el ético, por el contrario permiten al cuidador elegir la mejor práctica en beneficio de la persona cuidada.

Código 5. Baño de salvado de calambombo. La madre expresa que la costumbre es proporcionar el salvado de trigo con el calambobo para aumentar el apetito y no baje de peso. Científicamente no hay explicación, ya que el salvado de trigo es una fibra insoluble que ayuda al tránsito intestinal para la evacuación de las heces, pero en combinación con el calambombo no podría explicarse. La práctica podría ser no beneficiosa para la salud del niño. Sin embargo para la madre refiere su utilización y uso por parte de la suegra.

I2E2P45 *a si por ejemplo el baño del salvado que no sé ni que es el salvado----- jajajajaja ----pero que se lo piensa hacer, el salvado con calambombo que que que para que suba de peso le dijeron que para que se le aumente el apetito.*

I2E3P66 *dice la suegra que se lo va hacer para que como mucho más de lo que ya come, para que no vaya a retroceder porque muchas veces se enferman y empiezan a desmejorarse mucho porque le paso con el nieto de ella con el ultimo que tuvo que se enfermo y bienestar se lo iba a quitar a la mama porque le bajo muchísimo de peso y ella le hizo el salvado de trigo con el calambombo y le subió muchísimo de peso y evito que so lo quitaran.*

El manejo tradicional de la alimentación fueron prácticas aprendidas de herencia social y de sus ancestros como metas de alcanzar la sobrevivida de los niños(as), modificando prácticas de cuidado no beneficiosas para el prematuro o bebé de bajo peso que se tuvo que reestructurar para convertirla en beneficiosa. Un aspecto que le interesa a la madre es subir de peso y aumentar el apetito del bebé, por lo que ejecuta prácticas sin conocerlas a profundidad y desconociendo las consecuencias para la salud en el niño(a).

Análisis Tema 2 según la Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales- Madeleine Leininger Dando una mirada desde el enfoque de Leininger podemos ubicar algunos factores relacionados dentro del mapa del sol naciente:

Contexto ambiental. El contexto ambiental en el cuál se dio el cuidado del niño en el hogar, incluye factores, entre los cuales está el espacio físico de su habitación y su ropa adecuada para ser contacto piel a piel, entre otras, son evidencia de cuidado de la madre que influyen en la salud y recuperación del niño. El contacto piel a piel es una práctica de cuidado, donde los factores ambientales y los factores sociales especialmente convergen, donde median lazos afectivos y familiares como condiciones que favorecen el contacto físico entre padres e hijos para conservar la salud y bienestar del niño(a), mediante el máximo acercamiento para compartir humores, calor, sudor, ritmo cardiaco, respiratorio y amor, para la salud del bebé; donde se favorece el aumento de peso y prevención de infecciones como indicador de buena salud. Además, el contexto ambiental incluyó en factores del ambiente físico y biocultural como factores de aculturación propios del cuidado humano. Según Leininger, permiten identificar el alcance y las áreas de aculturación con respecto a orientaciones culturales tradicionales y no tradicionales. Para este caso, la cultura de la madre tuvo una orientación hacia el cuidado fundamentado en el conocimiento ético.

Contexto cultural. El cuidado ha generado en la madre un cuidado protector, asumiendo actitudes, valores y creencias que proporcionen salud y bienestar a su hijo. Esta apropiación de conocimiento científico le permitió cuidar a su hijo teniendo en cuenta aspectos del conocimiento ético y émico en benefició del niño y bienestar de ella. La adherencia del método canguro hizo que la madre conjugara el conocimiento ético/émico, justificado sus beneficios y ventajas que ofrece para la supervivencia. Por consiguiente

la conservación de la temperatura en un prematuro es un factor decisivo en la conservación de la salud, para lo cual la madre pudo conocer diferentes métodos aprendidos en su entorno o de personas de salud, que de acuerdo al conocimiento ético con el que ha tenido contacto y el émico, le ayudaron a decidir sobre la mejor práctica de cuidado proveniente del contexto; hecho que además puede explicar la prevalencia del conocimiento ético sobre el émico.

Factores tecnológicos. El contexto hospitalario juego un papel importante en las acciones y decisiones de la madre frente al cuidado como protección que hizo que asumiera en su propio contexto un microambiente para la supervivencia de su hijo e involucra su contexto social para hacer parte de apoyo y experiencia en el cuidado. Los factores tecnológicos fueron importantes en el cuidado y la madre buscó que con su asistencia y artefactos caseros los efectos fueran los mismos en la salud del bebé, como si dispusiera de ellos en el hogar (incubadoras).

Tema 2. Lo Universal y lo diverso. Algunas prácticas de cuidado compartidas con los hallazgos de otros estudios, muestran la universalidad del cuidado.

En los artículos de Bejarano, Beltrán y et all: "*Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte*"[clxviii] y el de Argote y Vásquez: "*La dieta como camino para asegurar un hijo sano: una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes*"[clxix] se establecieron categorías para recién nacidos a término, con peso adecuado para su edad gestacional, que son totalmente aplicables a la prematuros y neonatos de bajo peso: *"El puerperio, camino inicial para que el niño crezca sano", "mantener el niño en un ambiente de limpieza: una búsqueda permanente de la madre joven", "protegiendo al bebé: una manera de que el niño se críe fuerte en el futuro";* pueden reflejar los cuidados culturales englobados en la categoría de este estudio *"evitar que se enferme para que crezca sano".* Estos estudios, aunque no están realizados específicamente con niños prematuros, muestran prácticas comunes.

De igual manera, en todos estos estudios, mientras el niño está hospitalizado existe una separación importante del entorno familiar y social, la madre pone a prueba sus creencias y prácticas; se realiza un proceso de adaptación a los patrones de cuidado institucional que culmina con el predominio del conocimiento ético, basado en el modelo biomédico de la crianza, lo cual permite concluir que las prácticas de cuidado del recién nacido prematuro o bajo peso en el hogar son universales, en la medida que se orientan hacia el logro del bienestar físico y afectivo del bebé y son influenciadas por el contexto institucional a través de enfermería.

Los mismos estudios permiten apreciar la diversidad del cuidado. En este estudio aparecen códigos del patrón "*evitar que se enferme*" orientados a las prácticas de higiene y desinfección, que no se registran en otros estudios. Asimismo, el patrón cultural "*estimular al bebé es una forma de ayudar al bebé y fortalecerlo*" es nuevo en este estudio.

Estos artículos enfocan a la enfermera en acciones educativas encaminadas al abordaje cultural de las prácticas de cuidado realizadas por las madres. Estas acciones, están dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, formulando alternativas para el cuidado a partir de las creencias y saberes trasmitidos de generación en generación.

4.4 Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o de bajo peso que ofrecen las madres en el hogar

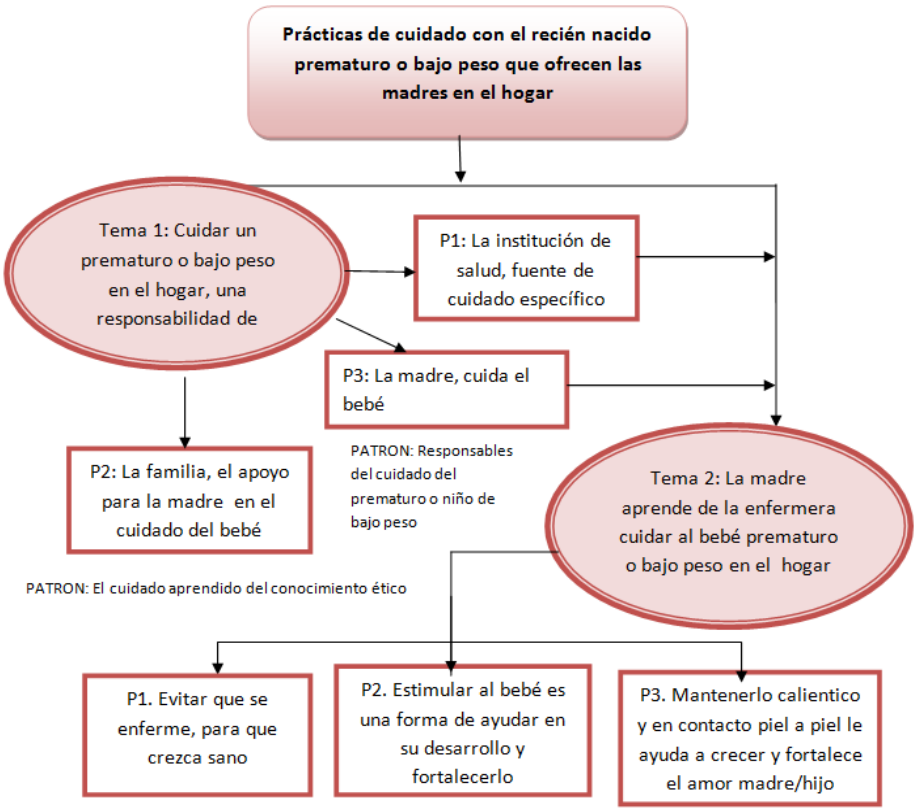
Como se expresa en la Gráfica 2, las Prácticas de cuidado con el recién nacido Prematuro o de bajo peso que ofrecen las madres en el hogar se manifiestan culturalmente a través de dos temas:

1. Cuidar un prematuro en el hogar, una responsabilidad de todos

2. La madre aprende de la enfermera cuidar al bebé prematuro en el hogar.

El cuidado del recién nacido prematuro o bajo peso en el hogar, aunque es una responsabilidad de todos, es principalmente concebido como responsabilidad de la madre, de allí que se destaca como patrón: La madre, cuida el bebé. La capacitación recibida de la Institución de salud como fuente de cuidado específico se expresa en las prácticas de cuidado ofrecido por la madre a su bebé, las cuales están fortalecidas con un gran componente ético. La familia, se constituye en un apoyo para la madre. Lo anterior permitió garantizar supervivencia al prematuro o bajo peso en el hogar, realizando cuidado como protector, como presencia en acciones para evitar que se enferme, para que crezca sano, para estimular al bebé como una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo y mantenerlo calientico, y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalece el amor madre/hijo; todas estas acciones fueron encaminadas a un solo propósito, la compenetración de la madre con su hijo que favorece el vínculo que ella denominó ***"siendo uno solo"***, esto le permitió a ella, tener confianza en el cuidado que brindó y lo convirtió en una experiencia única.

Gráfica 4-2. Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o de bajo peso que ofrecen las madres en el hogar



Fuente: Construcción de la investigadora.

El cuidado del recién nacido prematuro o bajo peso en el hogar, aunque es una responsabilidad de todos, es principalmente concebido como responsabilidad de la madre, de allí que se destaca como patrón: La madre, cuida el bebé. La capacitación recibida de la Institución de salud como fuente de cuidado específico se expresa en las prácticas de cuidado ofrecido por la madre a su bebé, las cuales están fortalecidas con un gran componente ético. La familia, se constituye en un apoyo para la madre. Lo anterior permitió garantizar supervivencia al prematuro o bajo peso en el hogar, realizando cuidado como protector, como presencia en acciones para evitar que se enferme, para que crezca sano, para estimular al bebé como una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo y mantenerlo calientico, y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalece el amor madre/hijo; todas estas acciones fueron encaminadas a un solo propósito, la compenetración de la madre con su hijo que favorece el vínculo que ella denominó ***"siendo uno solo"***, esto le permitió a ella, tener confianza en el cuidado que brindó y lo convirtió en una experiencia única.

4.5. Análisis de las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar a la luz de la teoría de Madeleine Leininger

El sol naciente es uno de los facilitadores descrito por Leininger que ayudó como mapa cognitivo, para orientar el trabajo de investigación puesto que éste revela los componentes principales de la teoría. Ver grafica 4-4

La concepción del mundo se relaciona con las características específicas de cada vivencia; una característica evidente en el estudio, es debido a que la madre se convirtió en un sujeto de cuidado hacia el bebé que es vulnerable. Por eso, los estilos de vida aprendidos por la madre guiaron las acciones y las decisiones de cuidado, respaldas por el personal de salud y adoptas por prácticas beneficiosas. En esta concepción de cuidado protector, cuidado como presencia fue evidenciada en la atención a la supervivencia, claramente descrita por Leininger, la cual está orientada a los aspectos esenciales del cuidado que son necesarios para ayudar al prematuro a vivir y a la madre a enfrentar la cotidianeidad teniendo como prioridad el cuidado de su hijo.

La visión del mundo se refiere a la forma en que la gente tiende a mirar sobre su mundo para formarse una imagen o postura sobre la vida; en este caso las prácticas de cuidado estaban determinadas por la visión del mundo de la madre en relación al cuidado de su hijo prematuro o bajo peso, diseña microambientes que se ajustaron para el cuidado del bebé y le dieron sentido al cuidado preventivo, al bienestar y la salud para su hijo.

Las creencias tradicionales de cuidado practicadas por el factor de la estructura social y cultural fueron afianzadas por el conocimiento de los acompañantes que la madre confío y apoyada por la experiencia de ellos. El conocimiento de enfermería que compartió con la madre corresponde a la estructura social, etnohistoria, factores ambientales, factores religiosos, factores tecnológicos, factores educacionales y ejerció influencia en las prácticas de cuidado que ella realizó con su hijo para lograr la recuperación de la salud y bienestar de los dos. Las enfermeras son actores que pertenecieron al contexto de la madre. El conocimiento aprendido en la institución y que después ella realizó en su hogar, hacen parte de la historia de los cuidados aprendidos.

La influencia del factor tecnológico se reflejó con el cambio de contexto en donde se da el cuidado del recién nacido. Es decir, del ambiente hospitalario donde tenían un cuidado para prematuros especiales por un equipo de salud entrenado y posteriormente el cuidado en el hogar por las madres, quienes deben brindar un cuidado para conservar su sobrevida, buscó que con su asistencia la utilización de artefactos caseros como exposición a la luz, la teja de barro, el contacto piel a piel, fueran los mismos efectos en la salud del bebé, como si dispusiera de ellos en el hogar (incubadoras).

Los factores de la estructura social de los pacientes incluyen religión (espiritualidad), la experiencia de ser madre con hija prematura, la consideró como una práctica que conjugo los conocimientos (émicos/éticos) pero que fue convirtiéndose en "***siendo uno solo"*** sin darse cuenta, como lo expreso la madre. La espiritualidad estaba contemplada en los códigos de fortaleza espiritual y emocional, miedo a la muerte del bebé, miedo a cuidar el bebé, convirtiéndose en un elemento valioso para tener fe en que lo que está realizando como cuidado lo hacía de manera beneficiosa, considerándolo como **"*algo mágico y bello*"** la experiencia.

La estructura social de parentesco es vital para la sobrevida del niño, se involucra a todos los cuidadores como la madre, el padre, la abuela y otros familiares, con quien además median vínculos afectivos y ejercen influencia prácticas del cuidado, permitiendo a la madre delegar funciones claves en el cuidado del bebé que le proporciona la interacción del vínculo social y de parentesco, para brindar cuidado y proteger a su hijo.

El empoderamiento de la madre por el cuidado de su hijo, la llevaron a hacer acciones de supervivencia que de alguna u otra manera fueron beneficiosas y que a su vez son prácticas de protección, de bienestar y de salud para con su hijo. Leininger afirma que el vínculo es esencial para proporcionar cuidado específico lo que guío a la madre a acciones y decisiones frente a su hijo, de manera coherente con su cultura. Las formas en que las culturas conocen, transmiten y practican el cuidado en salud incluyendo prácticas intergeneracionales que involucran diferencias y similitudes. De ahí que evitar que se quiebre, clara de huevo en las rodillas, baño de salvado de calambombo, entre otras prácticas de cuidado, fueron utilizadas por la madre quien encontró un beneficio en ellas de manera congruente con la cultura que permitió ayudar en su desarrollo y fortalecimiento del prematuro o bajo peso. Además, la condición de vulnerabilidad del prematuro tuvo como predominio el conocimiento ético sobre el émico en relación con el cuidado de manera que proporcionó protección y bienestar; el cuidado del prematuro o bajo peso se convirtió en un "*cuidado congruente culturalmente efectivo para su salud y bienestar"*. El estilo vida de la informante apropió elementos científicos para explicar y adoptar una práctica beneficiosa, esto lo que se denomina aculturización.

