

## Las madres conocen y alivian el dolor de los recién nacidos

### *Mothers know and alleviate the pain of the newborn*

### *As mães conhecem e aliviam a dor dos recém nascidos*

ROSA YOLANDA MUNÉVAR TORRES\* Y LUCY MUÑOZ DE RODRÍGUEZ\*\*

#### Resumen

**O**jetivo: describir el significado del dolor del recién nacido, para la madre y sus prácticas de cuidado para aliviarlo.

**Metodología:** estudio cualitativo, etnográfico y de pequeño alcance. La muestra fue la saturación de información, mediante 22 entrevistas en profundidad a 8 madres; se utilizaron notas de campo y observación participante. El análisis siguió la metodología de James Spradley.

**Resultados:** el tema central es “El dolor del recién nacido lo conocen, sienten y alivian las madres con el apoyo familiar”; uno de los subtemas es “Las madres conocen y alivian el dolor de su recién nacido”, que comprende cinco dominios:

- Dolor en diferentes partes del cuerpo: clases de dolor en el recién nacido;
- Mirar, tocar y percibir: formas en que la madre identifica el dolor;

- El llanto y los comportamientos: formas en que el recién nacido manifiesta el dolor;
- Gases, hábitos alimentarios maternos y creencias: causas del dolor en el recién nacido;
- Prácticas caseras, rituales y medicamentos: formas de aliviar el dolor.

**Conclusión:** para la madre el dolor del neonato es amenaza a la salud y la vida. Sabe cuándo y dónde le duele y sus prácticas de alivio son consecuentes con el conocimiento cultural. Para ellas tiene causas orgánicas, ambientales y míticas; luego el cuidado de enfermería debe ser sensitivo y congruente con la cultura materna.

**Palabras clave:** dolor, recién nacido, atención de enfermería, investigación (fuente: DeCS BIREME).

#### Abstract

**O**bjective: to describe the meaning of pain in the newborn, for the mother and her care practices to alleviate it.

**Methodology:** qualitative, ethnographic and small scope study. The sample was saturation of information through 22 in-depth interviews with 8 mothers; field notes and participative observation were used. The analysis followed James Spradley's methodology.

**Results:** the core subject is “the newborn's pain is known, felt and alleviated by the mother with the support of the

---

\* Magíster en Enfermería con énfasis en materno perinatal, Especialista en Enfermería perinatal. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. [rymunevart@unal.edu.co](mailto:rymunevart@unal.edu.co); Bogotá, Colombia.

\*\* Magíster en Enfermería con énfasis en salud familiar. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. [lucymdero@yahoo.com](mailto:lucymdero@yahoo.com); Bogotá, Colombia.

Recibido: 11-06-08

Aprobado: 06-02-09

family”; one of the subtopics is “mothers know and alleviate the pain of their newborns” that comprises five domains:

- Pain in different parts of the body: types of pain in the newborn;
- See, touch and perceive: ways in which mothers identify pain;
- Crying and behavior: ways in which the newborn expresses pain;
- Gasses, maternal feeding habits and beliefs: pain causes in the newborn;
- Home practices, rituals and medicines: ways to alleviate pain.

**Conclusion:** newborn baby’s pain is a threat to health and lives. She knows when and where it hurts and her relief practices are consistent with cultural knowledge. For them she has organic, environmental and mythical causes; hence the nursing care should be sensitive and in agreement with the mother’s culture.

*Key words :* Pain, Newborn, Nursing Care, Research.

## Resumo

**O**bjetivo: descrever o significado da dor do recém nascido para a mãe e as práticas de cuidado para aliviá-lo.

**Metodologia:** estudo qualitativo, etnográfico e de pequeno alcance. A amostra foi tomada mediante saturação de informação, mediante 22 entrevistas em profundidade a 8 mães; utilizaram-se notas de campo e observação do participante. A análise concentrou-se na metodologia de James Spradley.

**Resultados:** o tema central é “A dor do recém nascido é conhecida, sentida e aliviada pelas mães com o apoio da família”; um dos sub-temas é “As mães conhecem e aliviam a dor de seu recém nascido”, que abrange cinco domínios:

- Dor em diferentes partes do corpo: classes de dor no recém nascido;
- Ver, tocar e sentir: formas em que a mãe identifica a dor;
- O pranto e os comportamentos: formas em que o recém nascido expressa a dor;
- Gases, hábitos alimentares maternos e crenças: causas da dor no recém nascido;
- Práticas caseiras, rituais e medicamentos: formas de aliviar a dor.

**Conclusão:** para a mãe a dor do neonato é uma ameaça para a saúde e a vida. Ela sabe quando e onde sente a dor e suas práticas de alívio são conseqüentes com o conhecimento cultural. Para elas tem causas orgânicas, ambientais e míticas; mais tarde o cuidado de enfermagem deve ser sensitivo e acorde com a cultura materna.

*Palavras chave:* Dor, Recém-nascido, Cuidados de Enfermagem, Pesquisa

## INTRODUCCIÓN

El dolor del recién nacido es un evento de salud complejo, difícil y limitado de estudiar por la ausencia de comunicación verbal del niño hacia sus cuidadores (1). Sin embargo, el ser humano siente dolor desde periodos tempranos de la vida fetal, por el rápido desarrollo del sistema nervioso (1); luego el dolor está presente en las diferentes etapas de la vida, como consecuencia del proceso fisiológico de adaptación a la vida extrauterina e independiente. Para la madre el dolor del neonato trasciende lo orgánico y fisiológico e implica lo mágico y percepción en razón del vínculo afectivo madre-hijo. El dolor del bebé tiene un significado profundo, que implica amenaza a la salud y la vida, despierta en ella sentimientos que la inducen a tomar decisiones y a “actuar” para aliviarlo.

