

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE LA MADRE ANDINA AL LACTANTE
MENOR DESDE UNA PERSPECTIVA
INTERCULTURAL, 2017**

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

**AUTORES: Bach. Bustamante Llatas, Jessica Paola
Bach. Gordillo Julón, Miguel Amberly**

Chiclayo, 31 enero de 2018

**CUIDADO DE LA MADRE ANDINA AL LACTANTE
MENOR DESDE UNA PERSPECTIVA
INTERCULTURAL, 2017**

POR:

Bach. Bustamante Llatas, Jessica Paola

Bach. Gordillo Julón, Miguel Amberly

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. Flor de María Mogollón Torres
Presidenta de Jurado

Mgtr. Angélica Soledad Vega Ramírez
Secretaria de Jurado

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Vocal / Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	14
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	14
1.2 BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL	15
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	23
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO	23
2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN	24
2.4 ESCENARIO	25
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
2.6 PROCEDIMIENTO	30
2.7 ANÁLISIS DE DATOS	33
2.8 CRITERIOS ÉTICOS	36
2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	37
CONSIDERACIONES FINALES	116
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	122
ANEXOS	135
ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENFERMERAS	135
ANEXO 03: OBSERVACIÓN PARTICIPANTE - ENFERMERAS	141
ANEXO 04: OBSERVACIÓN PARTICIPANTE - MADRES	142
ANEXO 05: ENTREVISTAS – ENFERMERA	143
ANEXO 06: ENTREVISTAS - MADRES	145

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios y a nuestros padres. A Dios, porque ha estado con nosotros en cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar; y a nuestros padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación siendo su apoyo incondicional. Ellos han depositado su entera confianza en nosotros alentándonos en cada reto que se nos presentaba, y por eso les estamos muy agradecidos.

A nuestra asesora Dra. Rosa Díaz Manchay, quien con sus conocimientos y experiencias vividas nos guió y orientó para la elaboración de este trabajo de investigación, así mismo por su tiempo y paciencia que nos demostró en cada asesoría.

Jessica y Miguel

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a la Virgen María, por iluminarnos, cuidarnos y darnos fortaleza para superar los obstáculos durante la ardua tarea de investigar, y a nuestras familias por saber entendernos y apoyarnos en toda nuestra etapa universitaria.

A nuestra estimada asesora Dra. Rosa Díaz Manchay por habernos dado la oportunidad de conocerla y aprender de su sabiduría y por ayudarnos a desarrollar nuestras capacidades, y al destacado jurado conformado por: Mgtr: Flor de María Mogollón Torres y Mgtr. Angélica Soledad Vega Ramírez, por su motivación y sus aportes para la mejora y perfeccionamiento de nuestra investigación.

A los profesionales de enfermería, que pertenecen a la Micro Red Sókota y a quienes, con su disposición y generosidad, brindaron sus valiosos aportes, base fundamental de la presente investigación.

A las madres de los lactantes menores de la comunidad de Sókota por habernos brindado su tiempo y sus experiencias a lo largo de la investigación.

Jessica y Miguel

RESUMEN

Esta investigación cualitativa con diseño etnográfico tuvo como objetivos describir y comprender el cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural. La muestra fue no probabilística, conformada por 10 enfermeras que laboran en la atención integral del niño en los centros de salud del Distrito de Súcota-Cajamarca y 15 madres andinas de lactantes, ambas muestras fueron determinadas por la técnica de saturación y redundancia. Los datos se recolectaron en los centros de salud y en los hogares de las madres a través de la observación participante, registrándose en el diario de campo. Se aplicó también la entrevista etnográfica. Ambos instrumentos fueron validados por juicio de expertos. Se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico y los principios de bioética personalista. Se obtuvieron como resultados cinco temas culturales: Cuidado intercultural en la alimentación del lactante menor, Cuidado intercultural ante las reacciones adversas postvacunales: Administración de medicamentos VS remedios caseros, Cuidado intercultural en la higiene y vestimenta: Frecuencia, dualidad frío-caliente y plantas medicinales, Cuidado intercultural en enfermedades infantiles: Uso de medicina científica VS medicina tradicional y Cuidado intercultural en la estimulación temprana. Se concluyó que el personal enfermero educa a la familia en diferentes cuidados que deben realizar en el hogar, pero por sus costumbres y creencias las madres practican cuidados empíricos que pueden causar algún tipo de daño en el lactante menor.

Palabras clave: Cuidado, lactante menor, familia, interculturalidad.

ABSTRACT

This qualitative research with ethnographic design aimed to describe and understand the care of the Andean mother to the minor infant from an intercultural perspective. The sample was non-probabilistic, consisting of 10 nurses who work in the comprehensive care of the child in the health centers of the District of Súcota-Cajamarca and 15 Andean mothers of infants, both samples were determined by the technique of saturation and redundancy. The data were collected in the health centers and in the homes of the mothers through the participant observation, registering in the field diary. The ethnographic interview was also applied. Both instruments were validated by expert judgment. The criteria of scientific rigor and the principles of personal bioethics were taken into account. Five cultural topics were obtained as results: Intercultural care in the diet of the young infant, Intercultural care in the face of adverse post-vaccinal reactions: Administration of medicines VS home remedies, Intercultural care in hygiene and clothing: Frequency, cold-hot duality and medicinal plants, Intercultural care in childhood diseases: Use of scientific medicine VS traditional medicine and intercultural care in early stimulation. It was concluded that the nursing staff educates the family in different care that they must perform in the home, but because of their customs and beliefs, the mothers practice empirical care that may cause some type of damage in the younger infant.

Key words: Care, infant, family, interculturality.

INTRODUCCIÓN

En el Perú no existe una auténtica política de salud intercultural, estando limitado a un conjunto de dispositivos legales que reglamentan la pertinencia cultural y la adecuación cultural de los servicios públicos de salud, especialmente, el parto con adecuación intercultural y las casas de espera materna. Entre los desafíos se tiene a la formación en salud de tipo biologicista, lo que determina, una política sanitaria orientada más a la enfermedad que a la salud, dominada por un enfoque cuantitativo de coberturas, demandas y metas, con un gran vacío hacia el aspecto sociocultural de la salud¹. Esto ocasiona, una constante queja de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los servicios de salud. Es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad los pacientes².

Al respecto, la interculturalidad es el proceso de interrelación entre culturas, a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos. Tiene como características: la confianza, comunicación efectiva (comprender al “otro” desde su cultura), diálogo y debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias. En el campo de la salud, la interculturalidad, es el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud e implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo el proceso de salud y enfermedad³.

Según Leininger, en su teoría de diversidad y universalidad, describe que las personas no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y de su entorno; además, considera que hay cuidados que se practican en todas las culturas y tiene rasgos muy parecidos, pero a la vez hay cuidados diversos de acuerdo a sus creencias y costumbres para mantener el estado de salud y bienestar de las personas, incluyendo así sus valores, creencias y

modos de vida que son aprendidos y transmitidos de forma continua⁴. Es por ello, que el profesional de salud debe brindar los cuidados necesarios teniendo en cuenta la cultura de las personas o de la comunidad, porque cada cultura implica diferentes costumbres y creencias, que deben ser respetadas y consideradas dentro del cuidado; pero, cuando estas prácticas culturales perjudican la salud, se podría negociar y ayudar a reestructurar dichos cuidados, sobre todo con los más vulnerables, como son los lactantes menores.

Específicamente, la madre andina y su familia, para cuidar al lactante menor, acostumbran darle de comer antes de los 6 meses o interrumpirle la lactancia materna exclusiva; para las diarreas les colocan enemas a base de yerbas, conllevando a deshidratación, no solo leve, sino de moderada a grave⁵. Además, utilizan plantas medicinales como: matico, hierba luisa, etc. para prevenir las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, dérmicas, oftálmicas, pues consideran que su uso es barato y efectivo⁶. Le dan mucha importancia al cosmos, a la dualidad (frío, calor, hembra, macho, etc.), tienen creencias y costumbres bien arraigadas, que no les permite percibir los riesgos de la salud a las que exponen a sus niños; pues primero recurren al curandero, y después a la posta, a veces en precarias condiciones de salud⁷.

Una de las estrategias para conocer cuáles son las creencias y costumbres que tienen las familias en el cuidado de sus niños, es a través del Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED); su aplicación se da según la Norma Técnica (N° 537 - 2017/MINSA)⁷. Donde nos define el control del crecimiento y desarrollo es una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña(o), hacer un acompañamiento a la familia, detectar precoz y oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; y a la vez facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña(o)⁸.

La asistencia de madres con sus hijos lactantes menores a los controles de crecimiento y desarrollo es baja, por lo que la detección precoz de enfermedades prevalentes, no se realiza a tiempo. Tal es así que en un estudio se evidenció el cumplimiento de asistencia al control de crecimiento y desarrollo, encontrando que 88.0% tienen asistencia completa a sus controles CRED, mientras que 12.0% tienen asistencia incompleta; el estado nutricional según indicadores antropométricos peso /edad (P/E), encontrando que 86.0% presentaron un estado nutricional normal, 11.3% desnutrición, 2.7% con sobrepeso⁹.

La mortalidad en la niñez es un indicador importante para la implementación de adecuadas políticas de salud para un país, como es a nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños(as), y también de su situación nutricional. Evidencia el grado en que se ejerce en una sociedad el derecho humano más fundamental, como es el derecho a la vida y a la salud concomitante¹⁰.

En el Perú se puede evidenciar que el 43,5% de niñas(os) de 6 a 36 meses padecieron de anemia a nivel nacional en 2015; en algunas zonas andinas esta tasa llegó al 76%. Cuando una niña(o) padece anemia tiene limitaciones en su desarrollo físico, cognitivo y socio emocional y enfrenta problemas de aprendizaje. 30% de los hogares no dispone de red pública de agua, el 27% carece de red pública de desagüe, situación que pone en riesgo la salud de niñas(os). Solo 13% de niñas y niños menores de 3 años tuvo acceso a programas de desarrollo infantil temprano en 2015¹¹.

Las creencias y mitos culturales son parte inseparable de una comunidad y necesariamente influirán en las prácticas de salud de sus integrantes. El equipo de salud debe conocer dichas creencias y prácticas con el fin de orientar a las madres, para continuar o no con su realización sin menospreciar las convicciones de cada cuidador¹². Sin embargo, en relación a la consejería brindada por el personal de salud asociadas a las prácticas pediátricas derivadas de las creencias, las madres y abuelas muestran rechazo e inconformidad, al no ser respetadas sus creencias. Pero de la sabiduría ancestral, se

puede aprender y es que inclusive para modificar las prácticas potencialmente nocivas en la salud del lactante deben primero ser respetadas; y así reducir la morbilidad infantil¹³.

Por otro lado, los investigadores han observado que es la abuela o la suegra, quien se encarga de orientar y dar indicaciones a la madre, sobre los cuidados que deben tener con el lactante menor; estas personas, hacen uso de sus costumbres y creencias en la crianza de sus hijos, es así, que mantienen algunas prácticas de cuidados peculiares durante la alimentación, estimulación, detección o prevención de enfermedades, entre otros aspectos, que pueden o no ser favorables para el crecimiento y desarrollo de estos niños. A veces los cuidados que se practican en el hogar se contraponen con los cuidados que enseñan el personal de enfermería en el programa de atención integral al niño.

Al respecto, algunas enfermeras que laboran en la zona andina como Súcota-Cajamarca, manifiestan: “Es común observar que la abuela o la suegra también participa en el cuidado del lactante, ellas insisten que el lactante debe tomar agüita de manzanilla o anís para que no llore por los gases, y además usan ciertas plantas medicinales como el eucalipto; para el baño del niño, que sirve para prevenir el resfrío”, “le colocan en la muñeca un huairuro¹ para que no se asuste y para prevenir el mal de ojo²”. Algunas madres Socotinas refieren brindar ciertos cuidados a su niño como: “Bañarlo con agua tibia porque el agua fría le da cólicos”, “desde que nace hasta los tres meses se debe fajar³ para que no se doble o quiebre los brazos”, “hasta los tres meses no lo puede ver al bebé cualquier persona, porque algunas tienen sangre pesada y a ellos les hace ‘pujaches’⁴ y se vuelven rojos; y si él bebé ya está con este mal se cura con dos tuzas⁵”

¹ **Huairuro:** Planta del Perú de la familia de las leguminosas, de frutos en vaina, con semillas no comestibles, de color rojo y negro, que se usan como adorno y como amuleto. (fuente: DIRAE)

² **Mal de ojo:** Se trata de una creencia popular según la que cualquier persona tiene la capacidad de producir el mal a otra persona, simplemente con mirarla. (Fuente: Baer R, Weller S y Gonzales C. Las enfermedades populares en la cultura española actual: un estudio comparado sobre el mal de ojo. Revista de Dialectología y Tradiciones Populares [internet]. 2016 [consultado el 20 de enero]; 1(60)págs. 139-156.disponible en: <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/5/5>

³ **Fajar:** Rodear, ceñir o envolver con faja una parte del cuerpo.

⁴ **Pujache:** Es una contracción involuntaria que presentan los niños. (Fuente: poblador de la comunidad)

⁵ **Tuza:** Parte central de la mazorca de maíz una vez que ha perdido los granos.

envuelto con la ropa del bebé y luego se bota al techo de la casa y esta curación solo lo hacen los curiosos”, “mi suegra me dice: cuando se asusta el niño o esta llorón y las orejas le brillan (orejas de ratón), para curarlo se limpia todo el cuerpo con el alumbre⁶, periódico, huevo, tijera o velas”.

En la zona andina se transmiten prácticas ancestrales para cuidar al lactante menor, siendo la familia la que fomenta costumbres y creencias adecuadas e inadecuadas para la salud de sus miembros, unido a la pobreza, el analfabetismo y el escaso acceso a los establecimientos de salud, muchas veces los cuidados que se practican en el hogar se contraponen con los cuidados que enseñan el personal de salud, en especial con lo que educa la enfermera en el consultorio de atención integral al niño, y lo que indica la abuela, la suegra u otro integrante de la familia.

Ante esta situación, se formuló la siguiente interrogante: ¿Cómo es el cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural en el Distrito de Sócola- Cajamarca, 2017? El objeto de estudio fue: Cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural. Planteándose como objetivo general: Describir y comprender el cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural, en el Distrito de Sócola- Cajamarca, 2017. Y como objetivos específicos: Identificar y analizar las creencias y costumbres que tienen las madres andinas para cuidar al lactante menor desde una perspectiva intercultural; también, identificar y analizar la educación que brinda la enfermera a la madre andina del lactante menor desde esta misma perspectiva.

La presente investigación, se justifica porque en nuestro país hay un incremento de la morbimortalidad en los lactantes menores, debido a las diferentes barreras socioculturales y accesibilidad a los centros de salud; por ello se constituye un problema de salud pública. En el distrito de Sócola, tienen una cultura y costumbres diferentes a la de los profesionales de la salud; por ser una zona andina, en donde predomina aún la

⁶ **Alumbre:** El alumbre es un mineral utilizado como astringente. Manera de quitar el susto de un bebé, es empleando el alumbre.

pobreza y el analfabetismo, aspectos que, unidos a sus creencias y costumbres, podrían conllevar a un incremento de las enfermedades diarreicas, respiratorias y a esto se le aúne el problema de la desnutrición crónica infantil, lo que implica que los niños de estas zonas a veces evidencien retraso en el crecimiento y desarrollo.

Además, es importante reconocer que es más riesgoso alejar a la familia por el rechazo a sus creencias ya que pueden llevar a cabo prácticas que comprometan seriamente la salud de los niños y las niñas. Para evitarlo, existen herramientas como el modelo transcultural de Madeleine Leininger que busca conservar, negociar o reestructurar la práctica cultural, sin generar conflicto entre el personal de la salud y el cuidador. Se requieren de más estudios que evalúen las prácticas de cuidado desde el punto de vista de las creencias y mitos de la comunidad y su impacto en la salud de los niños con el fin de crear programas y estrategias que faciliten su integración al conocer y orientar científico por parte del personal de salud¹². En este sentido, actualmente se están poniendo los cimientos en la formación de los profesionales de la salud con relación a la interculturalidad, tratando que adquieran lo que se ha venido reconociendo como competencia cultural^{14,15}.

Asimismo, esta investigación permitirá que el personal de enfermería enfatice la importancia del cuidado intercultural como estrategia fundamental de la enfermera hacia las madres de familia de las comunidades andinas e indígenas, esto permitirá descubrir y a la vez analizar las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar de dichas familias, para así mejorar las actitudes y comportamientos inadecuados. Y a su vez aprender de su acervo cultural.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Este tema ha sido poco abordado, se realizó una búsqueda minuciosa y no se ha podido encontrar trabajos de investigación sobre el objeto de estudio, lo que convierte al tema en inédito y relevante. Sin embargo, se encontró las siguientes investigaciones a nivel internacional y nacional:

Rodríguez, Santos, Talani y Tovar desarrollaron un estudio exploratorio etnográfico, descriptivo y documental con abordaje cualitativo (Colombia). Obtuvieron seis categorías: cuidado general, neurodesarrollo, sistema respiratorio, gastrointestinal, alimentación y otros. Esto se confrontó con la literatura científica pertinente para generar un modo de acción en el que se reestructure, se negocie o se conserve la práctica cultural en cuestión. Concluyó que las creencias y prácticas culturales son parte fundamental de cualquier comunidad¹².

Vásquez y Aguilar realizaron un estudio cualitativo con diseño etnográfico (Nicaragua) infirieron características socio demográficas, principales prácticas pediátricas, consecuencias relacionadas con las prácticas pediátricas resultando la deshidratación relevante, criterio de las madres y la consejería brindada por el personal de salud asociadas a las prácticas pediátricas, encontrando que madres y abuelas no se sienten respetadas sus creencias¹³.

Vega y Fernández investigaron en perspectiva cualitativa etnográfica en la sierra lambayecana de Incahuasi, concluyendo que, para brindar un cuidado con enfoque intercultural, es necesario ambientar los consultorios con aspectos culturales de la zona, además de aprender algunas frases o palabras comunes que motivan la familiaridad entre la madre y el lactante mayor; sin embargo, existen barreras culturales como el idioma, cosmovisión, falta de recursos económicos y sanitarios⁷.

Dávila realizó investigación cualitativa etnográfica en la comunidad Awajun Amazonas, como conclusión obtuvo que las familias indígenas cuidan del lactante menor basados en su saber, cosmovisión, secretos de la naturaleza y su cultura, manifestando prácticas de cuidado peculiares en la alimentación, vestimenta, higiene, descanso, estimulación, afecto, juego y protección cósmica, usando semillas, plantas medicinales, animales, y otros objetos culturales para cuidar/sanar síndromes culturales y enfermedades prevalentes, luego los automedican y, finalmente, acuden a la posta⁵.

1.2 BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

Esta investigación se fundamentó en el cuidado enfermero transcultural de Leininger (2015), la interculturalidad según Correa (2010), además de la perspectiva del cuidado humanizado de Waldow (2014).

La interculturalidad, se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia. Por todo esto, la palabra interculturalidad da a entender horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad².

El enfoque intercultural en salud contribuye a que el personal de salud sea más sensible a la diversidad cultural y estén mejor adecuados a las necesidades diferenciadas de la población¹⁶. Entonces, la interculturalidad para el personal de salud, se basa en el respeto a las creencias y costumbres del otro (paciente, familia y comunidad), donde ocurre un intercambio entre los saberes populares y científicos, para un aprendizaje

mutuo. Por competencia cultural entendemos la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza².

Enfocándonos en el ámbito de salud, el Perú ha establecido la Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques derechos humanos e interculturalidad en salud, las cuales tienen como finalidad contribuir con la mejora de la salud de la población, la reducción de las brechas de desigualdad en salud y con el ejercicio pleno del derecho a la salud sin discriminación alguna¹⁷.

Los investigadores infieren que la interculturalidad busca desarrollar una interacción social equitativa entre personas de diferentes contextos socioculturales; donde la interacción reconoce parte de la desigualdad social, económica y política. Dentro ello se considera también las relaciones interculturales, el reconocimiento mutuo, el intercambio de saberes y la convivencia social. Se debe lograr una adecuada convivencia con los sujetos de estudio, de modo que las costumbres y creencias que tienen las familias andinas no sean un impedimento, sino por el contrario se logre un intercambio de conocimientos técnicos y culturales.

La interculturalidad en salud, ha de tener en cuenta la existencia de una pluralidad de grupos étnico-culturales, con conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas propios y distintos del sistema de salud oficial, ha generado en sus agentes de este último, conductas discriminatorias y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas y avances científicos de la medicina occidental². Entonces, la interculturalidad en salud, se basa en un diálogo que el personal debe tener en cuenta, como el respeto a las creencias, costumbres y prácticas del otro

(paciente, familia y comunidad); esto implica, en primer lugar tomar conciencia de la cultura de la persona que se atiende para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso del cuidado.

El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud basado en la Familia y Comunidad, implica por lo tanto, definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención, para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con las personas respetando sus conocimientos y prácticas de salud¹⁸. Este modelo se enfoca en priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud en las familias y comunidades, generando así mayor participación de la familia para el cuidado del lactante menor, es por esto que la enfermera del Centro de Salud de Sókota se encarga en la promoción y prevención teniendo en cuenta las costumbres y creencias de la comunidad.

Desde el ámbito cultural, el cuidado humano implica comprender que es inseparable y propio del hombre mismo. Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura, los cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. El cuidado es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona¹⁹.

Leininger en su teoría de diversidad y universalidad, expresan que hay cuidados que se practican en todas las culturas y tiene rasgos muy parecidos, pero a la vez hay cuidados diversos de acuerdo con sus creencias y costumbres para mantener el estado de salud y bienestar de las personas, incluyendo así sus valores, creencias y modos de vida que son aprendidos y transmitidos de forma continua. Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados: Preservación y mantenimiento de los cuidados

culturales, de adaptación y negociación de los cuidados culturales, y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales⁴.

Es por ello, que el profesional de enfermería debe practicar un cuidado cultural, esto implica que la persona mantenga ciertas creencias o prácticas de cuidado que son ancestralmente positivas. Si, por el contrario, la creencia o práctica de cuidado al lactante menor es un riesgo para su salud, se podría negociar o llegar a un acuerdo mutuo, en la que se puede modificar alguna acción, sin dejar de lado la creencia que ellos tienen y sugerir o reacomodar una práctica que beneficiará la salud del lactante y en algunos casos, sí la práctica es dañina y atenta contra la vida, pero tiene un arraigo cultural importante, es allí donde se debe iniciar un proceso de reestructurar, el cual será lento y difícil de llevar a cabo, porque requiere de la habilidad de persuadir al cuidador, y muchas veces se necesitará el apoyo de otros actores y sectores para lograr un cambio en la manera de proteger la vida.

La enfermería transcultural tal como la define Madeleine Leininger es la clave para desbloquear la competencia cultural en un entorno de salud para una nación con un pasado histórico tan rico y un futuro culturalmente diverso. Aquellos que exhiben incompetencia cultural no caben en el ámbito de cuidado de la salud. Si ignoran las señales culturales, entonces la convalecencia del paciente o incluso el deseo de buscar atención corre peligro. Por lo tanto, es la obligación de la enfermera promover puntos de vista positivos sobre la atención del paciente a través de su compasión en el lente de la transculturalidad²⁰.

El cuidado de enfermería es considerado una actividad que va más allá de una acción procedimental, el arte de cuidar exige saberes y capacidades para establecer vínculos significativos y orientar la acción cuidadora, para la satisfacción del paciente. En ese sentido, el cuidar, implica un movimiento en dirección a algo o alguien que es motivo de interés, para satisfacer, aliviar, ayudar, confortar, apoyar. Esta acción, es

acompañada de actitudes y comportamientos que tienen siempre una connotación de proveer, de favorecer el bien para el otro ser²¹.

Así mismo, el cuidado genérico se encuentra en todas las culturas del mundo y comprenden formas naturales, folklóricas y caseras de cuidar; y por cuidado profesional se entiende las formas en que las personas son expuestas a sistemas de cuidado de salud y son atendidas por profesionales de enfermería y otros; además, refiere que en cualquier cultura los seres humanos preservan sus experiencias, comportamientos de cuidado dentro de su contexto cultural familiar²².

En cuanto a la profesión de enfermería le corresponde en la sociedad ofrecer cuidados muy importantes para el bienestar de las personas. La manera en cómo se presten esos cuidados es algo que tiene gran transcendencia para la vida la salud e incluso la dignidad para de los destinatarios. Sin embargo, el cuidado desde sus orígenes forma parte del ser humano y ha adquirido en el transcurso del tiempo, formas y expresiones de cuidar que se van modificando; para enfermería el cuidado debe ser considerado como una actividad que va más allá de una acción procedimental, intentando captar un sentido amplio del cuidado como una forma de expresión con otro ser y con el mundo²³.

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede decir que es una actividad que requiere de un valor personal y profesional, orientado a la promoción, prevención y recuperación; fundamentada en la relación enfermera-madre de familia. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos que la esencia de ésta es el respeto a las costumbres y creencias, que están arraigadas en las madres andinas.

Además, hay que tener en cuenta que el control de crecimiento y desarrollo es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y

desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades⁸. En tal sentido el profesional enfermero encargado de la atención integral del niño debe tener en cuenta las necesidades que tienen las madres de familia, y a su vez respetar el contexto socio cultural; para que su actuar sea participativo, es decir permita establecer una relación de respeto y confianza con la madre, en la que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones. Es de gran importancia también involucrar al padre y a la familia en pleno respecto a las responsabilidades del cuidado de la niña y el niño, para lograr un mejor cuidado de este.

En la primera infancia se da la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social, en ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias serán acumulativas y prolongadas; por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general⁹.

Por otro lado, la enfermera debe socializar con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño, en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades⁸. Las enfermeras que trabajan en el centro de salud de Sókota son las encargadas en educar a la madre, debido a que son las principales cuidadoras en el hogar, siendo el lugar natural donde se brindan los cuidados al lactante menor, según a sus costumbres y creencias.

Por otro lado, el profesional enfermero debe tener en cuenta que la mujer andina es reconocida como sembradora, madre, esposa, educadora, diseñadora de sus trajes, trabajadora en joyas, como guerrera en época de guerra, transmisora cultural, terapeuta familiar, ordenadora, practicante devota de la espiritualidad, entre otros²⁴. Es la madre quien protege, enseña y cubre las necesidades de los niños, es en el núcleo familiar donde se cubre la necesidad básica de bienestar y protección.

A lo largo de la historia, la madre andina tradicionalmente tiene cuidado de sus miembros en las diferentes situaciones del ciclo de la vida, como el nacimiento, las enfermedades de un miembro de la familia, la vida y la muerte. La casa se torna un local de cuidado y también de transmisión de conocimiento sobre salud y experiencias relativas a la vida, de una generación a otra²⁵. Es la madre quien protege, enseña y cubre las necesidades de los niños, es en el núcleo familiar donde se cubre la necesidad básica de bienestar y protección.

La familia debe ser un lugar de convivencia estable, que disponga de los recursos mínimos, donde el menor sea respetado como persona, donde se cubran sus necesidades básicas, afectivas y educativas, que le proteja contra las situaciones agresivas del medio en el que se desarrolla, reciba cuidados adecuados ante enfermedades o limitaciones²⁶. Además la familia es la unidad básica de la sociedad, al interior de ella se lleva a cabo la mayoría de las actividades de la vida cotidiana; es decir, en la convivencia familiar se aprenden y se encuentran los apoyos para satisfacer las necesidades y solucionar los problemas en todas las etapas de la vida²⁷.

Para los investigadores, la familia es considerada como la unidad básica dentro de la sociedad y a la vez una realidad cultural, donde se produce la transmisión de valores, emociones, afectos, pensamientos, creencias, actitudes, usos, costumbres, tradiciones, prácticas, etc. Por lo tanto, hablar de familia y de madre de origen andino constituye, desde la perspectiva de los investigadores, un reflejo de identidad de dicha comunidad, que se caracteriza por ser familias extensas, la relación que tienen con sus miembros y

comunidad varían con el tiempo y espacio; aspectos que pueden perjudicar la salud de los más vulnerables como los lactantes menores; siendo la madre andina la principal cuidadora del hogar.

