

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA



PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES
DURANTE EL CUIDADO AL NEONATO EN EL
HOGAR – DISTRITO DE MÓRROPE, 2014

AUTOR: Bach. Albújar Sosa Laura Yahaira
Bach. Marquina Silva Claudia Paola

Chiclayo, 13 de Noviembre del 2017

**PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES
DURANTE EL CUIDADO AL NEONATO EN EL
HOGAR – DISTRITO DE MÓRROPE, 2014**

POR:

Bach. Laura Yahaira Albújar Sosa

Bach. Claudia Paola Marquina Silva

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Lic. Adela Rosanna Núñez Odar

Presidente de Jurado

Lic. Yrma Lily Campos Bravo

Secretaria de Jurado

Mgtr. Angélica Soledad Vega Ramírez.

Vocal de Jurado /Asesor

CHICLAYO, 2017

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotras en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en el camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestros padres por el apoyo, su comprensión y por el amor incondicional que nos ofrecen, por los valores que nos inculcaron y por transmitirnos las ganas de luchar en la vida para ser personas de bien.

A nuestra asesora Mgtr. Angélica Soledad Vega Ramírez, quien con sus conocimientos y experiencias vividas nos supo orientar para la elaboración de este trabajo de investigación, así mismo por su tiempo y paciencia que nos ha demostrado en cada asesoría. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda

En mérito a nuestro empeño, esmero y esfuerzo, para lograr nuestro objetivo y así culminar con éxito nuestra carrera profesional

Laura y Claudia

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida, salud y por iluminarnos siempre nuestro camino, por estar en cada momento de nuestra vida, siendo nuestra fortaleza para salir adelante, permitiéndonos compartir alegrías y tristezas con los seres que más amamos.

A nuestra estimada asesora Mgtr. Angélica Soledad Vega Ramírez por habernos dado la oportunidad de conocerla y aprender de su sabiduría y por ayudarnos a desarrollar nuestras capacidades, y a los miembros del jurado que de alguna manera han contribuido con sus valiosos aportes en la presente investigación.

A las familias de Mórrope que nos brindaron su confianza y activa participación en la presente investigación.

Laura y Claudia

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	8
I. MARCO TEÓRICO:	13
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:	13
1.2. BASE TEÓRICO – CONCEPTUAL:.....	15
II. MARCO METODOLÓGICO:.....	20
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	20
2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN.....	21
2.4. ESCENARIO	22
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
2.6. PROCEDIMIENTO	27
2.7. ANÁLISIS DE DATOS	29
2.8. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	30
2.9. CRITERIOS ÉTICOS	31
CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE TEMAS.....	33
3.1 DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO CULTURAL:	33
3.2 TEMAS CULTURALES:	35
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	81

RESUMEN

El periodo neonatal es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano, pues aquí se dan los mayores riesgos para la sobrevivencia. De allí que amerite una práctica que garantice el futuro del recién nacido. Por ello se realizó la investigación: “Prácticas Culturales de las Madres durante el cuidado al neonato en el Hogar – Distrito de Mórrope, 2014”; el objetivo fue describir, analizar y comprender estas prácticas culturales. La investigación se sustentó en conceptos como: Prácticas culturales y Cuidado de Leininger y neonato según MINSA. Se empleó metodología cualitativa, etnográfica. Los sujetos, 15 madres, número obtenido por saturación y redundancia; los datos se recolectaron mediante observación participante, entrevista etnográfica y diario de campo. Se usó el análisis temático de Spradley, los principios de ética personalista por Sgreccia y criterios de rigor científico de Tello. Se obtuvieron tres temas culturales: Prácticas relacionadas con los cuidados básicos del neonato; Prácticas culturales dirigidas a aliviar el dolor y el llanto en el neonato; Génesis de las prácticas culturales de las madres Morropanas para el cuidado del neonato en el hogar. Se concluye que las madres proporcionan cuidados a sus recién nacidos, basados en creencias y costumbres adquiridas del entorno cultural, familiar, muchas de estas prácticas deben rescatarse y preservarse pero otras deben reestructurarse como: dar de beber chicha a los bebés, realizar el baño cada 2 o más días, uso de algodón para la limpieza del ombligo.

PALABRAS CLAVE: Prácticas Culturales, Cuidado y Neonato.

ABSTRACT

The neonatal period is the most vulnerable stage in the life of the human being, because here the greatest risks for survival occur. Hence a practice that guarantees the future of the newborn. Therefore, the research was carried out: "Cultural Practices of the Mothers during the care of the neonate in the Home - Morrope District, 2014"; The aim was to describe, analyze and understand these cultural practices. The research was based on concepts such as: Leininger cultural practices and care, and neonate according to MINSA. We used a qualitative, ethnographic methodology. Subjects, 15 mothers, number obtained by saturation and redundancy; The data were collected through participant observation, ethnographic interview and field diary. The thematic analysis of Spradley, the principles of personalistic ethics by Sgreccia and criteria of scientific rigor of Tello were used. Three cultural themes were obtained: Practices related to basic neonatal care; Cultural practices aimed at relieving pain and crying in the newborn; Genesis of the cultural practices of mothers Morropanas for the care of the neonate in the home. It is concluded that mothers provide care to their newborns, based on beliefs and customs acquired from the cultural, family environment, many of these practices should be rescued and preserved, but others should be restructured as: drinking chicha babies, bath each 2 or more days, use of cotton for navel cleaning.

Keywords: Cultural Practices, and Newborn Care.

INTRODUCCIÓN

La existencia de creencias y prácticas en relación al cuidado de la salud se constituye en uno de los problemas que preocupa al personal de salud ya que dependiendo de las creencias que se tengan dentro de la familia dependerán los cuidados que se brinden a alguno de sus familiares: bebé, niño, adulto, anciano, hombre o mujer. Actualmente en nuestro país, se aprecian diversas etnias culturales, que provienen de lugares diferentes, en donde se ponen de manifiesto una serie de actividades (o prácticas) autóctonas que se pueden ver relegadas, rechazadas o juzgadas en la sociedad.¹

Se ha reconocido que hoy en día, acercarse a otras etnias, culturas y religiones, a otras cosmovisiones, no es algo opcional, sino vital e imprescindible. Urge encontrar fundamentos sólidos y universales; pues no se trata solo de aceptar el hecho de tener que convivir con personas de otras culturas, sino que la diversidad debe llegar a ser fuente de enriquecimiento.² En ese sentido el personal de enfermería es el llamado a involucrarse directamente en estas prácticas pues tiene la oportunidad de convivir más de cerca con la población y sus costumbres y de darle un sentido adecuado a estas prácticas para preservar el bienestar de la población.

La familia juega un papel muy importante en el cuidado que se le brinda a cada uno de sus integrantes ya que, según las creencias que se tengan se proporcionan cuidados, los cuales, pueden ser beneficiosos y permitirán la recuperación de la salud o a la vez pueden ir en contra de ésta produciendo su agravamiento y como consecuencia la muerte. A su vez la familia está inmersa en una determinada cultura, en la que van adquiriendo rasgos propios: costumbres, prácticas, creencias, y es por lo general la mujer la que los preserva, pues es ella la que vela por el bienestar de los integrantes desde etapas tempranas como ocurre con el recién nacido.

Al respecto Lenninger,³ advertía en su teoría de los cuidados transculturales que la enfermera debería considerar cuidados culturales que pueden rediseñarse, reestructurarse, adecuarse o conservarse. Pero sólo puede tomar una decisión sobre

qué hacer si conoce ¿cómo se desarrollan estos cuidados?, ¿cuándo se emplean? Pues podría ser que algunas de estas prácticas expliquen la causa de muchas muertes neonatales, que son el grupo de interés para la presente investigación.

En relación a la tasa de mortalidad neonatal (TMN) según ENDES 2015, fue de 10 defunciones neonatales por cada mil nacidos vivos. Esta tasa se incrementa a 12 por mil a una zona rural. Hasta la SE 16 del presente año se notificaron 935 defunciones neonatales a nivel nacional. La mortalidad neonatal precoz (muerte en la primera semana de vida) es de 77% de éstos el 36% fallecen en las primeras 24 horas. En la Región Lambayeque, las defunciones en el 2016 se reportó una tasa de 3.67% de muertes neonatales.⁴

Las evidencia refieren que en la etapa neonatal ocurren hechos que contribuyen a incrementar las tasas de morbimortalidad de este grupo etéreo buena parte de los casos de muerte neonatal se dan por cuidados inadecuados, al respecto existen reportes de investigación que refieren que las madres y abuelas son las promotoras del cuidado en el hogar utilizando plantas medicinales como matico, hierba luisa, etc. Para prevenir las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, dérmicas, oftálmicas, genitourinarias y hematológicas, pues consideran que su uso es barato y de mayor beneficio para la salud de sus niños; también realizan rituales para el susto, mal de ojo, posesión de almas.⁵

Hay que reconocer que estos cuidados que para el bienestar del neonato, sin embargo podrían ser perjudiciales, por ello se identificaron las prácticas culturales de la madre para el recién nacido y reconocer formas de cuidado en las cuales se tomen en cuenta los contextos cotidianos con sus diferentes prácticas de cuidado y como éstas se ven influenciadas por un sin número de conocimientos, creencias, valores, que se hace necesario descubrir, y de esta manera acercarse más al cuidado individualizado y se puedan generar propuestas y estrategias de intervención que partan de la persona que se cuida, en este caso del neonato. Dichas costumbres y prácticas se influyen mutuamente y son parte del carácter dinámico que permite a la cultura favorecer la adaptación de la persona a su entorno. Tener en cuenta los aspectos culturales le da un toque humano al cuidado favoreciendo alcanzar los objetivos terapéuticos.⁶

El distrito de Mórrope, ubicado en el departamento de Lambayeque provincia de Chiclayo, fue en alguna oportunidad escenario de prácticas de las investigadoras y fue aquí que tuvieron la oportunidad de observar algunas prácticas que obedecían a las creencias y costumbres del lugar en torno al cuidado del neonato. Estas prácticas variaban desde el uso de elementos, el desarrollo de rituales, todas ellas fruto de creencias arraigadas, transmitidas de generación en generación. Además estas prácticas tenían un énfasis especial en el cuidado del neonato, algunas en aquel momento fueron consideradas por las investigadoras como inocuas sin embargo nos preguntábamos si para la medicina moderna se constituían en prácticas desfasadas o sin sentido o si convendría conocer y aprender estas prácticas.

Por ejemplo el uso de fajeros, las infusiones con miel para limpiar el estómago; curar el mal de ojo, el susto, usando una vela, alumbre, etc. De estas prácticas se suman a la de otras realidades como: cero lactancia materna, porque su leche es “agüita”; utilización del ajo en todo el cuerpo del neonato para “jalarle” el “aire” que lo ocasiona cólicos de gases; omitir el baño los primeros siete días de vida; curación del muñón umbilical con sustancias caseras; sobre abrigar las “molleritas” (fontanelas) porque por allí les entra el aire; no permitir que una mujer gestante o en etapa de menstruación cargue al niño, porque le da “pujos” emplear una cinta de color rojo con un huairuro para que no los “ojeen”, uso de gotas de leche materna para el dolor de oído, ¿o qué otras prácticas emplean las madres morropanas para curar el “mal de ojo”, el “susto”?

De allí que el profesional de Enfermería en la actualidad requiera conocer el significado de las prácticas de cuidado cultural en el hogar, pues aunque se considera que existen muchos rituales que pudiera realizar, en este caso, del cuidado que realiza la mujer Morropana no se conoce a profundidad este fenómeno en la región Lambayeque.

Es por ello que esta investigación fortalecerá el conocimiento disciplinar con base en el cuidado cultural y aporta a la práctica de enfermería para así garantizar un cuidado de excelente calidad en torno a la salud neonatal. De allí que identificar el significado que le dan a estas prácticas de cuidado que realiza la madre para su neonato, indudablemente permite conocer lo desconocido en torno a esta realidad

vivida, obteniendo herramientas a futuro para el diseño de estrategias de intervención efectivas desde lo cultural en la atención del neonato.⁷

De acuerdo a Leininger “El conocimiento étnico hace parte de las prácticas y conocimiento laico, indígena, tradicional o local para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación para o hacia otros con necesidades de salud evidentes o anticipadas con el fin de mejorar su bienestar o ayudar con la muerte u otras condiciones humanas”.⁷ El describir éste conocimiento propio de las mujeres de Mórrope, aporta al conocimiento de Enfermería, para así brindar un cuidado en el cual se respeten las prácticas culturales que benefician al binomio madre-hijo y se negocien aquellas que ofrecen riesgo.

La madre Morropana es la persona más indicada para recibir información y educación por parte del personal de salud, para ello se deberá utilizar herramientas y estrategias que permitan fortalecer su conocimiento o quizás reestructurarlo, claro está sobre la base del conocimiento y comprensión de sus prácticas. En ese sentido el cuidado en el neonato desde la perspectiva transcultural, se constituye en un reto que pretende traer a escena diferentes significados en la concepción del quehacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del niño. El conocer las creencias y costumbres permite identificar y significar las prácticas que suelen pensarse como tradiciones retrógradas comparadas con el avance técnico científico, al establecer un puente de comunicación entre los cuidados propios que tienen las personas y el conocimiento técnico científico que se tiene a través del cuidado de enfermería.⁸

Por lo anteriormente expuesto se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las Prácticas Culturales de las Madres durante el Cuidado al Neonato en el Hogar, distrito de Mórrope 2014? El objeto de estudio se definió como: Prácticas culturales de madres durante el cuidado al neonato en el hogar.

La presente investigación se justificó porque las creencias y costumbres son parte de toda cultura, y son importantes para el desarrollo de una comunidad, en consecuencia desconocer o no considerar las prácticas culturales se constituye en una barrera para brindar el cuidado. En ese sentido hay que valorar el papel de las madres de familia (cuidadoras) quienes cumplen un rol fundamental en el cuidado de sus

menores niños; pues son ellas quienes por herencia y el entorno cultural tienen arraigadas ciertas costumbres y creencias que ponen en práctica cuando brindan cuidados básicos a sus niños, de por medio está su fe en estos procedimientos rescatando tradiciones de antaño.

Esta investigación aporta a la línea de investigación de salud pública, pues contribuye al acercamiento del conocimiento profesional al conocimiento popular pues es así como se logran identificar las prácticas de cuidado influenciadas por la cultura, y que repercuten directamente en el proceso salud-enfermedad del binomio madre-neonato.⁷

El cuidado del neonato desde la perspectiva transcultural, se constituye en un reto que pretende traer a escena diferentes significados en la concepción del que hacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del niño. Pues en la actualidad el análisis de la situación de este grupo etéreo amerita un cuidado que mire la perspectiva cultural.^{9, 10, 11, 12.}

Dar a conocer estas prácticas ayuda a proporcionar al Estado y más aún a las instituciones de salud, la información pertinente sobre el cuidado al neonato, que permita adecuar el cuidado ejecutado dentro de un ámbito transcultural y que se acerque a una práctica digna y saludable en la praxis diaria.

Finalmente, los resultados de esta investigación servirán para implementar estrategias de cuidado en las zonas rurales, donde se realizan prácticas de tipo cultural en el cuidado del neonato; teniendo en cuenta la aplicabilidad de la teoría del sol naciente de Leininger^{13, 14} que respalda a las enfermeras para brindar el cuidado transcultural, considerando la cultura de las personas y la forma o perspectiva de ver la vida.

La salud y los cuidados son universales pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud vienen definidas de manera diferente según las culturas. En el contexto multicultural en el que vivimos se ha de valorar las creencias y valores de nuestros pacientes para así poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura.

I. MARCO TEÓRICO:

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Al indagar acerca de los antecedentes del objeto de estudio se encontró durante la búsqueda a nivel nacional e internacional, algunas investigaciones que contribuyeron a esclarecer la problemática abordada sobre las prácticas culturales de madres en el cuidado del neonato en el hogar, así tuvimos los siguientes:

Reina R, Ferrer R, Toro Y et al ¹⁵ En su trabajo de investigación mostraron que el cuidado del neonato desde la perspectiva transcultural se constituye en un reto que pretende traer a escena diferentes significados en la concepción del quehacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del niño. Se realizó un estudio con el objetivo de representar el cuidado neonatal desde diferentes enfoques transculturales, que le permitan a la enfermera dar herramientas constructivas a las familias, respetando las creencias culturales de cada núcleo familiar.

Rodríguez F, Santos C, Talani J et al¹⁶ reportan en su investigación que el conocimiento del personal de salud sobre las creencias populares que practica la mujer para proteger al lactante permite valorar su significado como parte de un legado cultural. Esto tiene en cuenta que el cuidar a la persona (y en este caso, al menor de un año) surge de un conjunto de creencias, mitos, valores y costumbres que se han transmitido de una generación a otra.

Torrado O, Casadiego D, Castellanos M,¹⁷ evidencian en su informe de investigación el sentido de las creencias tradicionales en madres jóvenes y cuidadores y su relación con la salud infantil en un área rural de la Sabana de Bogotá, Colombia.

Delgado M, Calvache J, Del Cairo C,¹⁸ reportan en su investigación que en el período neonatal, es importante explorar en cada comunidad las prácticas y cuidados que ha tenido una mujer durante su embarazo y los que procura al recién nacido, ya que las realidades locales determinadas de manera preponderante por creencias y prácticas culturales, con respecto al proceso salud-enfermedad, deben conocerse antes

de iniciar una intervención a gran escala en la comunidad, con el objeto de aumentar sus probabilidades de éxito.

Fernández C,¹⁹ en su investigación evidencia que las creencias y las prácticas de las madres, se encuentran muy arraigadas a su entorno cultural, mostrando comportamientos, que deben rescatarse y preservarse: como el uso de la medicina tradicional ya que forma parte de su identidad cultural. Se considera que la madre es la más indicada para recibir información y educación por parte del personal de salud utilizando herramientas y estrategias adecuadas que permitan comprender la información brindada.

Guerra S,²⁰ mostró en su investigación que la familia es el núcleo donde nacen los cuidados culturales, las prácticas y creencias mágico – religiosas sobre el sanar, cuidar y prevenir enfermedades, a través del uso de plantas medicinales, objetos artesanales y ciertos animales, aunque las familias migren a otras ciudades, mantienen su identidad cultural.

Campos M, y Castillo J,²¹ en la investigación etnográfica que desarrollaron enfocan los cuidados culturales que brinda la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca – Ferreñafe, 2014; concluyen que las madres mantienen prácticas populares en el cuidado al neonato para satisfacer sus necesidades básicas, usando la naturaleza de acuerdo a su bagaje cultural; brindan lactancia materna combinada con infusiones de Sauco, Cutiquero, Manzanilla, leche de vaca, no ofrecen el calostro a los neonatos porque creen que la primera leche es mala; como protección cósmica ante aire, mal de ojo, y susto, utilizan el cuy, azufre, periódico con timolina. El afecto y acompañamiento se brinda al sostener al neonato en su espalda con la chicta.

1.2. BASE TEÓRICO – CONCEPTUAL:

La base teórica conceptual se sustenta en los conceptos de Prácticas culturales y Cuidado de Leininger¹³, y neonato del MINSA²².