Investigar sobre lo que el dolor del recién nacido significa para la madre y lo que hace para aliviarlo implicó describirlo, comprender su punto de vista, creencias, valores, tradiciones, costumbres y prácticas aprendidas de generación en generación. En la investigación “El dolor del recién nacido lo conocen, sienten y alivian las madres con el apoyo familiar” se identificaron dos subtemas: “Las madres conocen y alivian el dolor de los recién nacidos” que comprende cinco dominios: dolor en diferentes partes del cuerpo: clases de dolor en el recién nacido; mirar, tocar y percibir: formas con que la madre identifica el dolor; el llanto y los comportamientos: formas en que el recién nacido manifiesta el dolor; gases, hábitos alimentarios maternos y creencias: causas del dolor en el recién nacido; prácticas caseras, rituales y medicamentos: formas de aliviar el dolor. El segundo subtema: “La madre siente el dolor del recién nacido y se apoya en su familia”, contiene dos dominios: preocupación, dolor y amor: son sentimientos maternos frente al dolor del recién nacido; la familia y los amigos son una clase de apoyo de la madre. Este artículo presenta el primer subtema.

Los resultados contribuyen a orientar la práctica en enfermería neonatal porque ofrecen elementos que articulan el conocimiento profesional (ético) con el genérico de la madre (émico), para conservar, orientar o reestructurar las prácticas de cuidado y hacerla partícipe como cuidadora. Así lo expuso Madeleine Leininger en su teoría de los cuidados culturales: “la práctica de enfermería debe darse en forma específica según la cultura, pero

universal para todos”, concebida la cultura como el medio más amplio y holístico de conceptualizar, entender y ser eficaz en el cuidado de las personas (2).

## METODOLOGÍA

Inicialmente se revisó la literatura sobre dolor en el neonato, dolor y cultura y teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger. Luego se realizó un estudio cualitativo, con metodología etnográfica y de un micronivel para captar lo que la madre quería transmitir a través de palabras, expresiones de silencio, gesticulaciones y movimientos corporales. Se pretendió entender en profundidad el conocimiento del fenómeno del dolor del recién nacido, desde la óptica de la madre, y describir el significado para ella. Participaron como informantes 8 madres de neonatos, quienes se tuvieron en cuenta con una visión desde lo humano, según Madeleine Leininger lo explica en su teoría (3).

La población estuvo constituida por las madres de los neonatos que nacieron en el hospital de Engativá, empresa social del Estado de segundo nivel de Bogotá, de enero a agosto de 2007. Fueron captadas en el servicio de posparto y participaron quienes cumplieron con los criterios de inclusión: tener más de un hijo y regresar al hogar con sus hijos sanos; fueron excluidas si su periodo de puerperio cursaba con alteraciones de salud que requirieran hospitalización por más de 15 días o manejo en unidad de cuidados intensivos. La muestra fue la saturación de la información y los informantes se seleccionaron por pertinencia y adecuación (4).

Para conservar el rigor metodológico de la investigación se tuvieron en cuenta, según Castillo y Vásquez (4), los criterios de calidad científica de la investigación cualitativa: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

## Recolección y procesamiento de la información

Las madres se identificaron por historia clínica y kárdex de enfermería. El acercamiento en la institución comprendió: presentación de la investigadora, acciones de cuidado con ellas y sus recién nacidos, educación, resolución de dudas e invitación a participar en el estudio. Se explicó: objetivos, forma de utilización de la información, importancia de la veracidad y necesidad de varias

entrevistas. Luego se concertó la cita en el hogar una vez dadas de alta con sus hijos, respetando disposición y disponibilidad de tiempo y se llamó telefónicamente para recordar, reconfirmar o reprogramar la cita.

Previo a la entrevista se realizaron consulta de enfermería y explicaciones etnográficas según James Spradley (5): proyecto de investigación, razón de los registros, lenguaje nativo, propósito explícito, explicaciones de la entrevista: qué se abordaría en cada sesión y el objetivo: ampliar, aclarar, confirmar o nueva información. A las 8 madres se les realizaron 22 entrevistas en profundidad, con promedio de 2 a 4 por informante, para descubrir lo que sabían, hacían, sentían y quién las apoyaba, con relación al dolor de su hijo expresado en sus propios términos; la duración fue entre 1 y 1½ horas. Previa autorización se grabaron las entrevistas, se tomaron notas de campo y se utilizó observación participante. La entrevista inició con una pregunta generadora: ¿qué sabe usted sobre el dolor de los recién nacidos? En las siguientes entrevistas se tuvo en cuenta la guía etnográfica. Se emplearon preguntas descriptivas, estructurales, de contraste y expresión de ignorancia cultural. Las preguntas de contraste identificaron semejanzas o diferencias entre términos utilizados por ellas, por ejemplo: “dolor de barriga, cólico y dolor de estómago”.

Se transcribieron inmediatamente las entrevistas, lo observado y registrado en cada nota de campo. Posteriormente se codificaron entrevistas e informante respectivamente; se subrayaron aspectos con poder descriptivo y se constituyeron paquetes de información. Se identificaron y listaron los aspectos que más se repetían, seleccionando eventos relevantes y ubicando en orden la información según el interés metodológico e investigativo.