Así mismo, el lactante comprende entre 28 días de vida hasta los 2 años de edad y a su vez, puede dividirse en dos sub - periodos: lactante menor, desde los 28 días de vida hasta los 12 meses; y lactante mayor, de los 12 meses de edad hasta los 24 meses²⁸. Esta es la etapa donde el niño inicia las primeras sonrisas, el lenguaje, la aprensión, los primeros signos de estrés, primeras palabras, primeros pasos, etc.; todo ello parece una secuencia ordenada y prevista durante esta etapa²⁹. El cuidado del lactante es una labor que implica una valoración y dedicación permanente del niño; en donde este adquiere destrezas sociales, emocionales y motrices, que lo predisponen a un aprendizaje eficaz. Por ello un cuidado efectivo es importante no solo para la supervivencia del lactante sino para su óptimo desarrollo físico, mental y una buena salud³⁰.

Durante la etapa de la infancia, es importante que la enfermera encargada del programa atención integral del niño realice las actividades necesarias con un enfoque intercultural como en la estimulación temprana, control de crecimiento y desarrollo, vacunación, alimentación complementaria, etc. Valorando sus costumbres y creencias porque constituye uno de los componentes importantes en las acciones de enfermería, para poder brindar una atención integral es importante que la madre y la familia participen en el cuidado del lactante menor; y lograr un seguimiento periódico del niño, para detectar a tiempo algún problema de salud del lactante menor.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cualitativo, porque permitió sobre todo develar los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana y trató de captar cada uno de estos aspectos en su totalidad y dentro del contexto de quienes lo viven^{31,32}. Por lo tanto, este tipo de investigación permitió describir y comprender como cuida la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural; para ello se interactuó con las madres en sus hogares, y además se observó como la enfermera encargada de la atención integral del niño, las educa en los centros de salud de Súcota-Cajamarca.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

La presente investigación utilizó el abordaje etnográfico, este método es un proceso sistematizado de observar, detallar, documentar y analizar los patrones propios de una determinada cultura para aprender cómo viven las personas en su ambiente natural. Asimismo, los etnógrafos suelen hacer referencia a la perspectiva émic y étic. Una perspectiva émic refiere al modo en que los miembros de una cultura ven el mundo, o sea a su propia visión, está constituida por el lenguaje, medios de expresión que utilizan los miembros del grupo estudiado para nombrar y caracterizar sus experiencias. La perspectiva étic es la interpretación que de las experiencias de esa cultura hacen personas ajenas a ella; es el lenguaje empleado por quienes realizan la investigación para referirse a los mismos fenómenos³³.

Este método de investigación permitió que los investigadores se involucren directamente con los sujetos de estudio, y además se observó el escenario cultural donde la madre andina interactúa según sus creencias, costumbres adquiridas culturalmente, y

qué prácticas empleaban para el cuidado del lactante menor, así como la enfermera atendía al lactante menor y educaba a la madre para los cuidados del niño en el hogar.

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

La muestra fue no probabilística o dirigida³². Lo constituyeron 10 enfermeras de los establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red de Sókota: C.S. Cuñaque, C.S. Puquio, C.S. Laguna Shita, C.S. San Antonio, C. S. Nuevo Oriente. Las enfermeras en promedio tenían 30 años de edad, todas son licenciadas en enfermería, ninguna de ellas cuenta con una especialidad, la mayoría tenían 8 años de ejercicio laboral y además son nombradas. Se tuvo en cuenta como criterios de inclusión: Enfermeras que laboren como mínimo tres meses en la Atención Integral del Niño. Como criterio de exclusión: Enfermeras que hayan participado de la prueba piloto y Enfermera serumista.

Así mismo, participaron 15 madres, que tienen niños lactantes menores que se atienden en los establecimientos anteriormente mencionados, la edad promedio es de 22 años, la mayoría son amas de casa, además tienen secundaria completa. Como criterio de inclusión: Madre de familia mayor de 18 años, entre dos o más hijos. Como criterio de exclusión: Madre de familia que tenga disartria o sean sordomudas, y aquellas que participaron en la prueba piloto.

Para asegurar la confidencialidad, tanto a las madres de familia y enfermeras, se asignaron los siguientes códigos de identificación, para las madres de familia: MADR1, MADR2...MADR15, y para las enfermeras ENF1, ENF2.....ENF10. El muestreo fue por conveniencia, y la muestra fue determinada por la técnica de saturación y redundancia, cuando la información de las entrevistas se repitió y no hubo datos nuevos.

2.4 ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en el Distrito de Súcota, es uno de los 15 distritos de la provincia de Cutervo en el departamento de Cajamarca- Perú. Este distrito tiene una población de 11,893 habitantes, mayoritariamente campesina (84%). Se constituye por comunidades mayormente cerca de Súcota, si hay algo que resaltar, es su cultura, cuyas familias andinas mantienen sus propias tradiciones para el cuidado de sus miembros basada en tradiciones ancestrales de la cultura andina. El distrito de Súcota se ubica en el Departamento de Cajamarca en el Nororiente del Perú tal como se muestra en el mapa. El distrito de Súcota cuenta con una superficie de 34.82 Km² (4.45% de la Provincia de Cutervo) y una población Total 11,893 habitantes (8.07% de la Provincia de Cutervo)³⁴.

El clima del distrito de Súcota, es templado durante el año, en los meses de enero, febrero, marzo y abril hay abundantes lluvias, la temperatura oscila entre 10 a 14°C; promedio 12°C. El tiempo de verano es en los meses de junio, julio, agosto y septiembre. Las actividades básicas que generan la mayor parte de ingresos económicos son la agricultura, textelería y la ganadería. Otra actividad que genera ingresos para la mayoría de los caseríos es la venta de fuerza de trabajo, especialmente mediante migración a la ceja de selva y costa. En el caso de Sucse, La Unión y San Antonio, la elaboración y la venta de Rallado es la principal actividad generadora de ingresos económicos³⁴.

Se identificó el producto tradicional del “Rallado”⁷ cuya producción se concentra al ámbito de 3 comunidades campesinas: La Unión, San Antonio y Sucse, donde 167 familias se dedican a la elaboración del producto durante todo el año; el 60% de estas familias es propietaria de una agroindustria artesanal de tipo familiar, sin embargo, el

⁷ **Rallado:** Es un dulce muy popular en los caseríos de Súcota y Sucre de la provincia de Cutervo. Se comercializa en las Fiestas Patronales, en las ferias y mercados regionales. También se prepara con arracacha, yuca y camote. (Fuente: poblador de la comunidad)

100% de familias viven del procesamiento del “Rallado”, las familias que no tienen implementos alquilan, prestan o utilizan la de los vecinos a cambio de mano de obra³⁴.

En salud las causas principales de morbilidad son: desnutrición (28% de los niños menores de tres años), infecciones intestinales y de las vías respiratorias; en educación, la tasa de analfabetismo en mujeres de 15 a más años es de 42.7% y 30.6% en hombres, sus recursos naturales en la vegetación forestal predominante están compuesta por aliso, eucalipto, penca azul y sauce. Existen pequeñas áreas de bosques nativos en las partes altas, los cuales están formados por diversas especies (cedro, sauceillo, roble, choloque, etc.) y en sus cultivos predominantes en la parte baja son: maíz, papa, arracacha, caña, yuca y especies frutales diversas. En la parte alta predominan los cultivos de oca, ulluco, cebada, vituca y pastos. En los huertos familiares es común encontrar especies hortícolas, medicinales y algunos frutales³⁴.

El escenario de la presente investigación lo constituyeron los establecimientos de salud que pertenecen a la micro red de Súcota: C.S. Cuñanque, C.S. Puquio, C.S. Laguna Shita, C.S. San Antonio, C. S. Nuevo Oriente, cada establecimiento atiende un promedio de 05 niños lactantes menores en el servicio de Atención Integral del Niño, brindan atención por las mañanas.

Los establecimientos de salud mencionados es donde se realizó la recolección de datos de todos los acontecimientos que sucedieron durante los meses de abril y mayo, de acuerdo al cronograma estipulado, dichos establecimientos de salud cuenta con una enfermera encargada del servicio de Atención Integral del Niño, el ambiente donde la enfermera brinda la atención, cuenta con las condiciones necesarias como iluminación y ventilación, además utilizan los siguientes materiales para la atención al niño, en la mayoría de establecimientos cuentan con tallímetro, balanza, camilla, materiales de estimulación, cuenta con lámina acerca de test. Peruano, calendario de vacunas, información sobre micronutrientes.

La mayoría de las viviendas ubicadas en el centro de la localidad y del campo son de material de adobe con barro, en la cual están dividido en 2 habitaciones por familia son separadas del mismo material, siendo las principales la cocina, y un dormitorio con características peculiares de la zona.

Algunas viviendas no cuentan con agua potable y otras tienen agua entubada o en pozo, no tienen desagüe, para la eliminación de excretas cuentan con letrinas y la mayoría de las viviendas son terrenos propios. Cuando cocinan hacen uso de leña o tusas, presentan algunos utensilios, lo básicos (platos, cucharas, ollas, etc.), conviven juntos con los animales que crían (gallinas, cuyes, perros, gatos, etc.), también crían animales en la intemperie como vacas, ovejas, chancho en su mayoría. No gastan mucho en la alimentación ya que consumen alimentos obtenidos de sus chacras.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la observación participante y la entrevista etnográfica, y se efectuaron de manera personalizada manteniendo siempre la confidencialidad de cada participante a través de los códigos de identificación antes mencionados; como instrumento se usó la guía de entrevista, en la que cada participante respondió con veracidad y claridad cada una de las preguntas propuestas y fue grabada en un grabador de voz, el cual tuvo como fin captar el total de los datos brindados, por los sujetos y la guía de observación que permitió registrar las actitudes y comportamientos, en su entorno natural.

Estos instrumentos se aplicaron en el Centro de Salud donde laboran las enfermeras y en los hogares de las madres andinas de la comunidad de Súcota.

La observación participante, es la base de la investigación etnográfica, se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las

relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, valores entre otros. Comprende cuatro fases: observación, observación con poca participación, participación con alguna observación, observación reflexiva³⁵.

a. La observación, es la fase inicial, constituye en observar y escuchar aspectos esenciales relacionados con el cuidado intercultural, es decir con el objeto de estudio. Se inició con un primer contacto, aquí los investigadores se presentaron con las enfermeras y madres andinas, entablando una relación empática. Además, se observó el entorno donde la enfermera labora, y en los hogares de las madres andinas se observó el entorno donde vive y cuida al lactante menor.

b. La observación con poca participación, en esta fase de la investigación se incluyó la observación y un leve grado de participación donde el investigador tomó parte de las actividades del grupo cultural, que están relacionadas con la salud, cuidado, de acuerdo con sus costumbres, valores y creencias.

Como observadores se buscó tener una visión amplia, y progresivamente interactuar tanto con las enfermeras como con las madres andinas, teniendo en cuenta siempre la descripción detallada del objeto de estudio en el diario de campo. Es decir, observar el cuidado de la enfermera en el momento de la atención integral al menor y, lo que hace la madre cuando cuida a su bebé, en el hogar.

c. Participación con alguna observación: Los investigadores se involucraron en las actividades que realiza diariamente tanto de la enfermera como de las madres andinas para cuidar al lactante menor, aquí los investigadores participaron de algunas actividades del quehacer diario de las enfermeras en la atención integral del niño y de las madres andinas en sus respectivos hogares, involucrándose así con su cultura.

Los investigadores se ofrecieron de apoyo en la atención integral del niño, y de esa manera poder observar con más precisión el trabajo que realiza la enfermera y a la vez ayudar en pequeñas actividades como, por ejemplo: en el control de peso y talla. Por

otro lado, los investigadores mediante las visitas domiciliarias lograron interactuar con la madre andina y después de ganarse su confianza, se procedió a involucrarse en las actividades que la madre realiza para cuidar al lactante menor, como es en la higiene, alimentación, descanso, estimulación, entre otros cuidados; al mismo tiempo, se educó a la madre andina acerca de los cuidados que debe tener en el niño.

d. La observación reflexiva: Considerada una fase evaluadora, permitió que los investigadores obtengan una visión global de todos los eventos que se presentaron durante la investigación y a su vez a corroborar si los datos obtenidos responden a los objetivos de la investigación.

Una técnica para reforzar la observación participante es la entrevista etnográfica. El etnógrafo además de mirar también tiene que preguntar y examinar, para ello se apoyará en las entrevistas con el objetivo de obtener una perspectiva interna de los participantes del grupo^{32, 36}. Esta técnica permitió la recolección de información a profundidad, donde el informante expresó y compartió oralmente con los investigadores sus opiniones, costumbres, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes respecto al tema en cuestión.

Las preguntas de las entrevistas fueron realizadas por los propios investigadores y grabados previa autorización de los informantes, en este caso fueron las enfermeras encargadas de la atención integral del niño y de las madres de familia de los niños lactantes menores, se buscó un ambiente cómodo y sin distractores, el cual fue en su sala cuando termino de hacer sus cosas, en algunas ocasiones se entrevistó en su chacra en donde realizaban sus labores domésticas.

Diario de campo: Es un instrumento de registro de datos del investigador, donde se anotaron las observaciones de forma completa, precisa y detallada³². Los investigadores llevaron a cabo durante todo el desarrollo de la investigación el registro de los datos relevantes con el objetivo de asegurar su autenticidad, se realizó después de cada fase de

la observación participante, en relación de todo lo ocurrido en el escenario; así mismo, se anotó todo lo ocurrido durante la observación realizada de los diferentes ambientes y hechos relacionados al cuidado intercultural que brinda la madre andina y la enfermera al lactante menor. Se transcribió todo en el diario de campo sin alterar los datos, con la ayuda de un instrumento mecánico en este caso el grabador de voz.

Cabe mencionar que la guía de entrevista y observación fueron elaborados por los investigadores y validados por juicio de expertos, según temática y tipo de investigación. Los tres expertos tienen grado de maestría en enfermería con aproximadamente 13 años de experiencia en el área asistencial, todas han realizado investigaciones cualitativas, una de ellas es experta en investigación etnográfica y otra trabaja aproximadamente 10 años en el programa de atención integral del niño, todas son asesoras de tesis de pregrado y postgrado.

Asimismo, después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se realizó la prueba piloto con una enfermera y una madre andina, se les explicó a ambos sujetos, la guía de entrevista, las preguntas fueron claras y entendibles, no fue necesario hacer modificaciones o aclaraciones. Luego se procedió a ubicar a los sujetos de estudio y según su disponibilidad se realizó las entrevistas y las observaciones.

2.6 PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación fue inscrito en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, posteriormente se presentó al comité metodológico para que proporcionen las sugerencias del caso; como siguiente paso se presentó al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad para su aprobación. Una vez aprobado el proyecto se solicitó el permiso respectivo al gerente de la Micro Red de Sócola, y a los jefes de cada

establecimiento de salud, cumpliendo con todo lo solicitado se pudo ejecutar la investigación sin ningún inconveniente.

Una vez que se solicitó el permiso respectivo, se procedió a contactarse con los profesionales de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión. Asimismo, se solicitó a la enfermera encargada de la atención integral del niño la base de datos donde figuren los nombres y direcciones de los niños lactantes menores, para luego acudir de casa en casa y tener contacto directo con las madres. Después que se logró identificar a los participantes de estudio, se estableció fecha y hora para realizar la entrevista y la observación, y a la vez se respetó su disponibilidad.

Así mismo, se hizo firmar el consentimiento informado de las enfermeras (Anexo 01) y de las madres de familia (Anexo 02). Posteriormente se procedió a la recolección de datos, aplicando la guía de observación participante dirigido a la enfermera en la atención integral del niño (anexo 03), y la guía de observación participante en el hogar de las madres de familia (anexo 04) que luego se registró en el diario de campo; posteriormente se aplicó la guía de entrevista dirigida a la enfermera (anexo 05) y la guía de entrevista dirigida a la madre de familia (anexo 06) que fue grabado en un grabador de voz.

Para realizar la observación participante los investigadores en un primer momento permanecieron ajenos a la situación que observaron, siendo más espectadores que actores, la observación permitió registrar la información en el diario de campo, sin interacción, ni implicancia alguna, pretendiendo obtener máxima objetividad y veracidad posible. Para que no alteren su comportamiento en torno al cuidado al lactante menor, una de las estrategias que los investigadores utilizaron fue incorporarse en sus acciones que realizan diariamente. En el centro de salud, nos ofrecimos de apoyo en el servicio de Atención Integral del Niño donde laboran las enfermeras y a la misma vez se pudo contactar a las madres en el centro de salud, donde se logró dialogar con ellas antes que ingresen al servicio.

También se logró realizar visitas domiciliarias a las madres, al principio fue complicado el acceso a los hogares, pero poco a poco se fue entablando una relación social, y a la vez fuimos partícipe de algunas actividades cotidianas relacionadas con el cuidado al niño lactante menor (higiene, alimentación, juego, descanso, estimulación, entre otros); al mismo tiempo se le brindó educación acerca de los cuidados que debe tener con su niño, y a la vez respetando su cultura. Durante la ejecución del proyecto se realizó aproximadamente cuatro visitas en cada uno de los hogares de las madres, que duró tres horas aproximadamente y en los establecimientos de salud, se logró realizar por cada enfermera cuatro visitas que tuvo una duración promedio de 6 horas, en lo que conlleva una jornada laboral.

Cabe mencionar que, en la tercera visita a los sujetos, se realizó las entrevistas, donde fueron grabadas en grabador de voz. En cuanto a los profesionales de enfermería la entrevista se realizó después de su jornada laboral en los centros de salud de Sócota, en el mismo consultorio donde realiza la atención al niño, este ambiente reunía las condiciones necesarias para garantizar la privacidad y evitar distractores. Las entrevistas a las madres andinas se pudieron realizar después de que hayan realizado sus quehaceres del hogar, será en un lugar privado, pudiendo ser la sala o sus dormitorios de su casa, previa coordinación, para evitar distractores o interrupciones.

Finalmente, los sujetos de estudio decidieron la fecha y la hora para realizarles las entrevistas, los investigadores formulamos un cronograma para adaptarlo a la disponibilidad y así poder realizar las visitas correspondientes a ambos sujetos de estudio. El tiempo estipulado fue aproximadamente de 30 minutos, además se les informó a ambos sujetos que serían grabadas mediante un grabador de voz. Por último, las entrevistas, fueron transcritas en un Word, tal y como está la narración con la finalidad de que no se alteren los discursos dados por los sujetos involucradas en la investigación. Luego se les presentó transcritas las entrevistas a los sujetos de estudio para corroborar si están de acuerdo con lo manifestado o desean agregar o cambiar

algunos relatos y de esta manera dar mayor validez a los resultados, o completar la información.

Cabe mencionar para la recolección de datos se presentó algunas limitantes como: dificultad para acceder a los hogares de las madres andinas debido a los cambios climáticos, se tenía que convivir con las madres andinas y al mismo tiempo ayudar en sus actividades diarias; es por esto que se optó como estrategia tener el primer contacto en el centro de salud con la finalidad de programar fecha y hora que se iba a realizar las visitas domiciliarias.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

La investigación se organizó a través de la información transcrita obtenida de la observación participante que fue registrada en el diario de campo, y las entrevistas a las madres y enfermeras, sujetos principales del presente estudio. Cabe señalar que, en resultados y discusión, los discursos seleccionados de las entrevistas tendrán los códigos de identificación de los sujetos de estudio (MADR 1...MADR15, y ENF 1...ENF10); mientras que los párrafos seleccionados de la observación participante registrada en el diario de campo, tendrán la siguiente denominación (Diario de campo MADR 1...MADR15, y Diario de campo ENF 1...ENF10), esto indica a que sujeto de estudio pertenece dicha observación seleccionada.

El análisis temático tiene cuatro etapas: Análisis de Dominio, Análisis Taxonómico, Análisis componencial y Análisis de temas³³.

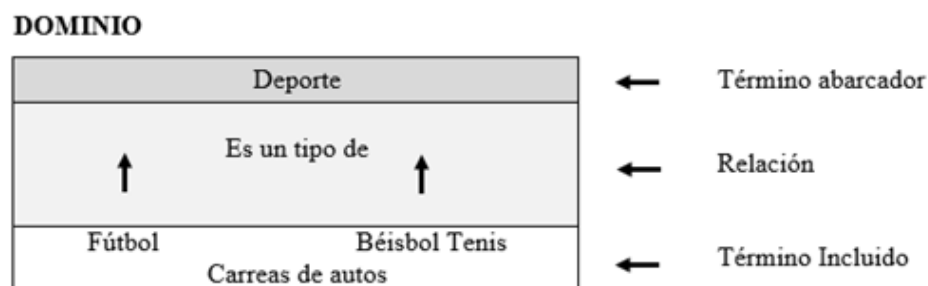
a. Análisis de dominio: Éste es un proceso en el cual se analizó los datos referentes a situaciones sociales, que se alcanzaron al identificar las prácticas culturales obtenidas por medio de la observación participante y los discursos de las entrevistas, los cuales se analizaron para identificar los dominios culturales. El análisis de dominio es un método para analizar datos y encontrar elementos específicos o partes que tengan

significado cultural. Al descubrir partes de significado cultural se puede gradualmente unir los registros y organizar en una escena cultural.

La estructura de un dominio está constituida por tres elementos básicos: un término cubierto o nombre para el dominio, los términos incluidos y las relaciones semánticas.

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

Gráfico 01: Esquema del análisis de dominio



Fuente: Spradley J, McCurdy D. The cultural experience: Ethnography in Complex Society. 2ª ed. E.U.: Editorial Waveland Press. 2005. 190 p.

El análisis de los dominios se inició identificando los términos cubiertos, los términos incluidos y las relaciones semánticas. Con esta se podrá aplicar a las descripciones de las situaciones sociales para descubrir patrones que tengan significado cultural. Los tipos de relaciones semánticas usadas en esta investigación serán:

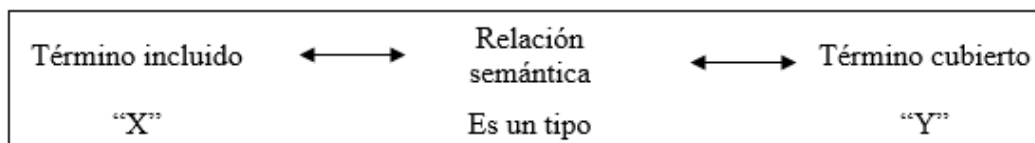
Tabla 01. Los tipos de relaciones semánticas que se usan en las investigaciones etnográficas.

Relación	Forma
1. Inclusión estricta	X es un tipo de Y
2. Espacial	X es un lugar para hacer Y
3. De causa efecto	X es un resultado de Y
4. Razón por algo	X es una razón para hacer Y
5. Localización para realizar la acción	X es un lugar para hacer Y
6. Función	X se usa para Y
7. Medios-fin	X es una manera de hacer Y
8. Secuencia	X es un paso que se encuentra en Y
9. Atribución	La X es una característica de Y

Fuente: Spradley J, McCurdy D. The cultural experience: Ethnography in Complex Society. 2ª ed. E.U.: Editorial Waveland Press. 2005. 190 p.

Donde “X” es el término incluido y “Y” es el término cubierto. Tal como se presenta el siguiente esquema:

Gráfico 02. Relación semántica en el análisis de dominio



Fuente: Spradley J, McCurdy D. The cultural experience: Ethnography in Complex Society. 2ª ed. E.U.: Editorial Waveland Press. 2005. 190 p.

b. El análisis taxonómico: Es un conjunto de caracteres relacionados sobre la base de una relación semántica, pero a diferencia de los dominios, muestra la relación entre todos los términos incluidos.

c. El análisis componencial, cómo último nivel, definido como “una forma útil de análisis que nos ayudó a establecer el significado a través del contraste”. Al identificar y entender patrones de contrastes dentro de los datos nos revelará tanto acerca del significado cultural como lo hace el identificar y entender patrones de “similaridad”. En otras palabras, es el análisis por el cual se busca componentes de significado.

d. El análisis de temas consiste en la búsqueda de dimensiones de contraste entre los términos permitiendo construir paradigmas y la verificación de estos a través de los resultados. Corresponde a dos estrategias complementarias: el descubrimiento de contraste entre los términos y la identificación sistemática de los componentes del significado para dichos términos.

2.8 CRITERIOS ÉTICOS

La base ética de la investigación se basó en los principios de la Ética Personalista de Sgreccia³⁷. Durante todo el proceso de la recopilación de datos se tuvo en cuenta el respeto a la vida, y dignidad de las enfermeras y madres de familia como grupo social. Por ello se les colocó un seudónimo en el diario de campo y las entrevistas, guardando su respectiva confidencialidad. Se tomó en cuenta la opinión de cada informante, respetando sus versiones en cuanto al cuidado que recibe el lactante menor, asimismo, se respetó

su decisión de participar en la investigación, y se solicitó la firma del consentimiento informado. Al finalizar la investigación se le proporcionó un tríptico a la enfermera sobre cuidado intercultural (anexo 07) y a las madres sobre cuidados al lactante menor (anexo 08).

2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

La investigación cualitativa también se basó en los siguientes criterios de rigor científico³⁸. Credibilidad: Este criterio se logró, porque los investigadores retornaron al lugar de la investigación para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares. Los informantes ayudaron a clarificar las interpretaciones del investigador además de rectificar los errores de interpretación de los sucesos observados o de las entrevistas transcritas. Auditabilidad: La información que se recolectó será guardada por dos años para futuras investigaciones y dejar constancia de la veracidad de esta, luego de este periodo se procederá a eliminar la base de datos. Transferibilidad: Se describieron las características de los sujetos de investigación y el escenario donde se desarrolló la investigación, con la finalidad que otros investigadores lo apliquen en su realidad.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la zona andina se transmiten costumbres y creencias ancestrales para cuidar al lactante menor, siendo adecuadas/inadecuadas para la salud; pero muchas veces los cuidados que practican las madres en el hogar se contraponen con los cuidados que enseña la enfermera en el consultorio de atención integral del niño. Por ello, en esta investigación se identificó las creencias y costumbres que tienen las madres andinas para cuidar al lactante menor y la educación que brinda la enfermera a la madre, para luego comprender el cuidado al lactante menor desde una perspectiva intercultural.

La presente investigación, se desarrolló en el distrito de Súcota- Cajamarca. El procesamiento de datos se hizo mediante el análisis temático de la observación participante y las entrevistas a las madres y enfermeras. Los discursos seleccionados de las entrevistas tienen los códigos de identificación de los sujetos de estudio (MADR 1...MADR 15, y ENF 1...ENF 10); mientras que los párrafos seleccionados de la observación participante registrada en el diario de campo tiene la siguiente denominación (Diario de campo MADR 1...MDR 15, y Diario de campo ENF 1...ENF 10).

Por consiguiente, es importante conocer la realidad cultural de la madre andina cuando cuida a su niño, ya sea en la alimentación, higiene – vestimenta, enfermedades más comunes, etc. Debido a que tienen inmersos sus valores, creencias, costumbres, y a la vez poder describir el ambiente donde el profesional de salud brinda los cuidados al lactante menor y como educa a la madre andina en cómo cuidar a su niño.

3.1. Descripción del escenario cultural: Los Hogares de las madres andinas del Distrito de Súcota y el establecimiento de salud:

El distrito de Súcota, pertenece a la provincia de Cutervo, ubicado a 232 km al norte de la ciudad de Chiclayo, a 1750 msnm al extremo oriental de la provincia de Lambayeque. Con respecto a las distancias, tomando como referencia a distrito de Súcota, se encuentra entre 7 horas aproximadamente de Chiclayo, la ruta a seguir es la ciudad de Pomalca, Tután, Pátapo, Chongoyape, Cumbil, Llama, Huambos, Cochabamba y Cutervo; en este último lugar se coge la movilidad para dirigirse a Súcota.

