

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



**PERCEPCIÓN DE LAS MADRES RESPECTO A LA
PREPARACIÓN PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN
NACIDO EN EL HOGAR.
C. S. EL BOSQUE, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: Bach. Thalía Itamar Lozada Campos
Bach. Katherine Olinda Terrones Ramírez**

Chiclayo, febrero de 2015

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES RESPECTO A LA
PREPARACIÓN PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN
NACIDO EN EL HOGAR.
C. S. EL BOSQUE, 2014

POR:

Bach. Thalía Itamar Lozada Campos

Bach. Katherine Olinda Terrones Ramírez

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

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

Presidenta de Jurado

Mgtr. Delia Esther Chévez Guevara

Secretaria de Jurado

Mgtr. Flor de María Mogollón Torres

Vocal de Jurado /Asesor

Chiclayo, febrero de 2015

ÍNDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	15
1.1. Antecedentes	16
1.2. Bases teórico- conceptuales	17
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	25
2.1. Tipo de investigación	25
2.2. Abordaje metodológico	25
2.3. Sujetos de la investigación	29
2.4. Escenario	30
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	31
2.6. Procedimiento	33
2.7. Análisis de los datos	33
2.8. Criterios éticos	35
2.9. Criterios de rigor científico	36
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	38
CONSIDERACIONES FINALES	66
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	74

DEDICATORIA

A Dios, por regalarnos cada día la oportunidad de existir, de crecer como personas y como profesionales, por sus innumerables muestras de amor hacia nosotras y nuestras familias.

A nuestras madres: Rosa Elvira Campos Flores, Lucía Ramírez Briones, a nuestras familias que con su animó y apoyo incondicional nos han dado la fortaleza necesaria para seguir luchando día a día.

A la memoria de nuestros seres queridos por interceder desde el cielo en cada paso que damos, por ser esa luz que ilumina nuestras vidas y nos brindan una salida aun en los momentos más difíciles.

Y por último a nuestra asesora, Mgtr. Flor De María Mogollón Torres, quien con sus consejos, su ayuda y su apoyo incondicional, hicieron posible la realización de esta investigación.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, nuestro Señor, por la inspiración que ha causado en nosotras para la realización, desarrollo y culminación de esta investigación; por guiarnos y enseñarnos a amar a nuestros seres queridos que nos acompañan, en cada instante de nuestras vidas.

A mi madre: Rosa Elvira, mi hermano Nelson, mis abuelos: Anibal y Lida y a mis tíos Luis y Miguel por ser ejemplo de superación y valentía, por sus consejos diarios, por los ánimos constantes y por la fortaleza que me da día a día para seguir adelante.

A mis padres Lucía Ramírez y Félix Terrones gracias por su apoyo, por ser una guía para mí y a mis hermanos por sus consejos y perseverancia que me ha inculcado. Ya mi familia

A los miembros del Jurado y asesora, por sus importantes aportes para enriquecer la presente investigación.

RESUMEN

Esta investigación cualitativa, con abordaje estudio de caso, tuvo como objetivo caracterizar, analizar y comprender cómo es el proceso de preparación desde la percepción de las madres que se atienden en el Centro de Salud “El Bosque” para el cuidado del recién nacido en el hogar. Se sustentó en los aportes conceptuales de cuidado del recién nacido de Waldow (2008); también en la Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal (2013) y en la propuesta acerca de la percepción de King (1984). Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, entrevistando a ocho madres puérperas, atendidas en el Centro de Salud El Bosque, que se encontraron de alta en el servicio materno infantil y que participaron voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento informado. Producto del análisis de contenido temático, se obtuvo las siguientes categorías: (1) Percepciones de la madre respecto a la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar. (2) Participación interactiva v/s participación pasiva madre-enfermera en la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar. (3) Temas, métodos y técnicas de enseñanza brindadas por la enfermera durante la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar. (4) Percepciones sobre las limitaciones en el proceso de preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar. Se arribó a la consideración final que en la mayoría de casos, la preparación para el cuidado continuado del RN en el hogar se da en un espacio de participación pasiva madre/enfermera. Puesto que la enfermera debe abordar temas substanciales para el cuidado del RN, sin embargo, existen algunos factores en el entorno, en los recursos y estrategias educativas utilizadas por la enfermera, que limitan dicho proceso.

Palabras clave: Madre, hogar, cuidado, recién nacido, percepción

ABSTRACT

This qualitative research, with approach case study was to characterize , analyze and understand how the process of preparation from the perception of mothers who receive services at the Health Center "El Bosque" for newborn care in the home. It was based on the conceptual contributions of newborn care Waldow (2008); also in the technical standard for comprehensive health care neonatal health (2013) and the proposal on the perception of King (1984). Semi-structured interview was used, interviewing eight postpartum mothers, attended at the Health Center El Bosque, who found high in the MCH service and who voluntarily participated in the study after signing the informed consent for data collection. Product of thematic content analysis, the following categories were obtained: (1) Perceptions of the mother regarding preparation for newborn care at home. (2) Interactive participation v / s participation passive mother - nurse in preparation for newborn care at home. (3) Issues, methods and teaching techniques provided by the nurse during preparation for newborn care at home. (4) Perceptions of the limitations in the process of preparation for newborn care at home. They arrived at the final consideration that in most cases the preparation for continued care at home RN is given an opportunity to participate passive mother / nurse. Since the nurse must address substantive RN care issues, however, there are some factors in the environment, resources and educational strategies used by nurses, limiting the process.

Keywords: Mother - home care, newborn, perception

INTRODUCCIÓN

El periodo neonatal es el ciclo más vulnerable de la vida del ser humano porque es en esta fase donde se presentan muchos riesgos para su sobrevivencia, debido a que el neonato tiene que adaptarse a la vida extrauterina, produciéndose una serie de cambios fisiológicos que deben ser vigilados con detenimiento 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 R.N.

Al nacer, la atención ofrecida por la enfermera y por la madre para lograr la transición y la adaptación al medio extrauterino es decisiva para que el nuevo ser dé todo su potencial tanto en su modo físico como en el psicosocial, de tal forma que dé continuidad a sus procesos de supervivencia, crecimiento y desarrollo hacia un ser maduro, ¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad infantil muestra una tendencia global hacia la disminución, sin embargo no está igualmente distribuida. La mayor parte de la mortalidad se produce en el periodo neonatal, debido a los riesgos antes mencionados. Por otra parte, el riesgo de morir durante el primer mes de vida es quince veces mayor que entre el primero, el decimoprimer, y treinta veces mayor que en niños con edades de uno a cinco años,².

Cerca del 40% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el periodo neonatal. A nivel mundial, cada año mueren más de 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida, y el número de mortinatos es similar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el primer mes, entre una cuarta parte y la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida, y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este periodo

cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y el niño para evitar y tratar enfermedades, 3.

Para evitar estas muertes, son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces durante el periodo inmediato y mediato al nacimiento. Un neonato no requiere de cuidados especiales, pero sí de los cuidados básicos para su supervivencia, debido a que es un individuo inmaduro que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo, lo que lo hace un ser totalmente dependiente de su madre, quien debe satisfacer sus necesidades y velar por su salud. Los retos son múltiples puesto que existen numerosos cuidados para el recién nacido que deberán tomarse en cuenta, entre ellos lactancia materna, baño, curación del cordón umbilical, vestido, el cambio de pañal, reconocer signos de alarma, entre otros, ya que la integración de estos conocimientos les permitirá brindar mejores cuidados al recién nacido, 4.

Cuando el recién nacido nace en un establecimiento de salud, recibe el cuidado tanto del equipo de salud, como de la familia (madres, abuelas), y cuando se va a la casa, continúa recibiendo cuidados, generalmente orientados por profesionales de la salud y brindados por los miembros de la familia y de la comunidad, quienes constituyen sus redes de soporte social, 5.

Por ello, es de vital importancia orientar a la madre y familiar durante su permanencia en la institución de salud, brindando información y entrenarlos sobre: lactancia materna exclusiva, técnica de lavado de manos, baño del recién nacido, cuidados del cordón umbilical, cuidados postvacunales, estimulación temprana, pautas de crianza, importancia del control de crecimiento y desarrollo e identificación de signos de alarma en el periodo neonatal. Es también básico reforzar esta información a la madre y a la familia previa al alta neonatal, a fin de garantizar un sano crecimiento y desarrollo, 5.

En este sentido, el actuar del profesional de enfermería es fundamental en todo el proceso de adaptación del R.N, al ambiente extrauterino, sin restarle importancia a las actividades de promoción de la salud con el afán de brindar las mejores recomendaciones a las madres para el cuidado de su hijo, ello debido al lugar privilegiado que ocupa dicho profesional en el equipo de salud, ya que es este profesional quien permanece las 24 horas del día, cuidando al binomio madre-niño durante la hospitalización.

Los cuidados que se le brindan al R.N. forman parte de su calidad de vida, ya que están relacionados directamente con la satisfacción de sus necesidades básicas, y es la madre quien debe suplirlos diariamente por tener a su cargo el cuidado del recién nacido. Para llevar a cabo la satisfacción de esas necesidades, es necesario que la madre tenga los conocimientos sobre los cuidados que suplen estas necesidades de forma adecuada y la importancia de realizarlos diariamente, no solo por el bienestar del recién nacido sino también de ella, especialmente por el fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo, ¹.

Los padres son los cuidadores naturales de sus hijos. Es la tarea que todos esperan hacer y no se les debe quitar protagonismo. La mejor manera de que los padres aprendan los cuidados del recién nacido es que participen de ellos. Por lo tanto, los profesionales de la salud harán siempre los cuidados con los padres o al menos en su presencia, ⁶.

Al respecto, la Norma Técnica de salud para la atención integral de salud neonatal del Ministerio de Salud (MINSA), establece que la atención neonatal en alojamiento conjunto debe ser integral y con la participación activa de la madre y la familia, dentro de un ambiente hospitalario, estimulando el fortalecimiento del vínculo familiar, apoyando los procesos fisiológicos de adaptación neonatal durante los primeros días postnacimiento y brindando información a la madre y a la familia sobre los cuidados del neonato, así como la identificación oportuna de signos de alarma para la

atención correspondiente. Así mismo, establece el seguimiento neonatal, que consta necesariamente de 4 controles: a las 48 horas del alta y posteriormente 1 control cada semana. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en el domicilio (mediante la visita domiciliaria), siempre con presencia y participación activa de la familia. En este caso, los responsables de dicho control son: el médico neonatólogo/pediatra, médico cirujano y enfermera. Ellos desarrollan acciones de captación, acompañamiento y seguimiento del neonato y su familia, evaluando el cuidado esencial que recibe el RN y verificando y fortaleciendo las prácticas claves en el cuidado del niño/a: lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidados del cordón umbilical, inmunizaciones, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma, estimulación del desarrollo, etc, 5.

En nuestra realidad, muchas veces el personal de salud no puede aplicar estos cuidados debido a que algunas mujeres presentan cambios emocionales, físicos y sociales mientras se adaptan a su nuevo rol de madres, creando un impacto en sí mismas. Como en muchas ocasiones ellas no están preparadas para asumir dicho reto y optan por buscar apoyo en diferentes redes sociales de su entorno para aplicar los cuidados durante el posparto, se ven influenciadas por saberes y culturas de otras mujeres, quienes inculcan a las puérperas sus conocimientos basados en la experiencia del cuidado que han tenido durante el suyo, etapa que se considera trascendental en su ciclo de vida, 7.

A ello se suma que, en el puerperio mediato, el “posparto” es considerado como el período que sigue inmediatamente al parto y que se extiende hasta 60 días, tiempo en el cual la madre permanece resguardada dentro de su hogar, preferiblemente en su cuarto y recibiendo los cuidados de una figura femenina, por lo general su madre, suegra o hermana, evitando exponerse a situaciones que resulten perjudiciales para su salud. El reposo que deben guardar las madres, luego del parto, en algunas mujeres es

absoluto y en otro relativo. Las actividades físicas durante este tiempo son limitadas, como, por ejemplo, caminar, bañarse y tener relaciones sexuales. Todo está encaminado a su propio cuidado y al de su bebé, lo que genera un descuido en la satisfacción de las necesidades del recién nacido, ⁸.

Las madres tienen muchas creencias arraigadas, las que reciben de generación en generación, y si nos referimos a los cuidados del recién nacido, pues se percibe con mayor evidencia este hecho. Ellas suelen delegar los principales cuidados del neonato a la madre, suegra y/o familiares con los que viven, quienes brindan dichos cuidados, impregnados de tradiciones culturales, algunas veces nocivos, tales como: colocación de “fajeros”, “alimentación con miel” para limpiar el estómago, colocación de exceso de abrigo, falta de baño diario, curación del muñón umbilical con sustancias caseras, etc.

Durante las prácticas pre profesionales, en el área de materno infantil, en diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención, las investigadoras comprobaron que el paradigma con el que la enfermera trabaja, la aleja totalmente de la atención integral que plantea la norma técnica. Ya que muchas veces el profesional de enfermería prioriza cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades fisiológicas del recién nacido como: la alimentación, higiene, sueño, regulación de temperatura etc., dejando de lado las actividades preventivas promocionales y por ende la preparación y entrenamiento de los padres para el cuidado continuado en el hogar. Este hecho se debe a múltiples factores como: la sobrecarga de funciones, la alta demanda de pacientes en los servicios, la falta de actitud y compromiso del profesional de enfermería con el auténtico cuidado, entre otros. Y si a ello agregamos que las políticas de los servicios de materno infantil, alejan cada vez más a los padres de la coparticipación en el cuidado, con sus horarios restringidos de visitas, que obliga al profesional de enfermería a brindar los cuidados en ausencia de los mismos, el problema se agudiza.

La situación descrita no es ajena al Centro de Salud El Bosque de la Victoria, escenario donde se realizó la presente investigación. Dicho establecimiento pertenece al primer nivel de atención de la Red de Salud Chiclayo, que cuenta con el área de materno infantil y atiende a una población programada de gestantes de 360 – 420 al año, con una cobertura de 30-35 partos por mes. En este establecimiento, el neonato permanece en alojamiento conjunto durante 24 horas posparto, tiempo en el que la enfermera debe preparar a la madre para el cuidado del recién nacido en el hogar, luego son dados de alta junto con su madre.

