

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



CUIDADO INTERCULTURAL DESDE LA ESTRATEGIA DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO AL LACTANTE MAYOR CON
DESNUTRICIÓN– INKAWASI, 2015

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORES: Bach. Elizabeth Elena Vega Arrué
Bach. Roshny Ana Claudia Fernández Olivera

Chiclayo, 01 febrero de 2016

**CUIDADO INTERCULTURAL DESDE LA ESTRATEGIA DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO AL LACTANTE MAYOR CON
DESNUTRICION – INKAWASI, 2015**

POR:

**Bach. Elizabeth Elena Vega Arrué
Bach. Roshny Ana Claudia Fernández Olivera**

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. Yolanda Beatriz Villarreal Ortiz
Presidente de Jurado

Mgtr. Dolores Domitila Risco Vélez
Secretaria de Jurado

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2016

DEDICATORIA

A las comunidades nativas e indígenas del Perú, quienes fueron nuestra motivación para la realización de esta investigación.

A nuestros padres y hermanos quienes nos brindaron su apoyo incondicional para lograr nuestra meta de ser profesionales.

LAS AUTORAS

AGRADECIMIENTO

Agrademos de manera especial a nuestra asesora Dra. Rosa Díaz Manchay por habernos impartido sus conocimientos y experiencias, también por haber depositado en nosotras su confianza a lo largo de nuestra formación académica e investigación.

A nuestro jurado Mgtr. Yolanda Villareal Ortiz y Mgtr. Dolores Risco Vélez por sus enseñanzas y aportes a la presente investigación.

LAS AUTORAS

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | vii |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL | |
| 1.1 Antecedentes del problema | 13 |
| 1.2 Base teórico-conceptual | 15 |
| CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO | |
| 2.1 Tipo de investigación | 25 |
| 2.2 Abordaje Metodológico | 25 |
| 2.3 Sujetos de Investigación | 26 |
| 2.4 Escenario | 26 |
| 2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 27 |
| 2.6 Procedimiento | 32 |
| 2.7 Análisis de datos | 33 |
| 2.8 Criterios Éticos | 36 |
| 2.9 Criterios de Rigor Científico | 37 |
| CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN | 40 |
| Consideraciones Finales | 77 |
| Recomendaciones | 79 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: | 82 |
| ANEXOS | 88 |

RESUMEN

La presente investigación cualitativa con enfoque etnográfico, tuvo como objetivos: Describir y comprender el cuidado intercultural desde la estrategia de crecimiento y desarrollo al lactante mayor con desnutrición – Inkawasi, 2015. La base teórica conceptual se fundamentó con Correa (2010), Leininger en Raile (2015), Carroll (2011), MINSA (2011) y Aguilar (2012). La muestra fue no probabilística determinada por saturación, siendo los informantes 10 madres que tuvieron niños lactantes mayores con diagnóstico de desnutrición crónica, madres bilingües que tuvieron más de dos hijos y se atienden en los establecimientos mencionados y 10 enfermeras que fueron responsables del consultorio de Crecimiento y desarrollo. Los escenarios fueron los hogares de las madres y los centros de salud de la Micro Red Inkawasi, las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron: la observación participante, la entrevista y diario de campo. Se usó el análisis temático, los principios de la ética personalista y los criterios de rigor científico. Como resultado se obtuvieron tres temas culturales: 1. Primer contacto intercultural y diagnóstico nutricional: Consultorio de Crecimiento y desarrollo ambientado con materiales nativos; 2. Alimentación, suplementación y monitoreo al lactante mayor con desnutrición: dicotomía cultural; 3. Barreras culturales que impiden mejorar el estado. Se infiere 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; la enfermera cuando diagnostica niños con desnutrición los controla mensualmente, brinda consejería nutricional teniendo en cuenta los alimentos de la zona y el uso adecuado de los micronutrientes, haciendo seguimiento y monitoreo permanente; sin embargo existen barreras culturales como el idioma, cosmovisión, falta de recursos económicos y sanitarios.

PALABRAS CLAVES: Cultura, cuidado, Crecimiento y Desarrollo, Desnutrición, Enfermería.

ABSTRACT

This qualitative study with ethnographic approach, aimed to: describe and understand the intercultural care from the strategy of growth and development with the highest infant malnutrition - Inkawasi, 2015. The theoretical basis was based conceptual with Correa (2010), Leininger in Raile (2015), Carroll (2011), Ministry of Health (2011) and Aguilar (2012). The probabilistic sample was not determined by saturation, with informants 10 mothers who had infants older diagnosed with chronic malnutrition, bilingual mothers who had more than two children and are treated in the above establishments and 10 nurses who were responsible for the office of Growth and development. The scenarios were the homes of mothers and health centers Micro Red Inkawasi, techniques and instruments for data collection were participant observation, interview and field diary. Thematic analysis, the principles of personalist ethics and scientific criteria was used. 1. Primer intercultural contact and nutritional diagnosis: results were obtained three cultural issues Growth and Development Advisory decorated with native materials; 2. Food supplementation and monitoring the most malnourished infant: cultural dichotomy; 3. Cultural barriers to improving the state. It follows that to provide care with an intercultural approach, it is necessary mood clinics with cultural aspects of the area, and learn some common phrases or words that motivate the familiarity between the mothers and the highest infant; Nurse when diagnosing children with malnutrition are controlled monthly, provides nutritional counseling given food in the area and the proper use of micronutrients, making monitoring and permanent monitoring; however there are cultural barriers such as language, worldview, lack of financial and medical resources.

KEYWORDS: Culture, care, growth and development, Malnutrition, Nursing

INTRODUCCIÓN

El derecho de todo niño (a) es iniciar su vida con todas sus capacidades, sin importar el lugar donde se gesta, nace, crece y desarrolla. Específicamente la primera infancia es un momento principal de la vida y su desarrollo está intrínsecamente ligado a la familia, por tanto podemos afirmar, que la interculturalidad influye considerablemente en la primera infancia, constituyéndose en una variable que puede favorecer o limitar este derecho.¹ La incorporación de un enfoque intercultural permite el desarrollo y la gestión de la salud y nutrición en las poblaciones andinas. Esto favorece la inclusión social enfocado a mejorar el estado nutricional de los niños desnutridos.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)² el 28,5% de niños menores de cinco años, padecían de desnutrición crónica o enanismo nutricional en el año 2007 y al año 2010 23,2%. Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)³ 2007-2010, registra una leve disminución, pero este promedio se eleva a 27,6% en el área rural. Si la desnutrición crónica está en 30%, la población de niños con enanismo nutricional alcanza a más de 900 mil niños, que tendrán un menor desarrollo físico, se verán seriamente afectadas sus capacidades cognitivas y estarán más predispuestos a enfermedades.

Haciendo un paralelo con la realidad de nuestro país según el Ministerio de Salud (MINSA)⁴ la tasa de desnutrición crónica infantil (DCI) en el promedio nacional es de 17.5% en menores de 5 años, específicamente en el departamento de Lambayeque es 14.2%, en tanto el Gobierno del Perú ha declarado la lucha contra la DCI como una prioridad nacional y ha fijado la meta de reducirla a 10% al año 2016. Según la Gerencia Regional de Salud (GERESA)⁵ de Lambayeque, Inkawasi tiene 51.1% de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad, al igual que las estadísticas del centro de salud de dicho lugar.

En ese sentido, el Programa Nacional de Lenguas y Culturas de la Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural del Ministerio de Educación del Perú, señala que la interculturalidad permite abordar críticamente la diversidad de los procesos culturales y la modalidad de sus intercambios, adoptando el paradigma de la relación intersubjetiva, es decir, del diálogo; y como práctica constituye una experiencia aún nueva, donde las relaciones, la comunicación, los valores y el aprendizaje, entre personas y entre grupos con diversos conocimientos, valores y tradiciones, están orientados a generar actitudes de recíproco respeto e interacciones mutuamente enriquecedoras.⁶ Un ejemplo de ello es la región Lambayeque que cuenta con zonas altoandinas, donde el idioma quechua aún prevalece. Uno de ellos es el distrito de Inkawasi, catalogado a nivel nacional como una zona de pobreza y pobreza extrema.

Por lo mencionado, el rol de la enfermera en dichas zonas juega un papel muy importante, ya que la comunicación contribuye en la educación que brinda y en la efectividad de la misma, sin embargo el idioma es una gran barrera donde se corre el riesgo que la madre no entienda lo que se le dice, por ende se dificulta la negociación para la mejora y /o modificación de algunas costumbres inadecuadas para el cuidado y salud de sus niños respecto a la desnutrición crónica infantil. Por ello, una apertura al diálogo y a una comunicación intercultural es necesaria, si se pretende aplicar el enfoque intercultural en las políticas, programas y proyectos dirigidos a mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas.

El Ministerio de Salud (MINSU)⁴ define el control de crecimiento y desarrollo (CRED) como un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o), 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; también menciona que el

Crecimiento Inadecuado o Riesgo del Crecimiento es la condición en la niña o niño que evidencia pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso, longitud o talla.

Sin embargo se ha observado que las enfermeras del Centro de Salud Inkawasi, al realizar el control de CRED intentan comunicarse de la mejor forma con las madres de familia, iniciando con preguntas básicas e importantes en el mismo idioma, en este caso el quechua, pero al controlar el peso y talla delegan la función al personal técnico para tomar las medidas antropométricas debido a la demanda de niños, pero dicha actividad no es realizada correctamente porque no se les retira sus prendas de vestir debido a que el clima es desfavorable por las bajas temperaturas de la zona que oscilan entre 8°-12°C durante el año; teniendo como consecuencia valores equivocados.

Además al comparar con las tablas nutricionales y explicarle a la madre de familia no les dan a conocer el estado nutricional real del niño, originando que las recomendaciones y/o cuidados sean de manera muy somera y superficial. Dicha situación es aplicable cuando el personal no se da abasto por la demanda de niños, por motivos de avanzar y poder atender a todas las personas que van de los diferentes caseríos de la zona; en el caso de los niños que tiene desnutrición infantil o riesgo de tenerla, es responsabilidad de la enfermera dar una consejería adecuada y así mismo tener un seguimiento estricto.

Las investigadoras al realizar las visitas domiciliarias observaron que los niños son de talla baja para la edad que tienen, la madre cocina papa, camote, olluco, choclo, huevo; además se logró entrevistar a algunas madres de familia del distrito de Inkawasi y manifestaron: *“yo le doy de comer a mi hijito papa, camote, yuca con huevitos, arroz casi no comemos, y los pollos o chanchos que crío los vendo, a veces los mato para comer acá pero solo en cumpleaños o fiestas”*. Las enfermeras mencionaron: *“la atención es toda la semana y todo el día, en el caso de CRED la atención es en las mañanas, los niños que vienen a sus controles son citados con anticipación, hay algunos días que por ejemplo el consultorio se llena pues las mamás vienen con todos sus hijos, la mayoría son familias numerosas. Con respecto al tema de la desnutrición aquí si hay casos y son porque no les dan los alimentos que requieren, algunos porque no cuentan con recursos económicos y como les mencioné tienen varios hijos y la prioridad en la alimentación es el esposo. Por ejemplo cuando*

se evalúan con la tablas de peso y talla, los niños siempre tiene talla por debajo de lo normal y el peso de igual manera.”

Por lo dicho anteriormente, en Inkawasi la desnutrición está fuertemente relacionada con la pobreza y la cultura, donde la enfermera debe aplicar un cuidado intercultural, siendo esencial que el profesional de enfermería valore al niño para establecer el mejor plan de intervención, como; medir adecuadamente el peso, talla, el IMC y los percentiles, cada vez que el niño acude a la consulta, esto proporciona un registro importante del patrón de crecimiento a lo largo del tiempo, ayudando así a identificar al niño con un trastorno de la alimentación.⁴

Con respecto a la alimentación, las madres tienen problemas en cómo alimentar a sus hijos, muchas veces por el aspecto económico, también porque no saben manejar los alimentos propios de la zona y de ese modo hacer una dieta balanceada. Además las familias son extensas y la preferencia en cuanto a la alimentación y atención para el padre de familia, por ser quien se encarga de mantener el hogar, así lo manifestaron las enfermeras del Centro de Salud de Inkawasi.

Por ello los objetivos planteados por las investigadoras fueron: Describir y comprender el Cuidado Intercultural desde la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo al Lactante mayor con desnutrición – Inkawasi, 2015; identificar y analizar la educación que brinda la enfermera en la estrategia de crecimiento y desarrollo para mejorar el estado nutricional de los lactantes mayores con desnutrición e identificar y analizar las costumbres y prácticas alimenticias que utilizan las madres para mejorar el estado nutricional de sus niños.

La presente investigación se justifica porque la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas, de esa manera busca reforzar las identidades tradicionalmente excluidas, para construir en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad, es por ello que las investigadoras motivadas por dicho tema observaron que en el Departamento de Lambayeque, específicamente en el distrito de Inkawasi, tienen una cultura y

costumbres diferentes a la nuestra; por ser una zona rural predomina la pobreza y pobreza extrema a esto se le aúna el problema de desnutrición crónica infantil, lo que conlleva a que los niños no se desarrollen física e intelectualmente, evidenciando retraso en el crecimiento y desarrollo, problemas metabólicos; los factores que condicionan a esto pueden ser de origen genético, ambiental, con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos.

La mitad de la población de los niños de Inkawasi tiene como diagnóstico desnutrición, teniendo mucho que ver, no solo con la parte económica sino que las madres, con lo poco que tienen, no saben distribuirlo y hacer una dieta adecuada para sus hijos, donde cabe resaltar que la enfermera tiene un papel fundamental, siendo su responsabilidad lograr que las madres aprendan a hacer una dieta equilibrada con los alimentos propios del lugar.

Además la desnutrición infantil es una prioridad de investigación en salud para el periodo 2010-2014, planteados por el Ministerio de Salud (MINSA).

Por otro lado, el presente trabajo será de aporte para la formación académica logrando preparar a los estudiantes con enfoque intercultural y así vivir en una sociedad donde la diversidad cultural se reconoce como legítima, donde las diferencias culturales se consideran una riqueza común y no un factor de división. Por lo expuesto, las investigadoras consideran que el personal de enfermería que labore en una zona rural bilingüe se comprometa a manejar el idioma del lugar, tal como lo establece el código de ética y deontología del Colegio de Enfermeras del Perú, y así se logrará que la relación enfermera - madre sea eficaz, por ende el cuidado que se brinde sea de calidad.

Lo antes mencionado se respalda con la teoría cultural: teoría de diversidad y de la universalidad por Madeleine Leininger quien fundamenta la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura de la persona a la que se le esté brindando el cuidado.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes del problema

Las investigadoras realizaron una exhaustiva revisión bibliográfica del tema de investigación a nivel internacional, nacional y local.

Coello⁷ en su investigación titulada: Participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición en menores de 5 años, Centro de Salud Comuna de Olón. Ecuador; 2013. Los resultados obtenidos de la investigación con respecto a las estrategias de enfermería indican que el 15% no realizan capacitaciones acerca de la correcta nutrición que deben recibir los niños, el 50% afirmaron diciendo que es muy raro que les den capacitaciones acerca de nutrición, mientras que el 35% de las madres de familia aseguraron que el personal de enfermería sí le han proporcionado capacitaciones nutricionales.

Alarcón y Conrado⁸ en su estudio exploraron las dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil desde la perspectiva de las madres que acuden a centros de salud primaria en la región de la Araucanía, Chile. Realizado durante el año 2003 en la zona de mayor índice de etnicidad del país. Los participantes fueron 94 madres mapuches y no mapuches a quienes se les aplicó una entrevista en profundidad. Obteniendo Tres dimensiones culturales que surgieron del análisis: a) modelos explicativos de enfermedad asociados a factores culturales, político-económicos, y ambientales; b) itinerario terapéutico que combina recursos de los sistemas indígena, popular y biomédico; y c) falta de competencia cultural del sistema de atención. Las madres conciben las enfermedades infantiles articulando componentes mágico-religiosos, y naturales (frío, calor, humedad). La atención de salud infantil enfrenta un importante desafío comunicacional en la superación de barreras sociales y lingüísticas entre madres y personal de salud.