Leininger¹³ propuso la teoría de la diversidad y de la universalidad, conocida también como teoría de los cuidados culturales o simplemente teoría transcultural. Ella define el cuidado como la esencia de Enfermería; las acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida. Cuidado es dar amor, comprender, respetar a la persona. Así mismo implica un compromiso para poder llegar a lograr el bienestar, mejoramiento y una salud adecuada de la persona, familia, comunidad y sujeto de cuidado.

Así mismo, afirmó que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, éste saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermera. Una proposición importante de la teoría es que, si se puede obtener el significado completo de los cuidados culturales, se puede predecir el bienestar o la salud de las personas, familias y grupos y por tanto se pueden ofrecer cuidados que sean coherentes, responsables y con respeto.¹⁵

Así se explica cómo es tan influyente la cultura de una persona para su desarrollo; hay costumbres, creencias arraigadas, que sin lugar a duda predominan en la zona rural, donde son transmitidas de generación en generación. Es por ello que la presente investigación se realizó en el Distrito de Mórrope pues las madres tienen ciertas costumbres, prácticas y creencias para cuidar a sus niños, en especial al neonato que fueron aprendidas de sus antecesores.

Refiriéndonos al término cultura, Leininger¹³ la definió como el conjunto de valores, creencias, normas, estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones, acciones, según modo de acción predeterminados. En este sentido se asumió que las participantes ponen en práctica hábitos cultivados de las enseñanzas de sus antepasados y transmitidas de generación en generación respetando sus valores y

creencias; ellas toman decisiones para poder ayudar a sus hijos siendo ese cuidado alejado de la cientificidad del cuidado profesional. Entonces podemos concluir que la madre, tendrá ciertas conductas frente a diferentes situaciones de su vida, es decir sus comportamientos estarán determinados por la cultura a la que pertenecen.

Leininger¹³ sostiene además que la cultura es el aspecto más amplio, más comprensivo, holístico y universal, de los seres humanos y predijo que el cuidado estaba incrustado en la cultura. En la cultura se evidencia el cuidado émico y el cuidado ético y el llegar a conocer estos, permite que se pueda dar un cuidado adecuado al binomio madre-hijo acorde con su cultura. El *cuidado émico* hace referencia a cómo las prácticas y conocimiento tradicionales para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación para o hacia otros con necesidades de salud durante la fase del puerperio, con el fin de mejorar su bienestar y estado de salud. Mientras que el cuidado ético hace referencia al conocimiento y prácticas de cuidado formales y explícitas, cognitivamente aprendidas, obtenidas generalmente a través de instituciones educativas (usualmente no genéricas).

Es decir, el cuidado cultural son formas que responden a un entorno, propiciando la supervivencia del ser humano, pues éste podría llegar a desequilibrarse o desaparecer si no recibiera cuidado, el mismo que ocurre desde que se nace hasta la muerte, en cualquier condición de salud o enfermedad, relacionándose con la cultura en la que nace y vive.

Estos cuidados pueden ser enseñados a las enfermeras y otros para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación durante alguna de las etapas de vida del ser humano con la finalidad de mejorar su salud y prevenir enfermedades.

La teoría de Leininger ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo émico, sus conocimientos y prácticas en conjunción con una ética apropiada, como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con las prácticas culturales. La teórica plantea la posibilidad que las personas de diferentes culturas pudiesen informar y determinar el mejor tipo de cuidado que desean o necesitan recibir de las enfermeras, pues la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que

influye sobre sus decisiones y acciones, la teoría está dirigida hacia los profesionales de enfermería que acceden al mundo de la persona y le permiten participar con sus puntos de vista, sus conocimientos y prácticas como base para tomar decisiones y aplicar acciones culturalmente congruentes. Desde este enfoque, los cuidados culturales toman en consideración, la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, visión del mundo, valores culturales, contextos ambientales, expresiones lingüísticas y los sistemas de cuidado popular y profesional.⁷

Un aspecto importante en el que se basa esta teoría consiste en documentar, saber, predecir y explicar sistemáticamente, por medio de la información de campo conseguida, los cuidados genéricos o profesionales de las culturas que se analizan en los componentes del sol naciente. La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno.¹³ Estos factores influyeron en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas formaron un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: Preservación y mantenimiento de los cuidados culturales; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.¹⁴ De allí que se expliquen que exista las prácticas culturales.

Las prácticas desde el enfoque cultural se definen como actos guiados por creencias y valores, que variaron considerablemente según los grupos sociales y los sistemas familiares, económicos y sociales. “En términos generales pueden considerarse la manera como las personas afrontan y solucionan algunas necesidades.⁶ Partiendo de lo antes mencionado se definió entonces prácticas culturales como los

conocimientos y prácticas desarrolladas por las comunidades locales a través del tiempo para comprender y manejar sus propios ambientes locales. Se trata de un conocimiento práctico y no codificado, creado por la observación directa a través de generaciones como una forma de incrementar la resiliencia de su entorno natural y de sus comunidades. Para ello es necesario basarse tanto en los conocimientos tradicionales como en las tecnologías modernas para el diseño de soluciones social y ambientalmente adecuadas. El reto, sin embargo, está en la manera de complementar ambos tipos de conocimientos y prácticas sin sustituir uno con otro, basándose en sus respectivas ventajas, en las comunidades locales.

Para esta investigación se definió prácticas culturales como el conjunto de acciones que las personas de una cultura, en este caso las madres morropanas realizan para orientar el desarrollo de los sujetos, y que obedecen a sistemas de creencias que se han legitimado en pautas de comportamiento, y al igual que estas (las creencias y las pautas) tienen un carácter orientativo del desarrollo.

Es así que las creencias, mitos y prácticas de crianza pudieron influir en el cuidado infantil ya que este depende de la participación de cada individuo y su familia; además existen aspectos culturales y sociales que las determinan como lo menciona De Souza.²⁵ Dentro de las prácticas culturales de las madres encontramos el uso de “fajeros”, “alimentación con miel e infusiones” para limpiar el estómago, la colocación de exceso de abrigo o falta de este, falta de baño diario sobre todo en los primeros siete días de vida, curación del muñón umbilical con sustancias caseras; no tocando las “molleritas” (fontanelas), e incluso realizaron una serie de rituales (santiguar) con diversos objetos para curación de “sustos o males de ojo”, agregado a lo mencionado el empleo de plantas o hierbas medicinales para la curación de enfermedades.

En este contexto, la enfermería transcultural debe ser una herramienta del saber con una visión integradora que permita ver al individuo (al neonato) como un ser biopsicosocial, miembro de un entorno susceptible de adaptarse y modificarse en beneficio de la conservación del estado de salud y permitir de forma adecuada el desarrollo de las mejores prácticas de cuidado sustentadas por la evidencia científica disponible.

El equipo de salud debe conocer dichas creencias y prácticas con el fin de orientar a las madres, para continuar o no con su realización sin menospreciar las convicciones de cada cuidador. Sobre todo si se trata del cuidado del neonato pues se constituye en un grupo vulnerable. Y así lo menciona la Norma Técnica del MINSA²² cuando brinda su definición de Neonato: como el producto de un embarazo a término, entre las 37 y 42 semanas de gestación, que tiene un peso adecuado para su edad gestacional (mayor de 2,500 gr). Es el periodo que abarca desde el nacimiento hasta los 28 días. Dentro de su clasificación encontramos al Neonato Temprano, que comprende la primera semana de vida, es aquí donde se hacen los principales ajustes para la vida extrauterina, considerado el periodo de mayor riesgo. Y el Neonato Tardío, que va desde la primera hasta la cuarta semana de vida, considerado el periodo de mayor crecimiento físico.

Es en esta fase donde se presentan muchos riesgos para su vida debido a que el neonato requiere una adaptación a su nueva vida (vida extrauterina) produciéndose una serie de cambios fisiológicos que deben ser observados con minuciosidad y con ayuda de profesionales competentes, que sean capaces de detectar oportunamente la aparición de algún signo de alarma que ponga en peligro la vida del recién nacido y orientar a la madre sobre estos signos además de darle la seguridad de un cuidado culturalmente seguro para el neonato, siempre respetando su cultura²⁵, tal como Leninger lo menciona.

Entre los cuidados que el neonato debe cubrir e esta etapa tenemos: higiene y cuidado de la piel, vestido, alimentación, curación del ombligo, vacunas, también será motivo de cuidado el llanto sin motivo aparente o algún signo o síntoma que pueda presentar.

II. MARCO METODOLÓGICO:

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se ha desarrollado bajo una perspectiva metodológica cualitativa, a fin de comprender el fenómeno en estudio; pues este tipo de investigación lleva a descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando lo que los participantes dicen; su esencia radica en conocer la naturaleza del comportamiento, permitiendo así abordar los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana dentro del contexto de quienes lo viven, lo cual permitió a las investigadoras resaltar las prácticas culturales de las madres durante el cuidado al neonato en el hogar y por tanto comprender la realidad experimentada en ese entorno.²⁶

Además Polit²⁷, refiere que la investigación cualitativa, plantea que los observadores podrán informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como experiencias de los demás. Esta investigación se considera como un proceso activo que a la vez admitirá la contextualización del ambiente y del entorno de las personas, en este sentido la investigación cualitativa nos permitió describir, analizar y comprender las prácticas culturales de madres al neonato, así como también acceder a discusiones detalladas de sus situaciones e interacciones a través de sus experiencias, pensamientos y reflexión expresados por ellas mismas.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación estuvo respaldado por el abordaje etnográfico, el cual se entiende como la descripción de una cultura concreta, se dedica a la observación y comprensión de los aspectos de una cultura o grupo social determinado²⁷. Abarca el diseño que estudia categorías, temas y patrones referidos a la cultura; la cual pretende describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades; por ello, está hecha de material cotidiano, en un periodo prolongado de residencia dentro de su contexto,

permite percibir y entender cómo la gente le da sentido a su vida en el día a día; aquí el investigador es completamente observador participante.^{26, 27}

Los elementos importantes para la realización de una buena práctica etnográfica: El contacto del investigador con el “otro”, tornándose de extraño en un amigo confiable o “familiar”; buscar “observar” y “escuchar” atentamente todo lo que se puede decir respecto a las experiencias del grupo estudiado (su modo de pensar y sus comportamientos) en relación a determinado fenómeno (como salud, enfermedad y cuidado); finalmente, “escribir” colocando en el texto no solo la interpretación de los datos del investigador, sino el modo como el “otro” explica sus experiencias atribuyéndoles un sentido.²⁸

La etnografía permitió a las investigadoras adentrarse en el escenario para una mejor comprensión de las prácticas culturales que las madres brindan a los neonatos en el hogar, de tal manera que nos acercó a la realidad de los sujetos de investigación con el objetivo de obtener información básica para nuestro estudio, también nos permitió describir, analizar y comprender la realidad observada, revelando así las características de cada una de las familias, constituyéndonos en participantes activos. Para los profesionales de la salud interesados en comprender las costumbres de cada población y la realidad de vida de las personas, la etnografía es una manera de interpretar, a través de la observación, la manera cómo éste y su entorno experimentan el proceso de salud y prácticas del cuidado, y la forma cómo se ve o no afectada su relación con el medio y su vida diaria.

2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de investigación estuvieron constituidos por 15 madres; el número fue determinado por el método de saturación y redundancia.

El grado de instrucción de las participantes se distribuye de la siguiente manera: 20% superior, 40% secundaria completa, 30% secundaria incompleta y 10 % primaria completa. El estado civil: 70 % convivientes 30% casados, respecto a la Ocupación: 70 % amas de casa, 30 % empleados. El 100 % de familias entrevistadas eran católicas.

Dentro de los criterios de inclusión se tomó en cuenta a las madres adultas jóvenes (20 años - 35 años) que cuidaban a sus neonatos.

Criterios de exclusión: fueron excluidas las madres que vivían fuera del distrito de Mórrope y que tuvieron hijos mayores de un mes.

2.4. ESCENARIO

El escenario donde se llevó a cabo la investigación, fue el distrito de Mórrope, Región Lambayeque. Dicho distrito está situado al lado derecho de la nueva carretera Panamericana, a 33.5 km. al Norte de la ciudad de Chiclayo y a 32 m.s.n.m. Se cree que el nombre proviene de la voz aborigen "Morrup", que significa "Iguana", respecto a lo cual existe una leyenda. Entre los agrupamientos étnicos de origen prehispánico el de Mórrope es tal vez uno de los más conservados, debido a que su población se encuentra dispersa. Aferrada a los arenales y llevando un modo de vida duro y aprendido en siglos, por lo menos un milenio. Las huacas Cucufán, Casa Grande, La Campana, Montegrande, Huaca de Barro, hablan de sus remotos antecesores.³³

El lugar fue elegido como área de estudio por ser uno de los distritos donde se observó una mayor tasa de morbilidad y mortalidad neonatal de la provincia de Lambayeque con una Tasa de Mortalidad de 22.3% por cada mil nacidos vivos y considerar como causa de morbilidad la neumonía, la diarrea, y mal nutrición.³³

Los hogares de cada neonato fueron visitados y se permaneció en ellos por periodos de aproximadamente 04 horas por día en un promedio de cuatro visitas a los hogares de cada madre una vez por semana. El día de semana era elegido por la madre acorde a su disponibilidad y organización de tiempo.

Las casas se caracterizan por ser de material noble, techo aligerado, ventanas de fierro pequeñas; y algunas cuentan con corrales dentro de sus casas, fabricadas de adobe, caña y/o madera. Las familias son extendidas; es decir viven ambos padres, hijos y parientes como los abuelos. Las parejas jóvenes de recién casados, viven junto a los progenitores de uno de los cónyuges; y son suegras las encargadas de formar a las madres jóvenes. Las abuelas son las encargadas de enseñar a las madres jóvenes los cuidados que brindarán a sus recién nacidos, garantizando la continuidad de los cuidados culturales.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Buscando triangular la información y aumentar la credibilidad, se han utilizado dos técnicas: la entrevista etnográfica y la observación participante; a estas dos técnicas les ha correspondido un instrumento de recolección de datos: guía de entrevista etnográfica y diario de campo, respectivamente.

La entrevista etnográfica²⁶, permitió la recolección de información a profundidad donde el informante expresó y compartió oralmente y por medio de una relación interpersonal con el investigador su saber (opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes) respecto a un tema o acontecimiento, en este caso sus prácticas en relación al cuidado del neonato. El relato partió de preguntas formuladas por los investigadores generándose una conversación entre iguales. Fueron preguntas para la madre, con la finalidad de obtener toda la información sobre las prácticas de cuidado cultural que brindan a los neonatos en el hogar; para lo cual se procuró un clima de confianza, procurando ganarla a través de involucramiento en algunas actividades del hogar, pudiendo establecer así un grado de confraternidad y amistad entre ambas partes.

La entrevista etnográfica desarrolló tres tipos de preguntas: preguntas descriptivas, preguntas estructuradas y preguntas de contraste.

Preguntas descriptivas: Fueron las preguntas llamadas a estimular la expresión del lenguaje del informante y su propósito fue iniciar la conversación. En este caso se preguntó ¿Me podría decir cómo son los cuidados que usted le da a su niño cuando nace?

Preguntas estructuradas: Fueron las que permitieron conocer cómo los informantes organizan sus conocimientos y sus actividades diarias. Una pregunta que se formuló fue ¿Cómo alimenta a sus hijos? ¿Aparte de amamantarlos, le da otras agüitas?

Preguntas de contraste: Facilitaron descubrir las dimensiones sobre el significado que los informantes tuvieron para distinguir objetos y eventos de su realidad. Ejemplo: ¿qué tipos de ropa utiliza en el frío para su niño? ¿Realiza la curación del ombligo de

su niño? ¿Cómo lo realiza? Así mismo existieron preguntas o expresiones que ayudaron a mantener, estimular y desarrollar la entrevista como: preguntas repetidas o afirmaciones para estimular, estas preguntas fueron hechas con el lenguaje del informante (preguntas incorporadas). La guía de entrevista etnográfica completa se puede ver en el anexo N°02, pág. 88. Durante la entrevista no se tuvo dificultades relacionadas con el grado de escolaridad de las madres, pues estaban referidas a lo que ellas hacen y se utilizaba el lenguaje no verbal para reforzar las preguntas de lenguaje verbal, por ejemplo: se señalaba el muñón umbilical del niño al preguntarle si se lo curaba.

La otra técnica utilizada ha sido la observación participante, según Amezcua es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, entre otros. El papel que desenvuelve el observador va de la observación a la participación, estas fases comprenden: observación, observación con poca participación, participación con alguna observación, observación reflexiva.^{26, 34} que a continuación se explican:

- La fase de la Observación, es la fase inicial que consistió en observar y escuchar aspectos esenciales relacionados con las prácticas de cuidado cultural, es decir con el objeto de estudio. Se inició con un primer contacto, aquí las investigadoras se presentaron con madres de familia, identificándose de dónde eran y qué es lo que querían realizar, se les dio a conocer aspectos básicos de la investigación como los objetivos y se procuró entablar una relación empática, para pasar de un “extraño” a un “amigo confiable”. El ser estudiantes de una Universidad Católica les inspiraba confianza, pues si habían escuchado y conocían dónde quedaba la Universidad.

La observación con poca participación, en esta fase de la investigación se incluyó la observación y un leve grado de participación donde las investigadoras tomaron parte de las actividades del grupo cultural cuidando de acuerdo con sus costumbres, valores y creencias y siempre y cuando la madre

lo permitiera. Las investigadoras permanecieron en los hogares desde la segunda visita por espacio de cuatro horas en promedio; y fueron cuatro visitas por hogar como mínimo, para establecer una relación más cálida y de confianza con las madres progresivamente. Se tuvo en cuenta siempre la descripción detallada del objeto de estudio en el diario de campo.

Para la participación con alguna observación, se desarrollaron varios niveles de participación con el fin de observar y actuar a través del involucramiento en las actividades que realiza la madre para el cuidado del neonato. Para esto fue necesaria la convivencia con las familias y se participó en el quehacer diario del hogar. Esto se fue dando progresivamente, a partir de la segunda visita las familias invitaron a las investigadoras a compartir alguna comida, ya sea el desayuno o el almuerzo, y permitían que se les ayude en el cambio del pañal del niño, e incluso en su baño; durante el cual iban consultando si lo que hacían era lo correcto o cómo debían hacerlo.

La observación reflexiva, considerada una fase evaluadora pues consistió en determinar si lo obtenido en la observación tiene impacto con las entrevistas que se realizaron a las madres de familia, así mismo este tipo de observación permitió que las investigadoras obtuvieran una visión global de todos los eventos que se dieron durante la investigación y a su vez corroborar si los datos obtenidos respondieron a los objetivos de la investigación.

En general la observación participante duró aproximadamente 04 horas por día en un promedio de cuatro visitas a los hogares de cada madre que tenía un neonato y algunas escenas culturales fueron fotografiadas con permiso de la madre. Las entrevistas fueron grabadas, duraron aproximadamente 25-30 minutos y se realizaron en la tercera visita en un ambiente del hogar donde hubo privacidad, evitando distractores.