La presencia de esta compleja realidad explicaría probablemente por qué persisten aún, a nivel nacional y local, las altas tasas de muerte neonatal. Un problema de salud pública que preocupa a las autoridades, al equipo de salud y que debe tomarse con mucha responsabilidad profesional, ética y legal. Situación que ha conllevado a las investigadoras a plantearse una serie de cuestionamientos, como: durante la hospitalización el profesional de enfermería ¿educa a las madres para el cuidado del recién nacido en el hogar?, ¿es suficiente el tiempo de 24 horas para preparar a la madre en el cuidado del recién nacido en el hogar?, ¿cuáles son los cuidados que las enfermeras enseñan a las madres para el cuidado del recién nacido en el hogar?, ¿cuáles son las facilidades y barreras en la educación sobre el cuidado en el hogar del recién nacido? Todo lo cual llevó a plantear el siguiente problema de investigación ¿cuál es la percepción de las madres respecto a su preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar?

Tomando en cuenta lo explicado, se propuso como objetivo caracterizar, analizar y comprender cómo es el proceso de preparación desde la percepción de las madres que se atienden en el Centro de Salud “El Bosque” para el cuidado del recién nacido en el hogar. Se planteó como objeto de estudio la percepción de las madres respecto a su preparación para el cuidado del recién nacido sano en el hogar.

La presente investigación se justificó porque en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud, casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son recién nacidos. Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida, lo cual hace pensar que tal vez las madres no se encuentran preparadas para cuidar al neonato en el hogar, probablemente por falta de educación sanitaria, durante la hospitalización, especialmente en el caso de madres primigestas jóvenes, 9.

Ante todo, esta investigación permitió realizar una revisión desde la perspectiva cualitativa sobre la implementación de lo que establece la norma técnica de salud del MINSA respecto de la atención integral del neonato en un establecimiento de salud del primer nivel de atención, y a partir de los resultados encontrados, adoptar las medidas necesarias para el cumplimiento de los cuidados básicos del recién nacido, lo que contribuirá a la disminución de la morbimortalidad neonatal.

También servirá para que el personal de enfermería reflexione sobre su quehacer profesional en el área de materno infantil, particularmente en el cumplimiento de su rol educador a las madres, acerca de los cuidados del recién nacido en el hogar. Una labor muchas veces descuidada por los múltiples factores que caracterizan al sistema sanitario en nuestro país.

Por otro lado, este estudio valdrá como antecedente para otras investigaciones que se relacionen con el objeto de estudio, por ser un tema inédito a nivel local y nacional.

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Al realizar una búsqueda minuciosa del tema de investigación a nivel internacional y nacional, se encontraron los siguientes antecedentes:

De Souza y Da Silva, ¹⁰ cuyo trabajo de investigación se titula: “Conocimientos y prácticas de madres ribereñas en el cuidado de sus hijos recién nacidos: una contribución a la enfermería”. Un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue identificar los valores culturales en la atención materna de los recién nacidos y discutir los conocimientos y las prácticas de las madres con respecto al cuidado de los recién nacidos. Los datos fueron recolectados de enero a febrero de 2011 en la ciudad de Benjamín Constant, Amazonas, Brasil. Los sujetos de estudio fueron madres nacidas en la ciudad, quienes eran responsables de cuidar a sus hijos. Se utilizó un cuestionario dividido en dos etapas: la primera relativa a la identidad socio-económica y cultural y la segunda en relación con la atención materna del recién nacido. El estudio se basó en el análisis de datos de la etnoenfermería y mostró que los valores culturales ribereños de las madres influyen en el cuidado de los recién nacidos. También se observó que estas mujeres carecen de información relacionada con el cuidado del recién nacido con respecto a curación del cordón umbilical, la higiene y los cólicos.

De Souza y Christoffel, ¹¹ autores del trabajo de investigación titulado “El cuidado familiar de los recién nacidos en el hogar”. Es un trabajo de tipo cualitativo, de abordaje estudio de caso etnográfico, que tuvo como objetivo analizar la dinámica de la atención en el hogar de las familias de los recién nacidos en la ciudad de Piraí, Rio de Janeiro, Brasil. En él se recogieron datos de 18 familias de los recién nacidos, matriculados en la Unidad de Salud Familiar, mediante la entrevista no estructurada, los registros de los miembros en dicha estrategia y la observación participante. El análisis temático reveló tres categorías: la dimensión psicológica del cuidado familiar

al recién nacido en el hogar, la dimensión biosociocultural del cuidado familiar al recién nacido; y el cuidado familiar a los recién nacidos y su interfaz con el parto y el puerperio. En este estudio las dimensiones psicológicas y biosocioculturales de la atención familiar están presentes en diferentes espacios de la atención de la salud del recién nacido. Se concluyó que en el cuidado de los recién nacidos y de la familia en su totalidad es necesario repensar las culturas que se entrelazan con el cuidado familiar y el cuidado profesional.

Chapilliquen, ¹² cuyo trabajo de investigación se titula “Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo - noviembre, 2007”, es de tipo cuantitativo, su abordaje de estudio descriptivo tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Se usó como instrumento el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia (Servicio de Adolescencia) del Instituto Nacional Materno Perinatal las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos. Este estudio reveló que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, lo que indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas.

1.2. BASES TEÓRICO – CONCEPTUAL

La investigación se sustentó en los conceptos de cuidado del recién nacido de Waldow (2008), en la Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal (2013) y en la propuesta sobre la percepción de

King (2003). Se debe tener en cuenta que el nacimiento de un hijo o hija representa un importante cambio en distintos aspectos de la vida de la mujer y de su pareja, si la tiene. Supone un reto que puede generar distintos estados emocionales, sentimientos y percepciones según la experiencia, las habilidades y la forma de ser de la persona para afrontar las situaciones nuevas. Está comprobado que, en general y sobre todo en el caso de mujeres primerizas, el embarazo y el nacimiento de un bebé generan muchos miedos, dudas e inseguridades que hay que tratar para procurar el bienestar de la madre, de su pareja y del recién nacido,¹³.

Para asumir con mayor seguridad y conocimiento este nuevo rol de madre, la mujer y su pareja requieren de la ayuda y la guía del personal de salud y de la familia. En tal sentido cuando el parto se da en un establecimiento de salud, es responsabilidad directa del profesional de enfermería preparar a las madres para el cuidado del recién nacido en el hogar, a fin de garantizar el óptimo crecimiento y desarrollo en esta etapa vulnerable del ser humano. Para empezar, preparación es la acción y efecto de preparar o prepararse; en tanto que preparar proviene del latín “preparare” y significa prevenir, disponer o hacer algo con alguna finalidad,¹⁴.

Para fines de esta investigación la preparación consistió en el proceso de enseñanza constituido por el conjunto de acciones que el profesional de enfermería realiza con la madre, la familia, para y con el recién nacido durante la hospitalización, con la finalidad de entrenarlos para el cuidado en el hogar. Esta preparación se brinda en el periodo inmediato del neonato y del puerperio. Entendiéndose a este último como el periodo que abarca las 24 horas post parto. Esta etapa requirió de adaptación a la nueva situación que representa la crianza, el inicio de responsabilidades como madre o padre y la asunción de nuevos roles. Gutman (2006),¹⁵ lo define como “...una apertura del alma. Un abismo. Una iniciación”.

La preparación para el nacimiento es una realidad que, hoy en día, desde la atención primaria, se desarrolla de forma diferente según las tradiciones de cada institución o de los profesionales de la salud. Sin embargo, existe una demanda explícita de adecuar los programas y los recursos a la realidad actual y a las necesidades emergentes, así como de garantizar la formación en todos los ámbitos de los cuales se derivan necesidades, es decir, desde las dimensiones emocional, cognitiva, física y social, ¹⁵ Al nacer, los cuidados ofrecidos por enfermería y por la madre para lograr la transición y la adaptación al medio extrauterino es decisiva para que el nuevo ser, dé todo su potencial, tanto en su modo físico, como en el psicosocial (autoconcepto, rol e interdependencia), de tal forma que procure continuidad a sus procesos de supervivencia, crecimiento y desarrollo hacia un ser maduro, ¹.

Así, “cuidado” para Waldow, ¹⁶ es más que una simple actividad de curar, el cuidado es una forma de expresión, de relación con el otro ser con el mundo, como una forma de vivir plenamente de modo informal o rudimentario. El cuidar se inicia de dos formas: como un modo de sobrevivencia y como una expresión de interés y cariño en relación con otro ser, por tanto, relacional. Las personas se relacionan en una forma y promueven el crecimiento y el bienestar de los otros, en tal sentido el profesional de enfermería siempre está en constante interrelación con la persona que cuida y sus familiares, promoviendo el autocuidado.

En tanto que, para Orem, citado por Marriner, ¹⁷ el cuidado es “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”. Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Las investigadoras aseveran que el cuidado visto desde la interacción humana, se debe asumir como un valor, como un imperativo moral, que deriva de una conciencia de lo que ello significa para cada uno. Así proyectar el cuidado, implica para la enfermería el compromiso de asumir la salud como un activo social y político, como un bien deseable, y no sólo como ausencia de enfermedad o como control de factores de riesgo. La intervención oportuna del cuidado de la enfermera, contribuye a minimizar los riesgos futuros de salud del neonato mediante el trato humano y la educación para la salud de la madre y/o familia durante el periodo inmediato y mediato del recién nacido.

Es a partir de este concepto que podemos afirmar que el cuidado continuado se refiere a las intervenciones integradas tanto en salud como en lo social, que tienen como objetivo el estado saludable del recién nacido, la promoción de la autonomía y la mejora de la funcionalidad de la persona dependiente, a través de su rehabilitación, y la reinserción familiar y social,¹⁸ Así, cuidado continuado en el hogar se refiere al conjunto de cuidados que brinda la madre y/o familia al RN, en el mismo entorno donde el binomio madre – hijo convive día a día, una vez dado de alta.

En las etapas iniciales del ciclo vital del hombre, solo los miembros de la familia y en especial la madre pueden asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo del RN. Entendiéndose a este como todo RN único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor a 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología,⁵.

Para fines de la presente investigación, el recién nacido sano o normal, fue aquella persona nacida a término en un establecimiento del primer nivel de atención de salud, producto de un parto eutócico, o distócico, con peso mayor o igual a 2500 gr, que permaneció en observación durante las 24 horas post parto y que luego fue dado de alta junto a su madre.

La OMS en el 2005 señala que “el principio central para el desarrollo de programas de salud materna neonatal e infantil debiera ser el “continuo de atención”, con dos significados, primero que la atención o cuidado debe ser provista como un continuo a lo largo del ciclo de la vida, incluyendo la adolescencia, la gestación, el nacimiento y la niñez; y segundo que esta atención debe proporcionarse en un continuo perfecto que se extiende en el hogar, la comunidad, el centro de salud y el hospital”,¹⁹.

En tanto que la Norma Técnica de Salud para la atención integral neonatal del MINSA,⁵ establece como una disposición específica, en el componente de prestación de la atención neonatal en alojamiento conjunto, que el personal responsable de la atención, en este caso el profesional de enfermería, debe brindar cuidados integrales básicos al neonato, con la participación activa de la madre y la familia, dentro del ambiente hospitalario; estimulando el fortalecimiento el vínculo familiar, apoyando los procesos fisiológicos de adaptación neonatal durante los primeros días post nacimiento y brindando información a la madre y familia sobre los cuidados del neonato, así como la identificación oportuna de signos de alarma para la atención correspondiente.

Así mismo, establece realizar actividades de información, educación y comunicación a la madre, orientarla durante su permanencia en la institución de salud y brindarle información sobre lactancia materna exclusiva, técnica de lavado de manos, higiene del recién nacido e identificación de signos de alarma en el periodo neonatal, así como los cuidados del niño/a, inmunizaciones, pautas de crianza y la importancia del control de crecimiento y desarrollo. Esto con la finalidad de entrenar a los padres, particularmente a la madre, para el cuidado continuado en el hogar.

Al igual que el adulto, el RN tiene necesidades básicas, las cuales son indispensables en esta etapa del ciclo vital, ya que de la satisfacción de las mismas depende no solo el bienestar del neonato, sino su vida, y más aún

porque se encuentra en una etapa de total dependencia de los demás para la satisfacción de sus necesidades propias de su edad.

Al respecto, Maslow, ²⁰ en su teoría de las necesidades humanas plantea cinco categorías, las cuales están ligadas a las necesidades del primer ciclo de vida y por ende a los cuidados del recién nacido. En este caso, toda persona necesita satisfacer las cinco categorías: Necesidades fisiológicas como respirar, comer, eliminar; necesidad de seguridad; necesidad de amor y pertenencia; necesidad de estima; necesidad de autorrealización a través de la expresión por medio del llanto.

Compete al profesional de enfermería brindar información a la madre y familia previa al alta neonatal, sobre la importancia de la satisfacción de las necesidades antes mencionadas, con la finalidad de lograr que la madre esté preparada para ofrecer los cuidados al recién nacido como son: alimentación en base a lactancia materna exclusiva, higiene, termorregulación, afecto, sueño, prevención de accidentes para reconocer oportunamente signos de alarma y los factores determinantes en el bienestar del recién nacido, ²⁰.

Como en el presente estudio, se abordaron las percepciones de las madres sobre la preparación para el cuidado continuado en el hogar del recién nacido, es necesario conceptualizar dicho término. Así tenemos que percepción es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. La percepción es la representación de la realidad en cada ser humano. Es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos. Aunque uno presupone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetre en su medio perceptual, ²¹.

Así King, define que la percepción es el proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la

memoria. Es un proceso de transacciones humanas con el medio ambiente. Le da sentido a las experiencias del individuo, representa su imagen de la realidad, e influye en su conducta. Una percepción se relaciona con experiencias pasadas, con el concepto de uno mismo (del yo), con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos,²¹ Para las investigadoras, la percepción estuvo constituida por el conjunto de sensaciones captadas por las madres a través de los sentidos de la vista y el oído sobre el cuidado enfermero que recibió el binomio madre-niño, dirigidos a la preparación para el alta y que fueron expresados en forma de opiniones, juicios, sentimientos y vivencias, todo lo cual permitió caracterizarla como el proceso de preparación para el cuidado del RN en el hogar.