González y Noreña⁹ describió la importancia de mantener una comunicación intercultural como medio para favorecer las prácticas de cuidado culturalmente competentes. La cultura proporciona un significado heterogéneo al lenguaje de cada persona y grupo social. Es necesaria una cierta competencia comunicativa y no sólo una competencia lingüística. Es a través de la cultura donde se enseña a los individuos cómo comunicar a través del lenguaje, los gestos, los vestidos, la comida, la forma de utilizar el espacio, etc. Evidentemente es necesario para proporcionar un cuidado culturalmente aceptable, estar interesado por conocer e integrarse a otras culturas, se proponen algunas estrategias como: la relación de ayuda, así como la participación de mediadores interculturales para lograr una mejor comprensión de los cuidados y tratamientos aplicados por el personal sanitario.

Gárate¹⁰ en su investigación Implicancias del enfoque intercultural en las actividades implementadas por el proyecto “Fortalecimiento de capacidades para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la región Tacna”, analiza la importancia de la incorporación de un marco intercultural que permita el desarrollo y la gestión de la salud y nutrición en las poblaciones andinas. Este estudio resalta el carácter instructivo que algunos proyectos sociales todavía manejan y propone, además, que éstos comiencen a manejarse dentro de un marco más participativo, acorde con la realidad cultural de la región en la que se desenvuelve. Esto para valorizar el conocimiento, las tradiciones y otras prácticas culturales cuyo uso mejore las propuestas realizadas y empodere a la población con la que se trabaja.

Rentería¹¹ en su investigación cualitativa con enfoque etnográfico tuvo como objetivos: caracterizar y analizar el cuidado transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi-Perú, 2013. Obteniendo como conclusión que a pesar de la existencia de limitantes como el idioma, pobreza extrema, distancias geográficas e idiosincrasia de la población para cuidar de su salud, la enfermera serumista se muestra virtuosa al ser amable,

sencilla, creativa, y capaz de compartir con ellos momentos de recreación y camaradería.

1.2 Base teórico-conceptual

Esta investigación se fundamentó con Correa (2010) para interculturalidad, Leininger en Raile (2015) para cuidado intercultural, Carroll (2011) para desnutrición, Norma técnica de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años (2011) para la estrategia de Crecimiento; y Aguilar (2012) para lactante mayor.

En el Perú existen muchas zonas alto andinas, en las cuales se hablan diferentes lenguas siendo la principal el quechua; Inkawasi es uno de esos lugares, donde la enfermera tiene que prestar cuidados teniendo en cuenta la cultura y costumbres de las personas. Para ello se debe tener en cuenta un enfoque intercultural y así brindar un cuidado holístico, ya que va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. Desde la óptica de la cultura mirar el cuidado humano implica comprender que es inseparable y propio del hombre mismo. Los cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida según la persona. El cuidado es mantener, promover y desarrollar todo lo que existe y todo el potencial de vida que los seres vivos conservan.¹² Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura.

Es por ello que esta investigación tuvo un enfoque intercultural, el cual es una meta y un proceso; resulta una meta porque busca establecer un intercambio entre culturas basado en el diálogo en condiciones de igualdad y equidad, que supere el mero contacto. Es un proceso en la medida que implica una relación, comunicación y aprendizaje entre personas y grupos con valores, conocimientos y tradiciones distintas en el marco del respeto mutuo. La interculturalidad es un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas,

grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales.¹³

La interculturalidad es vivir en forma armoniosa en un solo espacio, pero respetando la cultura, la cosmovisión y con un trato igual para todos. Sin embargo hay quienes utilizan el término para seguir excluyendo y marginando.¹⁴

Entonces la interculturalidad busca desarrollar una interacción social equitativa entre personas, conocimientos y prácticas diferentes; una interacción que reconoce y que parte de las desigualdades sociales, económicas, políticas y de poder. Dentro de las características esenciales se consideran las relaciones interculturales, el reconocimiento mutuo, el intercambio de saberes, experiencias, y la convivencia social. Todo esto se realizará con el fin de lograr una convivencia con los sujetos de investigación, de modo que su cultura y costumbres, no sean un impedimento, si no por el contrario se logre intercambio de saberes técnicos y culturales.

Es por ello necesario trabajar conjuntamente con los proyectos y estrategias que brinda el estado, ya que en diferentes países del mundo se inician proyectos educativos pilotos en los cuales se desarrollan conceptos de interrelación, de contacto y de conflicto entre la sociedad indígena y sociedad dominante.¹⁵ Es así que a inicios del decenio del 80, en Latinoamérica se introduce el enfoque intercultural en los proyectos de educación bilingüe; acción que es reforzada en 1983 en el encuentro sobre la Educación Indígena que se realiza en Oaxaca, México.¹⁴ Es decir se logrará mejorar la interacción entre culturas y de este modo convivir en armonía, rompiendo fronteras y límites que nos separan unos a otros.

Incluso estos proyectos pilotos se están aplicando también al sector salud, para que se brinde una atención de calidad, se priorice mejor las necesidades de la población y se resuelvan dichos problemas teniendo en cuenta su cultura, creencias, economía, teniendo como resultados mejora en la salud. Cabe resaltar también la importancia que el personal de salud trabaje en zonas rurales bilingües, maneje el idioma de origen para que así se identifiquen con el lugar y garantizar la atención del cuidado a los diferentes grupos etarios.

Trasladando lo anterior a nuestra realidad, en el Perú se dan situaciones reales de interculturalidad, así tenemos en el altiplano puneño, donde quechuas, aimaras y castellano hablantes transitan de una cultura a otra comunicándose en su lengua y en las otras. De este modo, existen espacios físicos de práctica intercultural, territorios interculturales y calles que delimitan una cultura de otra, como lo es Inkawasi, específicamente en el sector salud, donde se unen las culturas de la enfermera y los pobladores quechuablantes.

La interculturalidad busca la construcción de relaciones sociales equitativas y el reconocimiento de las identidades y cultura diferentes; de ahí su relación con la legislación que rige en las sociedades multiculturales, que deben tomar en cuenta la diversidad cultural. De este modo, la interculturalidad se establece como principio rector en el marco jurídico -político que fortalece la democracia. Porque, optar por la interculturalidad significa optar por un Estado plural; es por ello que el estado peruano ha planteado políticas públicas llamada: interculturalidad y políticas públicas una agenda al 2016, las cuales no son solo un conjunto de disposiciones legales, administrativas y presupuestales, sino también un modo de relación entre el estado y los ciudadanos. El enfoque intercultural contribuye a mejorar los términos de dicha relación para que sean más sensibles a la diversidad cultural y estén mejor adecuados a las necesidades diferenciadas de una ciudadanía plural en términos de raza, etnia, género, etc.; permitiendo avanzar hacia la igualdad en el acceso a oportunidades.¹⁵

La interculturalidad contribuye a mejorar la calidad, accesibilidad y pertinencia cultural de los servicios públicos esenciales para el desarrollo de los objetivos del milenio. Para todo esto se requiere acciones intersectoriales que vinculen a los tres niveles de gobierno: local, regional y central y así disminuir los índices de los problemas más resaltantes, como es el caso de la desnutrición infantil, los cuales se vienen trabajando de manera descentralizada, en cada comunidad con creencias diferentes y comunidades indígenas.

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, la cual tiene 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 alguna.¹⁵

Esto se ve evidenciado en los proyectos y estrategias que están siendo implementados por el gobierno peruano para disminuir la desnutrición infantil, en los cuales también se están incorporando el enfoque intercultural; para ello ya se han dado capacitaciones y entrega de materiales educativos a las enfermeras del servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de acuerdo a la comunidad y etnia donde labora.

La interculturalidad en salud implica 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 de los avances científicos de la medicina occidental. Para erradicar esta discriminación y exclusión es necesaria también la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas para evitar la discriminación, tales como:¹⁵

- Promover en los agentes del sistema de salud occidental actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.

- Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.

- Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades étnico culturales.

Por tanto la interculturalidad propone la interrelación, la comunicación y el diálogo permanente para favorecer la convivencia entre las distintas culturas en contacto, evidenciándose en la relación familia – enfermera y así garantizarles a cada una de ellas un espacio para desarrollarse en forma autónoma y promover su integración a la ciudadanía, en el marco de una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe. A través de la interculturalidad se confronta las visiones discriminatorias y excluyentes, se propugna el respeto a la diferencia cultural como derecho humano y se postula el diálogo intercultural como potencial para el desarrollo y aporte para la construcción de una sociedad integrada y tolerante.

La enfermera en estos lugares debe aplicar un cuidado con enfoque intercultural. Para Leininger, los cuidados son la esencia de la enfermería, constituyen un objetivo distintivo, dominante, primordial, unificador, los cuales son vitales para el bienestar, la salud, el crecimiento y la supervivencia, pues así se afrontan los impedimentos físicos, mentales, o la muerte; también son el medio holístico más amplio para saber explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros y poder guiar la práctica de estos. Para poder aplicar todo esto, se necesita desarrollar una mentalidad en la que las cosas se vean a

través de los “ojos del otro”, añadiendo a nuestro conocimiento el de los demás. Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: Preservación y mantenimiento, adaptación y negociación y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital, y de contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.¹⁶

Las enfermeras que trabajan en el centro de salud son las principales educadoras en cuanto al cuidado, quienes interrelacionan e intercambiar conocimientos, costumbres, creencias con las madres que tienen otra cultura, pues ellas son las que brindan el cuidado en sus hogares.

Como se sabe, a lo largo del tiempo la mujer siempre ha sido un proveedor de la atención, ha sido la responsable de velar por el mantenimiento de la vida y su continuidad también; su participación en actividades principalmente es de dos tipos: relacionado con el cuerpo, para proteger y estimular el crecimiento y desarrollo, incluidos los relacionados con el embarazo, nacimiento, el cuidado de bebés y niños recién nacidos, además de los ancianos y los enfermos. Y relacionados con la alimentación, con el objetivo de brindar alimentos, la búsqueda de recursos en el medio ambiente y familiarizarse con las plantas, sus relaciones con el clima y las estaciones del año.¹⁷

La madre, es la principal proveedora de cuidado a la familia, ella se encarga de la distribución de alimentos y alimentación de sus hijos. En el distrito de Inkawasi la mujer brinda a sus hijos alimentos de la zona de acuerdo con su cultura y del mismo modo lo preparan conforme las educaron.

Sin embargo al preparar los alimentos debemos tener en cuenta las necesidades nutricionales. Estas evolucionan a lo largo de la lactancia e infancia,

son el soporte del crecimiento y el desarrollo.¹⁸ El lactante mayor es todo niño con una edad comprendida entre 1 año hasta 1 año 11 meses 28 días, crece en peso, talla y perímetros; en cuanto al peso tiene un incremento previsible de 240 gr/mes con un peso normal entre 9.500 /12 Kg; en la talla tiene un incremento previsible de 1.5 cm/mes alcanzando una talla promedio entre 77-84 cm. En el crecimiento físico influyen la predisposición genética y étnica, la talla suele guardar relación con el nivel socioeconómico aunque es menos sensible a los déficit nutritivos puntuales. Pero sí que guarda una relación directa con la desnutrición prolongada.¹⁹

En cuanto al requerimiento nutricional del lactante mayor debe ser: Calorías - 1.200 a 1.300 Kcal/día, Proteínas - 25 a 30 gr/día, Hidratos de carbono - 100 a 160 gr/día, Grasas - 35 a 45 gr/día.²⁰ En estos niños su alimentación debe estar basada en leche materna las veces que quiera después de cada comida, dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar, debe servirse en un plato mediano de comidas (siete a diez cucharadas), y agregar diariamente por lo menos una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, "sangrecita", pollo, etc. Se le debe dar de comer tres veces al día, acompañado de suplementos de hierro y vitamina A.²¹

El distrito de Inkawasi tiene praderas, bosques, pastos, y cultivos como: papa, olluco, oca, habas, frijoles, y dentro de su ganadería crían vacas, chanchos, gallinas, cuyes; algunos de esos recursos son utilizados por las madres para la alimentación de sus hijos, por ejemplo las papas, menestras, arroz, ollucos y en menor cantidad las carnes, estas últimas solo las consumen cuando tiene alguna festividad o celebración importante, pues mayormente lo utilizan para el comercio o simplemente no los incorporan en su alimentación diaria.

Al respecto, si los lactantes mayores no reciben un aporte adecuado de nutrientes pueden generar problemas de salud como la intolerancia alimentaria, incapacidad para coordinar la deglución y la respiración, reflujo gastroesofágico,

anomalías anatómicas. Con esto se ven expuestos a carencias como: desnutrición, anemia y avitaminosis, que pueden comprometer su estado de salud y llevarlos a un retraso en el crecimiento y desarrollo.²²

Tazza²³ manifiesta que la desnutrición es una condición ocasionada por la inadecuada ingesta o digestión de nutrientes. Puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o desequilibrada, la carencia de algunos o todos los alimentos nutritivos o la deficiencia específicas de vitaminas y se retrasan en su crecimiento (talla demasiado baja), también pueden tener amación grave visible, palidez palmar o edema en ambos pies; lo que se evidenció en la realidad estudiada fue que los niños tiene un ingesta basada en carbohidratos, por lo que se les observa aparentemente “gordos y con buena salud” pero no están cubriendo todos sus requerimientos nutricionales de acuerdo a su edad.

Los niños con una ingesta alimenticia insuficiente están en situación de riesgo de una gran cantidad de problemas sanitarios. Si hablamos en cuanto a las causas de la desnutrición pueden ser: primaria, nos referimos a un menor aporte calórico y proteico o a un menor aporte proteico con conservación de las calorías totales, motivada por la acción prolongada de las causas socioeconómicas relacionados con la pobreza. En cambio en la desnutrición secundaria se descarta el hambre externo, tanto cuantitativamente como cualitativamente, y se pone en evidencia una causa orgánica que impide la ingestión, la digestión o la metabolización correcta de los alimentos.²⁴

Según la “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”²⁵, ésta tiene como finalidad contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y a mejorar su salud y nutrición. Siendo sus objetivos; establecer las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años y difundirlos al personal de salud; identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y

desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal. Monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños.

La estrategia de CRED también nos habla que para un crecimiento inadecuado la condición de la niña o niño evidencia pérdida o ganancia mínima de peso, longitud o talla, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aún cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE). Es decir cuando es $+2$ a -2 tiene peso, talla normal, si es <-2 a -3 en peso para la edad es desnutrición, en peso para la talla desnutrición aguda, y en talla para la edad talla baja. Y si la desviación estándar es <-3 tendría desnutrición severa.²⁵

Los niños lactantes mayores que acuden a la estrategia de crecimiento y desarrollo, tienen en su mayoría una desnutrición por causa primaria y de tipo crónica pues su alimentación no cumple con los requerimientos nutricionales para su edad, se puede evidenciar que su alimentación estaba basada en los alimentos que hay en la zona y muy pocas veces proteínas y si las consumen son muy pocas veces.

El Estado al ver toda esta problemática y los datos estadísticos de desnutrición en zonas rurales con mayor porcentaje, es que ha ido estableciendo programas y estrategias que ayuden a disminuir la desnutrición en estas zonas, en el Centro de Salud de Inkawasi se ha implementado la estrategia de información y orientación para la reducción de desnutrición crónica infantil (DCI) en niños menores de 03 años de 21 regiones priorizadas y Lima Metropolitana que tiene como nombre Nutriwawa, cuyo objetivo es apoyar las intervenciones del Ministerio de Salud a través de la implementación de estrategias comunicacionales con un enfoque de interculturalidad.

Dicha estrategia promueve el consumo de suplementación con micronutrientes que son vitaminas y minerales que contienen hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico, que ayudan al organismo de las niñas y niños a prevenir la desnutrición y otras enfermedades; es importante consumirlo en la dieta diaria normal, pues la alimentación que le brindan a los niños de esa zona no tienen la cantidad de micronutrientes que necesita para crecer fuerte y sano, ayuda a mejorar sus defensas contra las enfermedades y favorece su desarrollo. Para ello las enfermeras del centro de salud educan a las madres de familia para que les den estos micronutrientes a sus hijos con sus alimentos, aportándoles nutrientes que cumplan con su requerimiento nutricional, esto se evidenció durante la consulta de crecimiento y desarrollo, evidenciándose su entendimiento al entrevistarlas en su hogar y observándose al momento de brindarles en la comida.

