

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES**  
**SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS.**  
**TARATA - TACNA, 2017**

**Tesis presentada por la Bachiller:**

**KARIMEN JETZABEL MUTTER CUELLAR**

Para optar el Grado Académico de Maestra en  
Ciencias: Enfermería con mención en Salud de  
la Mujer, del Niño y del Adolescente.

Asesora: Dra. Elena Cachicatari Vargas

**AREQUIPA – PERÚ**  
**2018**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres y especialmente a mi madre por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, y aunque no estén físicamente presente, sé que este momento hubiera sido especial para nosotros.*

*A mis hermanas que han estado junto a mí brindándome su apoyo incondicional.*

*A Wilber, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y tristezas quien ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar.*

*A mis amigas Lourdes y Pamela que me alentaron a culminar esta tesis, gracias por sus palabras y su apoyo siempre.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis Asesores Dra. Elena Cachicatari Vargas por su gran apoyo y motivación para la culminación de esta tesis; a la Dra. Elva Maldonado de Zegarra por su apoyo ofrecido en este trabajo.*

*Y a la Dra. Esther Ramírez García por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.*

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
B. OBJETIVOS	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES	18
B. BASE TEÓRICA	21
C. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS	37
D. ALCANCES Y LIMITACIONES	38
<b>CAPÍTULO III: MARCO OPERACIONAL</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	39
B. POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	42
C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	43
D. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	48
B. DISCUSIÓN	60
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	68
B. RECOMENDACIONES	70
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO Nº 01	CATEGORÍA 01: NIÑO QUE NO ENFERMA NIÑO TRANQUILO Y FELIZ	50
GRÁFICO Nº 02	CATEGORÍA 04: TODO PUEDE COMER	51
GRÁFICO Nº 03	CATEGORÍA 05: SI EL NIÑO ESTA ENFERMO YA NO CRECE, NO SUBE DE PESO Y DEJA DE COMER	52
GRÁFICO Nº 04	CATEGORÍA 06: LOS NIÑOS COMEN MÁS	53
GRÁFICO Nº 05	CATEGORÍA 02: LACTACIA MATERNA, ES IMPORTANTE, EXCLUSIVA, EL PRIMER ALIMENTO HASTA LOS 6 MESES	54
GRÁFICO Nº 06	CATEGORÍA 03: INICIO DE LA ALIMENTACIÓN LA PAPILLA	55
GRÁFICO Nº 07	CATEGORÍA 7: YO CUIDO A MI HIJO Y ME AYUDA MI ESPOSO	56
GRÁFICO Nº 08	CATEGORÍA 8: PARA LA GRIPE EUCALIPTO Y MIEL	57
GRÁFICO Nº 09	SUBCATEGORÍAS DE LAS CREENCIAS CULTURALES DE LA MADRE SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS	58
GRÁFICO Nº 10	SUBCATEGORÍAS DE LAS PRÁCTICAS CULTURALES DE LA MADRE SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS	59

## RESUMEN

La presente investigación se trata de un estudio cualitativo de teoría fundamentada, asumió como objetivo analizar a través de sus manifestaciones las prácticas y creencias culturales de la madre en el cuidado del niño menor de cinco años. El escenario lo conformo la provincia de Tarata de la Ciudad de Tacna, participando en el estudio un total de 10 madres de niños menores de 5 años, La técnica fue la entrevista a profundidad y como instrumento una guía de entrevista semiestructurada, las cuales fueron grabadas y transcritas. La muestra se obtuvo por saturación con precedente de consentimiento informado, el tratamiento de datos se realizó por análisis de contenido.

En el proceso de codificación se obtuvieron cuatro categorías relacionadas a las creencias y cuatro categorías relacionadas a las prácticas del cuidado, de las cuales emergieron cinco sub categorías, todas estas dieron origen a una categoría central "Integración de Saberes" la que representa las creencias y prácticas que realizan las madre en el cuidado del niño menor de cinco años que al análisis indica que las creencias y prácticas del cuidado que brindan las madres a los niños menores de cinco años actualmente en una zona rural alto andina se realizan empleando conocimientos adquiridos de una generación a otra como es la práctica de la medicina tradicional a la vez que integran la medicina convencional haciendo uso de los servicios del Establecimiento de Salud de la localidad.

**Palabras clave:** creencias, prácticas culturales, cuidado del niño.

## ABSTRACT

The present investigation is a qualitative study of grounded theory, it assumed the objective of analyzing the cultural practices and beliefs of the mother in the care of children under five years. Its. The scenario was formed by the province of Tarata of the City of Tacna, participating in the study a total of 10 mothers of children under 5 years, the technique was the interview in depth and as an instrument a semi-structured interview guide, which were recorded and transcribed. The sample was obtained by saturation with precedent of informed consent, the data treatment was performed by thematic construct analysis.

In the coding process, four categories related to beliefs and four categories related to care practices were obtained, from which five subcategories emerged, all of which gave rise to a central category "Integration of Knowledge" that represents the beliefs and practices carried out by mothers in the care of children under five years of age, which, according to the analysis, indicate that the beliefs and practices of care provided by mothers to children under five years of age in a high Andean rural area are carried out using knowledge acquired from a generation to another as is the practice of traditional medicine while integrating conventional medicine making use of the services of the Health Establishment of the locality .

**Key words:** beliefs, cultural practices, child care.

## INTRODUCCIÓN

Las estadísticas sanitarias mundiales reflejan que 5,9 millones de niños menores de 5 años murieron en el 2014 por causas prevenibles, el 43 % de ellos por enfermedades infecciosas, principalmente neumonía, diarrea y malaria.

Además los porcentajes observados de los factores de riesgo para el desarrollo en la primera infancia son que el 25% de los niños del mundo tiene retraso del crecimiento, el 6,5 % tiene sobrepeso o son obesos, menos del 40% de los menores de un año recibe lactancia materna natural exclusiva hasta el sexto mes de vida y por ultimo uno de cada tres niños (200 millones en todo el mundo ) no logra realizar plenamente su potencial físico, cognitivo, psicológico y/o socioemocional debido a la pobreza, la mala salud, la nutrición suficiente, los cuidados y la estimulación insuficiente. (OMS Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030).

En nuestra realidad la situación, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2012) nos indica que en el Perú aún persisten problemas que afectan la salud infantil como son las diarreas, el no cumplimiento de las coberturas en la vacunación, el bajo nivel educativo de las madres y la escasa capacidad económica.

Esta problemática se observa sobre todo en las zonas rurales y de sierra estando relacionadas con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales de crianza.

Al analizar estos datos observamos que existen factores de riesgo implicados en el desarrollo de los niños siendo necesario entonces conocer las creencias y prácticas, en el cuidado de los niños menores de cinco años relacionados a los procesos de salud enfermedad, siendo importante que el profesional de la salud tenga en cuenta la diversidad cultural del país conociendo a profundidad que prácticas de salud son consideradas por la comunidad en la que trabaja integrando un enfoque intercultural.

En virtud de la situación descrita es de importancia plantear el presente estudio de investigación: “Creencias y Prácticas culturales de las madres sobre el cuidado del niño menor de cinco años Tarata-Tacna 2017”, que tiene como objetivo analizar las prácticas y creencias culturales de la madre en el cuidado del niño menor de cinco años.

El grupo cultural estuvo conformado por madres de niños menores de cinco años , perteneciente al Departamento de Tacna Provincia de Tarata, que se caracteriza por ser una región rural andina especialmente aymara. Esta Provincia es parte de la jurisdicción del Centro de Salud Tarata.

La información se obtuvo del padrón nominal de los niños menores de cinco años que asisten a los controles de crecimiento y desarrollo. Siendo un tipo de investigación cualitativa con metodología de teoría fundamentada la que permitió describir los procesos que pueden explicar los fenómenos complejos de la experiencia cotidiana de los individuos.

Para la recolección de datos la técnica fue la entrevista a profundidad y como instrumento una guía de entrevista semiestructurada, las cuales fueron grabadas y

transcritas.

Al describir y comprender las expresiones, creencias y prácticas del cuidado del niño menor de 5 años el propósito de esta investigación es que el profesional de enfermería este en la capacidad de proporcionar cuidados culturalmente congruentes, resultando beneficioso y satisfactorio para el ser cuidado, ayudando a los profesionales de enfermería y sobre todo a los enfermeros del Programa de crecimiento y desarrollo a no sufrir choques o desencuentros culturales, por desconocer y desaprovechar los saberes, y prácticas de la comunidad.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Organización Mundial de la Salud actualmente promueven un enfoque intercultural en los servicios de salud para asegurar que todos los grupos étnicos y raciales puedan acceder a los cuidados que necesiten, y que se integre el conocimiento y las prácticas tradicionales para mejorar la salud de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y étnicas raciales, reconociendo la importancia de este enfoque para disminuir las brechas debidas a la diversidad cultural que genera las diferentes miradas acerca de la realidad, del mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte (OPS/OMS 2014)

En las Experiencias Latinoamericanas en el caso de Argentina el Ministerio de

Salud Nacional ha desarrollado distintas iniciativas dirigidas hacia el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas observándose que los programas de salud que han incorporado el componente intercultural parten de la base de que la capacitación y formación de los agentes sanitarios pueden generar un cambio en los comportamientos preventivos de la población indígena y aumentar su acceso a los servicios de salud (1)

En el caso de Bolivia los resultados del estudio de caso del programa de salud intercultural “Extensa” que tiene por objetivo contribuir a reducir la mortalidad materna e infantil que afecta a la población indígena, originaria y campesina de las comunidades rurales bolivianas las mujeres reconocían que el programa respetaba su cultura local, como, por ejemplo, el uso de las parteras y el parto tradicional dando realce al tiempo que el personal del programa permanencia en la comunidad para darle solución a sus problemas de salud (1)

En el contexto Peruano las poblaciones indígenas, descendientes directos de las poblaciones prehispánicas, se han desarrollado y reproducido de manera diferenciada en la Amazonía y en los Andes. Hoy en día, estos pueblos mantienen y reproducen instituciones culturales propias como el uso de lenguas ancestrales, el quechua y el aymara en los Andes, el asháninka y el shipibo-konibo en la Amazonía, entre otras, desarrollando prácticas culturales ancestrales que coexisten en el Perú actual y se mezclan con prácticas posteriores como la vestimenta occidental, el uso del castellano y la tecnología moderna. (2)

En el caso del pueblo aymara este habita en toda la región altiplánica entre las fronteras de Perú, Bolivia y Chile. Dentro del territorio peruano se ubica mayoritariamente en el ámbito de los departamentos de Puno, Moquegua y Tacna. Su población se eleva a poco más de 443,248 habitantes distribuidos a nivel nacional representando aproximadamente el 1.72% de la población nacional.

En cuanto a las investigaciones y experiencias desarrolladas en el Perú en el ámbito andino y específicamente aymara, existen trabajos que intentan

comprender el proceso de salud–enfermedad desde la perspectiva del pensamiento andino los cuales afirmar que los programas estatales de atención de salud, solo podrán tener éxito, en la medida que sean compatibles y respetuosos de las prácticas médicas y creencias que sustentan los conceptos de salud – enfermedad, vida y muerte de esta población en cuestión (3)

Estas experiencias buscan revalorar los saberes y tradiciones en salud de estas poblaciones, reconociendo que sus sistemas de salud se encuentran basados en una cosmovisión propia que se plasman en prácticas e innovaciones culturales específicas. Todo ello con repercusión en el acceso a los servicios de salud.

En este sentido el conocimiento de cómo se expresan y cuáles son sus creencias y prácticas que aún permanecen en la población es el motivo de la presente investigación en relación al cuidado del niño menor de cinco años.

A pesar de la tendencia decreciente en la mortalidad infantil, aún es un problema en la región de Tacna que indica que el progreso y los cambios o el bienestar de la infancia están pasando por deficiencias en la salud y calidad de vida inadecuada, cuyas determinantes socioeconómicas, demográficas, nutricionales, estilos de vida de la madre, calidad de atención de los servicios y políticas regionales públicas requieren una mayor atención y merecen investigación (4)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2012) indica que está demostrado que la morbimortalidad infantil está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida de un niño/ niña.