La percepción es subjetiva, personal y selectiva en cada persona. Es selectiva porque cada uno permite que entre algún estímulo del medio ambiente. Sus experiencias varían en relaciones espaciales-temporales, en la integridad del sistema nervioso y/o alteraciones en él, en el nivel de desarrollo individual y en el contexto o situación en la que dichas experiencias se experimentan. Por tanto, uno no puede suponer que cada persona, en alguna situación en especial, perciba los acontecimientos de manera similar. Las percepciones se basan en las experiencias pasadas, que las hacen excepcionalmente personales, hasta que se comunican con otros.² Del mismo modo se conoce, que en toda percepción concurren una serie de eventos y datos dispares que necesitan ser estructurados para poder obtener una información del mundo real. Entre estos elementos se distinguen tres principales,²².

En primer lugar, tenemos la recepción sensorial, donde la base de la percepción es la recepción proveniente de los sentidos. Sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no nos llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas, es decir una percepción. Lo mismo pasa con las

madres, para ellas lo más importante es su recién nacido y por ende los cuidados que puedan darles. Por eso usan todos sus sentidos para aprender y conocer todo lo que el personal de salud les enseñe durante la hospitalización. Sin embargo, no siempre se llegan a dar estos momentos y muchas veces las madres buscan ayuda y consejos de sus madres o sus familiares ante las dificultades que se presentan en el cuidado del recién nacido en el hogar, ello ante la falta de preparación para el cuidado continuado.

Luego, tenemos la estructura simbólica, debido a ello la percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación. En tal sentido, para las madres los cuidados del recién nacido siempre tendrán una gran significancia, por el amor que toda madre profesa instintivamente a su hijo. Por ello, el profesional de enfermería debe aprovechar todo momento de interacción con el binomio, para enseñar de manera demostrativa a la madre acerca de los cuidados, con el fin de prepararlas para el cuidado en el hogar, aprovechando este elemento de la percepción, considerando, además, que las personas aprenden mejor haciendo, que viendo o escuchando.

Finalmente, tenemos a los elementos emocionales, en este caso, es posible que muchas de nuestras percepciones nos dejen indiferentes, pero la mayoría de ellas van íntimamente ligadas a procesos emocionales, dando lugar a sentimientos o emociones agradables o desagradables, ²⁰ Al recibir la madre en sus brazos a su RN, el cúmulo de emociones que esta pueda sentir es totalmente indescriptible, surgen muchos procesos emocionales, unos ligados a otros y por ende, en este caso, la mayoría de esos sentimientos y emociones son netamente agradables y positivos, por tanto favorecedores de un aprendizaje significativo que todo profesional de enfermería debe aprovechar al máximo durante la hospitalización, pues es en este momento donde hay una disminución de la ansiedad y de la intensidad de las emociones. A medida que estas se atenúan, aumenta la confianza en su capacidad para cuidar al niño. Los padres aún no han llegado a una

adaptación completa, pero demuestran gran interés por aprender rutinas de enfermería. Para las investigadoras, esta es la etapa ideal para reforzar la educación en este aspecto y para iniciar el plan de entrenamiento para el cuidado del recién nacido en el hogar.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cualitativa, supuso la recolección de datos de manera sistémica, buscándose develar el problema planteado. En este tipo de investigación se recalcó, sobre todo, en los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana y se trató de captar cada uno de estos aspectos en su totalidad y dentro del contexto de quienes lo viven,²³.

Los métodos cualitativos están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice o hace, observando a la persona en su vida cotidiana, escuchándoles hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen. El investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias,²⁴.

Se eligió este tipo de investigación porque permitió a las investigadoras develar de manera profunda y compleja la experiencia vivida desde la percepción de los sujetos inmersos en la realidad, en un contexto donde se desarrolla el fenómeno de manera natural.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

La investigación se abordó a través de la metodología estudio de caso, que utilizó el aporte de técnicas de evaluación y su análisis para reflexionar y debatir en torno a las características del objeto de estudio. Según Polit,²³ son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Las investigadoras intentaron analizar y comprender los fenómenos más importantes en torno a la preparación para el cuidado de recién nacido en el hogar.

Este método fue de gran importancia porque permitió generar una imagen completa en torno al objeto de investigación, considerándolo como

una entidad holística, cuyos atributos podemos entender en su totalidad, solamente en el momento en que examinamos todos simultáneamente.

Por ser un estudio de caso se tuvo en cuenta las características planteadas por Menga Ludke y André citado por Bernal,²⁵.

El estudio de caso se caracteriza por “dirigirse al descubrimiento”. Las investigadoras empezaron el estudio con algunos supuestos teóricos iniciales, manteniéndose atentas a nuevos elementos que surgieron como importantes durante el estudio y que permitieron que este tenga relación con los sujetos de estudio. Además, fue importante registrar cada dato manifestado por las madres y analizarlo dentro del contexto en el que se realizó la preparación para el cuidado del recién nacido.

Los estudios de caso enfatizan “la interpretación en el contexto”. Un principio básico de este tipo de estudio señala que para una comprensión más completa del objeto es preciso tener en cuenta el contexto en que él se sitúa. En este caso, la investigación se realizó en un establecimiento de salud de primer nivel de atención, perteneciente a la Red de Salud Chiclayo de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, del MINSA, que cuenta con el servicio de materno infantil las 24 horas del día. En él, la enfermera labora en turnos diurnos de seis horas y nocturnos de 12 horas y los recién nacidos permanecen junto a sus madres durante 24 horas en observación, tiempo con el que cuenta el profesional de enfermería para preparar a la madre para el cuidado continuado en el hogar.

El estudio de caso “busca retratar la realidad en forma compleja y profunda”. Durante la investigación se dio a conocer las dimensiones presentes en torno al fenómeno en estudio, enfocándolo como un todo y evidenciando las interrelaciones entre sus componentes. Para dar cumplimiento a este principio, las investigadoras se centraron en realizar un análisis profundo de la situación, partiendo del conocimiento adquirido de

estudios similares, lo que permitió apreciar la riqueza de las manifestaciones brindadas por las madres, generando una confrontación minuciosa con todo lo anteriormente mencionado en la situación problemática.

Los estudios de caso “revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales”. En este estudio se tomó en cuenta todas las percepciones acerca del proceso de preparación que cumplen las enfermeras responsables del servicio de materno infantil de un establecimiento de salud del primer nivel de atención, dirigidos a la preparación de las madres para el cuidado del recién nacido en el hogar, con la finalidad de reflexionar de manera profunda sobre el fenómeno en estudio. Así mismo, para cumplir con este principio, las investigadoras han realizado una descripción minuciosa del escenario y una caracterización de los sujetos que participaron del estudio a fin de lograr la generalización naturalística en otra realidad que presente características similares al escenario donde se realizó la investigación.

Los estudios de caso “procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social”. Cuando el objeto o situación estudiados suscitaban opiniones diferentes, las investigadoras procuraron traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista, a fin de develar el fenómeno, tal cual se da en la realidad.

Los relatos del estudio de caso “utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatorios de investigación”. En esta investigación se utilizó un lenguaje sencillo y claro, accesible al lector, a fin de facilitar la comunicación y su entendimiento.

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta las fases propuestas por Nisbet e Walt, citado por Ludke,²⁶ Siendo la primera fase abierta o exploratoria; la segunda, más sistemática en término de recolección de datos; y la tercera correspondió al análisis e interpretación de datos y la elaboración

del informe. Estas tres fases se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que las separa.

Fase exploratoria o abierta: El estudio de caso comenzó con un plan muy incipiente, que se fue delineando más claramente en la medida en que se desarrolló el estudio. En este sentido, se partió de algunos cuestionamientos que las investigadoras se han planteado a partir de la realidad observada durante sus prácticas clínicas pre profesionales, pues consideraron aspectos críticos del quehacer cotidiano del profesional de enfermería en el servicio de materno infantil. Estas preguntas o puntos críticos iniciales se examinaron con la literatura pertinente, como lo es la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Neonatal del MINSA, ente rector del sector salud de donde emanan todas las normativas que rigen el sector salud y que se presume que dan respuesta a todas las necesidades de la población.

Fase sistemática o de delimitación del estudio: Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, las investigadoras procedieron a recolectar sistemáticamente la información, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, elegidas según las características propias del objeto estudiado. La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho de que nunca será posible explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado.

La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos fueron cruciales para lograr los propósitos del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada. En esta fase se procedió a recolectar la información necesaria, de manera sistemática, mediante una entrevista semiestructurada a profundidad, dirigida a la madre.

El análisis sistemático y la elaboración del informe: Ya en la fase exploratoria del estudio surge la necesidad de unir la información, analizarla

y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre las relevancias e importancia de lo que se ha relatado. En esta fase, una vez recolectada la información sobre el objeto de estudio, se llevó a cabo el análisis temático, lo que permitió una mejor comprensión del discurso; luego se identificaron los temas, estableciéndose las categorías y subcategorías, para finalmente elaborar un informe sistematizado según las normas de la Escuela de Enfermería de la USAT. Las investigadoras recolectaron toda la información brindada por las madres haciendo un análisis de todo lo dicho sobre el objeto de estudio.

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de investigación estuvieron constituidos por las madres, el número de participantes fueron 8 madres, quienes cumplieron con ciertos criterios de selección, a fin de contar con una muestra homogénea y dar cumplimiento así a un principio de rigor metodológico. En tal sentido, se entrevistó a madres de recién nacidos que se encontraban en condición de alta el día de la entrevista y que decidieron participar voluntariamente en la investigación. Fueron excluidas del estudio, las madres que registraron en la historia clínica algún problema psiquiátrico: trastornos obsesivos compulsivos, psicosis puerperal y depresión postparto y que su recién nacido haya sido referido a otro establecimiento de mayor complejidad por alguna complicación; sin embargo no se encontró ningún caso de madres con problema psiquiátrico, pero sí hubo un caso de un RN, que fue referido al HRDLM por presentar hipoglicemia.

El 38% de las madres oscilaron entre 20- 29 años de edad, 50% entre 30 – 39 años y el 12% entre 40- 49 años. Por otro lado, según el grado de instrucción, el 37.5% tuvo estudios de secundaria incompleta, el 12.5% primaria completa, el 37.5% secundaria completa y el 12.5% superior completa. Y por último el 12.5% de las madres fueron primigestas, el 87.5% restante fue multigesta, teniendo entre 2 y 5 hijos. Según la procedencia, el 50% pertenecieron al departamento de Lambayeque, el 37.5% pertenecieron

al departamento de Cajamarca, y el 12.5% pertenecieron al departamento de Lima.

2.4 ESCENARIO

Entendiéndose el escenario como el lugar de emplazamiento en el que el investigador se sitúa como descubridor del fenómeno en estudio, en el presente estudio se tuvo como escenario el Centro de Salud Fernando Carbajal Segura “El Bosque” del distrito de La Victoria. Este se creó bajo la iniciativa de un grupo humano dedicado a la labor social como es el Rotary Club Chiclayo Sur, quienes brindan su apoyo para la construcción inicialmente del puesto de salud. De esta manera, el establecimiento inició oficialmente sus labores en 1987, con solo 6 trabajadores. Por los años 2000 – 2002 la institución se convierte en CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) “El Bosque”, con Resolución Directoral N° 1743, el 1º de octubre del año 2002.

Dicho establecimiento pertenece al primer nivel de atención de salud del MINSA, con la categoría I-4. En la actualidad, el centro de salud atiende una población de 20450 personas. Con el transcurrir del tiempo, la población fue creciendo y se creó el Centro Materno Infantil en el año 1999, empezándose de esta manera a atender partos institucionales. En dicho servicio laboran 5 enfermeras, 8 obstetras y 1 técnico de enfermería, atendándose en promedio de 30 – 35 partos al mes. El Centro Materno cuenta con la siguiente estructura: 1 tópico de emergencias, donde reciben a las gestantes en trabajo de parto, 1 sala de dilatación, donde permanecen las gestantes hasta el momento en que pasan a la sala de partos y 1 sala de alojamiento conjunto con 6 camas para hospitalización postparto.

Durante la recolección de datos se evidenció que el área de alojamiento conjunto consta de un ambiente de aproximadamente 6 x 5m, con buena iluminación, no presenta ventanas y hay muy poca ventilación, también se observó que todas las camas cuentan con un velador para guardar sus

pertenencias. Algunos afiches cuelgan de las paredes del ambiente, informan sobre lactancia materna exclusiva y también sobre vacunas. Este es el ambiente donde el profesional de enfermería realiza la preparación para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recolectaron mediante la técnica de la entrevista semiestructurada. Al respecto Burns, ²⁷ refiere que es un formato que acostumbra a no ser limitado de antemano. Consta de preguntas dirigidas que cambian a medida que el investigador aumenta sus evidencias a partir de entrevistas previas y observaciones.

Este tipo de entrevista siempre procura sacar a flote las impresiones importantes pero no son dirigidas por el investigador. Durante las entrevistas para los estudios cualitativos, el entrevistador y el entrevistado están activamente comprometidos en la construcción de una visión del mundo. El objetivo del investigador fue obtener una idea profunda de las experiencias de los participantes. Las estrategias utilizadas para registrar la información de las entrevistas fueron: tomar notas durante la entrevista, escribir notas detalladas después de esta o registrar la entrevista en un grabador de voz.

El investigador utilizó una serie de materias o preguntas que debió abordar con cada uno de los sujetos en estudio. El cometido del entrevistador fue motivar a los participantes a expresarse con libertad acerca de todos los temas de la guía, registrándose las respuestas en una grabadora.

La entrevista semiestructurada facilitó obtener datos más precisos respecto a la preparación para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar, desde la misma perspectiva de las madres, que viven dicha experiencia de manera diferente, construyendo sus propios significados, de acuerdo a lo vivido. Es una técnica personal que permitió la recolección de información a

profundidad, donde el informante expresó o compartió oralmente su saber (opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes respecto al tema en estudio) por medio de una relación interpersonal con el investigador.

La entrevista a las madres (anexo N° 01) se realizó en el Centro de Salud, en un ambiente privado, para evitar que las informantes se sientan cohibidas y puedan verter todas sus vivencias. El tiempo fue en promedio 20 minutos, fueron grabadas mediante un grabador de voz en cintas magnéticas y posteriormente fueron transcritas por las investigadoras para su posterior análisis y tratamiento.