Por tanto se debe establecer un plan de cuidado con intervenciones como enseñanza a los padres, alimentación balanceada según la edad, inicio de la alimentación complementaria, valor nutricional de los alimentos, para así establecer un mejor manejo interdisciplinario con indicadores que eviten complicaciones; para todo lo antes mencionado el personal de enfermería debe aplicar un enfoque intercultural, así los resultados serán mejores, como; realizar dietas con los alimentos de la zona, enseñándoles cómo prepararlos, de este modo las madres utilizarán lo que tienen en casa evitando gastos extra para la alimentación de su familia.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de investigación

Esta investigación fue de tipo cualitativa.²⁶ Responde a cuestiones acerca de que hacen las personas en su ambiente natural; busca entender el significado de la experiencia o explorar un fenómeno desde el punto de vista del otro. En este caso se buscó comprender el cuidado de enfermería a los niños que padecen desnutrición y que se atienden en el servicio de Crecimiento y desarrollo, a su vez indagar cómo la madre cuida a estos niños en su hogar para que mejoren su estado nutricional desde un enfoque intercultural.

2.2 Abordaje metodológico

La presente investigación se abordó con la metodología etnográfica ya que ésta va en busca de interpretar la praxis de la cultura, describiendo e interpretando el punto de vista "nativo", siendo necesario ser flexible, tener capacidad de observación y de interacción y convivencia con los actores sociales involucrados. En la etnografía, la principal característica es que el investigador participa abiertamente o de manera encubierta en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; de hecho, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra la investigación.²⁷

28

De esta manera la investigación etnográfica permitió reflexionar críticamente sobre la realidad, asignando significaciones a lo que se ve, se oye y se hace, desarrollando además aproximaciones hipotéticas y reconstrucción teórica de la realidad, así el propósito específico de la investigación etnográfica fue conocer el significado de los hechos de grupos de personas, dentro del

contexto de su vida cotidiana. Lo que se logró en esta investigación fue identificar y comprender los cuidados interculturales brindados; tanto por parte de las enfermeras que laboran en los distintos establecimientos de salud de la Micro Red Inkawasi a los niños lactantes mayores que tiene desnutrición crónica, asimismo identificar cómo la madre cuida en el hogar, si considera o no la educación que le brinda la enfermera.

2.3 Sujetos de la Investigación

La muestra fue no probabilística o dirigida.²⁹ La constituyeron las enfermeras de los establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red de Inkawasi de los siguientes establecimientos: C.S Inkawasi, P.S Kongacha, P.S Marayhuaca, P.S Uyurpampa, P.S Lanchipampa, P.S Totorá, siendo un total de 15 enfermeras de las cuales se saturó solo con 10 enfermeras; como criterios de inclusión se tuvo en cuenta: que las enfermeras laboren como mínimo tres meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo.

En cuanto a las madres, fueron aquellas que tenían niños lactantes mayores con diagnóstico de desnutrición crónica, dicho diagnóstico lo establecen las enfermeras de CRED con las tablas nutricionales y las medidas antropométricas (peso, talla), además aquellas madres bilingües que tenían más de dos hijos y se atendían en los establecimientos mencionados, siendo un total de 25 madres, saturando con 10. A las enfermeras se les identificó con seudónimos de flores: rosa, amapola, girasol, geranio, clavel, margarita, tulipán, orquídea, gladiolo, lavanda y a las madres de familia se les asignó nombres de colores: rojo, verde, azul, amarillo, blanco, marrón, negro, morado, celeste, plomo; para guardar el anonimato.

2.4 Escenario

La investigación se realizó en el Distrito de Inkawasi que se encuentra ubicado al noreste de la Provincia de Ferreñafe en plena falda occidental de los

andes, a una altura de 3100 m.s.n.m. El escenario fueron los Centros de Salud de la Micro Red de Inkawasi los cuales tienen altos índices de desnutrición: C.S Inkawasi 67.1%, P.S Kongacha 78.2%, P.S Marayhuaca 72.8%, P.S Lanchipampa 69.4%.⁵ Este distrito tiene una población de 15510 habitantes, y sus puestos de salud cuentan con servicio de Crecimiento y desarrollo, brindando atención por las mañanas.

Las madres de familia con niños lactantes mayores con desnutrición crónica, se les captó en el centro de salud y posteriormente se acordó el día para realizar la visita a su hogar para ejecutar la entrevista, buscando allí un espacio cómodo y sin distractores.

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como técnica e instrumentos de recolección de datos, se utilizaron la observación participante, la entrevista etnográfica y el diario de campo, en la Micro Red Inkawasi con las enfermeras y en los hogares con las madres de familia que tenían lactantes mayores con desnutrición y que se atendían en dichos establecimientos.

Se entiende por técnica e instrumentos de recolección de datos al mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información. La recolección de datos es uno de los pasos importantes de la investigación, ya que las conclusiones de un estudio se basan en dichos datos, es por eso que los instrumentos utilizados y los datos obtenidos deben tratarse con mucha cautela.²⁸

La observación participante es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, valores entre otros. Al analizar el papel que desenvuelve el observador, se propuso un abordaje práctico y lógico en la

investigación etnográfica, que va de la observación a la participación, conduce a la reflexión y comprende: observación, observación con poca participación, observación con alguna participación, observación reflexiva.²⁸

a- La observación, es la fase inicial que consistió 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 las investigadoras se presentaron con las enfermeras y madres de familias, identificándose de dónde eran y qué es lo que querían realizar, se les dijo el título del trabajo de investigación así como los objetivos y se entabló una relación empática, para pasar de un “extraño” a un “amigo confiable”.

b- La observación con poca participación, en esta fase de la investigación se incluirá la observación y un leve grado de participación donde las investigadoras tomaron parte de las actividades del grupo cultural, que estén relacionadas con la salud, cuidando, de acuerdo con sus costumbres, valores y creencias. Aquí las investigadoras les dijeron a las enfermeras si se podían quedar durante un turno a lo cual ellas accedieron, durante el cual se observó y se ayudó en pequeñas actividades por ejemplo control de peso y talla, así como graficar dichos resultados en las tablas de crecimiento. En cuanto a las madres de familia nos quedamos medio día en sus casas y las acompañamos a sus chacras y ayudamos en la preparación de su almuerzo.

Como observadoras se buscó tener una visión amplia, y progresivamente interactuar tanto con las enfermeras como con las madres de familia, 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 de CRED al menor y, lo que hace para que su hijo aumente de peso.

c- Para la participación con alguna observación, se desarrollaron varios niveles de participación con el fin de observar y actuar a través del

involucramiento en sus actividades, tanto de la enfermera como de las madres. Donde se convivió con las enfermeras y familiar durante un día y se participó en el quehacer diario de las enfermeras en el consultorio de CRED y de las madres de familia en sus respectivos hogares, actuando con ellas y formando parte de su cultura.

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

Amezcu²⁸ menciona como una técnica para reforzar la observación se utilice la entrevista etnográfica, pues ésta permitió tener una visión más amplia y completa de los objetos de investigación, ya que facilitó la interrelación de los sujetos con el investigador y darán a conocer sus opiniones, costumbres, creencias, sentimientos y actitudes respecto al cuidado intercultural al lactante mayor con desnutrición.

Esta técnica permitió la recolección de información a profundidad donde el informante expresó y compartió oralmente y por medio de una relación interpersonal con el investigador su saber (opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes) respecto a un tema o acontecimiento.

El investigador tiene las preguntas y los sujetos las respuestas, manteniendo una conversación entre iguales, donde las propias investigadoras son el instrumento, éste avanza lentamente al principio e intenta establecer un rapport inicial.

La entrevista dirigida a las enfermeras del servicio de crecimiento y desarrollo incluyó las siguientes preguntas: ¿Qué actividades realiza en el servicio de CRED?, ¿Cómo diagnostica la desnutrición en el lactante y qué actividades realiza usted para cuidar a los lactantes mayores con ese diagnóstico?, ¿Qué estrategias utiliza para educar a las madres de familia?, ¿Qué prácticas culturales están arraigadas a sus familias que no ayudan a mejorar el estado nutricional de sus niños?, ¿Cómo realiza la negociación con las madres de familia para modificar y mejorar algunas prácticas culturales relacionadas con la nutrición?, ¿Cómo gestiona y utilizan el apoyo que les brinda el Estado?, ¿Las madres reciben algún incentivo por parte del Estado? ¿Cuáles?

En la entrevista dirigida para las madres bilingües se plantearon las siguientes preguntas: ¿Cómo alimenta a su wawita?, ¿Qué alimentos de la zona le da y cómo los prepara?, ¿Qué cantidad de alimentos le da?, ¿Come todo lo que le da?, ¿Cuántas veces le da de comer al día?, ¿Y qué le da?, ¿Cuántas veces le da carne?, ¿Por qué?, ¿Le da frutas y verduras?, ¿Cuáles y por qué?, ¿Por qué cree que su wawita está flaquito?, ¿Qué hace para que su wawita recupere su peso y esté grande?, ¿La enfermera le dice qué comidas darle a su wawita para que suba su peso?, ¿Qué le dice?, ¿Recibe algo por parte del Estado?, ¿Qué le dan en el Centro de Salud?

Por tanto, las preguntas de las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras, y grabadas previa autorización de los informantes, en este caso las enfermeras pertenecientes a la Micro Red Inkawasi y de las madres de los niños lactantes mayores con desnutrición. Se buscó un ambiente cómodo y sin distractores.

También se usó el diario de campo, que es un instrumento de registro de datos propio de las investigadoras, donde se anotaron las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada (lo que no está escrito no sucedió nunca). Donde se tuvo en cuenta lo siguiente: a) cuánto registrar, se hizo después

de cada observación en relación a todo lo que ocurrió en el escenario, b) cómo registrar, se escribió con orden, utilizando técnicas que ayudaron a recordar palabras, acciones, empleando medios mecánicos como grabadora, c) qué registrar, todo lo que se recuerde de las observaciones realizadas, al menos los hechos observados y comentarios del observador.³⁰ Al respecto, las investigadoras llevaron a cabo durante todo el desarrollo de la investigación el registro de los datos relevantes con el objetivo de asegurar su autenticidad. Se realizaron anotaciones en el diario de campo de todas las observaciones de las diferentes escenas y los hechos ocurridos que surgieron en la investigación.

Durante el periodo de ejecución, las investigadoras permanecieron en el Distrito de Inkawasi, estando mañana y tarde; para ello se tuvo en cuenta la disposición de las familias con el fin de brindar confianza lo que facilitó la recolección de datos; así mismo se actuó con prudencia para que no se sientan intimidados y puedan actuar naturalmente y así no hayan sesgos en la información.

El diario de campo donde se registró la observación participante y la entrevista fueron elaborados por las investigadoras y validados por juicio de expertos. Dicha validación fue sometida a una revisión de tres profesionales de la salud con grado de magister, las cuales tienen una amplia experiencia en el trabajo con niños lactantes mayores, desnutrición e investigación. Dos son enfermeras, una de ellas trabaja 18 años en la estrategia de crecimiento y desarrollo del Centro de salud San José, la otra enfermera tiene 20 años en el servicio de pediatría del hospital docente Las Mercedes y experta en la investigación etnográfica; y la tercera profesional es nutricionista, que trabaja hace 15 años en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.

Asimismo después de la aprobación del comité de ética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se realizó la muestra piloto con 02 enfermeras que trabajan en los servicios de Crecimiento y Desarrollo del Distrito de Inkawasi y a 02 madres bilingües que tenían niños lactantes mayores con

diagnóstico de desnutrición, las cuales no formaron parte del trabajo de investigación, esto permitió comprobar que las preguntas formuladas en la guía de entrevista fueron comprendidas y responden al objeto de estudio; es así que aquellas interrogantes que no cumplan con este criterio, fueron reformuladas.

2.6 Procedimiento

Como primer paso se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis 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 de la Facultad de Medicina de la Universidad para su aprobación. Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso respectivo al gerente de la Red Ferreñafe y Micro Red Inkawasi y a los jefes de cada establecimiento de salud, cumpliendo con todo lo solicitado a fin de ejecutar la investigación sin ningún inconveniente.

Una vez establecidos los permisos respectivos se procedió a contactarse con los profesionales de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión. Asimismo se solicitó a la enfermera encargada de CRED la base de datos donde figuren los nombres y direcciones de los niños lactantes mayores que tengan como diagnóstico desnutrición, luego se acudió de casa en casa y se tuvo contacto directo con las madres.

Después de identificar a los participantes de estudio se estableció fecha y hora para realizar la observación y la entrevista; no obstante se hizo firmar el consentimiento informado (Anexo 01) de las enfermeras y de las madres de

familia (Anexo 02). Posteriormente se procedió a la recolección de datos, aplicando la observación participante la cual se registró en el diario de campo (Anexo 03-04), la entrevista a las enfermeras que laboran en el servicio de CRED (Anexo 05) y a las madres bilingües (Anexo 06).

Para realizar la observación participante las investigadoras en un primer momento permanecieron ajenas a la situación que observaron, siendo más espectadoras que actores, permitiendo registrar la información en el diario de campo, sin interacción, ni implicancia alguna, pretendiendo obtener máxima objetividad y veracidad posible, para lograr que los sujetos observados, no alteren su comportamiento en torno al cuidado al lactante menor con desnutrición, se utilizó como estrategia la incorporación de las propias investigadoras como personal de apoyo en CRED donde laboran las enfermeras y se apoyó a las madres en sus actividades cotidianas en sus hogares relacionadas con el cuidado al niño lactante que padece desnutrición, aproximadamente se realizaron tres visitas en cada lugar.

La entrevista a los profesionales de enfermería se realizó en los centros de salud pertenecientes a la Micro Red Inkawasi, después de la jornada laboral, en el mismo consultorio de CRED, previamente coordinando con el jefe del establecimiento, evitando así, que los sujetos se sientan intimidados y puedan expresar sus experiencias relacionados al objeto de estudio. La entrevista a las madres de familia se realizó en las salas de sus casas y campos de cultivo después de haber realizado sus quehaceres, previa coordinación con los padres de familia, para evitar distractores o interrupciones.

El tiempo estipulado fue aproximadamente de 30 minutos, además fueron grabadas mediante un reproductor mp3, luego fueron transcritas por las mismas investigadoras conforme se realizó cada una de ellas, a fin de mejorar el proceso de recolección; y para dar mayor validez a los resultados después de haberlas

transcrito, fueron presentadas a las enfermeras y madres de familia para corroborar si están de acuerdo o desean agregar o quitar algunos escritos.

La recolección de los datos se realizó aproximadamente entre los meses de Abril a Junio de 2015. Una vez recogidos todos los datos se procedió al procesamiento de la información.

2.7 Análisis de datos

Se utilizó el análisis temático según Spradley³⁰ las cuatro etapas: análisis de Dominio, Análisis Taxonómicos, Análisis componencial y Análisis de Temas:

a) Análisis de dominio es el proceso en el cual se analizaron los datos referentes a situaciones sociales, que se obtuvieron por medio de la observación y de las entrevistas, los cuales se analizaron para identificar luego 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 pudo gradualmente juntar registros más grandes de lo que sucede en una escena cultural.

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



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

| 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 para algo | X es una razón para hacer Y |
| 5. Localización para realizar la acción | X es un lugar para hacer Y X se usa para Y |
| 6. Función | X es una manera de hacer Y |
| 7. Medios-fin | X es un paso que se encuentra en Y |
| 8. Secuencia | La X es una característica de Y |
| 9. Atribución | |

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



El análisis taxonómico, es un conjunto de categorías relacionadas sobre la base de una relación semántica, pero a diferencia de los dominios, muestra la relación entre todos los términos incluidos.

b) El análisis componencial, como último nivel, definido como “una forma útil de análisis que nos ayudó a establecer el significado a través del contraste”. Al identificar y entender patrones de contrastes dentro de nuestros datos nos revela tanto acerca del significado cultural como lo hace el identificar y entender patrones de “similaridad”. En otras palabras, el análisis componencial es una manera de buscar componentes de significado.

c) El análisis de temas, consiste en la búsqueda de dimensiones de contraste entre los términos permitiendo construir paradigmas y la verificación de los mismos a través de las entrevistas y observación. 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

En la presente investigación se consideró los cuatro principios básicos de la bioética personalista, donde la condición de persona es el fundamento ontológico – real, según Sgreccia³¹. Así tenemos:

El valor fundamental de la vida humana y el respeto a su dignidad.-
Durante todo el proceso de la recopilación de datos se tuvo en cuenta el respeto a la vida, dignidad de los sujetos de la investigación y dignidad de las familias como grupo social. Anteponiendo su importancia de los mismos ante cualquier otro tipo de interés que pudiera afectar su integridad del grupo cultural, en sus diferentes dimensiones, físicas, psíquicas y/o espirituales. La investigación se realizó guardando el debido respeto, es por ello que durante la investigación las enfermeras y madres de familia no fueron utilizadas como objeto sino como fin,

por ello se les colocó un seudónimo en el diario de campo y las entrevistas, guardando su respectivo anonimato.