Se observa además que los principales problemas de salud en la población infantil es la alta mortalidad infantil causada por problemas perinatales, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, además del alto porcentaje de desnutrición crónica infantil. (5)

Tacna es un departamento que cuenta con 4 provincias: Tacna, Tarata, Jorge Basadre y Candarave, las cuales son parte de la región altiplánica en la cual

habita el pueblo Aymara por lo que el presente estudio se situó en la provincia de Tarata que se encuentra ubicado al norte de la Provincia de Tacna, a 89 Km. a una altura de 2,950 m.s.n.m. enmarcado dentro del territorio de la Provincia que abarca una extensión de 2,715.69 Km<sup>2</sup> (16% del territorio del Departamento), conformado por ocho distritos, cuya capital es el distrito del mismo nombre. Tarata se encuentra situado sobre una colina de terreno ondulado, entre el altiplano puneño y el desierto del Pacífico, cerca de la frontera con Bolivia.

El Distrito de Tarata, está delimitado por el este, con la República de Bolivia, por el sur con el Distrito de Palca (Prov. de Tacna) y Distrito de Tarucahi, por el oeste con los Distritos de Chucamani y Ticaco, por el norte, con el Distrito de Chucamani y departamento de Puno. La Provincia de Tarata tiene ocho distritos: Tarata, Héroes Albarracín, Estique Pueblo, Estique Pampa, Sitajara, Susapaya, Tarucachi, y Ticaco. Se accede por la Carretera Tacna –Tarata –Candarave Umalso, con una longitud total de 87 Km de Tacna hasta llegar al lugar. Los principales peligros que amenazan a la ciudad están relacionados con los eventos sísmicos, el frío intenso, teniendo temperaturas medias entre los 12.° y 0°, la contaminación de sus arroyos y riachuelos y la vulnerabilidad de sus carreteras debido a su locación, con la presencia del Fenómeno El Niño además de fuertes precipitaciones pluviales que originan deslizamientos y peligros en la estrechez de las quebradas y pequeños valles, provocando pérdidas de su hectareaje agrícola y del corte de sus vías de acceso.

La principal actividad económica de la provincia de Tarata es la agricultura, cultivo de orégano, papa y maíz, complementada por la ganadería y crianza de camélidos.

Debido a lo montañoso del terreno, se han construido andenes en las laderas de las montañas para ampliar la frontera agrícola. Muchos de ellos construidos en tiempos prehispánicos que aún siguen usándose.

En sus costumbres se destaca aun la adoración de los grandes nevados y de las lagunas como fuentes de agua, vital para la agricultura. Ella se practica hasta el

día de hoy en diversos localidades de Tarata, como es el caso de Tikako, donde se adora al nevado Komayle con sacrificios de llamas macho y grandes fiestas multitudinarias o en las alturas Qharumas, lugar de donde vienen las aguas al valle interandino de Tarata, a donde se dirigen los habitantes de Tarata y Tikako, pues reconocen en ellas, a las fuentes vitales que surten sus canales y proveen del líquido elemento a sus chacras.

Existe además una celebración importante en la provincia se celebra el primer domingo después de Corpus Christi. San Benedicto es el santo Patrón de Tarata y su fiesta, de cuatro días, es de gran importancia para sus pobladores. Dado a que en esta región aún se preservan costumbres ancestrales como parte de su práctica cultural es importante que el profesional de enfermería que brinda cuidados en el área rural del primer nivel de atención conozca a profundidad que prácticas de salud son consideradas por la comunidad en la que trabaja para integrarlas en el plan de intervención con un enfoque intercultural. Identificando aquellas prácticas que puedan generar un daño o prácticas que pueden ser conservadas.

La Provincia de Tarata cuenta actualmente con un establecimiento de Salud de Nivel I-2 que se encuentra implementado con los principales servicios para la atención de la población, la afluencia al establecimiento es según las citas que se programan, cuenta con cuatro enfermeros CAS, dos enfermeros contratados, y un personal SERUM el que se encarga del programa de crecimiento y desarrollo y de inmunizaciones, bajo la supervisión del enfermero de turno.

Esta realidad se ve reflejada en todos los establecimientos de primer nivel en el que se observa que el personal a cargo de la atención del niño en los establecimientos de salud en el área rural está conformado en su mayoría por jóvenes profesionales del medio urbano quienes están en el continuo aprendizaje de integrar el enfoque intercultural considerando la diversidad de condiciones socioculturales que involucran al niño en su contexto familiar; siguiendo los protocolos institucionales y priorizando la consecución de metas establecidas por el Ministerio de Salud

Es importante ante esta realidad, conocer lo que piensan, sienten, y hacen las madres en forma cotidiana sobre el cuidado que brindan a los niños entendiendo las distintas creencias y prácticas heredadas de generación en generación en las familias y aquellas aprendidas por el acceso a los servicios de salud.

Cuanto más sepa el personal de salud de los valores, creencias y hábitos de los grupos étnicos, más capacitado estará para atender las necesidades de estas familias y se fomentara su cooperación y conformidad. Por ello el personal de salud entre ellos enfermería debe familiarizarse con los grupos culturales con los que trabaja y aprender a integrar y negociar las prácticas y creencias de los mismos para mejorar y adecuar los cuidados de enfermería con un enfoque transcultural y así fortalecer la identidad indígena y su derecho a la salud en el país.

En consecuencia la presente investigación trata de analizar lo expresado en la siguiente pregunta:

## **PREGUNTA NORTEADORA**

**¿Cómo se dan las prácticas y creencias de las madres sobre el cuidado del niño menor de cinco años Tarata – Tacna 2017?**

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar a través de sus manifestaciones las prácticas y creencias culturales de la madre en el cuidado del niño menor de cinco años en la Provincia de Tarata – Tana 2017.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.1. Identificar las creencias de la madre en el cuidado del niño menor de cinco años.

- 2.2. Describir las prácticas de la madre en el cuidado del niño menor de cinco años.
- 2.3. Representar las categorías de la investigación a través del Modelo del Sol Naciente de Madelein Leininger.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

A continuación se muestra investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional que contribuyeron con la investigación:

A nivel internacional

**RODRÍGUEZ, M. Y COLABORADORES. (2013) Colombia,** Realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar las creencias y prácticas culturales acerca del cuidado infantil que pudieran generar conductas de riesgo para el menor de un año. Es un estudio exploratorio etnográfico, descriptivo y documental con abordaje cualitativo cuyos resultados indican que de las diecinueve actividades identificadas se deben reestructurar diez porque pueden ser una conducta de

riesgo para el menor; ocho deben ser negociadas con las madres y cuidadores y una se puede conservar puesto que no afecta la integridad del niño.

**LANDA, R. (2009) México.** El objetivo del estudio fue describir las costumbres y creencias de la madre en las prácticas del cuidado de la ablactación. Es un estudio cualitativo de diseño etnográfico. En él se indica que la alimentación del niño menor de un año está influida por las costumbres, creencias, valores y cultura de la madre, sin embargo por fuentes secundarias se comprobó que los niños de estas mujeres no presentan algún grado de desnutrición.

### **A nivel Nacional**

**DAVILA, V. (2014) Perú.** Lleva a cabo un estudio con el objetivo de caracterizar, analizar y comprender los saberes y prácticas de cuidados culturales que brinda la familia al lactante menor en la comunidad Awajun. Es un estudio cualitativo etnográfico. Concluyo que las familias indígenas cuidan del lactante menor basados en su saber, cosmovisión, secretos de la naturaleza y su cultura, manifestando prácticas de cuidado peculiares en la alimentación, vestimenta, higiene, descanso, estimulación, afecto, juego y protección cósmica, usando semillas, plantas medicinales, animales, y otros objetos culturales para cuidar/sanar síndromes culturales y enfermedades prevalentes, luego los automedican y finalmente acuden al centro de salud.

**OSORIO, O. (2016) Perú.** Realiza la investigación con el objetivo fue determinar las prácticas y creencias en el cuidado del lactante que tienen las madres que acuden a un policlínico. Es un estudio tipo cuantitativo nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. En sus resultados se indica que el mayor porcentaje de madres tiene prácticas incorrectas y no aceptan creencias en el cuidado del lactante, dentro de ello se observa incorrectas prácticas de higiene, alimentación y prevención de enfermedades y en cuanto a creencias si aceptan los procesos curativos y preventivo.

**RAMÍREZ, F. (2012) Perú.** El objetivo del estudio fue Conocer y comprender los cuidados hacia el recién nacido. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cualitativo,

método descriptivo. En sus resultados se indica que las madres de familia practican mitos creencias y costumbres en el cuidado de sus recién nacidos, con el único objetivo de ver sanos a sus niños y curan las enfermedades folklóricas que ellas aducen (chacho, cerro, puquio, mal aire enfermedades del maligno que quiere llevarse al niño que es puro limpio), sin considerar que las cura, utilizando: pócimas, brebajes pasada de animales, rituales pagapos (pago a la tierra).

**GUILLEN, Q. (2012) Perú.** El estudio tuvo como objetivo explorar los mitos y creencias alimentarias de madres que asisten a la Asociación Taller de los Niños. Es un estudio con enfoque cualitativo y método etnográfico. En sus resultados la mayoría de los mitos planteados relacionados al peso corporal, y al valor nutritivo del huevo fueron aceptados por las madres pero los relacionados con la suspensión de alguna de las comidas principales y el efecto de engorde del agua fueron rechazados. Las creencias alimentarias que tenían la mayoría de las madres no favorecerían la lactancia materna exclusiva, la disminución de anemia, ni una correcta elección de varios alimentos, lo que evidenciaría una alimentación poco saludable.

**SENCIA O. Y COLABORADORES (2016), Perú.** En la investigación el objetivo fue evaluar las prácticas de alimentación complementaria y uso de los multimicronutrientes de las madres con niños de 6 a 36 meses. Es un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. En sus resultados se evidencia que las prácticas de alimentación complementaria la mayoría de madres no administra alimentos correspondientes para cubrir la necesidad nutricional ni en la frecuencia de veces al día, pero si cumplen con la forma de preparación, lo que podría aumentar el riesgo de desnutrición en los niños. Más de las dos terceras partes de madres entrevistadas utilizan en forma adecuada de los multimicronutrientes en la preparación de la dieta diaria del niño lo que favorece la disminución de la anemia en hijos de la muestra de estudio.

**GUERRA, D. (2013) Perú.** Lleva a cabo la investigación cuyo objetivo fue describir, analizar y comprender el cuidado cultural de las familias inmigrantes de la comunidad de San Rafael. Es un estudio cualitativo con

enfoque Etnográfico, En sus resultados se puede inferir que la familia es el núcleo donde nacen los cuidados culturales, las prácticas y creencias mágico–religiosas sobre el sanar, cuidar y prevenir enfermedades, a través del uso de plantas medicinales, objetos artesanales y ciertos animales, aunque las familias migren a otras ciudades, mantienen su identidad cultural e incluso tratan de vivir en una comunidad delimitada para ellos.

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. DEFINICIÓN DE CREENCIAS**

#### **1.1. Generalidades**

En relación al término “creencias” La Real Academia Española en el 2014 indica que proviene del latín “credere” y que se define como, firme asentimiento o conformidad con algo, completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos, religión, doctrina.

El tema de las creencias ha sido abordado desde la antigüedad empezando por los teólogos a fin de explicar o interpretar. En el caso de las creencias religiosas, concretamente cristianas se refiere a Tomas de Aquino quien además de otorgar un sentido teológico a las creencias también le da un sentido amplio de conocimiento humano: La fe dice, implica el asentimiento intelectual a lo que se cree, el cual puede asentir por dos razones así mismo hace un análisis de las “creencias” en cuanto acto psicológico y previamente a la noción misma de fe sobrenatural. (5)

En el área de la Filosofía Hume menciona que la creencia sustituye a la certeza incluso en el conocimiento racional que carece de evidencia absoluta pero que se halla avivado por una impresión actual. Igualmente Kant se ha ocupado de las creencias en diversos tratados y textos en las cuales la compara con la opinión y el saber, ambas coinciden en que implican a sentir algo como verdadero de modo objetivamente insuficiente, solo que en las creencias serán

algo subjetivamente suficiente.