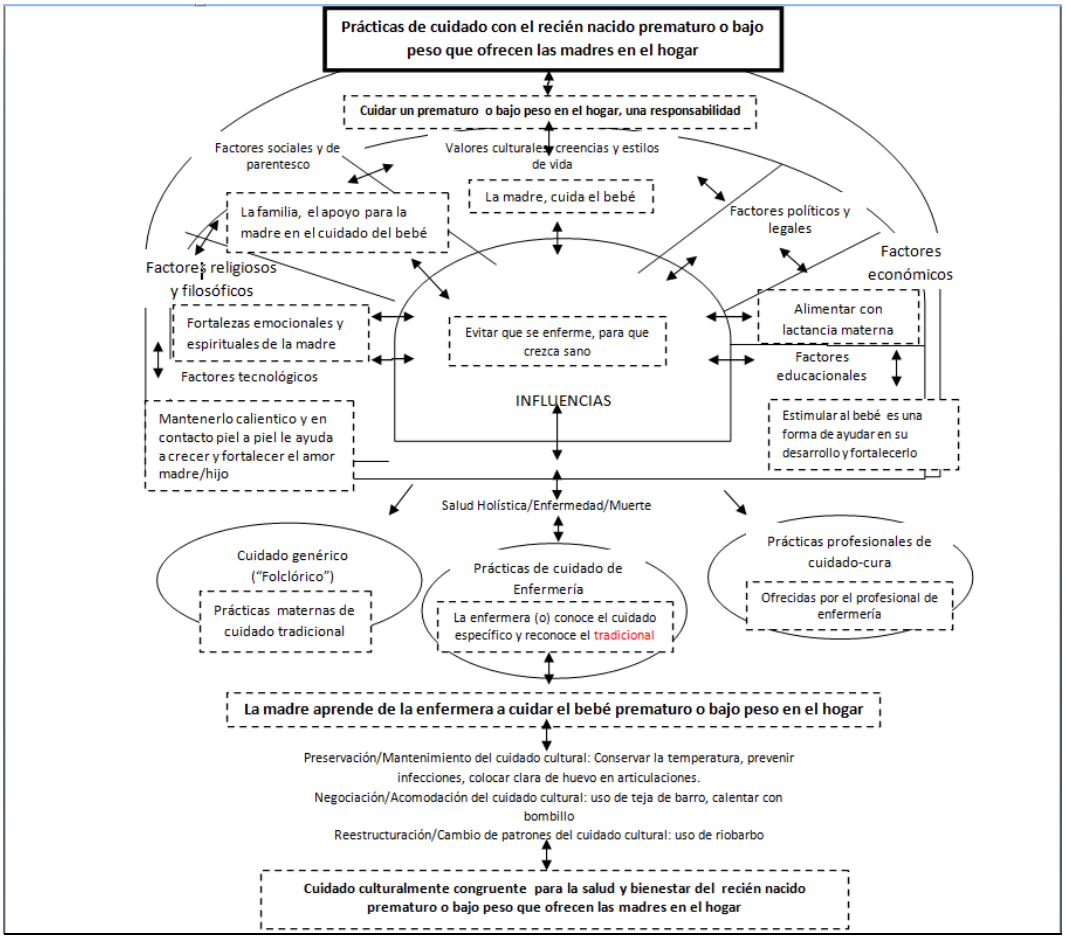
Según Leininger, del análisis que realiza el profesional de enfermería mientras interactúa con los diferentes contextos culturales, surgen los modos de acción o modos de decisión para proveer cuidado de Enfermería culturalmente congruente. De esta forma, el profesional puede establecer cuales prácticas creencias y valores del cuidado deben ser conservadas, asimismo, reorientará otras prácticas buscando un cuidado congruente culturalmente, seguro y efectivo para su salud, o buscará reestructurar prácticas inefectivas o perjudiciales, de tal manera que se mejoren los patrones de cuidado en salud, prácticas o resultados. La gráfica 3 resume estos modos de acción para el estudio realizado.

Para concluir, el descubrir el cuidado específico y holístico a través de estos modos de acción/decisión se podrá favorecer un cuidado congruente, sensible y humano a la madre que cuida un recién nacido prematuro o bajo peso en el hogar.

Gráfica 4-3. Modos de Acción y decisión según Leininger

Fotos de las informante 1, 3 y 5, autorizado su uso por las madres.

Grafica 4-4. Análisis de las prácticas de cuidado a la luz de la teoría de Madeleine Leininger. Sol naciente



Adaptado por Carolina Pava Laguna. Resultados de investigación a la luz de la teoría de la Diversidad y universalidad del cuidado, de Madeleine Leininger.

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar, está enmarcado en dos temas centrales de la presente investigación: "*Cuidar un prematuro o bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos* y *la madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro o bajo peso en el hogar*", cada uno de ellos con la derivación en sus respectivos patrones surgidos a partir de los códigos y asociación del modelo del sol naciente, generados del análisis de cada una de las entrevistas semiestructurada realizadas a los madres.

El tema 1 "*cuidar un prematuro o bajo peso en el hogar, una responsabilidad de todos"*, en marca a tres actores principales en el cuidado del prematuro o bajo peso, la madre, la familia y el profesional de Enfermería.

- ✓ Para la madre, el cuidado del prematuro dependía exclusivamente de ella. Esta apropiación del "cuidado del prematuro" permitió que la madre adquiriera conocimiento científico y se conjugaran los conocimientos émicos y éticos, hasta perderse el uno en el otro y tal como lo denominaron las informantes, era tal el grado de interacción que "*terminaban siendo uno solo". La madre* brinda cuidado congruente con su cultura, considerando la práctica de cuidado de su hijo, como *"algo mágico y bello".* Para la madre y la familia lo aprendido en la institución a través de enfermería orienta el cuidado en casa y tiene mayor influencia sobre el conocimiento tradicional en comparación con lo descrito por los estudios revisados en el estado de arte relacionado con prácticas de cuidado de niños a término, donde las prácticas de cuidado tradicionales son evidentes y son predominantes en el cuidado del niño a término en casa. Sin embargo, en el cuidado del recién nacido prematuro o de bajo peso se encontró que las prácticas de cuidado se caracterizaron por la fuerte influencia del conocimiento profesional y las prácticas aprendidas por tradición son reconocidas por las madres pero son cuidadosas y tímidas en su realización, pues las características del niño prematuro o bajo peso implican prácticas de cuidado especial y coherentes con las prácticas de cuidado profesional que aprendieron de enfermería.

- ✓ Para la enfermera el cuidado del prematuro o bajo peso se centró en el apoyo y enseñanza profesional de las diferentes formas de cuidar, proteger y respetar, para garantizar la supervivencia del prematuro o bajo peso en el hogar. El cuidado del

prematuro o niño(a) de bajo peso al nacer es tan específico, por las características de inmadurez y vulnerabilidad anatomo-fisiológica, que el acompañamiento y enseñanza del profesional de enfermería son la base para el cuidado en el hogar. Si bien es cierto que las prácticas culturales tienen fuerte influencia en la crianza de los niños y niñas, también es evidente que en niños vulnerables como este grupo predomina el conocimiento profesional sobre lo cultural en cuanto a las prácticas de cuidado. Las enfermeras enseñan, entrenan, acompañan y capacitan a las madres, quienes acatan, organizan, asimilan e incorporan nuevo conocimiento. En el hogar realizan prácticas de cuidado según lo aprendido de enfermería y lo que saben por tradición. Esto hace que el cuidado de enfermería deba traspasar los escenarios hospitalarios y llegar a los escenarios sociales: hogares y comunidades, entre otros.