Para registrar lo observado, se utilizó como instrumento el diario de campo³⁵, que se constituye en un registro de datos del propio investigador, donde se anotaron las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada, bajo la

premisa que lo que no está escrito, no sucedió nunca. Se tuvo en cuenta lo siguiente:

- a) Cuándo registrar: Se hizo después de cada observación en relación a todo lo que ocurrió en el escenario.
- b) Cómo registrar: Se escribió con disciplina, utilizando técnicas que ayudaron a recordar palabras y acciones, empleando medios mecánicos en este caso se utilizó la grabadora.
- c) Qué registrar: todo lo que se recordó de la observación que se realizó, al menos los hechos observados y los comentarios del observador.

Los instrumentos: Guía de entrevista etnográfica y diario de campo, fueron validados por 2 enfermeras expertas según temática y tipo de investigación: la primera experta cuenta con experiencia en el área de la asistencia en el servicio de Neonatología de un Hospital de la Región que atiende a madres procedentes también de Mórrope, la segunda enfermera, cuenta con experiencia laboral asistencial en preescolares y en el área de docencia en la asignatura cuidado de enfermería al niño y adolescente sano.

La validación del instrumento se realizó después de la aprobación del proyecto de tesis. Las entrevistas y observaciones piloto; se realizaron con seis familias del distrito de Incahuasi, por ser una zona que mantiene arraigadas sus costumbres culturales. La validación tuvo una duración aproximada de 30-50 minutos cada una. La validación permitió incrementar las preguntas, para abordar los diferentes cuidados, acorde a las creencias culturales de las madres, respecto a las necesidades de los recién nacidos.

Se realizó triangulación de resultados³⁵ pues se contó con información obtenida de la guía de entrevista y el diario de campo, esta técnica es la más empleada para el procesamiento de los datos en las investigaciones cualitativas, por cuanto contribuye a elevar la objetividad del análisis y a ganar una relativa mayor credibilidad de los hechos. En esencia, consiste en la recogida de datos desde distintos ángulos para compararlos entre sí, es decir, realizar un control cruzado entre diferentes fuentes de datos, como pueden ser personas, instrumentos, documentos, teorías, métodos y la combinación de ellos.

2.6. PROCEDIMIENTO

En primer lugar se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y con la aceptación respectiva de la docente de asignatura de tesis I y del asesor, se presentó al comité metodológico de la escuela para las sugerencias del caso; luego se presentó un ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina para su aprobación.

Una vez aprobado el proyecto, se procedió a solicitar el permiso pidiendo autorización del Teniente Gobernador del Distrito de Mórrope, para la inmersión en el escenario. Gracias a la experiencia previa por las prácticas pre profesionales realizadas en la zona permitió que a través de los pobladores de la zona escogida nos informaran sobre alguna madre con su neonato.

Contactar con las madres, sujeto en estudio, no fue sencillo al principio, pero al acudiendo al centro de Salud, las investigadoras abordaron a aquellas madres que llegaban con sus hijos recién nacidos, a ellas se les explicaba sobre los objetivos de la investigación y si deseaban participar, se les esperaba a que salgan de su consulta, para poder explicar con detalle en qué consistiría las entrevistas y observación. En otros casos, también nos apoyamos en los pobladores para para la localización de las madres con neonatos de la zona. Algunas veces tuvimos que regresar más de 2 veces en el mismo día, o volver al distrito en otros días de la semana, pues por motivos familiares no podían atendernos, o porque tenían que salir a la ciudad a realizar algún trámite.

Luego se realizó una inmersión total en el escenario, a fin de contactarse con las madres participantes que cumplan con los criterios de inclusión, (pues sólo cuando estuvimos con las madres, podíamos contrastar los criterios de exclusión que se habían previsto). Si cumplían con los criterios de inclusión, se realizaba la visita y solicitaba su participación, y ésta persona nos llevaba a una segunda madre y así sucesivamente. Se establecía con ellos la fecha y hora para la entrevista, anticipadamente se les hizo lectura del consentimiento informado y se puso énfasis en que se necesitarían más de tres visitas a sus hogares, para completar la entrevista y la observación (Ver anexo N° 01). Absueltas las preguntas de las madres, que giraban en alrededor del tratamiento y

análisis de los datos y al momento si saldrían publicados sus nombres; ellas firmaban el documento. Es importante destacar que todas las madres consultaron con sus familiares (esposos, madres y suegras) si estaban de acuerdo de que participen.

En la primera visita, sólo se expusieron los objetivos de la investigación, y se hicieron preguntas de los datos personales de la guía de entrevista y se observó el ambiente externo de la vivienda. A partir de la segunda visita, se comenzó la observación del interior de la vivienda y se buscó un espacio para la entrevista a las madres, que de preferencia fueron en la sala de la casa o en el dormitorio de la madre, cuando ésta estaba sola, pues cuando se hacían preguntas delante de las abuelas o tías del recién ellas se adelantaban a responder. Todas las madres mostraron temor a la grabadora de mano; solían hablar bajo o se alejaban de ellas cuando la acercábamos a su rostro; por eso se tuvo que hacer varias pruebas para que se dieran cuenta de su funcionamiento. Asimismo, se les informó que luego serían transcritas y se les pondría un seudónimo, para que nadie las identifique.

El número de visitas a cada madre no ha sido estándar, pues éstas han continuado en la medida en que se tenía que agotar la observación del objeto en estudio, y que se puedan completar las entrevistas; sin embargo podemos afirmar que han sido 3 en promedio, con una duración promedio de dos horas, cada una.

Las entrevistas se realizaban al finalizar la visita; con la finalidad de tomar nota inmediata de sus gestos durante la entrevista. Igualmente sucedía con los diarios de campo, que fueron desarrollados durante las visitas y finalizados al salir del hogar.

Con las entrevistas transcritas, se le pedía a la madre que dé su conformidad a lo que había respondido, no habiendo ninguna modificación por parte de ellas.

Con la aprobación de las madres, sobre la fidelidad de sus respuestas, se procedió al análisis de datos y elaboración del informe final, que tras varias correcciones de los miembros del jurado, ha podido finalizarse.

2.7. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido semántico; pues es un análisis que busca la sistematización y la objetividad, va más allá de la descripción, emite, compara y evalúa los resultados obtenidos durante las entrevistas.³¹

El análisis de contenido comprendió cuatro etapas: análisis de dominio, taxonómico, componencial y análisis de temas.

Análisis del dominio, este fue un proceso en el cual se analizaron los datos referentes a situaciones sociales, que se obtuvieron por medio de la observación y las entrevistas, los cuales se analizaron para identificar los Dominios Culturales. El análisis de dominio es un método para analizar datos y encontrar elementos específicos o partes que tengan significado cultural. Al descubrir partes de significado cultural se podrá gradualmente juntar registros más grandes de lo que sucede en una escena cultural.

La estructura de un dominio está constituida por tres elementos básicos: un término cubierto o nombre para el dominio, los términos incluidos y las relaciones semánticas. El término cubierto o nombre para el dominio, es el nombre para las categorías menores, y la relación semántica que se refiere cuando dos categorías son agrupadas conjuntamente. El término incluido o categorías menores: son nombres para las categorías dentro del dominio, la expresión original. La relación semántica, define los términos incluidos y los sitúa en el dominio cultural. La relación semántica (“semántica”, por supuesto, se refiere a significado) es lo que liga a los términos que se incluyen y al término que sirve para abarcar todo.

El Análisis taxonómico, es un conjunto de categorías relacionadas sobre la base de una relación semántica, pero a diferencia de los dominios, muestra la relación entre todos los términos incluidos, es decir una taxonomía revela subseries y la forma cómo están relacionados con el todo.

El Análisis componencial, como último nivel, definido como “una forma útil de análisis que nos ayudó a establecer el significado a través del contraste”. Al identificar y entender patrones de contraste dentro de nuestros datos nos revela tanto acerca del significado cultural como lo hace el identificar y entender patrones de “similaridad”. Es decir este análisis permite buscar componentes de significado.

Análisis de temas: Los temas culturales son conceptualizaciones que conectan los dominios, dando una visión holística de la cultura y se consideran como grandes unidades de pensamiento consistentes en un número de símbolos interrelacionados dentro de las relaciones de significados. Estos aparecen conectados entre sí, a la manera de una relación semántica entre dominios, dando a la interpretación de una cultura un sentido de unidad, siendo entendido como conceptos que los miembros de una sociedad usan para conectar unos dominios culturales con otros. A continuación se expone un ejemplo del análisis de los datos:

DOMINIO CULTURAL N° 1: Es una Práctica que realiza la madre para curar el Susto en el neonato

RELACION SEMÁNTICA : Inclusión escrita

Forma : X es un tipo de Y

X : Es un tipo de práctica

Y : Que la madre realiza para curar el susto en el neonato.

- Pasar una vela blanca
- Pasar alumbre
- Pasar un huevo

2.8. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Para garantizar el rigor de la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de rigor científico³⁸: la credibilidad, la transferibilidad y la confirmabilidad, aspectos que tuvieron como fin aumentar la calidad de la información.

La Credibilidad³⁸: La entrevistadora buscó la certeza de una verdadera aproximación sobre lo que las madres sienten, piensan y experimentan; para ello se realizó las transcripciones escuchando y entendiendo las manifestaciones que se convirtieron en discursos. Se logró haciendo que los mismos revisen la transcripción

de lo observado y de las entrevistas realizadas, con la finalidad que aporten validez a la información recolectada. No hubo modificación alguna por parte de los informantes, las madres sólo reafirmaron lo que las investigadoras habían transcrito y redactado en los diarios de campo.

Para mayor credibilidad de los datos, se ha utilizado la triangulación de técnicas de recolección de datos, pues junto a la entrevista etnográfica, también se ha realizado la observación participante, que permitió contrastar lo verbalizado por las madres, con aquello que realmente hacían. La triangulación es un método que “se utiliza cuando el investigador pretende confirmar o corroborar resultados y efectuar validación cruzada entre datos” al cruzar la información se pudo contrastar lo que las madres decían.³⁰

Transferibilidad o Aplicabilidad, consiste en la posibilidad de transferir los resultados de la investigación hacia poblaciones con características semejantes al de esta investigación. En la investigación cualitativa son los lectores los que determinan si es posible transferir o no estos resultados. Con esta finalidad se describió de forma suficiente pero densa el lugar y las características de los participantes y del escenario.

Principio de Auditabilidad o Confirmabilidad, que hace referencia a la neutralidad o imparcialidad de la interpretación de la información recolectada. Se han utilizado grabaciones que pueden ser auditadas; y que las investigadoras conservarán por espacio de 3 años. Pasado éste tiempo será eliminado.

2.9. CRITERIOS ÉTICOS

En la presente investigación se tomó en cuenta los principios de la Ética Personalista. Según Sgreccia E³⁷, son principios que operaron como ayuda y guías de la acción a tomar se consideraron en cada decisión relativa a la relación con la persona cuidada y en la investigación con seres humanos, que a continuación se explican:

El valor fundamental de la vida humana y el respeto a su dignidad: Durante todo el proceso de la recolección de datos se tuvo en cuenta el respeto a la vida, dignidad de los sujetos de investigación y de las familias como grupo social. Se antepuso siempre su bienestar y dignidad frente a cualquier otro tipo de interés de las investigadoras. La investigación se realizó guardando el debido respeto a las creencias y costumbres de las familias.

El principio de la libertad y la responsabilidad: Las madres fueron libres de elegir participar o no en la investigación; por eso se solicitó la firma del consentimiento informado. Se les explicó la posibilidad de retirarse en cualquier momento, sin ningún perjuicio a su persona.

Principio de socialidad y subsidiariedad: Se animó a las madres a colaborar en la investigación haciéndoles conscientes del beneficio de su participación al dar a conocer los cuidados que brindan a los neonatos pues se constituyen (estos cuidados) en pieza clave para la educación a las nuevas generaciones; además de la generación de estrategias, por parte del personal de salud, para reforzar estos cuidados, negociarlos o retirarlos de la práctica cotidiana, y son las madres las únicas que pueden proporcionar esa información.

En la última visita de cada familia, se brindaba educación a la madre, buscando optimizar los cuidados que recibían los niños, cuidando de no agredir sus creencias culturales.

Los resultados serán dados a conocer en el Centro de Salud de Mórrope, para que el personal de salud garantice la negociación de los cuidados que pueden poner en riesgo la salud de los recién nacidos.

CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE TEMAS

3.1 DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO CULTURAL:

El distrito de Mórrope, región Lambayeque está ubicado en la parte Norte y occidental de la provincia de Lambayeque. Dicho distrito está situado al lado derecho de la nueva carretera Panamericana, a 33.5 km. al Norte de la ciudad de Chiclayo y a 32 m.s.n.m. su litoral constituye aproximadamente el 7 % del litoral provincial, pero no tiene ningún puerto ni caleta. Sus límites son: Al Norte, con el distrito de Olmos; al Este, con los de Pacora, Illimo, Túcume y Lambayeque; al Sur y Oeste, con el Océano Pacífico.³²

Durante las visitas a las casas de los informantes, se tuvo pequeños percances, como el haber caminado muchas veces y no haber encontrado a nadie, pues las viviendas quedan lejos unas a otras; el no tener en donde alojarnos, entre las más resaltantes. Cuando se llegó a cada casa siempre hubo una acogida cálida por parte de la familia.

Asimismo se logró observar que tienen sus propias formas culturales de cuidado y curar sus enfermedades, distintas maneras de vivir, comer, demostrar su afecto, las mismas que son propias de su cultura, la que es inherente a ellos; en consecuencia la enfermera/o, al entrar en relación e interacción con este grupo humano se ve obligada/o como profesional de la salud a comprender, aprender, aprehender, interpretar y explicar todas las características de este grupo humano, para así brindarles con esmero un cuidado humano y holístico.

Con respecto a las distancias, tomando como referencia a Mórrope, se encuentra entre 30 a 40 minutos de Chiclayo, con un Distancia en auto (autobús) de 33.5 km. Al llegar, se visualiza un suelo llano, el desierto, así como numerosas dunas y médanos. Sus tierras son muy fértiles, pero carentes de agua.

El distrito de Mórrope fue creado en la época de la Independencia, pues esta ciudad sufrió una inundación el año 1983, pero con más frecuencia los morropanos sufren de sequías y de insuficiencia de aguas para la agricultura. Se cree que el nombre

proviene de la voz aborigen "Morrup", que significa "Iguana", respecto a lo cual existe una leyenda. Entre los agrupamientos étnicos de origen prehispánico (Eten, Monsefú, Mochumí, Pacora, Jayanca, Motupe, Olmos y otros), el de Mórrope es tal vez uno de los más conservados, debido a que su población se encuentra dispersa, aferrada a los arenales y llevando un modo de vida duro y aprendido en siglos, por lo menos un milenio. Las huacas Cucufán, Casa Grande, La Campana, Montegrande, Huaca de Barro, hablan de sus remotos antecesores.³²

Conociendo más de este distrito, tenemos sus actividades principales que son la agricultura, la confección de ceramios y tejidos de algodón; y la extracción artesanal de sal y yeso. Es uno de los pocos distritos donde se cultiva el algodón de colores fifo (lila) y otros, es decir, el algodón nativo peruano o "del país" (*Gossypium barbadense*), que se ha conservado a lo largo de miles de años junto con las técnicas ancestrales de su cultivo y de su hilado y tejido. Estas actividades son motivo de un interesante estudio del arqueólogo norteamericano James Vreeland. Asimismo, la confección de sus vasijas mediante el tableteo es una técnica heredada de épocas prehispánicas. Una de las actividades más dinámicas y rentables es tal vez la extracción de yeso en forma artesanal, pero que sólo da ocupación a un reducido número de trabajadores. El resto de la población se ve obligado a salir temporalmente a trabajar en el trasplante de arroz o en otros cultivos, así como a migrar a los valles de La Libertad, Piura, Jaén, Bagua o el Río Mayo (San Martín).

Actualmente el pueblo de Mórrope ha empezado una etapa con una creciente industria, la comercialización de un hongo comestible de exquisito sabor y muy nutritivo el cual crece a 3 mil 500 metros sobre el nivel del mar cerca a los bosques de Pinos. Marayhuaca en algún momento fue una comunidad olvidada pero gracias a la siembra, cosecha, comercialización y exportación del hongo comestible está surgiendo económicamente a pasos agigantados; esperemos sea una ventana desde la que no sólo se contemple la calidad y cantidad de productos naturales y el potencial turístico, sino que sea un instrumento más para establecer relaciones interculturales que puedan contribuir a la unión de los pueblos.

Durante las visitas, las investigadoras esperaron encontrar a la comunidad con vestimentas típicas tradicionales, pero observaron que no fue así ya que ahora se visten como el resto de personas (pantalón, polos, shorts, vestidos, etc.) con respecto al neonato su vestimenta es (polos, pantalones, chompas de algodón / lana o polar) y los tapan con una colchita de polar/algodón o hilo.

También se observó que la mayoría de las viviendas ubicadas en el centro de la localidad son de material noble y algunas de adobe con barro, cuyas habitaciones son separadas del mismo material, poseen máximo 4 habitaciones por familia, siendo las principales la sala, cocina, y uno o dos dormitorios con características peculiares de la zona. La habitación del neonato es la misma de la madre, comparten la cama y tiene ropones agrupados haciendo como almohadas para colocar a neonato para evitar que se caiga. Todas las viviendas no cuentan con agua potable, algunas tienen agua entubada, las obtienen de alcantarillado y otras los guardan en baldes y/o tinas. Las viviendas de las familias en estudio son en su mayoría terrenos propios. Aquí puede haber un factor de riesgo a infecciones, pues Cocinan a leña y/o carbón, presentan algunos utensilios, los más básicos (platos, cucharas, ollas, etc.), conviven juntos con los animales que crían (gallinas en su mayoría, patos, perros, gatos, etc), pero también crían animales en el intemperie como aves (pollos, patos, pavos y gallinas), vacas, chanchos en su mayoría.

Esto puede traer serios problemas para el neonato, pues ciertas madres realizan todos sus quehaceres con los neonatos alzados en su espalda, el humo de la leña y/o carbón lo inhalan, están en contacto con animales, pues al momento de darle de lactar, las madres se sientan en cualquier piedra o tronco de madera, no se lavan las manos y le brindan el pecho al neonato para amamantarlo. No gastan mucho en la alimentación ya que consumen alimentos obtenidos por la cosecha de sus terrenos.