Para poder llegar al distrito de Súcota, se viajó primero a Cutervo que está a 5 horas de la ciudad de Chiclayo, cuando llegamos a Cutervo nos dirigimos al paradero de Cutervo – Súcota (que se encuentra a la salida de Cutervo), posterior a ello se tomó un automóvil por la cual se viajó por 2 horas y así se llegó al distrito de Súcota, donde al llegar se visualiza hermosos paisajes; ríos, quebradas, cerros, etc. Se tuvo algunas dificultades para poder llegar al distrito de Súcota debido a presencia de lluvias y la carretera no asfaltada.

Durante las visitas que se realizaron a los hogares de las madres informantes, se tuvo pequeños contratiempos, como el haber soportado la presencia del sol, en algunas ocasiones lluvias, caminar por rutas lleno de charcos y piedras para llegar a sus hogares, además no poder tener la disponibilidad de algunas madres porque se trasladan a otros caseríos; la forma de trasladarse a los caseríos es en moto lineal, debido a que no hay movilidad a dichos caseríos, entre otras. En gran parte siempre hubo una acogida cálida por las madres de familia en sus hogares.

La mayoría de las viviendas ubicadas en el centro de la localidad y del campo son de techo de calamina y construcción de adobe con barro, cuyas habitaciones son separadas del mismo material, en la cual están dividido en 3 habitaciones por familia (comedor, sala, dormitorio), la habitación pequeña en donde se pueden visualizar que cocinan con leña, hojas o ramas de eucalipto seco, estiércol del ganado, tuzas, son las formas más peculiares que utilizan para cocinar, además que en la misma habitación hay

una mesa con bancas hecho por ellos mismo donde comen y en otros que comen alrededor del fogón; sus utensilios, lo básicos (platos, cucharas, ollas, etc.), se encuentran en una bandeja limpia, tienen almacenado agua en baldes para poder consumir, la mayoría de las familias consumen agua de un pozo; el piso es de tierra y además crían sus animalitos como cuyes, gallinas, etc. , dentro de su cocina.

El dormitorio es de material de adobe, las paredes no están pintadas, piso de tierra, el techo es de madera cubierto de teja y calamina; dentro de la habitación hay tres camas, de las cuales están tendidas con frazadas gruesas que ellas mismas elaboran, coladores de ropa, cartones donde guardan su ropa, hay un televisor; la habitación del lactante menor es la misma de la madre, comparten la cama y tiene frazadas gruesas que lo ponen al rededor para evitar alguna caída. Hay otra habitación que lo utilizan como almacén donde guardan papa que cosechan, maíz, yuca, vitucas, frejol; además ahí guardan los abonos, que se utilizan para la siembra de sus alimentos.

Por consiguiente, en algunos hogares se puede visualizar en la parte de afuera, una pampa donde juegan sus niños, o cuando descansan después de venir de trabajar, además tienden en una manta maíz para ponerlo a secar y escoger; y algunos hogares se observó una máquina de cobre llamada (trapiche⁸); atado a dos toros, esta máquina se utiliza para moler la caña de azúcar, cuyo objetivo es obtener la chancaca, además se extraen otros productos como la miel y el cañazo.

Algunas viviendas no cuentan con agua potable y otras tienen agua entubada o en pozo; además no tienen desagüe, para la eliminación de excretas cuentan con letrinas y la mayoría de las viviendas son terrenos propios. Conviven juntos con los animales que crían (gallinas, cuyes, perros, gatos, etc.), también crían animales en la intemperie como vacas, ovejas, chancho en su gran mayoría.

⁸ **Trapiche:** Molino para extraer el jugo de algunos productos agrícolas como la aceituna o la caña de azúcar. (fuente: poblador de la comunidad)

Esto puede traer serios problemas para el lactante menor, debido a que la madre en ocasiones se encuentra sola en su hogar y no hay quien lo ayude a cuidar al niño, ella carga al niño, en su espalda; para que pueda realizar sus quehaceres del hogar; en algunas oportunidades los investigadores pudimos observar que la madre carga al niño en su espalda a la hora que ella cocina; el niño inhala el humo de la leña, y demás está en contacto con los animales, al momento de darle de lactar, ella se sienta cerca del fogón⁹ o a veces sale a la pampa y se sienta en cualquier piedra o tronco de madera, observándose que no se lavan las manos al momento de brindarle el pecho al lactante para amamantarlo. No gastan mucho en la alimentación ya que consumen alimentos obtenidos por la cosecha de sus terrenos.

Por último, los establecimientos de salud que pertenecen a la micro red de Súcota donde se brinda la atención integral del niño es un ambiente pequeño amoblado con un escritorio y dos sillas donde la enfermera atiende y educa a la madre; además cuenta con materiales necesarios para la atención al niño, en la mayoría de establecimientos tienen un tallímetro, balanza, camilla, materiales de estimulación, cuenta con lámina acerca de test peruano, calendario de vacunas, información sobre micronutrientes, etc.

⁹ **Fogón:** Lugar de la cocina donde se hace el fuego y se cocina. (Fuente: poblador de la comunidad)

3.2. Temas Culturales:

Después de un exhaustivo procesamiento de datos de la observación participante, diario de campo y entrevista etnográfica, se pudo deducir que las madres participantes de la presente investigación poseen características propias que le confiere su arraigo cultural, y como la enfermera educa a la madre ante el cuidado al lactante menor. A continuación, se obtuvieron como resultados los siguientes temas y subtemas culturales:

A. Cuidado intercultural en la alimentación del lactante menor.

A.1. Educación sanitaria y costumbres sobre la lactancia materna vs leche de vaca.

A.2. Educación sanitaria y prácticas en la alimentación complementaria.

A.3. Educación sanitaria, consumo vs rechazo de “las chispitas”.

B. Cuidado intercultural ante las reacciones adversas postvacunales: Administración de medicamentos VS remedios caseros.

B.1. Educación sanitaria y costumbres ante la fiebre postvacunal: Uso de panadol y planta medicinal “cachurro”.

B.2. Educación sanitaria y costumbres ante el dolor y eritema postvacunal: vaporud, rodaja de papa, uso de leche materna.

C. Cuidado intercultural en la higiene y vestimenta: Frecuencia, dualidad frío -caliente y plantas medicinales.

C.1. Educación sanitaria, hábitos y costumbres ante el baño: uso de plantas medicinales, frecuencia y relación frío / enfermedad.

C.2. Educación sanitaria y costumbre en la vestimenta del lactante.

D. Cuidado intercultural en enfermedades infantiles: Uso de medicina científica VS medicina tradicional.

D.1. Creencias, rituales y costumbres para cuidar/ sanar el mal de ojo y el susto.

D.2. Educación sanitaria y costumbres ante las enfermedades prevalentes: uso de plantas medicinales, automedicación y asistencia a centro de salud.

E. Cuidado intercultural en la estimulación temprana.

E.1. Uso de carnet de control y juguetes.

E.2. Uso de la naturaleza (animales y plantas) en el aprendizaje del niño.

E.3. Participación de hermanos y desinterés de padres en la estimulación temprana.

A. Cuidado intercultural en la alimentación del lactante menor.

Desde el ámbito cultural, el cuidado humano implica comprender que es inherente al hombre mismo. Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura, los cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. El cuidado es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona²².

Por otro lado, los investigadores han observado que es la abuela o la suegra quienes se encargan de orientar y dar indicaciones a la madre, sobre los cuidados que deben tener con el lactante menor. Estas personas, hacen uso de sus costumbres y creencias en la crianza de sus hijos, es así, que mantienen algunas prácticas de cuidados peculiares durante la alimentación, estimulación, detección o prevención de enfermedades, entre otros aspectos, que pueden o no ser favorables para el crecimiento y desarrollo de estos niños.

La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. Por consiguiente, por tener una inadecuada alimentación, hay una cifra de muertes de niños debidas a la desnutrición y es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños³⁹.

La alimentación en los primeros años días de vida constituye uno de los principales determinantes del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. Esto corresponde al período desde la gestación hasta los dos años de edad y tienen un papel preponderante en el potencial de desarrollo físico, intelectual y emocional del niño. Por otra parte, durante sus primeros años los niños(as) desarrollan fuertes vínculos de afecto con las personas

que están a su alrededor. El apego es un tipo especial de vínculo afectivo, que no sólo se relaciona con el cariño que se le entrega al niño(a) sino especialmente con la manera en que se les pueda acoger, contener y calmar cada vez que sientan malestar. Es el niño(a) quien busca protección y el adulto quien debe entregársela⁴⁰.

La alimentación es una oportunidad de relacionarse con los niños(as) en la que también se desarrolla el apego. La evidencia ha demostrado que tanto el apego como la alimentación, son reguladores del estrés y de los afectos del infante, por lo que el apego inseguro durante los primeros dos años predice el riesgo de obesidad y desnutrición en los niños menores de 6 años⁴¹.

Los niños menores de 6 años son los más vulnerables a enfermedades y accidentes, por lo que las familias deben centrar su atención cuidándoles, pero esto se ve afectado por su cultura, así que las familias andinas, mantienen ciertas peculiaridades en la alimentación, por ejemplo cuando el niño menor de 6 meses debería recibir solo lactancia materna exclusiva, esto se ve afectado por la misma familia porque interrumpen la lactancia materna, ya sea por diferentes factores como: desconocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva ya que brindan alimentos al niño menor de 6 meses de la olla familiar; también en la alimentación complementaria también se ve afectada porque la familia no tiene una orientación acerca como debe alimentar a su niño de acuerdo a la edad que tiene y a la vez rechazan la suplementación con multimicronutrientes debido a sus reacciones adversas como la más frecuente estreñimiento en el lactante menor; es por ello que la madre andina debe conocer acerca de los cuidados que debe tener en cuenta en la alimentación, como se evidencia en los siguientes subtemas.

A.1. Educación sanitaria y costumbres sobre la lactancia materna vs leche de vaca.

Una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, considerada como un factor positivo primordial en la Salud Pública tanto a

nivel nacional y mundial. Por lo cual, las prácticas óptimas de la lactancia materna se convierten en la acción más eficaz para prevenir la mortalidad en los niños menores de cinco años, lo cual corresponde a uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio de la OMS⁴².

La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades de nutrientes durante los primeros seis meses de vida. Asimismo, es un alimento único e insustituible que aporta al lactante todos los nutrientes que necesita, en la cantidad y proporción adecuada, durante los 6 primeros meses de vida⁴³.

Si se practica la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, los niños tienen menor morbilidad por infecciones gastrointestinales, respiratorias y alergias, el beneficio de la lactancia materna exclusiva se manifiesta en mejor salud y supervivencia de quienes la reciben frente a quienes son alimentados con leche materna en combinación con fórmula. Además, aquéllos que reciben lactancia materna tienen menor probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. Además, la leche materna tiene un alto valor nutritivo e inmunológico perfectamente adecuado y beneficioso para el niño. Es óptima como modo de alimentación tanto para el recién nacido a término como para el niño prematuro porque los ayuda a desarrollar su sistema de defensa inmunológica⁴⁴.

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial³⁹.

“...se observa que la enfermera educa acerca de la lactancia materna, explica la importancia de que sea hasta los seis meses, que sirve para proteger al niño y prevenir enfermedades, y que ayuda fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo...además que sea a libre demanda, a la vez se recomienda darle de mamar 15 minutos cada seno...” (Diario de campo ENF 4).

“...se observa que la enfermera entrega un tríptico sobre lactancia materna, o explica con una lámina que tiene en la pared del consultorio sobre lactancia materna, les enseña la posición correcta de darle seno...” (Diario de campo ENF 6).

Se observó que la mayoría de enfermeras, educan a la madre acerca de la lactancia materna exclusiva, primordialmente a las madres primíparas o madres jóvenes, ya que ellas no tienen experiencia; la enfermera primero recibe a la madre, conversan acerca de cómo está su niño si ha notado algo distinto en él, luego la enfermera educa a la madre con la ayuda de trípticos acerca de la lactancia materna, que debe ser hasta los seis meses y no deben de darle agüitas como anís, manzanilla, mazamorras u otros alimentos, porque interrumpiría la lactancia materna, ya después de los seis meses puede iniciar la alimentación complementaria.

Para la mayoría de las enfermeras, el primer alimento inmediato para satisfacer al lactante menor es la lactancia materna exclusiva, debido a su gran importancia nutricional, la leche materna brinda la nutrición ideal, protege contra la infección y de la muerte, reduce el riesgo de algunas enfermedades a largo plazo en el niño y en la madre. Esto se corrobora con los discursos vertidos por las madres:

“...La enfermera me ha dicho que hasta los seis meses tengo que darle solo el seno, y durante todo el día le daré de 6 a 7 veces...” (MADR 5).

“...Para alimentarlo de doy el seno de 10 a 12 veces al día. La enferma me ha dicho que tengo que darle solo el Seno nada más y que yo me alimente bien porque yo como lo paso todos los alimentos por la leche...” (MADR 3).

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna

también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos³⁹.

Se observó que la mayoría de las madres andinas con frecuencia le dan de lactar a su niño y lo hacen a la hora que llora, ya sea en diferentes posiciones, acostadas, sentadas en banquitos de tronco de madera, incluso cuando están caminando, haciendo sus tareas domésticas lo sostienen a sus bebés con ayuda de su chal.

“...Se observó que le dan de lactar al niño a la hora que llora, adoptan diferentes posiciones: acostadas, sentadas en banquitos de tronco de madera, o haciendo sus tareas domésticas lo sostienen a sus bebés con ayuda de su chal y le dan el seno...” 10(Diario de campo MADR 6).

“...Se observó que le dan de lactar al niño a libre demanda, esperan que llore, le dan el seno en cualquier lugar donde se encuentren incluso cuando están caminando, o haciendo sus tareas domésticas lo sostienen a sus niños con ayuda de su chal...” (Diario de campo MADR 3).

Al respecto, se puede afirmar que algunas madres andinas brindan lactancia materna a sus niños en los primeros 6 meses de vida, porque lo ven como un cuidado principal para un buen crecimiento y desarrollo del niño, es por ello, que podría decirse, que, durante el primer año de vida, es importante porque contiene nutrientes que un niño requiere hasta los seis meses de edad. Pero, se observó una inadecuada posición al momento de dar de lactar al niño estos se evidencia cuando: la boca del bebé no está bien abierta o esta prendido solo del pezón sin cubrir la areola, además tienen una inadecuada técnica de coger la mama al momento de darle el seno a su niño impidiendo así la salida de la leche y su confort, a la vez se evidenció que algunas madres antes de darle de lactar se lavan las manos o el seno, pero también hay otras madres que no le dan importancia a la higiene debido a que andan ocupadas en sus quehaceres le dan el seno sin limpiarlo.

¹⁰ **Chal:** objeto de tela que sirve para trasladar al niño en la espalda de la madre.

La lactancia materna es a libre demanda, esto quiere decir que el bebé es quien regula la frecuencia de las mamadas de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento y de hidratarse. Durante los primeros días, el vaciamiento gástrico se produce más o menos cada 2 horas y con esa frecuencia el niño necesita recibir su leche. Hasta que se ajuste el proceso de producción a la demanda del neonato, la madre tendrá que amamantar frecuentemente a su niño, a menudo que el neonato va creciendo, se ajustan los horarios tanto de la demanda como de la producción de leche a una frecuencia de cada tres a cuatro horas en el día y una o dos veces en la noche. Dejar al niño que mame el tiempo suficiente hasta que vacíe el pecho y se separe espontáneamente⁴⁵.

En relación a la lactancia materna, las madres tienden a interrumpirles antes del 6° mes de vida, e incluso desde que nace ya están alimentándolos con leche de vaca. Además, con este problema luchan los profesionales de salud, para concientizar a las madres acerca de la importancia que tiene la lactancia materna y que no debe ser interrumpida; ya que brinda diversos beneficios para el niño y a la vez a la madre.

“...a mi niño le gusta la leche sin hervir y le doy en biberón, así me enseñó mi mamá...” (MADR 6).

“...tengo mis vacas, por eso le doy en su biberón leche de vaca, sobre todo cuando estoy en la chacra, así criamos a nuestros hijos...” (MADR 3).

“...se observa que la madre da leche de vaca o gelatina en el biberón al bebido...” (Diario de campo MADR 5).

“...se observa que la madre da a su bebé agüita de manzanilla, chochoca, pan mojado, o le daba un biberón de leche de vaca hervida o cruda.” (Diario de campo MADR 10).

Durante las visitas que realizamos a las familias andinas se pudo evidenciar, que algunas madres no tenían buena producción láctea, otras no le daban de lactar y preferían darle mazamorra, agüita de manzanilla, chochoca, pan mojado, o le daba un biberón de leche de vaca hervida o cruda. También se pudo observar que cuando iban a su chacra, su niño lo llevaba cargado en su espalda con su chal y se ponía a ordeñar a su

ganado, cuando el niño se ponía a llorar lo que hacía la madre es darle la espuma de la leche, en ocasiones llevaba en una bolsa envuelto con una tela el biberón del niño, luego sacaba con una jarra pequeña y lo ponía al biberón y se lo daba al niño para que lo tome.

No se da la lactancia materna exclusiva por tantos quehaceres, y porque creen que la leche de vaca les será más nutritiva para sus niños, así mismo por su familia, en particular por las abuelas les dan sus agüitas (que pasa de generación en generación), con la creencia que harán más fuertes e inteligentes a sus hijos. Este comportamiento obedece a un instinto natural de la madre hacia su hijo, integrándose en el rol de cuidadora que la especie humana ha ido formando desde los más remotos tiempos⁴⁶.

La leche de vaca es un alimento líquido con una elevada proporción de agua y una composición de un exceso de proteínas y una baja cantidad de hierro, vitaminas D y C y folatos, así como una elevada carga de solutos y de una importante fuente de calcio. La mayoría de las sociedades científicas recomiendan no administrar leche de vaca en cantidades significativas antes de los 12 meses de edad, por sus posibles riesgos desde el punto de vista nutricional. Tradicionalmente el mayor inconveniente del empleo de la leche de vaca en niños pequeños ha sido su bajo contenido en hierro. Recientemente, en la bibliografía se sugiere que el consumo de leche de vaca puede asociarse a una ganancia de peso acelerada y contribuir posteriormente a la aparición de obesidad⁴⁶.

Los lactantes alimentados con leche de vaca sólo absorben cerca del 1% de la pequeña cantidad del hierro presente en ella, en contraste con 50% del de la leche materna, por su alta biodisponibilidad calcio presente en la leche de vaca inhibe la absorción del hierro contenido en otros alimentos si se da simultáneamente con éstos, por lo que se sugiere darlos por separado. La deficiencia de hierro en niños también puede ocasionarse en pérdidas gastrointestinales de sangre, como ocurre en parasitosis intestinales por uncinarias y tricocéfalos, divertículo de Meckel, enfermedad acidopéptica o alergia a proteínas de la leche de vaca⁴⁷.

En algunas visitas que realizamos, en ocasiones no encontrábamos a la madre, sino a sus hijos quienes estaban al cuidado del lactante, el hermano mayor era el encargado de cuidar a sus hermanos pequeños, cuando la madre no se encontraba en el hogar, entonces estuvimos un rato esperando a la madre que regrese, en ese momento encontramos llorando al bebé, la hermana en ese momento, fue a preparar la leche, primero jaló de una olla leche que su mamá había hervido antes de ir a su chacra, ella tan solo saco la cantidad que le iba a dar a su hermanito y colocó en el biberón que se encontraba en la mesa tapado con una bolsa, le preguntamos que si siempre le daban leche de vaca y ella respondió que sí le daba cuando su madre no estaba en casa. Una enfermera manifiesta lo siguiente:

“...En la alimentación aún persiste el problema de que un niño cuida a otro niño, como la mamá y el papá están trabajando al lactante menor le dan leche de vaca, interrumpiendo así la lactancia materna, porque el niño cuidador no es consciente de daño que está ocasionando al lactante...” (ENF 1).

En relación a lo observado, algunas madres tienden a interrumpir la lactancia materna con leche de vaca, debido a que en ocasiones la madre no se encuentra en el hogar y los que se encarga de la alimentación del lactante menor son los hermanos mayores, es ahí donde hay un fracaso en la lactancia materna. Analizando estos cuidados con el modelo de sol naciente de Leininger, se intentaron negociar algunos cuidados que brinda la madre al lactante menor, para evitar algunos efectos dañinos en la salud de niños, teniendo en cuenta la cultura de la madre; a la madre se le brindó educación acerca de lactancia materna, y a la vez enseñándola la adecuada técnica de la lactancia y practicas adecuadas de higiene.

A.2. Educación sanitaria y prácticas en la alimentación complementaria.

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. La alimentación

complementaria inicia a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales. Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas⁴⁸.

A partir de los 6 meses de edad los alimentos que se introducen diferentes a la leche materna, deben ser nutritivos, seguros y complementarios a ésta. El lactante pasará en forma gradual y adecuada de una alimentación completamente láctea y líquida, a una alimentación mixta, similar a la que consume su familia, que deberá incluir la mayor variedad posible de alimentos y preparaciones. El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que este es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales³⁰.

Así mismo los investigadores consideran que cumplir una buena alimentación en el niño es crucial para un buen crecimiento y desarrollo, pero la principal involucrada es la madre, puesto que ella es la cuidadora principal del niño que velará por su bienestar, como lo manifiestan los siguientes discursos brindados por las enfermeras:

“...Para la educación a la madre contamos con un cuadro distributivo de alimentos según la edad, la cantidad, la calidad, la consistencia y también realizamos sesiones demostrativas (lavado de manos, alimentación complementaria y administración de chispitas), citamos a las madres según los sectores para las sesiones demostrativas...” (ENF 6).

“...Como estrategia tenemos activado la sectorización, y cada sector tiene un responsable de realizar reuniones a las madres que tengan niños principalmente menores de un año para que participen de las sesiones demostrativas de nutrición...” (ENF 3).

Teniendo en cuenta los diferentes a los discursos brindados por parte de las enfermeras, ellas hacen énfasis la alimentación complementaria, empieza a partir de los seis meses, y es de gran importancia para el lactante, ya que complementa la energía y los nutrientes de la leche materna para promover un óptimo crecimiento y desarrollo, promueve la formación de conductas alimentarias deseables. Las enfermeras brindan educación a las madres andinas en cómo deben alimentar a sus niños, quedando evidenciado en los siguientes discursos:

“...En la consejería que brindamos le decimos que tiene que utilizar los alimentos de la zona (menestras, gallinas huevos, queso, la leche, zanahoria, arracacha) le explicamos que combine los alimentos origen animal y vegetal...” (ENF 2).

“...A partir de los seis meses deben comenzar con purés a base de tubérculos, de 7 meses en adelante deben incluir la proteína vegetal y la carne blanca y acompañado de la lactancia materna y a media mañana y media tarde se le debe dar una fruta...” (ENF 6).

“...A partir de los seis meses la madre tiene que darle alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia, a la madre le educamos diciéndole que alimentos debe consumir su niño para que crezca debe consumir las menestras como el frijol, habas, arvejas, lentejas; para que crezca fuerte la papa el camote, yuca, trigo, el maíz y para que no se enferme las frutas como el plátano, piña y también las verduras; y si a la semana por lo menos 1 a 2 veces consuman lo que es el hígado, la sangrecita, el pescado, la leche...” (ENF 5).

“...tienen que darle hígado, sangrecita, y continuar dándole su pecho, si pudieran una a dos veces a la semana el pescado...” (ENF 2).

Con respecto a los discursos brindados por las enfermeras, manifiestan que mediante la consejería que brindan le dicen a las madres andinas que tiene que utilizar los alimentos de la misma zona (menestras, gallinas huevos, queso, leche, arracacha) le explicamos que combine los alimentos origen animal y vegetal; que debes en cuando le den sangrecita de los animalitos que matan en casa porque eso brinda una buena cantidad de hierro. Además, las enfermeras refieren que deben de dar a sus niños

alimentos de calidad y no cantidad; para tener un óptimo estado nutrición y evitar la anemia y desnutrición en nuestros niños.

Así mismo los investigadores consideran que cumplir una adecuada alimentación en el niño es importante para un buen crecimiento y desarrollo, pero la encargada de velar por la salud del niño es la madre, puesto que ella es la cuidadora principal del niño, como lo manifiestan los siguientes discursos brindados por las madres:

“...En la mañana le doy su papilla de papa, a la media mañana come su pera o manzana y para o plátano y que se duerma su leche; en el almuerzo come su sopa de hígado o pollo con verdura y después le doy a la media tarde su mazamorra de fruta...” (MADR 1).

“...Le doy de comer sus alimentos como la sangrecita, el higadito cuando se puede, también le preparo su papa, su camote, esto le doy para que crezca y este sanito...” (MADR 2).

“...En el desayuno come pan, huevos, a la media mañana le doy su fruta, una manzana raspada con la cuchara. En el almuerzo le doy sus menestras, sopa de zapallo, papas y fideos, luego a las 3 de la tarde le doy su mazamorra de maíz morado, y en la cena come de lo que nosotros comemos...” (MADR 5).

“...En su desayuno le acostumbramos a dar su arroz con lentejas y su huevo, pero come 5 a 6 cucharadas, a la media mañana come su manzana; en el almuerzo come sus arvejas con un poco de arroz también eso de las tres come una fruta; la noche come su papa su hígado; la res poco acostumbro a darle, hígado de pollo come 3 veces a la semana, la sangrecita si no le gusta comer...” (MADR 4).

“...Después de los seis le estoy dando su papilla con su leche hervida, durante todo el día come 5 veces al día y también come su fruta, y sus huevos no le falta come todos los días; su sangrecita con su hígado si le damos cuando hay o matamos el animalito...” (MADR 7).

Teniendo en cuenta los discursos mencionados, la mayoría de las madres refieren que a partir de los seis meses le empiezan a dar sus alimentos, las veces de alimentarlo lo hacen de acuerdo a su edad, las madres andinas manifestaron darle papillas, frutas, pescado, huevos, camote y de vez en cuando le dan sangrecita, etc. Los investigadores

estamos de acuerdo a la alimentación que las madres brindan a sus niños, y que hacen uso de sus propios recursos, además es importante la calidad y la cantidad de alimento porque esto va a influir en el crecimiento y desarrollo del lactante menor; por lo que se debe preservar estos cuidados en las familias andinas.

Asimismo, durante las visitas domiciliarias se pudo observar que algunas madres a partir de los seis meses comienzan a brindar a los niños alimentos de la olla familiar; por otro lado, en algunos hogares se rescató que las madres se preocupan por el crecimiento y desarrollo de los niños, brindando así alimentos adecuados como: menestras, sangrecita, etc.

Durante la investigación, se pudo observar, algunas prácticas inadecuadas que tenían las madres al momento de la alimentación, por ejemplo algunas madres no lavaban las manos antes comer; a veces le daba en un plato hondo de plástico su comida para que el niño aprenda a comer solo pero, él se ponía a jugar y no comía la madre aun así lo dejaba que juegue; otra forma inadecuada es que al momento de brindar sus alimentos, la madre le da una taza de “café” (chancaca y agua) o en su biberón; también se pudo observar en algunos hogares que la madre le da de comer con la mano y el niño recibe la comida y le preguntamos a la madre porque no le da con la cuchara y ella respondió que es más rico¹¹ comer con la mano, también se observó que en el desayuno le dan galleta vainilla o rellenita acompañado de gaseosa o “café” y además le hacen comer chizitos .

“...a veces las madres ni se lavan las manos, y le dan de comer con la mano al bebé, dicen que es más rico...” (ENF 7).

“...es una costumbre acá en las localidades que las familias utilicen en agua con chancaca en todas las comidas...” (ENF 3).

“...se observó que, en el desayuno, al bebé le dan galleta vainilla o rellenita acompañado de gaseosa o “café” o chizitos...” (Diario de campo MADR 9).

¹¹ **Chancaca:** Producto elaborado de la caña de azúcar. (Fuente: Poblador)

De acuerdo a lo mencionado, la mayoría de las madres andinas tienen inadecuadas prácticas sobre la alimentación. Los investigadores están en desacuerdo que las madres realicen estas prácticas inadecuadas, ya que están perjudican la salud de su niño. Es por es que profesional de salud, trate de orientar a la madre andina en cómo debe seleccionar y proporcionar una alimentación nutricionalmente adecuada para su hijo, teniendo en cuenta a uno de los factores como es su cultura, creencias que a la vez están arraigadas, también el rol que desempeña la mujer que es encargarse de la chacra, animales y poco tiempo tiene para encargarse de la alimentación de sus niños.