Antes de la aplicación, la entrevista fue validada mediante juicio de expertos. Consistió en someterla a una revisión de tres profesionales de enfermería con experiencia en la línea de investigación, dos enfermeros que laboran en el área de materno infantil por más de cinco años, expertos en la temática y un enfermero experto en el método de estudio de casos. Luego de ello, se realizó una prueba piloto, que consistió en entrevistar a dos sujetos en un escenario con características similares al de la investigación, con la finalidad de comprobar que las preguntas establecidas en el instrumento eran entendidas y las respuestas respondían al objeto de estudio. Luego de ello se reformularon las preguntas que no cumplieron con este criterio.

Cabe resaltar que en el proceso de recolección de datos se generaron algunas dificultades ya que al inicio las entrevistas se realizaron en el Centro de Salud, pero para mayor libertad de expresión de las púerperas se decidió realizar las entrevistas en la comodidad de su domicilio, tratando, de esta forma, de recolectar la mayor cantidad de información pertinente. Ello generó algunos obstáculos para las investigadoras, ya que al acudir a los domicilios pudimos evidenciar que muchas veces las direcciones que se consignaban en las historias clínicas del establecimiento de salud, no eran los domicilios verdaderos de las madres, lo cual creó una gran dificultad para la recolección de datos. Por otro lado, algunas de ellas no retornaban a los

hogares maritales, sino a los domicilios de los padres para ser atendidas tanto ellas como el recién nacido, lo que alargó el periodo de recolección de datos, que inicialmente estuvo estimado en dos meses: marzo – abril, finalmente se culminó esta etapa a fines de mayo.

2.6 PROCEDIMIENTO

En primer lugar se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería; en seguida, se presentó al Comité Metodológico de dicha escuela para las sugerencias del caso; luego se presentó un ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para su aprobación. Una vez aprobado el proyecto, se procedió a solicitar el permiso respectivo a la Gerencia del Centro de Salud el Bosque- La Victoria y para ello se presentó una solicitud enviada por la escuela en mención, adjuntando un ejemplar del proyecto más un CD.

En seguida se hizo una inmersión inicial en el escenario, a fin de tener n primer contacto con las madres que cumplían con los criterios de inclusión, estableciendo con ellos la fecha, hora y lugar para la entrevista. Previamente se les presentó la hoja informativa (anexo N° 02) y se hizo firmar el consentimiento informado (anexo N° 03). Se regresó al escenario cuantas veces fue necesario hasta completar el tamaño de la muestra, las misma que se estableció teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia. La transcripción de las entrevista se hizo después de realizada cada una de ellas, a fin de mejorar el proceso de recolección de datos de manera inmediata. Así mismo, para dar mayor validez a los resultados, una vez transcritas las entrevistas, fueron presentadas a los sujetos, para corroborar si estaban de acuerdo con lo manifestado o deseaban agregar o cambiar algunos relatos.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS:

Para el análisis de datos se aplicó el análisis de contenido, que es una técnica para estudiar y analizar la comunicación, este análisis busca la

sistematización y la objetividad. Es una forma útil de analizar la personalidad de alguien, evaluar sus escritos, indagar sobre sus preocupaciones y compenetrarse en los valores de la cultura. Busca analizar mensajes, rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos, ²⁸.

En la presente investigación se aplicó el análisis de contenido porque va más allá de la descripción, ya que permite captar y evaluar los relatos obtenidos durante las entrevistas. El análisis de contenido que se realizó en la investigación, comprende tres etapas:

Pre análisis: es la fase que corresponde al periodo de intuiciones, con el objetivo de operacionalizar y sistematizar las ideas iniciales, para poder llegar a un sistema preciso de desarrollo de las operaciones sucesivas y a un plan de análisis. Se trata de realizar la lectura superficial del material, se pretende elegir los documentos que van a someterse a análisis. En esta fase las investigadoras hicieron uso de las entrevistas, con la finalidad de abstraer los datos más relevantes y para ello realizaron la lectura superficial de los relatos, logrando la familiarización de las investigadoras con el contenido. Esto permitió tener una idea general de los resultados y establecer una posible esquematización de los mismos.

Codificación: Se refiere al proceso de clasificación de datos en torno a ideas y reglas, temas y conceptos que fueron emergiendo de la lectura del propio material de estudio. Es el proceso por el cual los datos brutos son transformados sistemáticamente en unidades que permiten una descripción precisa de las características pertinentes del contenido.

Las investigadoras realizaron una transformación del material original a los datos útiles, es decir, se fragmentaron los textos catalogando los elementos de tal manera que los datos que se obtuvieron del “emic” se convirtieron en un lenguaje del “etic” (anexo 04), con la finalidad de alcanzar, los fines de la investigación.

Categorización: Es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género a partir de criterios previamente definidos, en base a la literatura consultada. Las investigadoras agruparon las unidades seleccionadas por similitud en cuanto a su significado (anexo 05), estableciendo conexiones entre las mismas, contrastando la realidad con otras literaturas y con el punto de vista de las investigadoras. (Anexo N° 06).

2.8 CRITERIOS ÉTICOS:

Durante el desarrollo de toda la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos, ²⁹.

Principio de respeto a la dignidad humana: Significa que los participantes tuvieron libertad para conducir sus propias acciones, incluyendo su participación voluntaria en el estudio, en la culminación de la misma en cualquier momento o de rehusarse a dar información (autodeterminación).

Principio de confidencialidad: Se aseguró a los participantes que su privacidad estaba protegida en todo momento, lo cual se logró a través del anonimato y para ello se usó la inicial de la palabra Madre (M) acompañada de un número natural entero (1 – 8). Se tuvo presente también que los informes proporcionados no fueron divulgados públicamente de manera que puedan ser identificados y de que dicha información no quedó a exposición de terceros, excepto, de quienes están implicados en el estudio. Cabe resaltar que solo se publicará los resultados generales en forma de algún artículo científico, respetando la privacidad de los sujetos.

Principio de consentimiento informado: Supone que los participantes contaron con información adecuada y oportuna respecto a la investigación, que fueron capaces de comprenderla, el cual les permitió aceptar o declinar

libremente su participación en la investigación. Los sujetos de estudio conocieron detalladamente la naturaleza de la investigación, los procedimientos que se utilizaron para obtener la información, los derechos de los cuales gozaron, los riesgos y los beneficios; de tal forma que les permitió adoptar decisiones informadas (información completa) y para ellos se les proporcionó una hoja informativa.

Luego se les hizo firmar el consentimiento informado que garantizó su participación en esta investigación, manifestándoles que la información expuesta fue solamente de conocimiento de las investigadoras quienes garantizaron el secreto y respeto a su privacidad. Del mismo modo se solicitó el permiso para la publicación de los resultados en una revista científica, finalmente la base de datos que se obtuvo, será eliminada.

2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO:

En el estudio se tuvo en cuenta los siguientes principios de rigor científico,³⁰.

La credibilidad, la presente investigación merece credibilidad puesto que todo lo que se expone está sustentado con base científica, además porque los datos se recolectaron de los sujetos involucrados en el fenómeno en estudio: las madres inmersas en el proceso de preparación para el cuidado del recién nacido sano en el hogar. Además, la credibilidad se puso en práctica desde la recepción de los datos, ya que estos se tomaron lo más exacto posible mediante un grabador de voz; también se evidenció el uso de la credibilidad cuando se hizo de conocimiento a los sujetos de estudio sobre la investigación para verificar su contenido.

La auditabilidad, o también llamada confirmabilidad. Se refiere a la habilidad del investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello se hizo necesario un registro detallado y completo de las decisiones y los pasos que las investigadoras siguieron en relación con

el estudio. Mediante este criterio se conseguirá que la investigación sea utilizada como antecedente para otros trabajos de investigación, el cual se logrará mediante las consideraciones finales y recomendaciones, y de esta manera contribuir con el desarrollo de la línea de investigación Enfermería y Sociedad.

Transferibilidad o aplicabilidad: Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados a otras poblaciones, tratándose de examinar qué tanto se ajustan los resultados en otros contextos, el mismo que será determinado por el lector; en tal sentido en el presente informe se describen los sujetos y el escenario de investigación minuciosamente, de modo que permita una comparación con otro contexto diferente en el que se realizó la investigación, con el fin de lograr la generalización naturalística.

III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El tener un hijo es el periodo más hermoso por el que puede pasar una mujer, pero también es un periodo de aprendizaje. Por tanto, la educación que la enfermera pueda brindarle a la madre es de vital importancia para el cuidado del recién nacido así como el mantenimiento de la salud del mismo en el hogar.

Por ello, fue importante reflexionar sobre la preparación que las enfermeras brindan a las madres de los recién nacidos que se encuentran hospitalizados durante 24 horas en el Servicio Materno Infantil del Centro de Salud “El Bosque”, juicio hecho desde la perspectiva de las madres involucradas en dicho fenómeno.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis de los datos, conseguidos mediante la técnica de la entrevista aplicada a las madres que cumplieron con los criterios de inclusión, lo que permitió identificar cómo se desarrolla el proceso de preparación durante la hospitalización para el cuidado del recién nacido en el hogar. Los datos fueron recolectados durante los meses de marzo a mayo del 2014, algunos se realizaron en las instalaciones del Centro Materno Infantil y otros en el domicilio de las madres, lo que garantizó la libre expresión de sus percepciones respecto al objeto de estudio.

Es importante señalar el camino que las investigadoras siguieron para develar las categorías que se presentarán a continuación. Una vez transcritas las entrevistas se procedió a extraer las unidades textuales por áreas temáticas; luego se identificó los elementos de significado; en seguida se hizo la agrupación por convergencia de indicadores lo que constituyó las categorías empíricas, las cuales se confrontaron con el referencial teórico y como resultado final se obtuvieron las categorías de estudio, tratando de responder al objeto y a los objetivos del estudio de caso.

Categoría I: Percepciones de la madre respecto a la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar

Categoría II: Participación interactiva v/s participación pasiva madre-enfermera en la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar.

Categoría III: Temas, métodos y técnicas de enseñanza brindados por la enfermera durante la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar.

Categoría IV: Percepciones sobre las limitaciones en el proceso de preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar.

CATEGORÍA I: Percepciones de la madre respecto a la preparación para el cuidado del recién nacido.

La percepción es la representación de la realidad en cada ser humano. Es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos, ²¹ Por ello, las percepciones que las personas se forman son individuales y están determinadas por múltiples factores tanto internos como externos. Así, al realizar este estudio se develaron diferentes percepciones, unas coincidentes y otras contradictorias, lo que refleja la complejidad del fenómeno estudiado.

Además, la percepción es subjetiva, personal y selectiva en cada persona. Las percepciones son selectivas ya que cada individuo permite que entre algún estímulo del medio ambiente. Sus experiencias varían en relaciones espaciales-temporales, en la integridad del sistema nervioso o alteraciones del mismo, en el nivel de desarrollo individual y en el contexto o situación en la cual se experimentan. Por tanto, uno no puede suponer que cada persona en alguna situación en especial, perciba los acontecimientos de

manera similar. Las percepciones se basan en las experiencias pasadas que las hacen excepcionalmente personales, hasta que se comunican con otros, ²¹.

Se sabe que la percepción es el proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria. Es un proceso de transacciones humanas con el medio ambiente. Le da sentido a las experiencias del individuo, representa su imagen de la realidad e influye en su conducta. Una percepción se relaciona con experiencias pasadas, con el concepto de uno mismo (del yo), con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos, ²¹.

La percepción es el proceso individual de cada madre con respecto a la información que recibe de la enfermera sobre los cuidados de su recién nacido, atendido en el Centro Materno “El Bosque”. En él intervienen no solo la forma cómo se percibe este proceso de preparación, sino las experiencias pasadas, a ello se agrega que en ocasiones recurren a los consejos familiares, impregnados de muchas creencias culturales. Por tanto, en esta investigación se ha tratado de recabar la información acerca de los cuidados que brinda la enfermera durante la hospitalización del recién nacido.

En este sentido, la preparación consistió en el proceso de enseñanza constituido por el conjunto de acciones que el profesional de enfermería realiza con la madre y la familia y con el recién nacido durante la hospitalización, con la finalidad de entrenarlos para el cuidado en el hogar. Esta preparación se dio en el periodo inmediato del neonato y del puerperio.

Si hablamos de maternidad, esta es considerada como la experiencia más importante en la vida de la mujer y ella es la gran responsable de brindar los cuidados a su recién nacido. Esta etapa es la más satisfactoria, incluso, la más gozosa de su vida y el camino al reconocimiento social. Es a través del rol de madre que ella funda una familia de la cual es el centro; por tanto, toda ayuda que la enfermera brinde para asumir este rol maternal durante la

preparación para el alta, es de vital importancia para garantizar el cuidado continuado en el hogar.

En la presente investigación, la percepción estuvo constituida por el conjunto de sensaciones captadas por las madres a través de los sentidos de la vista y el oído sobre el cuidado enfermero que recibió el binomio madre-niño, dirigidos a la preparación para el alta y que fueron expresados en forma de opiniones, juicios, sentimientos y vivencias, que permitieron caracterizar como es el proceso de preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar.

En un primer momento estas percepciones fueron expresadas como buenas o positivas, porque permitieron una preparación adecuada, comprensible y oportuna a sus necesidades educativas, tal como se vislumbra en los siguientes relatos:

“...yo pienso que la preparación está bien, porque si las enfermeras no nos brindaran una información adecuada, nosotras no supiéramos cómo cuidar a nuestros bebés...” M5

“...Yo creo que la preparación fue buena, porque me educó en los diferentes cuidados que debo tener con mi bebé...”M3

*“... Me educaron bien, porque quieren lo mejor para la salud de mi bebé, me aconsejaron qué cuidados debo tener con mi bebe para que no se enferme...”
M4*

Como podemos evidenciar, algunas madres poseen una percepción positiva de la educación que recibieron de la enfermera durante la hospitalización, manifestando que la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar es vital y que es la enfermera quien les brinda toda la información y educación necesarias para que ellas puedan desarrollar su maternidad sin dudas ni temores a fin que el recién nacido tenga una

adecuada adaptación al medio extrauterino y pueda desarrollar todo su potencial tanto físico como psicosocial.