Para Ortega y Gasset (2001) las creencias nos poseen y nos preceden, siendo compartidas sin necesidad de cuestionarlas ni de formularlas explícitamente. Las creencias se dan como afirmaciones que se dan por ciertas sin ninguna duda. (6)

En cuanto a la Psicología Social Fishbein y Ajzen (1975) mencionan que es importante conocer las diferentes fuentes de las creencias culturales. Existen dos fuentes básicas: la experiencia personal directa y la información obtenida de las demás personas y de las instituciones, por ejemplo, familiares, colegios y entidades de salud. También influyen en la formación de nuestras creencias los medios masivos de comunicación. (7)

## **1.2. Creencias en el Área de la Salud**

Leininger (1991) indica que los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos desde la cosmovisión, lengua, religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), política (o ley), educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de una cultura en particular.(8)

Tal como afirma Prieto (2012) las creencias populares indican las actitudes de compromiso que mantienen los cuidadores ante determinados hechos concretos que se consideran dignos de una aceptación verdadera. Es decir, las prácticas que la familia brinda a los lactantes, esas creencias que mantienen, los saberes populares ante hechos como enfermedades populares son consideradas por ellos como dignas y verdaderas. (9)

Las creencias generan una actitud mental y son la base de nuestras acciones voluntarias. Crean la convicción que son verdaderas y se mantienen como expresiones del pasado siendo estas las denominadas creencias populares.

Leininger plantea que este conjunto de valores, estilos de vida, creencias y normas que son aprendidas y compartidas, guían las acciones como un patrón

intergeneracional. (10)

Desde la Psicología Robert P. Abelson (1979) abordan el concepto de creencia desde la consideración de su misma naturaleza, contraponiéndolo a conocimiento; mientras el conocimiento posee un carácter objetivo, consensuado por una determinada comunidad científica o grupo humano, debiendo responder a determinados criterios de verdad. La creencia es un constructo subjetivo, no consensuado o que no ha de responder a criterios de verdad. Thompson (1992) alude al concepto de creencia desde una perspectiva más gnoseológica, considerándola como estructura mental, de carácter general, que incluye conceptos, significados, referencias, imágenes mentales y preferencias conscientes o inconscientes. (6)

En el Área de la Antropología Las creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana. Según Harris (1982), la cultura, es un todo complejo que comprende los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y todas aquellas capacidades y hábitos que el hombre adquiere en una sociedad. Toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la practica. Estas se relacionan con la salud y con la enfermedad estando arraigadas en el entorno cultural por ello los cuidados de la salud que tienen base en el saber científico generan conflictos al ser integradas al legado cultural del grupo. Hay costumbres y creencias que se consideran erradas desde la perspectiva de la medicina científica, aunque sean lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen. (11)

En salud, se entiende al sistema de creencias como el conjunto relacionado de valores, normas, conocimientos y comportamientos enlazados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos. (7).

## **2. PRÁCTICAS DEL CUIDADO**

Las prácticas de cuidado tienen su origen desde que para el hombre era indispensable cuidar la vida para sobrevivir. Estos cuidados han ido refinándose

y perfeccionándose en el tiempo en la medida en que se daban sucesos como el sedentarismo, la agricultura y la distribución del trabajo según el género, entre otros.

Según Collière (1993) Partiendo del modo en que los hombres y mujeres utilizan el medio de vida que les rodea, diremos que aquí se forjan los cuidados que dan lugar a prácticas y hábitos. (12)

Harris (2000) indica la relación dinámica entre creencias y prácticas, las creencias influyen en las prácticas y estas a su vez pueden modificar las creencias. (13)

Entendemos entonces que tanto las creencias como las prácticas emergen de la realidad misma que rodea a las personas y que se utilizan para adaptarse o responder a su entorno.

A través de la Historia se ha atribuido a las mujeres las prácticas de cuidado relativas al cuerpo y a la alimentación; mientras que los hombres (ocupados en las guerras, la caza y en defender el territorio) se ocuparon del cuidado del cuerpo herido, lo que les facilitó el descubrir el interior del cuerpo y desarrollar herramientas apropiadas para ello.

Entonces las prácticas de cuidado se desarrollan y siguen desarrollándose según características particulares según el género, la ocupación y el contexto cultural en que se desarrollan las personas. (12).

Con respecto al concepto de prácticas del cuidado de la salud en el contexto cultural en que se encuentra la persona, (Benner 1996) afirma que los seres humanos están en una constante refinación de prácticas en los diferentes contextos partiendo de su actualización, siendo esta una fuente de innovación. (14)

MacIntyre (1981) consideran que el desarrollo de las prácticas culturales nos permiten encajar socialmente ya que es una actividad coherente y organizada con noción del bien lo que implica que su significado este implícito o

explícitamente articulados. (14)

Por su parte, Purnell y Paulanka (2003) agregan que además de existir las practicas que implican la noción del bien existen las que son prescriptivas, restrictivas y tabú similares en su definición a los tipos de creencias ya mencionadas. (15)

Se debe indicar que las practicas pueden tomar un sentido de acuerdo a la cultura en que se presentan por ello se puede encontrar que para una cultura lo que es una práctica restrictiva para otra puede convertirse en prescriptiva

Rosenstock y Harris (1966) definen las prácticas de cuidado como las actividades que realizan las personas que se creen saludables o quieren volver a serlo, tiene el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática. (16)

En seis de los informes de investigación revisados, de la Universidad Nacional de Colombia, que se apoyan en la definición propuesta por Muñoz et al (2002) se afirma que las gestantes, como todos los seres humanos, realizan prácticas de cuidado de sí mismas, las cuales generalmente provienen de aprendizajes de sus antepasados, familiares, amigos y su propia comunidad. (17)

Esta afirmación indica que los seres humanos realizan prácticas de cuidado para cuidarse a sí mismos y también de los demás, reconociendo que las prácticas de cuidado provienen de nuestros antepasados de la familia y de la comunidad, evidenciando que existe un conocimiento popular lo cual se menciona en la teoría de Diversidad y Universalidad de los cuidados de Madelein Leininger.

### **3. CREENCIAS Y PRÁCTICAS DEL CUIDADO DEL NIÑO**

Para referirnos al cuidado del niño debemos mencionar las prácticas de crianza que son el conjunto de acciones que los adultos de una cultura determinada realizan para orientar el desarrollo de los sujetos más pequeños del grupo. Obedecen a un sistema de creencias que se han autenticado en pautas de comportamiento los cuales (creencias y pautas) tienen un carácter orientativo del

desarrollo.

Luna et al (2010) refieren que las creencias, mitos y prácticas de crianza influyen en el cuidado infantil debido a que este depende de la participación de cada individuo y su familia existiendo aspectos culturales y sociales que las determinan.(7)

Un rasgo determinante en las prácticas de crianza es que son acciones aprendidas, nociones no muy elaboradas sobre como criar a los hijos por ello su justificación depende de la cultura, del nivel social, económico y educativo de los padres.

Según Aguirre (2000) las practicas del cuidado son acciones intencionadas orientadas a garantizar la supervivencia del infante y favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial facilitando su aprendizaje de conocimientos que permiten al niño reconocer e interpretar el entorno que lo rodea. (18)

Evans y Myers (2009), afirman al respecto que las prácticas de crianza están centradas en la cultura determinando en gran parte, los comportamientos y las expectativas que rodean la llegada de un nuevo ser, influyendo también en la niñez, la adolescencia y en la manera en que esos niños ejercerán sus funciones paternas como adultos.

La crianza consiste en prácticas que están ancladas en patrones y creencias culturales. Puesto que los términos más sencillos, los dadores de cuidados tienen una serie de prácticas/actividades que están disponibles para ellos. Estas han sido derivadas de patrones culturales, de ideas de los que *debería* hacerse, y constituyen las prácticas aceptadas o normas. Éstas, a su vez, están basadas en creencias acerca de *por qué* una práctica es mejor que otra. (19)

Una condición indispensable para el desarrollo integral y el ejercicio de los derechos fundamentales de los niños y las niñas es el cuidado. El cuidado está ampliamente vinculado a la crianza. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se entiende por crianza como el proceso cultural, humano e interpersonal por medio del cual los padres, madres y demás agentes

socializadores aseguran la supervivencia, el cuidado de la salud y el crecimiento físico de niños, niñas y adolescentes, junto con su desarrollo psicosocial, cognitivo y espiritual, lo que les permitirá desarrollarse adecuadamente como personas, integrarse a su entorno social y contribuir a la construcción, como agentes de cambio social, de la sociedad a la cual pertenecen. (20).

Según Myers (1994) La práctica es lo que efectivamente hacen los adultos encargados de cuidar a los niños. Son acciones que se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento, desarrollo psicosocial y aprendizaje de conocimientos; son acciones que, una vez inducidas, le permiten reconocer e interpretar su entorno.(21)

En lo que respecta a los niños y a nivel general, se pueden distinguir ciertas prácticas, comunes en las sociedades, tales como: la alimentación, los hábitos de dormir, alzarlos, bañarlos, la forma de prevenir y atenderlos durante las enfermedades, protegerlos para que no se hagan daño, nutrirlos, permitir que se socialicen y enseñarles habilidades. A un nivel más específico, sin embargo, lo que se hace para ayudar al niño a sobrevivir, crecer y desarrollarse se mezcla con el cómo se hace para definir y distinguir las prácticas que varían ampliamente de un sitio a otro.

Para Myers (1994) las creencias están relacionadas con la explicación dada al modo de actuar en relación con los niños como certezas compartidas por los miembros del grupo las que explican por qué las pautas y prácticas son como son. Estas creencias permiten a los padres justificar su forma de proceder, que se legitima en tanto hace parte del conjunto de creencias de la sociedad. Este autor además indica que las creencias profesadas por los diferentes grupos humanos se combinan con los valores para ayudar a darles sentido a las prácticas al definir el tipo de niño (y de adulto) que una determinada sociedad aspira a crear en el proceso de socialización. Algunas culturas quieren que los niños sean obedientes, otras estimulan la curiosidad; algunas toleran la agresividad, otras no. Algunas refuerzan el individualismo; otras, una orientación colectiva y una fuerte responsabilidad social.(21)

Si bien es cierto que se presentan prácticas de crianza comunes a todas las sociedades, entre las cuales R. Myers (1993) cita las prácticas de alimentar a los niños, dormirlos, manipularlos, cargarlos, bañarlos, procurar que no se enfermen y atenderlos si se enferman, evitar que se lastimen, cuidarlos y enseñarles comportamientos sociales, también es evidente, sostiene este autor, que existen variaciones de un lugar a otro.

Si se las quiere definir y distinguir, Myers (1993) sugiere que es necesario diferenciar lo que se hace de cómo se hace. Por lo general cuando se habla de las prácticas de crianza aparecen frecuentemente un deber ser y un modo de concebir la acción que se distancian de la manera en que efectivamente se realizan.

Los consejos que reciben los padres novatos de sus mayores no siempre se ajustan a la manera como los interpretan y les dan cumplimiento. La realización efectiva está mediada por la contrastación con las nuevas concepciones de niñez, salud, moral o comportamiento social. También es evidente el distanciamiento de ciertas prácticas no aceptadas por los padres, debido a su historia personal, y a todo esto se debe sumar la información técnica proveniente de los diferentes campos del saber especializado, que determina nuevos modos de interacción entre el niño y el adulto.

Diferenciar lo que se hace de cómo se hace permite además rescatar los conocimientos populares para comprender desde una perspectiva amplia los diferentes grupos humanos.

Esta comprensión de las prácticas y sus modos de implementarlas resulta valiosa para los padres en la adecuación de sus propias prácticas al desarrollo de sus hijos, potenciando aquellas que favorecen mayormente a los niños y desestimulando las que van en contra de su desarrollo integral.

En la diferenciación de las prácticas de crianza particulares también es importante establecer cómo en ellas se agrupan y entrelazan a su vez distintas prácticas y determinar cómo se influyen y nutren mutuamente. En general los

padres, al estar sometidos a diversas influencias culturales y sociales, no emplean prácticas únicas y estereotipadas, sino que echan mano de información alterna y de formas de actuar que integran diferentes prácticas. Si bien las madres saben cuándo deben alimentar al bebé, la manera de hacerlo varía, unas prefieren la lactancia materna y otras la lactancia con biberón.

Así mismo saben cuándo cargarlo, pero mientras unas lo hacen permanentemente otras alternan entre los brazos y la cuna. En casos concretos se puede presentar la agrupación de dos prácticas, por ejemplo cuando la madre desempeña labores propias del campo y carga al niño en sus espaldas, de tal forma que facilita su alimentación y el tenerlo cerca. En este caso la elección de la alimentación materna puede facilitar las tareas de la madre y el cuidado de su hijo. Las prácticas de crianza se concretan efectivamente, de acuerdo a las circunstancias, presentando diversas combinaciones.

R. Myers también llama la atención sobre la importancia de determinar en las prácticas de crianza quién lleva a cabo la acción y cuándo se realiza.