El principio de la libertad y la responsabilidad.- Este principio se tuvo en cuenta con la finalidad de dar a los sujetos de estudio, la libertad y responsabilidad para participar en la investigación; considerando la opinión de cada enfermera y madre, respetando sus versiones en cuanto al cuidado y manejo de la salud, así mismo, se respetó la decisión de participar en la investigación, para la cual se les solicitó la firma del consentimiento informado con el fin de dar la opción y la libre elección de ser partícipe de la investigación, pudiendo retirarse en cualquier momento del mismo.

Principio de socialidad y subsidiariedad.- Este principio se mueve a toda persona singular a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se considera la propia vida y la de los demás como un bien, que no sólo es personal sino también social y se exige a la comunidad a promover el bien común, sin discriminación de edad, sexo, religión, situación social, económica y cultural.

El principio de socialidad está integrado en el de subsidiariedad que prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados. A través de este principio se promovió la participación de todas las enfermeras y las madres que cumplan con los criterios de inclusión. Al finalizar la investigación se les proporcionó una consejería.

2.9 Criterios de rigor científico

La investigación cualitativa ha adquirido una gran relevancia en el ámbito de las ciencias sociales y la salud, dado que permite un acercamiento más global y comprensivo de la realidad. La calidad de la investigación en estas ciencias es un aspecto fundamental que los (as) investigadores (as) deben garantizar y que los (as) profesionales necesitan valorar antes de utilizar los resultados de los estudios.

La calidad de un estudio estuvo determinada, en buena parte, por el rigor metodológico con que se realizó. Existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.³²

Credibilidad:

Se logró cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participan en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Es muy importante reconocer que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador. Captar lo que es “cierto”, “conocido” o la “verdad” para los informantes requiere escuchar de manera activa, reflexionar y tener una relación de empatía con el informante. De acuerdo con esto se puede decir que el objetivo del investigador es involucrarse en el mundo de las personas lo cual exige paciencia, reflexión y evaluación permanente.

Este se logró porque las investigadoras retornaron al escenario de la investigación para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares. Los informantes fueron capaces de corregir los errores de interpretación de los hechos observados o de las entrevistas transcritas, es decir ellos ayudaron a clarificar las interpretaciones de las investigadoras.

Auditabilidad o confirmabilidad:

Se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro (s) investigador (es) pueden seguir “la pista” al investigador original y llegar a hallazgos similares. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones o ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro

investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original y cuando tengan perspectivas similares.

En este trabajo de investigación, la información que se recolectó fue guardada por 5 años para futuras investigaciones y dejar constancia de la veracidad de la misma, luego de este periodo se procederá a eliminar la base de datos. Se utilizaron cintas de grabación; se describieron las características de los informantes, su proceso de selección y se analizó la observación participante registrada en el diario de campo y la transcripción de las entrevistas.

Transferibilidad o aplicabilidad:

Consiste en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Se describió densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno es estudiado, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos. Y se narraron 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

3.1 Descripción del escenario cultural: Los hogares de los niños con desnutrición y los consultorios de enfermería en Inkawasi.

Inkawasi, como Micro Red pertenece a la Red Ferreñafe, posee 13 establecimientos de salud; correspondientes a la zona alto andina de la región Lambayeque, se caracteriza por ser un lugar frío y accidentado. Lo que conllevaría a que durante las visitas a los puestos de salud se tenga pequeños percances; como el haber caminado bajo la lluvia, pasar sobre quebradas, caminar horas para llegar a los caseríos, etc.

Con respecto a las distancias, tomando como referencia el distrito de Inkawasi propiamente dicho, el puesto de salud más cercano, a 30" en moto lineal; en el mismo tipo de transporte el más alejado está a 3 horas de distancia. Y para llegar al distrito partiendo desde la ciudad de Chiclayo son en promedio 5 a 6 horas.

Durante las visitas a las casas de nuestros informantes, se tuvo pequeños percances, como el haber caminado por el barro y bajo la lluvia, tener mucho frío, caminar mucho para llegar a los hogares de las madres pues a pesar de estar en un mismo caserío la distancia mínima de un hogar a otro fue de 30 minutos pues se tuvo como principal obstáculo el camino, ya que estaba lleno de lodo y piedras debido a los huaycos, a pesar de ello cuando se llegaba a los hogares de las madres siempre nos recibían de manera cálida, a pesar de no ser de la zona y hablar su mismo idioma el cual fue también un obstáculo para la comunicación; quienes fueron de mucha ayuda para poder comunicarnos fueron los niños quienes muy amablemente nos guiaron y fueron una especie de guías y traductores.

Por otro lado se logró observar que tienen sus propias costumbres y formas culturales de cuidar a sus hijos, diferente manera de vivir, alimentarse y sobre todo demostrar la parte afectiva, las mismas que son parte de su cultura; para lo cual el personal de enfermería al interactuar con este grupo humano se ve obligado a comprender, aprender, interpretar, explicar las conductas y características de este grupo, para así brindarles un cuidado intercultural.

En cuanto a los diferentes centros de salud cuando se llegó a cada uno de ellos, siempre hubo una acogida cálida por parte de las enfermeras, pues no es muy común ver por ahí a otras personas que no sean los lugareños.

Los puestos de salud tenían muchas cosas en común; eran construcciones de un solo piso, todos tenían residencia, que bien era allí mismo o al lado; algunos de sus ambientes eran más llamativos que otros por ejemplo los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, contaban con una farmacia, un espacio para historias, consultorio médico y de CRED (en algunos había obstetricia y odontología también); se podía apreciar avisos publicitarios del Ministerio de Salud (del proyecto DCI); algunos poseían periódico mural, otros no.

3.2 Descripción de los participantes de estudio

En la investigación las enfermeras se mostraron colaboradoras y amables. La información se saturó con 10 enfermeras, de los siguientes establecimientos: C.S. Inkawasi, P.S. Lanchipamapa, P.S. Kongacha, P.S. Totoras y P.S. Marayhuaca.

A cada uno de los puestos de salud se logró tener acceso gracias a la colaboración de la jefa de C.S. Inkawasi, quien era una enfermera y colaboró con la movilidad (moto lineal), además presentó a las investigadoras a cada una las enfermeras y miembros del C.S, esto contribuyó a una mayor accesibilidad al momento de observar y entrevistar.

Todas las enfermeras, sujetos de estudio, procedían de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, sus edades oscilaban entre los 22 y 25 años, con estado civil solteras, una casada y de religión católica. En cuanto a su experiencia laboral durante la estancia en sus puestos de salud, refieren que al inicio fue duro por el idioma, la cultura, la falta de accesibilidad a los medios de comunicación, el hecho de vivir fuera de casa y hacerse responsable de un establecimiento de salud.

Por otro lado las familias también fueron diez, se les observó en forma general en los establecimientos de salud, tomando nota de algunos aspectos relevantes; para luego pedirles permiso de ir a sus casas; fue ahí donde se evidenció que son personas muy tímidas y reservadas ante extraños, por lo que se tendría que pasar mayor tiempo con ellas para lograr obtener respuestas significativas. Es así que en la medida que estábamos con ellas, se iba entablando mayor confianza con las familias compartiendo mayor tiempo con ellas. Todo ello fue posible gracias a la amistad que en un primer momento se entabló con las enfermeras y el personal en general.

Las familias fueron nucleares, es decir, estuvieron presentes ambos padres y los hijos; en algunas monoparentales, es decir, solo eran las madres y sus hijos. Se observó y luego entrevistó a los padres, los mismos que tenían entre 20 y 45 años en promedio. Todos eran de estado civil conviviente y el número de hijos era entre 2 y 5 por familia; el grado de instrucción que poseían en su mayoría era primaria incompleta. El sustento de dichas familias era la agricultura y la crianza de algunos animales, como: vacas, pollos, cuyes, chancho y en algunos casos la venta de productos en una pequeña bodega.

En relación a su forma de vivir, la mayoría presentaba hábitos de salud e higiene deficientes, procuran respetar los horarios de comida, aunque siempre lo hacen de acuerdo a como avancen sus actividades, ya sea en la casa como en el campo, ya que para ellos lo más importante son sus cultivos, animales y luego su

alimentación.

Sus casas presentaban hacinamiento, tenían una sola habitación donde podía haber cama para todos los niños, o en el suelo con frazadas, y otra para los padres, en la cocina tenía sus animales, los cuales paseaban por toda la casa.

Al momento de realizar las entrevistas se brindó un clima cálido, a pesar de ello al emitir sus respuestas se evidenciaba un silencio entre sus integrantes, luego se trataba de explicar mejor la pregunta y se lograban obtener respuestas cortas como, "sí", "no" o frases de 2 a 3 palabras. Por esta razón se optó por solo observarlas en un primer momento, para luego hacerles preguntas sin entrevista, ni grabadora en mano para que sus respuestas sean más fluidas y espontáneas, dicha acción tuvo mejor resultado pues se iban soltando más y se pudo obtener algunos datos adicionales. Frente a esta situación más adelante se optó por la convivencia en los hogares de las familias, con la finalidad de tener datos a mayor profundidad.

La estancia en sus hogares fue agradable y enriquecedora, pues se descubrió que no solo el personal de salud puede tener detalles con ellos, al momento de darles un incentivo para que se atiendan, si no que ellos también los tienen por el simple hecho de tratarlos bien. Mientras se estuvo allí se nos proporcionó, el mejor plato de comida y siempre permanecieron al pendiente de que nos sintamos bien.

Cuando se mencionó que servían el mejor plato de comida, muchos se podrán imaginar que presentaban un buen trozo de carne o algún plato típico, pero no es así, se dijo en el sentido de la doble ración servida. Durante la estadía, la única fuente de proteínas que se tuvo fue un huevo sancochado. En el transcurso del día lo que consumen es el famoso caldo (que contiene arvejas, papa, y fideos). Solo en casos especiales se puede freír un huevo o en el mejor de los casos matar un animal como por ejemplo una gallina o cuy. El consumo del

arroz es esporádico, ya que por su costo no lo adquieren mucho; en cuanto al consumo de frutas, mientras se permaneció allí no se pudo evidenciar, pues casi nunca las consumen (las frutas no se comercializan mucho y no se siembran por ser Inkawasi una zona fría), lo que más consumen son tubérculos que ellos mismos cosechan.

En una familia, eran 7 miembros, la madre, abuela, y los 5 niños, es ahí donde se pasó mayor tiempo, logrando evidenciar cómo era su día, en la mañana sacaban a pastear a su chanco por los sembríos más cercanos, luego cocinar, en el cual era preparar un caldo con papas, arvejas y fideo, y para el arroz un pedazo de huevo (repartido para todos), la cocina es de esteras con poca ventilación e iluminación debido a que cocinan con leña y el humo se acumula allí, se sientan en bancos o en el suelo para comer, se lavan las manos solo con agua. Y para la cena solo se les da una taza de tecito, o alguna agua de manzanilla, hierva luisa, etc.

En otro hogar había ambos padres y su hijo, el padre salía muy temprano a trabajar a su chacra, y la madre tejía durante toda la mañana para luego preparar su comida. Y así es casi la misma rutina del resto de familias.

3.3 Temas culturales

Después de la selección de los informantes para las visitas, observación participante, se procedió a realizar las entrevistas, las cuales se efectuaron en las jurisdicciones de los diferentes establecimientos de la Micro Red Inkawasi. Después de un exhaustivo procesamiento de datos, a continuación se presenta los temas y subtemas.

TEMA A: PRIMER CONTACTO INTERCULTURAL Y DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: CRED AMBIENTADO CON MATERIALES NATIVOS.

- A.1 Ambientación con materiales nativos
- A.2 CRED y Diagnóstico nutricional.
- A.3 Consejería nutricional.
- A.4 Participación del Ministerio de Salud

TEMA B: ALIMENTACIÓN, SUPLEMENTACIÓN Y MONITOREO AL LACTANTE MAYOR CON DESNUTRICIÓN: DICOTOMÍA CULTURAL.

- B.1. Alimentos propios que consumen en la zona.
- B.2. Monitorización en la suplementación de multimicronutrientes.

TEMA C: BARRERAS CULTURALES QUE IMPIDEN MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL.

- C.1. Barreras en la Educación intercultural.
- C.2 Falta de higiene para la alimentación.
- C.3. Deficiente relación afectiva padres e hijos y falta de interés por la salud.
- C.4. Creencias en el cuidado: salud /enfermedad

TEMA A: PRIMER CONTACTO INTERCULTURAL Y DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: CRED AMBIENTADO CON MATERIALES NATIVOS.

Las labores que desempeña la enfermera jefe del C.S y serumista están enfocadas dentro sus competencias, pues dicho centro-Inkawasi hay un médico, dos obstetras, un biólogo, una odontóloga, tres enfermeras, dos técnicos, un personal de limpieza, donde cada uno cumple sus funciones; a diferencia de los otros tres puesto de salud que sólo hay un médico y una enfermera donde cumplen diferentes funciones.

La principal función que cumple la enfermera es en el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), suministro de multimicronutrientes, atención según etapa de vida, priorizando en su mayoría la atención del niño menor de 5 años. Es por ello que se ha creído conveniente analizar estas acciones, el primer contacto y los materiales nativos con que se ambientan los consultorios de CRED.

Es así que en los establecimientos y puestos de salud existe una estrategia de crecimiento y desarrollo (CRED) en las cuales se realizan diferentes actividades tal como se menciona anteriormente; según la norma de CRED, nos dice que es el conjunto de actividades periódicas, sistemáticas, desarrolladas por el profesional enfermera(o) 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.²⁵

La enfermería de salud comunitaria es la práctica en la comunidad con un enfoque principal en la atención sanitaria de las personas, las familias y los grupos en una comunidad cuyo objetivo es conservar, proteger, promocionar o mantener la salud. Tal es el caso de las enfermeras que trabajan en la Micro Red

de Inkawasi quienes trabajan no solamente con los niños que acuden al consultorio de CRED, sino también con los niños que acuden por diferentes motivos mediante las visitas domiciliarias por ende educan a las familias de los mismos.

Se describe como cultura a los pensamientos, la comunicación, las acciones, las costumbres, las creencias, los valores y las instituciones de los grupos raciales, étnicos, religiosos o sociales.³³

Cultura es un concepto que se aplica a un grupo de personas cuyos miembros comparten valores y maneras de pensar y actuar que son diferentes de aquellas personas que están fuera del grupo.

En cuanto a lo antes mencionado las autoras comparten dichas definiciones pues en una cultura hay diversidad de costumbres, creencias y valores muy arraigados que se han ido transmitiendo de una generación a otra; donde personal de enfermería tiene que llegar a un punto de negociación e intercambio de conocimientos para que las madres que acuden al consultorio de CRED y sientan que las enfermeras se identifican con ellos y con su cultura.

A.1 Ambientación con materiales nativos

Es fundamental destacar que las principales acciones e iniciativas en torno a la interculturalidad tienen lugar en el primer nivel de atención, ya que éste representa el primer contacto que las personas tienen con los servicios de salud. Considerando la organización que tiene nuestro sistema; el primer nivel de atención se ubica en la comunidad, y se encuentra conformado por equipos de atención integral de salud y el equipo de apoyo de las áreas de salud, quienes son responsables de procurarles una atención integral y continua a las personas; además de servirles de enlace con el resto de la red de servicios.³⁴

Posteriormente, se encuentra el segundo y tercer nivel, los cuales a pesar de encontrarse más orientado a la curación y rehabilitación pueden integrar en sus procesos de toma de decisiones las características culturales.

Estos aspectos enfatizan la incorporación de la interculturalidad desde una perspectiva individual y colectiva, en donde en la primera, tomando en consideración lo propuesto por Leininger en Raile (2015)¹⁶ en su teoría transcultural, se busca integrar y empoderar a la persona en su proceso de salud - enfermedad, por medio de la construcción de conocimiento en conjunto a partir de sus propios saberes y contexto; logrando por tanto, que la persona asuma un papel participativo en su propio autocuidado y promoviendo que las prácticas y acciones a realizar sean viables en su contexto.

Es así que la valoración cultural invasiva lleva tiempo y requiere una relación de confianza entre los participantes, puesto que el primer contacto es el inicio de la relación de confianza y seguridad para las madres de familia que asisten al consultorio de CRED, durante las visitas se observó que los establecimientos de Salud de la Micro Red de Inkawasi tienen un ambiente físico con diseños, murales, paneles acorde con la cultura de la población, esto hace que sea un lugar acogedor.

Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Basado en lo anterior, se busca propiciar comunidades participativas y empoderadas; las cuales trabajan en pro del bienestar común bajo una concepción de salud integral; por ende, se rompe la concepción biológica y reduccionista de la salud promoviéndose una transformación en cuanto a las prácticas de salud y enfermedad. Considerando lo anterior, se destaca que tanto

la intervención individual como colectiva representan maneras inmediatas de promover la interculturalidad y en la cual tienen participación directa, tanto las personas usuarias como los proveedores de salud. No obstante, resulta fundamental intervenir a nivel estructural; como lo describe Fernández⁵⁵: “penetrar y transformar las instituciones y estructuras que constituyen el edificio social. Es decir, lograr que las instituciones estén estructuradas de tal forma que reflejan y a la vez facilitan las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas”. Conllevando, a que las políticas y los procesos de decisiones procedan de una manera culturalmente respetuosa además de justa; en donde la diversidad cultural provee insumos, amplía la visión en la planeación y desarrollo de programas y proyectos.

Las investigadoras consideran que el ambiente e infraestructura intervienen indirectamente en el primer contacto con las personas, así se evidenció en el consultorio de CRED; los escritorios están cubiertos con manteles hechos del material de la zona y colores típicos. Así lo describe la enfermera:

“No sé si te habrás dado cuenta que al ingreso del establecimiento se observan murales con palabras en quechua con fotos de personas del lugar, con temas alusivos de cómo prevenir las enfermedades respiratorias y diarreicas”

Es por ello que los profesionales de enfermería, quienes trabajan en el consultorio de crecimiento y desarrollo, deben disponer de talento humano y estar capacitados en el tema, con el fin de brindar atención humanizada de calidad, que garantice intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas. La enfermera es una educadora por excelencia, ya que siempre se dirige a los cuidadores, familiares, comunidad y también al niño, para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo infantil. Contribuye en su desarrollo integral, enriquece su formación y fomenta su realización dentro de la sociedad del futuro.⁵⁶

Además, la teoría del cuidado de Swanson en Raile¹⁶ afirma que los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener creencias), la comprensión

(conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitido al cliente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente). Es decir, la base fundamental de enfermería es brindar un cuidado de calidad, velando por el bienestar del usuario y fomentando el lazo de enfermera–usuario–entorno, con la única finalidad de promover, prevenir y efectivizar su recuperación de su estado de salud de manera integral.

“Mira aquí en el consultorio hemos colocado un banner de estimulación temprana donde hay fotos de las actividades que realizan las madres en las sesiones, como para que ellas sientan que las tomamos en cuenta.”

Con lo mencionado, podemos decir que el entorno, la manera en que están ambientados los consultorios de crecimiento y desarrollo influyen en las madres de familia, ya que con mantos de su propia cultura ellas se sienten identificadas, logrando sentir más confianza al momento de su atención en dicho lugar. Además dentro del consultorio la enfermera tendrá que hacer la evaluación del niño.

A.2 CRED y diagnóstico nutricional

Dentro de las actividades que se deben realizar en el consultorio de CRED deben de ser de manera periódica a la niña y niño que tiene por objeto realizar la evaluación integral, que comprende: estado de nutrición, estado de desarrollo y la valoración de los factores determinantes relacionados a su salud y nutrición. En la consulta se desarrolla: Evaluación Integral, estado actual de nutrición: evaluación del peso y talla al nacer, ganancia de peso y talla. Estado de desarrollo: habilidades y capacidades de la niña y niño, signos de maltrato, violencia y otros priorizados localmente.³⁷

Lo cual es mencionado en el siguiente discurso:

“Hacemos control de crecimiento y desarrollo, lo que estimulación temprana, lo que es aplicación de inmunizaciones según corresponda según calendario y obviamente se regulariza y lo que es consejería es todo un paquete integral

que se le da al niño según la edad que este tenga, tamizaje de hemoglobina, evaluación psicomotriz”

“Para la evaluación de los niños utilizamos las balanzas, tallímetro, el material para evaluar el desarrollo psicomotor, los implementos para la vacunación. Como puedes observar hay afiches grandes de cuanto deben pesar y medir los niños con figuras alusivas a niños de las diferentes regiones.”

En los discursos anteriores se evidencia que en la estrategia de CRED se realizan diferentes actividades las cuales, tienen como objetivo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

La evaluación del estado nutricional constituye una actividad prioritaria en la atención de salud del niño y niña. Permite guiar acciones educativas de salud, así como políticas, programas e intervenciones y de ser necesario modificarlas con miras a una correcta atención de salud y/o utilización efectiva de los recursos.

El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

Los centros de salud cuentan con la balanza de tipo redonda de resorte, tipo reloj y tallímetros para el control de peso y talla, cuando llegan las madres con sus hijos para ser atendidos en el consultorio de CRED estos primeros son pesados y tallados por el personal técnico de enfermería, para dicho control de peso no se le retira toda la ropa por que las temperaturas son muy altas, por ende no se tiene un peso correcto.

“Es un poco complicado, porque, tú no los puedes desnudar, la norma te dice que tiene que estar con el mínimo de ropa, pero es que el frío es tal, que al minuto si tú le quitas toda la ropa, el niño ya se orinó ¿por qué? Por el frío; entonces tú tienes que primero cerrar la puerta bien, que no haya corrientes de aire y les dejo con lo mínimo, con su falditas, sus polleritas, y así, les dejo con el mínimo de ropa, les quito el gorrito, las mantas que pueden tener encima, entonces más o menos le calculo ¿cuánto puedes pesar eso? Y le descuento, eso es lo que yo hago”

Excepto en un Puesto de Salud donde la enfermera corrobora los datos que le proporcionan el personal administrativo, puesto que no cuentan con personal técnico.

Yo refuerzo el control de peso y talla, bueno algunas veces, hay momento en los que estoy bien atareada y me espera una fila de madres afuera con sus niños es imposible de nuevo pesar y tallar .yo los he capacitado para que pesen al niño, igual cuando lo tallan, sin gorros ni zapatos. Pero a veces los niños hasta para eso lloran y ya cuando se ponen así, me los mandan con los datos de la consulta anterior. Pero me gusta corroborar, lo que pasa es que hay momentos que me ponen un peso y yo digo ese peso es del mes pasado por que yo los atiende y me gusta revisar y veo que no gana peso o veo que es lo que está pasando, igual con las vacunas prefiero demorarme y hacer las cosas bien.

Después de obtener el peso y la talla estos son graficados en las tablas que están en el carnet de crecimiento y desarrollo, donde se evalúan tres parámetros; los valores de estas medidas por sí solos no tiene significado pero cuando se relacionan entre sí y con la edad, generan los siguientes indicadores: Peso para la Edad (P/E), Talla para la Edad (T/E) y Peso para la Talla (P/T).

Las medidas, son valores cuantitativos, los más utilizados son la edad, el peso y la talla; el índice es la combinación de las medidas, ejemplo: Peso/edad y el indicador, es una categoría específica del valor del índice.

Se registra y grafica en el carné de CRED del niño, es útil y sencillo. Este indicador es sensible para detectar cambios en el peso del niño que está siendo atendido en forma continua. Curva ascendente, indica que el niño tiene ganancia de peso. La curva plana o descendente, indica que está desnutrido o tiene riesgo de desnutrición (aun cuando está en verde).

El déficit de peso para la edad, también denominado desnutrición global, es una combinación de los dos posteriores (P/T, T/E). Se considera no recomendable su uso como único método de evaluación, ya que niños con déficit en talla pueden ser calificados; el indicador de T/E Este indicador nos permite estimar el crecimiento lineal y es sensible a deficiencias nutricionales crónicas reflejando la historia nutricional del niño. El crecimiento en talla es más

lento que en peso, así al año de edad mientras que un niño ha triplicado su peso de nacimiento, solo incrementa la talla en un 50%.

Se considera que el déficit de talla para la edad, también llamado desnutrición crónica, es una condición prácticamente irreversible y por último el indicador de P/T Este indicador mide el estado nutricional actual, es útil para saber si el niño está adelgazando o no. Es un indicador de desnutrición aguda que nos habla del corto plazo. Es técnicamente difícil de obtener, se necesita: tablas de peso para estatura, balanza y tallímetro, así como personal adiestrado.

“ Con las tablas que nos da el ministerio, tú verificas talla y peso para edad si corresponde. la OMS son, con esas nos están pidiendo que trabajemos esas están un poco acorde, porque las tablas, ilas cartillas! te puede a veces arrojar de que le falta peso y talla, pero sin embargo las tablas de la OMS te salen normal, entonces lo que yo hago es verificar en ambas pues ino! me fijo en su peso y su talla, comparo con la tabla si es que le falta o no y ya pues de ahí sacas tu cuenta pues ino!, en sí te fijas con la tabla exactamente ”

El personal que labora en estos centros de salud debe contar con todos los materiales necesarios, así como realizar dichas actividades de manera correcta, para así tener un buen diagnóstico nutricional por consiguiente la enfermera dará una correcta consejería nutricional a las madres de familia.

A.3 Consejería nutricional

En el ámbito de la atención primaria, las actividades de promoción de la salud infantil inciden de manera directa en la identificación de factores de riesgo y en la detección precoz de patologías. Estas acciones se realizan a través de intervenciones terapéuticas y educativas cuyo objetivo es la adquisición de hábitos saludables durante las primeras etapas de vida. El objetivo fundamental de los programas de salud infantil es contribuir en la promoción y vigilancia del estado de salud de los niños para que estos tengan un adecuado crecimiento y desarrollo.³³

Las enfermeras deben utilizar habilidades de comunicación interculturales para interpretar la conducta del paciente dentro de su propio contexto de

significados para comportarse de una manera congruente culturalmente. La comunicación intercultural requiere destrezas lingüísticas, interpretación congruente culturalmente requiere de conductas de los otros, escucha y habilidades de observación.³⁶

Con lo antes mencionado las investigadoras observaron que en dos de los centros de la Micro Red de Inkawasi las enfermeras manejan un poco el Quechua y esto les permite que reciban a las madres de familia saludándolas en su mismo idioma, les piden el carnet de sus hijos y le preguntan en quechua si han tenido gripe o han estado con diarrea.

Un buen estado nutricional se consigue con una buena alimentación (cantidad suficiente y variedad adecuada), y con el acceso a algunos recursos y servicios básicos como son el agua potable, el saneamiento, la educación y la salud.

Añadido a esto es fundamental una buena consejería nutricional la cual se define como un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional.

Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común. Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud del establecimiento deberá visitar periódicamente el hogar de la niña, el niño o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud y la higiene, así como el acompañamiento eficaz del padre. Las visitas domiciliarias deben ser

consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes.²¹

Sin embargo para que esta consejería pueda ser más efectiva, en el escenario donde se realizó la investigación; es conveniente realizar una consejería con enfoque intercultural que según el MINSA es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución.²¹

Los alimentos deben ser aceptables para una cultura o unos consumidores determinados, por lo que hay que tener también en cuenta, en la medida de lo posible, los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y el consumo de alimentos, así como las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles. Así lo manifestaron las enfermeras que laboran allí.

“yo sé que ahí hay leche, entonces les explico, usted si tiene maicito lo va a tostar, lo va a moler y eso le va hacer una mazamorrta para su bebé; entonces ahí tú sabes que el aporte de calcio al menos va a estar presente porque sabes que hay leche y luego sabes que hay queso, entonces también puedes explicarle, sabe qué le puede dar papita con su quesito, entonces ahí estás cubriendo 2 cosas: por un lado sus carbohidratos y por otro lado proteínas”

“Les enseño con imágenes, folletos, si es posible abro un micronutriente les enseño, a veces preparo temprano papa sancochada y les voy enseñando como se va haciendo, como una sesión demostrativa, y les voy explicando”

Así mismo las madres manifestaron también las madres de familia.

“Si me dice que le de huevo, avena, unos sobres para ponerle a la papa sancochada una vez al día, a la 1”

González³⁸ en su investigación se puede afirmar que las costumbres de alimentación infantil son para las madres la principal barrera para "cumplir" las recomendaciones del complemento. En consecuencia, ¿es preciso modificar las costumbres alimentarias para que se ajusten al programa? o, por el contrario, ¿los programas nutricionales deben buscar la forma de integrar el conocimiento médico con lo cotidiano? Los autores recomiendan lo segundo y reconocen que, desde la visión biomédica, algunas prácticas deben modificarse, por ejemplo disminuir el empleo de alimentos líquidos durante la alimentación y enfatizar la importancia de la alimentación de los menores de dos años.

La calidad y la cantidad de alimento influyen profundamente en el crecimiento y desarrollo del lactante. Las enfermeras están en una posición única para orientar a los padres a seleccionar y proporcionar una alimentación nutricionalmente adecuada para su hijo. Factores como su cultura, las demandas de rol en el caso de la mujer tiene que ver su chacra, animales y en eso ocupa su mayor parte del tiempo, las experiencias previas influyen en los métodos de alimentación.

A.4. Participación del Ministerio de Salud

Para que la desnutrición sea erradicada del país, no solo se necesita la labor del personal de salud, si no el trabajo en conjunto con el Estado. Hoy en día, se está viendo el apoyo y el interés por los niños con desnutrición, puesto que existen proyectos como; Desnutrición Crónica Infantil (DCI). Siendo derecho de todo niño y esto consta en la Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del niño pequeño otorgado por la OMS y UNICEF, en el cual dice que Los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas comparten la responsabilidad de garantizar el cumplimiento del derecho de los niños a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, y el derecho de las mujeres a una información completa sin sesgos, así como a una atención de salud y una nutrición adecuadas.³⁹

Esta política integral tiene que acompañarse de un plan de acción detallado, donde figuren metas y objetivos definidos, un calendario para su logro, la distribución de responsabilidades para la aplicación del plan, e indicadores cuantificables para su supervisión y evaluación. Con ese fin, cuando sea preciso los gobiernos deberían recabar la cooperación de las organizaciones internacionales que corresponda y de otros organismos, inclusive las instituciones mundiales y regionales de préstamo. El plan debería ser compatible con las demás actividades concebidas para contribuir a una nutrición óptima del lactante y del niño pequeño, y formar parte integrante de esas actividades.

El apoyo del estado está dándose en diferentes maneras, aunque no en un cien por ciento, pero de una u otra forma esto ayuda a los niños con desnutrición, y esto son las manifestaciones de las enfermeras:

“el estado brinda apoyo según la norma técnica en el material y hay un proyecto de inversión pública también, que trabaja con desnutrición crónica infantil pero muchas veces hay problemas en el acceso a los caseríos y la ayuda no siempre llega”

“aquí existe el programa juntos que es un programa que se encarga de darles mensualmente como un incentivo, es un pago del estado que les dan para aquellas personas que cumplen con el control de sus niños, eso es un tema que... mucho van al control y creen que el control es peso y talla y ya, no permiten que al niño se les de vitaminas porque dicen que las vitaminas les hacen mal porque les baja el apetito, eso es su creencia de ellos, entonces tenemos como cierto negocio con ese programa para que las persona que están beneficiadas de este programa tengan que cumplir con todo el paquete de control de crecimiento y desarrollo, peso talla, evaluación psicomotriz, evaluación del desarrollo, lo que son tamizajes de parasitosis anemia, inmunizaciones y suplementación, y asistir al menos mensual”

Pero los padres y otros dispensadores de atención son directamente responsables de la alimentación de los niños. Sin embargo, los padres, siempre interesados en disponer de información precisa para que sus decisiones en materia de alimentación sean correctas, están limitados por su entorno inmediato. Puesto que es posible que su contacto con el sistema de atención de salud sea poco frecuente durante los dos primeros años de vida de un niño, no es

extraño que los dispensadores de atención estén más influidos por las posturas de la comunidad que por el asesoramiento de los agentes de salud.

Lo mencionado anteriormente es cierto, puesto que los padres no toman muy en serio el tema de la alimentación y el dinero que les proporcionan lo utilizan para otras cosas menos para la alimentación y protección de sus hijos:

“la mayoría tienen celular y se ponen recarga y ahora como ya hay luz que la televisión y esas cosas, entonces priorizan para ellos, es lo más importante entiendes, y lo dejan un poquito más de lado, ese es el problema, que todavía no interiorizan la importancia de su salud”

Por último las políticas públicas no son solo un conjunto de disposiciones legales, administrativas y presupuestales, sino también un modo de relación entre el estado y los ciudadanos. El enfoque intercultural contribuye a mejorar los términos de dicha relación al facilitar que los esquemas e instrumentos de políticas sean más sensibles a la diversidad cultural y estén mejor adecuados a las necesidades diferenciadas de una ciudadanía plural en términos de raza, etnia, género, etc.