- ✓ Para la familia, las prácticas de cuidado eran responsabilidad de la madre. Se cumplía una función permanente de apoyo y acompañamiento a la madre.

El *Apoyo de la mamá* fue una experiencia de compañía, seguridad, veeduría del cuidado enseñado por enfermería; que trasmite parte de cuidado tradicional. El *Apoyo de la suegra* fue un aporte de prácticas tradicionales como las realizadas para el cuidado de niño a término y no como las de un prematuro. En el *Apoyo del compañero,* se observa un rol participativo, apoya a la madre y se incorpora en el vínculo afectivo. El último apoyo reconocido por la madre es el de otros familiares cercanos que ofrecieron con su experiencia prácticas aprendidas de enfermería: MMC, baños de sol, alimentación, entre otros.

El tema 2 "*la madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro bajo peso en el hogar",* describe prácticas encaminadas a tener un hijo sano, a ayudarlo a su desarrollo y fortalecer el amor madre/hijo. Para ello, las prácticas de cuidado estuvieron orientadas a evitar la enfermedad y proteger al prematuro o bebé de bajo peso de las agresiones externas que pudieran dañarlo, dada su condición de prematurez o bajo peso. Asimismo, se realizaron prácticas de cuidado, dirigidas a estimular al niño para una maduración de sus áreas del desarrollo y a mantener el contacto piel a piel que fortalece el vínculo afectivo y permite una interacción única entre la madre y el niño. Las prácticas culturales de tipo tradicional no fueron relevantes, se evidenciaron en algunas situaciones aisladas, pues predominó el cuidado del prematuro o niño de bajo peso fundamentado en el conocimiento científico trasmitido por el profesional de enfermería y que la madre, adquirió durante la hospitalización del niño(a), ella lo apropió, realizando de esta forma, prácticas de cuidado congruentes con su cultura.

En conclusión, para la madre y la familia lo aprendido en la institución a través de enfermería orientó el cuidado en casa. De manera que el acompañamiento institucional a través de enfermería garantizó la supervivencia de los niños prematuros y de bajo peso en el hogar, lo que generó que la madre apropiara la responsabilidad de cuidar a su hijo. Del amor a su hijo por encima de sus miedos, así como de los logros que observaba en el crecimiento y desarrollo de su bebé, surgió la fortaleza requerida por la madre para asumir el reto de cuidar a su hijo en casa.

Los resultados de esta investigación son un aporte a las enfermeras que cuidan recién nacidos prematuros o bajo peso que les permitirá reorganizar la enseñanza que brindan a la madre durante la hospitalización del prematuro o bebé de bajo peso y a conocer las prácticas que comúnmente realizan en el hogar, para que conjuntamente elaboren un plan de cuidados en el hogar congruente con la cultura de cada madre, de tal manera que se logre poner en práctica los modos de acción/decisión para preservar, negociar o reestructurar y generar un cuidado culturalmente congruente para la salud y bienestar del recién nacido prematuro o bajo peso que ofrecen las madres en el hogar.

También es de concluir que la práctica profesional es integral, atiende al individuo y a su familia, de allí que en las Unidades de Cuidado Neonatal no solo se cuida al prematuro o bebé de bajo peso, se educa a las madres y se vinculan a las familias, ofreciendo un enfoque integral en las acciones asistenciales y educativas, en el proceso de preparación para el alta y continuar el cuidado en el hogar.

Este estudio le dará pautas a la academia y a los grupos de investigación para generar más y mejor calidad de conocimiento con el propósito de atender la alta vulnerabilidad del prematuro o niño(a) de bajo peso y plantear un plan de cuidado individualizado, más humanizado y acorde con las necesidades de las madres.

Otro aspecto que generó la investigación fue el acortar la distancia entre la teoría y la práctica, invitando a los profesionales de enfermería a ejercer su función social con perspectiva holística.

También, los hallazgos del presente estudio y la asociación con la teoría de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger, aportaron al conocimiento propio de la enfermería debido a que tiene en cuenta teorías propias y constituye un aporte a la profesión y la disciplina con su aplicación y evidencia en la práctica profesional.

5.2 Recomendaciones

Para la práctica: Diseñar, ejecutar y evaluar planes de cuidado de enfermería a través de programas de atención domiciliaria, acciones de promoción y prevención que le permita ser coherentes con cada madre, además que sea un plan diseñado de manera holística que se congruente con la cultura.

En el desarrollo de la práctica profesional dentro de las unidades de Recién Nacidos es evidente que no solo se cuida al neonato, se cuida a los madres y a la familia por ello debemos ofrecer un enfoque y cuidado integral en el desempeño de la atención al neonato y su familia.

Para la investigación: Explorar más sobre las prácticas de cuidado en los niños de bajo peso, pero que son a término, ya que en este estudio los hallazgos fueron

predominantemente con el niño prematuro, pues esta fue la característica de los niños cuyas madres fueron informantes clave. Desde lo teórico el cuidado de un niño de bajo peso a término se le brindan cuidados de enfermería y profesionales como si fuera un niño prematuro.

Igualmente, es significativo investigar sobre el conocimiento émico de enfermería que influye en lo enseñado a la madre, debido a que permitió el fortalecimiento del cuidado del recién nacido prematuro y bajo peso en el hogar y como éste influyó en el desarrollo y crecimiento del bebé.

También es importante explorar más la participación del padre en el cuidado del niño prematuro o bajo peso en el hogar.

Para la docencia: Los resultados obtenidos de esta investigación deben ser parte del conocimiento basado en la evidencia ofrecida a los estudiantes en las aulas, aspecto que aporta a acortar la distancia entre teoría y práctica y a ejercer la profesión teniendo en cuenta las necesidades del paciente y su familia.

Anexo A:

FECHA	INDICADORES DE EXTRAÑO	FECHA	INDICADORES DE AMIGO
INDICADOR	Activos en la protección de ellos y los demás, son guardianes y se resisten a intrusos externos, sospechan y cuestionan	**INDICADOR**	Menos activos en su autoprotección. Mayor confianza en los investigadores. Menos sospecha y menos cuestionamiento.
29 de agosto 2011	I1E1 la madre de la entrevistada se pasea por el lugar tratando de escuchar de qué se trata la entrevista.	30 marzo 2012	I2E1 Los datos suministrados por la madre son precisos extendiéndose un poco en sus respuestas ya que describe sus experiencias con detalles de una manera segura especialmente cuando se refiere a los cuidados alimenticios que le brinda en el hogar a su bebe haciendo especial énfasis en que las recomendaciones que le dieron en el hospital
INDICADOR	Vigilan activamente y están atentos a lo que el investigador dice y hace, hay señales limitadas de confianza en el investigador	INDICADOR	Menos vigilancia sobre las acciones y las palabras del investigador. Más señales de confianza y aceptación de un nuevo amigo.
21 Junio 2012	I1E Se realizan las preguntas correspondientes a la entrevista anterior para así tener una respuesta más amplia, la madre muy colaboradora responde con mucha claridad lo que se le pregunta	23 Agosto 2012	I3E2 Baja la informante con el bebé en brazo, un niño sonriente, feliz que interactúa con el medio, se intenta cargar por el entrevistador y no permite. El bebé acompaña todo el tiempo a la entrevista, el cual se observa a un bebé activo, con sonidos guturales y de lalación todo el tiempo, jugando con una peineta pequeña y cargado en el regazo de la madre.