Estos resultados coinciden con los de Navia, Castro, Ruiz,³² quienes en su estudio encontraron que el 85.7 % de los padres conocen cuáles son los cuidados que necesita su hijo y están relacionados con la alimentación, el aseo y confort del recién nacido, así como proporcionar la medicación y brindar afecto, junto con la realización del plan canguro. De este 85.7%, el 33.3 % recibió información de la persona encargada del plan canguro, otro 33.4% del médico y el 33.3% restante del personal de enfermería.

Cabe resaltar en el estudio de caso, que no todas las madres perciben este proceso de preparación como buena o positiva, ya que en contraposición a los discursos anteriormente presentados, encontramos algunas madres que afirmaron que no recibieron educación sobre los cuidados de su recién nacido durante la hospitalización, y que por el contrario, los cuidados que brindan a sus recién nacidos se dan en base a las experiencias previas y gracias a los consejos brindados por sus familiares.

Esto hace suponer que la enfermera no siempre prepara a las madres para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar como lo establece la normativa vigente. Por tanto, genera en ellas una percepción negativa que aparte de producir una desvalorización del rol educador de la enfermera, origina en las madres una serie de dudas y temores en torno al cuidado del neonato, teniendo que recurrir muchas veces a la familia para resolver sus dudas. Esta situación se percibe en las siguientes unidades de significado, extraídas de los relatos de las madres:

“...solo participé en la lactancia materna y en el cambio de pañal, nada más, sin embargo hay muchos cuidados que un recién nacido debe recibir, y eso no me enseñaron...” M2

“...En el centro de salud no lo bañaron a mi bebé, la enfermera no me explicó cómo debo de bañarlo en mi casa, ni tampoco me explicó acerca de la limpieza de los genitales, no me habló acerca de estimulación, ni en qué consiste...” M3

“...En los cuidados que me educaron fueron: en la lactancia materna y en el cambio de pañal, nada más... no lo bañaron en el centro de salud y tampoco me explicaron cómo tengo que hacerlo, ni cómo debo realizar la higiene de genitales en casa...” M7

El 12.5% de las madres entrevistadas manifestaron que recibieron algún tipo de preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar; en tanto que otras, ninguno. Lo cual refleja una necesidad inminente de establecer un plan de preparación para el alta desde el primer momento en que el binomio madre/niño se hospitaliza, a fin de garantizar el correcto cuidado en el hogar. También esta situación explicaría por qué algunos recién nacidos, que son dados de alta, reingresan al establecimiento de salud a los pocos días, por problemas diversos: dérmicos, onfalitis, problemas en la lactancia materna, y madres con muchas dudas en los cuidados del recién nacido.

Al respecto, Navia, Castro, Ruiz, ³² encontraron en su estudio que el 14.3% de los padres que respondieron la entrevista, no tienen conocimiento y nadie les ha explicado cuáles son los cuidados que necesita su hijo, situación preocupante pues el 100 % de los padres debería conocer los cuidados básicos que deben ofrecer a su hijo, más aún si es su primera experiencia como padres. El personal de enfermería debe ser el directamente encargado de ofrecer este tipo de información, pues es el responsable de brindar cuidado y es quien pasa la mayor parte del tiempo con el neonato y su familia.

En este sentido, las investigadoras afirman que de la preparación que las madres reciban durante la hospitalización, depende el éxito de los cuidados del recién nacido en el hogar. Por ello, es fundamental que el profesional de enfermería cumpla a cabalidad su rol educador, valorando las

necesidades educativas, los conocimientos previos y las costumbres asociadas al cumplimiento del rol maternal. Así, en base a esta experiencia establecer los contenidos educativos y las estrategias necesarias para definir los procesos educativos efectivos que permitan disminuir la diversidad de mitos y creencias sobre los cuidados del recién nacido, que se transmiten de generación en generación y que muchas veces son nocivos para el neonato.

El proceso de preparación implica una interrelación madre- enfermera activa y dinámica, la misma que se da durante las 24 horas que el binomio madre-niño se encuentra hospitalizado en el servicio de materno infantil. Sin embargo, muchas veces este proceso se da de manera unidireccional, en este caso la enfermera se dedica a brindar información y la madre mantiene un rol pasivo, ya que solo se dispone a recibir información verbal, exenta de demostraciones, de evaluación y retroalimentación de dicho proceso. Así es como surge la siguiente categoría.

CATEGORÍA II: Participación interactiva v/s participación pasiva madre-enfermera en la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar.

La Real Academia Española (RAE), ¹⁴ define la participación como la ‘acción y efecto de participar’; en esta definición, aparentemente simple, se encuentran tres conceptos que se deben analizar para su comprensión integral. Según la RAE la palabra participar significa ‘tomar parte de algo’, si se habla de acción, nos referimos “al ejercicio de hacer” y por el término efecto, se debe entender “aquello que sigue por virtud de una causa”, es decir, el fin para lo que se hace algo. Por lo anterior se puede decir que participación es un proceso, que incluye la posibilidad de hacer, al tomar parte de algo, con la finalidad de provocar una reacción, participar entonces debe ser comprendida como una causa y como una consecuencia.

En la presente investigación se evidenciaron dos tipos de participación: interactiva y pasiva, teniendo en cuenta la actitud tanto de la madre como de la enfermera.

La participación interactiva se da en forma adecuada cuando la persona está implicada en el aprendizaje de la sesión educativa. Esto supone un afán para adquirir conocimientos y habilidades, también mejora la oportunidad de la persona de tomar decisiones durante las sesiones educativas,³³

Mientras, por otro lado, la participación pasiva implica presenciar pero no interactuar de ninguna forma. En este caso, se observa cierta disposición voluntaria a tomar parte en actividades instruccionales. Como es hecho por todos, sin identificar compromisos específicos, la responsabilidad de lo ocurrido no es de una persona en particular, es de todos.

Por lo tanto, no resulta importante el estar o no acorde con las inquietudes, necesidades e intereses tanto individuales como colectivos, a menos que se perciba un evidente beneficio personal. En la participación pasiva el sujeto deja constancia de estar ahí como espectador, pues con su sola presencia convalida un acto, acción o hecho humano ya acordado por otras personas pero no se siente responsable de lo sucedido.

Algunas madres manifestaron que durante la hospitalización participaron de manera activa en los cuidados de su recién nacido, con la ayuda, orientación y acompañamiento de la enfermera, lo que permitió una mejor preparación para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar, tal como se refleja en los siguientes discursos:

“...Sí, participé de los cuidados, como la curación del muñón umbilical, en el cambio de pañal y también participé en la alimentación de mi bebé con lactancia materna, con asesoría y ayuda de la enfermera...” M8

“...La enfermera me hizo participar en algunos cuidados, como: la curación del muñón umbilical, evaluar la temperatura, la lactancia materna, cambio de pañal y en los cuidados después de la lactancia materna, como eliminar el eructo...”M6

“...Participé en la lactancia materna, cambiándola de ropa y pañal, cada vez que lo necesitaba y la enfermera me explicaba...”M3

Como podemos evidenciar en los discursos, el 37.5% de las madres refieren haber tenido una participación interactiva con la enfermera en el cuidado del recién nacido, lo cual garantiza la preparación para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar, ya que la madre aprende escuchando, viendo y haciendo junto con la enfermera, en un proceso de enseñanza-aprendizaje de ida y vuelta, que permite un crecimiento mutuo, en la que ambos aprenden, originándose una auténtica interrelación de cuidado.

Enseñar es un proceso interactivo que favorece el aprendizaje. Se compone de un grupo de acciones conscientes y deliberadas que ayudan a los individuos a adquirir nuevos conocimientos, cambiar de actitudes, adoptar nuevas conductas o desarrollar nuevas habilidades. La enfermera tiene la responsabilidad de enseñar a las personas, ella está encargada de ofrecer la información que las personas y sus familias necesitan, ³⁴.

Sin embargo, no todas las madres refirieron haber participado activamente en el proceso de preparación para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar, ya que en contraposición, el 50% de ellas alegan que la enfermera solo se dedicó a brindarles orientación de manera verbal y muchas veces grupal, sin detenerse a evaluar las necesidades educativas de cada madre y sin realizar la evaluación y la retroalimentación pertinentes, e incluso el 12.5% refirieron que no recibieron ningún tipo de preparación; esto se respalda con los siguientes discursos:

“...La enfermera nunca me explicó nada, todo lo que yo he aprendido, lo sé porque mi mamá me enseñó. Solo una vez vino una enfermera para decirme

que despierte a mi bebé y que le dé de lactar, pero en ningún momento me explicó la técnica de lactancia materna, no me explicaron nada... sobre la curación del muñón umbilical, el que me explicó fue el médico al momento del alta y mi mamá que estaba conmigo todo el tiempo, la enfermera no me brindó ninguna charla, ni tampoco información sobre el cuidado de mi bebé...”M7

“...Las enfermeras no me han hablado qué es la estimulación... No me explicaron cómo es el baño de un recién nacido, ni cómo medir la temperatura del agua, tampoco me explicaron de la limpieza de los genitales, será porque les dije que era mi quinto bebé, tal vez si hubiera sido madre primeriza quizás me hubieran explicado...”M2

Según lo anteriormente expuesto en los discursos de las madres, podemos decir que muchas veces la participación de ellas es pasiva, porque solo reciben información de la enfermera en forma unidireccional, ya que no se genera la confianza suficiente como para repreguntar y despejar las dudas que puedan existir en torno a los cuidados de un recién nacido; y en otros casos no se observa la relación de empatía que debe existir entre la enfermera y la madre, que propicie una comunicación efectiva y por tanto una interrelación de cuidado.

Al respecto, diversas investigaciones han demostrado que el cuidado proporcionado por la madre, mientras el recién nacido permanece hospitalizado, está ligado a un proceso de entrenamiento, formal o informal. Las madres aprenden sobre los cuidados, en especial la alimentación, higiene, abrigo adecuado y según el estado clínico del hijo, algunos cuidados especiales, que permite un entrenamiento adecuado y oportuno, que garantiza una buena transición del hospital al domicilio, donde el recién nacido depende al 100% de los cuidados de la madre y de la familia.

En tal sentido la participación de la madre es un pilar importante en el crecimiento y progreso del recién nacido tanto sano como enfermo. El hecho de que la madre participe de forma activa con la enfermera en el cuidado

integral de su recién nacido durante la hospitalización, favorece el vínculo afectivo madre/niño y la adquisición de habilidades y destrezas de la madre, para el cuidado continuado en el hogar.

La enfermera tiene la labor de educar a las madres que se encuentran en alojamiento conjunto, guiándolas, orientándolas y brindándoles toda la información necesaria para el cuidado del recién nacido en el hogar, es por ello que esta información debe ser oportuna y clara, además de responder a las necesidades educativas de las madres.

En dicho proceso de preparación, la enfermera aborda una variedad de contenidos educativos a la madre, los mismos que son brindados haciendo uso de múltiples herramientas educativas, siguiendo unos métodos y técnicas particulares. Esta situación se discute en la siguiente categoría.

CATEGORÍA III: Temas, métodos y técnicas de enseñanza brindados por la enfermera durante la preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar.

En el Centro de Salud “El Bosque”, la madre permanece en alojamiento conjunto 24 horas, tiempo en que la enfermera debe realizar las actividades de promoción de la salud, educándola sobre los cuidados del RN en el hogar, para que sus necesidades se vean satisfechas y las posibles complicaciones puedan detectarse y se resuelvan precozmente. Esto favorece la confianza de los padres con el equipo de salud y promueve una adecuada comunicación entre los padres y el profesional de enfermería.

Los primeros días son muy inestables para el recién nacido porque requiere de muchos cambios para la adaptación a la vida extrauterina. Se espera que el personal de enfermería brinde cuidados expertos y asuma la responsabilidad del cuidado del recién nacido, además de poner en práctica sus habilidades en la enseñanza y la comunicación con los padres,

capacitándolos para brindar los cuidados a su recién nacido en su hogar y estar atentos ante cualquier signo de alarma que presente, ³⁴.

Los enfermeros del área de materno infantil están presentes en un momento de alto tenor emocional para la familia, como es el nacimiento de un hijo. Esto constituye un privilegio y conlleva la responsabilidad profesional inherente al cuidado de esa familia en situación vulnerable, poniendo en juego todo el conocimiento y las habilidades para promover un vínculo saludable, hábitos seguros de crianza y cuidado de salud. Es una valiosa oportunidad de hacer visible y jerarquizar el rol educador del enfermero ante la comunidad. Desde el punto de vista sanitario, trabajar en la educación de las familias es una efectiva estrategia de promoción y prevención en salud, que impacta a largo plazo y trasciende en beneficios para la sociedad en su conjunto, ³⁵.

Los cuidados del recién nacido en el hogar son brindados por la madre y familia previa educación brindada por la enfermera durante la hospitalización y que son reforzados en el momento del alta. Una de las temáticas abordadas en dicho proceso de preparación, fue lactancia materna.

“...Además también me enseñó cómo debo darle de lactar y que debo despertarlo cada dos horas para darle de lactar...” M8

“...La enfermera me enseñó la manera de darle de lactar, la posición y como debo coger mi seno, cada que tiempo debo darle de lactar y que debo despertarla para que ella succione y se produzca la leche...” M1

“...La enfermera me enseñó cómo debo de darle de lactar, como realizar el lavado de manos antes de darle de lactar y lavar bien el pezón con agua hervida...” M4

Los discursos nos manifiestan que uno de los cuidados mejor instruidos ha sido la lactancia materna, ya que es el alimento único y primordial del recién nacido. Por eso, el profesional de enfermería se encargó de educar a la

madre sobre la adecuada técnica del amamantamiento, posiciones y frecuencia para que el RN tenga una buena alimentación y un buen aprovechamiento de la producción de leche.