3.2 TEMAS CULTURALES:

Después de un íntegro procesamiento de datos, se obtuvieron los siguientes temas culturales, que denotan que las madres participantes en la investigación desarrollan cuidados propios de su cultura, centrado en custodiar y garantizar el bienestar del neonato; para eso las madres guiadas por la observación de la respuesta

del niño a sus cuidados, suelen priorizar el cuidado de la higiene, alimentación y mantener la integridad del ombligo; pues el llanto del bebé es el medio que ellas utilizan para identificar si se encuentra a gusto con lo que reciben como cuidados; de allí que cuando no hay respuesta a sus cuidados en la satisfacción de las necesidades básicas, su mundo mágico religioso les lleva a identificar malestares propios del susto, mal de ojo, y pujos, que corresponden a su cosmovisión; para finalmente comprender que la génesis o inicio de estos cuidados culturales residen en la herencia cultural que las madres ya experimentadas de su comunidad, les comunican, y que en todas, son precisamente las abuelas de los neonatos. A continuación, se han sistematizado estos resultados en temas culturales:

A continuación el análisis de los mismos:

A.- Prácticas relacionadas con los cuidados básicos del neonato

A.1.- Prácticas relacionadas con la higiene

A.2.- Prácticas relacionadas con la alimentación

A.3.- Prácticas relacionadas con el cuidado de la piel y el ombligo del neonato

B.- Prácticas culturales dirigidas a aliviar el dolor y el llanto en el neonato

B.1.- Prácticas dirigidas a curar el susto

B.2.- Prácticas dirigidas a curar el mal de ojo

B.3.- Prácticas dirigidas a curar los pujos

C.- Génesis de las prácticas culturales de las madres Morropanas para el cuidado del neonato en el hogar

Estos resultados se constituyen en la construcción del objeto en estudio que requiere ser analizado a la luz de la literatura y al contexto en el que se recolectaron los datos. A continuación se expone el análisis de los resultados.

A: Prácticas culturales relacionadas con los cuidados básicos del neonato

Se describe a continuación cada una de estas prácticas y sus particularidades, relacionadas con los cuidados básicos como la higiene, alimentación y cuidados de la piel y el ombligo del neonato:

A.1.- Prácticas relacionadas con la higiene del neonato

Las madres de Mórrope se encuentran en la zona costera del país, donde predomina un clima caluroso y por lo tanto las madres consideran el baño un cuidado esencial, reforzado por las prácticas de salud modernas, que les inculcan en el Centro de Salud, al que acuden, pues las madres refieren que el baño también se constituye en una práctica preventiva para evitar la aparición de algunos malestares de la piel en el bebé, como por ejemplo el salpullido:

"...Yo lo baño a mi bebito todos los días, más que todo por la calor, y porque tengo miedo que le salga sarpullido. Y a pesar de que a veces amanece con algo de frío, a eso del medio día el sol sale con más fuerza y hace calor y lo baño".

Madre 1

"Lo baño todos los días, para que esté limpio y huela rico. Empiezo por su cabecita, ahí le pongo agua con champú para que salga bastante espuma y le lavo en forma circular con las yemas de los dedos y luego me paso a su cuerpito, ahí le pongo jaboncito como ya está mojado su cuerpito es más fácil de pasarle, de ahí le hecho agua para enjuagarla, la seco y después le limpio su ombliguito".

Madre 3

Se puede apreciar que en la práctica de las madres ya se han incorporado pautas recibidas por el personal de salud, lo que habla del desempeño del personal de enfermería en esta área. Así se cumple lo mencionado por Leininger al asumir la enfermería como un fenómeno transcultural, cuyo fin es conducir a las personas en diversas orientaciones culturales y estilos de vida específicos, con el objetivo de ofrecer un cuidado que sea acorde con la cultura. Sin embargo para ello se requiere reconocer la dimensión cultural de los sujetos, en la cual hay oportunidades y amenazas; las primeras se pueden preservar, así como es posible negociar o reestructurar las últimas. Al parecer las colegas en esta área han logrado este reto.

Por lo tanto, la práctica del baño obedece a un cuidado modificado en la actualidad y adoptado por las madres y que forma parte de su cuidado cultural. Aunque como podemos apreciar en el discurso en algunas oportunidades el baño no se realiza a diario, por ejemplo esta madre refiere bañar a su niño cada dos días a pesar de reconocer que en la zona hace mucho calor.

“Señorita cada 2 días lo baño a mi bebe por el calor, aquí en Mórrope como usted ve es arenal y hace un calor terrible, por eso es que lo baño a mi bebé cada dos días, a eso de las once de la mañana que el sol está bien fuerte, pongo a calentar agua para el baño, luego lo tempero con agua fría, ya tengo listo todo lo que voy a usar para su baño: su jabón, champú y toalla; y ahí le saco su ropita a mi bebe para bañarlo, le hecho un poquito de agua, le pongo champú, jabón y lo enjuago”.

Madre 14

Srta. Cuando lo baño, empiezo con su cabecita, ahí le pongo agua con champú para q salga harta espuma y luego a su cuerpecito le pongo jabón y como ya está mojado su cuerpecito es más fácil de pasarle, le hecho agua para enjuagarlo, lo seco y después le limpio su ombligo.

Madre 1

En Mórrope la escasez de agua y el acceso difícil no ha sido motivo para dejar de bañar al niño, haciendo de esta actividad un momento agradable, tomando en consideración algunos aspectos como la temperatura del agua, el momento, el empleo de los implementos adecuados, etc. Así mismo estos resultados demuestran a diferencia de otros estudios, que las madres no tienen miedo para realizar esta práctica, quizás esto obedezca a la diferencia del clima de los escenarios pues Campos²¹ en su investigación refiere que las madres de Marayhuaca (Ferreñafe), tienen temor para bañar a los bebés por el frío que predomina en la zona, ellas tienen temor que se enfermen y mueran o lo bañan después los nueve días, porque se asume que el bebé está más fuerte o ya pasó el peligro para él.

En Mórrope la mayoría de las madres utilizan elementos de la industria cosmética, como shampoo y jaboncillos para bebé. Asimismo realizan la curación del ombligo o el muñón umbilical posterior al baño. Esto se corrobora con la siguiente nota de campo:

Nota de Campo: 6 de junio 2015 Hora de inicio 9:00 am Hora de término:

11.00

La madre se dirige a su cocina para poner a hervir una tetera con agua para realizarle el baño a su bebé; luego, el agua caliente lo mezcla con agua fría, mientras tanto la bebé vuelve a despertarse y la madre prepara todo lo que va a emplear en el baño del recién nacido (champú, jabón, toalla, tina y el balde con agua tibia) y con una actitud tierna y maternal se acerca a la bebé y comienza a jugar con ella y nosotras en ese mismo tiempo le vamos sacando las prendas de vestir de la bebé y también la cinta roja que está en su brazo, junto con la madre somos partícipes en el baño de la bebé, ella empezó humedeciendo la cabecita, seguidamente (nosotras le ofrecimos) el champú y ella fue lavándole con masajes suaves en toda la cabeza de la bebé, luego enjuagó y prosiguió a humedecer el cuerpo de la bebé, pasando de inmediato

el jabón y culmina enjuagando, se realizó en un promedio de 20 minutos, seguidamente la madre cubre a la bebé con su toalla y la seca, va vistiéndola, colocándole la “chambrita” (pola manga larga, pantalón con pie y chaleco, todo de algodón) y las medias antes de colocarle el pantaloncito, le limpia el ombligo, después procede a colocarle el fajero de tela en toda su cintura a la bebé, de tal manera que le quede apretado “para que el ombligo no se salga” y culmina colocándole el pantalón de la chambrita más el ropón (chaqueta y pantalón de hilo) y lo cubre con una colcha de algodón, prosigue a darle de lactar, pero previo a ello, la madre sale a lavarse los senos y a cambiarse de blusa, porque se encontraba húmeda; la bebé lactando se quedó dormida y la madre no pudo sacarle los gases, entonces lo acuesta en la cama boca abajo; la madre retira todos los materiales empleados durante el baño con nuestra ayuda.

Madre 4

Otras madres conservan el cuidado cultural de incluir el uso de algunas plantas como la manzanilla, para el baño del neonato:

“A mi hija la baño todos los días, todo por el calor. Y a pesar de que a veces amanece con el día sin sol, pero como al mediodía ya se siente calor. Primero pongo una olla a hervir con agua y manzanilla, después lo mezclo en un balde con agua fría, teniendo a la mano el agua de manzanilla, su tina, el champú y jabón, le saco la ropa para bañarla. Después, empiezo por su cabeza, ahí le pongo agua primero y luego champú para que salga harta espuma y le lavo en forma de círculo con las yemas de los dedos, le hecho agua para enjuagarle y luego me paso a su cuerpo, ahí le pongo jabón como ya está mojado es más fácil, porque el jabón resbala, de ahí le hecho agua para enjuagarla, la seco y su ombliguito aún más todavía. Me demoraré unos 20 minutos, no puedo demorarme porque si no empieza a llorar y pega unos gritos, (madre sonríe)”.

Madre 9

“Señorita yo lo baño todos los días a mi bebé a eso del medio día donde hace más calor; dejando un día la baño con agua de manzanilla y el resto de los días solo con agua pura; primero le coloco agua a su cabecita, luego su champú, después le enjuago y luego paso a su cuerpo, donde hago lo mismo, vacío el agua, luego su jabón y lo vuelvo a enjuagar”.

Madre 10

La manzanilla tiene propiedades curativas reconocidas desde siempre y hoy en día se caracteriza por sus cualidades calmantes y relajantes por contener sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central calmando los estados de estrés y ansiedad.⁴⁷ El uso de las plantas medicinales es común en varios lugares. El caso de la manzanilla en el baño del recién nacido es una práctica que coincide en lo encontrado en la investigación realizada en Prieto (Colombia), lugar donde además de la manzanilla, se usa también el toronjil y la hierbabuena en el baño del recién nacido⁴⁸.

Otra prioridad en el cuidado de las madres Morropanas a sus recién nacidos, es la satisfacción de la necesidad de alimentación del neonato, la misma que está

caracterizada por el tipo de alimento que le brindan al bebé, la preparación que hace la madre de su propio cuerpo como la limpieza de los senos y las manos, y finalmente los cuidados que se brinda a la madre, para la generación de más leche materna y evitar daños en el bebé al tomarla. En ese sentido, se han organizado el presente dominio.

A.2.- Prácticas relacionadas con la alimentación del neonato

El primer alimento inmediato para satisfacer al recién nacido es la lactancia materna, realidad que las madres entrevistadas han reafirmado; considerando que esta práctica de cuidado es favorable para el desarrollo del neonato. Respecto a la lactancia es importante resaltar que la lactancia es a libre demanda; esto quiere decir que, el bebé es quien regula la frecuencia de las mamadas de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento y de hidratarse. Así se evidencia en los discursos de las madres y las notas del diario de campo de las investigadoras:

Nota de campo: 13 de junio 2015

Hora de inicio: 11:00 am Hora de término: 1:00 pm

La madre tiene cuidados costumbristas con él bebe; la madre le brinda a su menor hijo lactancia materna, pero antes de hacerlo se lava las manos y los senos; el recién nacido se queda dormido lo deja acostado en su cama, momentos más tarde, la madre se ausenta para ir a dejar el almuerzo a su esposo; al bebé lo deja a cargo de su hija mayor y minutos más tarde, el bebé empieza a llorar, su hermanita lo carga y al no calmarse, deja al recién nacido en su cama y ella va a la cocina a colocarle 2 onzas de chicha dulce al biberón del bebé conforme le dejó dicho su mamá, ella le da el biberón y el bebé empieza a lactar, cuando terminó sus 2 onzas de chicha, nosotras le sacamos los gases al bebé y en ese transcurso el bebé se quedó dormido y lo acostamos nuevamente a su cama.

Lo observado y anotado en el diario de campo, se corrobora con los siguientes discursos:

“Señorita, en realidad no tengo horarios para darle de lactar a mi bebe, le doy cada vez que se levanta, a veces juega un rato conmigo o con mi esposo o alguien que le esté hablando, ya cuando se aburre, comienza a llorar y es ahí donde le doy de lactar.”

Madre 2

“Señorita solo le doy leche de mi seno cada 20 o 30 minutos más o menos.”

Madre 7

“Señorita solo le doy pura leche de mi seno, otra leche no le doy.”

Madre 9

De los discursos de las madres de Mórrope, puede rescatarse la disponibilidad que poseen para alimentar a su recién nacido a libre demanda y esto es importante si se tiene en cuenta que “durante los primeros días, el vaciamiento gástrico se produce más o menos cada 1.5 horas y con esa frecuencia el niño necesita recibir alimento y agua. Hasta que se ajuste el proceso de producción a la demanda del neonato, la madre tendrá que amamantar frecuentemente a su niño, a menudo que el neonato va creciendo, se ajustan los horarios tanto de la demanda como de la producción de leche a una frecuencia de cada tres a cuatro horas en el día y una o dos veces en la noche.”²²

Entre los beneficios de la leche materna se encuentra que al principio de la toma, la leche es rica en proteínas e hidratos de carbono, mientras que al final lo es en grasas. Estos nutrientes, son necesarios para el buen crecimiento y desarrollo del niño. Asimismo están “la disminución de enfermedades infecciosas, hospitalizaciones y reducción de la mortalidad hasta la niñez, además del efecto inmunológico de proteger de la ingestión de patógenos contenidos en la alimentación complementaria”.¹ Por lo tanto el personal de enfermería debe alentar esta buena práctica entre las madres, pues el contexto social a nivel nacional e internacional, no siempre favorece la lactancia materna y se encuentran campañas en contra de la lactancia en lugares públicos, por ejemplo, generándose así una cultura en contra de la lactancia materna exclusiva, que por efectos de la globalización, tarde o temprano también llegará a estos contextos de la región Lambayeque.



Las madres también han descrito sus prácticas de higiene antes de amamantar a sus neonatos y en ese sentido es importante que el personal de salud siga reforzando ese conocimiento del lavado de las manos antes de iniciar la lactancia.

“Cuando le doy de lactar, uno tiene que lavarse bien los senos, todo esto por las infecciones que pueda haber y también las manos hay que lavarse, porque estoy en contacto con mi bebe y eso seria los más importante.”

Madre 2

“Luego cuando ya está cambiado le doy de mamar, pero cuando yo lo baño me hace sudar harto señorita, entonces me voy a lavarme, porque si le doy así no más sin lavarme mi seno él bebe no me quiere recibir, cierra duro su boquita y no lo abre para nada, por eso tengo que lavarme antes de darle de mamar y siempre lo hago, y más porque creo que como estoy sudando mi sudor le puede hacer mal a mi bebito y no quiero que se enferme.”

Madre 1

Las madres están resaltando que la higiene que realizan en su propio cuerpo; más que para beneficio personal, es para favorecer el bienestar del neonato; es decir puede inferirse que las prioridades en la madre han cambiado. Si antes del nacimiento del niño, la prioridad es el bienestar de la madre, ahora todos sus actos, incluido el aseo personal, cobran mayor importancia si se analizan y se dirigen al bienestar del niño. Pues las madres incluso identifican que el niño rechaza la lactancia si ella aún no se ha bañado y el olor producido por el sudor, es rechazado por su hijo.

En palabras de Leininger, respecto a brindar lactancia materna exclusiva como práctica cultural de las madres de Mórrope, que incluye medidas de higiene en la madre, la enfermera debe buscar “La preservación de los cuidados culturales, como aquellas acciones y decisiones que ayudan al cliente, en una cultura específica, a mantener o preservar su salud”¹³ En la presente investigación mantener las buenas prácticas de lactancia materna.

La lactancia materna es de gran beneficio para la madre y el recién nacido; sin embargo, si se emplea una técnica incorrecta de amamantamiento, el niño puede tragar aire y aparecer los famosos “cólicos de gases” que generan dolor en el recién nacido. Las madres que participaron en el estudio, suelen prevenir estos cólicos del recién nacido, utilizando el anís:

“Solo le doy mi seno y casi siempre agua de anís... Bueno le preparo dejando un día o dos, para que no tenga gases y esto normalmente es costumbre aquí y por eso le damos. Compro el anís en pajita y lo muelo, luego ya desmenuzado lo hiervo en agua y lo dejo para utilizarlo hasta en 2 días”.

Madre 5

“También le doy sus agüitas como el anís para sus gases o cólicos, si esta con sus cólicos le doy una onza en su biberón. Señorita solo utilizo el anís para sus gases o cólicos, porque así les daba a sus hermanitos y se mejoraban mis otros hijos”.

Madre 15

“y si le estoy dando anicito o manzanilla después de mamar en su biberón para que le dijera más rápido y no sufra de su barriguita.”

Madre 6

Los cuidados relacionados con la lactancia del neonato, no acaban con dar de lactar; sino que las madres se preocupan por los cólicos de gases que sufren sus hijos, posterior a la lactancia; siendo en la zona muy común utilizar el anís; pero el anís natural no industrializado, por eso las madres explican que lo compran en “pajita” y lo hacen secar para utilizarlos como infusión.

Las semillas de anís⁴⁹ son una de las especias más antiguas, que difundieron egipcios, griegos y romanos. En Europa se introdujo en 1588 por el navegante inglés Cavendish T, ya para el siglo XVII había gran apogeo de las especias orientales. Considerando este uso culinario desde tiempos antiguos para preparar alimentos y como té, siempre se le consideró seguro y no tóxico. Se considera tres plantas que responden al nombre de anís: el anís verde, el anís estrellado y el anís picante (este último muy picante y aromático, usado en la comida china). El anís verde (*Pimpinella anisum* L) es un estimulante aromático y carminativo que posee propiedades diuréticas y diaforéticas, se utiliza para dar sabor en panadería y licorería, además de saborizante de los antitusivos.

Anís estrellado (*Illicium verum* Hook): *illicium* en latín significa seducción-tentación, haciendo referencia al olor del anís que se percibe al cortar o partir los tallos o las hojas. Es un árbol perenne, que vive más de 2 años, de hojas lanceoladas que puede alcanzar los 5 metros de altura. Los frutos están formados por 8 a 12 folículos dispuestos en forma radial, formando una estrella de unos 2 centímetros de ancho, de

color marrón. En cada uno de los folículos se encuentra una semilla. Dentro de sus usos tenemos: *En la alimentación*, dado que sus semillas se utilizan como condimento en panadería, dulcería y repostería, en la elaboración de licores (anís, anisette). *Como medicina*, resulta un potente carminativo, favoreciendo la digestión, mejora el apetito, alivia los cólicos, incluidos los infantiles frecuentes en bebés lactantes, náuseas y flatulencias.¹ El anís estrellado es neurotóxico por lo que no debería administrarse a bebés y está contraindicado que lo tomen las madres lactantes. El agua de anís estimula la producción de leche en las madres lactantes, puesto que pasa a la leche materna, el bebé puede beneficiarse de sus propiedades si la madre lo consume. Puede estimular el inicio de la menstruación cuando se le toma en infusión. Para la infusión hervir una taza de agua, dejar reposar una cucharadita de semilla de anís molidas, por 10 minutos, tomar 1 - 2 tazas al día.

El aceite de anís ayuda a aliviar los cólicos, y espasmos estomacales. La decocción para el cólico, se prepara al hervir 1 cucharadita de semilla en 1/2 litro de leche durante 5 – 10 minutos. Se debe tomar caliente y removiendo continuamente para que no se quede en el fondo de la taza su esencia.

Es muy valioso contra la tos fuerte y seca, con expectoración difícil, así como problemas respiratorios asociados a la gripe. Para ello, recomiendan el consumo de limonada caliente, preparada con una infusión de anís. Clocando en un litro de agua hirviendo 1 cucharadita de anís de pan y 1 cucharadita de tipo, luego cernir y adicionar el jugo de 3 – 5 limones. Preparación que se toma 3 veces al día durante 6 a 8 días.