TEMA B: ALIMENTACIÓN, SUPLEMENTACIÓN Y MONITOREO AL LACTANTE MAYOR CON DESNUTRICIÓN: DICOTOMÍA CULTURAL.

Para Leininger en Raile¹⁶ plantea que cultura “se refiere a los valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación”.

La alimentación se ve influida por factores como el desarrollo de la persona, género, etnia y cultura, las creencias sobre los alimentos, las preferencias personales, el estilo de vida, la economía, la publicidad y los factores psicológicos. Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la relación íntima que existe entre el proceso de la alimentación y la nutrición en el cuerpo de una persona, y como resultado su estado de salud. Tal es el caso de los niños de las zonas rurales tienen problemas de desnutrición por varios de los factores antes ya

mencionados, es por ello que se han creado diferentes estrategias donde se les brinda suplementación con multimicronutrientes para mejorar su estado nutricional, el cual está monitorizado por el personal de salud.

Se pudo observar que durante la atención en el consultorio de CRED la enfermera educa a la madre de familia quien es la que realiza los cuidados en casa, pero lo realiza en medida que sus posibilidades económicas y culturales se lo permitan, es allí donde se da una dicotomía cultural y se palpan las diferencias culturales que claramente pueden dificultar la comunicación entre personas, por más que persigan el mismo objetivo.

Las dicotomías culturales son aquellas divisiones resultantes de las características nacionales o regionales que reflejan enfoques fundamentalmente diferentes hacia los negocios y la vida diaria, y que con frecuencia pueden crear obstáculos para las personas

B.1. Alimentos propios que consumen en la zona

La disponibilidad son las posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva u otras fuentes naturales de alimentos, o mediante sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario.

Por otro lado la biodiversidad se reconoce cada vez más como un recurso vital. La Convención Internacional sobre Diversidad Biológica (CIBD) la define como la variabilidad entre los organismos vivientes de todas las fuentes que incluyen, entre otras, la terrestre, la marina y otros ecosistemas acuáticos, así como los complejos ecológicos de los cuales son parte; esto incluye diversidad dentro de las especies, entre las especies y de ecosistemas.⁴⁰ Ellos nos manifestaron que le dan lo que tienen en sus chacras por ejemplo:

“Le doy una vez a la semana, pollo, cuy, tobija y vaca de vez en cuando.”

“Fruta le doy, manzana, plátano, mango, verduras casi aquí no hay”

Inkawasi a pesar de la carencia de terreno adecuado para la agricultura, la mayoría de la población se dedica al agro, siembran maíz, papa, oca, olluco, etc.; existen bosques, arbustos, árboles y plantas medicinales (toronjil, manzanilla, romero, lauchi, uña de gato, culén, matico, etc.) En cuanto a la crianza de animales entre las principales variedades sobresalen: sajino, venados, perdiz, gallinas, cuyes, cerdos, ganado. Lo cual lo vemos reflejado en las siguientes unidades de significado.

“Yo le doy habas, oca, olluco, arveja, trigo, papa, maíz, el trigo lo preparo pelado, en mashca y mazamorra.”

“Le doy papita, habas, alverja, arroz con papa, fideos con papa, sopa con caigua y huevo, a veces avena, estofado de pollo con arroz y sopa”.

En la siguiente investigación se describe cómo es que la agrobio-diversidad que tiene un lugar puede influir en la alimentación de las familias, siendo un factor que puede establecer o no al buen estado nutricional en la población; Hammer⁴¹ señala que la agro-diversidad en los países desarrollados se ha diezmado en las últimas décadas, cuando las prácticas agrícolas y las estructuras agrarias en un mercado establecido permitieron pocas oportunidades para la conservación de la biodiversidad agraria. Las hierbas cultivables pueden, por ejemplo, utilizarse como un indicador de la biodiversidad en ecosistemas agrarios, ya que se correlacionan con la diversidad total de las especies y con las relaciones de la cadena alimenticia.

La Declaración de la Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA) de 1996 reconoce la necesidad de una participación equitativa entre hombres y mujeres para alcanzar la seguridad alimentaria sostenible para la población mundial. Asimismo, en la posterior declaración de la CMA de 2002 se reafirma la necesidad de garantizar la equidad de género y de apoyar el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres. Ambas declaraciones reconocen el papel primordial que desempeñan las mujeres en la consecución de la seguridad alimentaria.⁴²

Esto pudieron evidenciar las investigadoras durante los días que convivieron con las madres; pues en su mayoría madrugan para ir a la chacra a ver sus sembríos, alimentar sus animales, en esas actividades invierte la mayor parte de su tiempo, para luego ir a sus casas y preparar los alimentos para toda su familia; dichas actividades las realizan conjuntamente con sus hijos en su mayoría los que están más grandecitos.

Además se observó el rol fundamental de las madres al momento de dar los alimentos; pues algunas madres le dan de comer ellas mismas a sus hijos, otras mamás le dan su arroz en un plato de plástico, los sienta en una silla o en el suelo y los dejan que coman solos en condiciones de higiene deficientes, con la manos sucias y en la cocina donde está llena de humo y con los animales allí mismo.

Los hábitos alimenticios son un factor determinante del estado de salud de la población. En cuanto al requerimiento nutricional del lactante mayor debe ser: Calorías - 1.200 a 1.300 Kcal/día, Proteínas - 25 a 30 gr/día, Hidratos de carbono - 100 a 160 gr/día, Grasas - 35 a 45 gr/día.²⁰ En estos niños su alimentación debe estar basada en leche materna las veces que quiera después de cada comida, dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar, debe servirse en un plato mediano de comidas (siete a diez cucharadas), y agregar diariamente por lo menos una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, “sangrecita”, pollo, etc. Se le debe dar de comer tres veces al día, acompañado de suplementos de hierro y vitamina A.²¹

Las investigadoras a lo largo de toda su investigación pudieron observar que las madres aún les dan lactancia materna, como ellas le dirían “chucho chuchito”, mayormente se lo dan cuando el niño comienza a llorar o después de cada comida.

Por lo antes mencionado y contrastándolo con la realidad estudiada se observó que los niños no se alimenta como deben, pues no reciben lo suficiente para sus necesidades nutricionales. Lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

“Come poquito tres a cinco cucharitas, y siempre come así. Le doy tres veces al día, en la mañana a las 8 le doy arroz con papa, en el almuerzo papa sancochada con huevo y en la noche aguadito.”

“Le doy tres veces al día, a las 8 el desayuno mazamorra con arroz, en el almuerzo sopa con fideo y papa, y en la noche papa con huevo”

“3 veces o 2 veces, a las 11, a las 12, después a las 3, come a cada rato, 3 veces, el desayuno por lo menos a las 7am, avena con su pan, después a las 10 le doy de comer su fruta, como manzana, plátano, o su galleta, en el almuerzo carne.”

Se puede concluir que las familias de los niños con desnutrición deben aprender a utilizar los recursos naturales que tiene en su zona para brindarle una alimentación que supla todo los requerimientos que necesitan, por ejemplo un menú del día puede ser, en el desayuno: huevo y papa sancochada acompañado de leche materna o de vaca; almuerzo: sopa de fideos con papa, arvejas, zanahoria, repollo, con hígado o gallina, su porción de arroz acompañado de huevo, sangrecita, y de tomar su limonada o naranjada, complementando con los micronutrientes. Y para la cena como es su costumbre lo que quede del almuerzo acompañado de leche materna.

B.2. Monitorización en la suplementación de multimicronutrientes.

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 Salud.

En el establecimiento de salud el personal que contacte primero a la niña o niño 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.⁴³

Las enfermeras les explican a las madres en qué momento del día y cuántas veces le deben dar los multimicronutrientes, y al entrevistarlas sabían cómo darles y los conocen como los “sobrecitos rojos”. En el caso del grupo de estudio de nuestra investigación deben recibir 01 sobre de multimicronutrientes por día hasta los 18 meses.

“Administración de multimicronutrientes que se está utilizando en niños menores hasta los 36 meses quiere decir a los 3 años 2 meses el niño puede iniciar como primera dosis sus multimicronutrientes lo adecuado es que el niño inicie a partir de los 6 meses los multimicronutrientes ¿cuántas dosis son? Son 12 dosis que se van a dar mensualmente que se van a dar en cada control que el venga no a partir de los 6 meses tienes que haberle entregado 6 cajitas en cada cajita viene 30 sobrecitos.

Escalante.E⁴⁴, en su investigación Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades, tuvo como resultados: Los facilitadores fueron gratuitos, gran accesibilidad, aceptabilidad favorable del CA y alta credibilidad de las madres en las recomendaciones médicas; las barreras fueron problemas de almacenamiento y distribución, condiciones de pobreza, dilución intrafamiliar, creencias y conocimientos.

“Las sesiones demostrativas, se encargan de enseñar, hacemos una especie de reunión de madres de niños menores de 5 años para enseñarles como tienen que hacer la alimentación.”

“Me han dado unos sobrecitos, para el almuerzo y darle en el sancochado de papita.”

El personal de la salud que realiza la atención de salud de niñas y niños (médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería), es el responsable del monitoreo de la suplementación, a nivel intra y extramural.

Monitorización intramural: El personal de la salud que realiza la atención de la niña o el niño en el establecimiento de salud (médico, enfermera, nutricionista, técnico), debe aprovechar cualquier motivo de contacto o consulta en el establecimiento de salud para monitorear la aceptación y la adherencia al consumo de los suplementos de hierro y multimicronutrientes, fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y registrarlos en la historia clínica y carné.⁴⁵

El monitoreo en el hogar se realiza a través de la visita domiciliaria, utilizando la "Ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda". La primera visita domiciliaria se realiza dentro de la segunda semana (7-15 días) de iniciada la suplementación con multimicronutrientes o hierro; La segunda visita se recomienda realizarla a los 2 meses de iniciada la suplementación o cuando las madres no acuden oportunamente al recojo de los suplementos; La tercera visita se recomienda realizarla a los 9 meses de iniciada la suplementación. En toda visita domiciliaria independientemente del motivo, el personal de la salud (médico, enfermera, nutricionista u otro personal de la salud), debe monitorear el consumo de los suplementos con multimicronutrientes y hierro, y fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y verificar lo siguiente: Consumo del suplemento de multimicronutrientes con preparaciones sólidas/semisólidas y frecuencia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro. Prácticas adecuadas de almacenamiento y conservación del suplemento de los multimicronutrientes (bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad).

Explorar sobre ocurrencia de efectos no deseados relacionados con el consumo de los suplementos y práctica adoptada por los padres o cuidadores en tal caso. Las prácticas de lavado de manos, condiciones sanitarias del domicilio

(consumo de agua segura y eliminación adecuada de residuos sólidos) y condiciones de higiene de la madre y/o cuidador.

Según la situación encontrada en la familia, se brindará orientación, consejería, consulta y/o demostración, fortaleciendo los mensajes del beneficio de la suplementación con multimicronutrientes. Cumplimiento del esquema de vacunación según la edad de la niña y niño; y práctica de lactancia materna exclusiva y prolongada según corresponda.⁴⁵

Mucho de lo antes mencionado lo manifestaron las enfermeras en los siguientes discursos:

“Cuando hemos ido a realizar las entrevistas los caseríos quedaban a 1-2 o hasta 3 horas del centro de salud y justo en los lugares más lejanos es donde hay más niños con desnutrición y ellos son los que no asisten a sus controles.”

“Nos exigen que hagamos un monitoreo de multimicronutrientes pero para ustedes ha sido fácil ir a monitorear a una sola familia no (risas) imagínate nosotros tenemos un promedio de 200 niños que están recibiendo ya para no ser mucho 120 niños que reciben multimicronutrientes tú crees que la enfermera se puede dar abasto, para una sola enfermera para atender acá y para salir, ¿Cuánto se demoran en llegar a una casa? Como 2 o 3 horas verdad entonces creo que ahí tenemos otro problema.”

Si bien es cierto para evaluar si las madres cumplen con darles los multimicronutrientes a sus niños y si se los dan de manera correcta, es necesario el monitoreo que realiza la enfermera, también cabe resaltar que éste no se cumple eficazmente por la lejanía de los caseríos y las casas de las madres, tal como lo han manifestado las enfermeras. Sería importante que haya más organización y personal técnico que pueda movilizar a las enfermeras de un caserío a otro.

TEMA C: BARRERAS CULTURALES QUE IMPIDEN MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL.

Durante la investigación se observó las diferentes barreras que impedían que las madres y enfermeras puedan lograr un estado nutricional adecuado para los lactantes mayores; dentro de las principales encontramos el idioma, sus creencias, ideología, su cultura en sí.

El estado nutricional es el resultado de un conjunto de factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales; cuando estos factores producen una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, se generan problemas nutricionales que tienen como causas básicas aspectos de alimentación, salud y/o cuidados.

Los cuidados consisten en la dedicación, en el hogar y comunidad, atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales, sociales de los grupos nutricionalmente vulnerables. Los cuidados son especialmente importantes en determinados grupos, en particular los niños en crecimiento, los cuales debe permitirse, entre otros aspectos, la lactancia materna, y distribución intrafamiliar de alimentos adecuados. Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos, económicos y sociales.

A pesar que las madres y su educación son el factor principal de los cuidados, se hace necesario el apoyo de toda la familia al ser ésta la unidad social económica de mayor responsabilidad para el bienestar nutricional; esto hace imprescindible considerar las funciones, conocimientos, limitaciones de tiempo, ingresos, recursos y motivaciones de los miembros del hogar y de la familia.

C.1. Barreras en la Educación intercultural.

Las enfermeras del consultorio de Crecimiento y desarrollo (CRED), hablan algunas palabras en el mismo idioma (quechua) para que las madres las entiendan, siendo el caso del saludo y preguntas como: ¿tu niño ha tenido fiebre? ¿Dolor de estómago? ¿Tos o diarrea? Y empezar a entablar una conversación y confianza con las madres. Pero cabe resaltar que no todas las madres hablan

español, es así que ellas van con sus esposos ya que ellos sí hablan dicho idioma y son sus traductores.

En el caso del personal de salud, los técnicos de enfermería hablan ambos idiomas pues ellos son de la zona, siendo así una barrera para la enfermera no poder explicar correctamente sobre la alimentación de los niños, y los padres les “traducen” solo lo que para ellos es más resaltante.

Tal es el caso que la educación intercultural tendrá que pensar y presentar alternativas para el pleno desarrollo de la personalidad humana en el aprecio y respeto mutuo por las otras culturas y estilos de vida.

La educación 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 interculturalismo.

Este diálogo entre culturas es abierto, recíproco, crítico y auto-crítico. Diálogo que comienza por la aproximación y el conocimiento de la otra cultura e implica la relativización de la propia cultura, el descubrimiento y la comprensión de valores alternativos. El desarrollo de la diversidad no debe ser un resultado acabado, sino un proceso de construcción de conocimiento. Es un reto porque la educación en la diversidad debe poder generar y facilitar el intercambio, ya que sólo este intercambio garantiza el enriquecimiento y crecimiento personal mutuo.⁴⁵

Esto no pasa en Inkawasi con las enfermeras ya que por el hecho que no manejan el idioma de allá (quechua) no hay una comunicación abierta, donde cabe el diálogo entre ambas. Esto nos manifiesta una de las enfermeras del lugar:

“Principal obstáculo que tenemos es el idioma porque tú le puedes decir mil palabras, pero de las mil palabras solo entienden una y solo encontramos dos o el personal técnico que trabaja acá es el que maneja en su totalidad el idioma.”

Educar es transformar, modificar, desarrollar. Educar interculturalmente es desarrollar la construcción de una realidad común de convivencia, donde nadie se siente en posesión de la verdad, en depositario o receptáculo único y universal de la verdad. La educación ha de servir para modificar actitudes con respecto a la diversidad cultural y para revisar y transformar nuestros componentes culturales. La educación intercultural parte del hecho sociológico de la existencia de diferentes grupos culturales, uno mayoritario y otros en minoría.