FECHA	INDICADORES DE EXTRAÑO	FECHA	INDICADORES DE AMIGO
INDICADOR	Son escépticos frente a los motivos del investigador, pueden cuestionarse como van a ser utilizados los hallazgos	INDICADOR	Menos cuestionamiento sobre los motivos del investigador, su trabajo y su comportamiento. Señales de trabajar con él y ayudar al investigador como un amigo.
20 de diciembre del 2011_	I1E3 Se intenta de nuevo poder estar un día con ella para observar el cuidado pero… guarda silencio y duda en la respuesta con un NO disfrazado en una excusa que ha se ha convertido en barrera para realizar el facilitador extraño amigo y poder desarrollarlo, lo convierte en una experiencia cerrada.	10 enero 20113	I6E2 La madre muy dispuesta y tranquila nos recibe en la sala de su casa. Me lleva por un recorrido por su casa y se puede observar el lugar de cuidado de su hijo y es un lugar amplio limpio y aseado, con buena ventilación y luz.
INDICADOR	Reacción a compartir secretos y valores culturales de su conocimiento privado. Protección de sus estilos de vida, valores y creencias propias. Desagrado ante ser probados por un extraño.	INDICADOR	Voluntad de compartir secretos y valores culturales y un mundo de experiencias e informaciones. Ofrece la mirada, valores e interpretaciones locales de manera espontánea
11 Abril 2012	I1E5 Se le pregunta a la abuela si estaría dispuesta a colaborarnos con una entrevista y ella manifiesta que no le gusta, ya que no es de mi interés y mi hija les esta colaborando.	10 diciembre 2012	I6E1 Utiliza mucho sus comunicación no verbal como las manos y gestos de la cara para algunas preguntas, pero también recuerda la hospitalización y con mucha naturalidad expresa paso a paso lo sucedido con su bebe.
INDICADOR	Incomodidad a entablar amistad o confiar en un extraño, puede llegar tarde no llegar e irse en cualquier momento	INDICADOR	Señales de sentirse cómodo en la relación con el investigador. Atiende a tiempo y da señas de ser un amigo genuino

Anexo B: Consentimiento informado

Estimado participante,

Soy estudiante **de Maestría en Enfermería con Énfasis Materno Perinatal** de ***la Facultad de Enfermería*** de la ***Universidad Nacional de Colombia sede Manizales***. Como parte de los requisitos del Maestría se llevará a cabo la investigación: ***PRÁCTICAS DE CUIDADO CON EL RECIÉN NACIDO PREMATURO O BAJO PESO, QUE OFRECEN LAS MADRES EN EL HOGAR.***

El objetivo del estudio *es: describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro y neonato de bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar una vez son dados de alta de la Unidad de cuidado neonatal de la Clínica Comfamiliar de Pereira.*

Esta investigación es requisito para obtener mi título de maestría. La invito a participar en ella, lo cual consiste en realizarle entrevistas para conocer su punto de vista acerca de cómo cuida su bebé en el hogar, una vez ha sido dado de alta de la Unidad Neonatal. Previamente, concertaremos el día y la hora en que puede visitarla para realizar estas entrevistas en su domicilio. Estas serán grabadas, para conservar lo más fielmente posible lo que usted exprese sobre su experiencia; también tomaré notas de lo que observe acerca de las prácticas de cuidado que usted realiza con su hijo y que aporta información a la investigación. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su identificación será reemplazada por un sistema de códigos. Usted tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin tener implicaciones. No se realizarán intervenciones a usted o su bebé y no incluye paga alguna. Los resultados contribuirán a mejorar el cuidado que las Enfermeras (os) ofrecen a sus hijos prematuros y de bajo peso y a diseñar estrategias que puedan apoyarlas en el cuidado a sus bebés una vez son llevados al hogar. Éstos serán dados a conocer en eventos científicos y publicados en revistas científicas.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Carolina Pava Laguna sobre **Prácticas de Cuidado con el Recién Nacido Prematuro o Bajo Peso, que ofrecen las Madres en el Hogar.** He recibido copia de este procedimiento.

_____

Firma del participante Fecha

Cordialmente:

CAROLINA PAVA LAGUNA
Investigador(a) principal
Teléfono: 32072 66885
e- mail: cpava@unilibrepereira.edu.co

Anexo C. Aval del Comité de Ética de Investigacion de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia

UGI-0134-2011
Bogotá D.C., 21 de junio de 2011

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito remitir las recomendaciones emitidas por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión del 20 de junio de 2011 Acta No.10, una vez analizado el proyecto de Maestría en Enfermería PRÁCTICAS DE CUIDADO CON EL RECIEN NACIDO PREMATURO O BAJO PESO, QUE OFRECEN LAS MADRES EN EL HOGAR de la estudiante Carolina Pava Laguna directora profesora Rosa Yolanda Munévar **se da aval** y se sugiere incluir las recomendaciones dadas en el formato de Instrumento de Valoración de Aspectos Éticos diligenciado por los lectores asignados.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Anexo D. Guía Entrevista semiestructurada

PRACTICAS DE CUIDADO CON EL RECIEN NACIDO PREMATURO O BAJO PESO QUE OFRECEN LAS MADRES EN EL HOGAR

GUIA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. **Qué sabe la madre sobre el cuidado del recién nacido**.

- ¿Qué sabe sobre el cuidado de los prematuros o niño debajo peso (según el caso)?
- Cómo cuida su bebé de bajo peso o prematuro
- Quién le enseñó a cuidar bebés prematuros o de bajo peso
- Dónde le enseñaron a cuidar bebés de bajo peso o prematuros
- Dónde realiza los cuidados de su bebé
- Cuándo realiza los cuidados de su recién nacido
- Porqué realiza esos cuidados
- Paraqué realiza esos cuidados
- Qué utiliza (elementos, objetos) para cuidar a su bebé

2. Cómo cuida a su bebe

- Qué hace
- Cómo lo hace
- Para qué lo hace
- Qué usa o utiliza
- Cuándo lo hace
- Dónde lo hace
- Qué otras formas o maneras de cuidado conoce

3. Como se siente cuidando al recién nacido prematuro o de bajo peso

- Cómo se siente
- Porqué se siente así
- Cuándo se siente así
- Qué hace
- Cómo lo hace
- Para qué lo hace

4. Quién le ayuda en el cuidado de su bebé

- Cómo es la ayuda
- Quién le ayuda
- Porqué le ayuda
- Cuándo le ayuda
- Porqué confía en esa persona
- Cómo se siente cuando le ayudan
- En qué le ayuda

Anexo E. Plantilla de registro de datos sociodemográficos

PRÁCTICAS DE CUIDADO CON EL RECIEN NACIDO PREMATURO O BAJO PESO QUE OFRECEN LAS MADRES EN EL HOGAR

Plantilla de registro de datos sociodemográficos
Investigación cualitativa

Código nominal	Edad	Estado civil	Años de escolaridad Cursados	Ocupación	Gestación deseada: si/no	Antecedentes Obstétricos	No. Controles prenatales	Edad gesta-cional al nacimiento	Peso del neonato al nacimiento
Informante 1	28	Unión libre	¿?años Bachillerato	Ama de casa	Si	Parto prematuro por Preclamptica	5	26	940 gr
Informante 2	17	Unión Libre	Noveno	Ama de casa	No	Amenaza de parto prematuro	3	28	1.130gr
Informante 3	19	Mamá soltera	Estudiante de ingeniería Industrial UTP	Estudiante	No	Parto prematuro	3	30	1810gr
Informante 4	24	Unión libre	Técnica en contabilidad	Auxiliar de contabilidad en un consultorio dentario	Si	Parto prematuro por preclampsia	6	31	1100gr

Informante 5	22	casada	Técnica de sistema SENA	Cajera de supermercado en Cuba	Si	Parto prematuro	6	30	1500gr
Informante 6	30	Madre soltera	Bachillerato	Trabajadora	Si	Parto prematuro	5	31	1200gr
Informante 7	27	Unión libre	Auxiliar contable del SENA	Ama de casa	Si	Parto prematuro por preclampsia	6	32	1000gr