Los discursos de las madres convergen con los datos de la observación participante y se evidencia en la siguiente nota de campo:

Nota de campo: 18 de abril 2015 Hora Inicio: 8:00 am Hora De Término: 11:00 am

La madre tiene cuidados costumbristas con la bebé, prepara anís todos los días para darle en su biberón, después de haberle dado de amamantar. Se observó que la madre le da agüita de anís para que no tenga gases como mínimo 2 y máximo 4 onzas; esto normalmente es costumbre de la zona. Cuando la madre compra el anís en pajita, lo muele, luego ya desmenuzado lo hierva en agua y lo deja para utilizarlo hasta en 2 veces al días; y si todos los días.

Lo observado fue corroborado en la entrevista de la madre:

“...le doy mi seno y después su agüita de anís. Señorita en realidad no tengo horarios, le doy cada vez que se levanta, a veces juega un rato conmigo o con mi esposo o alguien que le esté hablando; ya cuando se aburre, comienza a llorar y es ahí donde le doy de lactar. Bueno todos los días le preparo anís, para que no tenga gases y esto normalmente es costumbre aquí y por eso le damos. Y nosotros aquí en la casa lo hacemos con anís en paja y lo muelo, luego ya desmenuzado lo hiervo en agua y lo dejo para utilizarlo hasta en 2 días.”

Madre 2

Los recién nacidos son las personas más vulnerables, pero no todas las prácticas son apropiadas para el cuidado del neonato, pues las familias centran su cuidado de acuerdo a su cultura; así las familias oriundas de Mórrope mantienen ciertas peculiaridades en la alimentación del neonato, por ejemplo el empleo de las agüitas (anís, manzanilla), pues consideran que controlan los cólicos en sus bebés, que producen dolor en el bebé. El dolor del recién nacido es un evento de salud complejo, difícil y limitado de estudiar por la ausencia de comunicación verbal del niño hacia sus cuidadores. Sin embargo, el ser humano siente dolor desde periodos tempranos de la vida fetal, por el rápido desarrollo del sistema nervioso¹; luego el dolor está presente en las diferentes etapas de la vida, como consecuencia del proceso fisiológico de adaptación a la vida extrauterina e independiente. Para la madre el dolor del neonato trasciende lo orgánico y fisiológico e implica lo mágico y percepción en razón del vínculo afectivo madre-hijo. El dolor del bebé tiene un significado profundo, que implica amenaza a la salud y la vida, despierta en ella sentimientos que la inducen a tomar decisiones y "actuar" para aliviarlo, como por ejemplo usar anís para aliviar el dolor.

Las investigadoras durante el contacto que tuvieron con las madres, observaron que en los primeros días de nacido les dan agüita de anís tibio 1 o 2 onzas para ayudarles a que eliminen sus gases, ya que si estos no son eliminados, se van acumulando de tal manera que posteriormente les produce “cólico”. En consecuencia, el personal de enfermería, necesita orientar a las madres, en la regulación del uso del anís en el recién nacido; si se tiene en cuenta que el anís tiene efectos tóxicos en los niños si se toman en demasía.

Las fuentes bibliográficas de medicina natural lo describen con "acción carminativa (acción de favorecer la expulsión de gases del sistema digestivo para

aliviar el cólico), antiespasmódico, antiséptica-antimicrobiana, antidiarreica"; como tratamiento del cólico del recién nacido y tranquilizante en lactantes; sin embargo las investigaciones han demostrado que tiene efecto neurotóxico, hepatotóxico, con toxicidad gastrointestinal e inductor de reacciones de hipersensibilidad. Los síntomas neurotóxicos suelen remitir a las 24 a 48 horas post ingesta. Los más frecuentes son: delirio, convulsiones, somnolencia, irritabilidad, nistagmus, (generalmente vertical), mioclonías faciales, hipertonía, vómitos, diarrea, agitación psicomotora, movimientos anormales, desaturación de oxígeno.⁹ En relación a estos efectos no deseados las madres pueden tener dificultades para reconocer que si sus neonatos presentan estos efectos negativos, son por el uso en exceso del anís, pues ellas solo reconocen sus bondades. Al respecto el personal de salud debe incluir en la educación a la madre este tipo de factores que pueden contribuir negativamente en la salud del recién nacido. Pues como bien afirma Leininger, se pretende buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado.

Entre las prácticas culturales de las madres de Mórrope, emerge la inclusión de “otros” alimentos en el neonato y no sólo son agüitas como el anís o la manzanilla; sino que también incluyen “chicha dulce de jora”, como se puede evidenciar en la siguiente nota de campo:

Nota de Campo: 13 de Junio 2015 Hora inicio: 11:00 am Hora de término: 1:00 pm

La madre tiene cuidados costumbristas con el bebé; la madre le brinda a su menor hijo lactancia materna, pero antes de hacerlo se lava las manos y los senos; el recién nacido se queda dormido lo deja acostado en su cama, momentos más tarde, la madre se ausenta para ir a dejar el almuerzo a su esposo; al bebe lo deja a cargo de su hija mayor y minutos más tarde, el bebé empieza a llorar, su hermanita lo carga y al no calmarse, deja al recién nacido en su cama y ella va a la cocina a colocarle 2 onzas de chicha dulce al biberón del bebé conforme le dejó dicho su mamá, ella le da el biberón y el bebé empieza a lactar, cuando terminó sus 2 onzas de chicha, nosotras le sacamos los gases al bebé y en ese transcurso el bebé se quedó dormido y lo acostamos nuevamente a su cama.

Estas observaciones fueron reforzadas y explicadas por la madre de familia, respecto al por qué su recién nacida bebía la chicha dulce de jora en el siguiente discurso:

“Solo le doy mi seno y a veces cuando tengo que irme a la chacra a dejarle la comida a mi esposo, lo dejo con mi hija la mayor y le da chicha dulce... Es que a veces a mi bebe lo dejo durmiendo y cuando se levanta llora entonces yo le digo

a mi hija que le dé su biberón 1 o 2 onzas de chicha hasta que yo llegue y le dé de mamar... Mi madre, así lo hacía con mis hermanos y conmigo también... Srta., solo le doy la chicha para que me salve del ratito cuando no estoy o me demore”.

Madre 1

Llama la atención el uso de la chicha de jora dulce en la alimentación de un recién nacido; sin embargo es importante resaltar que en las costumbres de las madres, sí está presente que el alimento principal del niño es la leche materna y acuden a la chicha de jora, sólo como una ayuda cuando ella está lejos del niño, pues junto a su función de cuidadora principal del niño; ella también debe cuidar del esposo, de allí que debe desplazarse a llevar sus alimentos al lugar del trabajo del padre, que por lo general son agricultores o tienen oficio de obrero.

Sin embargo, el niño no queda desamparado, sino que las madres delegan el cuidado del niño al hermano mayor y ellos son los que brindan la chicha de jora, mientras llega la madre para darle la leche materna.

Es importante resaltar nuevamente la importancia de que el personal de salud, específicamente las enfermeras, puedan negociar con las madres la alternativa de saber almacenar la leche materna del niño, para que cuando la madre deba alejarse del niño, en lugar de la chicha de jora, el niño siga recibiendo la leche materna, pues la riqueza de la leche materna no sólo está en el contacto físico y la riqueza emocional del momento; sino, en la leche misma. Desde la propuesta de Leininger M, la enfermera debe buscar “La acomodación de los cuidados culturales; es decir ayudar a los clientes, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte”.¹³

La preocupación de las madres de Mórrope, en brindar la “mejor” leche materna, viene acompañada de prácticas culturales dirigidas a “mejorar” la producción de la leche materna y en ese sentido, en la dieta de la madre, se incluyen algunos nutrientes como beber agua del plátano sancochado, para tener más y mejor leche:

“Yo tomo bastante el agua del plátano, que pongo a sancochar, es para tener harta leche y no se me seque”.

Madre 12

Esta práctica de tomar “agua de plátano” es muy difundida entre las madres de Mórrope; sin embargo el mecanismo de la producción de la leche materna, está mediado por la succión del neonato; de allí que también se haya encontrado el caso de dos madres que acudieron a las fórmulas de leche maternizada, para cubrir los requerimientos de su neonato, pues según su discurso, ellas no tenía leche suficiente:

“Sí señorita, porque no tengo mucha leche y le he comprado una leche en polvo que me cuesta muy caro y quiero tener leche para no comprarle, a pesar que siempre le doy mi seno, no me sale mucha leche y mi hijita llora, es la primera vez que me pasa, porque a mis demás hijos solo con mi leche los he mantenido... Yo le doy a mi hija mi seno y leche en polvo en su biberón”.

Madre 5

Cuando la madre verbaliza que es la primera vez que le “pasa” el no tener leche, denota también, junto a su lenguaje no verbal, frustración, por no poder alimentar a su neonato como lo hizo con sus primeros hijos. Sumado al gasto adicional que supone comprar la lecha maternizada. Por lo tanto el personal de enfermería, tiene la tarea de incluir en sus cuidados, educar a la madre, sobre la generación de la leche materna y las cantidades reales que su neonato requiere, así como los factores que pueden estar interfiriendo en la producción de la leche. Esto ayudaría a que quienes produzcan “poca leche” a pesar de sus cuidados culturales por generarla, no desarrolle en ellas sentimientos negativos que interfieran en su relación con el neonato y su entorno familia.

Las madres se comunican con sus recién nacidos a través del contacto de su piel, de allí que visualicen la piel del recién nacido y en los cuidados culturales se destaque el cómo cuidan de la piel de sus hijos, considerando algunos factores ambientales, como la intensidad del calor en la zona. En ese sentido, el distrito de Mórrope se encuentra ubicado en la faja costanera del departamento de Lambayeque, por lo tanto su clima es del tipo desértico subtropical, templado durante las estaciones de primavera, otoño e invierno y caluroso en época de verano, el mes de febrero es el más caluroso del año con un promedio de 26.1 °C.² En ese sentido las investigadoras han realizado la recolección de datos durante los meses de verano, de allí que se comprenda que las madres enfatizan el cuidado de la vestimenta acorde a las altas temperaturas

del verano y destaquen los insumos que utilizan para contrarrestar daños a la piel del neonato, específicamente el sarpullido. Se presentan a continuación estas prácticas:

A.3.-Prácticas dirigidas al cuidado de la piel

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano encontrándose directamente en contacto con el entorno, por lo que está expuesto a sufrir afecciones¹, en ese sentido las madres del estudio, también mantienen algunas costumbres propias para cuidado la piel de sus neonatos, utilizando algunos insumos naturales como la manzanilla, maicena, chuño, realidad que se evidencia en las siguientes unidades de significado:

“Pero si le ha salido ‘sarpullido’ porque mucho suda mi hijita, le había salido en su cuello, su espalda, su pecho hasta en su cabeza le había salido y le echado maicena y eso le ha quitado todo y ahora ya no tiene nada”.

Madre 5

“Srta. yo todos los días lo baño a mi bebito porque hace calor y si no lo baño se pone aburrido y se la pasa llorando, siempre lo baño con agua tibia y a veces cuando tengo a la mano le pongo manzanilla al agua que está hirviendo y lo mezclo con el agua fría, ya cuando tengo el agua lista, le quito la ropa al bebé y en su mismo cuarto lo baño, le hecho el agua y el champú a su cabecita, luego le pongo agua y el jabón a su cuerpo, lo enjuago, lo envuelvo con su toalla y lo seco. Me demoraré unos 15 minutos, lo trato de hacer rápido porque para él hace frío”.

Madre 1

“Yo en realidad, baño a mi bebe todos los días, más que todo por la calor, y porque tengo miedo que le salga sarpullido. ¿Y, como lo hace? Bueno, primero hiervo manzanilla en agua y después lo entrevero con agua fría y lo pongo en su tina, para bañarla. Después le hecho su champú a su cabecita y jabón a su cuerpo. ¿Qué tiempo dura el baño? Uhm, será unos 20 minutos, no demora mucho el baño. La manzanilla la protege del sarpullido y a que su piel que es sensible está bien cuidada. Aparte que ellos cuando recién nacen tienen grasita, pues con el baño de manzanilla se le va saliendo. ¿No es lo mismo, si utiliza agua normal? No, aquí la costumbre es así, y mi mama ya nos crio así y nos hizo bien, por lo tanto yo también lo hare; mientras no haga daño, es bueno”.

Madre 5

Desde un punto de vista científico, la manzanilla⁴⁷ es conocida con el nombre de *Chamaemelum nobile*, originaria del norte de Asia y de Europa occidental. Hoy es muy fácil encontrarla en prados y lugares con hierbas, además de suelos arenosos y prados secos, como el que caracteriza a Mórrope. La manzanilla ha sido utilizada tradicionalmente en la elaboración de remedios caseros, para la piel por su acción

calmante, además de ser un excelente antiinflamatorio natural. Por ello, la manzanilla estimula la curación de heridas leves e inflamaciones de la piel, de forma totalmente natural. Es, por tanto, interesante en el tratamiento natural de distintos trastornos de la piel, como por ejemplo es el caso del eczema, especialmente en pieles inflamadas, además presenta cualidades antisépticas y ayuda a aliviar el dolor por la presencia de anodino. En ese mismo sentido se afirma que la manzanilla “Ayuda a limpiar la piel en profundidad, además es antibacteriana, así que elimina posibles bacterias que estén en tu piel”⁵³.

Por lo tanto, el personal de enfermería, debe reforzar y mantener esta práctica de cuidado cultural que contribuye al bienestar del neonato, pues como bien dicen las madres, el calor al que están expuestos sus recién nacidos, es propicio para crear molestias en la piel del bebé.

Otro de los insumos que utilizan las madres para tratar afecciones de la piel, es el talco conocido “Cruz Blanca” Sin embargo debe negociarse este cuidado cultural con la madre, pues hay reportes de que a pesar de la frecuencia de su uso “utiliza en los bebés para evitar escaldaduras y para mantenerlos frescos y secos. Sin embargo esta práctica no es recomendable pues es muy peligroso pues los bebés pueden inhalar el polvo de talco lo que puede irritar de manera crónica o aguda, sus pulmones”.

(...) La vez pasada le quiso salir sarpullido pero me fui a la farmacia y compré cruz blanca y rápidamente se le secó. ¿Y cómo le aplica la cruz blanca? Primero la baño, la seco bien y antes de ponerle su ropita le pongo la cruz blanca como si fuera talco, sobretodo en su frente, cuello y sus axilas. Espero que siga así y no se me enferme, que Diosito me lo cuide.

Madre 3

También resulta importante, el uso de ropa adecuada como medida de prevención que utilizan las madres, para evitar que los niños presenten alteraciones en su piel, de allí que se destaque el que las madres, elijan como prendas de vestir, ropa de algodón, acorde a la estación del año en el que se encuentren.

“Señorita yo a mi bebe solo le coloco ropa de algodón y de hilo, no le pongo polar porque una vez le puse y vi como todo su cuerpo se le puso rojo y mi bebé empezó a llorar, entonces le saque esa ropa, la bañe con agua de manzanilla y le puso primero algo ligero de algodón y luego su ropa de hilo”.

Madre 2

Los indicadores que poseen las madres para identificar la necesidad de cuidado de la piel del neonato, acorde a la temperatura del ambiente se debe a la reacción del niño frente al sobre abrigo; de allí que las madres pongan especial interés en mantener al niño con una vestimenta fresca y de algodón, que permita mantener la temperatura de la piel sin excesos; es decir sin frío y sin calor, así lo destacan en sus discursos:

“En realidad, solo uso la ropa de algodón, que es suelta por la calor que hace, porque si le pongo mucha ropa comienza a sudar y le sale el sarpullido”.

Madre 1

“Más usa la ropa de algodón, a pesar de que esta cambiante el clima, pero se siente calor todavía, no la trato de abrigar mucho porque si le pongo mucha ropa comienza a sudar y se pone aburrida y empieza a llorar”.

Madre 3

“Señorita mi bebe utiliza ropa de algodón cuando hace calor, porque si lo abrigo mucho se pone bien aburrido y no deja de llorar”.

Madre 7

Algo característico del cuidado de las madres de Mórrope para con los neonatos es el cuidado para con su vestimenta, la mayoría evita abrigarlo en demasía por el calor de la zona; y ellas se guían por la respuesta del niño cuando lo visten con ropa gruesa como la lana o el polar; pues han observado que el niño se intranquiliza y llora; pero también han observado que la misma piel del neonato reacciona con salpullido.

Pero los cuidados de las madres respecto a la selección de la ropa, obedece a las características climáticas de la zona, también han verbalizado que cuando haga más frío abrigarán a sus niños y esto se entiende porque en Mórrope, el mes más frío del año es en agosto, con una temperatura promedio de 19.7 °C y se caracteriza por tener vientos que proceden del mar a la costa entre 9 a.m. y 8 p.m. formando oleaje, dunas y médanos. Y de la costa al mar desde las 8 p.m. hasta las primeras horas de la mañana; por lo tanto las madres, conscientes de estas condiciones ambientales, también previenen las enfermedades de sus hijos proporcionándoles mayor abrigo:

“Y cuando hace frio, le pongo ropa que sea de polar o de lana, porque eso es más grueso y va a estar caliente”.

Madre 11

“Bueno ya se acerca el frío, creo que le compraría mantitas de polar, pero eso sería más adelante”.

Madre 12

“Señorita mi bebe utiliza ropa de polar, algodón y lana, su ropa de polar y lana cuando hace bastante frío”

Madre 7

La madre procura proporcionar bienestar a su bebé y por lo general empleará su instinto y experiencia, frente a ellos el cuidado de un profesional que oriente estos cuidados se hace necesario para salvaguardar el bienestar del neonato en este caso, sólo un profesional podrá orientarle y dar seguridad a sus cuidados.

Frente a estos hallazgos resulta importante que se sigan realizando investigaciones con abordaje etnográfico, como una propuesta destinada a encontrar elementos y enfoques útiles dirigidos hacia la comprensión de sus percepciones, y elaborar programas que permitan cambiar sus cuidados culturales, para optimizar la salud de los neonatos, así lo demuestran las investigaciones que versan sobre formas para cambiar los hábitos en las madres en los que se ha evidenciado la importancia de evaluar y realizar seguimiento para minimizar el riesgo de complicaciones a través del cuidado domiciliario pues los problemas del recién nacido no son percibidos como graves cuando se limitan a la piel o al ombligo, lo cual es contrario a la evidencia que demuestra la importancia de controlar gérmenes como el *Staphylococcus Aureus* o *epidermidis*, causantes de patologías graves en este grupo de pacientes, que incluso requieren de cuidados intensivos”.⁵⁰ Conozcamos a continuación como se cuida del ombligo u ombligo:

A.4.- Prácticas para el cuidado del cordón umbilical del neonato

Los cuidados del muñón umbilical son un conjunto de actividades encaminadas a mantener la asepsia umbilical. Siendo el cuidado más importante tenerlo adecuadamente limpio y seco hasta que se desprenda y cicatrice.