Para que haya un buen aprovechamiento de los alimentos, el Ministerio de Salud brinda a todos los niños mayores de 6 meses que hayan empezado su alimentación complementaria la suplementación con micronutrientes de 6 meses a 35 meses de edad, con el objetivo de prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro.

El personal de salud tiene que negociar algunos cuidados con las familias como la adecuada administración de los micronutrientes ya que las familias lo realizan de acuerdo a sus conocimientos; por otro lado, hay cuidados que se tienen que reestructurar como brindar alimentos de la olla familiar antes de los seis meses.

A.3. Educación sanitaria, consumo vs rechazo de “las chispitas”.

La suplementación con multimicronutrientes es una intervención que tiene como objetivo asegurar su suministro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad para asegurar niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo, el cual forma parte de la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño y está incluida en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud⁴⁸.

A partir de los seis meses, cuando el lactante comienza a recibir alimentos semisólidos, la ingesta de varias vitaminas y minerales puede ser insuficiente para sus necesidades, aumentando así su riesgo de padecer anemia y otras carencias de micronutrientes. Los suplementos de micronutrientes en polvo son paquetes mono dosis de hierro y otras vitaminas y minerales en forma de polvos que se pueden esparcir sobre cualquier alimento semisólido listos para consumir elaborado en el hogar o en cualquier otro lugar de consumo. El producto en polvo se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual⁴⁹.

Cuando el personal de salud va a realizar las visitas domiciliarias y contacte la primera niña(o) menor de 36 meses verificará si está recibiendo la suplementación con multimicronutrientes, según el esquema que le corresponda; de no ser así deriva inmediatamente al consultorio responsable de la atención integral del niño, para su atención.

Cuando los investigadores estuvieron de apoyo durante la jornada laboral de las enfermeras; se pudo observar cuando la madre llega con el niño en brazos, al consultorio para su control, la enfermera se sienta junto a ella, la saluda cordialmente y le pregunta como a estado su niño si es que ha tenido algún problema el mes anterior y la madre le dice que no, pero la madre le pregunta a la enfermera que cuando le puede dar otros alimentos aparte de la leche materna y la enfermera le enseña en su carnet en la parte posterior donde se visualiza unas imágenes acerca de la alimentación del niño, ahí ella le dice cuando empezaría en la alimentación complementaria y además le informa que también empezaría a consumir sus “chispitas”; la madre le dice y qué son las chispitas, la enfermera le explica con la ayuda de un tríptico. Asimismo, las enfermeras orientan que la suplementación debe ir acorde con la alimentación como a continuación se detalla:

“...se observa que la enfermera educa a la madre con respecto a la administración de las chispitas, le dice a la madre " tiene que darle todo el sobre de chispitas a su niño porque es importante para que su hijo crezca más

sano y fuerte, lo tiene que dar de preferencia a las 10 de la mañana en papilla o puré de papa vituca o yuca o también con alguna fruta, lo prepara con dos cucharaditas, no le vaya a dar en sopas. (Diario de campo ENF 8).

“...se observa que la enfermera incide en educar a las madres, que a partir de los seis meses comienza la alimentación complementaria que consiste en dar al niño ciertos alimentos de la olla familiar...” (Diario de campo ENF 1).

“...Durante la consejería se observó que la enfermera educa a la madre acerca de la preparación correcta de los micronutrientes además realizan sesiones demostrativas...”. (Diario de campo ENF 5).

“...Con respecto con las chispitas explicamos a la madre que le tienen que dar una hora antes del almuerzo, le tiene que dar en una o dos cucharaditas de algún tubérculo, bien aplastado y mezclado con la chispita todos los días...” (ENF 3).

“...Acerca de las chispitas educamos a la madre que tienen que darle con un tubérculo de la zona un sobre diario en la mañana eso de las 11 am...” (ENF 2).

“...Se educa a las madres sobre la adecuada preparación de los micronutrientes, pero en su hogar no lo preparan de la misma manera como se les explica. (ENF 4).

Las enfermeras refieren que le explican a la madre la forma adecuada en que deben administrar las “chispitas” en los alimentos de su niño; analizando los discursos estamos de acuerdo que la enfermera oriente a la madre andina acerca del consumo de las chispitas, y responder a las siguientes interrogantes por parte de la madre como ¿qué es?, ¿que contiene?, ¿Cuáles son sus beneficios? y ¿cómo debe darle al niño?, porque este temas es importante que la madre, y evitar ideas erróneas acerca de la suplementación con chispitas.

En ese sentido, las madres consideran que la suplementación debe ir acorde con la alimentación como se explica a continuación:

“...Los sobres de micronutrientes le preparo sacándole 2 cucharadas y lo mezclo con el contenido del sobre, esas dos le doy primero de comer para que

pueda aprovechar los beneficios de la suplementación; me toca ir en estos días para que me entreguen más sobres, porque me quedan pocos...” (MADR 3).

“...Sus chispitas le doy a las 11 de la mañana en su papilla de papa amarilla lo preparo en dos cucharitas...” (MADR 2).

“...La enfermera me ha informado que cuando le de sus papillas, tengo que sacar dos cucharadas de su comida y mezclarlo con el sobre de la suplementación; y por eso es lo primero que debo de darle porque si lo mezclo con toda la comida, a veces puede dejar, y no aprovecha la suplementación, hasta ahora mi niño va bien...” (MADR 5).

“...Se observó que las algunas madres preparan de una manera inadecuada los micronutrientes una de ellas es prepararlo en sopas, y según la norma técnica es una preparación inadecuada ya que se adhiere a la pared del depósito el micronutriente”. (Diario de campo MADR 5).

Durante las visitas domiciliarias, se pudieron evidenciar en algunas madres cómo ellas daban los multimicronutrientes; en ocasiones le daban en mazamorra, en sopa (chochoca); y otras madres, antes de darle su comida, cogían el sobre de micronutrientes y lo colocaba todo en su mano y hacían que el niño lo lamiera su mano, esa es su forma de darlo porque le preguntábamos porque le daban en su mano y ellas nos respondía que así ellos lo consumían, porque cuando le colocaba en su comida no lo recibía y lo vomitaba.

También existen controversias acerca de la suplementación de las chispitas, como se manifiestan en los siguientes discursos:

“...Con respecto a las chispitas sinceramente en nuestro Distrito no tiene muy buena acogida; el ministerio se salud nos exige que a un niño debe recibir todo un año de chispitas; pero la realidad es que los niños no lo consumen, nosotros asumimos que es de mala calidad el producto. Hay algunas madres que compran en las boticas el sulfato ferroso y dejan de darle las chispitas; según lo que he podido analizar que el 70 % de los niños consumen las chispitas, pero no todos los días lo ideal es un sobre diario, y el 30 % rechaza totalmente este producto...” (ENF 6).

“...Pero estamos evidenciando un rechazo de la población debido a que si no le dan rápido se vuelve algo ácido y el niño ya no lo quiere comer; nosotros

estamos viendo en el MINSA si pueden agregar algún componente más a las chispitas para que sea un poco más agradable para el niño...” (ENF 2).

“...nos dicen que sus niños lo consumen sin ningún alimento, colocan todo el contenido en la mano de la mamá y el niño se lo come; nosotros le decimos que esa no es la manera adecuada de alimentar a sus niños, sino que tienen que prepararlo como se les indica acá en el centro de salud...” (ENF 4).

De los discursos brindados por las enfermeras acerca de la suplementación de multimicronutrientes, refieren que hay madres que no les dan a sus niños, porque prefieren comprar otros suplementos como el sulfato ferroso, son pocas las madres que ven la forma de darle a su niño la suplementación.

“...Las chispitas algunas veces le doy otras veces me olvido, en la comida no lo come, pero en su manito si lo come lo para lamiendo...” (MADR 4).

“...Las chispitas desde que me han entregado solo 3 veces le hemos dado luego ya no le di porque se estanca y no puede orinar...” (MADR 10).

“...Las chispitas nos han dicho para darle una diaria, pero yo le doy 2 a 3 al día con su sopa; y cuando no lo acaba ya nosotros lo acabamos...” (MADR 12).

“...Las chispitas lo comía en su sopa o isleño siempre le daba a las 12 porque a las 10 con mazamorra no lo comía, pero en sopa si lo comía; pero en algunos días no lo comía...” (MADR 13).

Analizando los discursos mencionados llegamos a la conclusión que, las madres andinas tienen un mal concepto acerca de los multimicronutrientes debido a los discursos manifestados, es por ello que la enfermera cumple un rol importante para la educación y es por esto que debe estar capacitada en técnicas educativas para ayudar a las madres a entender y aplicar los cuidados que se les brinda en su hogar acerca de la administración de multimicronutrientes, además el profesional de salud debe responder a las inquietudes que la madre tenga, para así evitar el rechazo hacia los multimicronutrientes.

B. Cuidado intercultural ante las reacciones adversas postvacunales: Administración de medicamentos VS remedios caseros.

El cuidado intercultural hace referencia al contacto entre personas de diferentes culturas, las cuales se reúnen, interactúan e intentan resolver sus divergencias, para así facilitar al profesional de salud garantizar una calidad de atención, en el marco de un cuidado culturalmente aceptable⁶.

La interculturalidad en salud, involucra la existencia de conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas propios y distintos del sistema de salud, ha generado conductas discriminatorias y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos¹⁸. Asimismo, la interculturalidad se basa en que el personal de salud tenga en cuenta, el respeto a las creencias, costumbres y prácticas del sujeto de cuidado (paciente, familia y comunidad); esto implica, en primer lugar tomar conciencia de la cultura de la persona que se atiende para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso del cuidado.

Las inmunizaciones deben darse cuando los niños tienen la edad recomendada, incluso si sus hijos están resfriados o enfermos, contribuyen a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas; entre ellas la Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B, Influenza, Poliomieltis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, formas graves de la Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por Rotavirus, infección por VPH. Por ello es importante la vacunación de forma oportuna, según el Esquema Nacional establecido por el Ministerio de Salud⁵⁰.

La aplicación de las vacunas constituye una medida de prevención más efectiva contra algunas enfermedades graves de la infancia y actúa reforzando las defensas del niño. Por ello, las madres deben ser conscientes de la necesidad de vacunar a sus niños y

disponer de la información suficiente sobre cuántas y cuáles son las vacunas que deben recibir sus hijos, dónde deben ponérselas y que cuidados deben tener cuando presenten alguna reacción después de haber sido vacunado. Las reacciones adversas post vacunas hacen referencia a cualquier efecto nocivo, no deseado y no intencional producido por la inducción de la vacuna.

Después de la vacunación, se presentan reacciones que duran pocos días. Dichas reacciones son comunes y se manifiestan después de 24 o 48 horas de la vacunación; pueden causar dolor, induración, enrojecimiento y calor en el sitio de aplicación. También hay reacciones sistémicas, como: fiebre, llanto persistente e incontrolable por más de tres horas por las diversas molestias que generan, somnolencia, irritabilidad y malestar general, y si estas no son controladas pueden causar otras complicaciones graves⁵¹.

El profesional de enfermería encargado de la atención integral del niño, debe preguntar a la madre sobre los cuidados que ella realiza en su hogar cuando su niño presenta fiebre o enrojecimiento después de la colocación de alguna vacuna; para poder saber qué es lo que ella realiza cuando presenta esas reacciones y saber si los cuidados brindados son positivos o negativos para la salud del lactante menor; por ello, es importante que el profesional conozca esos cuidados para poder intervenir y educar a la madre, además realizar visitas domiciliarias y observar a la madre como cuida a su niño.

La madre tiene creencias y costumbres adquiridas culturalmente de sus antepasados, pero a su vez incorpora conocimientos y cuidados de su entorno familiar y de lo que aprende en el centro de salud. De este modo, las madres andinas tienen algunas costumbres muy peculiares acerca de los cuidados postvacunales. Una de las reacciones es la fiebre, para ello hacen uso de su medicina tradicional que es la planta medicinal de cachurro, que, a la vez, también desinflama la zona de la inyección; y para el enrojecimiento hacen uso de la rodaja de papa, el vaporud y la leche materna; estos cuidados pueden ser adecuados o inadecuados.

En la presente investigación se constató que, de 15 madres entrevistadas, todas sabían que las vacunas originaban reacciones adversas, tal como se recoge de sus manifestaciones. Las madres andinas notaron fiebre, llanto persistente, enrojecimiento, dolor e inflamación; sin embargo, las reacciones que los niños presentaron no ocasionaron mayores daños.

Es importante conocer cuáles son los cuidados que la madre andina debe tener en cuenta frente a las reacciones post vacunales en su hogar, para que el personal de enfermería analice, lo que la madre realiza ante las reacciones postvacunales, de acuerdo con sus conocimientos adquiridos después que la enfermera educó. Por ende, la madre andina debe estar informada para que ofrezca un cuidado eficaz y oportuno de acuerdo a cada reacción postvacuna presentada por el niño.

Además de conocer las reacciones que pueden presentar los niños después de la vacunación, es primordial que la madre andina tenga conocimiento acerca de los cuidados que tiene que brindar en cada reacción post- vacunal, como se evidencia en los siguientes subtemas.

B.1. Educación sanitaria y costumbres ante la fiebre postvacunal: Uso de panadol y planta medicinal “cachurro”.

La enfermera debe conocer las creencias populares que se relacionan con la salud y con la enfermedad que están bien arraigadas en el entorno cultural de la sociedad⁵¹. Al respecto, las madres tienen diversas costumbres, acerca de los cuidados que brindan a sus niños ante ciertas reacciones producidas por las vacunas como la fiebre por ejemplo; para ello utilizan el panadol y la planta medicinal el cachurro; además hay madres que tienen una inadecuada concepción acerca de que si lo toman ellas el medicamento o la planta medicinal, lo pasarán a través del de la leche y esto a la vez puede ocasionar un

daño al niño porque el medicamento no le llega lo suficiente y puede producir alguna complicación.

En el estudio de Lucas y Alcívar⁵³ un porcentaje de 83% de los niños menores de dos años vacunados presentan fiebre, malestar, enrojecimiento y que son síntomas característicos después que se les aplican las vacunas⁵². Es posible que el niño se encuentre irritable por el dolor en la zona de punción de la vacuna, por tanto, la madre debe tener al niño en brazos y darle de lactar o distraerlo. Otros casos de irritabilidad se dan con presencia de fiebre. En este caso se recomienda que la madre aplique paños fríos en la zona de punción y para el manejo de la fiebre realizar medios físicos como desvestir al niño(a), colocar paños de agua fría en el cuerpo, uso de analgésicos – antipiréticos como paracetamol en la dosis recomendada por el personal de salud y dar lactancia materna; ya que se ha demostrado que tiene múltiples beneficios que permite una relación estrecha madre e hijo.

Se recomienda que los cuidados para la fiebre consistan en administrar un antipirético como es el paracetamol, la dosis es 2 gotas por cada kilo de peso, y esta dosis el niño las debe tomar por completo para que disminuya la fiebre; indicación que da la enfermera para que la madre lo administre en casa cuando el niño tiene fiebre⁵³.

Actualmente la medicina tradicional es un recurso fundamental para la salud humana. Las plantas y árboles empleados son la base para el desarrollo de la medicina moderna, y en algunas zonas rurales e indígenas, son el único recurso del que disponen a falta de instituciones médicas y recursos monetarios para la adquisición de medicina moderna⁵³.

Como se evidencia en los siguientes discursos ante la reacción de la fiebre, el personal de salud orienta a las madres andinas, y ellas cuidan en su hogar acerca de las distintas reacciones post vacunales:

“...Le decimos a las madres que estén atentos a la fiebre en caso de que le de fiebre le decimos que le dé paracetamol o también lo puede bajar con medios físicos con el baño, deben darle 2 gotas de paracetamol por el peso del niño...” (ENF 6).

Se pudo evidenciar la educación que brinda la enfermera a la madre acerca de los cuidados postvacunales relacionadas a la fiebre. La enfermera explica acerca de la vacuna que le colocará contra que enfermedades va a proteger, que reacciones adversas ocasionará la vacuna y que cuidados debe tener en cuenta la madre andina. Para que, de esta manera, las madres brinden cuidados adecuados en el hogar de acuerdo a la educación que brindó la enfermera en el centro de salud.

“...Después que le vacunaron mi niño tuvo fiebre, le he dado gotas de paracetamol que lo compramos en el particular...” (MADR 1).

“...Cuando mi niño tiene fiebre después de recibir su vacuna. Le he dado paracetamol en una cucharita sin mezclarlo con ninguna agüita...” (MADR 10).

Según la norma técnica, los cuidados que se proponen son los siguientes: ante la reacción de inflamación, calor y enrojecimiento. No se debe aplicar cremas, no tocar ni frotar la zona donde fue aplicada la vacuna. Ante la irritabilidad se recomienda pasear al niño, brindarle comodidad, confort, mantenerlo con lactancia materna y tratarlo con amor. Los cuidados post vacunación adecuados ante una fiebre deben orientarse a dar gotas de un antipirético como el paracetamol. La dosis indicada es dos gotas por cada kilo de peso o también uno de los cuidados más efectivos consiste en dar baños de agua tibia por 20 minutos. La enfermera antes y después de vacunar al niño orienta a la madre acerca de estos cuidados que debe realizar en el hogar para así evitar complicaciones en los niños⁵⁰.

También existen algunos cuidados inadecuados por parte de la madre andina, acerca de la administración del panadol para evitar o disminuir la fiebre esto se evidencia en el siguiente discurso:

“... las madres me dicen que le agrega dos o tres gotitas más de los que le corresponde (se entrega indicaciones) de panadol, porque su bebé no lo toma todo...” (ENF 6).

Según el discurso propuesto hay madres que tienen la idea errónea de la administración del panadol para evitar o disminuir la fiebre; refieren darle 2 a 3 gotitas de más porque así el medicamento le hará más rápido el efecto o también porque el niño no toma todo el medicamento.

Los datos clínicos de toxicidad por paracetamol, en general, se hacen aparentes a las 12 o 48 horas después de haber sido ingerido, e incluyen daño o alteraciones hepáticas, acidosis metabólica, insuficiencia o daño renal, daño miocárdico manifestado por alteraciones del electrocardiograma y elevación de la CPK, MB, toxicidad neurológica, incluyendo coma, alteraciones hematológicas como trombocitopenia, pancreatitis y vómito⁵³.

La fitoterapia para la fiebre se centra en la utilización de aquellas plantas cuya función tiende a disminuir la temperatura corporal, eliminar los síntomas desagradables que acompañan a la fiebre, constituyéndose en una alternativa natural al uso de antitérmicos convencionales (antipiréticos naturales)⁵⁴.

Respecto a la reacción de la fiebre, las madres andinas acostumbran a utilizar la planta medicinal “cachurro”¹², que de manera tradicional lo utilizan; como se devela en los siguientes discursos:

“...Pero las madres acostumbran a dar de beber el cachurro y a la vez le colocan las hojas enteras en la zona de aplicación de la vacuna. (ENF 6).

“...También las madres acostumbran a darle para la fiebre el cachurro que es una planta medicinal...” (ENF 3).

¹² **Cachurro:** Planta medicinal cultivada en el distrito de Sócuta, su mayor utilización es para la fiebre. (Fuente: Poblador de la comunidad)

“... yo brindo los cuidados necesarios de acuerdo a sus conocimientos o costumbres que tienen en casa; para la fiebre lo que utilizan es la planta cachurro, lo preparan moliéndolo en dos piedras llamado (batan¹³), luego recogen el jugo de esta planta medicinal en un pequeño gotero y le dan de beber al niño; además de esta misma planta de cachurro colocan las hojas en el lugar de aplicación de la vacuna...” (ENF 8).

“... cuando mi niño tiene fiebre le doy 6 a 8 gotas de la planta medicinal cachurro, para ello muele las hojitas, para disminuir la fiebre, y si le damos mucho el niño le hace mal y se enferma de sus pulmones...” (MADR 5).

De acuerdo a los discursos propuestos, las madres andinas al experimentar estas reacciones post vacunales como la fiebre en sus niños, en ocasiones brindan los cuidados de acuerdo a la indicación de la enfermera, pero también en ocasiones influye su cultura, la mayoría de madres andinas hacen uso de plantas medicinales que a veces le recomienda la suegra, abuelitas, vecinas, etc., y estos cuidados han sido transmitidos de generación en generación, es por ello que utilizan esta planta medicinal como el cachurro que, si no es preparado y administrado adecuadamente puede traer serios problemas para la salud del lactante menor.

También existen algunos cuidados inadecuados por parte de la madre andina, acerca de la administración del panadol y la planta medicinal cachurro para evitar o disminuir la fiebre esto se evidencia en el siguiente discurso:

“...Cuando tenía fiebre mi bebé yo no le daba medicina porque por ser muy chiquito lo hace mal, yo era quien tomaba las pastillas paracetamol para pasarlo por el seno, y cuando no tengo las pastillas tomo el cachurro...” (MADR 9).

“...yo tomo 1 pastilla de paracetamol cada 6 horas, para que pueda pasarle la medicina por su seno, ya que su aún es muy pequeño y no pueden darle de tomar nada. (MADR 3).

¹³ **Batan:** es una piedra pulida, por lo general redondeada y ahuecada que consta de otra pieza móvil con la cual se muelen a mano los granos.(Fuente: poblador de la comunidad)

“... yo tomo 1 taza de cachurro, para ello muele las hojitas, un pedacito de tallo, y lo mezcla con sal de eno, todo eso se lo toma para que a través d su seno lo pase al niño, para disminuir la fiebre. (MADR 7).

La mayoría de madres andinas, tienen algunas costumbres erróneas acerca de la administración del paracetamol y la planta medicinal cachurro, las madres refieren que no le dan, debido que es pequeño y por eso ellas ingieren el medicamento, para que a través del seno le pase la medicina al niño; se dice que, lo que toma la madre no pasa al niño del mismo modo, cuando la madre toma un medicamento, se absorbe por su organismo, algunos en gran cantidad y otros en cantidades mínimas, pasa a la sangre y a la leche, el niño al momento de ingerir la leche, le proporciona en poca cantidad el medicamento, es por ello que el personal de enfermería debe educar y concientizar a la madre andina en que debe darle el paracetamol de acuerdo a su edad, porque al no darle al niño directamente puede ocasionar alguna complicación debido a la fiebre.

Leininger en su teoría afirma que primero se debe preservar, negociar y reestructurar los cuidados, solo así se podrá establecer un diálogo de saberes que permita de una manera sensible llegar a un cuidado culturalmente congruente⁴.

Algunas madres, ante la reacción de la fiebre por la vacunación, optan por administrar panadol de acuerdo al peso del niño, a la vez se debe respetar la costumbre del uso de sus plantas medicinales como es el uso la planta cachurro; aquí la enfermera debe de profundizar y adquirir conocimientos acerca de las plantas que ellas utilizan para poder educar e indicar a la madre. Estos cuidados deben ser investigados a profundidad para validar el efecto que tiene ante la fiebre; un aspecto importante al consumir plantas medicinales es saber los efectos favorables para la salud, y las reacciones adversas e interacciones con los medicamentos. Para ello es necesario que las plantas medicinales sean administradas correctamente sobre todo cuando se administra al niño.

B.2. Educación sanitaria y costumbres ante el dolor y eritema postvacunal: vaporud, rodaja de papa, uso de leche materna.

La inflamación e hinchazón en la zona punzada, es una de las reacciones más comunes al igual que la fiebre. En el Centro de Salud el Tambo, las madres indican que la aplicación de la leche materna en el área puncionada reduce la inflamación e hinchazón en un 3.3%, un 2.2 % de madres indican que utilizarían agua de plantas medicinales sea bien como bebida o para una forma de masaje con ella, mientras que un 12.2 % de madres indica que acudirían al médico antes de dar tratamiento por su propia cuenta para evitar complicaciones⁵³.

Es importante que el personal que está implicado en la vacunación conozca cuáles son las reacciones adversas que pueden presentarse tras la administración de las vacunas. A través de este conocimiento pueden detectarse y diferenciarse los eventos adversos inesperados y poder educar a las madres andinas para que tengan en cuenta y saber qué hacer al momento que su niño presenta alguna reacción. Sin embargo, en la zona andina, es común utilizar rodaja de papa, leche materna y vaporud.

Frente a la reacción de enrojecimiento, la enfermera educa a la madre sobre los diferentes cuidados postvacuna teniendo en cuenta su cultura, manifestándolos en los siguientes discursos:

“También le decimos que le coloque una rodaja de papa en el lugar de la vacunación...” (ENF 6).

“...Con relación a la vacunación: si se hace rojo en su piernita le va a colocar una rodajita de papa, pero no lo vaya a sobar o estar aplastando solo le coloca nada más...” (ENF 1).

“Para el enrojecimiento de su piernita, me ha dicho que lo coloque rodajas de papa...” (MADR 4)

Algunas de las madres entrevistadas toman como medio para evitar el enrojecimiento y el dolor a la papa; y esta costumbre transmitida de generación en generación las madres lo usan como desinflamante postvacuna. Algunas de las madres entrevistadas usan como antiinflamatorio este tubérculo, pues según la medicina natural puede disminuir la inflamación⁵⁵.

Los niños que son alimentados exclusivamente con leche materna tienen menos fiebre después de la vacunación que los que reciben lactancia mixta o artificial. Esto no solo se debe a las características nutricionales de la leche materna, sino también al efecto protector, la tranquilidad y el bienestar que les aporta la lactancia materna; además las madres pueden utilizar pañitos de leche materna para disminuir el dolor y la inflamación por los componentes que tiene⁴¹.

Frente a la reacción de enrojecimiento, la madre provee diferentes cuidados post vacunales, manifestándolos en los siguientes discursos:

“...También usan pañitos con su misma leche materna, para bajar el enrojecimiento...” (ENF 6).

“...Las madres en sus hogares también acostumbran a colocarlo en la zona de aplicación de la vacuna pañitos por la leche de su seno, nosotros le hemos dicho que no lo coloquen en el lugar donde se administró la vacuna sino por el contorno...” (ENF 5).

“...La enfermera nos dijo para colocarlo para la hinchazón le puse leche de mi seno en todo el rojito de la aguja...” (MADR 10).

Las madres utilizan como un cuidado postvacunal, pañitos de leche o leche de su seno, cuando su piernita esta inflamada por las vacunas, porque refieren que eso les baja la hinchazón.

El Vick Vaporud se usa de manera tradicional desde hace ya muchos años para aliviar diferentes malestares. Se trata de un ungüento que se utiliza de forma tópica, el

cual combina diferentes ingredientes con gran poder aromático y calmante, entre los que nos encontramos con el mentol, el alcanfor y el eucalipto⁵⁶. Aplicar Vick Vaporud en la zona afectada ayuda aliviar la inflamación y picazón. Este uso queda manifestado en los siguientes discursos:

“Los cuidados que acostumbran a hacer las madres en su casa es colocarle el vaporud en la zona de aplicación de la vacuna, esa es su costumbre, yo les digo a las madres que lo coloquen el vaporud alrededor de donde se colocó la vacuna y no en el orificio, después de media hora” (ENF 3).

“...También el vaporud lo paso cuando esta hinchado, la leche del seno en pañitos también; lo del vaporud así lo hemos aprendido en la casa para pasarlo...” (MADR 4).

La mayoría de las madres refieren que utilizan el Vick vaporud como un antiinflamatorio tópico que se aplica alrededor del lugar donde ha sido vacunado, es importante decirle a la madre andina que no debe aplicar el Vick vaporud en el orificio de la inyección de la vacuna, ya que pueden producir complicaciones.

“...lo paso tres a cuatro veces durante el día y luego lo protege a la zona de vacunación con un trozo de tela, según refiere que el vaporud no lo deja que se hinche su piernita y eso lo han aprendido en casa...” (MADR 5).

Algunas madres refieren que colocan este ungüento en la zona de inyección, pero este cuidado es erróneo debido a que puede producir otros efectos secundarios como alergias, irritación, erupción cutánea y prurito. De allí, es importante que la enfermera enfatice la práctica de los cuidados adecuados para cada reacción y evitar que los niños presenten otras complicaciones debido a las costumbres que tienen las madres andinas.