Así, la educación intercultural ha de lograr que la persona pueda desarrollarse en el seno de su propio contexto cultural, sin ningún tipo de discriminación, ni de limitaciones, haciendo óptimamente posible una educación respetuosa con las personas culturalmente diversas, e incluyendo la posibilidad de cultivar plenamente “la cultura propia como garantía de identificación personal para el sujeto y de pervivencia cultural para él”

Es una tarea que las enfermeras deben tomar con conciencia y muchas ganas de ayudar, enseñar para poder lograr que las madres entiendan siendo lo más importante que comprendan lo que se les trata de enseñar, pero se evidencia una realidad muy distinta:

“Por más que las enfermeras tratan de educar a las madres muchas veces no logran comprender lo que se les dice, porque no entienden, se ríen o solo mueven la cabeza como señal de que si entendieron”

“Entonces para que dejen la barrera del idioma de lado seria toda la parte creativa de la enfermera y hacer las sesiones demostrativas ejecutar, y trabajar con ellas, no solo que lo hagas tú, sino que ellas lo vean, la cultura está bien difícil de cambiar por eso está la educación desde pequeños a los niños, porque la cultura no es mala depende del enfoque que tú le des nada más, pero hay cosas que si deben cambiar, hay cosas que le hacen daño, pero es algo progresivo pero tampoco pretendas ir a decirle esto está mal y lo va a cambiar, tienen que demostrarle a ella que esto le está originando daño y que lo interiorice para que ella pueda asumir el cambio, tiene que nacerle”

Con respecto a las madres de familia ellas suelen manifestar que sí entienden, asintiendo con la cabeza cuando se les pregunta, pero realmente no toman mucha atención a lo que se les explica, en consecuencia no aplican un cuidado correcto a sus hijos, específicamente en la preparación de los alimentos.

Se entiende por educación intercultural, aquí y ahora, al describir las competencias, habilidades interculturales, no pretendemos acentuar los aspectos cognitivos de las mismas. No se trata de conocer y respetar las ideas, creencias, tradiciones y lenguas de una comunidad, es decir, la cultura del otro. La educación intercultural no se puede reducir a entender y comprender las culturas en contacto ni la educación intercultural es sinónimo de acumulación de conocimientos y erudición sobre una determinada cultura. La meta de la educación intercultural no es aprender la cultura del otro, por muy interesante y necesario que sea, sino aprender a partir del encuentro con él como sujeto individual y diverso que es, teniendo en cuenta, sobre todo y al mismo tiempo, que es miembro de la humanidad.

La educación intercultural hay que enseñarla. Y, por lo tanto, necesitamos aprenderla. Ese enseñar, sin embargo, no ha de consistir en llenar de cosas, conocimientos, un saco vacío. Una persona, culturalmente afectada, nunca está vacía. Tiene ya su propia vida. Enseñar consiste en compartir lo que cada uno sabe para permitir al otro que lleva el saco poder probar la vida de forma más rica, más diversa y más civilizada.

C.2 Falta de higiene para la alimentación.

En las diferentes visitas a los hogares de los niños, se observó la carencia de higiene; tanto en la casa, en las mismas personas y al momento de preparar los alimentos, dado que por la misma zona donde viven es muy difícil la accesibilidad para las tuberías de agua convencional, es por ello que el agua que consumen es de riachuelos cercanos, pero no obstante, esta es completamente fría haciendo que su uso no sea agradable. Aunque esto no es excusa para su uso,

por sus propias costumbres no es algo que para ellos se malo, es decir la higiene no es una prioridad para las personas.

Dando un ejemplo; cuando se visitó a una de las madres, se observó que ella le dio su comida (solo arroz) en plato plástico y el niño lo comía con sus manos; las cuales estaban completamente sucias de tierra porque había estado jugando en el suelo de la cocina. Siendo así, que la higiene es un concepto que involucra diversos aspectos que tienen que ver con las necesidades básicas de la vida material: alimentación, vestido y vivienda.

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. La falta de hábitos higiénicos adecuados por parte de las personas se convierte en un problema grave, no sólo por lo desagradable de una mala apariencia o de los malos olores, sino por el potencial peligro de transmisión de virus y gérmenes a otras personas. El aseo diario de la vivienda se constituye en una de las principales formas de evitar la contaminación de los diferentes espacios y de prevenir la presencia de plagas y por ende de enfermedades.⁴⁶

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la higiene alimentaria comprende todas las medidas necesarias para garantizar la inocuidad sanitaria de los alimentos, manteniendo a la vez el resto de cualidades que les son propias, con especial atención al contenido nutricional. La higiene de los alimentos abarca un amplio campo que incluye la manipulación de los alimentos de origen vegetal, la cría, alimentación, comercialización y sacrificio de los animales así como todos los procesos sanitarios encaminados a prevenir que las bacterias de origen humano lleguen a los alimentos. La contaminación de alimentos se produce desde diferentes fuentes así: el aire, el agua, el suelo, los seres humanos, los animales y demás seres vivos.⁴⁷

Lo que se observa en la realidad de esta población es que existe carencia en cuanto a la higiene por diferentes factores que son mencionados en los siguientes discursos:

“...Tiene que ver más con tema de higiene, tú sabes si no hay un adecuado lavado de manos, si no tienes la higiene adecuada, por más de que lo alimentes bien a tu niño, le da una diarrea, ese niño va a perder todos los nutrientes que ha consumido, va a bajar inmediatamente de peso, no va tener apetito”

“en sí la desnutrición crónica; yo lo relaciono directamente con la higiene que puedan tener, porque hasta el día de hoy, por más de que se ha educado, el lavado de manos, tal vez te puedan hacer caso, pero no lo hacen siempre, ¿por qué? Porque al niño ya lo dejan que juegue por ahí y ellos como tienen la costumbre de comer directamente con la mano no utilizan cubierto, para nada utilizan cubierto, entonces, el problema no es que coma con la mano, pero siempre y cuando esa mano esté limpia, porque es su cultura”

“Las prácticas culturales están arraigadas, Tiene que ver más con tema de higiene, no hay un adecuado lavado de manos, el consumo de agua, que no es hervida eso va a originar pues enfermedades infecciosas, diarrea, principalmente”

Existen investigaciones cuyas conclusiones, son el impacto sanitario de lavado de manos y la evidencia actual muestra un patrón claro y coherente. Si el lavado de manos con jabón podría salvar más de un millón de vidas, el lavado de manos cuidadosamente diseñadas puede ser eficaz y rentable, y llegar a ser una intervención de elección.⁴⁸

Por otro lado, la mayoría de las madres asocian la importancia de la higiene de los alimentos con la prevención de enfermedades, agentes contaminantes y la salud. Las madres perciben que la importancia de la higiene personal era para mantener la salud y la limpieza. Y el mejorar los conocimientos de las madres al tiempo que incorpora las percepciones existentes podría dar lugar a cambios positivos.⁴⁹

Haciendo una comparación con la realidad estudiada, las madres no le toman mucha importancia al tema de la higiene, primero por su cultura y creencias y segundo por la falta de accesibilidad a los recursos básicos sanitarios, y por último las bajas temperaturas de la zona. Por ello deben realizar el lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada), lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal; lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura, consumo de agua hervida en taza.

Asimismo la higiene al cocinar, o la higiene en general son beneficiosos para la salud de las personas. En el hogar la responsabilidad recae en los padres, ya que ellos son el ejemplo a seguir de los niños, pero dado a la propia cultura y falta de educación de éstos se comenten errores graves que repercuten en la alimentación y salud de su familia.

C.3. Deficiente relación afectiva padres e hijos y falta de interés por la salud.

Otro aspecto que también se pudo observar, es que los padres son poco afectivos con sus hijos, es decir los padres salen a trabajar y como allá aún existe el machismo pues él es el centro de atención para las madres, incluso estos tienen dos familias siendo algo muy común. Por otro lado las madres en muchas ocasiones dejan a cargo de los hijos mayores a los menores para salir a ver su ganado, más allá de eso, durante la estancia en los diferentes hogares no se pudo observar una muestra de cariño para con sus hijos, es más durante las entrevistas con las enfermeras mencionaron que para los padres más importante es su ganado que sus hijos.

Se reconoce que los cuidados maternos y paternos son de suma trascendencia tanto para el desarrollo físico como mental; si tales relaciones no existen o presentan déficit o disfuncionalidad, se presentan situaciones complejas de aprendizaje, entre otros cuadros psicopatológicos. Está comprobado en los

trabajos de Bowlby, que los primeros cuidados y atenciones que recibe un niño desde su nacimiento tienen influencia en la salud mental. Diversos autores pioneros como Freud, René Spitz, Bowlby, Anna Freud, Winnicott, Mahler, Sperling, y autores contemporáneos como Daniel Stern y Peter Fonagy, han investigado sobre la relación madre/ hijo en el desarrollo psíquico del niño. Bowlby afirma que el niño y la madre deberían experimentar una relación afectiva, íntima y continua, en la que ambos encuentren satisfacción y gozo. A la carencia de esta relación la llamó Privación materna, y dicha privación puede ocurrir aunque el niño viva con su madre, si ésta no le da cariño y los cuidados necesarios.⁴⁹

La presencia de la madre actúa como un estímulo para las respuestas del infante, cuando éstas le agradan a la madre, ella las favorece y así influye en el niño y en la estructuración de su yo. Además, muestra a la madre como “el auxiliar del yo” del niño y expresa que el cuidado materno es indispensable en el comienzo de la vida, sin él, el pequeño ser no podría existir y crecer sanamente.

De esta forma, la madre ejerce influencia sobre la personalidad del niño y, por medio del contacto cotidiano, la madre va creando “su niño”, que deja ver sus propias necesidades; aquí concuerdan Spitz y Mahler, pues esta última rescata en su texto El nacimiento psicológico del infante humano, la función de la madre como vital para lograr el nacimiento psicológico, así como las fases del desarrollo psicoafectivo y la separación/individuación.⁵⁰

Es así, que para el desarrollo correcto de un menor necesita del afecto tanto de la madre como del padre, pero esto no se da en Inkawasi, ya que su prioridad no son los niños, y el centro de atención para las madres es el padre, puesto que él recibe la atención y cuidados que exige o pide, afectando la alimentación de los niños ya que se da menor cantidad a ellos, así como nos manifestaron las enfermeras del lugar.

“El que influye siempre va ser el padre, si el padre no quiere que la madre le dé por ejemplo los nutrientes o que la alimentación cambie lamentablemente no le va dar a su hijo porque el padre no quiere.”

“Principal problema de ellos es la despreocupación, le dan importancia y prioridad a otras cosas no a la salud del niño.”

Por otro lado que va de la mano con el tema de la afectividad, es la falta de interés por la salud de las familias, puesto que mientras no estén realmente complicados o muy enfermos no acuden a la posta o Centro de salud.

“Principal problema de ellos es que no le dan importancia a la salud y es más no solo en crecimiento y desarrollo sino en vacunas y si están con un problema respiratorio peor aún el niño tiene que tener como 5 días, no poder respirar y hay recién me lo traen, un día te cuento un anécdota (sonrisas) un día la doctora le dijeron el niño vino con neumonía una bronquitis severa ya para una neumonía el diagnóstico de la doctora era neumonía ¿Qué paso? La mamita por qué no lo has traído antes no porque tengo que darla a comer a mi vaca por mi vaca me van a dar mil soles, por mi hijito no me van a dar nada (cara de sorpresa) esa fue la respuesta cruda de esa paciente.”

Se infiere que la parte afectiva influye en el estado nutricional, puesto que los niños no reciben el cuidado necesario, ni la atención, siendo preferencia de las madres atender a sus esposos, dándoles lo mejor que tengan en la comida, dejando para lo último al menor. La importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos; es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto, también es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo.

C.4. Creencias en el cuidado: salud /enfermedad

Como siguiente punto tenemos lo relacionado a su cosmovisión, los pobladores inkawasinos, así como la mayoría de culturas indígenas, tienen muy arraigadas sus creencias de salud y enfermedad relacionado con los poderes de la naturaleza, puesto que le tienen mucho respeto, pues la consideran como parte de su vida; ya que la tierra les da sus alimentos, el agua vida, el sol los ilumina, la

luna alumbra sus noches, los cerros o apus los cuidan, entre otros. Tal es así, que en la cosmovisión de los pueblos andinos, el hombre no aparece como la cúspide de la creación. Al contrario, se muestra como un ser más de la naturaleza, ni mejor ni peor que los otros seres, y esta ubicación lo incluye junto a seres que los occidentales consideran inanimados como las montañas, las rocas, la sal, y con elementos tales como el aire, el agua y el fuego.⁵¹

Según Reichel Dolmatoff⁵², el chamanismo es un sistema coherente de creencias y prácticas religiosas, que tratan de organizar y explicar las interrelaciones entre el cosmos, la naturaleza y el hombre. En la lógica indígena, fuerzas naturales, sociales y místicas afectan al individuo, por tanto, el tratamiento debe dirigirse en ambas direcciones. Así, la salud enfermedad está íntimamente relacionada al cosmos, al medio ecológico.

Las enfermeras manifestaron lo siguiente:

“Principal problema de ellos es la despreocupación, le dan importancia y prioridad a otras cosas no a la salud del niño.”

“Lo que tiene que ver con la naturaleza en sí, por ejemplo, si tú le dices a la señora que lo bañe, ella dice que no lo baña es porque cuando hay mucho viento, porque el viento se le mete, que le da cólico.”

“Tuve una emergencia y le pregunté al señor ¿por qué creía que se había puesto mal? Me dice, le ha dado la chirapa o el arco iris, cuando el arco iris cae encima del niño se enferma y que él ya lo había estado sanando con maíz blanco chancado o masticado, le había puesto en su mollerita y estaba ya mejorando. Es muy difícil a veces de solucionar o hacerlos entender porque tú no puedes cambiarles esa forma de pensar porque ya han nacido, han crecido con eso”

“Si sus hijos se enferman lo primero que hacen es llevarlos a un curandero para los limpien y le hierbitas, ya cuando ven que no mejora allí recién los llevan a las posta, por ejemplo una madre nos dijo que su hijo estaba con diarrea y tos pero no había llevado al puesto de salud por decía que ya le iba a pasar”

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue desarrollado por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública

norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad.⁵²

En su origen, el Modelo de Creencias de Salud se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje. En particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias. Y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad que ésta produzca el deseado resultado.

Así podemos resumir hoy que la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

La creencia o percepción que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, la creencia o percepción que uno es vulnerable a ese problema, la creencia -o percepción que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el Modelo de Creencias de Salud, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades.⁵²

Por lo tanto la conducta que optan los padres para con sus hijos, es un problema que se ve reflejado en el estado nutricional de los menores, siendo el caso que la gran mayoría tienen desnutrición, pudiendo ser evitados con un cuidado correcto, donde no solo haya una buena alimentación sino, muestra de cariño y de hacer ver que realmente los menores les importan.

CONSIDERACIONES FINALES

Se infiere 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 hacen que motivar la familiaridad entre la madre y el lactante mayor; la enfermera cuando diagnostica niños con desnutrición los controla mensualmente, brinda consejería nutricional teniendo en cuenta los alimentos de la zona y el uso adecuado de los micronutrientes, haciendo seguimiento y monitoreo permanente; sin embargo existen barreras culturales como el idioma, cosmovisión, falta de recursos económicos y sanitarios.

El enfoque intercultural está siendo trabajado paulatinamente, el personal de enfermería trata de identificarse con las personas de la comunidad, teniendo actitudes como: ambientar el consultorio de crecimiento y desarrollo con materiales nativos, utilizar colores característicos de allí, haciendo que las madres se sientan cómodas en el consultorio de crecimiento y desarrollo.

En la estrategia de crecimiento y desarrollo se realizan diferentes actividades entre ellas el diagnóstico nutricional, para el cual utilizan instrumentos dados por el ministerio de salud; se pudo evidenciar que en cuanto al valor del peso no es tan fidedigno pues a la gran mayoría de niños no se les pesa correctamente por motivos que el clima es muy frío, no se les quita la ropa en su totalidad.

El personal de enfermería hace el diagnóstico nutricional, para luego brindar una consejería nutricional en la cual utiliza diferentes técnicas educativas para que las madres la puedan entender, además que les enseña el uso de los multimicronutrientes que les da el estado para la prevención de la desnutrición y anemia. Por último la enfermera realiza un monitoreo, el cual por motivos de accesibilidad y demanda de niños no se viene realizando eficazmente.

Para la consejería nutricional se tiene en cuenta qué alimentos hay en la zona, cuáles de ellos consumen más y de acuerdo a eso tratan de indicarles menús que contengan todos los requerimientos nutricionales que los lactantes mayores necesitan. Sin embargo también encontramos que las familias no utilizan los recursos naturales con que cuenta para su alimentación, sino por el contrario para el comercio.

Se identificó barreras culturales que impiden mejorar el estado nutricional de los niños, la principal barrera fue el idioma pues la mayoría de las madres maneja el quechua; la falta de recursos sanitarios como el agua les impiden que tengan una adecuada higiene por ende los niños son propensos a enfermarse y como consecuencia tener un peso inadecuado, la falta de afectividad y muestras de cariño de las madres hacia sus hijos y tiene como prioridad sus animales, cultivos, etc.