Para el análisis de dominios se identificaron: similitudes entre términos; término cubierto, términos incluidos; relación semántica de inclusión, medio-fin y causa-efecto respectivamente; dominios desde la perspectiva del informante, codificación de los dominios e identificación de nuevas preguntas para la entrevista siguiente. De los dominios con mayor cantidad de términos incluidos, según lo expresado por las madres y la relevancia cultural de la información sobre el dolor de los recién nacidos, se construyeron las taxonomías.

Seguidamente se buscaron atributos asociados con símbolos culturales, por ejemplo: “los bebés se tuercen,

estiran las piernas y lloran”; para las madres significa: cólico. Se identificaron siete dominios culturales con sus respectivas taxonomías y se descubrió el tema central y los subtemas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se utilizó metodología etnográfica según James Spradley (5) y se revisó la literatura sobre cólico, llanto inexplicable y prácticas culturales en el cuidado del neonato, ya que el cólico fue el evento de mayor asociación con dolor. El llanto persistente e inexplicable fue el comportamiento que más les preocupó y lo expresaron como: “tenía algo, estaba enfermito o no estaba bien”. Se encontró una importante congruencia entre lo informado por las progenitoras y lo reportado por la literatura, como se describirá a continuación.

### Dominios culturales

El nacimiento de un hijo es trascendental en la vida de la mujer y el vínculo afectivo les permite conocer comportamientos habituales e identificar situaciones de salud que pueden asociar con dolor; les preocupaba descubrir la causa y qué hacer. Este razonamiento contribuyó a identificar los siguientes dominios:

#### Dominio 1: el dolor en diferentes partes del cuerpo: clases de dolor del recién nacido

Schollin (6) plantea que el dolor definido por la Asociación Internacional del Estudio del Dolor no es aplicable al neonato, por ser un evento subjetivo, y cita la definición de Anand y Craig, que incluye el desarrollo y la respuesta fisiológica, como una cualidad heredada de la vida, que aparece tempranamente y sirve como un sistema de señalamiento de un daño tisular. Es un fenómeno difícil de describir, la percepción es subjetiva y la identificación por el equipo de salud en las unidades neonatales se apoya en cambios de comportamiento y parámetros fisiológicos, químicos y hormonales. Las madres de esta investigación lo perciben, conocen y lo definen en términos culturales. Saben que las partes del cuerpo que duelen son: estómago, cabeza, garganta, oídos, ombligo, y el cólico del infante es sinónimo de dolor. Algunas llamaron al cólico dolor de estómago o dolor de barriga, para

otras son eventos diferentes; sin embargo, la literatura no los diferencia. Una madre expresó:

El más común es el cólico; para mí es el cólico, que de pronto los acueste uno con gasecitos y ellos después empiezan a revolcarse en la cama, a pujar, a llorar, es una manifestación de cólico... (Mirta, 43 años).

El cólico fue definido en 1954 por Wessel, citado por Donna et ál. y Barr et ál. (7, 8), con la regla de los tres: llanto por más de tres horas al día, por tres días a la semana y más de tres semanas, en el caso de un infante sano. Sin embargo, por ser la cantidad de llanto lo importante y no su etiología, el concepto es confuso (9). Para los padres y el personal de salud el llanto, la irritabilidad y la agitación excesiva del niño son sinónimos de cólico (7, 9), constituyéndose en un diagnóstico de exclusión (7).

En los estudios del cólico los informantes sobre las características de episodios de llanto y comportamientos del niño son los padres (7, 8, 10). En este estudio lo asocian con la presencia de aire o gas en el estómago que causan retorcionones o contracciones pequeñas intermitentes y dolorosas, y consideran que el dolor o los cólicos se presentan porque son débiles, frágiles y recién nacidos.

El dolor de estómago ocurre porque están comenzando a comer, son muy delicados, sensibles y les da dolor por cualquier cosa. Ellas lo definen como un dolor dentro del estómago, devuelven la comida y hacen deposición con frecuencia. Esta apreciación coincide con la literatura respecto a la inmadurez fisiológica del sistema gastrointestinal del neonato, considerada responsable de la presencia de cólico en los niños en los primeros meses de vida, aunque los estudios no son concluyentes (1, 7, 11, 12).

Además la debilidad y fragilidad del niño favorece el dolor de cabeza y oído; este último es un órgano delicado; también el dolor de garganta ocasiona dolor de oído y es consecuencia de faringitis, que identificaron porque el niño no succiona, no pasa el alimento y no les baja la comida; una madre dice:

Quando les da faringitis, creo que les duelen también los oídos, porque otitis es lo que les da y a eso se debe el dolor de oído, pues obviamente al darles otitis les tienen que doler los oídos (Mary, 39 años).

También el ombligo duele al pujar, llorar insistentemente y por ser una herida que sana después del mes,

luego una vez se cae deja de doler, porque ha cicatrizado. La literatura describe eventos fisiológicos y no el dolor como consecuencia del proceso (13); así lo expresó una madre:

... cuando le quité el pañal y en la parte de arriba del pañal tenía sangre, y no se había caído el ombliguito, entonces yo dije: llora porque seguramente se lastimó o algo y de todas formas el ombligo les duele (Mary, 39 años).

El conocimiento genérico de las madres respecto al segmento corporal que duele al neonato proviene de personas conocedoras y expertas del entorno (abuelas, madres, vecinas) así como de la percepción que tienen del evento mismo.

### **Dominio 2: mirar, tocar y percibir: formas para identificar el dolor**

Las madres instintivamente tocan y miran a los bebés para explicar el llanto insistente y comportamientos no habituales que asocian con dolor y que junto a los sentimientos, enmarcados en la teoría del apego, les facilitan percibir el dolor del niño.