La madre refiere: “después de la vacuna le he colocado pañitos de agua con manzanilla, para que no se hinche mucho su piernita o también agüita con sal” (MADR 7).

En el presente estudio se puede inferir que la enfermera debe preservar el uso de lactancia materna, y el uso del cachorro sobre la zona e inyección por su efecto desinflamatorio. Pero se debe negociar con las madres andinas el uso de la rodaja de papa y vick vaporud, ya que puede tener efectos colaterales como inactivar, atenuar o dañar el efecto de la vacuna; es por ello que el personal de enfermería debe tener en claro la costumbre que las madres andinas tienen y que estos conocimientos lo han obtenido de sus antepasados y ellas lo utilizan como un medio de protección postvacunal, pero se le debe concientizar para tener cuidado con el uso de esos remedios caseros sobre todo en la zona de aplicación de las vacunas. Y se deben reestructurar algunos cuidados como colocación de agua tibia con sal que causa quemadura a la piel del niño, y posiblemente se inactiva el efecto de la vacuna, con lo cual se puede exponer al niño a que padezca enfermedades inmunoprevenibles.

C. Cuidado intercultural en la higiene y vestimenta: Frecuencia, dualidad frío-caliente y plantas medicinales.

La higiene se refiere al conjunto de prácticas, comportamientos orientados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de las personas; es fundamental para el humano, es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. La higiene sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea⁵⁷.

Las madres de las zonas altoandinas no acostumbran a bañar a sus niños todos los días debido a diferentes factores como el clima, actividades que realizan; es por esto que el personal de salud tiene que educar a las familias acerca de la importancia de una adecuada higiene.

C.1. Educación sanitaria, hábitos, y costumbres ante el baño: uso de plantas medicinales, frecuencia y relación frío / enfermedad.

La educación intercultural tiene sin duda una función importante que desarrollar en el diálogo entre culturas, contribuyendo a derribar muros fraguados por la ignorancia, la incomprensión, la inseguridad y la falta de comunicación y solidaridad. Para que la diversidad étnica y cultural se transforme en algo enriquecedor es preciso partir de un reconocimiento entre iguales, respetar la diversidad y promover el intercambio. Sólo así conseguiremos que el multiculturalismo se transforme en interculturalismo⁷.

La higiene es necesaria para la salud y comodidad de los niños, por tal motivo se les debe de bañar diariamente haciendo de esta actividad un momento agradable, y se debe tener en cuenta que el agua debe de estar a una temperatura adecuada⁵⁸.

En la actualidad los niños se exponen al medio ambiente y a cuidados que cambian con su crecimiento, para que puedan desarrollarse de forma normal y saludable es necesario crear en ellos hábitos de higiene. Por eso el aprendizaje de estos hábitos y cuidados personales cumplen funciones importantes en la formación integral del niño como: Mejorar la salud y el bienestar, prevenir la aparición y desarrollo de enfermedades; y facilitar las relaciones interpersonales³⁰.

Es así como la educación es importante porque nos ayudará a modificar algunas actitudes con respecto a la diversidad cultural; y a la vez mejorar o modificar los componentes culturales. Las enfermeras hablan acerca del baño en los siguientes discursos:

“...A las madres les educamos acerca de la importancia del baño del niño, le decimos que deben bañarlo en un lugar donde no hay muchas corrientes de aire...” (ENF 6).

“...Con respecto al baño realizamos sesiones demostrativas, también le decimos que es muy importante bañarlo todos los días para evitar enfermedades...” (ENF 5).

“...le deben de bañar a su niño, todos los días de preferencia en las tardes, en un cuarto cerrado...” (ENF 3).

En los discursos mencionados la mayoría de las enfermeras hacen énfasis en la higiene del niño; y cómo debe hacerse. Es importante que la enfermera enfatice la importancia del baño diario, para así evitar enfermedades; debe ser permanente, aunque el niño esté resfriado o tenga fiebre.

Los hábitos de higiene son esenciales desde el nacimiento, pues deben formar parte del día a día del lactante menor, y para tener éxito es necesario tener horarios estables con los niños, pues cuando hacen las mismas cosas, más o menos a la misma hora todos los días, el niño se va a sentir seguro y en control de su mundo, lo que le ayuda a desarrollar la confianza en sí mismo. Así el niño se va adecuando y adaptando a dichas actividades³⁰. Por lo tanto, las enfermeras manifiestan las conductas que tienen las madres andinas frente al baño, en los siguientes discursos:

“...Las madres nos dicen que lo bañan dejando un día, pero en algunos lugares lo bañan a su niño cada tres a cuatro días estos casos más lo encontramos en la zona rural porque hay hace un poco más de frío...” (ENF 6).

“...Acerca del baño en algunas zonas hace demasiado frío y entonces las familias nos dicen que si lo bañan se enferma el niño...” (ENF 1).

“...Para educar a la madre con respecto a baño, le decimos que el baño del niño es diario, pero ellas no lo cumplen, es por eso por lo que a veces le decimos bañe dejando un día, de referencia por la tarde cuando el niño ya va a descansar, y las madres con respecto a este punto si lo cumplen en casa...” (ENF 3).

En los discursos mencionados por las enfermeras acerca que, las madres andinas cumplen en la higiene de sus niños, ellas manifiestan que en algunas zonas donde hace

frío las madres por lo general lo bañan dejando un día; y otras madres lo bañan interdiario y por las tardes para que duerma el niño. Al respecto las madres manifiestan:

“...La madre tiene la costumbre de bañarle antes del almuerzo porque ahí es donde hace un poco más de calor...” (MADR 5).

“...Para bañarlo lo hago dejando un día, porque para bañarlo todos los días no me alcanzo, pero dejando un día sí; lo baño siempre a la media mañana para que duerma, siempre acostumbro a bañarlo en un cuarto cerrado...” (MADR 1).

“...La enfermera nos dijo que debemos bañarlo por las tardes en el cuarto cerrado para que no entre frío, porque se puede resfriar y enfermar de bronquio; yo a mis hijos si lo baño por las tardes casi todos los días...” (MADR 2).

“...Debemos bañarlo a eso de las 12 a 1 de la tarde, porque sale el sol y no hace tanto frío, y si lo baño temprano o la noche le da cólico...” (MADR 10).

“...Para bañarlo lo hago a veces en la mañana o la noche para que duerma...” (MADR 4).

“...Yo siempre lo baño a las 12 porque hace un poco de sol; siempre cuando lo baño si está haciendo fuerte el calor lo saco a bañarlo al corredor, y si está haciendo un poco de aire lo baño adentro en el cuarto...” (MADR 5).

“...Lo bañamos a cualquier momento cuando se ensucian porque ahora que están chiquitos se ensucian a cada rato...” (MADR 12).

De acuerdo a los discursos presentados, las madres refieren que mayormente lo bañan en un lugar cerrado donde no hay corriente de aire, en algunos hogares refieren acerca del baño, “si lo baño temprano o la noche le da cólico, por eso deciden bañarlo al medio día cuando sale el sol”, el baño debe ser a diario en el lactante menor porque forma parte del cuidado de la higiene, a pesar que algunas en algunas familias refieren que lo bañan dejando un día o dos días, la realidad es otra, lo que se ha visto en casa es que lo bañan dos veces a la semana porque tienen miedo que se enfermen de la gripe por el mismo clima de la zona.

Durante las visitas realizadas a sus hogares, que observo que la mayoría de las madres realizan el baño a sus niños. Las madres tienen una peculiaridad al momento de bañar a su niño, ellas hacen uso de plantas medicinales como el eucalipto o manzanilla, las madres manifiestan que agregan plantas medicinales para evitar que tengan infecciones a la piel o en ocasiones si es que el niño esta escaldado. Antes de bañarlo, lo que hacen ellas es poner a hervir el agua en una olla luego añaden el eucalipto y dejan reposar por 20 min, después de eso mezclan con agua fría para tibiarse el agua, aparte separa un poco de agua para que lo enjuague; en seguida la madre trae toalla o a veces lo envuelve con su pañal de tela, champú y jaboncillo. Después de tener todo listo la madre empieza a bañarlo desde la cabeza hasta los pies, a veces deja al niño que juegue un ratito en la tina con sus juguetes; pero solo lo deja unos 15 min porque si está mucho tiempo en el agua se puede resfriar, antes de sacarlo lo enjuaga y después lo envuelve con su toalla o pañal de tela, lo secan y lo visten.

“...En su agüita que lo baño le pongo plantitas de manzanilla, alcanfor para que no le salga alergias...” (MADR 8).

“...Para bañarlo lo hago la hora que tengo tiempo a veces en la mañana y otros días en la tarde y también en la noche; porque cuando estoy sola paro muy ocupada por mi trabajo...” (MADR 14).

“...Además las madres nos manifiestan que a sus niños para que no se enfermen de la piel cuando lo bañan utilizan la planta medicinal chamana¹⁴ junto con el paico¹⁵ lo hierven y con esa agüita lo bañan...” (ENF 6).

Según los discursos mencionados, las madres acostumbran a bañar al bebé a la hora que ellas se desocupan de sus quehaceres, que tienen en la chacra o de ver a su ganado ahí recién realizan su higiene de su niño. Además, las madres tienen unas costumbres

¹⁴ **Chamana:** Es una planta medicinal que se utiliza para infecciones de la piel, gastrointestinales y para calmar el dolor. (Fuente: poblador de la comunidad)

¹⁵ **Paico:** Es una planta que posee una diversidad de propiedades medicinales, entre ellas el alivio al calmar los cólicos o dolores estomacales, resfríos, espasmos, pulmonías, inflamaciones de la piel. (Fuente: López D, Neyra R y Romero J. comparación de la eficacia terapéutica entre paico y albendazol en niños de Huaraz. Rev. Gastroenterol. Lima – 2012.)

muy peculiares al momento de bañar a su niño, pues utilizan ciertas plantas medicinales como la manzanilla, alcanfor y chamana para bañar a sus niños, lo usan con el fin de que no le salga alergia en su cuerpecito.

“...Algunas madres nos dicen que no tienen tiempo de bañarlo en la mañana, entonces educamos que lo pueden hacer en la tarde, pero lo tienen que tener más abrigado debido al clima porque en las tardes hace más frío...” (ENF 2).

“...hace mucho frío, no suda, se vaya a resfriar.... por eso casi no lo baño, además estoy muy ocupada tengo que atender a mi esposo, a mis demás hijos, cocinar, ir a la chacra, ver a los animales...” (MADR 10).

La enfermera refiere que cuando la madre lleva al niño a su control, observan que lo llevan a su control sin bañarlo, en ocasiones pudimos observar uñas largas llenas de tierra, la ropita sucia, etc. A las madres se les pregunta el motivo porque no lo asean y lo que nos refiere es “que no tienen tiempo de bañarlo, a veces me olvido porque me voy a la chacra”. Además, algunas madres manifestaron que no tiene tiempo de bañar al bebé, o que hace demasiado frío y no quiere que se agripe, porque tiene que atender al esposo o hijos, ir a la chacra a ver a sus animales, etc. por ello, no realiza la higiene. Entonces la enfermera le dice a la madre que debe bañarlo todos los días de preferencia, porque con el baño evitamos enfermedades y si no lo puede hacer todos los días puede ser dejando un día.

Es así como las familias tienen algunos conocimientos empíricos que se deben de preservar como realizar la higiene en una temperatura adecuada; la enfermera debe fortalecer este cuidado a través de la educación en los controles del niño. El baño diario como medida de higiene y con todas sus particularidades en esta cultura, es parte de satisfacer una necesidad básica del niño, también lo constituye el siguiente subtema.

C.2. Educación sanitaria y costumbre en la vestimenta del lactante.

El ser humano, donde quiera que se encuentre, siempre está inmerso y en relación dinámica con la cultura que lo rodea. Este es un poderoso legado que el ser humano ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea⁵.

La ropa del bebé debe ser suave, ligera y fácil de poner y quitar. Lo mejor es que sea de fibras naturales, como el algodón: son frescas en verano y abrigan en invierno. Las piezas únicas son más cómodas que las constan de camiseta y pantalón ya que no dejan al descubierto la espalda o la barriguita.

La mayoría de las madres elaboran la vestimenta de los lactantes menores con material de lana de oveja o hilo que ellas compran en el mercado; con respecto al pañal artesanal son pedazos de tela que lo utilizan para cubrir al niño, mayormente lo utilizan las familias que son de bajos recursos económicos.

En los siguientes discursos veremos las preferencias que tienen las madres andinas con el uso del pañal de tela.

“...El niño solamente usa trozos de tela o como las madres lo llaman el pañal...” (ENF 1).

“...Algunas madres también utilizan el pañal de tela, son madres de bajos recursos económicos...” (ENF 5).

“...cuando estamos en la casa esta con su pañal de tela...” (MADR 2).

“...En el campo más utilizamos el pañal de tela porque el descartable esta caro...” (MADR 7).

“...Aun utilizan el pañal de tela porque las madres dicen que el pañal descartable es malo porque les abre mucho sus piernitas...” (ENF 3).

Las madres andinas en su gran mayoría utilizan el pañal de tela debido a que esta costumbre ha sido transmitida de generación en generación y otras lo utilizan porque es más económico para la familia ya que pueden usarlo varias veces pues son lavables. En los siguientes discursos veremos las preferencias que tienen las madres andinas con el uso del pañal descartable:

“... Cuando me toca su control en la posta le coloco su pañal descartable...” (MADR 2).

“... Cuando salgo a una reunión le coloco su pañal descartable...” (MADR 10).

Por otro lado, son pocas las madres que hacen uso del pañal descartable; debido a que es caro, le produce alergias, otras madres refieren que hacen uso del pañal descartable cuando llevan a su control y también que tienen la costumbre de no colocarle el pañal descartable porque “le abre mucho las piernitas”.

Las madres andinas, de acuerdo a la preferencia en el uso del pañal descartable y el de tela; la mayoría de las madres refieren que ambos le causan alergias, como se evidencian en los relatos por parte de ellas.

“...Su pañal de tela también le pongo porque el descartable le sale muchas ronchas...” (MADR 4).

“...Desde chiquito le pongo su pañal descartable, porque el de tela mucho le da alergia...” (MADR 10).

Es lo mencionado, el principal problema con el uso del pañal es la dermatitis, en sentido amplio, cualquier enfermedad cutánea que se manifieste única o primordialmente en la zona cubierta por el pañal. Sin embargo, es más correcto definir la dermatitis del pañal, o la dermatitis irritativa del área del pañal, como el proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes,

etc.) que se producen en la zona cubierta por el pañal durante un periodo muy concreto de la edad del individuo⁵⁹.

La delicada piel de los bebés requiere muchos cuidados y mimos, pero los polvos de talco no son adecuados para los bebés. El talco ha sido tradicionalmente usado para la zona del pañal, e incluso para otras partes del cuerpo, espolvoreándolo ligeramente por su agradable olor. Sin embargo, según recientes investigaciones no es una práctica recomendable, pues los polvos de talco resecan en exceso la piel de los lactantes, cuando lo mejor es mantenerla correctamente hidratada.

Además, es un agente de riesgo por los problemas provocados en el caso de su inhalación en exceso o a su ingesta accidental, pudiendo provocar problemas respiratorios e incluso asfixia⁶⁰.

Durante las visitas domiciliarias se pudo evidenciar, al momento que terminan de bañar al niño hacen uso del talco, la mayoría de las madres colocan demasiado talco por todo su cuerpo, luego lo visten, a una de las madres se le preguntó porque le hecha demasiado talco y respondió para que no le salga granitos o se escalde, pero a pesar de eso nosotros le manifestamos que el excesivo uso del talco le puede afectar a sus pulmones o se puede ahogar y para ello le recomendamos el uso de la maicena que es algo natural y que no le coloquen todo el cuerpo si no a los pliegues de su cuerpo y cuando lo cambien de pañal para evitar que se escalde. En los siguientes discursos las madres prefieren usar el talco o maicena para evitar las escaldaduras.

“...Hasta el momento las madres que utilizan la maicena cuando cambian de pañal a sus bebés, no han presenten dermatitis...” (ENF 6).

“...le pongo talco para que no se escalde y siempre le pongo después que lo baño...” (MADR 10).

En los siguientes discursos mencionados, las madres andinas refieren que utilizan el talco por todo su cuerpecito después de que bañan al niño, otras madres refieren utilizar la maicena para evitar que se escalde o salgan erupciones en la piel.

No se debe sobre abrigar al bebé. Se le debe vestir acorde a la temperatura ambiental. Cuando se empieza a mover se le debe poner ropa que le permita la libertad de movimientos. Los zapatos deben ser adecuados para el bebé. La talla debe ser la correcta y deben ser específicos para el gateo o para cuando empiece a andar⁶¹.

“...Yo siempre cuando realizo la atención observo la calidad de la ropa que sea adecuada de acuerdo a cada estación, también observo si presentan alguna alergia por la ropa del niño. La primera ropa que utilizan las madres es de algodón y encima lo colocan su ropita de polar sintético lo visten con su polo, pantalón, chompa y su gorro...” (ENF .6).

“...Les educamos a la madre de acuerdo a las estaciones es decir en tiempo de invierno se le debe abrigar bien al niño colocándole sus medias un gorrito o una chompita de acuerdo a la realidad de cada familia...” (ENF 1).

“...Le decimos si está haciendo calor y al niño lo van a exponer que el niño este con un polo manga larga y su gorro...” (ENF 5).

De los discursos mencionados por parte de la enfermera, acerca del uso de la adecuada vestimenta, ella educa a la madre andina que, de acuerdo a las estaciones de esta zona, es decir en el tiempo de invierno se le debe abrigar al niño colocándole sus medias, un gorrito o una chompita, bucito, todo esto la enfermera debe tener en cuenta los recursos que tienen cada familia o si no adecuarse a la realidad.

La ropa con la cual se viste el niño debe ser de acuerdo con el clima, cómoda, de colores vivos, debe de ser fácil de poner y de quitar. Algo característico de los lactantes en las madres andinas, es el cuidado con su vestimenta, la mayoría lo fajan y lo tiene como un “tamal” (paquete envuelto) al niño, esto lo hacen hasta los 8 meses, sin permitirle movimiento de tronco y extremidades, también hacen uso del fajero o puntas,

pues creen que eso va a evitar que el ombligo se sobresalga. Estas costumbres son propias de esta zona, las madres, mantienen a sus niños abrigados por el clima usualmente frío de la zona, le colocan gorro de lana, algunas le colocan algodón en su cabeza principalmente en mollera¹⁶, chompa y pantalón de lana o algodón, en ocasiones le colocan doble ropa por el mismo frío.

Las madres andinas del distrito de Sókota utilizan diferentes formas de vestir en sus niños para evitar el resfrío, ellas refieren que utilizan lo siguiente:

“...Su ropita es de algodón, lo abrigo bien cuando llueve o hace mucho frio lo pongo su chompita y su pantalón grueso más su gorro...” (MADR 1).

“...Por las tardes cuando está haciendo frio le pongo su chompa, gorra, botines y lo cargo con su colcha o una frezada...” (MADR 2).

“...El enfermero me ha dicho que lo compre ropa de algodón para ponerlo debajo que no le dé la alergia, y ropa polar encima, y todo el día lo tengo con su gorrita para que no se resfríe...” (MADR 3).

“...Para abrigarlo lo tengo con su colcha porque hace mucho frio también esta con doble polo de algodón y su chompa, su gorrito grueso de lana lo pongo para que no se resfríe o le pase el aire...” (MADR 9).

“...Cuando estaba de dos meses lo ponía algodón en su cabecita porque si no estaba bien abrigadito su cabeza se resfriaba. Para que este sanito mi hijo yo no lo dejo que se moje mucho en las lluvias...” (MADR 11).

“Ahí bien abrigadito con chompita para el frío. ... le visto, le pongo sus politos encima de la faja, le busco sus politos y encima su chompita de lana porque hace mucho frío... a mi bebé lo llevo siempre abrigadito, lo marco y tranquilito está no llora.” (MADR 13).

De acuerdo a los discursos brindados por las madres andinas, para vestir al lactante menor, primero colocan trapitos como pañal, luego su fajero que lo ponen alrededor de

¹⁶ **Mollera:** o fontanela, es el área de la cabeza del bebé donde los huesos del cráneo todavía no se han juntado.

su ombligo, su polo de algodón, pantalón, chompa y zapatitos de lana, gorrito de algodón, después se faja envolviéndolo como tamal, creyendo que fajándolo lo hacen más fuertes. La mayoría de las madres visten a sus niños de acuerdo a la temporada que están para evitar que se enfríen.

“...Las mismas madres se encargan de fabricar su ropa de los niños ellas mismas las tejen con broche; mayormente la ropa que se utiliza en esta zona es a base de lana...” (ENF 3).

Hay madres que se encargan de fabricar sus propias ropas hechos de lana que son mayormente tejidos a crochet¹⁷, esos son mayormente que utilizan los lactantes menores.

El uso del fajero¹⁸, la mayoría de las madres lo utilizan para evitar que su niño tenga hernia umbilical, otras madres hacen uso del fajero, por costumbres que tienen arraigadas por parte de su suegra y abuela que deben fajarlo para que el niño se ha fuerte.

En los siguientes discursos hablarán acerca del uso del fajero para evitar las hernias:

“...El uso de fajero en algunos hogares es para evitar las hernias, en el niño menor de un año...” (ENF 2).

“...Hay madres que aun utilizan el fajero de 100 madres 10 a 15 aún utilizan el fajero; pero esto se debe por la insistencia de la abuela...” (ENF 6).

“...Las dificultades que hemos tenido con la madre es acerca del uso del fajero, que por más que le decimos que ya no lo debe utilizar y en ese momento nos entienden, luego regresan al siguiente control y siguen con el fajero; al parecer la familia o la abuela le dice a la madre que tiene que seguir con el fajero, es decir están bien arraigados a algunas creencias...” (ENF 1).

¹⁷ **Crochet:** o tejido de gancho, es una técnica para tejer labores con hilo o lana que utiliza una aguja corta y específica, «el ganchillo» o «aguja de croché» de metal, plástico o madera.

¹⁸ **Fajero:** Faja que se pone a los niños recién nacidos. (Fuente: Poblador de la comunidad)

“...Desde que ha nacido hasta los seis meses lo tengo fajado, es nuestra costumbre así me ha dicho mi abuela; después en la posta no quieren para fajarlo, cuando me voy a la posta lo saco porque el enfermero se enoja...” (MADR 3).

“...Para que sea más fuerte lo ponemos su fajero lo he puesto desde que nació hasta los cuatro meses, y a partir de los cuatro meses sigue amarrado para que no se reviente porque cuando lloran los niños hacen fuerza y se pueden herniar...” (MADR 7).

Durante las visitas domiciliarias que se les realizó a las madres, la gran mayoría utilizan aún el fajero, debido a que es una costumbre de ellos, el fajero se utiliza desde que nace hasta los 6 meses, por esta razón los lactantes hacen uso de la fajas o puntas, pues creen que eso va a evitar que el ombligo se sobresalga, cuando se ejerce una fuerza, por ejemplo, cuando llora. El fajero, es una tela fina, las madres después que bañan a su niño, primero le coloca talco o maicena por su cuerpo, en seguida le colocan su pañal y después coge el fajero como es una tela en forma cuadrangular agarra de punta a punta formando un triángulo, luego dobla en forma horizontal, en seguida coloca alrededor del ombligo del niño, ajustando para luego amarrarlo. Finalmente se viste al niño.

Otra práctica que tienen es de envolver al bebé, es una tradición ancestral, muy poco conocida en las sociedades occidentales, pero que últimamente se está volviendo a utilizar. Envolver al bebé con una manta ajustada, se puede asemejar al seno materno y ayudar a tranquilizar a su bebé recién nacido. La American Academy of Pediatrics (AAP) dice que cuando se hace correctamente, envolver al bebé (como tamalito o burrito) puede ser una técnica eficaz para ayudar a tranquilizar al bebé y a promover el sueño⁶¹.

La costumbre de usar el fajero aún sigue arraigada y esto se ve reflejado en los siguientes discursos:

“...hasta ahora utilizan las madres la faja y lo tienen inmóvil al niño supuestamente las madres dicen que es para que dé grande tengan más fuerza...” (ENF 4).

“...el fajero aun lo utilizan, esta práctica consiste en envolver todo el cuerpo, las madres creen que le ayudara para que crezca bien fuerte. Y además para que no se reviente...” (ENF 3).

“...Para que sea más fuerte mi suegra me dijo para fajarlo hasta los dos meses y así de más grande va a tener más fuerza en sus brazos...” (Madr. 5).

“...Para que sea más fuerte esta con su faja cuando se despierta lo suelto un poquito las manos y cuando duerme está bien fajado para que crie más fuerza...” (MADR 9).

“...La faja mi mamá y mi suegra me decían para ponerlo faja para que sea más fuerte, mayormente se utiliza hasta el medio año o dos años...” (MADR 14).

La mayoría de las madres hablan sobre el fajado que se realiza al lactante menor, esta práctica consiste en envolver todo el cuerpo, en forma de un tamal, las madres dicen que es para que crezca bien fuerte, además otras madres refieren que los niños están con su faja y cuando se despierta lo sueltan un poquito las manos y cuando duerme está bien fajado para que crie más fuerza y no se asuste (se usa hasta los 5 meses). Esta práctica de cuidado resulta ser favorable para el niño por el frío de la zona; sin embargo, el uso de faja impide el movimiento y flexibilidad de partes del niño (a), tal vez perjudicando así su capacidad motora.

Es así que la enfermera tiene que reestructurar ciertos cuidados, uno de ellos es el uso del fajero en el lactante menor; el profesional enfermero tiene que incidir en este punto, porque es una costumbre bien arraigada que ha sido adquirida de sus antepasados.

D. Cuidado intercultural en enfermedades infantiles: Uso de medicina científica VS medicina tradicional.

Para Madeleine Leininger, los cuidados culturales son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o

a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte⁴. Este cuidado está basado en la creencia de que las personas de diferentes culturas podrán informar y determinar mejor el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales.

Por tanto, se entiende por interculturalidad, al proceso de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. La palabra interculturalidad da a entender horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad. El concepto de interculturalidad significa también una relación de intercambio, a partir de la cual cada una de las partes involucradas puede construir algo nuevo que no habrían podido construir de manera independiente⁶².

Para curar las distintas enfermedades y/o afecciones, la familia juega un papel importante entre la salud y la enfermedad, así como protege y lucha por recuperar la salud de sus miembros según su cosmovisión, también lleva consigo ciertos factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno que en cualquier momento desencadenan o anuncian problemas de salud en sus integrantes⁶³.

Las enfermedades comunes son aquellas afecciones muy conocidas y que afectan a todas las personas sin distinción de raza, sexo, edad, ni cultura, con las diferencias que cada población o cultura le otorga una explicación a cada enfermedad, sus motivos y causas, cuáles son los principales síntomas que toman en cuenta para precisar de qué enfermedad se trata, y que hasta ellos mismos diagnostican y previenen, así como su tratamiento, prescripción y en qué casos es recomendable para ellos curarlo por sí mismo o ir al centro de salud⁶⁴.

La causa, sintomatología, evolución, consecuencias, complicaciones y curación de las enfermedades responden a los saberes y prácticas culturales aprendidas en sus

familias⁶⁴. La mayoría de las madres, brindan sus cuidados utilizando objetos como el huairuro para evitar “el mal de ojo”. En otros casos utilizan plantas medicinales para prevenir y sanar enfermedades, o visitan a los curanderos para buscar una solución a sus problemas de salud. En ocasiones hay prácticas que no producen daño como el huairuro, la limpia con huevo, alumbre, periódico, a comparación del uso de algunas plantas que sí podrían producir daño en el organismo, ante lo cual Leininger nos refiere que como enfermeras debemos preservar aquellas prácticas beneficiosas y negociar a aquellas que causen algún daño a la persona.

Estos cuidados culturales comprenden un sin número de creencias y formas de cuidado, especialmente sobre las enfermedades dentro de su ambiente natural, que la enfermera debe conocer y relacionarla con sus conocimientos, así mismo conocer el tratamiento, que no es reconocida por la medicina convencional.