El muñón umbilical tiene alto riesgo de infección en el recién nacido; por lo tanto es importante tener en cuenta la profilaxis umbilical que consiste en la colocación de

una sustancia antiséptica en el cordón y en el ombligo para prevenir la infección. Esta información la han adquirido las madres, por parte del personal de salud, de allí que en las unidades de significado dan cuenta de las prácticas culturales en torno a la curación diaria de ombligo, la misma que realizan con gasa y alcohol.¹⁵

“Si señorita, lo hago con alcohol y gasa todos los días después del baño, lo hago para que luego eso no se infecte y a mi bebe no le de fiebre ni se me enferme”.

Madre 7

“Yo le limpiaba todos los días, mayormente después que lo baño y lo hago hasta que se le caiga. Pero como ya se le cayó, ahora solo le seco nada más para que no huela feo, porque si no se abomba”.

Madre 1

“Durante la primera semana o hasta que tenga los 10 días Srta. limpio el ombligo, pero a mi bebuto se le ha caído el muñón umbilical - a los 8 días no más; eso me enseñaron en el centro de salud, después que di a luz, la enfermera me dijo que tenía que curarle el ombliguito todos los días con alcohol y gasa, que debo de hacerlo primero abajo y luego arriba y que la gasa que la use para hacerlo la parte de abajo que no lo vuelvo usar para la de arriba o sino que lo volteara y lo haga por donde está limpia la gasa y que si no lo hacía le podía dar infección y que mi bebe se enfermaría por eso solo alcohol puro y gasa, algodón no porque esa pelusa que tiene se le puede pegar y eso hace que le ombligo se infecte y huela feo y le da fiebre y nada más”.

Madre 11

Los discursos de las madres evidencian la preocupación por prevenir en sus recién nacidos, problemas infecciosos relacionados al muñón umbilical; en ese sentido a pesar de que algunas de ellas verbalizan que la limpieza del muñón deben realizarla con gasa y alcohol; también se han encontrado como evidencia que algunas sustituyen el alcohol puro, por alcohol yodado y la gasa por algodón. A la pregunta de por qué alcohol yodado, una madre ha respondido que así se lo enseñó el personal de salud (obstetriz). El resultado de utilizar alcohol yodado trae como consecuencia, que el color amarillo que deja en la piel, pueda enmascarar un cuadro de proceso infeccioso; y existen estudios que demuestran que el yodo puede ser absorbidos por la piel del recién nacido y producir problemas de tiroides.¹⁵

Por lo tanto, es necesario también reconocer que dentro de los cuidados sociales reconocidos por el personal de salud como válidos y científicamente probados; también hay discordancia y desencuentros, y frente a ésta realidad, el personal de enfermería, encargado de orientar a las madres, debe actualizar sus conocimientos y garantizar la salud de los neonatos. A continuación se presentan los discursos de las madres.

“Durante los primeros días, tengo que seguir curándolo, el ombligo hasta que se caiga; en mi caso mi bebe seguía sangrando y el médico me dijo que debía seguir curándole que eso era normal hasta que seque. En casa, me atendió una obstetrix y pues ella me enseñó a curarle el ombligo a mi bebe me dijo los pasos y los materiales que debería tener. Me dejó alcohol yodado y gasas la obstetrix venía todos los primeros días (7 primeros días) y me enseñaba como hacerlo y si pasaba algo al día siguiente se lo contaba y ella me ayudaba y así fui aprendiendo y ya hasta ahora que no tengo problemas”.

Madre 2

“Cuando le realizo la curación de su ombligo, utilizo alcohol yodado y gasas. Cojo la gasa con alcohol y alrededor de su ombligo le voy limpiando todos los días”.

Madre 4

Se evidencia el uso de alcohol yodado para la curación del muñón umbilical, aunque no suele ser lo recomendado por el personal de salud, lo ideal es emplear alcohol al 70% y gasa.⁵⁰ Sin embargo se debe reconocer durante la visita a las madres y a los neonatos, no se han reportado daños en los niños:

“Señorita yo a mis hijos me gustan tenerlos siempre limpios desde que nacen por eso a mí bebe lo baño y le curo su ombligo todos los días con alcohol yodado y gasa y eso lo hago en cualquier hora del día hasta que solito se caiga, Sí señorita, siempre lo hago después del baño con alcohol y gasa, porque así me dijeron el en centro de salud y lo hago todos los días hasta que se le caiga solito”.

Madre 4

El cordón umbilical es una prolongación de piel que une el útero materno y lo que será el ombligo del bebé. A través de este conducto, el bebé tomará los nutrientes y el oxígeno de la madre para poder formarse y crecer. 3 minutos, aproximadamente, tras finalizar el alumbramiento, se colocará un clamp a unos 4 cm del abdomen del bebé y se cortará definitivamente la unión de madre - hijo de forma indolora para evitar sangrado. Quedará entonces una especie de muñón en el extremo distal del cordón del

bebé, de color gris-amarillento y que irá adquiriendo color negruzco con el tiempo a medida que vaya secando.⁵¹

Aunque existe la creencia de que no se puede bañar al bebé hasta que se le haya desprendido el cordón, esto no es cierto, no hay problema con mojar el cordón siempre que luego se seque minuciosamente la zona del ombligo. La curación de cordón umbilical, debe realizarse humedeciendo una gasa con alcohol al 70%, desde la parte basal a la distal; se limpiará el cordón retirando las secreciones en caso de existir. No se debe tener miedo a retirar la piel que circunda a la futura cicatriz umbilical para limpiar exhaustivamente la zona ya que de eso depende la velocidad con que se momifique (proceso de secado) y caiga el cordón. La caída ocurre entre los 3 a 5 días del nacimiento en la mayoría de los casos, dependiendo del cuidado que se tenga. Este procedimiento se realiza una vez por día, pero si en caso de contaminarse con orina u otra materia se debe realizar la curación nuevamente.⁵¹

La curación del muñón resulta importante para prevenir la infección umbilical y complicaciones posteriores por curas incorrectas, favorecer la caída del cordón y facilitar la cicatrización.

Otra práctica que sí debe negociarse con las madres es la sustitución del algodón, por la gasa, ya que las madres afirman que utilizan algodón por ser más económico que la gasa. Sin embargo algunas de ellas también afirmaron reconocer que el algodón puede desprender pelusas que al quedar impregnadas en el muñón umbilical se convierten en fuente de infección.

“Si todos los días con alcohol y gasa y cuando no tengo para la gasa, lo hago con el algodón; primero mojo la gasa con alcohol, luego limpio primero la parte de abajo (base del ombligo), luego la parte de arriba y por donde limpie ya no vuelvo a pasar con la misma gasa, sino por el otro lado de la gasa que esté limpia y húmeda; siempre lo hago después del baño”.

Madre 14

“La curación de su ombligo lo realizaba cada vez que la bañaba y cuando no lo bañaba también lo hacía, lo limpiaba con algodón y alcohol, aunque la señorita en la posta me dijo que lo tenía que hacer con gasa y alcohol, sino que para comprar la gasa no me alcanza porque está más caro que el algodón y a mí me resulta más el algodón por eso es que lo hago así”.

Madre 15

En este sentido habría que reorientar este cuidado y dar otra opción de cuidado a la madre, por ejemplo podrían utilizar una prenda del bebé que luego pueden hervir para mantenerla estéril sino limpia. Y así evitar complicaciones por el uso del algodón. Pero hay otro problema en el que la madre tiene prácticas culturales al momento de solucionarlo, es el problema del alivio del dolor y alivio del llanto en el neonato, que a continuación se describe.

B.- Prácticas Culturales dirigidas a aliviar el dolor y el llanto en el neonato

La llegada de un nuevo integrante del hogar, exige en las familias el contar con los recursos necesarios, para satisfacer las necesidades básicas del neonato. Sin embargo; en cada grupo cultural éstos van a variar, acorde a la cosmovisión de la familia; es decir de acuerdo a su visión de mundo y de persona, orientarán los cuidados que le brindarán, sumado a ello la visión mágico religiosa que circunda en su medio y que es propio de la cultura, de allí que en este tema hallamos agrupado las prácticas dirigidas a tratar lo que es denominado como síndromes culturales es decir el susto, mal de ojo y los pujos que son 3 de las creencias que predominan en la población Morropana y que llevan al neonato a experimentar Dolor y en consecuencia manifiestan su disconfort a través del llanto.

El llanto es la manifestación por excelencia que hace presagiar a las madres la ocurrencia de algún síndrome cultural.

El concepto de síndrome cultural está pensado desde el paradigma de la biomedicina y las psicoterapias, que hace hincapié en la identificación del mal a través de la asociación recurrente y sistemática de síntomas y signos. Dicho concepto muestra también los prejuicios que impiden ver a los profesionales, la irreductibilidad de las nociones de otras sociedades a la comparación y a los conceptos de la taxonomía psicoterapéutica.³⁸

Estos datos sin duda constituyen un aporte valioso para el personal de salud, quien debe familiarizarse con ellos y advertir qué aspectos son inocuos para la salud de la familia y cuáles, sí pueden afectar su vida. De allí que Lenninger¹⁴ hable de rediseño o reestructuración de los cuidados culturales, adecuación o negociación de los cuidados culturales y conservación o mantenimiento de los cuidados culturales. A

continuación se describe cómo ocurren estos síndromes, cómo operan en el individuo y qué prácticas son empleadas para curarlos o aliviarlos.

B.1.- Prácticas para curar el Susto en el neonato.

El Susto es una enfermedad popular prevalente en América Central y Sudamérica; se conoce también como espanto, pasmo y pérdida del alma. Esta enfermedad es atribuida a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedad. Los individuos que sufren sustos experimentan también dificultades significativas en el contexto social. Los síntomas pueden aparecer tras semanas o años de experimentar el miedo súbito. Se cree que, en casos extremos, el susto puede provocar la muerte. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apetito, sueño inadecuado o excesivo, sueño intranquilo o pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa. Los síntomas somáticos que acompañan el susto incluyen mialgias, cefaleas, gastralgias y diarrea. Los rituales de salud se orientan en el sentido de recuperar el alma para que vuelva al cuerpo y limpiar a la persona para que restaure el equilibrio corporal y espiritual.²⁰

En la presente investigación, el neonato manifiesta este síndrome por un llanto incesante, pérdida del apetito, e insomnio, no se ha mencionado otros signos o síntomas. Tal como se evidencia en el siguiente discurso:

“Otras veces han llorado pero porque se han asustado, lloran y lloran sin parar, no quieren mamar, no duermen bien, solo por ratos...pareciera que algo les doliera...pero no... y ahí si con que no los habrán limpiado, primero los limpiaban con vela para ver con que se han asustado, porque en la vela sale”.

Madre 1

Las investigadoras reflexionamos sobre la necesidad de destacar que existe una gran diferencia en intervenir con una práctica cultural para calmar o curar el susto cuando este se manifiesta con signos o síntomas leves como el llanto, insomnio o no querer mamar, pero si se suman signos como fiebre, diarrea o vómitos pues podríamos estar hablando de una entidad diferente al susto, que puede poner en riesgo la vida del

neonato. En ese sentido cabe educar y advertir a la madre, permitiendo la práctica inocua de curación del susto, pero haciendo saber que por ejemplo la fiebre, vómito, diarrea son signos de alarma y pueden poner en riesgo el bienestar del bebé.

Se ha encontrado semejanzas en el tratamiento para el susto, que coincide con lo que en varios pueblos se realiza, según lo reportado por otras investigaciones a nivel local e internacional, tales como la realizada por Ramirez L.⁴¹ y Torrado O.¹⁷, que se muestran en el siguiente discurso:

Después de que lo santiguan al bebé, prenden la vela dentro de una tinita chica de agua y conforme se va deshaciendo se va formando la figura que lo asustó, luego se les puede limpiar con huevo. Y en últimos casos sino, les hacía nada se limpiaba con el alumbre.

Madre 1

Como se puede apreciar en los discursos las prácticas son inocuas, pues no consisten en la exposición del bebé a bebidas, o ritos en los que se ponga en riesgo su integridad, se trata de emplear elementos que son capaces de retirar la energía negativa que percibió la persona: Santiguar, pasar un huevo o una vela, usar alumbre, y para prevenir emplear una cinta roja con huairuro para evitar este síndrome son algunas de las prácticas que se realizan en esta parte del territorio para curar este síndrome.

Así podemos evidenciarlo en el siguiente discurso:

El susto se puede originar por varias causas, pero cuando el bebé se cae o alguien lo asusta, para curarlo lo tiene que hacer una persona que sepa, es decir un “rezador”, ellos utilizan el alumbre o la vela. Inician pasando sobre su cuerpo la vela, al mismo tiempo van realizando oraciones o rezando; luego encienden la vela dentro de una tina de agua, al terminar de derretirse se forma la figura que lo asustó; aunque no lo crea sale Srta.

Madre 2

Al respecto, Pérez⁴¹ describe estas prácticas de la siguiente manera:

Santiguar consiste en el rezo de una o varias oraciones a la virgen, santos invocando su poder para curar al afectado, pasar un huevo se hace al igual que la vela con el niño despierto y la dirección es céfalo-caudal, esto también va acompañado de rezos y haciendo cruces en puntos clave del bebé, como la cabeza, espalda, pecho, el lado del corazón, su barriguita, luego su vientre, brazos y piernas las palmas de manos y plantas de los pies.⁴³

Luego el huevo se rompe y se vacía en un vaso con agua, se podrá observar partes cocidas del huevo en los que ha recogido la energía negativa. Luego esta fusión es arrojada al inodoro o servicios higiénicos para concluir con el rito. La vela se derrite en agua caliente en un lavador, luego de ello se observa la figura o figuras formadas, pues este rito actúa también como un medio diagnóstico que nos da a conocer el origen o motivo de susto.

El alumbre pertenece a la familia de los minerales, se utiliza como astringente y desodorante en belleza. Para quitar el susto con este mineral se debes pasar suavemente el alumbre por todo el cuerpo del bebé y siempre empezar de la cabeza hasta los pies, luego se debe colocar el alumbre en una olla que no se utilice para cocinarlo y ponerlo al fuego lento. Al consumirse el alumbre se podrá ver qué cosa fue lo que lo asustó al bebé, es decir actúa al igual que la vela como una ritual de diagnóstico y curación a la vez. Así se pudo observar directamente por las investigadoras en el diario de campo del día.

En conclusión, estas prácticas no tiene un sustento científico para quienes los practican (madres, abuelas, etc.) sino que las realizan con fe y la convicción de que tendrán un efecto positivo. Además se conoce a través de la experiencia que han logrado sanar/curar a los bebés.

Esto se corrobora con la siguiente nota de campo:

Nota de Campo: 13 de junio 2015 Hora de inicio: 11:00 am Hora de término: 1:00 pm

La madre tiene cuidados costumbristas con el bebé; se observa que cuando su bebe llora mucho o esta insaciablemente irritante, ella opta por pasarle un huevo o la llama a su mamá para que lo santigüe; este acto consiste en pasarle el huevo por todo el cuerpo conjuntamente le va rezando todos los rezos que se sepa (padrenuestro, avemaría, etc.); luego de haber terminado, debe romper el huevo en un vaso con agua y es allí la interpretación de cada persona. (Ahí sale si está asustado o tuviera otras cosas). Después de ello, la madre opta por colocarle un huairuro amarrado en su muñeca, pues refiere que con este secreto evitara que lo ojeen a su bebe.

“...Otras veces han llorado pero porque se han asustado y ahí si con que no los habrán limpiado, primero los limpiaban con vela para ver con que se han asustado, porque en la vela sale, le explico Srta. es que después de que lo santigüen, a la vela la prenden dentro de una tinita chica de agua y conforme se va deshaciendo se va formando la figura que lo asustado, luego los limpiaban con huevo y si les pasaba bueno y si no, les hacían la limpia con el

alumbre y esa si era la final, pero para estar en esas yo les ponía a mis hijos una cintita roja con un huairuro y con eso ya bastaba para que no me los ojeen, mire Ud. Srta. a mi bebito (mostrando el bracito izquierdo del bebé y en él puesto la cinta de color roja con el huairuro).”

Madre 3

B.2.- Prácticas que realiza la madre para curar el Mal de ojo en el neonato

El Mal de ojo es un concepto ampliamente extendido en las culturas mediterráneas y también en el mundo. El mal de ojo es una frase española traducida al inglés como “evil eye”. Se trata de una enfermedad originada por la "mirada fuerte" de algunos individuos. También se mencionan, como posibles causas, la envidia y la influencia de aquellas personas que pasan por determinados estados de ánimo. Es reconocida por la presencia de vómitos, diarrea, llanto e intranquilidad, entre muchos otros síntomas. Afecta principalmente a los niños y ocasionalmente a los adultos, se cree que las plantas y los animales también pueden ser afectados por el mal de ojo. Es una de las creencias más antiguas y difundidas en el mundo, de mayor consideración y conocimiento en el ámbito del saber médico popular. En México, ésta enfermedad ocupa el primer lugar de las causas de demanda de atención de la medicina tradicional.⁴²

Desde el punto de vista de los actores no es un trastorno mental sino una dolencia que se manifiesta en el nivel orgánico y que se origina en la interacción social, por lo que se le suele incluir entre los desequilibrios. Sólo Puparelli ha señalado la posibilidad de que la ojeadura devenga en locura de acuerdo a datos recabados en la zona del litoral (provincia de Entre Ríos). En cuanto a la etiología existen dos posibilidades: por un lado, provocan la enfermedad los celos, los malos deseos o los pensamientos intencionalmente dirigidos de las personas que miran, piensan o tocan al niño o adulto y, por otro, los pensamientos, recuerdos y el deseo de estar con un niño o una persona determinada causan el ojeo involuntariamente.

Esta representación involucra entre los ojeadores posibles a los parientes más cercanos, de cuyo afecto no se duda. La idea es que el pensamiento, deseo o mirada fluyen como una emanación desde el ojeador y se introducen en el cuerpo del niño o

la persona enfermándolo. Es la fuerza o energía de las personas la que causa la dolencia, más concretamente, son los individuos con mayor caudal energético los que dañan a las personas de menor energía. Dado que el crecimiento energético es paralelo al desarrollo físico, espiritual y anímico, los niños son siempre más débiles que los adultos, y por ende, propensos a ser víctimas del ojeo y de los daños.⁴³

En investigaciones reportadas a nivel local este síndrome también es reportado, los signos y síntomas son similares al igual que el tratamiento que se reporta a nivel internacional.⁴⁴ De acuerdo a lo manifestado por las madres el mal de ojo se manifiesta a través del llanto continuo del niño sin motivo aparente, el niño se torna irritable no recibe la leche de la madre, otros autores refieren que además puede ir acompañado de insomnio transitorio, fiebre, diarrea y vómito.

Esta enfermedad normalmente no es curada por un curandero, chamán o curioso, sino por los rezadores y la medicina casera ya que es producida por una fuerza humana relacionada con la sombra o el alma de la persona.²⁰

Lo descrito se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“Bueno, me dicen que cuando el bebe llora mucho y yo le he sacado a mi bebe a la calle, puede ser mal de ojo. Para ello se le reza, con huevo o periódico, que eso es lo normal que aquí se suele hacer”

Madre 2

“Mi hijo si ha sufrido del ojo, cada vez que los sacaba a la calle o alguien llegaba y lo veía, era ojeada segura, la visita se iba y empezaba el llanto, a esa hora le decía a mi suegra para que lo santigué con huevo, ya cuando le pasaban el huevo ya se iba calmando de a poquitos.”