El alcance de las prácticas en un determinado ambiente está influido por quién puede llevarlas a cabo. La calidad de las prácticas y sus resultados también resultarán afectados sólo pocas veces la madre es la única encargada de cuidar a un niño, aunque pueda ocurrir durante los primeros meses de vida. Una situación extrema se observa en los Andes peruanos, donde un niño sigue siendo considerado como parte de la madre hasta ser bautizado, generalmente a las pocas semanas de nacimiento; en este lapso la madre le brinda la atención exclusiva. Aun después, hasta el destete, sólo se permite que otras personas vean o hablen al niño por periodos breves, y no muy efusivamente.

En cuanto a cuándo llevar a cabo determinadas prácticas de crianza, el autor citado sostiene que esta información es importante para entender las diferencias culturales que enmarcan las prácticas y las creencias sobre el modo de criar los niños. Las distintas culturas tienen estipulado los ritmos y las rutinas de crianza, legitimando su divulgación y empleo, en muchas ocasiones en franca contradicción con las prácticas de otros grupos humanos o con el conocimiento

científico. Estas particularidades asociadas al tiempo indican las características propias de la cultura y el tipo de explicación que poseen de los diferentes momentos del desarrollo del niño. (21)

## **4. CULTURA**

### **4.1. Definición y Concepto de Cultura**

Si buscamos el término cultura, la Real Academia Española indica estas tres definiciones

- f. Cultivo.
- f. Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico.
- Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etcétera.

Además de su definición observamos que hay diversas conceptualizaciones de cultura algunas de estas son:

Es un conjunto de símbolos y objetos de hechura humana creados por una sociedad y transmitidos o heredados de una generación a otra como determinantes y reguladores de la conducta humana. Los símbolos pueden ser intangibles como las creencias, valores o el lenguaje o tangibles como la vivienda, productos u obras de arte (22)

Conjunto de valores, percepciones, deseos y comportamientos básicos que un miembro de la sociedad aprende de su familia y de otras instituciones importantes. (23)

Es la totalidad compleja de conocimientos, creencias, arte, leyes moral, costumbres y cualquier otra capacidad o habito adquiridos por los seres humanos como miembros de la sociedad. (24)

Para Grimson (2008) el primer concepto de cultura surgió para oponerse a la

idea de que hay gente con “cultura” e “incultos”, debido a que en el siglo XVIII existía una visión de que una persona “culto”, era una persona leída, sensible a las artes, con ciertas costumbres que le identifican con un grupo pudiente. (25)

Tylor en 1871 planteó un concepto de cultura asociado a todos aquellos conocimientos, tradición, costumbre y hábito inherente a la persona dentro de una sociedad, al ser perteneciente de esta. (Grimson, 2008)

Harris (2011) cita la definición de Tylor de la siguiente manera:

La cultura en su sentido etnográfico, es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que miembro de la sociedad. (26)

Todos estos autores nos dan una orientación de cómo ha ido evolucionando este concepto integrándose cada vez más características que la definan y todas estas creadas y utilizadas por el hombre que se desarrolla en un mundo social.

## **4.2. Nociones de Cultura**

El concepto de cultura es fundamental para las disciplinas que se encargan del estudio de la sociedad, en especial para la antropología y la sociología. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias.

Por ello existen diferentes nociones de cultura, Tylor (1871) publicó en su libro *La Cultura Primitiva* una de las definiciones más ampliamente aceptadas de cultura. Según Tylor, la cultura es: Aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre.

Boaz (1964) menciona que puede definirse la cultura como la totalidad de las reacciones y actividades mentales y físicas que caracterizan la conducta de los individuos componentes de un grupo social, colectiva e individualmente, en

relación a su ambiente natural, a otros grupos, a miembros del mismo grupo y de cada individuo hacia sí mismo.(28)

*Malinowski (1931) "Esta herencia social es el concepto clave de la antropología cultura, la otra rama del estudio comparativo del hombre. Normalmente se la denomina cultura en la moderna antropología y en las ciencias sociales. (...) La cultura incluye los artefactos, bienes, procedimientos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados. La organización social no puede comprenderse verdaderamente excepto como una parte de la cultura". (30)*

Para M. Harris (1982) *"La cultura alude al cuerpo de tradiciones sociales adquirida que aparecen de forma rudimentaria entre los mamíferos, especialmente entre los primates. Cuando los antropólogos hablan de una cultura humana normalmente se refieren al estilo de vida total, socialmente adquirido, de un grupo de personas, que incluye los modos pautados y recurrentes de pensar, sentir y actuar."*(27)

Cada Autor identifica características particulares de las que se destacan conceptos de socialización, de universalismo, particularidad, de herencia biológica y de producción de bienes.

En el caso de la Enfermería Madelein Leininger analiza la relación de enfermería con la cultura y la antropología indicando que cada individuo interioriza y aplica los cuidados según su cultura es decir según sus costumbres, valores sus creencias y desde el inicio del mundo estas técnicas propias, de alguna manera, les ha servido para sobrevivir o mantenerse en el tiempo.

Para Leininger, enfermera y antropóloga (1990-1994) cultura se refiere a los valores, las 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. (8)

La cultura como uno de los elementos estructurales del mundo determina en un alto grado las interpretaciones de las emisiones explícitas en la comunicación, es la lente con la que se mira la realidad y se interpreta el mundo, el código con el

que se lee; la realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona del mundo y de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales. Cultura, sociedad y persona son las estructuras simbólicas de la vida y estas se reproducen en interacciones a partir de tres procesos: reproducción cultural, integración social y socialización (29)

### **4.3. Elementos de la Cultura**

Luego de realizar una revisión de los conceptos de cultura, se puede determinar que los elementos de la cultura son:

#### **4.3.1. Identidad y Costumbre**

Es la representación que de ella se haga, es la dinámica de interrelaciones y correlaciones, donde, sólo la conciencia subjetiva de ser diferente es un elemento insustituible. Es también una conciencia que no corresponde a ningún contenido, sino a un conjunto de ilusiones sancionadas socialmente como verdades incuestionables al ser legitimadas por los antepasados o la historia (33)

#### **4.3.2. El imaginario social en la cultura**

Los imaginarios corresponden a elaboraciones simbólicas de lo que observamos o de lo que nos atemoriza o desearíamos que existiera. Remiten más a aspectos donde lo real, lo objetivo, lo observable es menos significativo porque reconoce más el carácter imaginado. (33)

## **5. TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE MADELEINE LEININGER**

La presente investigación se enmarca en la “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales” de Madeleine Leininger, fundadora de la Enfermería Transcultural en 1960 y que dio a conocer su teoría por primera vez en 1985: Transcultural Care Diversity and Universality.

Según Leininger, la enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para

proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con la cultura (LEININGER, 1999). Leininger basa su teoría en la Enfermería Transcultural, una rama de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud-enfermedad. La misma Leininger estableció similitudes y la necesidad de armonizar las disciplinas de Enfermería y Antropología ya que ambas se dedican al estudio del ser humano de una forma holística, como ella misma afirma. Leininger insta a los profesionales de Enfermería a acrecentar sus conocimientos sobre los valores culturales y así llevar a cabo un pensamiento crítico para realizar un cuidado satisfactorio.

De este modo, pretende converger la práctica tradicional de cada individuo y la práctica de la enfermería en un cuidado culturalmente congruente. La valoración se realiza desde la cultura, englobando aquí las distintas contingencias sociales y culturales, la etnohistoria y las creencias de salud (Leininger, 1995)

Así pues, la investigación se ha realizado siguiendo el citado Modelo de Leininger (Leininger 1995) con aportaciones del Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud de Spector (Spector 2003), y ello aun siendo consciente de que son escasas las experiencias en la aplicación de modelos y teorías de Enfermería en nuestro contexto cercano. La especificidad del modelo de Leininger para el objeto de estudio permite evaluar su aplicabilidad y criticar constructivamente su pertinencia en la práctica de los servicios de primer nivel de Atención.

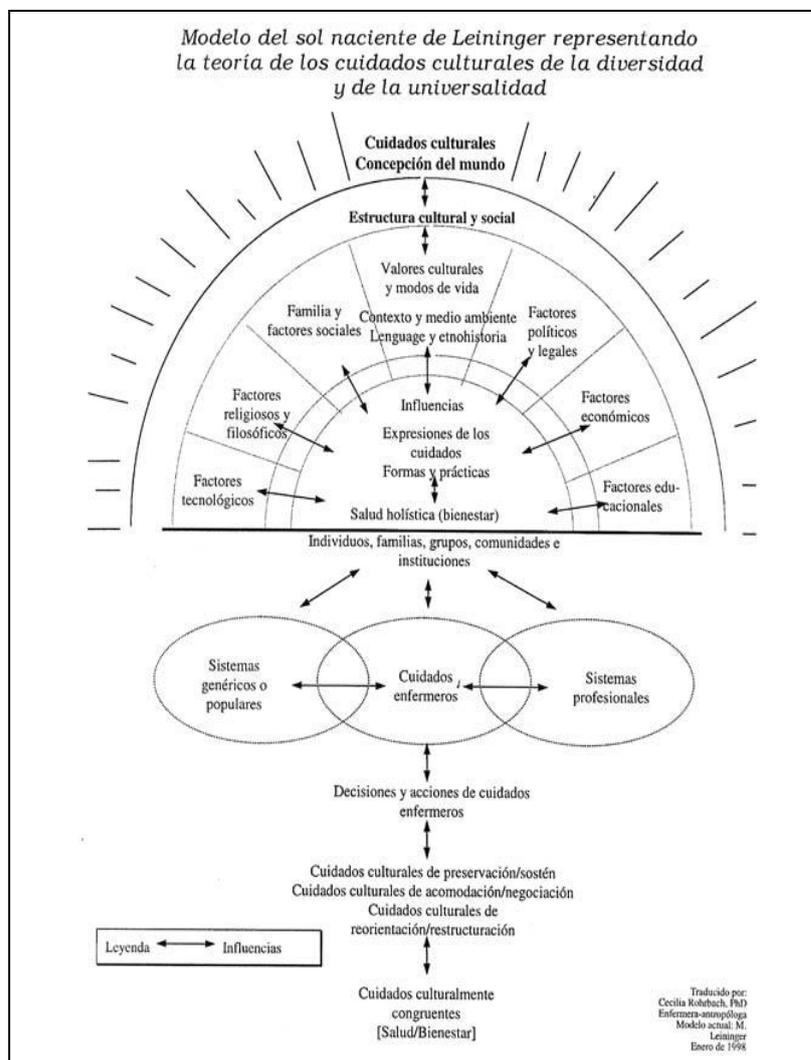
La Teoría de la que es autora Leininger: Teoría de la Diversidad y Universalidad de Cuidados Culturales tiene como fin el descubrir los cuidados humanos diversos (diferentes) y universales (similares) para así poder generar nuevos conocimientos para guiar la práctica de los cuidados enfermeros que permitan mejorar la salud. Esta Teoría se representa gráficamente como Modelo "Sunrise" o figura del sol naciente (Figura 1). El Modelo Sunrise consta de 4 niveles, siendo el primero el más abstracto.

a. Nivel Uno: representa la visión del mundo y los sistemas sociales.

- b. Nivel Dos: proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud.

La cultura es el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de las personas que la conforman.

- c. Nivel Tres: proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la enfermería, que actúan dentro de una cultura. Permite la identificación de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales.
- d. Nivel Cuatro: determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros. En este nivel se proporcionan los cuidados enfermeros. Incluye la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.



Como se puede comprobar, en el modelo se entremezclan varios niveles: en la parte más externa se encuentran los componentes de la estructura social o los factores que influyen en las personas para ver su mundo de una manera particular y que influyen en los cuidados y la salud a través del lenguaje y del entorno. Estos otros factores influyen a su vez en sistemas o subsistemas de enfermería folk y profesional localizados en la mitad inferior de la figura. Las decisiones de la enfermera, en cuanto a los cuidados culturales observados en este contexto, están encaminadas a preservar o mantenerlas, acomodarlas o negociarlas o a re-pautarlas o re-estructurarlas. El estudio de los cuidados de otra cultura se puede comenzar desde cualquiera de los niveles.

El marco de referencia de la perspectiva Transcultural ha dado lugar, según la propia Leininger y ratificado por destacados estudiosos de su teoría, a unas hipótesis teóricas que guían la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad

### **Hipótesis Teóricas de Leininger consideradas en el presente estudio (Rohrbach 1998).**

Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo de diferente (diversidad) y algo de semejante (común, universal) en todas las culturas del mundo.