Así, el contacto visual madre-hijo sirve para conferir una identidad real o personificar al neonato y obtener respuestas a estímulos gratificadores para ella (14). La mirada entre madre e hijo es un lenguaje, una comunicación de sentimientos y necesidades en busca de respuestas de alivio. Mirarlos y tocarlos son estrategias para identificar causas del comportamiento, presencia de dolor y orientan conductas de alivio, sedación o confort. Una madre manifestó:

Mirándolos, tocándolos, es como si el bebé le hablara a uno, es como si el bebé le dijera: estoy enfermo, me duele algo (Lina, 28 años).

También observan y analizan las características de la deposición ya que el cólico o dolor de estómago lo asocian con abdomen duro y cambios en la deposición: color verde, líquida y olor agrio; además se acompañan de aumento del peristaltismo y presencia de gas intestinal como consecuencia de los alimentos que ingiere la madre y se transmiten por la lactancia. La deposición del niño es indicador de buen funcionamiento gastrointestinal, tolerancia a los alimentos y adecuados hábitos alimentarios maternos. Como dicen: “Si la madre está bien, el niño

está bien”. Franco del Río (12) expresa que los cambios en la deposición pueden ligarse al vaciamiento inadecuado de los senos durante la lactancia y no como signo de dolor de estómago.

Otra estrategia es ofrecer el seno al bebé y observar la aceptación como respuesta satisfactoria que la gratifica; pero si lo rechaza, lo relaciona con alteración del estado de salud. Este evento lo denomina la literatura: comunicación prelingüística (15) madre-neonato, que calma al niño y tranquiliza la madre o implica seguir indagando la causa del comportamiento del hijo. Una madre expresó:

Si es dolor, uno les da el seno y no reciben (Flor, 28 años).

De igual forma, perciben el dolor por el “sexto sentido, telepatía, conocimiento del hijo” o por la “relación estrecha que existe entre los dos desde la gestación”. Al respecto la teoría del apego de John Bowlby dice que el vínculo afectivo madre-hijo permite conocer las necesidades del pequeño y lo define como configuraciones de conductas que se desencadenan oportunamente sin que medie experiencia o aprendizaje (16). Así la madre sabe lo que sus hijos sienten y traduce sus expresiones en necesidades, que debe satisfacer.

La telepatía es como si usted ya supiera, como si algo le estuviera diciendo, como si usted ya supiera qué le está pasando al bebé (Lina, 28 años).

En general para una madre mirar, tocar y percibir son prácticas culturales de evaluación del estado de salud de los niños, aprendidas por tradición y apoyadas en percepciones provenientes del vínculo afectivo madre-hijo.

### **Dominio 3: el llanto y los comportamientos: formas en que el recién nacido manifiesta el dolor**

Las características del llanto y el comportamiento del bebé son fuentes de información del estado de salud; el llanto es manifestación de dolor, pero su ausencia no significa que no sienta dolor (17). Durante el desarrollo del niño es habitual la agitación y el llanto en los primeros tres meses de vida; llega a llorar 2,2 horas/día, con un pico máximo hacia la sexta semana y luego disminuye (7), aunque el llanto excesivo puede ser la parte final de

una crisis que comenzó como una conducta o llanto normal (12).

Coherentes con la literatura, todas identificaron el llanto como manifestación de necesidades del recién nacido o llamado de protección. También saben que el llanto es el lenguaje del niño y que es difícil adivinar si sienten dolor. Igualmente conocían la intensidad y características del llanto que interpretaron como solicitud de cuidado, alivio del dolor, hambre, incomodidad o deseos de afecto, que denominaron “pechiche o consentimiento”. Helseth y Begnum (9) describieron tres categorías de llanto según su intensidad:

- Llanto intenso: ataque de llanto histérico e inconsolable asociado a movimiento de manos, piernas y facies contraídas, que interpretaron como presencia de dolor.
- Llanto no específico: llanto normal, menos intenso que el anterior, que no se acompaña con movimientos hipertónicos o muecas; lo asociaron con necesidades sentidas por el niño o a comportamientos propios de su personalidad.
- Llanto relacionado con deficiencia en la técnica alimentaria: los niños lloran y giran la cabeza para alejarla del seno, luego intentan nuevamente comer y vuelven a llorar si la técnica no es la correcta.

En este estudio describieron el llanto por dolor con características similares: es insistente, si los tocan lloran más fuerte, con quejido, tristes, desesperados, irritables, agitados, consentidos y mimados, les tiembla la barbilla y hacen pucheros o muecas, con imposibilidad de calmarlos y lo denominaron: “no poder estar o no hallarse”; de igual forma lo presentó Hernández (17), quien dice que el llanto por dolor puede acompañarse de gesticulaciones faciales como arqueado de las cejas, párpados, área genolabial y apertura de la boca. En consecuencia las respuestas maternas de este estudio fueron: alzarlos, cambiarlos de posición, consentirlos, apretarlos hacia su pecho, para calmarlos, mirarlos y descartar la presencia de situaciones incómodas como tener el pañal sucio, con orina o deposición, y verificaron que no tuvieran hambre, acariciaron el abdomen y sacaron los gases. Una mamá manifestó:

Cuando empiezan así con quejido es porque les duele algo. Lloran con quejido (Johana, 25 años).