Continuación Anexo 6. Plantilla de datos sociodemográficos

Código nominal	Gestación de alto o bajo riesgo (causa)	Peso del neonato al alta	Edad del neonato en la primera entrevista	Días de hospital-lización	Sistema de seguridad social	Persona con quien vive	Complica-ciones En el neonato	Sexo del neonato
Informante 1	Alto: HIG	2250 GR	9 meses	70 Días	Salud total	Los abuelos	HIV grado 4; hidrocefalia; reanimación varias veces	Masculino
Informante 2	Alto: amenaza de parto prematuro	2100gr	6 meses	61 días	Cafesalud	Los abuelos y esposo	Prematurez, bajo peso, SDR y Problemas del corazón	Masculino
Informante 3	Bajo riesgo	1700gr	8 meses	8 días	Cafesalud	Mamá y dos hermanos	BBR, Bajo peso	Masculino
Informante 4	Alto riesgo	2000gr	5 meses	60 días	SOS Comfamiliar	Esposo	No se acurda	femenino
Informante 5	Bajo riesgo	1800gr	6 meses	21 días	Salucoop	Esposos		femenino
Informante 6	Bajo riesgo	1500gr	4 meses	20 dias	Humana vivir	Madre y un hijo	Prematurez y bajo peso, SDR, ECN	masculino
Informante 7	Alto riesgo	1600gr	5 meses	30 días	Salucoop	Esposos	Prematurez y SDR	femenino

Bibliografía

[i] *GROOT, de Laila. Posture and motility in preterm infants. In: Developmental Medicine and Child Neurology. January 2000, vol. 42, Issue 1, p. 65–68.*

[ii] FERNANDEZ RAGI, Rosa María et al. Supervivencia en el neonato con peso menor de 1500 g [en línea]. En: Revista Cubana Pediatría. 2010, vol. 82 no. 2, p. 1-8. [consultado Mar. 12, 2011]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000200002&lng=es&nrm=iso

[iii] UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal [Online]. 2009, p. 13. [consultado Oct. 10, 2010]. Disponible en Internet: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_US Letter_03112009.pdf

[iv] ROBAYO, Guillermo et al. Morbilidad neonatal después del parto de bajo riesgo y pautas de seguimiento. En: Revista Colombia de pediatría. Junio 2004, vol. 39 no. 2. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria39204-morbilidad.htm,

[v] CENTRO LATINO Americano de Perinatologìa y Desarrollo Humano (CLAP). Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la salud. Salud Perinatal, Boletín 19 [en línea]. Diciembre 2001, p. 10 [citado 2010-10-23] Disponible en Internet: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN19.pdf

[vi] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPS) La salud neonatal, en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido, y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas. 47ª Consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 58va Sesión del Comité Regional [en línea]. Septiembre 25 a 29 de 2006, p. 13. [consultado Oct. 23, 2010] Disponible en Internet: http://www.paho.org

[vii] UNICEF. Op. cit., p. 13.

[viii] Ibid., p. 14

[ix] LACKMAN, Felice. et al. The risks of spontaneous preterm delivery and perinatal mortality in relation to size at birth according to fetal versus neonatal growth standards. In: Am J Obstet Gynecol. Pediatrics. June 2003, vol. 111 no. 6, p. 1273-1277.

[x] Ibid., p. 14.

[xi] OPS. Op. cit., p. 13.

[xii] UNICEF. Op. cit., p. 13.

[xiii] OPS. Op. cit., p. 13.

[xiv] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPS) Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007 [en línea] 2007. [consultado Oct. 23, 2010] Disponible en Internet: http://new.paho.org.

[xv] COLOMBIA. Profamilia. Ministerio de la Protección Social. Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2010. Bogotá: Printex Impresoras Ltda; Febrero 2011, p. 195.

[xvi] Ibid., p. 15.

[xvii] UNICEF. Op. cit., p. 14-15.

[xviii] BROEDSGAARD, Anne. y WAGNER, Lis. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. In: International Nursing Review. 2005, vol. 52 no. 3, p. 196-203.

[xix] GUERRRA G., Juan Clemente. Experiencias y vivencias de los padres sobre el cuidado de enfermería que se ofrece en la unidad de neonatos del hospital de la Samaritana. 2007. Tesis. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Maestría en enfermería. 180 p.

[xx] FELDMAN Ruth, et al. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. En Pediatrics. Julio 1 de 2002. Vol. 110 No. 1. 16 -26

[xxi] CARVAJAL, Maritza Angélica. El apego como principal factor protector de la primera infancia [en línea]. En: Rev Margen. Junio de 2011, no. 61. Disponible en Internet: http://www.margen.org/suscri/margen61/carvajal.pdf

[xxii] ROBAYO. Op.cit., p 2

[xxiii] REY, Edgar y MARTÍNEZ, Hector. Manejo racional del niño prematuro. En: Curso de Medicina Fetal. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1983, p. 137-151.

[xxiv] TESSIER, Réjean et al. Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. In: Acta Pediátrica. Septiembre de 2009, vol. 98, p. 1444-1450.

[xxv] SUMAN, Rao; REKHA, Udani and RUCHI, Nanavati. Kangaroo mother care for low birth weight infants. In: Indian Pediatrics. Enero 17 de 2008, vol. 45 no. 1, p. 17-23.

[xxvi] CHARPAK, Natalie et al. Kangaroo mother care: 25 years after. In: Acta Pediatrica. 2005, vol. 94 no. 5, p. 514- 522

[xxvii] FELDMAN Ruth et. al. Op. cit., p. 16-17.

[xxviii] Ibid.

[xxix] SACHDEV, Harshpal. Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos de bajo peso al nacer: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de junio de 2003). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

[xxx] Ibid., p. 2

[xxxi] CASTIBLANCO López, Nubia y MUÑOZ de Rodríguez, Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. En: Revista Avances en enfermería. 2011, vol. 29 no. 1, p. 120-129.

[xxxii] Ibid., p.38

[xxxiii] FURLAN, Cláudia Elisângela et al. Percepção dos país sobre a vivência no método mãe-canguru [en línea]. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003 julho-agosto, vol. 11 no. 4, p. 444-452. [consultado Dic. 6, 2010] Disponible en Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400006

[xxxiv] AAB, Claudia; CLIMENT, Patrici y TORTAROLO, Adriana. Factores que inciden en la atención de salud de niños prematuros de alto riesgo al nacer (NPARN) [en línea]. La plata, Argentina: Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) - Hospital de Niños “Sor María Ludovica”. Disponible en Internet: www.colegiodetslaplata.org.ar/.../Factores%20que%20inciden%20atencion%20prematuro

[xxxv] TRONCHIN, Daisy María and TSUNECHIRO, María Alice. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai [en línea]. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006, vol. 14 no. 1, p. 93-101. [consultado Dic. 6, 2010]. Disponible en Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000100013&script=sci_arttext

[xxxvi] ACOSTA, Monica et al. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las Instituciones de Salud de Nivel 1. Cali. En: Colombia Médica. 1997, vol. 28 no. 1, p. 42-50.

[xxxvii] BERKELEY, H. Principios para la asistencia neonatal centrada en la familia. En: Pediatrics. 1993, vol. 36 no. 1, p. 50-52.

[xxxviii] AAB, Claudia; CLIMENT, Patrici y TORTAROLO, Adriana. Op. cit., p. 8.

[xxxix] LENNINGER. Op cit ., p351

[xl] MUÑOZ BRAVO, Sandra Felisa. Experiencia de la Práctica de Cuidado Transcultural en el Área Materno Perinatal. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. Junio de 2006, vol. 8 no. 2, p. 1-5.

[xli] LEININGER, Madeleine. Enfermería transcultural. Desarrollo, enfoque, importancia y desarrollo histórico. Cap. 1, p. 12. Traducción realizada con fines docentes por la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

[xlii] MUÑOZ, Lucy et al. Investigación en prácticas de materno perinatal. En: Antología, área de énfasis I. Maestría en enfermería con énfasis en el cuidado materno perinatal. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2006, p. 2.

[xliii] LEININGER, Madeleine. Op. cit., p. 351.

[xliv] RUIZ DE CÁRDENAS, Carmen Helena. Cuidado neonatal y materno con apoyo del grupo familiar. Grupo de cuidado de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblios. 2002, p. 217-226.

[xlv] Ibid., p. 21.