Madre 3

“No, hasta ahora no ha llorado mucho, pero si lloraba de repente fuese por mal ojo o susto o cólicos. Y si fuese mal de ojo o susto le pasamos huevo”

Madre 8

Pasar el huevo y periódico son de las creencias más arraigadas en muchas sociedades latinas, estos objetos son empleados por su capacidad para captar o capturar la energía negativa y devolverle al individuo su bienestar.⁴³

Pasar el huevo no cura, sino que tiene mucho que ver con la energía. Mucha gente pasa el huevo a sus hijos y después lo abre dentro de un vaso con agua. El resultado casi siempre es que la clara y la yema salen ligeramente cocidas; esto significa que al niño lo han ojeado.

En la siguiente nota de campo podemos apreciar cómo se realizan algunos de los rituales para este síndrome cultural

Nota de Campo: 6 de junio 2015 Hora de inicio 9:00 am Hora de término: 11.00

Además otra creencia a la que hace referencia es al mal de ojo y al susto, la bebé está irritada y llorosa por lo que la Madre 12 llama a su suegra para que le pase el huevo, empieza pasando el huevo (frotando) por todo su cuerpo de cabeza a pies y luego la santiguaba (en forma de cruz) rezándole 3 Padre Nuestro con 3 Ave María y al finalizar al huevo lo colocan en la boca de la bebe para que llegue su aliento al huevo, luego ya teniendo listo un vaso con agua, rompen el cascaron del huevo y vierten el contenido al vaso, la suegra al realizarlo le refiere que si ha sido susto y una burbuja en el centro del vaso permite el diagnóstico: el ojo, alguien miró mal al bebé, realizaron el mismo ritual por tres días, los días fueron martes y viernes pues es más efectivo en estos días, de lo contrario, al no hacer estos rituales a tiempo , refiere que su bebe podría morir.

Madre 10

Otra práctica en la sociedad peruana es el alivio de los pujos en el neonato, lo que a continuación se describe.

B.3.- Prácticas que realizan las madres para curar los Pujos en el neonato.

Muchos padres, sobre todo los primerizos, se preocupan cuando ven a su recién nacido haciendo ruidos extraños, sobre todo después de alimentarlos. Estos sonidos corresponden a lo que comúnmente se conoce como pujo, una manifestación normal en los bebés más pequeños y que se puede presentar por diversas causas.⁴⁵ Para la medicina contemporánea el pujo es una contracción involuntaria presente en los recién nacidos que se produce entre la segunda y la tercera semana de vida. Este no obedece a ninguna situación de emergencia, sino al proceso de adaptación del sistema digestivo del recién nacido. El pujo en los bebés puede manifestarse con: Llanto frecuente, quejidos, cólicos, incomodidad del bebé.

Entre las causas tenemos: Estreñimiento: al tener problemas para evacuar, el bebé puede hacer ruidos de pujo; Reflujo: Cuando el alimento se devuelve de su estómago, el bebé puede presentar pujo y llanto. Si el bebé presenta reflujo por varios días, es mejor consultar al médico para evitar complicaciones gástricas futuras, Cólicos o acumulación de gases.

Para la medicina social el pujo es el estado físico incómodo y angustiante que presentan los niños, sobre todo en los primeros meses de su primer año de vida. Desde esta perspectiva los bebés adquieren el Pujo o inclusive puede causarle la muerte al bebé a través de los siguientes mecanismos: Una de ellas es cuando una persona tomó licor durante varios días, anda su sangre caliente, y mira al bebé; otra es cuando una joven virgen anda con su menstruación y mira al bebé y lo carga; cuando una persona tuvo una jornada extensa de trabajo bajo altas temperaturas de calor, no puede ver ni tocar al bebé o cuando una mujer por primera vez se embaraza, no puede ver ni cargar al bebé. En el estudio se reporta también otra causa: cuando la mujer en este caso una adolescente le están saliendo los senos, o si están menstruando o como se menciona en otros estudios que están embarazadas⁴⁶, todo esto puede provocar pujos... Así se puede evidenciar en el siguiente discurso:

“Srta. eso sucede cuando entre los primeros tres meses de los bebés, eso pasa cuando son vistos o cargados por mujeres que están que recién le salen los senos, están con su regla o están embarazadas, ahí los bebitos empiezan a pujar y a pujar y se ponen rojos. A mi hijo le pasó, recuerdo que vino una prima de mi esposo, mi ratón tenía un mes más o menos y ella había estado embarazada y nadie sabía y justo mi hijo se había despertado y estaba llorando y me dijo prima lo cargo un ratito, ya pues le conteste, ella lo alzo y se calmó, después la vinieron a ver y ella se fue, cuando al rato a mi hijo lo veía que se ponía rojo y no dejaba de pujar, yo pensé que se había estreñado, pero nada, cuando en eso llegando mi suegra y le dije, Sra. Mary el bebé esta que puja y puja y no sé porque, no creo que este estreñado porque no le doy otra cosa que mi seno y hoy ha ocupado bien y ella me preguntó, ¿ha venido alguien? bueno solo Fanny y como se levantó el bebé llorando me dijo, lo alzo y yo le dije que ya, pero no creo que sea ella, seguro está con su regla me dijo luego y justo venía otra vez y le pregunté ¿Fanny estas con tu mes? No me dijo, entonces mi suegra le dijo, estas embarazada, y la chica se puso rojita y le dijo ¡ay mi tía lo que dice! Es que tú lo has hecho pujar al bebé, porque tú eres la única que has venido, lo has visto y lo has cargado y si él bebe está pujando es porque si no estás con tu regla es porque estas preñada pues hija, ¡ay mi tía! Y se fue con vergüenza. Al pasar los días se confirmó que estaba embarazada y por vergüenza no decía nada.”

Madre 11

Bajo estas condiciones se produce esta entidad y entre las soluciones o tratamiento que se pueden dar tenemos lo que las madres han manifestado:

“En el caso de los que han tomado licor y le han causado el pujo al bebé, estos deben de agitarse (es decir, caminar o hacer algún tipo de ejercicio), luego envolver al bebé con su camisa sudada y untar de sudor la frente del bebé, pechito y espalda. Por otro lado, si es causado por una gestante, o por una mujer que esté menstruando o también cuando una niña está en proceso de crecimiento de las mamas, cargan a un bebé recién nacido, la solución es que una mujer virgen cargue al bebé por media o una hora durante el día y le haga la señal de la cruz de Dios”.

Madre 4

De acuerdo a lo manifestado por los sujetos de la investigación otra forma de sanar los pujos es pasar o cruzar al bebé afectado en forma de cruz tres veces tal como se describe a continuación:

“Para curarle el pujo, bueno la chica tuvo que pasar tres veces en forma de cruz por encima de mi hijo o si no se veía a cualquier chica que esté con su regla o que esté embarazada para que haga lo mismo, pero es mejor cuando la mujer que lo ha provocado, ella misma lo tiene que hacer. Primero se coloca una frazada gruesa doblada en 4 más o menos en el piso y encima de la frazada se coloca al bebe y de ahí la chica se tiene que persignar y decir “con esta pasada el pujo se tiene que pasar” y va caminando de arriba hacia abajo y luego de izquierda a derecha, rezando el Padre Nuestro y el Ave María. A veces solo con una vez se les pasa, pero para que les pase así del todo son tres veces que tiene que venir la chica a mi casa o yo irme a la casa de ella. Ya con eso se les pasa.”

Madre 13

También es posible aplicar algunas medidas preventivas, que fueron descritas por las madres, tal como se evidencia en el siguiente discurso:

“Se recomienda ponerle una cinta roja en forma de pulsera en su muñeca al bebé. Esta práctica también es eficaz para prevenir el mal de ojo.”

Madre 3

En esta investigación también se dan a conocer algunas prácticas relacionadas con el pujo para evitar complicaciones, pues se cree que cuando el niño puja, el

ombliigo puede quedar afuera, lo que podríamos identificar como hernia umbilical. De allí que por ejemplo se sugiera el uso del fajero tal como se da a conocer en el siguiente discurso:

“Aquí es costumbre a ponerle siempre durante los primeros meses el fajero. Porque el ombliigo del bebe, debe estar adentro no afuera, entonces la faja le va ayudar a que su ombliigo no se le salga, porque ellos siempre pujan. Por eso es que se les faja esa es la razón Srta. Se le debe fajar más o menos hasta que comience a comer porque ahí ellos dejan de pujar y su ombliigo ya no se les puede salir. Todo el día está él bebe con el fajero. Todos los días, después de su baño, se le cambia. El fajero debe ser de tela.”

Madre 14

“Ya es costumbre de aquí el ponerle la faja y eso se hace en los primeros meses. Ah, porque el ombliigo de los bebes deben de estar en su sitio y no afuera, entonces la faja le va ayudar a que no se le salga, porque ellos siempre pujan. Entonces ¿es por eso que se les faja? Si Srta. más o menos será hasta los 6 o 7 meses, depende como este el ombliigo, si se le ve que ya está en su sitio y no puja mucho ya se le saca y si no se le deja un mes más todos los días hay que cambiar el fajero y durante todo el día está mi hijita con el fajero. Todos los días, después de su baño, es como si fuese una ropita más que le colocas a la bebe. El material del fajero es de tela, al menos de ese material es el que le pongo a mi hijita para que no le queme, porque aquí hace calor”.

Madre 15

Sin embargo hay madres que rehúsan esta práctica debido a que fueron ya entrenadas para el cuidado por profesionales de salud, en este caso mencionan a la enfermera:

“No lo fajo porque así me dijo la enfermera, pero mi mamá me decía que si lo debo de hacer porque si no al momento que va a pujar mi bebe se le puede salir el ombliigo, pero yo no lo he fajado, hasta el momento y gracias a Diosito que no se me ha enfermado pero si se llegara a enfermar, lo llevaré al centro de salud para que lo revisen”.

Madre 6

Para las investigadoras esto constituye en práctica que amerita repensar sobre el beneficio o no de este cuidado pues al parecer no sería dañino y ayudaría a que el niño que suele llorar enérgicamente, por ejemplo, no resulte con una hernia umbilical, habría que cuidar, la higiene del fajero, para evitar algún tipo de infección, “pues el uso del fajero produce humedad, siendo ésta un factor de riesgo para las infecciones”⁴⁷.

En los párrafos antes mencionados, se hace referencia que la enfermedad del pujo sólo se manifiesta cuando el niño ejerce una fuerza como si estuviera defecando; para ello las familias utilizan diferentes mecanismos de curación como el uso de un fajero evitando el crecimiento o la aparición de una hernia umbilical.

Con respecto a este ritual las investigadoras infieren que se tiene muchas discrepancias, porque el fajero de manera tan abrupta, puede ocasionar en el niño problemas gastrointestinales como reflujo por la presión que ejerce sobre el abdomen y más aún cuando el niño termina de lactar. La enfermedad llamada pujo, en realidad no es algo que presente síntomas de malestar, pero sí de incomodidad porque no se puede conciliar el sueño, pero se corre el riesgo de sufrir una hernia umbilical²⁰ como se mencionó anteriormente, por esta razón los bebés de Mórrope hacen uso de la fajas o puntas, pues creen que eso va a evitar que el ombligo se sobresalga, cuando se ejerce una fuerza; por ejemplo cuando llora, o en este caso cuando puja y parece como si presentaran contracturas musculares.

Producto de las observaciones y notas de campo en ésta investigación, el uso del fajero muy ajustado facilita que el abdomen del bebé se distienda causándole dolor y según el criterio médico, esta praxis no es recomendable porque obstruye la buena circulación y eso puede causar inflamación o irritación de algunas partes del cuerpo del bebé, además evita que pueda alimentarse con libertad ya que la presión del abdomen les produce una sensación de llenura y hasta de irritabilidad debido al dolor producido por la presión excesiva.

Rodríguez²⁴ al referirse a la cultura, la define como el conjunto de tradiciones y estilos de vida socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar, que influye en las personas durante toda su vida; ella se reconstruye y se refuerza permanentemente en relación con los otros así como en los procesos de construcción de identidad, que permiten al ser humano vivir en sociedad.

Es decir el origen o génesis de las prácticas culturales requieren de la relación con otros, es decir se da en comunidad y por lo tanto se transfieren en comunidad, así se evidencia en el siguiente Subtema:

C.- Génesis u origen de las prácticas culturales de las madres Morropanas para el cuidado del neonato en el hogar.

Cuando hablamos de la génesis u origen de las prácticas culturales de las madres de Mórrope nos referimos a su nacimiento, cómo surgen o de quién proceden, para comprender este origen o génesis cabe hacer mención de las siguientes afirmaciones:

Las prácticas culturales son generadoras de identidad, en tanto que producen sujetos concretos; a la vez, las prácticas son generadas por esa misma identidad, por el habitus incorporado. Esto es, para que la incorporación del habitus se lleve a cabo, el actor necesita poner en práctica, el valor, la norma o la representación, lo que nos lleva a suscribir la idea de que no hay acción social sin representación, y de igual forma, no hay representación que no sea puesta en práctica. Y es más, el mundo social se construye a partir de lo ya construido en el pasado, que se erige en forma de habitus, y por otra parte las formas sociales del pasado son reproducidas, apropiadas, desplazadas y transformadas en las prácticas y las interacciones de la vida cotidiana de los actores. Queda claro, así entonces, la interdependencia entre acción y representación, o en nuestros términos entre práctica cultural e identidad.⁴⁸

Lo que para nuestro estudio significaría que las prácticas culturales identificadas para el cuidado del neonato han sido generadas en el pasado y se han transmitido de generación en generación debido a la incorporación de un hábito lo que a su vez asignó o construyó una identidad propia a las madres de Mórrope, sin embargo estas prácticas culturales no se mantienen indemnes en el tiempo sino que cambian pero a su vez su existencia ha dado origen a un cuidado y su existencia obedece a la preservación del bienestar y la salud de, en este caso, los neonatos.

Este origen es reconocido por las Madres de Mórrope como se puede evidenciar en las notas de campo y los siguientes discursos:

Nota de Campo: 13 de junio 2015 Hora de inicio: 11:00 am Hora de término: 1:00 pm

La madre tiene cuidados costumbristas con la bebe, debido a que ella sigue los consejos de su madre como de su suegra, por ejemplo las palmadas dadas sobre la espalda para la eliminación de gases, el uso de la maicena para la escaldadura; la madre le brinda a la menor lactancia materna por un lapso de 15 minutos, pero antes de hacerlo se lava las manos y los senos, la bebé se queda dormida, pero

antes de acostarla, la madre para hacerle eliminar sus gases, realiza suaves palmadas sobre su espalda, cuando los gases salieron, la deja acostada en su cama, boca abajo, para que si por alguna razón no haya eliminado todos sus gases lo pueda hacer; momentos más tarde, la bebé empieza a llorar, la madre se acerca a ver qué ocurre con su bebé, comienza a revisarla y se da con la sorpresa de que había que cambiarle el pañal porque había hecho su deposición, la madre prepara sus materiales para hacer el cambio de pañal (pañal desechable, maicena, tina con agua tibia, jabón y paños de algodón limpios), empieza a retirar la ropita de la bebé y la deja solo con el pañal sucio, nosotras humedecemos uno de los paños de algodón y ella le va haciendo la higiene de genitales, luego con otro paño ya humedecido, le aplicamos jabón y ella realiza el mismo procedimiento, retira los restos del jabón, seca sus genitales y le coloca la maicena porque la bebé tenía escaldadura leve, madre refirió que esa escaldadura se debió a que ella había dejado a su bebé con el pañal húmedo por un momento, y que no la cambió de inmediato porque estaba cocinando y se encontraba sola, pero con la maicena ha mejorado y ahora no evidencia la escaldadura; termina de vestir a la bebé, retira todos los materiales empleados en el cambio de pañal, incluyendo el pañal sucio, se dirige al baño a arrojar el pañal a la papelería y prosigue a lavarse las manos con agua y jabón, regresa nuevamente a darle de lactar, cuando terminó, la bebé nuevamente se queda dormida y nosotras le ayudamos a eliminarle los gases, lo acostamos boca abajo nuevamente a su cama.

La madre refiere que tienen muchas costumbres y que han sido transmitidas de generación en generación tanto para el cuidado de su bebé como en ella.

Nota de Campo:

Fecha: 6 de junio 2015 Hora de inicio: 9:00 am Hora de término: 11:00 am

La madre tiene cuidados costumbristas con la bebe, debido a que ella sigue los consejos de su madre como de su suegra.

De allí que las mujeres refieran que aprendieron a cuidar de sus abuelas, madres o de la suegra que son las que mantienen la tradición o las prácticas por el rol que desempeñan en el hogar, son ellas las que se encargan de preservar los cuidados culturales y transmitirlos a sus hijas quienes a su vez lo harán a su descendencia. Así se evidencia en la siguiente unidad de significado:

“Hago todo lo que se acostumbra aquí, uno va aprendiendo de las abuelas, suegras y también lo que mi mamá me aconseja, ya que ella es una mujer con experiencia por todos mis hermanos. Lo otro señorita es que a veces es más barato lo que uno hace como costumbre porque la medicina es bien cara a veces”.

Madre 2

Por lo tanto se afirma entonces que el ser humano es un ser cultural, es decir, crea cultura, consume cultura, se expresa mediante instrumentos culturales, se comunica utilizando la red de símbolos de la cultura donde está ubicado. Es en todos

los sentidos, un ser cultural; pero la cultura como la sociedad, como la naturaleza, no es absoluta ni perfecta, es siempre la producción del ser humano y el ser humano es vulnerable.¹⁷ De allí que convenga que estas prácticas sean conocidas y comprendidas para su reorientación si fuera necesario.

Y aunque bien es conocido no se puede saber de todas las culturas del mundo pero es posible realizar una o varias experiencias para describir culturas o grupos culturales para así interiorizar la experiencia de la diferencia y aprender a hacer emerger los valores, las creencias y las tradiciones del grupo o personas a las que cuidamos.¹⁹ Y orientar adecuadamente el cuidado profesional. Pues como se ha podido evidenciar en varios discursos las prácticas culturales han sufrido ya incorporación de pautas de salud universal del mundo de los profesionales de la salud y esto es lógico pues las prácticas no son entes estáticos, pues la vida de cotidiano no lo es, de allí que se explique que las madres hayan incorporado a las prácticas culturales algunas prácticas del mundo moderno.

Así se deja entrever en el siguiente discurso en el que afirma la madre que si tiene alguna duda pregunta a su madre, suegra, o cuñadas, sino al médico cuando tiene consulta.

“Lo que hago para cuidar a mi bebé sigo consejos y lo que aquí en el pueblo se acostumbra, si pasara algo con mi bebito pues le digo a mi mamá y si no está ella, me voy a donde mi suegra o con mis cuñadas y como algunas ya son abuelas me pueden aconsejar. También cuando voy al médico le pregunto”.