Otros tipos de llanto identificados en la investigación fueron: el llanto por hambre es fuerte, desesperado

y con “rabia”; simultáneamente el niño busca ser alimentado y se introduce los dedos de la mano en la boca. En estos casos los lactaron, verificaron la hora de la última toma, los cargaron, arrullaron, consintieron, y si aceptaban la lactancia, se calmaban y dormían. El llanto por incomodidad lo explicaron porque estaban sucios (pañal con orina o deposición), tenían sueño, calor, frío, falta de baño, les incomodaba la ropa o un “bichito”. El llanto es menos fuerte que por hambre. Por tanto la madre le cambiaba el pañal, alimentaba, miraba, bañaba, abrigaba bien o lo dormía en sus brazos. El niño se relajaba, calmaba, se quedaba quieto, se dormía y dejaba de llorar.

Paralelamente, observaron que los cambios de comportamiento y el llanto les ayudaban a identificar dónde les dolía: los niños con cólicos abren y cierran las manos, se tuercen, se mueven para lado y lado, estiran las piernas, “entiesan” el cuerpo, no se calman, no duermen y se ponen rojos, aumentan los ruidos intestinales, el abdomen está caliente, tensionado y distendido. Estudios como los de Donna et ál. (7) y Helseth y Begnum (9) informaron que el cólico de los recién nacidos se caracteriza por episodios inesperados de gritos en la tarde asociados a conductas como las descritas por las madres. Teóricamente el cólico se inicia a las dos semanas, se resuelve a los cuatro meses de vida, y el llanto se inicia avanzada la tarde y al anochecer, por periodos prolongados, es espontáneo e impredecible. Puede aparecer sin relacionarse con situaciones ambientales y el niño no se calma con la nutrición.

Una de las madres manifestó:

... Por las actitudes. Porque pujan, lloran, se estiran, como que uno asume que son cólicos (Mirta, 43 años).

El llanto inconsolable del niño puede reflejar dolor de cabeza porque observan que les “palpita la frente y las sienes”; creen que, como el adulto, ellos sienten dolor con el calor, el llanto prolongado y el proceso viral; es decir, hacen una proyección a sus hijos del dolor de los adultos.

#### **Dominio 4: gases, hábitos alimentarios maternos y creencias: causas del dolor del recién nacido**

Para las madres, la causa de dolor es la producción y acumulación de gas en el intestino que distienden el abdomen:

“están aventados”. Las explicaciones maternas son: mal agarre del pezón o del chupo cuando se alimentan, lo que hace que el niño trague aire; deficiencias en las prácticas de preparación de las leches industrializadas o manipulación de leche humana, si son alimentados con tetero y como consecuencia de los hábitos alimentarios de la madre; entonces los gases deben sacarse para evitar los cólicos. Teóricamente el cólico lo sustentan explicaciones psicológicas, gastrointestinales o alérgicas (7, 11, 12, 18-22); para la madre la explicación es cultural.

Los hábitos alimentarios maternos causan cólico porque los alimentos “pesados”, como: carne de cerdo, granos, lenteja, frijol, gaseosa, jugos ácidos, comida del día anterior o trasnochada y chocolate en exceso, les producen llenado rápido de los senos, diarrea, distensión abdominal, aumento del peristaltismo, aumento en la producción de gases y se sienten mal en general. En consecuencia la leche materna se altera y el niño al ser lactado recibe el efecto nocivo de los alimentos ingeridos por la madre; así los bebés sufren un cuadro caracterizado por vómito y diarrea. En tales circunstancias la leche materna “no es una leche buena para administrarla” y lo correcto sería extraerla. Este evento lo denominaron “daño de comida o mala digestión”. Revisando la literatura, Franco del Río y Sesín (12) y Ferrer et ál. (19) reportaron la existencia de proteínas de la dieta de la madre que se excretan por la leche, como la proteína de leche de vaca, IgG de la leche de vaca, betalactoglobulina y caseína halladas en madres que lactaron a sus hijos y los niños presentaron cólicos; también describieron la existencia de otros alimentos, como cítricos, huevo, pescado, derivados de la carne de cerdo, chocolate, que pasan a través de la leche humana y producen en el niño cólico, gases, irritabilidad o excitación, somnolencia y rechazo a la leche. A este respecto una mamá expresó:

Mala digestión... es lo que ellos también sacan. O sea, uno hace mala digestión, entonces ellos también la sacan por la leche y a ellos también les cae mal. La mala digestión es caerle mal la comida a uno (Flor, 28 años).

También manifestaron que el frío del agua o jugos pasa por la leche y causa cólico al niño. Dos estudios, realizados por Bejarano Beltrán (23) y Argote y Vásquez (24), refirieron que evitar las bebidas frías impide que el niño las tome igualmente frías, no producen gases y no

los incomoda. A pesar de los escritos revisados, la Organización Panamericana de la Salud considera que no hay alimentos prohibidos durante el periodo de lactancia pues no existen bases científicas que sustenten estas creencias (25).

Otras causas de cólico y dolor de estómago son: pujar para hacer deposición les produce dolor de estómago, vómito y aumento de la sensibilidad estomacal, es decir, “no resisten nada en el estómago”. Si el niño come demasiado, también le duele el estómago y devuelve la comida o regurgita. Las causas sicosociales también están presentes: comportamiento difícil del infante, irritabilidad e hipersensibilidad, que inducen llanto persistente sin dolor y denominan comportamiento “berrinchudo”, y “no los pueden calmar” a pesar de las medidas de consuelo que adopten.