A continuación, detallarán algunos aspectos sobre los cuidados culturales que realizan dentro de las familias, en el siguiente subtema donde se evidenciará los cuidados.

D.1. Creencias, rituales y costumbres para cuidar/ sanar el mal de ojo y el susto.

El profesional de enfermería deben conocer estas prácticas de cuidado, de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno cultural⁶⁵. Por lo que implica que ciertas costumbres y creencias se deben reconocer como base para brindar un cuidado cultural; es decir, que se debe entender, reconocer ciertas prácticas culturales tal y como menciona Leininger en su modelo del sol naciente: las personas no se pueden separar de su procedencia cultural.

Las creencias populares indican las actitudes de compromiso que mantienen los cuidadores ante determinados hechos concretos que se consideran dignos de una

aceptación verdadera. Es decir, las prácticas que la familia brinda a los neonatos, esas creencias que mantienen, los saberes populares ante hechos como enfermedades populares, son consideradas por ellos como dignas y verdaderas⁶.

Las creencias crean una actitud mental que sirven de base a la acción voluntaria y lleva a las personas a una actuación enérgica, su convicción en la veracidad de determinados hechos concretos que colaboran en hacer supervivientes aquellas expresiones del pasado que se presentan como "creencias populares". Además, Leininger plantea que los valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura particular guían los pensamientos, las decisiones y las acciones en formas de patrón y frecuentemente intergeneracionalmente⁶⁵.

Mediante esta investigación se observó que las madres y en algunos casos la abuela son las personas responsables de cuidar de niño lactante menor haciendo uso de sus conocimientos empíricos, creencias o costumbres que tienen y lo han adquirido a través de sus antepasados; algunas de estas prácticas pueden ser beneficiosas para los niños como otras no, lo que perjudicaría en su crecimiento y desarrollo.

Los rituales, en las comunidades Awajun, son considerados como una expresión del conocimiento tradicional, y su puesta en práctica de ese saber mágico y religioso, el ritual es un procedimiento, por el cual se reproducen identidades tanto individuales, cuanto sociales⁵.

Con respecto a los cuidados culturales la teórica Leininger refiere como el acto de prestación de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar, además forman el medio holístico más amplio para saber, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros, y de este modo, guiar la práctica de éstos⁴. Se observó que en el Distrito de Súcota la

familia tiene cuidados peculiares acerca del mal de ojo o susto; estos cuidados lo han ido adquiriendo de generación en generación.

La familia juega un papel importante entre la salud y la enfermedad, así como protege y lucha por recuperar la salud de sus miembros según su cosmovisión, también lleva consigo ciertos factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno que en cualquier momento desencadenan o anuncian problemas de salud en sus integrantes⁶³.

Es necesario recalcar que, en la cultura andina, la familia tiene bien arraigado sus creencias acerca de que los niños se asustan porque son muy chiquitos y débiles; y las madres identifican que el niño está asustado o con el ojo cuando está muy irritado. Las enfermeras, conocen acerca de las creencias y costumbres que tienen la madre, acerca del mal de ojo, susto refieren lo siguiente:

“...Lo que utilizan las familias es limpiarlo con huevo; nunca he estado presente como lo hacen, pero si una madre me manifestó que lo limpian por todo el cuerpo con el huevo luego lo rompen en un vaso con agua y ya se sana; además Lo más común acá es la llamada del ánimo, lo limpian con el huevo, también lo limpian con la vela el periódico...” (ENF 6).

“...Lo limpian con huevo, periódico, alumbre; y las madres dicen que lo sana y algunas veces coincide porque les damos algún medicamento para el malestar que tienen el niño, pero las madres manifiestan que el niño se ha sanado por las limpias que lo han hecho. Para realizar este ritual en caso del huevo hacen la señal de la cruz, luego lo pasan por todo el cuerpo, una vez que terminan en un vaso con agua lo rompen el huevo y sale un puntito negro en el huevo dentro del agua (llamado ojo); y para culminar este ritual lo botan al atardecer cuando el sol ya se está ocultando...” (ENF 2).

“...Lo más común es que utilizan el huevo el alumbre; con respecto al huevo las madres me han comentado que lo tiene que hacer una persona que es morena porque ese tipo de personas tienen ánimo fuerte, porque si la persona que limpia es blanca también se va a enfermar...” (ENF 3).

“...La costumbre es las familias es que siempre lo limpian con huevo o alumbre cuando se asustan; cuando les limpian con el huevo les limpian desde la cabeza a los pies y luego él bebe tiene que supuestamente soplar, luego lo rompen el huevo en un vaso de agua...” (ENF 4).

“...Las familias hacen uso de sus conocimientos ancestrales, como es el uso de hiervas, las limpias, se van al curandero al chamán, el curioso o médico de campo; y si no encuentran mejoría en su curandero o curioso. Para sanar todo lo mencionado lo más común es el alumbre, unas hiervas con bastante olor que les da el chamán, también utilizan el periódico y el huevo, esto es lo más común que está arraigado en las familias de esta zona...” (ENF 1).

“...En caso del alumbre casi es el mismo procedimiento, pero a diferencia que lo queman y supuestamente sale representada la figura que lo ha asustado; y también lo botan por las tardes; las madres dicen que lo botan en el atardecer porque a esa hora el sol lleva todas las energías negativas o el susto...” (ENF 2)

Las ideas que le otorgan a los objetos culturales son un estatuto simbólico, una apariencia sensible permitiendo representar una serie de ideas, valores, creencias culturales, logrando en el pensamiento de las personas una realidad distinta para priorizar los significados asociados a la forma material. Se define objeto cultural como el exceso de presencia otorgándole un significado más allá de su función. Este exceso no depende ni de una fuerza mágica de los objetos, ni de las necesidades vitales de los sujetos, sino de la ideología subyacente en cada cultura⁶⁷.

Las enfermeras refieren, que las madres creen acerca del “mal de ojo” o “susto” para ello utilizan diferentes objetos para poder limpiar, por ejemplo, el huevo, periódico, tijera, velas, alumbre, etc. Estos son los objetos más utilizados por las madres, las enfermeras refieren que no han sido partícipes de estos rituales, pero las madres le cuentan cómo se realizan dichos rituales.

Las creencias propias de la cultura de los pobladores es el “mal de ojo” como ellos lo nombran. Se le conoce también como “ojeo”; es producida por el contagio de una

fuerza humana relacionada con la “fuerza” y la energía de su “sombra” o de su “sangre”. “Sombra” y “sangre” a menudo son usados como sinónimos y, de todas maneras, la sangre es el vehículo de este poder. Personas de “sombra” o “sangre fuerte” pueden contagiar con la envidia u “ojear” a otras personas cuya “sombra” sea más débil. Si la “sombra” de la víctima potencial es más fuerte, no hay potencial de envidia ni de mal de ojo. No presupone la intervención de una entidad sobrenatural, ni una intervención ritual negativa; es decir es normalmente involuntario e inconsciente; esta enfermedad no es curada por el curandero sino por los “rezadores” y la medicina casera. Se contagia por medio de la mirada, afecta especialmente a los niños y a los animales. La sintomatología más notoria de un niño ojeado es llorar constantemente, no desear comer, una vista se le “achica”, los orines tienen olor a “huevo huero”, fiebre, vómitos, diarrea e hinchamiento del estómago⁶⁸.

Algunos estudios sustentan que, para alcanzar prácticas de cuidados satisfactorias, las madres adquieren saberes, experiencias y conocimientos en la convivencia con las que enseñan a cuidar, se destaca en este estudio, la presencia de la suegra y de la madre como referencias en la hora de sanar. Otro tipo de cuidado cotidiano relatado por las madres refiere al hecho de creer en fuerzas negativas presentes en el ambiente, o como resultado de otras personas, que puedan favorecer la enfermedad del niño. De esta forma, se percibe como rutina el uso de creencias y de objetos que creen posible evitar estas fuerzas negativas, manteniendo el buen estado de salud del niño⁶⁹.

Los investigadores lograron identificar que las familias andinas tienen la creencia de la existencia de fuerzas negativas que una persona adulta puede transmitir a un niño por ser muy vulnerable, y por tanto, ellos reconocen cuando el niño tiene ojo por lo que realizan rituales para proteger de esta enfermedad o mal como ellos lo llaman.

La mayoría de las madres, tienen ciertas formas peculiares de curar el “mal de ojo”, y esto se evidencia mediante los siguientes discursos:

“...Cuando esta con el mal de ojo, su abuela lo limpia con un huevo; lo hace en el nombre del padre, después lo rompe en un vaso con agua y lo deja en el sereno y para el otro día sale el ojo y se sana. El ojo le da porque la gente mucho lo mira o lo ojea...” (MADR 3).

“...Se enferman de ojo porque la gente lo ojea o mucho lo cariña; también lo ponemos su huairuro para que no se asusten y no se ojean así nos hemos acostumbrado...” (MADR 6).

“...El mal de ojo les da cuando alguien que lo alza tiene sangre pesada, el niño se vuelve renegón, no puede dormir...” (MADR 10).

“...Los niños se ojean porque mucho lo quieren...” (MADR 12).

“...Siempre que se enferma de mal de ojo lo llevamos a una señora que es la curandera; ella lo limpia con huevo, lo rompe en un vaso el huevo y sale el ojo; y si no se sana lo limpia con periódico lo hace en el nombre del padre y luego lo soba el periódico su barriga y no sabemos que lo hace porque dice que es el secreto...” (MADR 15).

Las madres refieren que sus niños se enferman de ojo cuando mucho lo miran o lo cariñan demasiado, además para otras madres refieren que las piernas tienen energía negativa y eso lo transmiten al niño por ser pequeño y muy vulnerable; para que lo limpien lo tienen que hacer la abuela o un curandero de su zona.

Otra de las enfermedades cuyo origen es producida por una causa natural, generalmente un accidente, que produce a su vez la intervención de una entidad del mundo mítico: es el caso del “susto” ⁶⁸. Las familias andinas cuidan del susto a los lactantes menores haciendo uso de sus conocimientos, costumbres y ritos que lo han adquirido generacionalmente, se identificó que las madres llevan a sus niños a su médico de campo como ellos lo llaman para que realicen ciertos rituales para curar la enfermedad del susto u ojo.

Esta enfermedad normalmente no es curada por un curandero carismático, sino por los rezadores y la medicina casera ya que es producida por una fuerza humana

relacionada con la “sombra” o el “alma” de la persona. Es así como nos lo definen los siguientes discursos:

“...Cuando esta con el susto lo llevo para que lo limpien con el alumbren lo pasan por todo su cuerpo y después lo queman; Los niños se asustan porque no están bautizados y las malas energías lo cogen al niño...” (MADR 1).

“...El alumbre lo usamos para el espanto lo limpiamos la noche por tres veces cualquier día, todo su cuerpo después lo quemamos en la candela y sale el animal que lo espanto...” (MADR 3).

“...Para el susto lo limpiamos con alumbre, quien lo hace es el vecino porque es malo que nosotros mismos lo limpiemos...” (MADR 4).

“...Para limpiar con el alumbre es más bueno los días martes y los viernes así nos han dicho. (MADR 12).

“...se asustan cuando pasamos por sitios malos como quebradas y son de ánimo malo y se espantan. También algunos curanderos para el susto le dan una cucharada de remedio con agua florida al niño y dos cucharadas a nosotros para tomarlo es cuando el susto es muy grave...” (MADR 7).

“...la llamada de ánimo según lo que me han manifestado las madres “van a su médico de campo lo llevan su ropita del niño, y el curandero lo lleva su ropa al cerro y lo entrega lo hace tipo ofrenda, y el niño se sana”. Todas las madres dan fe de que el niño cuando se asusta tiene fiebre, vómitos, y siempre que lo que cura el brujo se sana, yo no sé qué pasa, pero el niño se sana. También utilizan el alumbre, pero no sé cómo lo limpian al niño...” (MADR 11).

Las madres refieren que cuando el niño está asustado, lo llevan al médico de campo para que se pueda sanar; algunas madres refieren llevarlo al curioso, el utiliza alumbre periódico o huevo; además las limpias se realizan solo los martes y viernes, aparte el curandero les da que tome algunos brebajes que son preparados a base de plantas. Ellas confían en los beneficios de estas prácticas caseras que son naturales ya que refieren que lo natural no es dañino.

Hay cuidados que se tienen que reestructurar uno de ellos es que las familias frente a cualquier enfermedad, su primera opción es ir al médico de campo; es aquí la importancia de la educación de la enfermera acerca del beneficio de asistir primeramente al centro de salud y evitar complicaciones del lactante menor.

D.2. Educación sanitaria y costumbres ante las enfermedades prevalentes: uso de plantas medicinales, automedicación y asistencia a centro de salud.

Así como la creencia genera costumbres y forjan su identidad cultural gracias al modo de actuar, la cultura de la sierra posee costumbres que lo hacen determinar que pertenecen a tal. Así, por ejemplo: usan plantas medicinales propias de la zona para curar no solo afecciones dadas por su cultura sino también enfermedades prevalentes del neonato, siendo su uso repetido por la mayoría de las familias y continuar como última opción la asistencia al centro de salud⁶⁶.

Para sanar los cólicos que tienen los lactantes menores las enfermeras manifiestan lo siguiente que hacen las madres en sus hogares.

“... Para el cólico le dan miel de abeja...” (ENF 6).

“...Las plantas que acostumbran es según la enfermedad por ejemplo para el cólico le dan manzanilla...” (ENF 1).

“... también la hoja de granilla cuando presenta algún tipo de dolor intestinal.

Para un niño con cólico le dan el anís...” (ENF 5).

Las enfermeras manifiestan que las madres andinas en su hogar acostumbran a dar la miel de abeja, manzanilla o también la granadilla; en algunas ocasiones las madres se encargan de preparar estos remedios caseros. En las madres en estudio, cuando el lactante menor se enferma, la madre es quien asume sus cuidados, y acompaña en todo el proceso de enfermedad, en ocasiones la abuela/suegra participan también en este

proceso, con sus cuidados populares, pues su curación depende de las percepciones, conocimientos, costumbres influenciadas por la cultura misma. Las madres refieren en los siguientes discursos, que hace en su hogar cuando el niño tiene gases o cólicos:

“...Lo que más yo le doy es la manzanilla para el dolor de barriga...” (MADR 2).

“...el toronjil también para los gases...” (MADR 3).

“...Le he dado el apio para el cólico a los cuatros meses y eso lo quito; le di estrojado tres cucharaditas...” (MADR 6).

“...cuando tiene cólico le doy la panza de venado se prepara hervido un pedacito y se da en 3 a cuatro cucharitas...” (MADR 10).

“...Lo que le doy para el cólico es el anís hervido, la hierbaluisa le doy como desinflamante...” (MADR 13).

“...También la planta de la lima lo buscamos el fruto más pequeñito nos vamos y lo arrancamos y lo hacemos huequitos lo ponemos en una taza para que se hierva, esto le damos para el cólico...” (MADR 15).

Cuando el niño presenta cólicos, la mayoría de madres hacen infusión de manzanilla, el toronjil, el apio; además algunas madres cuando los cólicos son fuertes le dan al niño el estómago de venado; lo hierven y se lo dan de beber al niño.

Para calmar la fiebre las enfermeras refieren que las madres, en la mayoría de los casos, utilizan las plantas medicinales:

“...Algunas madres para la fiebre lo bañan con hierba santa...” (ENF 1).

“... Las plantas que utilizan son chicoria y la hierbaluisa para la fiebre...” (ENF 2).

“...También hay otra planta que es la cerraja las madres dicen cuando la fiebre es del calor eso les refresca...” (ENF 3).

“...Las plantas que utilizan las madres para la fiebre les dan verbena molida y la chicoria...” (ENF 4).

Las enfermeras manifiestan que las madres utilizan, las plantas medicinales, para calmar la fiebre, la madre como primera opción es brindar hierbas al niño ya sea que lo bañe o el niño lo pueda beber. Las madres refieren que los cuidados que brindan a sus niños cuando tienen fiebre son los siguientes:

“...Cuando tiene fiebre le doy una planta medicinal llamada chochocon molido en agüita caliente...” (MADR 2).

“...Cuando se enferma nuestro hijo para la fiebre le damos frescos de sal de eno molido con flores y lo mesclamos y eso lo sana ya no lo llevamos a la posta. Le damos rosas con pimpinela cuando tiene fiebre en fresco...” (MADR 3).

“...para la fiebre muelen las flores con pimpinela, y no se mezcla con nada se da purito media cuchareada, una sola vez al medio día...” (MADR 6).

“...para la fiebre uso la planta medicinal cachurro, primero pongo a hervir bien el agua, y después agrega el cachurro, deja que se enfríe y se lo da al niño una cucharadita por un día. (MADR 1).

“...También para la fiebre le doy alcanfor también le doy primero lo baño con alcanfor después lo hiervo y le doy de tomar dos traguitos y eso les sana, la hierba santa también para la fiebre le hacemos jaladas, el uñigan también lo hacemos jaladas para la fiebre...” (MADR 7).

Cuando el niño presenta fiebre, las madres se encargan de prepararle remedios caseros a base de plantas y le dan de beber de 8 a 10 gotas; otras madres utilizan algunas hierbas medicinales para bañar al niño y así poder bajar la fiebre; su primera opción para las madres es la medicina a base de plantas medicinales.

La enfermera orienta a las madres hacer de la importancia del lavado de manos al preparar los alimentos y también educa sobre los beneficios que tienen beber agua hervida. Las madres refieren cuando el niño esta con diarrea realizan los siguientes cuidados en su hogar:

“...Para la diarrea utilizamos la mala hierba lo hacemos hervido en una olla. Que no lo dejemos mucho en la tierra porque si no le da diarrea o infecciones...” (MADR 10).

“... si no lo lavamos las manos le da diarrea y tenemos que lavarlo antes de comer. Para la diarrea le damos la palta hervido de 1 a 2 cucharaditas...” (MADR 12).

Cuando los niños se enferman de diarrea las madres acostumbran a darles hiervas hervidas; las madres andinas conocen que los niños se pueden enfermar por no lavar bien alimentos o por dejarlos en el piso.

La diarrea se ha definido como la presencia de 3 o más evacuaciones líquidas o sueltas en 24 horas o una evacuación líquida con sangre en el mismo período de tiempo. Se trata de una patología de relevante importancia sanitaria, cuyo manejo es relativamente fácil por parte de personal capacitado, pero requiere para su control de provisión de agua potable, condiciones higiénicas, alimentarias y adecuado control de las excretas, ya que su propagación se realiza por vía fecal-oral⁶⁶.

Las enfermeras educan a la madre para evitar problemas respiratorios, pero cuando los niños se enferman las madres realizan los siguientes cuidados.

“...Las plantas que utilizan son el eucalipto para la bronquitis...” (ENF 2).

“...Las plantas que utilizan las madres es el alcanfor caliente para los resfríos...” (ENF 4).

La enfermera educa a las madres que no debe de resfriarlo a su niño o en tiempo de lluvia evitar exponerlo; pero cuando los niños se enferman la madre administra plantas medicinales para cualquier tipo de problema respiratorio.

Las infecciones respiratorias constituyen un problema prioritario en salud pública. Numerosos indicadores epidemiológicos lo demuestran: son la causa más frecuente de consulta en los policlínicos pediátricos, de ausentismo escolar y de hospitalización.

Representan la primera causa de mortalidad infantil en el periodo postnatal y algunos estudios demuestran que las bronconeumonías constituyen 75% de todas las muertes por infección respiratoria aguda en los menores de un año⁶⁷.

Las madres para evitar problemas respiratorios abrigan a sus niños además utilizan plantas medicinales cuando el niño ya está enfermo.

“...Primero nosotros lo tratamos aquí en la casa, si le coge un resfrío lo abrigo y le doy su agüita de tilo...” (MADR 1).

“...también le doy para la tos su gotero con frescos de eucalipto...” (MADR 3).

“...veces la enfermera misma nos dice que si tiene tos debemos darle la cerraja entrojado...” (MADR 7).

“...El uñigan para la gripe o garganta lo calentamos en la candela lo sacamos el juguito y lo ponemos un poquito se sal y lo tomamos...” (MADR 8).

La madre refiere, que para que su niño no se resfrié suele bañarlo con eucalipto o alcanfor, lo que hace es primero poner a hervir el agua y agrega las hojitas de eucalipto y alcanfor, después mezcla con un poquito de agua fría hasta que se tempere luego lo baña al niño, esto frecuentemente lo hace cuando hace demasiado frio. (Diario de campo).

Las madres cuando el niño está enfermo de algún problema respiratorio se encargan de darles plantas medicinales, y cuando el niño es menor de dos meses la madre toma las plantas para que así “pueda pasarlo” a través de su leche materna. Es por esto que estos cuidados se tienen que reestructurar, concientizar a la madre que la primera opción frente a cualquier patología tiene que ser el centro de salud.

E. Cuidado intercultural en la estimulación temprana.

El cuidado infantil, son acciones integrales, articuladas y secuenciales, dirigidas a lograr en las niñas y los niños, un crecimiento adecuado y desarrollo normal, en sus

capacidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales, respetando sus derechos, revalorando su cultura⁷⁰.

Una de las etapas más importantes, es el primer año de vida el cual se caracteriza por grandes cambios crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, las cuales están sometidas desde el nacimiento a la acción de factores biológicos y sociales que pueden alterar el desarrollo, e incluso retrasarlo, por lo que resulta importante potenciar el desarrollo del niño a través de la estimulación temprana⁷¹.

El lactante menor es la persona cuya etapa de vida comprende desde un mes hasta antes del año de edad, en pleno desarrollo de sus potencialidades. El niño desde el nacimiento es capaz de iniciativas, pleno de emociones, de sensaciones, de pensamientos lógicos a su nivel, competente para establecer vínculos que vive intensamente⁵⁸.

La estimulación temprana se considera un requisito básico para el óptimo desarrollo del cerebro del niño, ya que potencia sus funciones cerebrales en todos los aspectos (cognitivo, lingüístico, motor y social), permitiendo así un desarrollo normal de acuerdo a su etapa de vida de los niños de las zonas altoandinas.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 refiere que el 60% de los niños menores de 6 años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en su desarrollo psicomotor; y es que la OMS refiere que la primera infancia (desde el período prenatal hasta los ocho años) es el período de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida⁷². Especialmente durante los tres primeros años, pues es cuando el cerebro del niño está más sensible a las influencias del entorno exterior; siendo necesario proporcionar una adecuada estimulación y nutrición, para generar un rápido desarrollo cerebral cognitivo, social y emocional, que ayude a garantizar que cada niño(a) alcance su potencial y se integre como parte productiva en una sociedad.

La estimulación temprana es el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica que son aplicadas de forma sistémica y secuencial en niños desde su nacimiento hasta los cinco años y esta se logra a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidad adecuada, en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo; buscando alcanzar el máximo desarrollo integral, es decir que logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas, apoyando así el desarrollo de su inteligencia, de su motricidad y de su personalidad⁷⁰.

Durante el primer año de vida cursan simultáneamente 3 de las 4 fases principales del desarrollo cerebral. Este desarrollo es también cuantitativamente acelerado, ya que, entre el nacimiento y el final del primer año de vida, la masa encefálica aumenta 50% y el 20% en los dos años posteriores. Al iniciar con las actividades de Estimulación Temprana se potencializará el desarrollo del niño, por ello es de vital importancia para la calidad del desarrollo cerebral, la existencia de estímulos promotores del desarrollo durante los tres primeros años de vida. Si la oferta de estímulos y aprendizaje es variada y abundante, se podrá contar con una situación de desarrollo favorable para el establecimiento de sinapsis⁷³.

Por tanto, al capacitar a la familia es importante que se les enseñe a cómo desarrollar una observación positiva analizando las habilidades, aptitudes, intereses y valores del niño, así como la forma de estimularlo en su desarrollo cognitivo, en la postura y valoraciones que ellos realicen de aspectos fundamentales de su vida familiar están configurando la personalidad del niño y de esta forma se ayuda a emplear sus habilidades como compensación de sus limitaciones o alteraciones; debemos enseñar al niño a desarrollar su autoconfianza y autoestima por competencia consigo mismo primero ante que con los demás⁷⁴.

La estimulación temprana de los niños es más eficaz porque su cerebro tiene mayor plasticidad; esto permite que se establezcan conexiones entre las neuronas con más facilidad y mayor rapidez. La falta de estimulación en el primer año de vida del niño conlleva tener consecuencias en el desarrollo óptimo de sus habilidades motoras, cognitivas, lingüísticas y sociales. Por tanto, para lograr mantener su desarrollo intelectual, la madre forma un rol importante, en esta etapa de su vida para poder satisfacer sus propias necesidades básicas con formas de cuidados específicos al lactante menor, como se denota a continuación en los siguientes sub tema:

E.1. Uso de carnet de control y juguetes.

El control y crecimiento es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. Es por ello que todos los establecimientos de salud realizan control según el nivel de atención correspondiente⁸.

El carné de crecimiento y desarrollo es un instrumento importante que se usa para evaluar el estado de salud de la niña y niño. Permite realizar actividades de intervención y seguimiento de salud integral. El carnet constituye un resumen de la historia clínica y es una guía utilizada por el personal de salud para educar a los padres de familia, de manera fácil y sencilla en el autocuidado de sus niños en el hogar⁷⁵.

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración

del crecimiento físico, entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica⁷⁵.

Por otro lado, el juego es una actividad del ser humano, siendo así una actividad que permite conocer y explorar el mundo exterior, es por eso la importancia de jugar con el niño de acuerdo con su edad.

Durante el tiempo que estuvimos apoyando, a la enfermera se pudo evidenciar cuando las madres llegaban con su niño para que realicen su control de crecimiento y desarrollo de su niño, en algunos niños se observaba que si realizaban los ítems del test peruano, en cambio hubo niños que no realizaban ninguno de los ítems, le preguntamos a la madre el motivo por el cual su niño no realizaba los ítems correspondientes y ellas manifestaban que no tenían tiempo, solo se preocupan de su peso y talla de su niños dejando de lado la parte de la estimulación; son pocas las madres que se preocupan por el bienestar del niño, son las que preguntan cómo deben estimular a su niño en casa.

Las actividades que realiza la enfermera acerca de la estimulación temprana ella se encarga de explicar durante el control del niño, la importancia de la estimulación en los niños, porque generaran cambios en su desarrollo físico y psicomotor evitando así riesgos o trastornos durante su infancia. En ocasiones las familias andinas principalmente usan el carnet de vacunas para que se puedan guiar y a la vez estimular a sus hijos de acuerdo a su edad; la enfermera hace énfasis en explicar cómo deben utilizar en casa el test peruano, para así poder estimular a sus niños de forma oportuna.

Así tenemos que, durante la convivencia con las enfermeras, ellas colaboran no solo en el crecimiento del lactante menor, sino también en su desarrollo y estimulación, como se manifiestan en sus entrevistas:

“...Por el tiempo le decimos que deben hacer jugar y que haga los ejercicios de acuerdo con lo que está en la cartilla...” (ENF 6).

“...La estimulación al lactante menor lo hacemos de acuerdo a su edad, según su tarjeta de control; le explicamos a la madre que tiene que hablarle cuando le da de lactar, que le enseñe la madre al niño a coger el lapicero, que le vaya enseñando en casa a hablar algunas palabras (papá, mamá) ...” (ENF 2).

Con respecto a la estimulación el profesional enfermero utiliza más la tarjeta de control del niño, y va explicando a las madres de acuerdo con su edad que debe enseñarle a su niño en el hogar; además le orienta de la importancia que tiene el juego para los niños.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial; por lo que es individual, porque cada niño es un ser, con características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno. Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo; es decir, la salud, el desarrollo psicoafectivo y la nutrición del niño, debe ser oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad. Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo con un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño y debe ser secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos⁷⁵.

Dicho de esta manera, la madre es el ente principal en la vida del niño, y su participación directa en las actividades de estimulación temprana, no solo beneficiará su desarrollo psicomotor, sino también la beneficiará en su rol materno, tal como se relata en el siguiente discurso:

“... Según lo que nos dice la enfermera, ella nos explica según la cartilla que debemos hacer con nuestros niños; para mí otro control que me toque la enfermera me dijo que mi niño ya debe sentarse solito; y eso le va a ayudar a nuestros niños que sean más despiertos...” (MADR 2).