Según el estudio de Cardozo, ³⁶ donde se evaluó el nivel de conocimientos brindados por la enfermera, el 74.2 % de las madres adolescentes conoce gracias a la educación brindada por la enfermera, que la lactancia materna es el alimento exclusivo para el recién nacido, el 25.8% restante no lo identifica como tal, encontrando respuestas como caldo de frijoles, verduras, frutas, yogurt, como alimento esencial para el recién nacido. Además, los resultados también manifiestan que es significativo encontrar cifras del 71% de madres adolescentes que conocen por el personal de enfermería la frecuencia de alimentación al recién nacido, la cual debe ser a libre demanda o entre 2 y 3 horas aproximadamente, para suplir los requerimientos nutricionales del recién nacido, lo cual puede sugerir que las madres que lactan al recién nacido, con esta frecuencia, le aseguren en gran medida una nutrición, crecimiento y desarrollo adecuados. Y en cuanto a técnica de amamantamiento y posiciones, solo el 32.3% de las madres adolescentes tienen conocimiento de las posiciones para amamantar a su recién nacido, gracias a la educación brindada por el personal de enfermería.

Es por eso que cuando la madre toma la decisión de amamantar es conveniente ofrecerles pautas claras y sencillas para favorecer la instauración de la lactancia y el amamantamiento eficaz. La leche materna es muy importante porque es la más segura e higiénica ya que el niño la toma directamente de su mamá, está disponible a toda hora y en cualquier lugar. El calostro es la primera leche materna que produce la mujer luego de que el RN nace, es un concentrado de nutrientes y anticuerpos que el RN debe recibir al nacer por la alta concentración de vitaminas y hierro de fácil absorción, además proporciona una óptima y sana nutrición, se digiere fácilmente y protege frente a numerosas enfermedades. Además, el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituyen una experiencia especial,

singular e intensa, existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es altamente beneficiosa para el RN y para la madre. No es recomendable contar los minutos ni limitar la duración de la toma porque esto puede impedir que el niño tome la leche que necesita. La duración de cada mamada es variable, se recomienda amamantar sin seguir horarios. Simplemente, cada vez que el RN busque o llore, se ofrece el pecho sin mirar el reloj.

Existen muchas posturas para dar de mamar, una buena posición permite al bebé un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para que se produzca la leche necesaria. Si la posición es sentada, la espalda debe estar recta, no recostada hacia atrás, manteniendo los pies bien apoyados en el suelo. Si la madre está acostada, conviene que el RN esté cerca del cuerpo de la madre, barriga con barriga, todo el cuerpo mirando al de la madre, no solo la cabeza. La madre del RN debe coger en forma de “C” el seno, ³⁵

La enfermera que labora en el Centro de Salud “El Bosque”, consciente de la importancia de la lactancia materna, aborda este tema en el proceso de preparación de la madre con mucho énfasis, toda vez que constituye una práctica saludable y natural para satisfacer las necesidades de alimentación del neonato mientras se encuentra hospitalizado, además de ayudar a la madre a asumir su rol maternal.

Otro tema que abordó la enfermera con las madres durante la hospitalización en alojamiento conjunto fue el baño e higiene de genitales. Sabemos que la higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido en el cuidado en el hogar, porque contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort. El baño e higiene de genitales es uno de los cuidados rutinarios que se le realizan al recién nacido para su limpieza y mejor bienestar. Cada madre debe tener la oportunidad de observar la demostración del baño y, si es posible, realizarlo, una vez que la enfermera efectúe la demostración y exponga las instrucciones necesarias, para evitar dificultades cuando el niño se incorpore a su hogar.

La enfermera debe convencer a la madre que el baño debe ser diario, la temperatura del agua debe ser la adecuada, entre 34 y 37° C (se puede comprobar introduciendo el dorso de la mano o codo), el aseo de genitales del RN debe ser todos los días después de la micción y la defecación. En las niñas, los genitales deben asearse separando los labios y limpiando con suavidad desde el área púbica hacia el ano. En los niños hay que retraer un poco el prepucio, lavar la punta del glande con agua tibia,³⁴ En tal sentido las madres en el estudio de caso, manifestaron lo siguiente:

“... La enfermera me dijo que debo bañarla diariamente en mi casa, aunque en el centro de salud nunca lo bañaron...” M8

“...Me mencionó que su baño debe ser diario y que el agua debe ser temperada, sin embargo en el centro de salud no lo bañaron...hubiera sido bueno que me enseñara cómo se hace...” M1

“...Me dijo que el baño debe ser diario y con agua temperada, pero en el centro de salud no lo bañaron, no me explicaron cómo debo hacer la limpieza de los genitales...” M2

En el 100 % de los discursos, las madres que participaron en el estudio de caso manifiestan que la enfermera solo les brindó información respecto al baño, sin mayor detalle al respecto, esto evidencia una falta de compromiso con su rol educador y un incumplimiento de la normatividad vigente, en la que se establece que el profesional que atiende al neonato es el responsable de brindar información oportuna, completa y veraz, así como reforzar la educación de la familia sobre los cuidados integrales de él. Esto significa que dicha información debe adaptarse al nivel cultural, así como a las necesidades educativas de cada madre, eligiendo los métodos y técnicas más idóneas, procurando que la madre aprenda activamente,⁵.

Cuando la información se da de manera incompleta a la madre, es probable que ella no practique la higiene adecuada por falta de

conocimientos, situación que se agudiza cuando la enfermera no cumple su rol educador.

Un estudio de Cardozo, ³⁶ demostró que el 83% de las madres conocen por la educación brindada por el profesional de enfermería que el baño del recién nacido debe realizarse diariamente, el 16.6% restante no conocen esto encontrando respuestas como por ejemplo una vez a la semana, precisamente por el miedo a bañarlos. A pesar de un porcentaje significativo en el conocimiento de la frecuencia del baño, el 77.4% de las madres adolescentes no conocen la importancia del mismo y el 61.3% no conocen las precauciones que se deben tener al bañarlos. Estas cifras llaman mucho la atención ya que para realizar una actividad dentro de los parámetros adecuados para que culmine satisfactoriamente es necesario conocer su importancia y las precauciones que se deben tener en cuenta para no poner en riesgo la vida del recién nacido, situación que se logra cuando el profesional de enfermería cumple a cabalidad su rol educador.

Ante esta realidad, las investigadoras sostienen que el profesional de enfermería debe estar convencido plenamente de que la participación activa de la madre es la clave para el aprendizaje. Las personas aprenden mejor cuando se estimula a más de un sentido externo. Experimentando de forma activa el aprendizaje es más probable que la madre recuerde fácilmente el conocimiento adquirido, de allí la importancia de que la madre aprenda escuchando, viendo y haciendo al mismo tiempo. Este objetivo se logrará siempre y cuando la enfermera utilice como método de enseñanza la demostración.

Por otro lado, Gutiérrez, ¹ refiere que el alojamiento conjunto es un espacio de interacción privilegiado, que ofrece al profesional de enfermería, la oportunidad de enseñar, acompañar y ayudar a la madre y familia mientras cuida al binomio madre/neonato. A ello las investigadoras agregan, que la enfermera es el único profesional que permanece las 24 horas cerca de la

persona cuando esta se encuentra hospitalizada, por lo tanto debe aprovechar toda oportunidad de interacción para cuidar, educando y educar, cuidando.

Otro tema que abordó la enfermera durante el proceso de preparación para el cuidado continuado en el hogar es la limpieza del muñón umbilical. El cordón umbilical, generalmente se desprende del cuerpo entre el 7 y 14 día después del nacimiento, se limpia la base del cordón umbilical tres veces al día con gasa y alcohol a 70 % diariamente, para que se seque más pronto y disminuya la posibilidad de infección. No se debe utilizar otras sustancias como yodo povidona entre otras. Si hay un área inflamada alrededor del cordón o supuraciones con mal olor, se debe notificar al personal de salud.

“...La enfermera me enseñó cómo realizar la limpieza del muñón umbilical, cada que tiempo limpiarlo y como limpiarlo...” M3

“...La enfermera me enseñó la limpieza del muñón umbilical y como realizarlo, la enfermera lo realizaba y yo miraba para aprender y así realizarlo en mi casa...” M5

En el estudio de caso el 50 % de las madres fueron educadas por la enfermera en el cuidado de la limpieza del cordón umbilical, de manera informativa, más no demostrativa. Las investigadoras opinan que no solo se debe informar cómo se cura o los materiales que se utilizan, sino que debe explicar a las madres los aspectos relacionados con la evolución normal del cordón umbilical, los elementos necesarios para la higiene y los signos de alarma ante los cuales consultar, así como la periodicidad de la higiene, recomendando que debe realizarse tres veces al día. Esta información es importante para evitar que se infecte, también debe ponerse énfasis en que no produce dolor en el recién nacido porque es tejido sin terminaciones nerviosas, pues este es el temor más grande que evita que muchas madres realicen la curación en forma correcta.

También brindó información acerca de otro tema de suma importancia para el cuidado del RN: las inmunizaciones. El personal de enfermería debe cumplir, de manera estricta, el esquema de vacunación infantil que se lleva a cabo en Perú. Tiene por finalidad disminuir algunas enfermedades que se pueden evitar mediante la inmunidad activa, que es la estimulación de los mecanismos defensivos del organismo susceptible mediante la introducción de microorganismos vivos atenuados o muertos. En los establecimientos de salud que cuentan con Centro Materno, solo se suministran las vacunas BCG y la de la hepatitis B antes de darle el alta hospitalaria. El profesional de enfermería debe registrar la fecha en el carnet de salud infantil, en los registros diarios, observar las posibles reacciones una vez suministrada y educar a la madre y familia sobre la vacuna: enfermedad que protege, reacciones postvacunales, eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización, cuidados postvacunales y resolver todo tipo de dudas al respecto.

“...La enfermera me explicó verbalmente, que le habían administrado sus inmunizaciones correspondientes al recién nacido y que el resto de vacunas lo iban a colocar en el centro de salud cuando vaya a sus controles de CRED...” M2

“...La enfermera me dijo que debo ir puntualmente a sus controles para aplicarle sus vacunas y además me explicó los cuidados postvacunales de la BCG...” M6

“...La enfermera me habló de dos inmunizaciones pero no recuerdo que enfermedad previenen, me explicó de las reacciones postvacunales y porque son importantes las inmunizaciones...” M3

En los discursos se evidencia la escasa información que reciben las madres en el tema de vacunación. Es fundamental que la enfermera eduque a las madres que se encuentran en alojamiento conjunto durante las 24 horas respecto a la importancia de las inmunizaciones de su recién nacido y acerca de los cuidados postvacunales que debe aplicar en caso se presenten las

reacciones, así como alentarlas a manifestar las inquietudes que puedan tener al respecto.

Estas temáticas son abordadas por la enfermera, haciendo uso de dos metodologías: grupales e individuales. En ambos casos se orientan a la promoción y fomento de la salud, a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, al fomento de la autorresponsabilidad para la salud y la participación comunitaria en las acciones de salud, ³¹.

Es común hablar de métodos y técnicas de enseñanza. Método significa etimológicamente “camino para lograr un fin”; en este caso, la enseñanza. Técnica es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico. Así, el método indica aspectos generales de acción no específica y técnica, el modo de usar, ³¹.

Algunas madres, manifestaron que durante la hospitalización las enfermeras utilizaron métodos y técnicas de enseñanza en el proceso de preparación para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar, siendo uno de ellos: la consejería individual.

“...La enfermera me informó personalmente antes que me den de alta que se le administró la vacuna BCG y la otra vacuna no recuerdo muy bien... La enfermera se acercó a la cama donde estaba y me enseñó como debo cuidarlo en mi casa...” M1

“...La enfermera me explicó de manera individual que primero debo asearme los seno para que estén limpios antes de darle de lactar a mi bebe cada dos horas, frotando fuerte desde la parte superior hacia el pezón, también me explicó verbalmente, que le habían administrado sus vacunas correspondientes de recién nacido y que no me olvide de mi cita para las demás vacunas...” M2

“...Cuando lo vacunó, la enfermera me explicó que se le administró las vacunas del recién nacido, las reacciones que puede presentar y qué cuidados debo brindarle...” M6.

Estos discursos evidencian que el 50 % de las madres recibieron consejería individual por parte de la enfermera. Brindar una consejería individual va a permitir a las madres fijar mejor sus conocimientos, adquirir habilidades, entrar en confianza con la enfermera para que ella pueda preguntar, repreguntar acerca de los cuidados del RN.

Las metodologías que se dirigen a grupos numerosos requieren, aún más que la entrevista personal, de una preparación cuidadosa y de un desarrollo diferente, ya que por lo general, se trata de un auditorio heterogéneo, con múltiples y diferentes problemas y con características socioculturales especiales, ³¹.

Uno de los métodos grupales que las madres manifestaron fue la charla educativa, tal como se refleja en los siguientes relatos:

“... Nos explicaron sobre algunos cuidados a todas en grupo mediante una charla a todas las madres que estábamos hospitalizadas...” M3

“...La enfermera nos habló sobre los cuidados del recién nacido en conjunto a todas las madres que estábamos hospitalizadas éramos seis o siete...” M4

“... La enfermera nos brindó una charla educativa sobre los cuidados del bebe en general...en donde solo nos explicó verbalmente a toda las madres que nos encontramos hospitalizadas...” M5

En los discursos se evidencia que el 50% de las madres recibieron educación grupal a través de la charla educativa, lo cual impide que algunas madres fijen bien sus conocimientos en la preparación para el cuidado continuado en el hogar.

Al brindar charlas educativas, la enfermera está haciendo uso de la educación colectiva, que viene a ser la relación con una audiencia. En ella tiene la oportunidad de hablar con grupos pequeños y grandes, sobre

determinados temas vinculados con la salud. Dicha comunicación requiere de adaptaciones especiales en relación con el contacto ocular, los gestos, la inflexión de voz y el empleo de medios y materiales para comunicar los mensajes de forma efectiva, ³³.

Otro de los métodos que utilizó la enfermera para brindar información e incentivar el cuidado continuado en el hogar fue la demostración. Son métodos útiles para enseñar habilidades psicomotoras como curar el muñón umbilical, preparación para bañar a un recién nacido, para explicar las posiciones y técnica de amamantamiento, etc. Aquí, la persona cuidada es capaz de observar una habilidad antes de practicarla. Las demostraciones son más efectivas cuando los aprendices observan por primera vez al profesor y luego practican la habilidad en situaciones simuladas o reales. (Demostraciones repetidas).