La importancia del cosmos, cuidados místicos y costumbres que tienen bien arraigadas no les permite ver los riesgos de salud que pueden estar teniendo sus niños, es por ello que primero recurren a la persona que cura en el pueblo o su cuidados como darles brebajes, pasarles el cuy, etc. y luego de eso ya llevan a sus hijos al centro de salud.

RECOMENDACIONES

A la Municipalidad de Inkawasi:

- Que brinde el apoyo necesario o de facilidad a las entidades gubernamentales y no gubernamentales (ONG) cuando soliciten el apoyo para realizar proyectos que ayuden a disminuir la desnutrición.
- Organizar y promocionar la formación de microempresas y el turismo rural y que estos estén liderados por los mismo pobladores.

A las enfermeras que trabajan en la Micro Red Inkawasi

- Creación de estrategias de comunicación con enfoque intercultural para mejorar los sistemas de comunicación entre equipo técnico y población beneficiaria y demás actores sociales con el fin de que las tareas del proyecto se ejecuten con la participación consciente y activa de ambos.
- Los materiales de educación tienen que ser elaborados en los idiomas o imágenes nativas, enfatizando el reconocimiento y las prácticas de la cultura local, el medio local, el entorno inmediato del niño y madres de familia, sus intereses y preocupaciones, deben constituir el telón de fondo del proceso educativo.
- La metodología educativa debe partir de las formas culturales, de la cotidianeidad del grupo comunitario, familiar, integrando de manera paulatina los nuevos contenidos educativos, relacionándolos siempre con la experiencia de la persona en la comunidad.

A los profesionales de enfermería

- Que tengan competencias tanto académicas como habilidades sociales, que sean solidarios, sencillos, amables y creativos en su cuidado, utilizando la educación intercultural, seguimiento, visitas domiciliarias; donde se valoren los

cuidados de las familias los cuales se deben preservar, negociar o reestructurar tal como lo dice la teoría de Leininger.

- La automotivación por parte de las enfermeras para que asuman el compromiso de cuidar con un enfoque intercultural, empezando por aprender el idioma quechua e investigando a cerca de cómo ellos cuidan su salud.

- Las actividades educativas tienen que ser concebidas en forma más horizontal y no como una simple transmisión de conocimientos.

- La creación de un cuaderno de experiencias de cada enfermera y serumistas, además de registro de actividades o proyectos exitoso; para que el próximo personal que llegue las tenga en cuenta y para continuidad de dichos proyectos o actividades.

A las universidades formadoras

- Promover las prácticas de valores en las futuras enfermeras como la sencillez, amabilidad y creatividad a través del contacto con personas de diferente cultura.

- Que promuevan la enseñanza del idioma quechua, por ser el segundo idioma más hablado del Perú.

- Que incluyan en su diseño curricular el internado comunitario en estas zonas, para conocer de cerca esta realidad.

- Que incluyan en su diseño curricular la Enfermería con un enfoque intercultural ya que actualmente está muy en boga y el Ministerio de Cultura le está dando mucha prioridad.

- Que realicen prácticas comunitarias para que las futuras enfermeras sean sensibles y tengan contacto con estas comunidades.

A la Red de Salud Ferreñafe

- Que se promocióne el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y otras entidades públicas y privadas que favorezcan el desarrollo local sostenible de los pobladores de Inkawasi.
- Que facilite y apoye en investigaciones que fomenten la negociación y reestructuración de algunos cuidados de la salud que podrían perjudicarla.

A la Geres Regional y Ministerio de Salud

- Que distribuyan correctamente el presupuesto para el sector salud.
- Que continúen los proyectos relacionados con la desnutrición, y la creación de otras estrategias. Así mismo que se creen estrategias para la monitorización de los multimicronutrientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Crecer Juntos para la Primera Infancia. [Sede Web]*. © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012. [acceso 6 de setiembre 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Libro_primera_infancia.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Datos y estadísticas. Nutrición Base datos, 2013 [Sede Web]*. [acceso 6 de setiembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/databases/en/>
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).Perú; 2007-2010.
4. Ministerio de Salud (MINSA). Estadística, 2013 [Sede Web]*. [acceso 6 de setiembre 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2>
5. Gerencia Regional de Salud. Estadísticas: Lambayeque; 2013.
6. Programa Nacional de Lenguas y Culturas de la Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural del Ministerio de Educación del Perú. 2011 (MINEDU). [Sede Web]*. [acceso 6 de setiembre 2014]. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/digeibir/>
7. Coello N, Gómez G. Participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición en menores de 5 años, Centro de Salud Comuna de Olón. Ecuador; 2013.
8. Alarcón A, Conrodo A. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. Salud pública México Cuernavaca nov - dic. 2005; vol.47 no.6 [acceso 31 de agosto 2014]. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342005000600008&script=sci_arttext
9. Gonzáles L, Noreña A. Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. Enfermería universitaria; Vol 8. 2011[acceso el 01 de setiembre 2014]. Disponible en <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25472>

10. Garate P. Linares Y. Implicancias del enfoque intercultural en las actividades implementadas por el proyecto "Fortalecimiento de capacidades para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la región Tacna". [Tesis Licenciatura] Universidad Católica del Perú; 2013
11. Rentería. M. Cuidado Transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi- Perú. [Tesis Licenciatura] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013
12. Waldow R. Cuidar: Expresión humanizadora de la Enfermería. Ediciones Palabra 1ª. Edición: Febrero. México; 2008.
13. Correa N. Interculturalidad y Políticas Públicas: Una agenda al 2016. Lima: CIES; 2011.
14. Lozano R. Interculturalidad: desafío y proceso en construcción. Manual de capacitación. Lima: SERVINDI; 2005
15. Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. 2006 [acceso el 07 de noviembre 2014]. Disponible en: file:///C:/Users/user/Downloads/normas_tecnicas%20interculturalidad%20.pdf
16. Marriner, A. Raile, A. Modelos y Teorías en Enfermería. 7^{ma} ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
17. Nakamura E, Martín D. Antropología para Enfermagen. Brasil: Manole LTA; 2009.
18. Ball J, Bindler R. Enfermería Pediátrica. Asistencia infantil. Madrid: Pearson; 2010
19. Aguilar J, Tratado de Enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos. 2º ed. España: Elsevier; 2012.
20. Guía Infantil. Alimentación para bebés de 1 a 2 años. 2012 [Sede Web]*. [Acceso 21 de noviembre del 2014]. Disponible en <http://www.guiainfantil.com/salud/alimentacion/12anos.htm>.

21. Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil: documento técnico. Elaborado por Instituto Nacional de Salud. Lima: Instituto Nacional de Salud; Ministerio de Salud, 2010.
22. Gutiérrez A. Manual Cuaderno. Adaptación y cuidado en el ser humano. Colombia: Universidad de la Sabana; 2007.
23. Tazza R. ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual en los niños peruanos menores de 5 años. Perú: Asamblea nacional de rectores; 2006.
24. Posada A, Gómez J. El niño sano. 3^{era} ed. Bogotá: Panamericana; 2005
25. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años (MINSA) 2011. [Sede Web]*. [Acceso 6 de setiembre 2014]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf
26. Lenise M, De Souza M, Monticelli M, Cometto, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington, DC: OPS; 2013.
27. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Metodología de Investigación. 2^{da} ed. Barcelona: Paidós; 2011.
28. Amezcua M. Cómo hacer trabajo de campo etnográfico: introducción a la observación participante. Indexa de Enfermería, 2002.
29. Hernández S. Metodología de la investigación: cuantitativa y cualitativa. 5^a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2010.
30. Spradley citado por Luna FI., Cualitativa. El método etnográfico y la investigación en Salud; New York: Editorial Harcourt; 1980.
31. Sgreccia E. Manuale di bioética. Fondamenti ed ética biomédica. Italia: editorial vita e pensiero; 2007.
32. Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Trujillo: Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado-Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
33. Potter, P. Fundamentos de enfermería. 8^{va} Ed. Elseiver: España; 2015

34. Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL). Modelos alternativos del primer nivel de atención en salud. Santiago, Chile: Publicaciones de la Naciones Unidas; 2008.
35. Fernandez, G. Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas. Ed. Abya- Yala: Quito, Ecuador (2004).
36. Vílchez, M. & Gorriti C. Calidad del cuidado de enfermería percibido por el cuidador familiar y crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años en el consultorio de CRED del P.S. [Tesis para obtener la licenciatura]. Santa Ana Chimbote. 2007.
37. Revista Enfermería [Sede Web]*. [Acceso 13 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/88.pdf>
38. González T, Rivera J, Morenoç H, Monterrubio E, Sepulveda J. Poor compliance with appropriate feeding practices in children under 2: Mexico; 2006.
39. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Unicef. [Sede Web]*. [Acceso 10 de Octubre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/g_s_infant_feeding_spa.pdf
40. CIDB (Convención Internacional sobre Diversidad Biológica), 2003 [Sede Web]*. [Acceso 25 de Setiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.biodiv.org>
41. Hammer, K., Gladis, T.H. y Diederichsen, A: In situ and on-farm management of plant genetic resources: European Journal of Agronomy 19; 2003.
42. Declaración de la cumbre mundial de alimentación. [Sede Web]*. [Acceso 25 de Setiembre de 2015]. Disponible en: http://www.fao.org/wfs/index_es.htm

43. 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; 2014.
44. Escalante E, Bonvecchio A, Théodore F, Nava F, Villanueva M, Rivera J. Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2015 Oct 30] ; 50(4): 316-324. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000400010&lng=es
45. Rafael A. La educación intercultural. Universidad Complutense de Madrid [Sede Web]*. [Acceso 10 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.revistaeducacion.mec.es/re339/re339a37.pdf>
46. Alimento e higiene, hábitos de higiene personal y del medio [Sede Web]*. [Acceso 15 de Octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/entornosdocente/unidad6.pdf>
47. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]*. [Acceso 28 de Setiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/hygiene/es/>
48. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review [Sede Web]*. [Acceso 30 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.hygienecentral.org.uk/pdf/CurtisHandwashing.pdf>
49. Food and Personal Hygiene Perceptions and Practices among Caregivers Whose Children Have Diarrhea: A Qualitative Study of Urban Mothers in Tangerang, Indonesia [Sede Web]*. [Acceso 30 de Octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499404609000335>
50. Revista Colombiana de Ciencias Sociales: La relación madre-hijo en la desnutrición tipo marasmo: una revisión temática [Sede Web]*. [Acceso 10 de Octubre del 2015]. Disponible en: <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/509>

51. González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. 22: 22-23. Gaceta de enfermería; 2006.
52. Rev. Esp. Salud Pública. El modelo de creencias de salud. un enfoque teórico para la prevención del sida v.71 n.4 :Madrid [Sede Web]*. [Acceso 12 de Octubre del 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002



Anexo 01

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN PARA LAS ENFERMERAS

DATOS INFORMATIVOS:

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Roshny Ana Claudia Fernández Olivera, Elizabeth Elena Vega Arrué

Título: Cuidado Intercultural desde la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo al lactante mayor con desnutrición – Inkawasi, 2015

Propósito del Estudio:

Describir y comprender el cuidado intercultural desde la estrategia de crecimiento y desarrollo al lactante mayor con desnutrición – Inkawasi 2015

Procedimientos:

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

Luego que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabado con un reproductor mp3, se les asignar un seudónimo que será nombres de flores para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 25 minutos. La entrevista se realizará en el establecimiento de salud.

Posteriormente se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted labora y a la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

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

Beneficios:

El beneficio por participar en el estudio, será la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio, además se entregarán dípticos y sesiones educativas sobre la elaboración de menús.

Confidencialidad:

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

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad que sirvan como base de datos para otras

investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

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

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a las investigadoras: Roshny Ana Claudia Fernández Olivera al 979136037 o Elizabeth Elena Vega Arrué al 947986871 investigadoras principales.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1038.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué 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, sin perjuicio alguno a mi persona.

Participante

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigador

Fecha

Nombre: Roshny Ana Claudia Fernández Olivera

DNI: 70434770

Investigador

Fecha

Nombre: Elizabeth Elena Vega Arrué

DNI: 71820870



Anexo 02

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN PARA LAS MADRES DE FAMILIA

DATOS INFORMATIVOS:

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Roshny Ana Claudia Fernández Olivera, Elizabeth Elena Vega Arrué

Título: Cuidado Intercultural desde la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo al lactante mayor con desnutrición – Inkawasi, 2015

Propósito del Estudio:

Describir y comprender el cuidado intercultural desde la estrategia de crecimiento y desarrollo al lactante mayor con desnutrición – Inkawasi 2015

Procedimientos:

Si usted acepta participar, se le realizará algunas preguntas de como alimenta a su wawita, sus respuestas serán grabadas; usted no deberá dar su nombre.

Riesgos:

No le pasara nada por participar.

Beneficios:

El beneficio por participar en el estudio es que se le darán charlas de cómo debe alimentar a su hijito.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información y no colocaremos sus nombres. Lo que usted nos diga no será mostrado a ninguna persona extraña.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas por un tiempo de 5 años.

Autorizo guardar la información: SI NO

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

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con: Roshny Ana Claudia Fernández Olivera al 979136037 o Elizabeth Elena Vega Arrué al 947986871.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar, comprendo que consiste participación, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno mi persona.

Participante

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigador

Fecha

Nombre: Roshny Ana Claudia Fernández Olivera

DNI: 70434770

Investigador

Fecha

Nombre: Elizabeth Elena Vega Arrué

DNI: 71820870



Anexo 03:
Observación Participante
Diario de Campo- CRED

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 de medios materiales.
2. Los hechos observados: descripciones de las enfermeras del servicio de CRED y madres bilingües con niños lactantes mayores con desnutrición , actividad que realizan, secuencia con que se realizan, frecuencia, cómo lo realizan, etc.
3. Lo que dicen: los discursos, manera de expresarse de las enfermeras del servicio de CRED y los miembros de la familia quechua hablantes
4. Lo que hacen: las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas.
Creencias, símbolos y rituales: por parte de la familia y en especial de las madres de familia.
5. Los objetos que utilizan:
6. El hábitat: lugar donde laboran.
7. Las relaciones entre las enfermeras del servicio de CRED y madres bilingües con niños lactantes mayores con desnutrición crónica.



Anexo 04

Observación Participante Diario de Campo- Hogar

III. Datos Informativos

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de término:

Escenario:

Actores sociales o personas observadas:

IV. Contenido

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

1. Ambientes externo : observación de medios materiales
2. Los hechos observados: descripciones de las familias bilingües que tengan niños lactantes mayores con desnutrición, actividades que realizan, secuencia sin que se realizan, frecuencia, como lo realizan, etc.
3. Lo que dicen: los discursos de las madres de familias bilingües.
4. Lo que hacen: las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas. Creencias, símbolos y rituales: por parte de la familia y en especial de las madres de familia.
5. Los objetos que utilizan:
6. El hábitat: Lugar donde viven.
7. Las relaciones entre familias y las enfermeras.



Anexo 05

Entrevista a la Enfermera de CRED

CUIDADO INTERCULTURAL DESDE LA ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO AL LACTANTE MAYOR CON DESNUTRICIÓN– INKAWASI, 2015

Instrucciones:

La presente entrevista, es de carácter confidencial y anónimo, está dirigida a las enfermeras que trabajan en el servicio de crecimiento y desarrollo del Distrito de Inkawasi, la cual tiene por objetivos describir, discutir y comprender la educación que brinda la enfermera en la estrategia de crecimiento y desarrollo para mejorar el estado nutricional de los lactantes mayores.

I. Datos Informativos:

Edad:

Tiempo laboral en este servicio:

Seudónimo:

II. Preguntas Orientadoras.

1. ¿Qué actividades realiza en el servicio de CRED?
2. ¿Cómo diagnostica la desnutrición en el lactante y qué actividades realiza usted para cuidar a los lactantes mayores con ese diagnóstico?
3. ¿Qué estrategias utiliza para educar a las madres de familia?
4. ¿Qué prácticas culturales están arraigadas a sus familias que no ayudan a mejorar el estado nutricional de sus niños?

5. ¿Cómo realiza la negociación con las madres de familia para modificar y mejorar algunas prácticas culturales relacionadas con la nutrición?
6. ¿Cómo gestiona y utilizan el apoyo que les brinda el Estado?
7. ¿Las madres reciben algún incentivo por parte del Estado? ¿Cuáles?