En cuanto a las explicaciones míticas del dolor del recién nacido, no reconocidas por los profesionales de la salud y referidas por las madres, están:

- Pujar: si una mujer que tiene el periodo menstrual alza a un recién nacido, entonces el niño “no puede hacer del cuerpo” (deposición) ocasionándole esfuerzo o pujo y llanto excesivo.
- Descuajarse: el “cuajito” es una parte del intestino, que se “corre” porque son frágiles, son alzados inadecuadamente, transportados en coches o buses que saltan. Se manifiesta por fuerte dolor de estómago, palidez y vómito.
- El dolor de cabeza se debe al llanto persistente y prolongado, exceso de calor y estados gripales. Sin embargo la causa más importante es el “mal de ojo”; una madre comenta:

... A veces los médicos no creen en eso, pero cuando tienen mal de ojo les da un dolor de cabeza terrible (Flor, 28 años).

El mal de ojo es el efecto en el recién nacido de la mirada aguda, penetrante, fija y con mala energía, que puede acompañarse de risa y ojos llorosos, que transmite la persona que los mira o la misma madre. El niño siente fuerte dolor de cabeza, decaimiento, cabeza caliente, ojos tristes y llorosos, y si es la madre quien causó el mal de ojo, “se secan” (pérdida de peso); esta es una enfermedad cultural y un acto mágico. Los bebés se protegen utilizando talismanes (pulsera) o dándoles una palmadita o haciéndolos llorar; la cura es rezarlos. Bejarano Beltrán

(23), Argote y Vásquez (24) y Castro et ál. (26) en sus estudios han encontrado también estas explicaciones culturales.

Para concluir, el dolor en los recién nacidos tiene explicaciones orgánicas, fisiológicas, psicológicas, ambientales y culturales.

### **Dominio 5: prácticas caseras, rituales y medicamentos: formas de aliviar el dolor**

Las prácticas y costumbres para aliviar el dolor de los neonatos son consecuentes con las causas y el conocimiento cultural. Aguas ofrecidas a sus hijos o ingeridas por ellas, masajes, emplastos, medicamentos, consultas a instituciones de salud y rituales son las más sobresalientes.

Para iniciar, administran aguas de hierbas (aromáticas) porque son muy buenas y no le hacen daño al bebé. Las utilizan para aliviar los cólicos, facilitar la expulsión de gases y ablandar el estómago para que puedan hacer deposición y calmarlos; así los niños y las madres se encuentran bien. Sin embargo sienten temor de hacerles daño, son cuidadosas en la cantidad y forma de preparación y los observan para identificar reacciones inesperadas. Las bebidas que utilizan para sacar los gases, minimizar los cólicos, aliviar el daño de comida o para hacer deposición son: jugo de mandarina, agua de linaza, arroz, hierbabuena, canela, manzanilla y anís. Las preparan como aromáticas y administran desde cucharaditas hasta una onza para evitar que vomiten. Así lo manifiesta una madre:

Que de pronto les duele el estomaguito, la agüita de hierbabuena es buena, les da uno dos cucharaditas, que si es dolor de estómago se calman (Mary, 39 años).

A ninguna de estas bebidas, a excepción del anís, se le han descrito efectos, dosis, preparación e indicación cuando se administran a los recién nacidos y no se conoce el margen de seguridad en neonatos. La literatura describe efectos antiespasmódicos, regulan la función intestinal, favorecen la expulsión de gases y calman los cólicos (27, 28); al agua de anís le han reportado estudios de caso con cuadros de intoxicación que compromete el sistema nervioso central, cuyas manifestaciones son: hiperreflexia, hipertonia, nistagmos, movimientos anormales y crisis

convulsivas tónico-clónicas generalizadas (29-31). Una madre dice:

El agua de anís les saca mucho los gases también... se hierve un poquito de anís, se les da media oncita o una oncita, depende, como a ellos no les gusta tampoco, pero así (Flor, 28 años).

Cuando la madre consume alimentos que le “caen pesados”, actúa con cautela por la lactancia, evita tomar medicamentos que dañen al bebé, utilizan infusiones o cocimientos de hierbas para mejorar su función gástrica. Toman un pocillo como aromática de aguas de manzanilla, apio y hacen una mezcla de bicarbonato con limón y azúcar para sacar “el daño de comida”, sentirse bien ella y el niño, como se ve en este comentario:

Si se siente bien uno, pues ellos también, porque ya la leche está bien, ya ellos se sienten bien (Flor, 28 años).

Otra práctica cultural son los masajes para ablandar el estómago o barriguita cuando los niños no pueden hacer deposición, y las madres perciben el abdomen duro, “como una piedra”, y los bebés hacen fuerza, pujan para “hacer del cuerpo”. Entonces, alivian el dolor con masajes con aceite o crema para desplazar fácilmente la mano, cebolla soasada, alcohol u orina del niño. La técnica incluye movimientos suaves y circulares en el abdomen con la palma de la mano impregnada con la sustancia que van a aplicar. En el caso de la cebolla soasada, la parten, calientan en la estufa, dejan enfriar un poco, colocan en el abdomen del niño y lo masajean. Lo describen así:

Con la cebolla soasada se hacen masajitos, no tan caliente, suavcito, y ellos calman el llanto, como que ya se sienten bien.

La cebolla se calienta en la estufa, la parte y la calienta, la deja enfriar un poquito, que esté calientita, se la coloca al bebé y con eso ya siente el alivio. Como primer auxilio uno tiene eso (Lilia, 34 años).