La madre es el mejor agente de la estimulación temprana, salvo raras excepciones; pues ella es quien puede dedicar atención afectiva natural cercana, personal y permanente a su hijo. En ese sentido, es esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce. Esto se debe a que la relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia, pues es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones; es decir, es la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar⁷⁶.

Así tenemos que, durante la convivencia con las familias andinas, sus integrantes colaboran no solo en el crecimiento del lactante menor, sino también en la estimulación, y en la forma de hacerlo jugar, junto a sus creencias, costumbres, y saberes populares como lo refieren en las entrevistas:

“...El juego es importante para que de grande se relacione con sus compañeros y no sea apegado solo a su mamá...” (MADR 1).

“...La enfermera nos dijo que nos sentemos un momento para jugar y hacerlo reír, 15 minutos por la mañana y 15 minutos por la tarde...” (MADR 7).

La minoría de madres refieren, acerca del juego, que es importante porque constituye la ocupación principal del niño/a, así como un papel muy importante, pues a través de éste puede estimularse y adquirir mayor desarrollo en sus diferentes áreas como son psicomotriz, cognitiva y afectivo-social. Además, el juego en los niños/as tiene propósitos educativos y también contribuye en el incremento de sus capacidades creadoras, por lo que es considerado un medio eficaz para el entendimiento de la realidad.

El juego es una actividad inherente del ser humano. Es la primera y la principal actividad por la que nos comunicamos con los demás, observamos y exploramos la realidad que nos rodea, establecemos relaciones con los objetos... es el medio por el que comprenden cómo es el mundo y se integran en él; el juego es la actividad fundamental del niño, imprescindible para un desarrollo adecuado, por lo que éste debe disponer de tiempo y espacio suficiente según su edad y necesidades⁷⁷.

El juego posee valor para el niño como actividad estructurante, placentera, creativa y elaboradora de conflictos. La primera, desarrolla en el niño nociones de espacio y tiempo, así como su coordinación perceptivo-motriz. En la segunda, el niño al jugar obtiene placer, el cual se logra por la sumatoria de diferentes disfrutes como por ejemplo lograr un triunfo o terminar una tarea. La actividad creativa desarrolla la capacidad del niño de transformar el material de diferentes experiencias vividas y de su propia imaginación, escenificándolo de forma singular y otorgándole un sentido particular. Como actividad elaboradora de conflictos, se genera una armonización entre lo que se desea y lo que se prohíbe, por tanto, el juego funciona como amortiguador⁷⁸.

A través del juego, el niño aprende a diferenciar los atributos de dos mundos diferentes, la fantasía y la realidad. En un primer momento, jugar y aprender quedan integrados, ya que a través del jugar el niño desplegará el lenguaje y construirá su universo simbólico⁷⁸.

Se observó durante el tiempo de convivencia que tuvimos con las madres andinas, que son pocas la que dedican su tiempo a su niño, debido a su deberes que tiene que realizar durante el día; como es el cocinar, ir a la chacra, dar de comer a su animales y atender a su esposo; esto hace que la madre de familia no dedique el tiempo necesario, es por ello que sus hermano menores son los que juegan con ellos, a veces juegan en el gras tienden una manta en donde colocan al niño con sus juguetes ya sea carritos, cubos o muñecas si es niña, son ellos que se dedican hacer jugar a sus hermanitos pequeños.

“...la enfermera nos explica que debemos sentarnos un momento a jugar y hacerlo reír, al pequeño, 15 minutos por la mañana y 15 minutos por la tarde, pero a veces no lo hacemos jugar a nuestros niños porque no tenemos tiempo porque estamos sembrando o criando nuestros animales. (MADR 7).

“...también nos ha dicho que lo hagamos jugar, pero no hay tiempo hasta ir a los animales y regresar a cocinar ya nos gana el tiempo...” (MADR 9).

Para la minoría de madres refieren acerca del juego, es importante para que sus niños mejoren sus capacidades de interrelación con otros niños, y hay otras madres que manifiestan que no dedican el tiempo necesario a sus hijos debido a sus quehaceres de su hogar. Además, la enfermera educa con qué materiales o juguetes que pueden estimular las madres a sus niños en casa.

Los juguetes son un medio indispensable para que el niño logre su óptimo desarrollo e impedir que las actividades se consideren como “algo sin importancia” o “una pérdida de tiempo”. La selección de un juguete dependerá de la edad cronológica y mental del niño, así como la condición socioeconómica de la familia. La elección de un juguete debe tener una finalidad y no debe servir para cumplir un capricho del niño o de los padres. Los niños no necesitan disponer de juguetes perfectos, si no que habrá que dejarle espacio y posibilidad de crear y disfrutar con sus propios jugos⁷⁹.

La finalidad es que las madres estimulen a sus niños a través del juego, no solamente con juguetes industrializados, sino que fabriquen sus propios juguetes de acuerdo a sus posibilidades y así jugar con su niño desde muy pequeño para evitar algún trastorno en su desarrollo.

“...le decimos también a la madre que lo haga su carrusel de cartón, también que si no tiene cubos utilicen chapitas...” (ENF 6).

“...El centro de salud trabajamos con el test peruano y si en casa la madre no tiene el material le decimos que si no tiene cubos que le enseñe a armar torres con pequeñas maderas, si no tiene campana que

utilice una sonaja, tratamos de adecuarse con lo que tiene cada familia en su hogar...” (ENF 2).

“...También hay familias que si tienen en casa una sonaja el carrito o diferentes juguetes entonces que se den un tiempo para que puedan jugar con el niño lo ideal es jugar 20 a 30 minutos diario con el niño, pero esto no se cumple por las actividades que realiza la madre o el papá...” (ENF 4).

La enfermera educa a las madres de acuerdo a sus posibilidades económicas, es decir, si no pueden comprarle juguetes las madres deben utilizar pedazos de madera, chapitas o hacerle sus juguetes de cartón; lo más importante es que la madre dedica el tiempo necesario para jugar con su niño. Las madres con respecto a los materiales que utilizan para que jueguen con sus niños refieren.

“...En la posta nos dicen que con el material que tengamos lo hagamos jugar y si podemos comprarle sus juguetes para que haga sus torres mejor, además lo saco a la municipalidad ahí es donde brindan talleres de estimulación estoy que me voy desde el año pasado; él tiene sus pelotas, su rueda de colores, sus animales y con eso juega...” (MADR 1).

“...Para que sea inteligente su papá le compra sus juguetes, unas torres con círculos; y lo dejo en el piso con una cama a mis hijos para que estén jugando, pero aquí en la casa como son chiquitos solo le hago jugar con su sonaja...” (MADR 2).

“...Quien lo hace jugar es la promotora de cuna más ella viene con juguetes y lo hace jugar lo hace que se ría, lo habla...” (MADR 9).

“...Con mi hijo estamos jugando con sus carritos que tiene; también lo saco fuera de la casa para que aprenda a arrancar hojitas con la manito...” (MADR 15).

“...Para que sea más inteligente desde chiquito yo le converso le hago jugar con sus juguetes...” (MADR 5).

“...La enfermera nos dijo para hacerlo jugar de chiquitos a nuestros niños porque así se crían más despiertos...” (MADR 6).

Analizando estos discursos, se corrobora lo importante que es para algunas madres, participar directamente en las actividades de estimulación temprana, como es el juego, ya que son las primeras actividades del niño, y la presencia de ella es como un referente conocido para concretar su confianza, darle seguridad y animarlo a asumir los nuevos retos. Así mismo, puede ser enriquecedor y reconfortante para ella, al permitirle colaborar con el niño en su desarrollo psicomotor, obtener un mayor conocimiento para poder reforzar en casa y fortalecer el vínculo afectivo con su hijo. Además, otras madres cuentan con una promotora que realiza visitas domiciliarias a las madres para que estimule a sus niños. Es así como hay cuidados que se debe preservar como el uso de juguetes artesanales para jugar con el niño, y también la participación de los hermanos para jugar con los más pequeños.

E.2. Uso de la naturaleza (animales y plantas) en el aprendizaje del niño.

El ambiente común normal es el del propio hogar, donde el niño vive con sus padres; es allí donde se debe brindar la estimulación temprana puesto que se aprovecha los momentos de atención habitual y las situaciones que vive el niño en interrelación con quienes los rodea. Por otro lado, es importante que además de los profesionales en salud que trabajan en centros o programas de estimulación temprana, también los padres fomenten en sus hijos aprendizajes tempranos de aspectos sociales, emocionales y cognitivos, aprovechando así el ambiente familiar con las posibilidades que éste implica, gracias al ambiente de confianza e intimidad que proporciona el hogar⁸⁰.

Las enfermeras, educan a la madre acerca de la importancia del juego, por lo que refieren lo siguiente:

“...Lo que si hacemos es adecuarse a nuestra realidad, le decimos a la madre que le ayude a identificar al niño cual es el pollo, el chancho, la gallina, el perro; también le decimos a la madre que le enseñe a diferenciar los colores ya sea en los animales o plantas, también le decimos que puede contar lo arboles junto con el niño es decir nos

adecuamos de acuerdo a nuestra realidad y utilicen sus propios recursos y de acuerdo a su edad le den un mensaje al niño para que vayan descubriendo nuevas cosas...“(ENF 1).

“...Para que jueguen tienen que utilizar todo lo que tienen en su entorno, plantas, animales incluso los cerros para diferenciar cual es uno más grande que el otro, porque a partir de estas cosas el niño va diferenciando todo lo que tiene en su alrededor...” (ENF 3).

“...También las madres enseñan con los animales del hogar le van diciendo cual es la vaca, el toro, la gallina, los perros, gatos y el caballo...” (ENF 5).

“...También hay madres que le enseñan a sus hijos como emiten los sonidos los animales por ejemplo la madre le dice al niño como hace la vaca a lo que el niño responde “muuu”; las madres también utilizan su entorno con los diferentes animales y plantas para que el niño aprenda...” (ENF 6).

“...El problema es que muchas madres no tienen recursos para que compren estos materiales, entonces le decimos que en casa les enseñen los nombres de las plantas que sonido emite también los animales; que diferencien los colores de las hojas de los árboles...” (ENF 7).

La enfermera para educar a la madre acerca de la estimulación utiliza el entorno donde vive, les enseña que los niños pueden aprender enseñándoles los nombres de las plantas o animales, también que diferencien cual árbol es más grande que el otro; además también que diferencien los colores a través de objetos naturales: hojas y frutos, por ejemplo.

El juego en la naturaleza está relacionado con probabilidades de desarrollar comportamientos ambientales adecuados; el aire libre puede generar en los niños respeto hacia la naturaleza, además el acercamiento a la naturaleza fomenta la experiencia de sus sentidos vitales, del tacto, el movimiento y el equilibrio, se favorecen las redes y conexiones internas que beneficiarán la óptima maduración biológica⁸¹.

La naturaleza ofrece una cantidad tan elevada de estímulos que el contacto con ella hace que el niño se encuentre en un espacio abierto, con sensación de libertad, con

capacidad de moverse libremente, de observar los procesos que ocurren, y eso es fundamental para el desarrollo de sus habilidades de movimiento, pero también un estímulo para sus neuronas, para sus emociones y para su aprendizaje; es una experiencia vital que permite al niño sentir y medirse a sí mismo⁸².

La parte de la estimulación temprana es muy importante en los lactantes menores para así desarrollar y potenciar sus capacidades. El profesional enfermero tiene que educar a las madres de acuerdo a cada realidad, no solamente haciendo uso de libros o el carnet de atención integral de salud del niño, sino que tiene que interactuar con el medio que lo rodea, tiene que hacer uso de los diferentes recursos que tiene en su alrededor como los animales y las plantas. Las madres refieren que ellas sí hacen uso de su medio ambiente en los siguientes discursos:

“...Tenemos que enseñarle como se llaman los animales o las plantas aun no lo enseño porque esta chiquita porque ni me entenderá lo que le digo, cuando este más grande lo enseñare...” (MADR 3).

“...Con mi hijo estamos jugando con sus carritos que tiene; también lo saco fuera de la casa para que aprenda a arrancar hojitas con la manito...” (MADR 15).

“...mi hijo lo está mirando cuando corre el caballo.” (MADR 5).

Las madres enseñan a sus hijos a jugar con el medio ambiente que les rodea; las familias desde muy pequeños les van enseñando como se llaman los animales, o también les van haciendo diferenciar entre los árboles al más pequeño y al grande; es así que la enfermera debe preservar estos cuidados para que el niño no solamente sea estimulado con juguetes sino también con su medio que le rodea.

E.3. Participación de hermanos y desinterés de padres en la estimulación temprana.

El lactante aprende de las personas que lo rodea, especialmente en vínculo permanente con la familia. La familia es un organismo vivo complejo, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio el cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, cultural, y socialmente. Así mismo, la familia es un grupo de personas con un conjunto especial de relaciones entre ellas, y según este marco las relaciones pueden ser varias, aquí se menciona algunos, como: Tipo estructural definidas por las características de roles de padre, madre e hijos. De límites internos intergeneracionales, donde se participan los abuelos-padres-hijos y de dinámica con el medio²⁶.

La estimulación temprana se concibe para los padres como un acercamiento directo, simple y satisfactorio, para gozar, comprender y conocer al pequeño al tiempo que se expande su potencial de aprendizaje. Además, Vargas considera que la estimulación temprana comienza a partir del aprendizaje familiar, se ha destacado la función de crianza o parentalidad social que se lleva a cabo a través de un complejo proceso definido como socialización familiar. Particularmente la parentalidad se refiere a las actividades que realizan el padre y la madre en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos e hijas; es un proceso biológico y psicosocial. Además, los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social, y las oportunidades de estimulación y aprendizaje de los hijos⁸³.

La familia es la primera escuela del pequeño, ya que él imita lo que ve a su alrededor, tanto las acciones y formas de expresarse por parte de los que lo rodean, hasta su forma de pararse o vestir. Por tal motivo, es necesario estar consciente de la importancia que tiene la educación del infante, y de lo que probablemente puede aprender dentro del hogar. La presencia de los padres a lo largo del crecimiento del niño

es de suma importancia, ya que cuando uno de los dos no está presente, es posible que el infante experimente dificultades en su desarrollo²⁶.

Las madres acerca de la estimulación refieren que no les dedican, el tiempo necesario a sus niños, ellas manifiestan que no lo realizan por los siguientes motivos:

“...pero no hay mucho tiempo porque más estamos en la chacra por eso no tenemos mucho tiempo...” (MADR 3).

“...Cuando tenemos tiempo lo hacemos jugar con su caballo lo encendemos o sino lo dejo acostado en su cuna y está jugando con su sonaja el solo...” (MADR 5).

“... además algunas madres refieren que el padre poco juega con ellos, debido a que salen a trabajar y solo vienen por las tardes a almorzar, luego se va a trabajar o si no llega cansado y se va a dormir, pero hay veces que si juega un ratito cuando salgo, más me dedica a la chacra y al ganado...” (MADR 12).

Es por ello que la estimulación es primordial en el menor de un año, pero no sería posible sin el rol importante que cumple la familia. La madre es uno de los agentes fundamentales de estimulación, pues está dotada de capacidades innatas. Habitualmente, ella suele priorizar, sin proponérselo conscientemente, estos actos de mediación educativa. Por eso la relación madre-bebé, constituye no solo una de las primeras interacciones del niño con las demás personas, sino también uno de los vínculos privilegiados desde donde contribuir a su desarrollo integral⁸⁴. Con respecto a la estimulación las enfermeras refieren que es muy poco el interés que la madre toma en este punto:

“...Acá las madres no se dedican a la estimulación del niño; las madres esperan que el niño haga solo las cosas. Cuando el MINSA nos entrega cartillas de estimulación les entregamos a las madres, pero son muy pocas las familias que se dedican a jugar con su niño. El área de estimulación acá no está bien atendida, a pesar de que tenemos un centro de vigilancia no hay una buena acogida de las madres; a las familias más les interesa que este bien su peso y talla del niño más no se preocupan por la estimulación...Algunas madres que les interesa la estimulación que son muy pocas me preguntan ¿qué debe hacer mi hijo

a su edad? Se le explica de acuerdo a la edad que actividades debe hacer el niño...” (ENF 6).

Sin embargo, también hay madres que tienen poco interés en la estimulación del niño; para ellas lo más importante es que el niño tenga un peso y talla adecuada, y dejan de lado las actividades que deben realizar los niños de acuerdo a su edad para un mejor aprendizaje.

Al respecto, el profesional enfermero cumple un rol fundamental en los servicios de crecimiento y desarrollo, teniendo como una de sus funciones principales la promoción de prácticas de estimulación temprana para el desarrollo psicomotor del niño en los hogares, para así potenciar las habilidades que el niño tenga, y de la misma manera poder identificar problemas en su desarrollo para poder intervenir a tiempo en su recuperación y rehabilitación según amerite. Estas prácticas para potenciar habilidades e identificar problemas deben ser impartidas no sólo por la madre sino también involucrar a toda la familia y comunidad; es así como el profesional de enfermería desempeña un papel muy importante proporcionando servicios de salud en donde se encuentra la educación para la salud, mediante la cual con apoyo de actividades educativas y otras técnicas se brinda enseñanzas⁸⁵.

La participación de los padres adquiere una singular importancia, ellos son los más cercanos educadores de los niños, los principales transmisores de la experiencia, los que con mayor afecto se relacionan con los niños y las niñas por esto se hace necesario la preparación de esta, no en todos los casos la familia está preparada para ofrecerle a sus hijos la oportuna estimulación⁸⁵.

Por lo tanto, la consejería que realiza el profesional de enfermería con la madre debe ser en un clima de confianza, que permita que las madres andinas entiendan acerca de la importancia de la estimulación y que no solamente esté involucrada la madre o el hermano mayor, sino que participen todos los miembros de la familia. Tienen que tener

un espacio para jugar con sus niños y no solamente dedicarse a la crianza de sus animales y cultivo de sus plantas.

Al respecto, los roles se basan en prescripciones que los individuos harán a fin de cumplir sus propias expectativas o de otros a cerca de él, y que su cultura lo nomina o define. De acuerdo con esto, Nye (1976) ha identificado ocho roles básicos que toma las posiciones sociales esposo padre y esposa-madre: Rol proveedor (dar), de ama de casa, rol de cuidador de los hijos, de socialización de los hijos, recreacional, de relación, y si la familia es extensa todos sus miembros comparten las responsabilidades²⁶.

Es importante destacar que, en la cultura andina, la imagen de la mujer se convierte en un punto o eje primordial no solo para la manutención de sus hijos, sino es la responsable directa de su cuidado, mientras que el varón solo se dedica al trabajo forzado, y cabe destacar que los roles que ejerce cada uno ya viene constituido por su cultura de generación en generación. Pero en la misma cultura andina todos los miembros de la familia tienen diferentes roles ya sea padre, madre e hijos. Como acontece en algunas familias los que se encargan de estimular a los lactantes menores mayormente son los hermanos mayores por lo que las enfermeras mencionan lo siguiente:

“...los hermanos mayores también contribuyen a la estimulación porque están jugando con el niño...” (ENF 6).

“...También los hermanitos mayores juegan con los niños haciéndole cosquillas o hablándole...” (ENF 3).

Cuando las madres tienen que salir a trabajar o están ocupadas los hermanos mayores se encargan del cuidado del niño por lo que aprovechan de una u otra manera hacerlo jugar al niño. Asimismo, las madres refieren que son sus hijos los mayores quienes están pendientes de sus hermanos pequeños:

“...solo sus otros hermanos que lo llevan a hacer jugar...” (MADR 3).

“...Quien lo hace jugar son más sus hermanos, lo hacen jugar con sus carritos, sus peluches, ellos se dedican más a cuidar a sus hermanitos...” (MADR 12).

Los hermanos mayores asumen la responsabilidad de jugar con el niño porque la madre andina no tiene el tiempo necesario para estar junto al niño; ellos asumen el rol de estimular al lactante menor en su hogar. Sin embargo, hay cuidados que se deben preservar como la estimulación por parte de los hermanos, ya que los padres se dedican a la crianza de sus animales; de este modo, los hermanos mayores asumen la responsabilidad de cuidar y estimular al lactante menor.

CONSIDERACIONES FINALES

A las madres andinas del distrito de Súcota, le transfieren tradiciones para cuidar al lactante menor, siendo adecuadas/inadecuadas para la salud; sin embargo, algunos cuidados que se practican en el hogar se antepone con los cuidados que enseña la enfermera en el consultorio de atención integral al niño; por ello, la presente investigación identifica, describe y comprende el cuidado al lactante menor desde una perspectiva intercultural.

En cuanto a la alimentación del lactante menor, la enfermera educa acerca de los beneficios de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, importancia de los multimicronutrientes y la manera correcta de alimentar al lactante menor de acuerdo a su edad. Con respecto a la lactancia se observó que la mayoría de las madres interrumpen la lactancia materna exclusiva debido a sus actividades diarias, reemplazando con la leche de vaca; por lo que la enfermera debe negociar y reestructurar dichos cuidados para así optimizar un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

En relación a la alimentación complementaria la enfermera enfatiza que se debe empezar a partir de los seis meses, pero pocas madres andinas comienzan a darle papillas, frutas, pescado, huevos, camote y de vez en cuando le dan sangrecita, etc., es así que estos cuidados se deben preservar porque brindan a los niños alimentos adecuados para su edad. Mientras otras madres inician la alimentación complementaria precoz debido a que piensan que el niño quiere comer porque ve a los demás comiendo, y le dan chochoca (maíz molido en sopa) porque les hace fuerte; es por esto que el personal de salud tiene que negociar y reestructurar estas creencias y costumbres. Acerca del consumo de multimicronutrientes la mayoría de las madres rechazan debido a sus reacciones adversas, la más frecuente es el estreñimiento; o les dan de manera incorrecta; es así que la enfermera tiene que mejorar sus estrategias educativas para favorecer su adherencia.

Con respecto a las inmunizaciones el profesional de enfermería educa sobre las reacciones adversas postvacunales y los cuidados en el hogar, sobre todo se enfoca en el uso de panadol y en la no colocación de ningún medicamento en la zona donde fue colocada la vacuna. Sin embargo, la enfermera es consciente de que la madre andina practica cuidados postvacunales adecuados que se deben preservar, pero existen algunos que debe negociar y reestructurar. Incluso trata de aceptar el uso de algunos remedios caseros como rodaja de papa, leche materna, vaporud, pero que lo apliquen alejada de la zona de inyección de la vacuna. Mientras hay algunos cuidados que se debe reestructurar y que incluso las enfermeras desconocen, como, por ejemplo, el hecho de que ellas se toman el panadol y la planta de cachurro, porque creen que le transmitirán al niño a través de la leche materna.

Es por esto que se debe concientizar para tener cuidado con el uso de esos remedios caseros sobre todo en la zona de aplicación de las vacunas. Y se deben reestructurar algunos cuidados como colocación de agua tibia con sal que causo quemadura a la piel del niño, y posiblemente se inactivo el efecto de la vacuna, con lo cual se puede exponer al niño a que padezca enfermedades inmunoprevenibles.

Con relación al baño, las madres de las zonas altoandinas no acostumbran a bañar a sus niños todos los días debido a diferentes factores como el clima, y la falta de tiempo por las actividades que realizan; es por esto que el personal de salud tiene que educar a las familias acerca de la importancia de una adecuada higiene. Además, tienen la peculiaridad de usar plantas medicinales como el eucalipto o manzanilla, con la finalidad de evitar que tengan infecciones a la piel, como la dermatitis de pañal. Luego de bañarlo pocas madres son las que hacen uso del pañal descartable, porque es costoso, o creen que les produce alergias y “le abre mucho las piernitas”. Otras madres usan pañal descartable solo cuando lo llevan a su control.

También tienen la costumbre de colocarle maicena para evitar escaldaduras o erupciones en la piel. Al terminar de bañar al niño para vestir utilizan el fajero con la finalidad según las madres de evitar alguna hernia umbilical o que el niño tenga más fuerza, esta costumbre es transmitida por parte de la suegra o la abuela, es así que la enfermera tiene que negociar y reestructurar estos cuidados.

Por otro lado, la mayoría de las madres, brindan sus cuidados utilizando objetos como el huairuro para evitar “el mal de ojo”. En otros casos utilizan plantas medicinales para prevenir y sanar enfermedades, o visitan a los curanderos para buscar una solución a sus problemas de salud. Para la diarrea utilizan la pepa de la palta. Para las infecciones respiratorias utilizan eucalipto, alcanfor, miel de abeja. Para los gases, le suministran toronjil, apio o manzanilla. Para la fiebre le dan cachurro, chochocon, o los bañan con rosas con pimpinela, yerba santa, alcanfor. Hay cuidados que se tienen que reestructurar uno de ellos es que las familias frente a cualquier enfermedad su primera opción es ir al curandero; es aquí la importancia de la educación de la enfermera de negociar acerca del beneficio de asistir primordialmente al centro de salud y evitar complicaciones del lactante menor.

Para fomentar la estimulación temprana, la enfermera utiliza la tarjeta de control del niño, y va explicando a las madres lo que debe enseñarle a su niño en el hogar según su edad; además enfatiza sobre la importancia del juego para el aprendizaje y la estimulación; pero son pocas las madres que lo hacen, ya que la mayoría cumple diferentes roles durante el día, como es el cocinar, ir a la chacra, dar de comer a sus animales y atender a su esposo; y por ello carecen de tiempo.

Hay cuidados que se debe preservar como la participación de los hermanos para jugar con los más pequeños, ya que los padres dedican mayor tiempo a trabajar para el sustento económico del hogar. Hay madres que enseñan a través de la naturaleza, los animales, los árboles; aprenden a distinguir colores, tamaño, es así que la enfermera debe preservar estos cuidados para que el niño no solamente sea estimulado con juguetes sino también con su entorno.

Finalmente, para brindar un cuidado con enfoque intercultural, es importante ambientar los consultorios con identificaciones culturales de la zona andina, además se debe motivar a las madres con frases propias y comunes de la localidad; las familias andinas de la comunidad de Sókota, mantienen costumbres y creencias propias de su cultura, que se ve reflejado en el cuidado al lactante menor para lograr satisfacer sus necesidades básicas, a través del uso de la naturaleza.

RECOMENDACIONES

A nivel investigativo

- Profundizar en investigaciones en base a los cuidados post vacunales para así identificar el riesgo que tienen los lactantes menores.
- Realizar investigaciones sobre los efectos medicinales de las plantas propias de la zona como: cachurro, yerba luisa, chicoria, etc.
- Realizar trabajos con enfoque de investigación acción participación para reestructurar prácticas de cuidados desfavorables para el lactante menor, como la utilización de la faja y fajero hasta el año de vida.
- Continuar realizando trabajos con enfoque etnográfico sobre el conocimiento y prácticas de cuidados en base a la medicina ancestral.
- Realizar estudios cuasi-experimentales con los cuidados culturales post vacunales.

A nivel profesional

- Mediante estas investigaciones motivar que el profesional de salud logre la competencia cultural de empoderarse con la finalidad de brindar una atención intercultural; para así facilitar el mejor acercamiento personal de salud- familia andina.
- Investigar y publicar resultados de estudios etnográficos con la finalidad de conocer las costumbres y creencias de las zonas andinas.

A las entidades formadoras de enfermería

- Mejorar los cuidados en salud con enfoque intercultural desde la formación de pregrado bajo competencias de cuidado transcultural con la finalidad de mejorar la relación y la comunicación con otras culturas.

- Realizar convenios de pasantías con instituciones comunitarias, de diferentes regiones con población andina para fortalecer el conocimiento de la realidad cultural de las zonas andinas.
- Realizar pasantías en los centros de salud de las zonas andinas, para así los alumnos de pre-grado tengan preparación para el serums.
- Realizar trabajos de investigación con enfoque intercultural en las zonas alto-andinas.
- Considerar asignaturas de medicina alternativa y complementaria en los planes de estudio.