[xlvi] DICCIONARIO VIRTUAL DEFINICIÓN. ABC: Definición de madre [en línea]. Disponible en Internet: http://www.definicionabc.com/general/madre.php#ixzz2VLTMcjpQ

xlvii CHARPAK, Nathalie y FIGUEROA, Zita. Técnica Madre Canguro. Guías de manejo [en línea]. Fundación Canguro. Bogotá Colombia. p. 1-53. Disponible en Internet: http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf

[xlviii] MERRIAM WEBSTER online dictionary. Concepto de “Recién nacido”. En: Merriam-Webster. [Consultado Oct. 25, 2010]. Disponible en Internet: http://www.merriam-webster.com/

[xlix] ENCOLOMBIA.COM. Recién nacido prematuro o con bajo peso [en línea]. En: Lactancia materna, guía de manejo. Disponible en internet: http://www.encolombia.com/lactancia_recien21.htm

[l] CIFUENTES R, Javier y VENTURA J, Patricio. Recién nacido, concepto, riesgo y clasificación. En: Manual de Pediatría. 6a. ed. México: El Manual Moderno. 2001, p. 88-94.

[li] CLOERTHY, John y STARK, Ann. Manual de cuidados neonatales. 3a. ed. Barcelona, España: Masson. 2000, p. 45.

[lii] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). Washington DC: OPS/OMS. 2003.

[liii] RUIZ DE CÁRDENAS, Carmen Helena. Op. cit., p. 217 y 226.

[liv] PUFFER, Ruth y SERRANO, Carlos. Características de la mortalidad en la niñez. En: Publicación Científica no. 262. Organización Panamericana de Salud, 1973. p. 44-78.

[lv] WORLD HEALT ORGANIZATION. The incidence of low birth weight. A critical review of available information. In: World Healt Stat Q. 1980 vol. 33, p. 197-224.

[lvi] SLOAN, Nancy et al. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. In: The Lancet. 1994, vol. 344 no. 8925, p. 782-785.

[lvii] DELGA, Mario Francisco et al. Practicas Hogareñas en el cuidado de las madres y el Recién Nacido en la costa Pacifica Caucana. En: Revista Antípoda. Julio-Diciembre 2006. No. 3, p. 257-254.

[lviii] OPS. Alianza Regional AIEPI comunitario. El componente comunitario de la estrategia AIEPI [en línea]. Abril 2006, p. 1-4. [Consultado Ene. 7, 2011] Disponible en Internet: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si--fs2.pdf.

[lix] BEJARANO BELTRÁN, Nancy et al. Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte. En: Avances en Enfermería. Junio 2003, vol. 21 no. 1, p. 32-46.

[lx] ARGOTE, Luz Ángela y VÁSQUEZ Martha Lucía. “La dieta” como camino para asegurar un hijo sano: una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes. En: Colombia Médica. Julio-Septiembre 2005, vol. 36 no. 3 (Supl. 2), p. 58-64.

[lxi] NOGUERA ORTIZ, Norma Yaneth y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, María Raquel. Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. En: Avances en Enfermería. Bogotá Jan/june 2008, vol. 26 no. 1, p. 103-111.

[lxii] CASTRO, Edgar et al. Prácticas y creencias tradicionales entorno al puerperio, municipio Popayán. En: Revista de Infancia Adolescencia y Familia. Enero-Junio, 2005, vol. 1 no. 1, p. 141-152.

[lxiii] GORDON B., Avery. Neonatología. Fisiopatología y manejo del Recién nacido. Capítulo 17. 3a. ed. Buenos aires. Argentina: Editorial Médica Panamericana. 1992, p. 317-333.

[lxiv] SOLA, Augusto y ROGIDO, Marta. Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Capítulo 7. Volumen 1. Buenos Aires, Argentina: Científica Interamericana. 2001, p. 189-196.

[lxv] CLOERTHY, John y STARK, Ann. Op. cit., p. 52-56.

[lxvi] GORDON B., Avery. Cap. 14. Op. cit., p. 254.

[lxvii] GROOT, de Laila. Op. cit., p. 65-68.

[lxviii] PINTO LASO, Fernando. Curso de Lactancia Materna 12 - 13 de Septiembre Puerto Montt – Chile. Agosto de 2003.

[lxix] MENÉNDEZ, Osvaldo Ángel. Andamios Humanos [en línea]. En: Psicoanálisis ApdeBA. 2001, vol. 23 no. 3, p. 669–693. Disponible en Internet: http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/032001menendez.pdf

[lxx] LACKMAN Felice, et al. The risks of spontaneous preterm delivery and perinatal mortality in relation to size at birth according to fetal versus neonatal growth standards. In: Am J Obstet Gynecol. 2001; vol.184 no. 5, p. 946-53.

[lxxi] Ibid., p. 676.

[lxxii] PUFFER, Ruth y SERRANO, Carlos. Op. cit., p. 44-78.

[lxxiii] CIFUENTES R, Javier y VENTURA J, Patricio. Op. cit., p. 88-34.

[lxxiv] CIFUENTES R, Javier y VENTURA J, Patricio. Op. cit., p. 88-34.

[lxxv] GORDON B., Avery. Cap. 14. Op. cit., p. 269.

[lxxvi] Ibíd., p 3

[lxxvii] CIFUENTES R, Javier y VENTURA J, Patricio. Op. cit., p. 88-34.

[lxxviii] GROOT, de Laila. Op. cit., p. 65-68.

[lxxix] CIFUENTES R, Javier y VENTURA J, Patricio. Op. cit., p. 88-34.

[lxxx] GROOT, de Laila. Op. cit., p. 65-68.67

[lxxxi] CIFUENTES R, Javier y VENTURA J, Patricio. Op. cit., p. 88-34.

[lxxxii] PINTO LASO, Fernando. Op. cit., p. 50.

[lxxxiii] LACKMAN, Felice, et al. 2001, Op. cit., p. 946-53.

[lxxxiv] CLOERTHY, John y STARK, Ann. Op. cit., p. 51-52.

[lxxxv] MENÉNDEZ, Osvaldo Ángel. Op. cit., p. 670.

[lxxxvi] KLAUS, Marshall y KENNEL, John. Pais/bebê: A formação do apego (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. En: Psicologia: Reflexão e Crítica. 2002, vol. 15 no. 3, p. 625-635.

[lxxxvii] PINTO LASO, Fernando. Op. cit., p. 50.

[lxxxviii] MENÉNDEZ, Osvaldo Ángel. Op. cit., p. 676.

[lxxxix] Ibid., p 676

[xc] Ibid., p 677

[xci] Ibid., p 678

[xcii] GORDON B., Avery. Cap. 14. Op. cit., p. 331.

[xciii] SIMARRA, Julia. Socialización y prácticas de crianza en Colombia – 1992 /2002: Estado del conocimiento y recomendaciones para la política pública de infancia y familia. 2002. Bogotá: UNICEF

[xciv] Ibid., p. 2-6.

[xcv] MUÑOZ DE RODRÍGUEZ Lucy. Línea de investigación, prácticas de cuidado materno-perinatal. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2002, p. 364.

[xcvi] CASTRO, Edgar et al. Op. cit., p. 150.

[xcvii] Ibid., p. 365.

[xcviii] LEININGER, Madeleine. Op. cit., p. 351..

[xcix] GARCIA FERNANDEZ, Yanet y FERNANDEZ RAGI, Rosa Maria. El recién nacido pretérmino extremadamente bajo peso al nacer: Un reto a la vida. *Rev Cubana Pediatr*

[online]. 2006, vol.78, n.3 [citado 2013-06-13], pp. 0-0 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000300004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3119.

[c] MUÑOZ BRAVO Sandra Felisa. Experiencia de la práctica de cuidado transcultural en el área materno perinatal. Revista Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Cauca. Volumen 8 / No. 2 / Junio de 2006 / ISSN 0124-308X

[ci] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS.2004 Método Madre Canguro Guía Práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS. Catalogación por la Biblioteca de la OMS.ISBN.

[cii] Larguia Miguel, Shapira Iris y colaboradores. Guía para Padres de Prematuros. División Neonatología: Hospital Materno Infantil R. Sardá. Capitulo 3: Cuidadao del bebe en el hogra. Pag 41. 2008. Versión electrónica disponible en: WWW.funlarguia.org.ar. Consultado: 20-10-2010

[ciii] Ibid., p 41

[civ] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Método Madre Canguro Guía Práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Ginebra. Catalogación por la Biblioteca de la OMS.ISBN. Organización Mundial de la Salud 2004. Consultado 20-10-2010.