Las enfermeras suelen emplear demostraciones para enseñar habilidades motoras; sin embargo, dichas destrezas no se aprenden separadamente de las actitudes y el conocimiento objetivo. Hay que combinar una demostración con una conversación para aclarar los conceptos y los sentimientos.³³ como lo dicen los siguientes discursos:

“...Para explicarme acerca de la limpieza del muñón umbilical fue individual, me decía señora observe cómo lo realizo, para que aprenda y luego usted lo realice en su casa...” M5

“... La enfermera, me enseñó la curación de su muñón umbilical demostrando cómo se hace y yo visualizaba, le limpio con alcohol puro y gasa, así pude aprender... M3

“... La educación que me brindó la enfermera fue demostrativa, me decía observe como realizo la limpieza del muñón umbilical, luego me enseñó una gasa: la forma como tengo que recortarlo y el tamaño que tiene que tener y además me enseñó cómo debo cambiar el pañal...” M6

“...Después que le demos de lactar nos enseñó cómo elevar un poquito su cabeza para evitar aspiraciones, y que en caso que se ahogue colocarlo boca abajo y palmotear suavemente su espalda... luego colocarlo en mis hombros para hacerlo eructar y evitar que le dé cólicos...” M5

En los discursos anteriormente mencionados se evidencia que el 50% de las madres recibió educación de la enfermera en forma demostrativa, de manera visual, sin redemonstración de vuelta, lo que no le permitió evaluar a la enfermera si la madre logró las habilidades y los conocimientos para brindar un cuidado integral y oportuno a su recién nacido en el hogar.

La demostración práctica es un método que puede describirse en tres palabras: decir, mostrar y hacer. Además, el aprendizaje es más efectivo cuando la persona utiliza más de un sentido externo en dicho proceso. En tal sentido, la enfermera debe aprovechar todas las oportunidades de interacción con el binomio madre/niño para enseñar con el ejemplo, es decir realizando la demostración de todos los cuidados básicos del recién nacido, como: curación del muñón umbilical, baño, higiene de genitales, lactancia materna, abrigo, etc. ³¹

Es importante resaltar en el estudio, que a pesar de que la mayoría de los cuidados que el profesional de enfermería brindó durante la hospitalización con el fin de preparar a la madre para el cuidado continuado en el hogar, estos fueron a manera de información. La madre solo recibió el mensaje y su participación fue eminentemente pasiva. Hubo algunos cuidados que fueron brindados y enseñados de manera demostrativa, e incluso con reiteración, tal como se evidencia en estas unidades de análisis:

“...Después, que nos enseñó a sacar los gases de nuestro bebé, la enfermera nos hizo que lo repitiéramos para ver si lo hacíamos bien...” M5

“... La enfermera primero realizó la limpieza del muñón umbilical de mi bebé, luego delante de ella me dijo que yo misma lo realizara, para que tenga

conocimiento cuando me den de alta y sepa cómo limpiar su muñón umbilical en mi casa...” M8

El 50% de madres entrevistadas manifestaron en sus discursos, que la enfermera les enseñó mediante la demostración y redemostración la curación del muñón umbilical y aspectos relacionados con la alimentación del recién nacido. Así, tuvieron la oportunidad de contar con la supervisión y el acompañamiento de la enfermera, lo que permitió garantizar la adquisición de habilidades en las madres, en cuanto a estos cuidados.

Finalmente, las madres esperan que el personal de enfermería que atiende a su RN les enseñe cómo deben cuidar de él, para que ellas se sientan capaces y seguras de realizar los cuidados básicos, y que la situación de atender a su bebé no le sea extraña. En consecuencia, la oportunidad de las madres al tener contacto con su hijo durante el periodo de alojamiento, facilita al personal de enfermería su entrenamiento y el reconocimiento de sus capacidades para el cuidado del niño y así potenciarlas, aclarando sus dudas y brindando una educación personalizada con demostraciones, redemostraciones y consejería individualizada, de tal manera que se favorezca el cuidado continuado en el hogar. Sin embargo, a pesar de que las madres perciben cierto grado de preparación para el cuidado continuado, también notan ausencia de procesos de enseñanzas interactivas y efectivas. Por otro lado, observan algunas limitaciones que influyen de manera negativa en este proceso de entrenamiento, surgiendo así la siguiente categoría.

CATEGORÍA IV: Percepciones sobre las limitaciones en el proceso de preparación para el cuidado del recién nacido en el hogar.

La percepción es darse cuenta de objetos o cualidades mediante el uso de los órganos de los sentidos. Una persona asocia un dato sensorial con la tarea a realizar, ³² Es por eso que la forma cómo la madre ve la preparación que recibe de la enfermera para el cuidado del recién nacido en casa es de

vital importancia, ya que estos consejos son los que ella recordará para poner en práctica en el cuidado de su hijo, más aún si es madre primeriza o no tienen el apoyo de la familia.

Según la (RAE) ,¹⁴ una limitación es la acción y efecto de limitar o limitarse, es decir que existen ciertas barreras que muchas veces no permiten la adecuada y óptima educación de la madre para el desarrollo de sus actividades y cuidados en esta nueva etapa de su vida.

En este proceso de entrenamiento para el cuidado continuado en el hogar, intervienen diversos elementos, dentro de ellos tenemos al entorno. Sabemos que para poder brindar una atención de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de los padres de familia del recién nacido sano, además de contar con personal altamente capacitado que brinde un cuidado integral, humano y organizado, se requiere de un entorno adecuado.

Estas condiciones fueron percibidas por las madres de los recién nacidos, como una limitante en el quehacer de la enfermera, que interfiere de manera considerable en la preparación para el cuidado continuado en el hogar.

En el estudio, se pudo identificar diversas limitaciones, evidenciadas desde la perspectiva de las madres involucradas en el proceso de preparación. Así tenemos: limitaciones en el entorno, en el uso de las herramientas educativas y en los recursos humanos.

El entorno también se llama ambiente, es decir lo que rodea a alguien o a algo, ¹⁴ En el estudio de caso, estuvo constituido por el área de alojamiento conjunto, el cual se define como el área donde se da la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación, facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva. Esto se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que la madre e hijo son dados de alta, ⁵.

Por lo tanto, cuando las madres se refieren a limitación en el entorno, piensan en la restricción que perciben en el espacio físico y en los elementos necesarios del área de alojamiento conjunto, lo que aleja al profesional de enfermería durante el entrenamiento y preparación de los mismos dirigidos al cuidado continuado en el hogar. Esto se puede evidenciar en las siguientes unidades de significado, extraído de los discursos:

“... Creo que en el ambiente habían muchas camas y estábamos muy amontonadas, no podían entrar muchos familiares, solo uno...” M4

“... Es un ambiente muy vacío para los niños, deberían haber más afiches o cosas que nos eduquen mientras estamos hospitalizadas...” M8

Como se evidencia en los discursos, las madres refieren que el ambiente del área de alojamiento conjunto es reducido y no tiene el material disponible para hacer las demostraciones. Además, el ambiente no es apto para la enseñanza grupal.

Vílchez, ³⁷ en su estudio revela que es importante contar con un ambiente adecuado y exclusivo para realizar la preparación para el alta. Lo cual permite a todos los padres el desarrollo de técnicas educativas efectivas de entrenamiento como mamá canguro, talleres educativos, entre otras.

Analizando los resultados de este estudio se observa que el ambiente para las sesiones educativas es muy pequeño y poco apropiado para poder llevar a cabo el desarrollo de técnicas de aprendizaje, esto resulta siendo la limitante para la participación completa y activa en la mencionada preparación.

De esta manera, las madres reconocen que el entorno constituye una gran limitación en la educación que brinda la enfermera, considerándolo

incluso como una justificación importante en la preparación para el cuidado continuado en el hogar, ya que restringe la participación de las madres en el cuidado diario. Y como sabemos el cuidado proporcionado por la madre en el área de alojamiento conjunto está ligado a un proceso de entrenamiento formal, posibilitando de esta manera la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo, condiciones importantes para que el recién nacido sano reciba un cuidado continuado adecuado, que le garantice un proceso de crecimiento y desarrollo óptimo, posterior al alta.

Por otro lado, otra de las limitaciones que podemos evidenciar es el inadecuado uso de herramientas educativas.

Hay diversas herramientas educativas que la enfermera puede usar en la educación de las madres para afianzar sus conocimientos. Según Álvarez,³¹ herramienta es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico, así la herramienta significa el modo de usar.

Por eso las madres evidenciaron que las herramientas usadas no se desarrollaban correctamente, ya que ellas sentían muchas dudas al culminar la educación brindada por el profesional de enfermería. A continuación podemos ver los discursos en los que lo manifiestan:

“...Durante las charlas que nos dieron, las enfermeras no utilizaron ninguna lámina al momento de exponer...solo nos hablaban, y eso no ayuda a entender lo que nos enseñaban...”M3

“...Debería haber más motivación en las charlas porque algunas madres no prestaban atención cuando la enfermera hablaba...” M4

Como se evidencia en los discursos, hay grandes deficiencias en cuanto al uso de herramientas de aprendizaje se refiere. El manejo de estas no ha sido realizado de manera efectiva y completa, las madres refieren que el personal de enfermería debería usar ayudas audiovisuales como rotafolios,

trípticos, láminas, audios y comunicación continua con las madres para evaluar de esta manera cuánto es que han logrado comprender lo que se les ha explicado. No se puede realizar una herramienta de manera incompleta o deficiente, hay que seguir una estructura para llegar al objetivo propuesto.

Esta es otra de las limitantes que tienen los profesionales de enfermería, ya que no pueden cumplir con su rol educador explícitamente. Por otro lado, las madres tampoco quedan satisfechas con los conocimientos brindados y muchas veces existe en ellas cierto temor para preguntar, pues no hay una comunicación interactiva entre ambas. Por eso, el silencio después de una charla es lo que frecuentemente sucede, ya que los conocimientos no han sido recibidos de forma adecuada, lo que nos hace inferir que el proceso de enseñanza no es el adecuado.

Por último, otra de las limitaciones que podemos encontrar es el insuficiente recurso humano, que además, no está adecuadamente capacitado para educar a las madres.

Llamamos recurso humano al trabajo que aporta el conjunto de los empleados o colaboradores de una organización. En este caso, el recurso humano es el personal que trabaja en el centro de salud y en el área de alojamiento conjunto. Está conformado por el equipo de enfermeras que son quienes brindan la educación necesaria a las madres durante el tiempo que permanecen junto a los recién nacidos.

Según las manifestaciones de las madres podemos evidenciar el insuficiente personal de enfermería así como su falta de capacitación en los siguientes discursos:

“...La enfermera salía a cada rato del ambiente donde estábamos...ella solo llegaba por momentos y se iba a otro lado sin decir nada, supongo que se iba atender...” M4

“...Pienso que debe haber siempre una enfermera en el servicio hasta que nos den de alta, para que así nos expliquen y enseñen mejor sobre el cuidado de nuestro bebe...”M2

Como podemos evidenciar en todos los discursos expuestos, el recurso humano es una de las grandes limitaciones en el trabajo diario de enfermería, puesto que el poco personal o la falta de capacitación del mismo, no permite brindar la educación adecuada y válida para las madres, con respecto al cuidado de su recién nacido en el hogar.

Según Vílchez , ³⁶ un grupo importante de limitaciones identificadas por el profesional de enfermería son las referidas al recurso humano, donde la escasez del mismo aunado a la sobrecarga laboral, no permite que la enfermera pueda dedicar un tiempo exclusivo a la preparación de los padres para el alta, pues se debe considerar que por la complejidad de su estado de salud, el prematuro requiere de cuidados especiales y una vigilancia extrema, ya que este aun no consigue adaptarse al medio externo y su estado de salud es altamente vulnerable. Por lo tanto, esta limitación tomará consecuencias como: no contar con un horario fijo para esta preparación, reduciendo sólo a establecer como técnica principal la consejería, durante los horarios de visita.

De allí la necesidad e importancia de que la enfermera organice su trabajo y distribuya su tiempo de manera eficiente. Y así, brinde un cuidado de calidad que involucre los aspectos asistenciales, administrativos y de educación. Todo ello dirigidos no solo al RN, sino también a la familia, en particular a las madres, a quienes se les debe involucrar en los cuidados cotidianos de su hijo favoreciendo así la estabilidad del recién nacido, su proceso de crecimiento y desarrollo, la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo, así como el entrenamiento para el cuidado continuado en el hogar.

CONSIDERACIONES FINALES

En esta investigación el proceso de preparación para el cuidado continuado estuvo constituido por el conjunto de acciones que los profesionales de enfermería realizan para y con la madre durante las 24 horas, tiempo en que el binomio madre/niño permanece hospitalizado en el establecimiento de salud, con la finalidad de entrenarla para el cuidado del recién nacido en el hogar.

En tal sentido, luego de haber realizado el análisis y discusión de dicho fenómeno, en el propio escenario donde se desarrolla; las investigadoras arribaron a las siguientes consideraciones finales:

1. La percepción que tienen las madres de los RN acerca de la preparación para el cuidado continuado en el hogar se sustenta en que la enfermera las prepara teniendo en cuenta solo algunos cuidados, los mismos que se relacionan con la satisfacción de las necesidades básicas del recién nacido, como: alimentación y confort, así como en la curación del cordón umbilical y cumplimiento de las inmunizaciones. Se deja de lado cuidados importantes como: descanso y sueño, abrigo adecuado, prevención de enfermedades prevalentes en el RN, estimulación temprana y la vigilancia de signos de alarma. Lo cual evidencia la necesidad de establecer un protocolo de entrenamiento para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar, a fin de que los profesionales de enfermería preparen a las madres en cuidados integrales, necesarios y adecuados, que garanticen la preparación efectiva de la madre y la familia, en cuidados del RN.
2. Por otro lado, algunas madres percibieron que el proceso de preparación que recibieron de la enfermera fue interactiva, pues tuvieron oportunidad de participar de manera activa de algunos cuidados básicos del RN durante la hospitalización, con el acompañamiento y supervisión de la enfermera. En contraposición, otro grupo de madres percibieron la preparación como

pasiva, en la que solo recibían información, muchas veces incompleta y poco clara, generando en ellas incertidumbre y dudas en el cuidado del recién nacido. Frente a esta situación, las investigadoras afirman que es necesario que los profesionales de enfermería aprovechen toda oportunidad de interacción con el binomio madre/niño para cuidar, educar y propiciar momentos de participación activa de la madre en los diferentes cuidados brindados a su RN, de modo que se garantice un proceso de preparación efectivo, para el cuidado continuado en el hogar.