Madre 4

Lo manifestado concuerda con lo afirmado por Leininger¹³ en relación a la cultura considerado como el "conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilos de vida de un grupo particular, el cual es transmitido de generación en generación e influencia los pensamientos, las decisiones y las acciones en patrones o en formas ya establecidas". Y el cuidado que tiene en cuenta el aspecto cultural, o "cuidado cultural", se define como "los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente y que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud

o mejorar una condición humana o estilo de vida". Esto resultaría un hecho muy significativo pues es un acercamiento de las ciencias de la salud a las prácticas culturales, entonces queda al personal de salud estar preparados para afrontar este acercamiento y aprovecharlo por el bienestar de la población, lo que se constituye en todo un reto que abarca la formación profesional así como las estrategias de cuidado a emplear para la población.

CONSIDERACIONES FINALES

- Las prácticas populares de las madres del Distrito de Mórrope para cuidar al neonato están relacionadas con las creencias, costumbres y con sus necesidades de supervivencia, dependiendo de la visión del mundo, de los secretos que posee su naturaleza y su cultura, influenciadas básicamente por las abuelas del neonato, manifestado en los cuidados que derivan de las creencias en el mal de ojo, el susto y los pujos para los que consideran tratamientos culturales desde el uso de objetos como alumbre, vela, huevos, periódico y la realización de rituales como, santiguar, acompañado de oraciones como el Padre Nuestro y 3 Ave María, pasando la vela, el huevo o el periódico, por todo el cuerpo del bebé.
- Dentro de las prácticas culturales que cubren las necesidades básicas o de supervivencia de los recién nacidos están el cuidar de la higiene, alimentación, cuidado de la piel y el ombligo, como cuidados priorizados por la madre. Cabe resaltar que es en esta categoría donde más se evidencia la fusión cultural: a través del empleo o prácticas propias de la zona en conjunción con las sugeridas o indicadas por personal de salud, que en este caso pueden ser médicos, enfermeras y obstetras tal como lo han referido los sujetos participantes en el estudio.
- Si existen prácticas que requieren negociación con la madre relacionado con el uso del anís, reorientación y re estructuración relacionado con el consumo de chicha en los bebés, realizar el baño cada 2 o más días, uso de algodón para la limpieza del ombligo; pues ponen en riesgo la salud del neonato. Asimismo, se requiere la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura de la madre, utilizando un enfoque de resolución de problemas centrados en la madre.
- Las prácticas culturales de las Madres de Mórrope otorgan identidad propia a estas mujeres, a pesar que estos cuidados o varios de ellos ya se han fusionado. Pues estas prácticas culturales identificadas para el cuidado del neonato han sido generadas en el pasado y se han transmitido de generación en generación

debido a la incorporación de un hábito lo que a su vez asignó o construyó una identidad propia a las madres de Mórrope, sin embargo estas prácticas culturales no se mantienen indemnes en el tiempo sino que cambian.

RECOMENDACIONES

A las instituciones formadoras y escuela de Enfermería de la USAT

- Considerar dentro de la formación a nivel de pre y posgrado la incorporación de las prácticas culturales para el cuidado del recién nacido. A nivel de posgrado realizar investigaciones multidisciplinarias que permitan profundizar en el conocimiento de estas prácticas culturales.

Al Ministerio De Salud

- Se recomienda la difusión de este estudio de investigación a los diferentes centros de salud para mejorar y/o reorientar las prácticas culturales y se generen estrategias de cuidado que consideren estas prácticas.

A la Dirección del Centro de Salud de Mórrope:

- Considerar los resultados de la presente investigación para que el personal de enfermería del centro de salud de Mórrope, incluya dentro de su plan de cuidados a la madre, la negociación de algunos cuidados, pues es necesario reorientar algunas prácticas como el consumo de chicha o el baño del bebé cada dos o tres días.
- También se ha encontrado que junto a las prácticas culturales de las madres, coexisten los cuidados que brinda el personal de enfermería; por lo tanto se sugiere que el personal de enfermería siga reforzando y continúe con la educación impartida a las madres para el cuidado del recién nacido, garantizando la satisfacción adecuada de sus necesidades básicas.
- Que el personal del centro de Salud de Mórrope pueda incluir en el cuidado de enfermería, prácticas como el santiguar, curas para el susto, etc. de tal forma que se logre un mayor acercamiento a la población y se ponga en práctica la enfermería transcultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto B. Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias [Tesis de Maestría]. Bogotá, Colombia Universidad Nacional de Colombia; 2012.
2. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Lima: Ministerio de Salud Sexual y Reproductiva; 2009.
3. Castillo J.A. El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. Rev haban cienc méd [Revista en internet]. 2008 septiembre. [citado 15 julio de 2016]; 7(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003
4. Boletín epidemiológico del Peru. Vol. 26 – SE16. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Fecha de consulta: 22 de abril del 2017. Disponible en: www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/16.pdf.
5. Medina I. A, Mayca P. J, Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. 2006. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Lima. 2006;23(2):22-32. Fecha de consulta: 12 de enero de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323104>
6. Melguizo E, Alzate M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Avances en Enfermería, Norteamérica, 26, feb. 2010. [Acceso: 24 nov. 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891>
7. Prieto B, Ruiz de Cárdenas C. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. Aquichan, Norteamérica, 13, abr. 2013. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2763>. Fecha de acceso: 12 ene. 2017.
8. Ferrer R, Toro Y, Reina R, Cárdenas M, Abordaje del Cuidado Neonatal: Un Enfoque Transcultural. Enfermería Global 2010;9(1):1-5. Disponible en:

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834756019>. Fecha de consulta: 12 de enero de 2017.
9. Organización Mundial de la Salud. [Página principal en Internet] Ginebra: Reducción de la mortalidad en la niñez; 2012 [actualizada en 2016; acceso 26 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.
 10. Gonzáles R. Salud Materno – Infantil en las Américas. Rev.chil.obstet.ginecol. [Revista en internet] 2013 [citado 31 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011.
 11. General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Perú; 2013 [Revista en la internet] [citado 2014 Agosto 31]. Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>.
 12. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Situación de Salud de la Niñez Peruana. [base de datos en línea]. Perú 2010 [acceso 24 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/Cuerpomedicoinsn/situación-de-la-salud-infantil-en-el-per>.
 13. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. 7ª ed. España: Elsevier ; 2011.
 14. Marriner T- Railer, Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. México: Harcourt Brace; 1998.
 15. Reina R, Ferrer R, Toro Y, et al. Abordaje del cuidado neonatal: un enfoque transcultural. Enferm. glob. [Revista en la Internet]. 2010 octubre [citado 24 de octubre de 2014]; 9(3): Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110961/105331>
 16. Rodríguez F, Santos J, Tovar R. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. Revista Colombiana de Enfermería. [Revista en la Internet] 2012 junio [citado 2014 Oct 24]; 9 [77-87]. Disponible en:

https://issuu.com/universidadelbosque/docs/revista_colombiana_de_enfermeria_vo.

17. Torrado O, Casadiego D, Castellanos M. Interculturalidad en pediatría: Creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural. *Revista Colombiana de Enfermería*. [Revista en Internet]. 2011 julio [citado 2014 Oct 24]; 6(6) [82-89]. Disponible en:
<http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1437/1043>.
18. Delgado M, Calvache J, Del Cairo C. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* [Revista en Internet] 2009 Julio - Diciembre. [acceso 25 de octubre del 2014]; (3) [227 – 254].
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81400311>.
19. Fernández C. Creencias y prácticas culturales de las madres sobre la vacunación, Incahuasi - Ferreñafe [Tesis Licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2010.
20. Guerra S. De la Sierra a la Costa: Cuidado Cultural de las familias inmigrantes [Tesis de Maestría]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
21. Campos M. y Castillo J. Cuidados culturales que brinda la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca – Ferreñafe [Tesis Licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
22. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Resolución Ministerial N° 828-2013 de 24 de diciembre de 2013. Portal institucional del Ministerio de Salud, n° 510847, (25-12-2013).
23. Valderrama M; Muñoz L. Necesidades de los padres para cuidar a sus hijos en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. *Invest. educ. enferm, Medellín*, v. 34, n. 1, p. 29-37, abr. 2016. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000100004&lng=es&nrm=iso. accedido en 12 enero 2017.
<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a04>.
24. Rodríguez F, Santos C, Talani J, Tovar J. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá,

- Colombia. Revista Colombiana de Enfermería • Volumen 9 Año 9 • Págs. 77-87. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/010-articulo8.pdf
25. De Souza J, Moreira M. Cuidado familiar de recién-nacidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. *Enfermagem* [Revista en Internet]. 2011 [Consultado el 04 de noviembre de 2015]; 20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500028.
26. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. 3ª Ed. Madrid: Morata S.L; 2012.
27. Pólit D, Hungle B. *Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos*. 6ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
28. Nakamura E. Martin D. Quirino dos Santos J. *Antropologia para enfermagem*. Coordenadora da série Tamara Cianciarullo. Editora Manole Ltda. Brasil; 2009.
29. Burns N. *Investigación en Enfermería*. 3ª ed. Madrid: Saunders; 2005.
30. Hernández S. *Metodología de la investigación: cuantitativa y cualitativa*. 5ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2010.
31. Spradley J. *Participant observation*. México: Holt, Rinehart & Winston; 2011. Disponible en: <http://coursunneherasfadycc.files.wordpress.com/2011/10/traduccic3b3n-spradley5.pdf>.
32. Torres R. El Pueblo de Mórrope. <http://elpueblodemorrope.blogspot.pe/2016/07/historia-el-distrito-de-morrope-fue.html>
33. Ministerio de Economía y Finanzas. *Fichas sociales por departamento*. 2006 [acceso 9 abril del 2015]. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/comunidad_virtual/pdf/indicadores/Dpto_Lambayeque/FichasLocales_Lambayeque.pdf
34. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. [Artículo en internet]. España: índice de enfermería;

- 2000 [acceso 26 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>.
35. Benavides O, Gómez - Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2005. Mar [cited 2017 Jan 12]; 34 (1) : 118 - 124. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en.
36. Morse J. Asuntos críticos de la investigación cualitativa. Antioquía: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía; 2003.
37. Sgreccia E. Manual de Bioética. La bioética y sus principios, 4ªed. Madrid: Talisio; 2007.
38. Guido P. Korman. Los Síndromes Dependientes De La Cultura En El Noroeste De La Argentina. *Perspectivas Latinoamericanas* [Revista en internet] 2006 [Consultado el 11 de noviembre de 2014]; (3). [173-197].
Disponible en: <https://www.ic.nanzanu.ac.jp/LATIN/kanko/PL/2006PDF/11Korman.pdf>
39. Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. En español: López-Ibor J.J, Valdés M, editores. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON, S.A; 2003. P. 1003-1009.
40. Mujer Activa. Cómo quitarle el susto al bebé: huevo, periódico y alumbre. [Consultado el 07 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.webdelbebe.com/como-hacer/como-quitarle-el-susto-al-bebe-huevo-periodico-y-alumbre.html>
41. Ramirez Flores Liz. Mitos, Creencias y Costumbres de las madres en el cuidado del recién nacido en el Centro Poblado Pallalla- Distrito Acoria Huancavelica. Tesis de Especialidad de Enfermería en Neonatología. Escuela de Postgrado. Universidad Mayor de San Marcos. Disponible en: ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4279/1/Ramirez_Flores_Liz_Edith_2014.pdf.
42. Morales B. Enfermería- Relación transcultural. *Revista digital Universitaria* 2011 [1 setiembre 2012]; 9 (26). Disponible en:

- http://rediu.colegiomilitar.mil.ar/esp/ediciones/0926/articulos_originales/ReDiU_0926_art3-Enfermer%C3%ADa.pdf.
43. Idoyaga A., Gancedo M. El Mal De Ojo Como Enfermedad: Elitlore Y Folklore En Iberoamerica. Revista de Dialectología y Tradiciones Populares, Vol 69, No 1 (2014) doi: 10.3989/rdtp.2014.01.004. Disponible en: <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/314>.
 44. De La Cruz H. Prácticas culturales de la familia en el cuidado al lactante menor en la comunidad de Salas-Lambayeque [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque- Perú; 2010.
 45. Sura. [Página principal en Internet]. Lima: Juan Carlos Domínguez Arcila; c2014 [actualizado 25 de noviembre de 2014; citado 17 de mayo de 2016]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/pujo-bebes.aspx>.
 46. Pacheco D, Ortega D. Conocimientos, actitudes y prácticas culturales de las madres primíparas frente al cuidado del recién nacido. Centro de salud una Totoracocha, cuenca 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25973/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
 47. Noguera N. y Rodríguez M. Aprendiendo a cuidar al recién nacido: Un cuidado congruente con la cultura. Av enferme., XXVI (1): 103-111, 2008. [citado 2017 Ago 19] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a11.pdf>
 48. Pereira de Jesús, A.C, Lima L.P, Moura de Araujo M.F, et al. Conocimiento popular en el cuidado al recién nacido con enfoque en la promoción de la salud. R. pesq.: cuid. fundam. online, [Revista en internet] 2013 abril. [Consultado el 25 Junio de 2016]; 5(2) [3626-3635] Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2271/pdf_744
 49. Prieto B. y Ruiz B. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. Aquichan, Vol. 13, Núm. 1 (2013). [citado 2017 Ago 20] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/2763/3052>

50. Chaves K. Intoxicación por anís de estrella. Acta pediátr costarric. [Revista en internet] 2009 [Consultado 31 de octubre de 2015]; 21(1): [60-61]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v21n1/a10v21n1.pdf>
51. Parada D. Adopción De Prácticas Saludables En Puérperas Adolescentes. Revista CUIDARTE, vol. 4, núm. 1, enero-diciembre, 2013, pp. 450-458. Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia.
52. Romero M., Salgado J. Cuidados naturales en el cordón umbilical del recién nacido. Medicina Naturista, 2010; Vol. 4 - N° 2: 63-65 I.S.S.N.: 1576-3080. Disponible en: <file:///C:/Users/AVEGA/Desktop/Dialnet-CuidadosNaturalesEnElCordonUmbilicalDelRecienNacid-3261141.pdf>
53. Pérez C. Beneficios de la manzanilla para la piel. Natursan. Colombia; [Citado 05 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.natursan.net/beneficios-de-la-manzanilla-para-la-piel/>.



ANEXOS ANEXO N° 01

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores : Albújar Sosa Laura Yahaira / Marquina Silva Claudia Paola

Título : Prácticas Culturales De Las Madres Durante El Cuidado Al Neonato En El Hogar - Distrito de Mórrope, 2014

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Prácticas Culturales De Las Madres Durante El Cuidado Al Neonato En El Hogar – Distrito de Mórrope, 2014”. Estamos realizando este estudio para describir, analizar y comprender las prácticas culturales de madres en el cuidado al neonato en el hogar, con la finalidad de ofrecer en las instituciones de salud a la madre y neonato un cuidado de enfermería culturalmente congruente, partiendo del saber profesional y cultural, logrando una mayor participación en el cuidado y disminución de las complicaciones derivadas de las prácticas que requieren reestructuración y negociación.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollarán los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un seudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista se realizara en su

domicilio.

2. Posteriormente se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio. Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo.

Beneficios: Usted se beneficiará ya que podrá dar mejores cuidados en la salud de su bebe.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con seudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante: Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a Laura Yahaira Albújar Sosa o a Claudia Paola Marquina Silva, a los teléfonos: (#) 979985458 / (#) 951975046, investigadoras principales.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante	Fecha
Nombre:	
DNI:	
Investigadora	Fecha
Nombre:	
DNI:	
Investigadora	Fecha
Nombre:	
DNI:	



Anexo N°02

GUIA DE LA ENTREVISTA ETNOGRÁFICA DIRIGIDA A LAS MADRES

Prácticas Culturales De Las Madres Durante El Cuidado Al Neonato En El Hogar –
Distrito de Mórrope, 2014

INSTRUCCIONES:

La presente entrevista, es de carácter confidencial y anónimo; está dirigida a las madres que cuidan del neonato en el Distrito de Mórrope, la cual tiene por objetivo: Describir, analizar y comprender las prácticas culturales que tienen las madres en el cuidado del neonato en el hogar. A continuación se les hará algunas preguntas, que deberán ser respondidas según se solicite, se pide veracidad y colaboración.

I. DATOS PERSONALES:

Seudónimo: _____

Edad: _____ N° de Hijos: _____

Edad del Neonato: _____

Grado de instrucción: _____

Estado civil: _____ Religión: _____

Ocupación: _____ Lugar de procedencia: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS:

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. ¿Cómo son los cuidados que Ud. le da a su niño cuando nace?
2. ¿Ha tenido algunas dificultades en emplear algún cuidado a su niño?
3. ¿Cómo alimenta a su niño? ¿A parte de amamantarlo, le da otras agüitas?
4. ¿Qué tipos de ropa utiliza en el frio para su niño?
5. ¿Cómo realiza el aseo en su niño? ¿Cada cuánto tiempo lo hace?
6. ¿Realiza la curación de ombligo en su niño? ¿Y cómo usted lo realiza?
7. ¿Cómo lo cargan durante el día a su niño?
8. ¿Alguna vez se ha enfermado su niño?
9. ¿Ha utilizado plantas o pajitas medicinales? ¿Qué es lo que le dio y para que le sirvió?
10. ¿Qué hace para que su niño no se enferme mucho?
11. ¿Cuándo llora mucho su niño, sabe por qué es? ¿Qué es lo que usted hace?
12. ¿Usted lo lleva al centro de salud para sus controles a su niño? ¿Cada cuánto tiempo?
13. ¿Ha tenido alguna molestia por su vacuna?
14. ¿Ha tenido dificultades o problemas para el cuidado de su niño? ¿Recibe el apoyo de su familia?

INVESTIGADORAS

- **ALBUJAR SOSA LAURA YAHAIRA**
- **MARQUINA SILVA CLAUDIA PAOLA**



Anexo N°03

GUIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Diario de campo

1. Datos Infamativos:

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Escenario: _____

Actores sociales o personas observadas:

2. CONTENIDO:

En la observación participante se tomarán en cuenta los siguientes ítems.

1. **Ambiente externo:** Observación de hogar, medios y materiales que hacen posible cuidados relacionados con las prácticas culturales, etc.
2. **Los hechos observados:** Descripciones de cómo la madre realiza las prácticas del cuidado al neonato en el hogar, secuencia con que se realizan las actividades, frecuencia, etc.
3. **Lo que dicen:** Las respuestas que brindan la madre y los familiares durante la entrevista, la manera de expresarse de los miembros de familia.
4. **Lo que hacen:** Las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas y las prácticas culturales de las madres en el cuidado del neonato.
5. **Las creencias, símbolos y rituales:** Por parte de las madres en cuanto a las prácticas culturales en el cuidado del neonato.
6. **Las relaciones entre las personas, familias:** Como es el trato y como se organizan los miembros de la familia que cuidan del neonato.

7. Lo que los hechos producen en el investigador: Experiencias vividas: sentimientos, intuiciones, dudas reflexiones que las investigadoras sienten y realizan al recolectar los datos de la investigación

- ALBUJAR SOSA LAURA YAHAIRA.
- MARQUINA SILVA CLAUDIA PAOLA.