[cv] Ibid., p 21-46

[cvi] LENNINGER, M. Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York, NY: National Langue for Nursing Press, 1991. 351p.

[cvii] LEININGER, Madeleine. Op. cit., p. 351.

[cviii] MARRINER TOMEY, Ann y ALLIGOOD RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Barcelona España: Elsevier Mosby. 2007, p. 478.

[cix] Ibid., p 479-480

[cx] Ibid., p 478

[cxi] LEININGER, Madeleine. Op. cit., p. 351.

[cxii] Ibid., p. 352.

[cxiii] Ibid., p. 353.

[cxiv] Ibid.

[cxv] Ibid., p. 355.

[cxvi] Ibid., p. 356.

[cxvii] Ibid.

[cxviii] Ibid., p. 350.

[cxix] SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: ICFES. 1997, p. 27- 39.

[cxx] POLIT, Denise F y HUNGLER Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6a. ed. México.D.F: McGraw- Hill Interamericana. 2003, p. 14-15.

[cxxi] HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. 4a. ed. México. D.F. 2006, p 8- 11.

[cxxii] Ibid., p. 697.

[cxxiii] La cultura de la región cafetera de Colombia.

[cxxiv] LEININGER. M Madeleine. MACFARLAND. R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Jones And Bartlett Publishers. Traducción: Juan David Cárdenas Ruiz. Capítulo II. 2006, p. 29.

[cxxv] SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. Op. cit., p. 119-120.

[cxxvi] AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. En: Index Enferm. 2000, vol. 30, p. 30-35.

[cxxvii] HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Op. cit., p. 586.

[cxxviii] Ibid., p. 666-667.

[cxxix] LEININGER, Madeleine. Op. cit., p. 356.

[cxxx] Ibíd.

[cxxxi] HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Op. cit., p. 662.

[cxxxii] RIANI LLANO, Nora. Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. En: Persona y Bioética. 2007, vol. 11 no. 29, p. 138-145.

[cxxxiii] CRESWELL, John. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. Londres: Sage. 1998

[cxxxiv] RODRÍGUEZ, Gregorio; GIL, Javier. y GARCÍA, Eduardo. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe. 1996

[cxxxv] DUBOULOZ, Claire Jehanne. Métodos de análisis de los datos en la investigación cualitativa. Cap. 19. Ottawa: 1999, p. 243-254.

[cxxxvi] MARRINER TOMEY, Ann y ALLIGOOD RAILE, Martha. Op. cit., p. 484-485.

[cxxxvii] Ibid., p. 485

[cxxxviii] LEININGER, Madeleine. Op. cit., p. 300.

[cxxxix] PARDO TORRES, Martha. Familia y cuidado. En: Dimensiones del cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 1998, p. 125-133.

[cxl] Ibid., p. 128.

[cxli] BIALOSKURSKI, M; COX, C. and HAYES, JA. The nature of attachment in a Neonatal Intensive Care In: Unit. J Perinat Neonat Nurs. 1999, vol. 13 no. 1, p. 66-77.

[cxlii] ROSSEL C., Katherine; CARRENO, Tamara y MALDONADO, María Estela. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. En: Rev. chil. pediatr. 2002, vol. 73 no. 1, p. 15-21. [consultado Mar. 25, 2013] Disponible en Internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es&nrm=iso

[cxliii] VILLARRAGA, Liliana. Cuidado de enfermería ante la pérdida materna y perinatal. En: Rev Avances en enfermería. 1998, vol. 26 Nos. 1y 2, p. 23-29.

[cxliv] VÁSQUEZ, Rafael y GÓMEZ, Ana. Maternidad adolescente: Vínculo y desarrollo. En: Revista Colombiana Obstetricia Ginecologia. 1995, vol. 46 no. 3, p. 157-163.

[cxlv] JEWELL, R. Todd; TRIUNFO, Patricia y AGUIRRE, Rafael. Los factores de riesgo y el peso al nacer en el Uruguay [en línea]. Noviembre 2004, p. 1-22. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República. Disponible en Internet: http://decon.edu.uy/~patricia/Factores%20de%20riesgo.pdf

[cxlvi] OROZCO, Luis Carlos et al. Factores asociados con el diagnóstico de enfermería deterioro parental en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza. En: Colomb Med. 2007, vol. 38 Supl. 2, p. 79-88.

[cxlvii] BOWLBY, John. El apego y la perdida. Barcelona: Edit. Paidos Ibérica. 1998. 524 p.

[cxlviii] LEININGER, Madeleine. Op. cit., p. 300.

[cxlix]. Ibid., p. 5

[cl] Ibid., p. 10

[cli] DELGA, Mario Francisco et al. Op. cit., p. 255.

[clii] CASTIBLANCO López, Nubia y MUÑOZ de Rodríguez, Lucy. Op. cit., p. 120-129.

[cliii] MARRINER TOMEY, Ann y ALLIGOOD RAILE, Martha. Op. cit., p. 482.

[cliv] LURGÍA, Miguel y SHAPIARA, Iris. Guía para padres de prematuros. División de Neotología. Hospital Materno Infantil R. Sardá. Norma Aspres y colboradores. 2008, p. 36.

[clv] GÓMEZ PAPÍ, Adolfo. Lactancia materna en prematuros [en línea]. En: Bol Pediatr. 1997, vol. 37, p. 147-152. [consultado Oct. 28, 2012]. Disponible en Internet: http://www.sccalp.org/boletin/161/BolPediatr1997_37_147-152.pdf.

[clvi] Ibid., p. 148

[clvii] Ibid., p. 150

[clviii] Ibid., p. 147

[clix] ACADEMIA MEXICANA DE PEDIATRÍA. Recomendaciones nutrimentales en el recién nacido [en línea]. En: Nutrición del lactante y preescolar en la salud y enfermedad. PAC, Libro 2, Parte B, p. 38-44. [consultado Mar. 3, 2013] Disponible en Internet: http://www.drscope.com/privados/pac/pediatria/pal2/recomen.htm.

[clx] JARAMILLO BOTERO, Hernán. Cuando se habla de dieta solo láctea para el recién nacido no estamos hablando de nutrición, estamos ignorándola [en línea]. En: Programa de dieta complementaria para el recién nacido. Calarcá: Hospital de la misericordia. [consultado Ago. 20, 2012] Disponible en Internet: http://www.sopajaramillo.org/Libro%20Dieta%20Jara.pdf

[clxi] ALONSO LOPEZ, C. et al. Vitamina D profiláctica. En: Rev Pediatr Aten Primaria. 2010, vol. 12 no. 47, p. 495-510.

[clxii] MAZZI, Eduardo Gonzales de Prada. Actualización Hiperbilirrubinemia neonatal. En: Rev Soc Bol Ped. 2005, vol. 44 no. 1, p. 26-35.

[clxiii] ARGOTE, Luz Ángela y VÁSQUEZ Martha Lucía. Op. cit., p. 58-64.

[clxiv] MENÉNDEZ, Osvaldo Ángel. Op. cit., p. 670.

[clxv] ÁLVAREZ NIETO, Isabel Francisca. La estimulación musical a edades tempranas [en línea]. En: Revista mensual de publicación en Internet. Marzo 2004, no. 50. Disponible en Internet: http://www.filomusica.com/filo50/fca.html.

[clxvi] DICCIONARIO PSICOANÁLISIS. Concepto: Objeto transicional 2. En: Página Web: www.tuanalista.com. Disponible en Internet: http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/6462/Objeto-transicional-2.htm

[clxvii] CIFUENTES R, Javier y VENTURA J, Patricio. Op. cit., p. 88-34.

[clxviii] NOGUERA ORTIZ, Norma Yaneth y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, María Raquel. Op. cit., p. 103-111.

[clxix] ARGOTE, Luz Ángela y VÁSQUEZ Martha Lucía. Op. cit., p. 58-64.