3. Además, las madres percibieron que las enfermeras utilizan primordialmente dos metodologías de preparación para el cuidado continuado del recién nacido en el hogar. Una, individual, como la consejería personalizada y la demostración. Otra, colectiva, como la charla educativa o sesión grupal, ambas exentas de proceso de valoración, de conocimientos y prácticas previas, de evaluación y retroalimentación. Esta situación explicaría el por qué algunas madres, una vez dadas de alta presentan dudas respecto a los cuidados del RN y optan por acudir a la familia u a otros actores sociales, quienes muchas veces imparten sus conocimientos impregnados de saberes populares, algunos de ellos nocivos para la salud del RN.
4. En el estudio, las madres manifestaron que existen diversas limitaciones en la preparación para el cuidado continuado del RN en el hogar, tanto en el entorno (ambiente inadecuado), como en las herramientas educativas (no uso de materiales audiovisuales) y en los recursos humanos (insuficiente cantidad de personal, falta de actitud y empatía del profesional de enfermería). Circunstancias que pueden ser abordadas por la enfermera con un cambio de actitud y un compromiso real con su rol educador, dando cumplimiento así a la normatividad vigente, sobre la atención integral del neonato.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados encontrados en la presente investigación, se recomienda:

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Establecer una capacitación con todo el personal de enfermería sobre la Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud neonatal, a fin de que se establezcan estrategias y actividades en torno a las disposiciones generales y específicas respecto a los cuidados del RN y la familia. Por otro lado, disponer en su presupuesto de una partida para el mejoramiento de la infraestructura del área de materno infantil, a fin de que el profesional de enfermería pueda adecuar las condiciones ambientales en las que realiza la preparación de la madre para el cuidado continuado en el hogar, toda vez que el ambiente juega un papel importante que limita los procesos de aprendizaje y enseñanza que los profesionales de la salud imparten a las personas que se atienden en dicho establecimiento de salud.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Establecer planes de preparación para el alta desde el primer día que el binomio madre/niño se hospitaliza en el centro materno, procurando que todo espacio de interacción con la madre, RN y familia se convierta en una oportunidad para cuidar, enseñando y educar, cuidando, actuando siempre con la madre, para y con el neonato. Además de cuidar aplicando las cinco fases del proceso de atención de enfermería, haciendo énfasis en la valoración de conocimientos y prácticas previas de la madre en el cuidado del RN, que conlleven a establecer diagnósticos y planes de cuidados pertinentes y adecuados a las necesidades de cada madre, así como planes de intervención interactivos donde se fomente la participación activa de ella durante la hospitalización, en la que tenga la oportunidad de aprender viendo, haciendo y escuchando. Finalmente evaluar y retroalimentar de acuerdo a cada

necesidad de la madre, todo ello impregnado de una interacción empática y humana, donde se propicie la confianza y la comunicación asertiva.

A LAS ESCUELAS DE ENFERMERÍA

Fomentar otros estudios de investigación desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa en esta línea de investigación, a fin de ampliar el conocimiento de la realidad en otros escenarios. Así también, que se pueda establecer intervenciones para cambiar la realidad a favor de la preparación de la madre y familia para el cuidado continuado del RN en el hogar. Además de considerar en su plan curricular el fortalecimiento del rol educador de los futuros profesionales de enfermería en esta área del conocimiento, y de esta manera formar profesionales competentes que respondan a las necesidades del entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez M. Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería. Colombia: El Manual Moderno; 2007.
2. Delgado M, Calvache J, Del Cairo C. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. Revista de Antropología y Arqueología Antípoda [Revista en Internet]* 2006 Julio - Diciembre. [acceso 15 de Setiembre del 2013]; 227 - 254 Disponible en: <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/105/index.php?id=105>
3. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez [Sede Web]*. 2012. [acceso 18 de Setiembre del 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/index.html>
4. Aguilar M. Tratado de Enfermería Infantil. 2ª ed. España: Elsevier; 2003.
5. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal; 22 de Agosto del 2013. Perú: Ministerio de Salud.; 2013.
6. Lozano G. Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de Maternidad. [monografía en Internet]* Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2008 [Acceso 20 de Setiembre del 2013] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename=gua+neonatos+pdf+indexada.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220432013061&sbinary=true>
7. Parada D., Lara F., Ramírez F., Ramírez N., Fajardo M. Prácticas de cuidado postparto en adolescentes. Revista Ciencia y Cuidado. [Acceso 20 de Setiembre del 2013] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=11555>
8. Lora M , Narváez A. Creencias y costumbres que poseen las mujeres de la comunidad del chamizo sobre el embarazo parto y puerperio [monografía en Internet]* Ibarra: 2010 [Acceso 20 de Setiembre del 2013] Disponible en:

- <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/661/2/06%20ENF%20402%20TESIS.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. [Sede Web]*. Organización Mundial de la Salud; 2012. [acceso 20 de Setiembre del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
 10. De Souza S, Da Silva L. Saberes e práticas de mães ribeirinhas e o cuidado dos filhos recém-nascidos: contribuição para a enfermagem. Disponible: <http://www.index-f.com/referencia/2012/r37-131.php>
 11. De Souza J, Christoffel M. Artículo: “El cuidado familiar de los recién nacidos en el hogar”. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000500028&script=sci_abstract&tlng=es
 12. Chapilliquen J. Nivel de conocimientos que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007.
 13. De Jané M, Prats R, Plasencia Ch A. Educación Maternal: Preparación para el nacimiento. Asociación científica de Matronas de Aragón. [Sede Web]. Biblioteca de Catalunya. Barcelona: Dirección General de Salud Pública [acceso 21 de Setiembre del 2013]. Disponible en: <http://www.matronasaragon.org/downloads/materneduce.sp.pdf>
 14. Diccionario de la lengua española [Sede Web]. España: RAE.es; 1993 – [actualizada en el año 2013] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=preparacion>
 15. Educación maternal: Preparación para el nacimiento [Sede Web]* 2013. [acceso 28 de Setiembre del 2013] Disponible en: http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Preparacion_para_el_nacimiento.pdf
 16. Waldow R. Atualização do cuidar. Rev Unisaba. [Revista en línea] Abril 2008; 8 (1): 85 – 96. [Fecha de acceso: 13 de Octubre del 2013] URL disponible en:

- <http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>
17. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 6^{ta} ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
 18. Ministério da Saúde. Cuidados continuados integrados. Portal Da Saúde. [Sede Web] [acceso 22 de Setiembre del 2013]. Disponible en: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm>
 19. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Fecha de acceso: 22 de Setiembre del 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
 20. Duro E, Maslow A. Teoría de las necesidades humanas. [Fecha de acceso: 02 de Octubre del 2013] Disponible en: http://encina.pntic.mec.es/plop0023/psicologos/psicologos_maslow.pdf
 21. King I. Enfermería como profesión. 1^o ed. México. Impresiones Editoriales S.A; 1984.
 22. Bruce E. “Sensación y percepción”. 6^o edición. Thomson. 2006
 23. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y Métodos. 6^a ed. México. Mc Graw Hill; 2000.
 24. Bacáicoa F. Revista de psicodidáctica. Disponible en: www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/download/140/136
 25. Bernal C. Metodología de la investigación. 2^a ed. México: Pearson; 2006.
 26. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo; 1986.
 27. Burns J, Baldvinsdottir G. Investigación Científica. Rev Index. 14 (4): 725- 58; 2005.
 28. Bardin L. El análisis de contenido. 3^a ed. Alcala; 2002.
 29. Sgrechia E. “Bioética Personalista: Principios y orientaciones. I congreso internacional de bioética”. USAT-Peru. 2008.

30. Tello C, Gutiérrez N y otros. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Escuela de Postgrado de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Perú; 2009.
31. Álvarez R. Educación para la salud. 2^{da} ed. México: Editorial El Manual Moderno, S.A: de C.V; 1995.
32. Navia G, Castro F, Ruiz V. Preparación de los padres para que se puedan integrar al cuidado de enfermería de sus hijos recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidado básico neonatal de la clínica Medilaser de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido del 12 al 30 de agosto del año 2008. Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería y Rehabilitación. 2008.
33. Potter P. Fundamentos de Enfermería. Vol. I. Editorial Harcourt. Madrid – España; 2000.
34. Escalona B. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. Vol. I. Cuba; 2010.
35. Soria R. Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. Rev.Enfer.Colombia; 2010
36. Cardozo J. Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. Bolívar: Bogotá; 2008.
37. Vilchez C. Percepción de las madres adolescentes sobre el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años, Lambayeque – 2013.

Anexos

Anexo N°01

**GUIA DE LA ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA
DIRIGIDA A LAS MADRES**

A continuación se le hará algunas preguntas, las cuales se le pide responder con sinceridad. Le garantizamos que será anónima y para ello se le solicita la asignación de un pseudónimo referente a nombre de colores:

DATOS PERSONALES :

Seudónimo.-----

Edad: ----- **Sexo:** -----

Nivel de instrucción: -----

Ocupación: ----- **Lugar de procedencia:** -----

DATOS ESPECIFICOS:

Pregunta Norteadora:

Cuénteme detalladamente ¿Cómo ve la educación que recibió de la enfermera para el cuidado de su bebe en el hogar?

Preguntas Auxiliares

1. ¿Participó usted de los cuidados de su bebe durante la hospitalización? ¿y en qué cuidados?
2. Cuénteme ¿qué cuidados le enseñó la enfermera antes que le den de alta a su bebe?
3. ¿Describame como le enseñó la enfermera los cuidados básicos a su bebé (Lactancia Materna, Baño e higiene de genitales, curación del cordón umbilical, estimulación, inmunizaciones.?)
4. ¿Qué piensa de la información brindada por la Enfermera sobre los cuidados de su bebé en el hogar?
5. ¿Se siente usted preparada para cuidar a su bebe en el hogar? ¿Por qué?
6. . ¿Qué limitaciones u obstáculos cree usted que tiene la enfermera para enseñarle o informarle acerca del cuidado de su bebe?
7. Algo más que desee agregar sobre el tema.

Anexo N° 02**HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DE LA
INVESTIGACIÓN**

TÍTULO DEL PROYECTO: Preparación para el cuidado continuado en el hogar del recién nacido desde la percepción de las madres C. S. El Bosque, 2014

NOMBRE DE LAS INVESTIGADORAS: Thalía Itamar Lozada Campos

Katherine Olinda Terrones Ramírez

NOMBRE DEL ASESOR: Mgt. Flor Mogollón Torres

Las estudiantes y asesora del trabajo de investigación pertenecen a la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y tienen autorización de Dirección de la Escuela y del C. S. El Bosque para realizar el trabajo de investigación; así mismo cuenta con la aprobación del comité de ética e investigación de la Facultad de Medicina.

El presente proyecto tiene por objetivo: Caracterizar, analizar y comprender el proceso de preparación de las madres para el cuidado continuado en el hogar del recién nacido desde la percepción de las madres. C. S. el bosque, 2014. A continuación se detallan algunas características de su participación en el trabajo de investigación:

La participación en el estudio consistirá en responder a algunas interrogantes durante una entrevista de aproximadamente 20 minutos. Además le solicitamos autorización para realizar y grabar dicha entrevista mediante un grabador de voz. Las investigadoras garantizan la confidencialidad de la información que nos proporcione durante la investigación.

La participación es de carácter voluntario, tiene la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Ante cualquier duda, puede contactarse con las investigadoras:

Fecha: 26 de Junio del 2014

Thalía Itamar Lozada Campos

Katherine Olinda Terrones Ramírez

Tlf.: 964701873

Tlf.: 978138267

Comité de ética e investigación facultad de medicina; Telf.:074 606200
anexos: 113

Anexo N° 03**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, identificado con DNI:, declaro que he leído la hoja de informativa que me han entregado las estudiantes del IX ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

He recibido suficiente información sobre la investigación titulada:

“Preparación para el cuidado continuado en el hogar del recién nacido desde la percepción de las madres. C.S. el bosque, 2014”, que tiene como objetivo: Caracterizar, analizar y comprender el proceso de preparación de las madres para el cuidado continuado en el hogar del recién nacido desde la percepción de las madres. C. S. el bosque, 2014.

Respecto a mi participación me han explicado que consiste en responder a algunas interrogantes durante una entrevista de aproximadamente 20 minutos. Además me ha informado que la entrevista será grabada. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Declaro que acepto prestar libremente mi conformidad para participar en la investigación y autorizo la publicación de los resultados en alguna revista científica.

Fecha:

Firma del participante de la investigación.

Anexo N° 04

IDIOMA EMIC	IDIOMA ETIC

Anexo N° 05**ELEMENTOS DE SIGNIFICADO**

1. Enfatizando la educación brindada por la enfermera.
2. Participación espontánea de las madres en los cuidados impartidos al recién nacido.
3. Enfatizando enseñanzas sobre los cuidados del recién nacido impartidos por la enfermera.
4. Educación enfatizando las posiciones y la técnica de la lactancia materna.
5. Enseñanzas impartidas por la enfermera sobre los cuidados del baño e higiene de genitales.
6. Educación enfatizando técnica de limpieza del cordón umbilical.
7. Evaluando conocimientos acerca de estimulación temprana.
8. Educación enfatizando sobre inmunizaciones
9. Educación enfatizando los beneficios de la información brindada por la enfermera.
10. Valorando actitudes maternas frente al cuidado del recién nacido.
11. Valorando limitaciones en la educación.

Anexo N° 06

Procesamiento y análisis de entrevistas a las madres

<p align="center">AREA TEMATICA (unidades textuales, pueden ser las mismas preguntas de entrevista)</p>		<p align="center">INDICADORES DE CATEGORÍA EMPÍRICA (elementos de significado)</p>	<p align="center">CATEGORIA EMPIRICA (Convergencias en indicadores)</p>	<p align="center">REFERENCIAL TEORICO (Marco teórico, texto y contexto)</p>	<p align="center">CATEGORIAS DE ESTUDIO (Deben responder al objeto, objetivos y sujetos del estudio)</p>