Los masajes o sobarlos también los usan con el dolor de oído. Estos ayudan a liberar tensión y ansiedad, relajan y facilitan enfrentar el estrés; mejoran el sueño; calman, estimulan el sistema circulatorio, benefician el ritmo cardíaco y respiratorio; ayudan a mejorar la digestión; fortalecen la comunicación, el lazo emocional con la madre y refuerzan el sistema inmunológico.

Otra práctica para el dolor de cabeza, oído o cólico es aplicar paños de agua. Si el dolor de cabeza es por exceso de calor, les colocan paños de agua fría en la frente; si es por cólico, paños de agua tibia. Lo hacen porque les tienen fe, calman el dolor y los niños se quedan quietos.

Los emplastos los utilizan para cólico o dolor de cabeza. El más común es el de papa; cortan las rodajas, las humedecen y ponen en un paño, luego se las amarran al abdomen o a la frente.

Sacar los gases es cotidiano y acompaña el periodo de alimentación del niño; los colocan sobre el hombro dando palmadas suaves en la espalda, o sobre sus piernas en posición prona o los sientan en las piernas. Esto implica que pueden seguir alimentándose, no lloran, se tranquilizan y evitan el cólico.

Coherentes con la explicación mítica del dolor, el alivio también es mítico a través de rituales. Para el “mal de ojo” la madre reza un Padre Nuestro y hace la señal de la cruz tres veces en la espalda, pecho y cabeza del niño. Si es el rezandero, menciona el nombre del niño y, para evitar que el dolor de cabeza se le pase a él, utiliza hojas frescas de “matarratón”. Bejarano Beltrán (23) encontró que el talismán de protección lo colocaba el padre al niño y la madre a la niña, indicando esfuerzos unidos para proteger al hijo contra la maldad.

Otro ritual es “despujarlos”: una mujer “virgen” le coloca saliva en la frente, la boca y el pecho; pero si tiene vida sexual activa, con el niño en el piso, salta sobre él tres veces en cruz. Así podrán “hacer del cuerpo” (deposición) y se calmarán.

Si la causa del dolor es estar descuajados, les soban el abdomen, por tres sesiones, levantándolos por los pies, luego los vendan para “cuadrarles el cuajo”. Así los niños se alivian. Una madre manifestó:

Si se les descuadra el cuajo, entonces ella coge y los soba y se lo cuadra y ya. El remedio es una sobada. Los coge y los aprieta, luego los coge de los pies, los golpea y los venda y ya. Si sigue bien no lo traiga porque son tres sobadas. Ella es una sola sobada y ya. Se ponen bien (Johana, 25 años).

Estas prácticas no disponen de un soporte científico pero tienen un valor cultural importante en la salud de los pueblos en Colombia.

Respecto al uso de medicamentos, es frecuente el acetaminofén por ser el recomendado por los médicos; les tienen fe y lo compran sin fórmula. Administran entre

tres y cinco gotas; algunas se lo ofrecen con agua azucarada para que no vomite, como dice esta mamá:

Si es mucho el dolor, unas cinco gotitas de acetaminofén, y si no se le pasa, ahí sí uno se preocupa porque es algo más grave (Flor, 28 años).

Acudir a instituciones de salud es otra práctica para buscar ayuda profesional porque les dicen qué tiene su hijo, si es “grave”, toman conductas correctas, tienen el conocimiento, saben qué hacer, los estudian a través de los exámenes y los valoran especialistas: los pediatras.

En ese momento pienso llevarlo al hospital, lo más pronto posible, para que me digan qué es lo que tiene (Lina, 28 años).

En situaciones difíciles, como falta de dinero, dolor nocturno o escasez de recursos para atender el llanto insistente del niño, las madres estrechan el vínculo afectivo con su hijo, abrazándolo y consintiéndolo para calmarlo. Como expresa una madre:

... Con puro Amor, eso no es mentira, ya están que les duele, bien tarde la noche, uno sin plata, las coge, las abraza, las consiente, hemos vivido la experiencia y se alientan... (Mirta, 43 años).

Así mismo, Klaus y Kennell (14) afirman que el vínculo es tan grande que el padre o la madre realizan extraordinarios sacrificios que se requieren para atender al niño. Luego el apego que una madre experimenta por su hijo es el vínculo más sólido que vive un ser humano.

## CONCLUSIONES

Para la madre el significado de dolor del recién nacido es la percepción de una situación de riesgo para la vida de su hijo, es un llamado de auxilio que amerita el descubrimiento y explicación de la causa desde lo mítico, social, psicológico, ambiental, orgánico o fisiológico, según lo aprendido por tradición, del conocimiento profesional o del conocimiento derivado del vínculo madre-hijo; esto implica protección y cuidados del niño y de ella misma; por tanto el profesional de enfermería debe ser altamente sensible en el cuidado al recién nacido y estar en capacidad de responder a la demanda de apoyo y comprensión materna.

Las madres conocen a sus hijos, saben que, aunque sean sanos, sienten dolor en diferentes partes del cuerpo,

identifican sus comportamientos habituales y son muy sensibles a los cambios físicos o conductuales que les representan alteraciones de salud. Son capaces de asignar un significado al llanto (por hambre, incomodidad, demanda de afecto o dolor) y a conductas no habituales, según creencias, valores, costumbres, prácticas y ritos aprendidos. Sus prácticas son congruentes con el significado que asignan a las manifestaciones y causas de dolor, en búsqueda de una respuesta de alivio.