Toda cultura humana cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a otras culturas. Los valores, las creencias y las prácticas culturales están influidos y, con frecuencia, integrados en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), de parentesco (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.

Son numerosas sus predicciones, solamente se mencionarán las más importantes y que tienen relación directa con el presente estudio:

Cuando los profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de

cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.

La naturaleza holística e integral de la teoría Transcultural de Leininger hace que esta teoría presente numerosas interrelaciones entre la estructura social, el entorno y el lenguaje con los propios conceptos Transculturales, y ello hace compleja su comprensión sin una formación previa sobre su teoría y sobre conocimientos Transculturales. Sin embargo, una vez lograda esta formación, la práctica es muy efectiva, tanto en la investigación y educación como en la práctica clínica (Marriner- Tomey, 1999). No obstante, y como limitación, debe mencionarse que no aporta ningún instrumento para superar los prejuicios y estereotipos de los propios enfermeros, debiendo estos apoyarse en su propia madurez cultural para aplicar el modelo.

## **C. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS**

### **1. CULTURA**

Según la UNESCO la cultura puede considerarse como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. (32)

### **2. CREENCIAS**

En relación al término “creencias” proviene del latín “credere” y que se define como, firme asentimiento o conformidad con algo, completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos, religión, doctrina. (RAE 2014).

### **3. PRÁCTICAS CULTURALES**

Postulan una idea de proceso de una acción que constantemente cambia para

darle un significado en el tiempo y en el espacio, estas prácticas están relacionadas a las acciones de la vida cotidiana (31)

## **D. ALCANCE Y LIMITACIONES**

### **1. ALCANCES**

Los resultados del presente estudio podrán ser generalizados solo a la población en estudio.

### **2. LIMITACIONES**

- Horario de trabajo de las madres entrevistadas.
- Madres que no desee participar en la investigación.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO OPERACIONAL**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

La presente investigación es un estudio cualitativo de teoría fundamentada, esta metodología permite describir procesos que pueden explicar fenómenos complejos de la experiencia cotidiana de los individuos.

Su propósito es desarrollar teoría basada en datos empíricos y se aplica a áreas específicas.

La Teoría Fundamentada fue propuesta por Barney Glaser y Anselm Strauss la cual se asienta básicamente en el interaccionismo simbólico. Sandin (2003)

Utiliza un procedimiento sistemático cualitativo para generar una teoría que

explique en un nivel conceptual una acción, una interacción o un área específica. Esta teoría es denominada sustantiva o de rango medio y se aplica a un contexto más concreto.

El planteamiento básico del diseño de la teoría fundamentada es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación más que de los estudios previos. Es el procedimiento el que genera el entendimiento de un fenómeno.

A sí mismo la teoría fundamentada va más allá de los estudios previos y los marcos conceptuales preconcebidos, en busca de nuevas formas de entender los procesos sociales que tiene lugar en ambientes naturales Draucker et al. (2007).

El diseño resalta el empleo de ciertos pasos en el análisis de los datos y está basado en el procedimiento de Corbin y Strauss (2007) en el que se identifica la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva. A continuación las detallamos:

### **Proceso del Diseño Sistemático**

**Codificación Abierta.** En esta codificación el investigador revisa todos los segmentos del material para analizar y genera por comparación constante categorías iniciales de significado. Elimina así la redundancia y desarrolla evidencia para las categorías. Las categorías se basan en los datos recolectados (entrevistas, observaciones, anotaciones y demás datos) las categorías tienen propiedades representadas por subcategorías, las cuales son codificadas (las subcategorías proveen detalles de cada categoría)

**Codificación Axial.** Parte del análisis en el que el investigador agrupa las piezas de los datos identificados y separados por el investigador en la codificación abierta, para crear conexiones entre categorías y temas. Durante esta tarea se construye un modelo del fenómeno estudiado, que incluye las condiciones en que ocurre y no ocurre, el contexto en el que sucede, las acciones que lo describen y las consecuencias.

**Codificación Selectiva.** Una vez el esquema, el investigador regresa a las unidades o segmentos y los compara con su esquema emergente para fundamentarlo. De esta comparación también surgen hipótesis (propuestas teóricas) que establecen las relaciones entre categorías o temas. Así se obtiene el sentido de entendimiento.

Al final se escribe una historia o narración que vincule las categorías y describa el proceso o fenómeno

El trabajo se desarrolló con madres de niños menores de cinco años, con la finalidad de comprender la esencia del objeto a investigar, es decir, los fenómenos relacionados a sus creencias y prácticas que poseen para cuidar al niño, según su perspectiva cultural.

## **PROCEDIMIENTO DEL DISEÑO**

En la presente investigación el grupo cultural estuvo conformado por madres de niños menores de cinco años , perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud Tarata, del cual se obtuvo el padrón nominal de los niños menores de cinco años que asisten a sus controles.

Se utilizó el consentimiento informado por escrito para obtener la autorización de las madres participantes en el estudio.

Se realizó la entrevista en el establecimiento de salud, en sus domicilios, y en la comunidad la que fue grabada con autorización de cada una de las madres.

Los informantes estuvieron conformados por 10 madres determinadas por la técnica de saturación, es decir cuando la ocurrencia de las descripciones de los fenómenos fueron repetitivas y no aportaban más datos nuevos a la investigación.

Tuvieron como seudónimo la Madre 01, Madre 02, hasta Madre 10, para identificarlos.

Posteriormente se transcribió y se realizó el análisis cualitativo. Para evitar la

pérdida de información clave de las categorías y sub categorías de las creencias y prácticas de las madre, de acuerdo a la teoría de los cuidados culturales, se realizó un microanálisis de las narrativas (línea por línea), texto descubriendo en él los códigos iniciales, posteriormente se formularon las categorías preliminares, realizando simultáneamente registros escritos del análisis y notas de codificación para encontrar las propiedades y dimensiones en cada una de las categorías. Además se elaboró las notas teóricas y operacionales que serán necesarias para profundizar en los textos o narrativas de las mujeres y por último se realizó la codificación selectiva, integrando los conceptos en torno a una categoría central, complementando con otras categorías y sub categorías necesarias para explicar la temática del estudio. Para comprender este fenómeno, los datos se interpretaron y organizaron en torno a la categoría central creencias y prácticas de cuidado de la madre.

## **B. POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### **1. POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por 226 madres que pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud Tarata.

### **2. MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por madres elegidas de manera no probabilística por muestreo intencional. La información saturo con 10 madres

#### **Criterios de inclusión:**

- Madres registradas en el establecimiento de salud que acuden a los controles de Crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.

#### **Criterios de exclusión:**

- Cuidadores que no tengan parentesco con niños menores de cinco años.

- Madres que no quieran participar del estudio.
- Madres que no hablen español.

### **C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El escenario donde se realizó la presente investigación fue en el Departamento de Tacna Provincia de Tarata jurisdicción del Centro de Salud Tarata.

Tarata está ubicada al norte de la ciudad de Tacna a 89 km, se encuentra a una altura de 2,950 msnm. Tiene una superficie de 864.31 km<sup>2</sup> y está establecida sobre una colina de terreno abrupto, entre el Altiplano Puneño y el desierto del Pacífico, cerca de la frontera con Bolivia. Por el norte, limita con el departamento de Puno y la provincia de Candarave; por el oeste, colinda con la provincia de Jorge Basadre y la provincia de Tacna; por el sur, con la provincia de Tacna; y por el este, con la provincia de Tacna, el departamento de Puno y la nación de Bolivia. Por otro lado, la temperatura media se encuentra entre los 13°C en el poblado de Tarata, y los 0°C en la frontera con Puno y Bolivia (Instituto Nacional de Defensa Civil 2004)

Para llegar a Tarata, se tiene un recorrido de 1.5 horas por vía terrestre desde la Provincia de Tacna. Los vehículos de transporte colectivo se encuentran en la Av. Tarata denominado Salida Tarata, que pertenece al Distrito de Alto de la Alianza.

Con respecto a la población, en el 2015 Tarata alcanzó un total de 7,745 habitantes de los cuales 3,669 son mujeres, lo que representa el 47.37%, y 4,076 son hombres, lo que constituye el 52.63%. Con relación al total de personas en el departamento de Tacna, la población de Tarata ha logrado representar un 2.27% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2009)

Por otra parte, la principal actividad es la agricultura, desarrollándose en especial el cultivo de orégano, papa y maíz, y la ganadería con la crianza de camélidos

como actividad principal.

Al ingresar a la provincia destaca su geografía con valles interandinos, la puna y la cordillera del barroso. Ya en la comunidad el tránsito es a pie, en vehículos particulares o en moto taxis. Las viviendas conforman calles estrechas, la mayoría de ellas se encuentran en el centro de la localidad, siendo algunas de material noble y otras de adobe y quincha, la mayoría de las viviendas cuentan con piso de cemento y otras con piso de tierra con habitaciones grandes divididas. Cuentan con agua y desagüe, cocinan a gas y a leña, se observa además la crianza de animales como, gallinas, cuyes, perros y gatos.

Consumen alimentos obtenidos por la cosecha de sus terrenos como son la papa, el maíz el ajo el orégano y los traídos desde la ciudad.

En su forma de vestir aún persiste el uso del awayo para trasladar a los hijos y para otros usos como es para el traslado de leña, pasto o alimentos también se usan las ojotas los sombreros y los niños utilizan prendas de algodón, lana y chullos tejidos por las madres o abuelas.

Las familias son de tipo nuclear conformadas por padre y por madre que tienen entre 1 a 3 hijos. Con respecto a la edad de las madres se puede obtener que de las 10 madres entrevistadas el 80 % corresponden a edades entre 18 a 25 años y el 20 % entre 20 a 35 años. La mayoría de ellas mujeres en edad fértil con esposos de edades que fluctúan entre los 19 a 35 años. Las parejas tienen en promedio de 1 a 3 años de diferencia de edad siendo los varones mayores. Las familias viven cerca de la vivienda de los suegros, por tanto la crianza de los niños es vista mayormente por la madre.

El estado civil de las madres entrevistadas el 80 % son convivientes y el 20 % casadas su nivel de instrucción el 100% son con secundaria completa,

Las madres en su totalidad no tienen empleo, se dedican exclusivamente a las tareas del hogar, y el mayor tiempo posible cuando sus hijos se encuentran en la escuela aprovecha en cosechar alimentos en sus chacras. Son los esposos los que trabajan en la agricultura o en la ganadería u otro oficio.

La Provincia de Tarata cuenta con un establecimiento de salud, en el que el personal que se encarga de la atención de los niños menores de 5 años es personal joven, asignándole la atención también a personal de Enfermería SERUMS, personal que se encuentra en continuo aprendizaje de integrar el enfoque intercultural considerando la diversidad de condiciones socioculturales que involucran al niño en su contexto familiar.

Se Observa que esta población aún mantiene costumbres ancestrales como parte de su práctica cultural siendo importante que el profesional de enfermería que brinda cuidados en el área rural del primer nivel de atención conozca a profundidad que prácticas de salud son consideradas por la comunidad en la que trabaja para integrarlas en el plan de intervención con un enfoque intercultural. Identificando aquellas prácticas que puedan generar un daño o prácticas que pueden ser conservadas.

#### **D. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica de recolección de datos fue la entrevista a profundidad y como instrumento una guía de entrevista semi estructurada. (Anexo 01)

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Se realizó un microanálisis de las narrativas (línea por línea), texto descubriendo en él los códigos iniciales, posteriormente se formularon las categorías preliminares, realizando simultáneamente registros escritos del análisis y notas de codificación para encontrar las propiedades y dimensiones en cada una de las categorías.

Además se elaboró las notas teóricas y operacionales que fueron necesarias para profundizar en los textos o narrativas de las mujeres y por último se realizó la codificación selectiva, integrando los conceptos en torno a una categoría central, complementando con otras categorías y sub categorías necesarias para explicar la temática del estudio. Para comprender este fenómeno, los datos se

interpretaron y organizaron en torno a la categoría central creencias y prácticas de cuidado de la madre.

Este proceso se inició con la transcripción de las entrevistas y la organización de las notas de campo realizadas. Con el objetivo de utilizar de manera óptima los datos, las entrevistas fueron transcritas por la investigadora. Este proceso se realizó entre 24 y 72 horas posteriores a las entrevistas. El análisis de estos textos permitió a la investigadora evidenciar como emergían los códigos y conceptos.