Al centro de salud y municipalidad

- Realizar acciones de promoción de prácticas saludables; de acuerdo a la realidad de cada zona andina.
- Fomentar y reorientar junto con la madre los cuidados que debe recibir el lactante menor, con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad infantil.
- Articular y trabajar proyectos de desarrollo en salud con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los lactantes menores.
- Aperturar convenios entre las universidades y municipalidades con las instituciones de salud para la elaboración de materiales educativos que incorporen el componente cultural de tal manera que se mejore la educación sanitaria y se contribuya en la disminución de la morbimortalidad en los niños.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Rodríguez G. Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú. [tesis de maestría en internet]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2014 [Consultado el 31 de septiembre 2016]. 183p. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3493/1/Aliaga_rg.pdf
2. Almaguer J, Vargas V, García J. Interculturalidad en Salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 3era Ed. Programa Editorial del Gobierno de la República. México. 2014. [Consultado el 31 de septiembre 2016]. 281p. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
3. Goicochea E. Interculturalidad en Salud. Universidad Cesar Vallejo. Revista Scientia. 2012; 4(1).
4. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier ; 2015. 784p.
5. Dávila A. Práctica de Cuidado cultural al lactante menor desde el saber popular de la Familia. Estudio etnográfico en la Comunidad Awajun- Amazonas. Chiclayo-Perú 2014 [Tesis de Maestría]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. 152 p.
6. Campos M, Castillo J. Cuidado cultural de la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca– Ferreñafe, Chiclayo-Perú 2014 [Tesis de licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. 118p.
7. Vega E, Fernández A. Cuidado intercultural desde la estrategia de crecimiento y desarrollo al lactante mayor con desnutrición– Inkawasi, Chiclayo- Perú 2015 [Tesis de licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2016. 95p.

8. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Dirección General de Salud de las personas – Lima; Ministerio de Salud; 2017. 31p.
9. Rosales M, Karito D. Asistencia al control de crecimiento, desarrollo y el estado nutricional en lactantes del Puesto de salud Progreso I-2, San Juan Bautista, 2016. [Tesis de licenciatura]. [Iquitos]: Universidad Privada de la Selva Peruana.2017.60p.
10. INEI. Reducir la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad. 2014. 14p. [Consultado el 31 de septiembre 2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1338/obj04.pdf
11. UNICEF. 10.5 millones de motivos para seguir trabajando. 2017. 22p. [Consultado el 31 de septiembre 2016]. Disponible en:https://www.unicef.org/peru/spanish/10.5_millones_de_motivos_para_seguir_trabajando_-_Web.pdf
12. Rodríguez F, Santos C, Talani J, Tovar M. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. Revista Colombiana de Enfermería [Internet]. 2014 [consultado el 28 junio 2017]; 9(9): 77 – 87. Disponible en: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/010-articulo8.pdf
13. Vásquez P, Aguilar S. Prácticas pediátricas asociadas a las creencias de madres y abuelas de lactantes asistentes a consultas en Puesto de Salud San Ignacio. Granada I y II semestre 2015. [Tesis de licenciatura en internet]. Mangua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015 [consultado el 30 septiembre 2017]. 106p. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2431/1/37734.pdf>

14. Pulido M. Una mirada desde la salud intercultural en programas de cooperación al desarrollo. *Boletín Americanista*. [Internet]. 2017 [consultado el 30 septiembre 2017]; 1(74): 33-51. Disponible en: https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/13886/fi_1493897009-17551395621pb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Bunjitpimol P, Somrongthong R, Kumar R. Factors affecting nursing cultural competency in private hospitals at Bangkok, Thailand. *International Journal of Healthcare*. 2016 [consultado el 30 septiembre 2017]; 2(1): 5-11. Disponible en: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/ijh/article/view/7320/4678>
16. Correa N. Interculturalidad y política pública. Una agenda al 2016. Lima: CIES; 2011 [consultado el 30 septiembre del 2016].48p. Disponible en: <http://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/interculturalidaddocumento.pdf>
17. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. 2006 [Consultado 20 de septiembre del 2016]. 22p. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/norma_tecnica_trans_RM638-2006.pdf
18. Ministerio de Salud. Manual del modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Lima. 2013 [consultado el 31 de septiembre 2016]. Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/50311/mod_resource/content/0/Modulo_2/manual_mais_2013_pg37_50.pdf
19. Castillo J. El cuidado cultural de enfermería: Necesidad y relevancia. *Rev haban cienc méd* [revista en la Internet]. 2008 [consultado el 19 de septiembre del 2016];7(3): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418872003>

20. Busher D. "Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing." *The Downtown Review*. [internet]. 2016 [consultado el 30 septiembre 2017]; 2(1): 1-7. Disponible en: <http://engagedscholarship.csuohio.edu/tdr/vol2/iss1/1/>
21. Sánchez M. Significado de la teoría y práctica de cuidado desde la perspectiva del profesional de enfermería. [Tesis doctoral en Internet]. Valencia 2017. [consultado el 30 de junio del 2017]. 339p. Disponible en:<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4366/msanchez.pdf?sequence=1>
22. Waldow, V. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado Aquichan, vol. 9, núm. 3, diciembre, Colombia. 2009[consultado el 30 de junio del 2017]. 12p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112147005.pdf>
23. Waldow R, Ferrero D, Juen E. Cuidar: Expressao humanizadora da enfermagem. 6º ed. Petrópolis: Vozes; 2010
24. Salas F. Propuesta educativa principios, valores, familia desde la cosmovisión andina. [Tesis doctoral en Internet]. Bolivia: Universidad Salesiana De Bolivia; 2009 [consultado el 30 de septiembre del 2016]. 84p. Disponible en: http://fci.uib.es/digitalAssets/178/178160_2.pdf
25. Nakamura E, Martín D. Antropología para Enfermagem. Brasil: Manole LTA; 2011
26. Bustamante S. Enfermería familiar: Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Departamento de salud familiar y comunitaria. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2006.
27. Sánchez A. Enfermería comunitaria. McGraw-Hill Interamericana: España, 2014.

28. Medellín E. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Primera edición, Edt Colombia; 1995.312-394p.
29. Cordero J. Tratado de enfermería del niño y adolescente. 2da. Ed. Editorial: Elsever. Barcelona; 2012.
30. Chinchay T. De la Cruz T. Rol de la madre en el cuidado del crecimiento y desarrollo del lactante menor. Centro de Salud de Pítipo. [tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2015. [consultado el 19 de septiembre del 2016]. 80p. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/477/1/TL_ChinchayPachecoTania_DeLaCruzCarbonelTeresa.pdf
31. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2016.532p.
32. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. 253p.
33. McCurdy D, Spradley J, Shandy D. The cultural experience: Ethnography in Complex Society. 2ª ed. E.U: Waveland Pr Inc; 2005. 190p.
34. Blog. Es mi Perú, diciembre 2006 [consultado 12 octubre 2016]; Disponible en: <http://esmiperu.blogspot.pe/2006/12/socota-cajamarca.html>
35. Aranzamendi M, López O, Vivar C. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. Ediciones Eunate. España. 2012.
36. Murillo J, Martínez C. Investigación etnográfica. Métodos de investigación educativa Ed. Especial. 2010. [consultado el 12 octubre 2016]. 15p. Disponible en

https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf

37. Sgreccia E. Manual de Bioética. La bioética y sus principios. 5ta ed. Madrid: Talisio; 2009. 990p.

38. Denzin N. Lincoln Y. coordinadores. Manual de la investigación Cualitativa: El campo de la Investigación cualitativa. 3a ed. Vol 1. Barcelona: Gedisa; 2012. 376p.

39. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño, Julio de 2017 [Fecha de acceso: 10 de Septiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

40. WHO. Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition. (2013). [Fecha de acceso: 19 de Junio del 2017]. 10p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252658/1/A69_7-en.pdf

41. Holmes A. Attachment security and obesity in US Preschool-Aged Children. *Pediatr Clin North Am* 60, 147–68 (2013).

42. Organización Mundial de la Salud, 2013 . Protección de la lactancia materna en el Perú. Recuperado de: http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/

43. Villegas E, Arriola M. Conocimientos y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en Madres Primíparas que acuden al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Naylamp, Chiclayo. Vol. 4, núm. 1 (2016). [Fecha de acceso: 10 de Septiembre del 2017]. 30p. Disponible en: <http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/AccCietna2014/article/view/341/336>.

44. Gonzales M, Hernández C. Lactancia Materna en México. vol. 59, núm. 3, mayo-junio de 2017. [Fecha de acceso: 10 de Septiembre del 2017]. 2p. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8800/11144>
45. Garrillo J. Mi bebé día a día. Aspectos fisiológicos – Patológicos desde la concepción hasta la adolescencia. Primera edición. Perú; 2011.
46. Sevilla R, Zalles L, Gallardo W. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Gac Med Bol 2013; 34 (1): 6-10.
47. Alcaraz G, Parra C. Anemia y anemia por déficit de hierro en niños menores de cinco años y su relación con el consumo de hierro en la alimentación. Turbo, Antioquia, Colombia, 2012 [consultado en 10 de Septiembre del 2017]. 10p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1052/105215402012/>
48. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Ministerio de salud: Perú; 2016.
49. OMS. [Fecha de acceso: 10 de Septiembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/micronutrientpowder_infants/es/
50. MINSA. Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. Resolución ministerial. N°510-2013. 15 de agosto 2013.
51. Asociación española de pediatría: comité asesor de vacunas. Reacciones adversas a las vacunas; 2013; [actualizada año 2016; acceso 09 de junio del 2017]. Disponible en: http://vacunasaep.org/profesionales/reacciones-adversas-de-las-vacunas-descripcion#tipos_r1

52. Lucas PJA, Alcívar VLK. Manejo de vacunas y su impacto en la efectividad de la inmunización en los niños menores de dos años de edad en el subcentro de salud San Agustín del km 20, Cantón Sucre, periodo enero-julio ,2013(tesis).Ecuador: Bahía de Caráquez -Manabí, Universidad de Ecuador,2013.
53. Tenezaca M. Conocimientos que poseen las madres sobre las reacciones adversas post - inmunización y cuidados que brindan a sus hijos/as menores de dos años, Centro de Salud “El Tambo”, cañar 2015 [consultado 10 junio del 2017].84p. [Disponible en:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24622/1/TESIS.pdf>].
54. Remedios naturales contra la fiebre[consultado 11 junio, 2017]; Disponible:<http://www.botanical-online.com/medicinalsfiebreplantas.htm>
55. Medicina natural. Propiedades de la papa; 2013 [actualizado año 2016; acceso 10 de junio del 2017]. Disponible en http://www.medicinasnaturistas.com/help/guia_plantas/papa_usos_patata_medicinales_propiedades_enfermedades.php
56. usos de Vicks VapoRub increíbles.2015 [consultado 11 junio, 2017]; Disponible:<https://www.natursan.net/7-usos-de-vicks-vaporub-increibles/>
57. Blandón M, Castil R. Conocimientos, actitudes y prácticas de higiene y salud sexual de los adolescentes en los centros de educación secundaria de Matagalpa año 2015[tesis de licenciatura en internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua [consultado 11 junio, 2017] .79p. Disponible: <http://repositorio.unan.edu.ni/1649/1/5279.pdf>
58. Castro F. Conocimientos sobre cuidados básicos del recién nacido en madres adolescentes ingresadas en el servicio de gineco obstetricia del hospital general Puyo. año 2015 [tesis de licenciatura en línea]. Loja: Universidad Nacional De Loja. 2016. [consultado 11 junio, 2017]. 109P. Disponible:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9252/1/ERIKA%20FERNANDA%20CASTRO%20YAR.pdf>

59. Hidalgo V, de la Calle T. *Pediatría Integral: Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria volumen xx número 3 abril 2016 CURSO VI*. [consultado 11 de junio del 2017]. 81P. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/05/Pediatrica-Integral-XX-03_WEB.pdf#page=9

60. Prado K. *Evaluación microbiológica de un talco cosmético para uso tópico*. Machala, 2017. [consultado 11 de junio del 2017]. 28p. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10112/1/PRADO%20CASTILLO%20KATHERINE%20ELIZABETH.pdf>

61. García N. Jara, J. *Significado del cuidado cultural que realiza la madre rural en el recién nacido*. 2015. [tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo. [consultado 11 de junio del 2017]. 114p. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7634/1724.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

62. Moreno E, Pérez E. *El Proceso Intercultural en el Cuidado de la Persona Adulta Mayor Vol. 19 N° 10 Noviembre-Diciembre, 2012*. [consultado 11 de junio del 2017]. 5p. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-343.pdf>

63. Mejía L, López L. *La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud*. *Index de Enfermería [Internet]*. 2012; [consultado en 16 septiembre 2017]; 19(2-3):138-142. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/7442r.php>.

64. Heierle Valero C. *Salud y Cuidados en la Familia*. *Índex de Enfermería [Índex Enferm]* (edición digital) 2012. [consultado 11 de septiembre del 2017]. 34p. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/34revista/34_articulo_7-8.php.

65. Heierle Valero C. Salud y Cuidados en la Familia. *Índex de Enfermeria* [Índex Enferm] (edición digital) 2011; [consultado 11 de septiembre del 2017]. 34p. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/34revista/34_articulo_7-8.php.
66. Prieto B. Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias [Tesis de Maestría en internet]. 2012: Universidad Nacional de Colombia. [consultado 10 septiembre 2017]. 176p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>
67. Nanda S, *Antropología Cultural*, Primera Edición, Editorial México, España; 2008.
68. De La Cruz H. —Prácticas culturales de la familia en el cuidado al lactante menor en la comunidad de Salas-Lambayeque [Tesis de licenciatura]. 2011. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque- Perú.
69. Silva D, Moreira C, Castro J , Ribeiro F. La práctica del cuidado ofrecido por las mujeres a sus hijos en su domicilio. *Enfermería Global*. [Revista on-line]. 2012. [consultado el 09 octubre 2017]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/207>
70. Injante, M. Huertas, E. Lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú. [consultado el 09 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/142/115>
71. Rodríguez J. Consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas y desarrollo psicomotor de los niños menores de 1 año. centro de salud

materno infantil el bosque. 2011. [consultado el 09 octubre 2017]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/227/1/RODRIGUEZ_JAKELIN_CONSEJERIA_ESTIMULACION_TEMPRANA.pdf

72. Molina A, Tirapu J Y Roig T. Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Rev Neurol* 2009; 48 (8): 435-440. [consultado el 09 octubre 2017]. 6p .Disponible en: <http://www.neurodesarrollo.net/cursos/images/Descarga/Neurodesarrollo/Unidad%206/MaduracionFE.pdf>

73. Organización Mundial de la Salud. [sede web]. Ginebra: Suiza; 2016. [acceso 1 de Setiembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/

74. Walter S. Child hood's Life – Crippling Affiction. Help for the Hypercative Child. Boston, Houghton Nifflin Co. 2010.

75. Duani M. La orientación familiar. Su importancia en la función educativa de la familia con hijos retrasados mentales leves. 2014 [acceso 1 de Setiembre del 2017]. 6p. Disponible en: <http://revistas.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/viewFile/2019/2014>

76. Urbano C. modulo para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y niño según las normas del ministerio de salud. Lima: MINSA. 2008.

77. Betancourt L, Rodríguez M, Gempeler J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista de Psicología*. [sede web] Colombia; 2012. [acceso 10 de Octubre del 2017]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>

78. Pérez C. La importancia del juego y los juguetes para el desarrollo integral de los niños/as de educación infantil, 2011 [consultado el 19 octubre 2017]. Disponible

en:http://www.anpebadajoz.es/autodidacta/autodidacta_archivos/numero_9_archivos/c_p_cordero.pdf

79. Santos J. La importancia del juego y el vínculo materno en la constitución psíquica del infante. 2016. [acceso 20 de Octubre del 2017]. 36P. Disponible en:<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/10087/1/Santos%2c%20Jimena%20de%20los.pdf>

80. Ramos Y, Ramos V, Tortoló S. Los juguetes como medio de desarrollo del niño de la primera infancia. Rev. Científica pedagógica. Atenas Vol. 1Nro. 33 – 2016. [acceso 20 de Octubre del 2017]. 11p. Disponible en: <https://atenas.reduniv.edu.cu/index.php/atenas/article/view/190/357>

81. Bustamante M. Convirtiendo su potencial en una realidad: experiencias de madres que participan en talleres de estimulación temprana. Chiclayo, 2012 [acceso 20 de Octubre del 2017]. Disponible en:http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/376/1/TL_Bustamante_Parraguez_MariaJose.pdf

82. Torres J, Alcántara J, Mora M. Trabajando el acercamiento a la naturaleza de los niños y niñas en el Grado de Educación Infantil. Crucial en la sociedad actual. Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias [internet] 2017 [consultado el 20 octubre 2017]. 14 (1), 258–270 Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/920/92049699019/>

83. García, M. Aprendizaje al aire libre en educación infantil. 2016 [consultado el 20 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~patrimonioeducativo/ambitos/socializacion/María%20García%20Aivar%20TFG%20educacion%20naturaleza.pdf>

84. Vargas J, Aran V. Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una .Revisión Teórica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 12 (1), pp. 171-186. [consultado el 20 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/773/77330034010/>
85. Meza,M. Nivel de conocimientos y prácticas sobre estimulación temprana que tienen las madres de niños menores de un año de edad, que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo C.S Villa San Luis, San Juan de Miraflores, 2013 [consultado el 20 octubre2017].Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3592/1/Meza_fm.pdf
86. Arteaga F. Conocimientos de los padres sobre la estimulación temprana en niños entre los 12 a 24 meses de edad que asisten al servicio de crecimiento y desarrollo de un Centro de Salud, 2015. [consultado el 20 octubre 2017]. Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4693/1/Arteaga_tf.pdf

ANEXOS



ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENFERMERAS

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.
DIRIGIDO A LAS ENFERMERAS

Datos informativos

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores: Jessica Paola Bustamante Llatas, Miguel Amberly Gordillo Julón
Título: Cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural, 2017.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural, 2017”. Estamos realizando este estudio con el objetivo de: Describir y comprender el cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural.

Procedimientos:

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

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un código para proteger su identidad, y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista puede se realizará en el servicio de atención integral al niño al terminar su jornada laboral. Posteriormente se le presentará las transcripciones de las entrevistas para corroborar o completar la información.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados al Centro de Salud donde usted trabaja y a la

Universidad.

3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.
4. Se realizará aproximadamente cinco visitas en su trabajo en promedio de 4 horas, esto se llevará a cabo en los meses de marzo, abril y mayo del 2017; con el fin de interactuar y observar como usted atiende al lactante menor y como educa a las madres.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios: Al realizar la investigación se les brindará un tríptico sobre interculturalidad en salud.

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

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

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI O

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

Derechos del participante:

Si usted decide no participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, Miguel Amberly Gordillo Julón o llamar al tel. 943300622; Jessica Paola Bustamante Llatas o llamar al tel.938136001 investigadores principales.

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

CONSENTIMIENTO:

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

Participante.

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador.

Nombre: Jessica Paola Bustamante Llatas.

DNI: 76687393

Fecha:

Investigador.

Nombre: Miguel Amberly Gordillo Julón.

DNI: 73016552

Fecha:



ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO - MADRES
 CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
 PARA LA MADRE DE FAMILIA

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores: Jessica Paola Bustamante Llatas, Miguel Amberly Gordillo Julón
 Título: Cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural, 2017.

Propósito del Estudio:

Señora la invitamos a participar en una investigación llamada: “Cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural, 2017”. Este trabajo tiene como objetivo: Describir y comprender el cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural.

Procedimientos:

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

1. Luego que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada. Se le asignará un código (letras) para proteger su identificación y durará un tiempo de 30 minutos. La entrevista se realizará en su casa previa coordinación. Después de escribir en las entrevistas en la computadora, se le presentará para que vea si está de acuerdo con los datos copiados o desea cambiar o ampliar algún dato.
2. Se le realizará aproximadamente cinco visitas en su hogar en un promedio de 4 horas cada una, en los meses de marzo, abril y mayo del 2017, previa coordinación; con la finalidad de observar como usted cuida (atiende) a su bebé

en su aseo, alimentación, vestimenta, etc., donde además le podremos ayudar y brindar información.

Riesgos: No se le causará ningún daño al participar en este estudio

Beneficios: Al terminar la investigación se le entregará una hoja educativa sobre cuidados al bebé.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con código (letras) y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los documentos o papeles no serán mostrados a ninguna persona extraña al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Vamos a conservar la información de sus respuestas guardadas en la computadora y los documentos o papeles por un tiempo de 2 años, con el fin de que sirvan como información para otros estudios relacionadas con el tema de investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI O

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

Derechos del participante:

Si usted no quiere participar en el estudio, puede retirarse en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta que nos haga, por favor pregunte las siguientes personas: Miguel Amberly Gordillo Julón o llamar al tel. 943300622; Jessica Paola Bustamante Llatas o llamar al tel. 938136001 investigadores principales.

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

CONSENTIMIENTO:

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

Participante.

Fecha:

Nombre:

DNI:

Investigador.

Nombre: Jessica Paola Bustamante Llatas.

Fecha:

DNI: 76687393

Investigador.

Fecha:

Nombre: Miguel Amberly Gordillo Julón.

DNI: 73016552



ANEXO 03: OBSERVACIÓN PARTICIPANTE - ENFERMERAS
OBSERVACIÓN PARTICIPANTE DIRIGIDO A LA ENFERMERA EN LA
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

Diario de Campo- Programa de Atención integral del niño.

I. Datos Informativos:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de término:

Escenario:

Actores sociales o personas observadas:

II. Contenido:

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

1. Ambientes externos: observación del entorno donde la enfermera brinda la atención integral al niño.
2. Los hechos observados: descripciones de las actividades que realizan las enfermeras en la atención integral al niño.
3. Lo que dicen: los discursos, manera de expresarse de las enfermeras en la atención integral al niño.
4. Lo que hacen: las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas en el cuidado que brindan las enfermeras al lactante menor en la atención integral al niño.
5. Los objetos que utilizan en cada actividad.
6. El hábitat: lugar donde laboran las enfermeras en la atención integral al niño.
7. Las relaciones entre las enfermeras y madres andinas con niños lactantes menores en el Centro de Salud.



ANEXO 04: OBSERVACIÓN PARTICIPANTE - MADRES
 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE EN EL HOGAR DE LA MADRE DE LA
 FAMILIA ANDINA
 Diario de Campo- Hogar.

I. Datos Informativos:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de término:

Escenario:

Actores sociales o personas observadas:

II. Contenido:

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

1. Ambientes externo: observación del entorno donde viven las madres andinas con su lactante menor.
2. Los hechos observados: descripciones del cuidado de las familias andinas con los niños lactantes menores.
3. Lo que dicen: los discursos de las madres andinas en especial de la madre.
4. Lo que hacen: las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas. Creencias, símbolos y rituales: por parte de la madre de familia para cuidar a los lactantes menores.
5. Los objetos que utilizan para cuidar a los lactantes menores.
6. El hábitat: Lugar donde viven las madres andinas con sus lactantes menores.
7. Las relaciones entre los miembros de la familia y como participan en el cuidado al lactante menor.



ANEXO 05: ENTREVISTAS – ENFERMERA

ENTREVISTA A LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

La presente entrevista, es de carácter confidencial, está dirigida a las enfermeras encargadas de la atención integral del niño del Centro de Salud del distrito de Súcota, la cual tiene por objetivos: Describir y comprender el cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural.

Fecha Entrevista:

I. DATOS INFORMATIVOS:

Seudónimo:

Edad:

Tiempo laboral en este servicio:

Estudio de especialidad:

Tipo de contrato:

II. DATOS ESPECÍFICOS.

1. ¿Qué actividades realiza en la atención integral del lactante menor?
2. ¿Qué temas enfatiza en la educación a la madre del lactante menor?
3. ¿Qué estrategias utiliza para educar a las madres de familia sobre el cuidado al lactante menor?
4. ¿Lo que Usted enseña a la madre cree que lo aplican en su hogar? ¿Por qué?
5. ¿Cómo educa usted a la madre antes de vacunar a su niño? ¿Qué cuidados acostumbran hacer la madre en su hogar?
6. ¿Cómo cuida la madre a su niño en su hogar? ¿Qué acostumbran hacer para que los niños estén sanitos?
7. ¿Cómo participa cada miembro de la familia en el cuidado del niño? ¿Qué rol cumplen?

8. ¿Cómo educa usted a la madre acerca de los cuidados en la alimentación y el baño del niño? ¿Qué acostumbran hacer en su hogar?
9. ¿Cómo educa usted a la madre acerca de los cuidados en el vestido y el abrigo del niño? ¿Qué acostumbran hacer en el hogar?
10. ¿Cómo educa a la madre acerca de la estimulación del lactante menor? ¿Qué acostumbran hacer en el hogar?
11. ¿Cómo educa a la madre acerca de la importancia del juego con el niño? ¿Qué materiales o juguetes utilizan, por qué?
12. ¿Cómo educa a la madre cuando el niño se enferma en casa y como lo curan las madres al niño?
13. ¿Qué pajitas o plantas medicinales acostumbran las familias andinas dar a los niños cuando están enfermos? ¿Por qué?
14. ¿Qué creencias y costumbres tienen en la familia andina para sanar el mal de ojo, el susto y el mal del aire?
15. ¿Qué creencias y costumbres están arraigadas en la familia andina que son adecuadas o inadecuadas en el crecimiento y desarrollo del lactante menor?
16. ¿Cómo realiza la negociación con las madres de familia para modificar y mejorar algunas prácticas culturales relacionadas con el crecimiento y desarrollo del lactante menor?
17. ¿Qué dificultades tiene usted para cuidar al lactante menor y educar a la madre en la cultura andina? ¿Ha tenido algún problema?
18. ¿Qué sugerencias daría para brindar un cuidado intercultural?



ANEXO 06: ENTREVISTAS - MADRES

ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS MADRES

La presente entrevista, es de carácter confidencial, está dirigida a las madres del niño lactante menor que se atiende en el Centro de Salud del distrito de Súcota, la cual tiene por objetivos: Describir y comprender el cuidado de la madre andina al lactante menor desde una perspectiva intercultural.

Fecha Entrevista:

I. DATOS PERSONALES:

Seudónimo:

Edad:

Estado civil:

Religión:

Nivel de instrucción:

Ocupación: madre:

padre:

Nº hijos:

Edad de los hijos:

Nº de miembros de familia:

II. PREGUNTAS:

1. ¿Qué hace la enfermera cuando atiende a su niño en la posta?
2. ¿Cómo le enseña la enfermera a cuidar a su niño?
3. ¿Qué cosas le entrega la enfermera para enseñarle como cuidar a su niño?
4. ¿Lo que la enfermera le enseña en la posta lo pone en práctica en su casa?
¿Por qué?
5. ¿Qué molestias ha tenido su niño cuando lo ha vacunado? ¿Qué le ha dicho la enfermera cuando lo han vacunado? ¿Qué hizo en su hogar?

6. ¿Cómo viene cuidando a su niño en su hogar? ¿Qué acostumbra hacer para que este sanito?
7. ¿Cómo participa cada miembro de la familia en el cuidado de su niño? ¿Qué hace cada uno de ellos?
8. ¿Cómo alimenta y baña a su niño? ¿Qué le explicó la enfermera y como lo aplica?
9. ¿Qué usan para vestir a su niño? ¿Cómo lo abriga? ¿Qué le explicó la enfermera y como lo aplica?
10. ¿Qué hace para que su niño sea más fuerte e inteligente? ¿Qué le explicó la enfermera y como lo aplica?
11. ¿Cómo juega con su niño? ¿Qué materiales o juguetes utiliza, por qué? ¿Qué le explicó la enfermera y como lo aplica?
12. ¿Qué acostumbra hacer cuando su niño se enferma? ¿Qué le explicó la enfermera y como lo aplica?
13. ¿Qué pajitas o plantas medicinales acostumbra a dar a su niño cuando se enferma? ¿Por qué?
14. ¿Qué creencias y costumbres tienen en su familia para sanar a su hijo de mal de ojo, el susto y el mal del aire? ¿Cómo lo curan de ello?
15. ¿Considera que la enfermera toma en cuenta y respeta su cultura? ¿Por qué?
16. ¿Cómo le gustaría que atienda la enfermera a su niño? ¿Por qué?
17. ¿Qué dificultades encuentra usted en la atención que brinda la enfermera a su niño?