Para articular el conocimiento genérico con el profesional se requiere la participación de la madre en el cuidado de sus hijos en los diferentes escenarios, con coordinación y colaboración del profesional de enfermería, escucharlas y facilitarles las prácticas de alivio, previa evaluación conjunta de su impacto en la salud del niño, ya sea que estas se conserven, orienten o reestructuren.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Committee on drugs. Section on anesthesiology. Section on surgery. Canadian Pediatric Society. Fetus and newborn committee. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics* 2000; 105(2):454-60.
- (2) Marriner-Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Madrid, España: Mosby; 1995, p. 427.
- (3) Sandoval Casilimas C. Investigación cualitativa: programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: Icfes; 1996, p. 33.
- (4) Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 2003; 34(3):164-67.
- (5) Spradley JP. La entrevista etnográfica. Orlando, Florida: Hartcourt Brace Javanovich College Publishers; 1979.
- (6) Schollin J. ¿Can cry in the newborn be used as an assessment of pain? *Acta Paediatr*. julio 2005; 1358-60.
- (7) Donna R, Osteopchuk M, O'Brian JG. Infantile colic. *American Family Physician*. 2004; 17(4):735-40.
- (8) Barr R et al. The crying of infants with colic: A controlled empirical description. *Pediatrics*. 1992; 90(1):14-21.
- (9) Helseth S, Begnum S. A comprehensive definition of infant colic: Parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11(5):672-80.
- (10) Saavedra MAL et ál. Incidencia de cólico no lactante e factores asociados: un estudio de cohorte. *Juornal de Pediatria*. 2003; 79(2):115-22.
- (11) Lindberg T. Infantile colic: A etiology and prognosis. *Acta Paediatr*. 2002; 89:1-12.
- (12) Franco del Río G, Sesín M. El cólico en el bebé amamantado. *Gaceta Médica de Queretano*. 2000; 10:12-6.
- (13) Catalán J. Fenómenos parafisiológicos del recién nacido. Servicio de Neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile. Noviembre de 2001 (citado 6 oct, 2007). Disponible en: [www.redclinica.cl/html/archivos/06.pdf](http://www.redclinica.cl/html/archivos/06.pdf)
- (14) Klaus MH, Kennell JH. La relación madre-hijo. Buenos Aires: Interamericana; 1978, pp. 14-84.
- (15) Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Pardo Martínez GA et ál. Lactancia materna: guía de manejo. Bogotá: La Secretaría; 1996, pp. 131-2.
- (16) Diccionario de autores Amei-Waece. Bowlby, John (1907-1990) (citado 25 oct, 2007). Disponible en: [www.waece.org](http://www.waece.org)
- (17) Hernández Hernández AR et ál. Valoración y manejo del dolor en neonatos. *Boletín Médico Hospital Infantil México*. 2004; 61:164-73.
- (18) Rollán Rollán A. Revisión: Llanto del recién nacido y del lactante. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Austria, Cantabria, Castilla y León*. 2001; 4(175):41, 3-8.
- (19) Ferrer Lorente B, Ferrer Lorente MB, Dalmau Serra J. El cólico del lactante. *Acta Pediátrica Española*. 2000; 58(5): 297-302.
- (20) Savino F et al. Ghrelin and motilin concentration in colicky infants. *Acta Paediatr*. 2006; 95:738-41.
- (21) Savino F et al. Bacterial counts of intestinal lactobacillus species in infants with colic. *Pediatric Allergy Human*. 2005; 16:72-5.
- (22) Savino F et al. Intestinal microflora in breastfed colicky and non-colicky infants. *Acta Paediatr*. 2004; 93:825-9.
- (23) Bejarano Beltrán NL et ál. Protegiendo al recién nacido durante el puerperio, la madre adolescente asegura su hijo sano y fuerte. *Avances de Enfermería*. 2003; XXI(1):32-48.
- (24) Argote LÁ, Vásquez ML. La dieta como camino para asegurar un hijo sano: una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes. *Colombia Médica*. 2005; 36(3, Supl. 1):58-64.
- (25) Instituto de Nutrición. Centroamérica y Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Incap - OPS. Alimentación y nutrición en el cuidado de la vida. Contenidos actualizados en nutrición y alimentación. 22. Módulo IV. Alimentación de la madre embarazada y en periodo de lactancia. (citado 3 nov, 2007). Disponible en: [www.ops.org.ni](http://www.ops.org.ni)
- (26) Castro É et ál. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio. Municipio de Popayán. Asociación Colombiana para el Avance y la Ciencia del Comportamiento. *Infancia, Adolescencia y Familia*. 2006; 1(1):141-52.

(27) Sagrera Ferrandiz J. Enciclopedia de medicina natural: medicinas alternativas. Plantas medicinales. Bogotá: Printer Colombiana; 1996, p. 62.

(28) Arias Alzate E. Plantas medicinales. 8ª ed. Bogotá: Climent; 1971, pp. 46-7 y 175-7.

(29) Salgado ER, Rodríguez R. Federación de Pediatría del Sureste. Academia Mexicana de Pediatría. Intoxicación por té de anís estrella en un neonato. Resumen del Congreso Nacional de

Neonatología. Coatzacoalcos, Veracruz, México. 2006; 63(Supl. 1).

(30) Rojas Galarza R, Porras J, Lis A. Intoxicación por anís estrellado (*Illicium verum*): a propósito de un caso... o de varios casos. Instituto Especializado de la Salud del Niño (IESN). Revista Peruana de Pediatría. 2005; 41.

(31) Ize-Ludlow D et al. Neurotoxicities in infants seen with the consumption o star anise tea. Pediatrics. 2004; 114(5): e653-e655.