La codificación y el análisis de datos se realizaron al finalizar la recolección de estos. Se hicieron entrevistas hasta agotar y saturar el muestreo teórico.

Se construyó la teoría a través de la comparación constante entre las etapas del proceso de teorización.

Cada entrevista contó con un número que la identificó, designado de acuerdo con el orden de surgimiento. La primera llevaba como código inicial 0, el número 01; cuando se llegaba a 10, se dejaba de utilizar el cero. Luego, se transcribía de manera textual cada entrevista grabada en medio de audio en un formato plano, con el mismo tipo de letra y tamaño.

En la generación de los códigos se etiquetaba según el surgimiento de las categorías asignándoles letras y colores (Anexo 04). A continuación se detalla:

### **Esquema para la identificación de códigos**

M1: N° de Madre entrevistada.

01: N° de renglón analizado.

C1: N° de Código por categoría.

<b>CATEGORÍA</b>	<b>GÓDIGO</b>
Niño que no enferma, niño tranquilo y feliz	<b>N</b>
Todo puede comer	<b>P</b>
Si el niño está enfermo ya no crece, no sube de peso y deja de comer	<b>C</b>
Los niños comen mas	<b>D</b>
La lactancia materna es importante, exclusiva, el primer alimento hasta los 6 meses	<b>L</b>
Inicio de la alimentación, la papilla	<b>A</b>
Yo cuido a mi hijo y me ayuda mi esposo	<b>R</b>
Para la gripe Eucalipto y miel	<b>E</b>

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

El análisis que se realizó se basó en el Diseño Sistemático de Corbin y Strauss (Hernández et al., 2010)

Los pasos dentro del proceso son los siguientes:

##### **Proceso de codificación**

Codificación abierta: Análisis microscópico de los datos. Donde se identificaron elementos clave sobre las creencias y prácticas en el cuidado del niño menor de cinco años.

### **Proceso de categorización**

Codificación axial: Donde una vez identificados dichos elementos, se realizó la agrupación por temáticas afines y permitió así la construcción de sub categorías y categorías del mismo fenómeno.

### **Interpretación y teorización**

Codificación selectiva: la cual consiste en la construcción e interpretación teórica, de los elementos de las categorías encontradas.

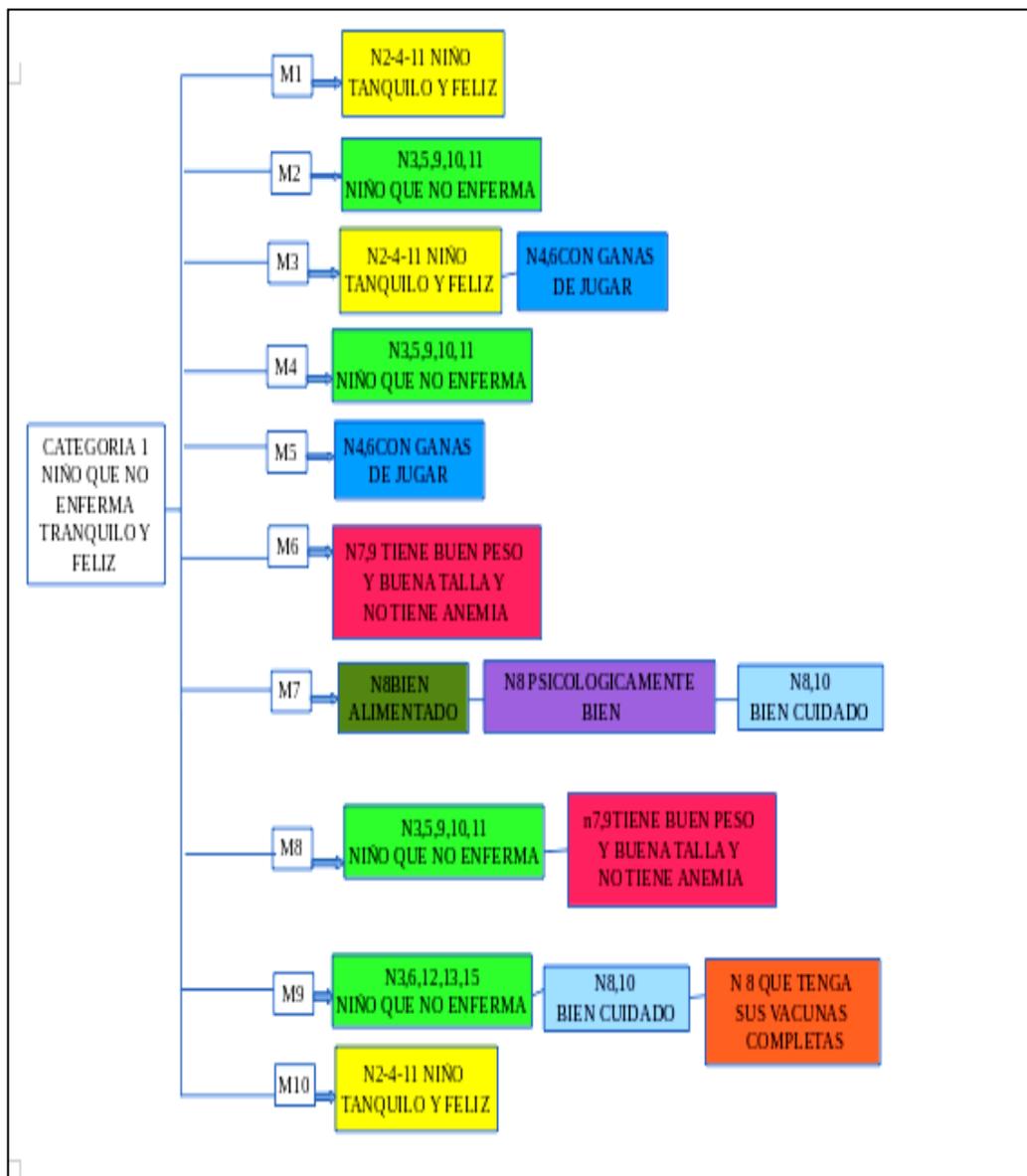
# 1. PROCESO DE CATEGORIZACIÓN

## 1.1. CATEGORIZACIÓN DE LAS CREENCIAS CULTURALES DE LA MADRE SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

GRÁFICO Nº 01

CATEGORÍA 01

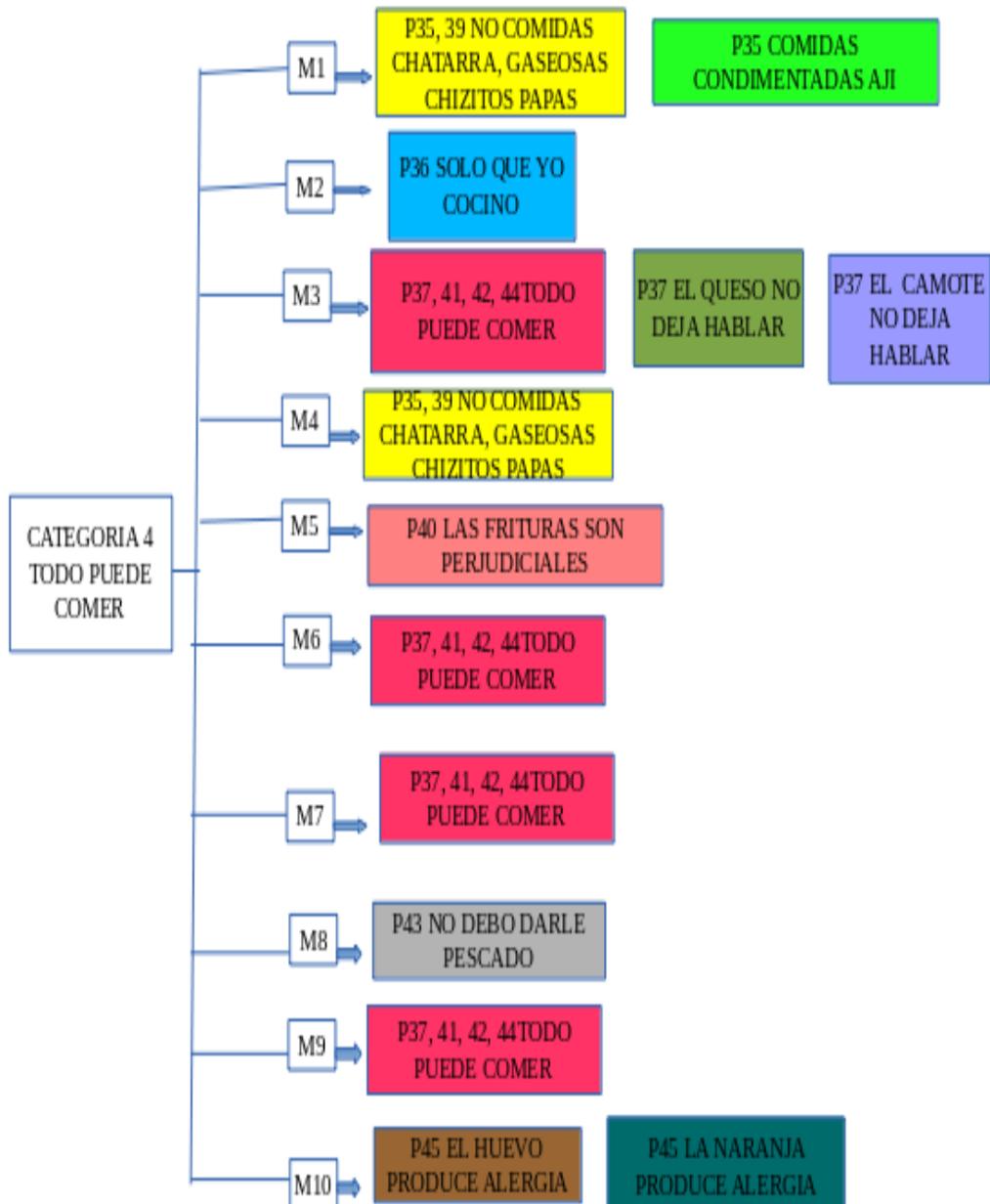
### NIÑO QUE NO ENFERMA NIÑO TRANQUILO Y FELIZ



## GRÁFICO Nº 02

### CATEGORÍA 04

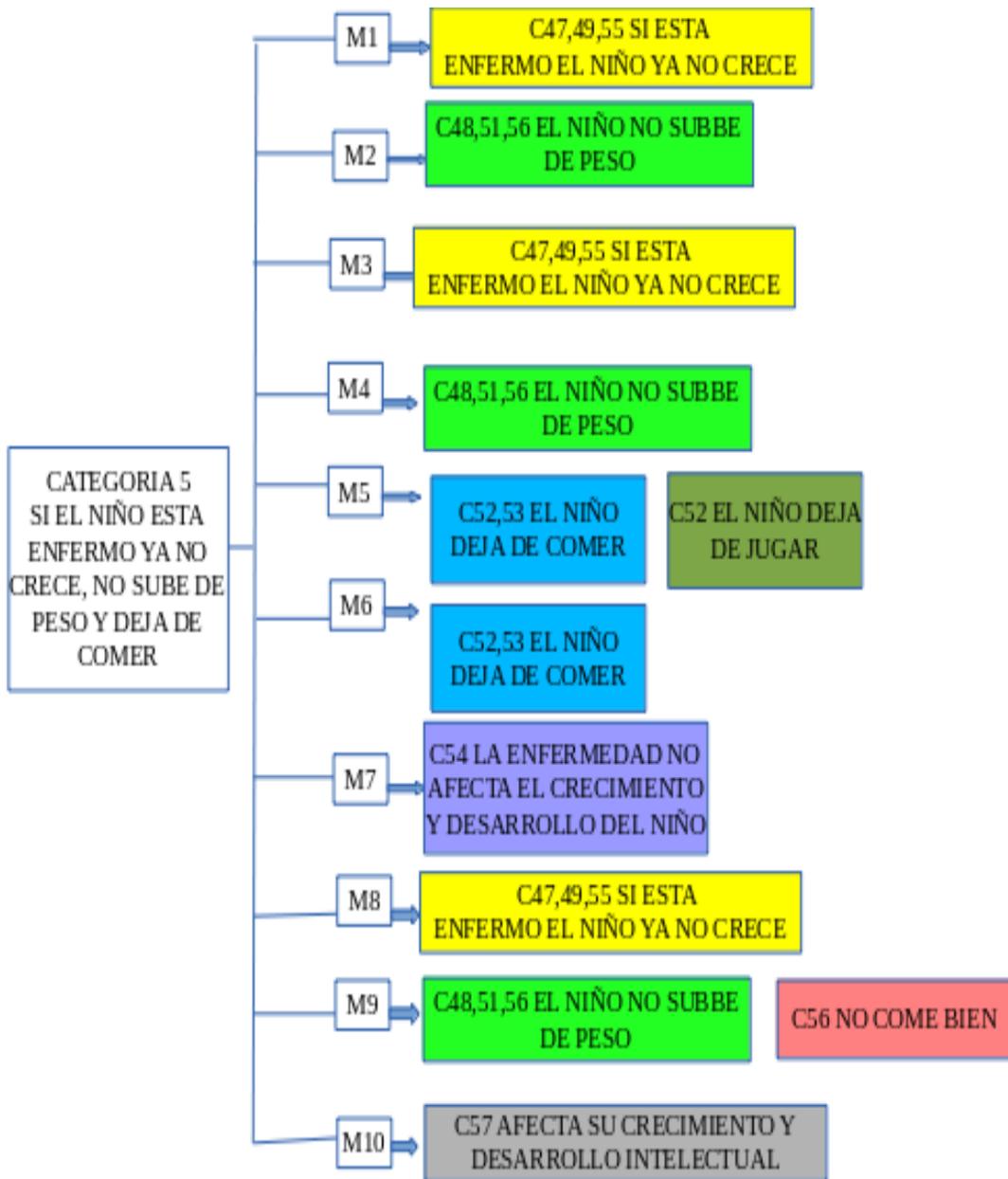
#### TODO PUEDE COMER



### GRÁFICO Nº 03

### CATEGORÍA 05

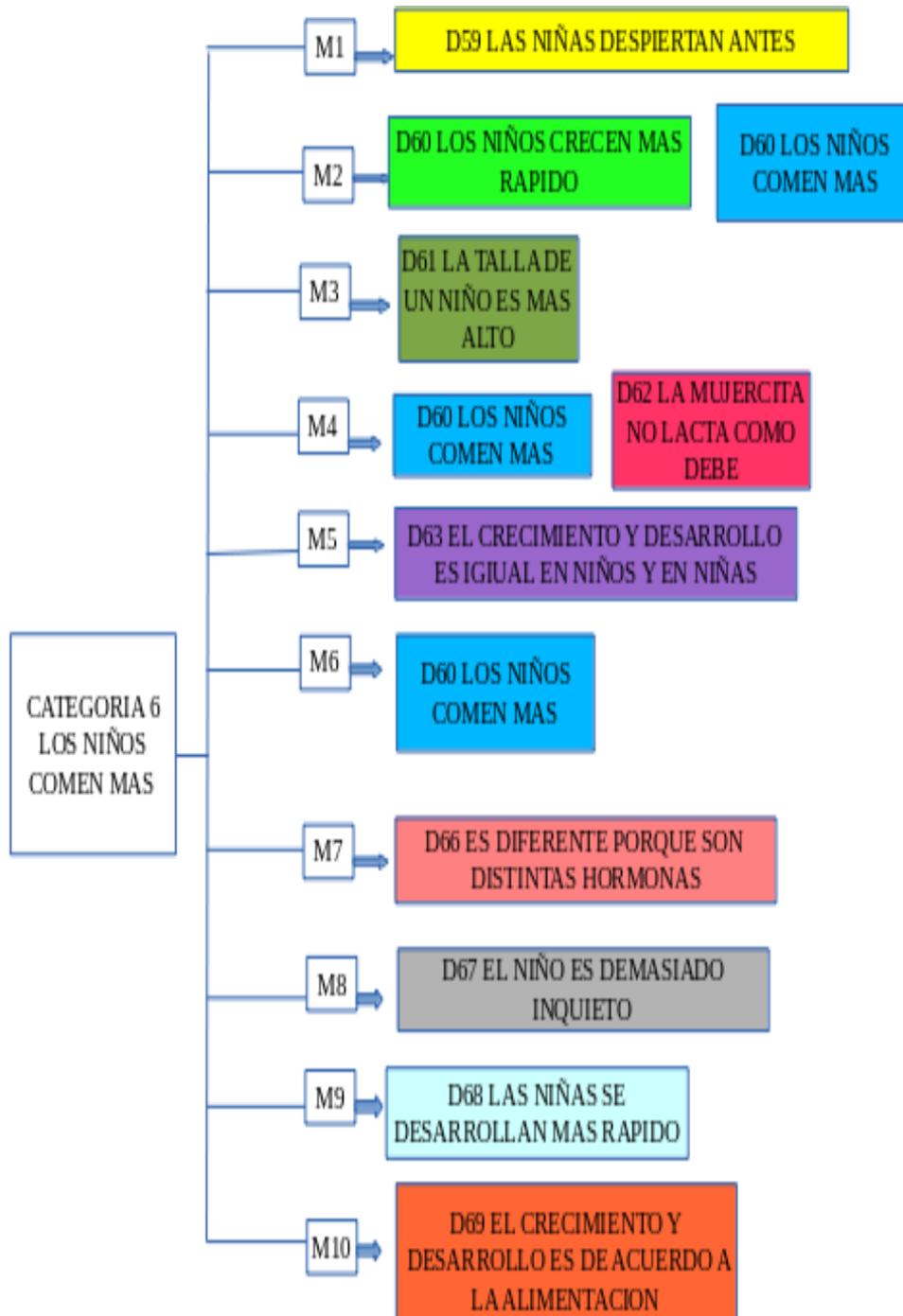
SI EL NIÑO ESTA ENFERMO YA NO CRECE, NO SUBE DE PESO Y DEJA DE COMER



## GRÁFICO Nº 04

### CATEGORÍA 06

#### LOS NIÑOS COMEN MÁS

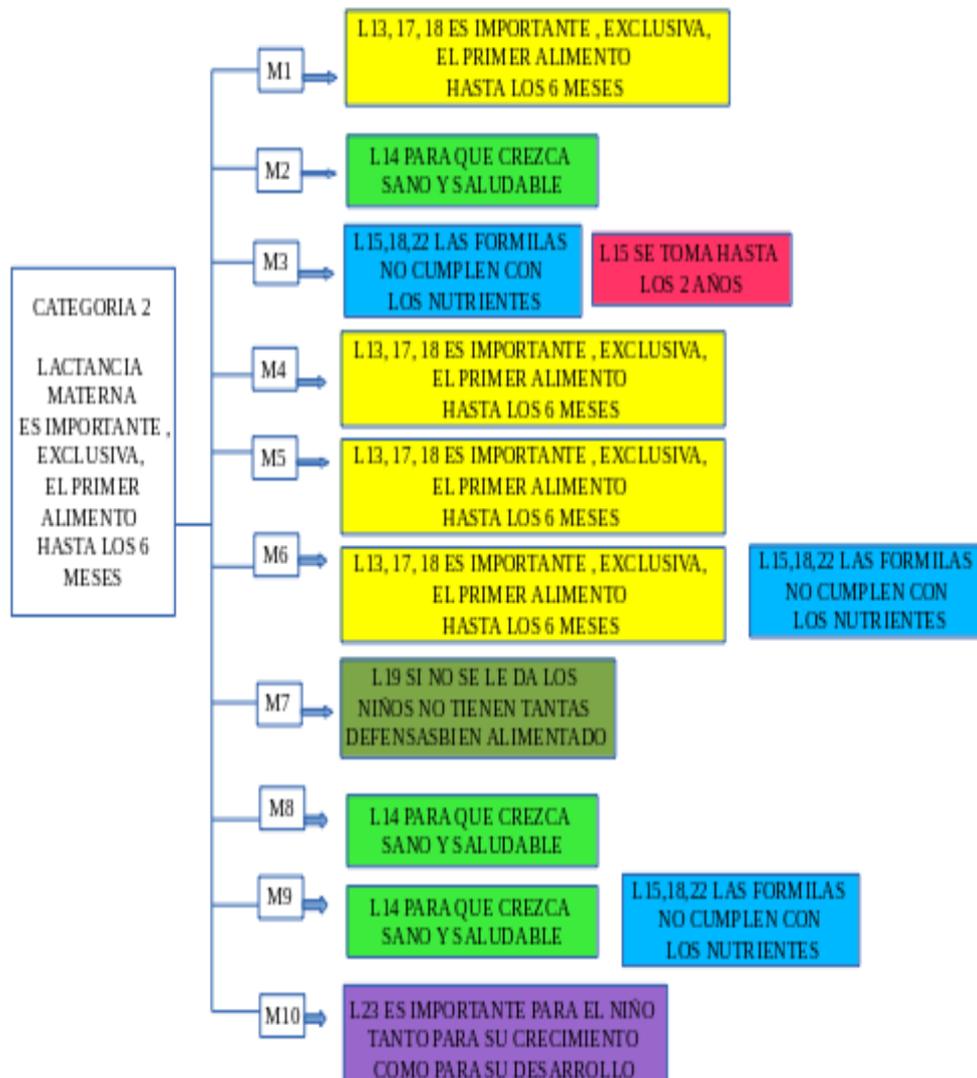


## 1.2. CATEGORIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CULTURALES DE LA MADRE SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

### GRÁFICO Nº 05

### CATEGORÍA 02

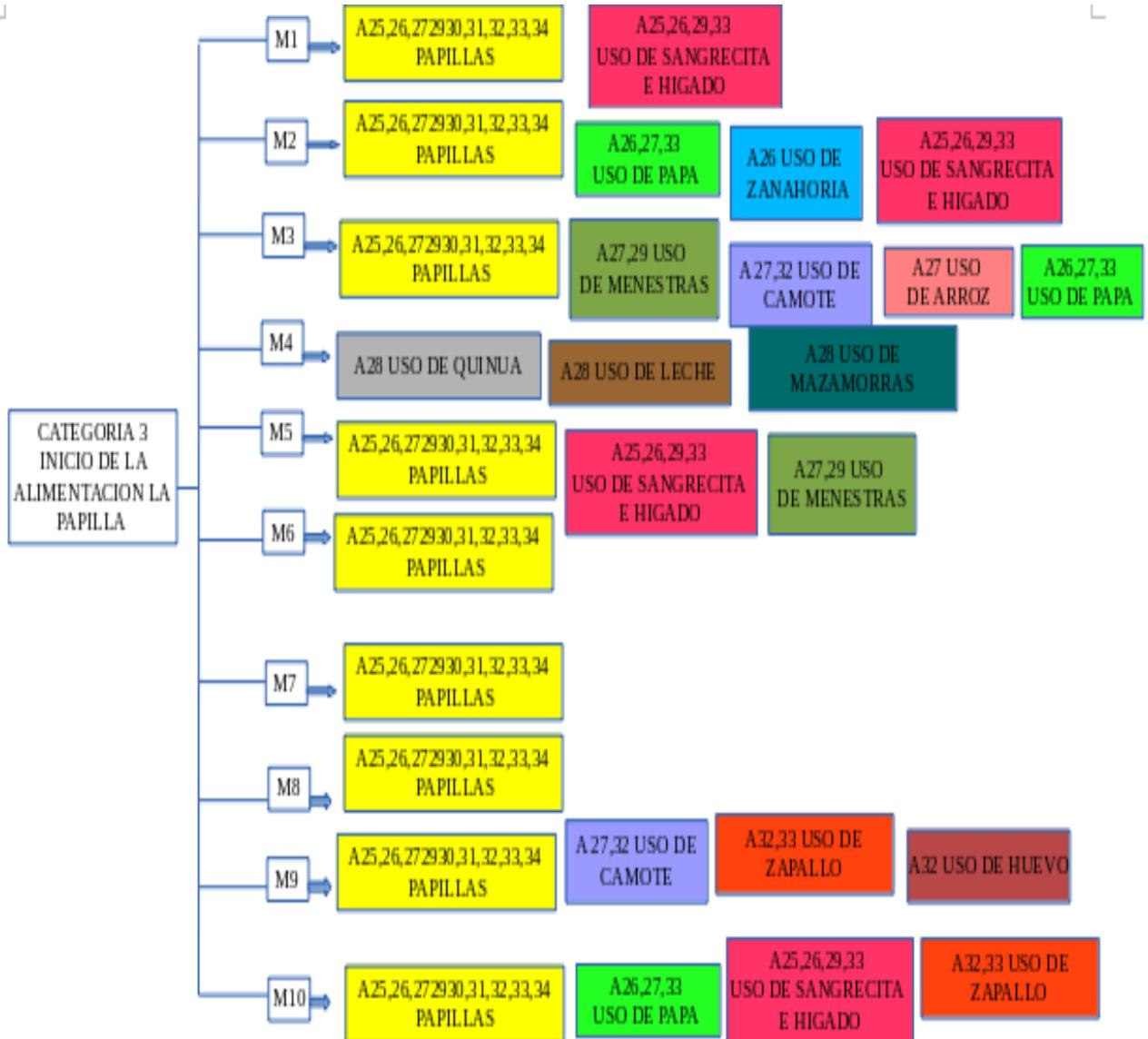
### LACTANCIA MATERNA, ES IMPORTANTE, EXCLUSIVA, EL PRIMER ALIMENTO HASTA LOS 6 MESES



## GRÁFICO Nº 06

### CATEGORÍA 03

#### INICIO DE LA ALIMENTACIÓN LA PAPILLA



## GRÁFICO Nº 07

### CATEGORÍA 7

#### YO CUIDO A MI HIJO Y ME AYUDA MI ESPOSO



GRÁFICO Nº 08

CATEGORÍA 8

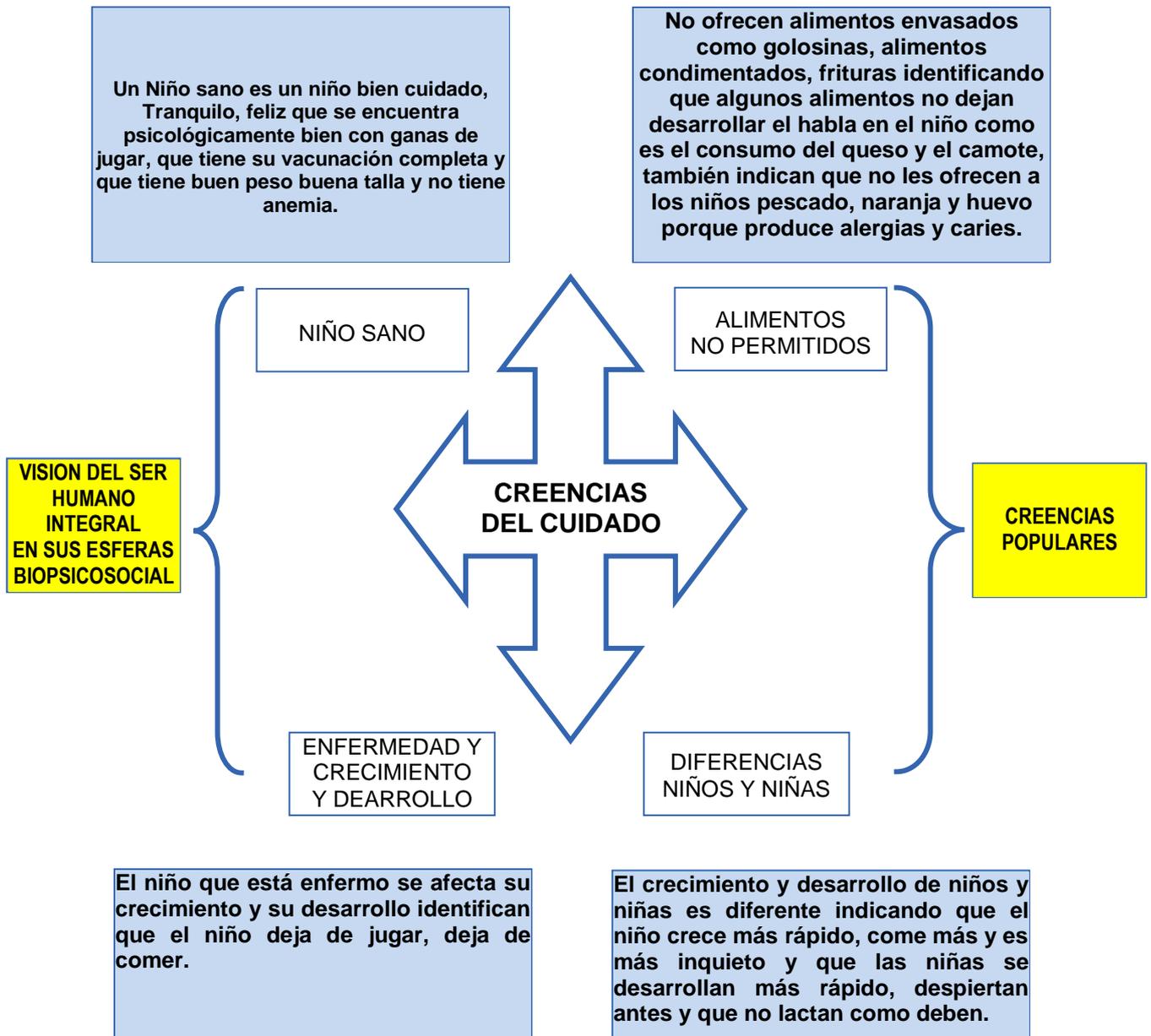
PARA LA GRIPE EUCALIPTO Y MIEL



### 1.3. SUBCATEGORIAS

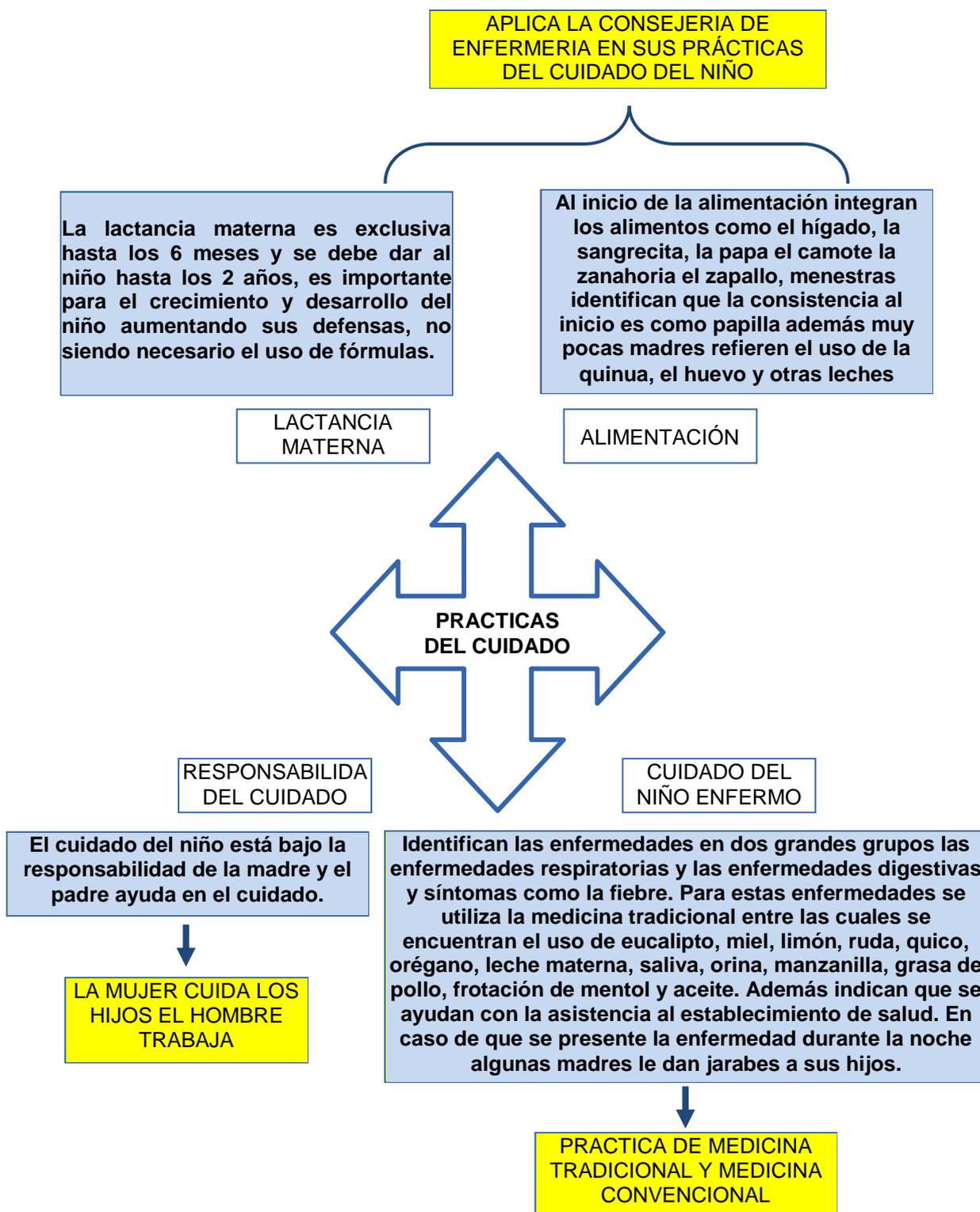
GRÁFICO Nº 09

#### SUBCATEGORÍAS DE LAS CREENCIAS CULTURALES DE LA MADRE SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS



## GRÁFICO Nº 10

### SUBCATEGORÍAS DE LAS PRÁCTICAS CULTURALES DE LA MADRE SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS



## B. DISCUSIÓN

### Interpretación y Teorización

Considerar las creencias y prácticas culturales de una población de la zona rural relacionadas al cuidado del niño menor de cinco años son observaciones que se han realizado en la práctica de enfermería al realizar las consultas de crecimiento y desarrollo a madres de zonas urbanas y rurales las cuales realizan prácticas y cuidados según sus costumbres y su creencias lo que me ha llevado a indagar en un grupo de madres de la zona alto andina de la ciudad de Tacna Provincia de Tarata las creencias y prácticas en el cuidado del niño desde las perspectivas de las madres.

La exposición de los resultados pone de manifiesto un proceso, trasladando el contenido que da sentido a la misma, utilizando palabras de las personas implicadas.

En el proceso de codificación se obtuvieron ocho categorías. En las categorías que se encontraban dentro de las creencias tenemos: Niño sano, enfermedad y crecimiento y desarrollo, alimentos no permitidos, diferencias entre niños y niñas. En la categoría de prácticas se identificó la lactancia materna, alimentación, responsabilidad del cuidado del niño, cuidado del niño enfermo. De las cuales emergieron cinco sub categorías: Visión del ser Humano integral en sus esferas biológica, psicológica y social, aplicación de la consejería en la práctica del cuidado del niño, practica de la medicina tradicional y convencional, creencias populares, madre cuida padre trabaja, Todas estas sub categorías dieron origen a una categoría central "Integración de Saberes" la que representa las creencias y prácticas que realizan la madre en el cuidado del niño menor de cinco años.

Comenzare a representar el significado que las madres le dan a un niño sano.

***Primerito si tiene diarrea yo le doy mate de quico, le froto los piecitos las plantas de abajo porque a veces por el frío le da, también le pongo medias, y le froto con manzanilla con aceite, cuando tiene enfermedad de la gripe le froto con mentol su pechito y después mate de eucalipto***

### ***con miel, pero voy a la posta para apoyarme (Madre 07)***

Con esta afirmación queda representada la categoría central de la investigación en la “Integración de Saberes” es el conjunto de las creencias y prácticas de cuidado que realizan las madres.

En esta categoría central se representan los temas con los que se iniciaron las entrevistas de la presente investigación: Niño sano, lactancia materna, alimentación, crecimiento y desarrollo, enfermedad, responsabilidad del cuidado, cuidado del niño.

Esta categoría central se explica por medio de las siguientes cinco categorías principales:

1. Visión del ser humano integral en sus esferas biológica, psicológica y social.
2. Aplicación de la Consejería de salud en las prácticas del cuidado.
3. Prácticas de medicina tradicional y medicina convencional.
4. Creencias Populares.
5. Madre Cuida, Padre Trabaja.

La descripción de las categorías y sus correspondientes significados para las madres entrevistadas, quedan recogidas en las siguientes líneas. Son los argumentos del presente capítulo. Representan los resultados de la presente investigación. Comienzo con la explicación de la categoría central

#### **1. Integración de saberes**

Esta categoría muestra que las creencias y prácticas del cuidado que realizan las madres en la zona rural alto andina de Tarata Tacna se realizan empleando conocimientos adquiridos de una generación a otra como es la práctica de la medicina tradicional a la vez que integran la medicina convencional haciendo uso de los servicios del Establecimiento de Salud de la localidad.

En la Figura 01 Se observan los cuatro niveles:

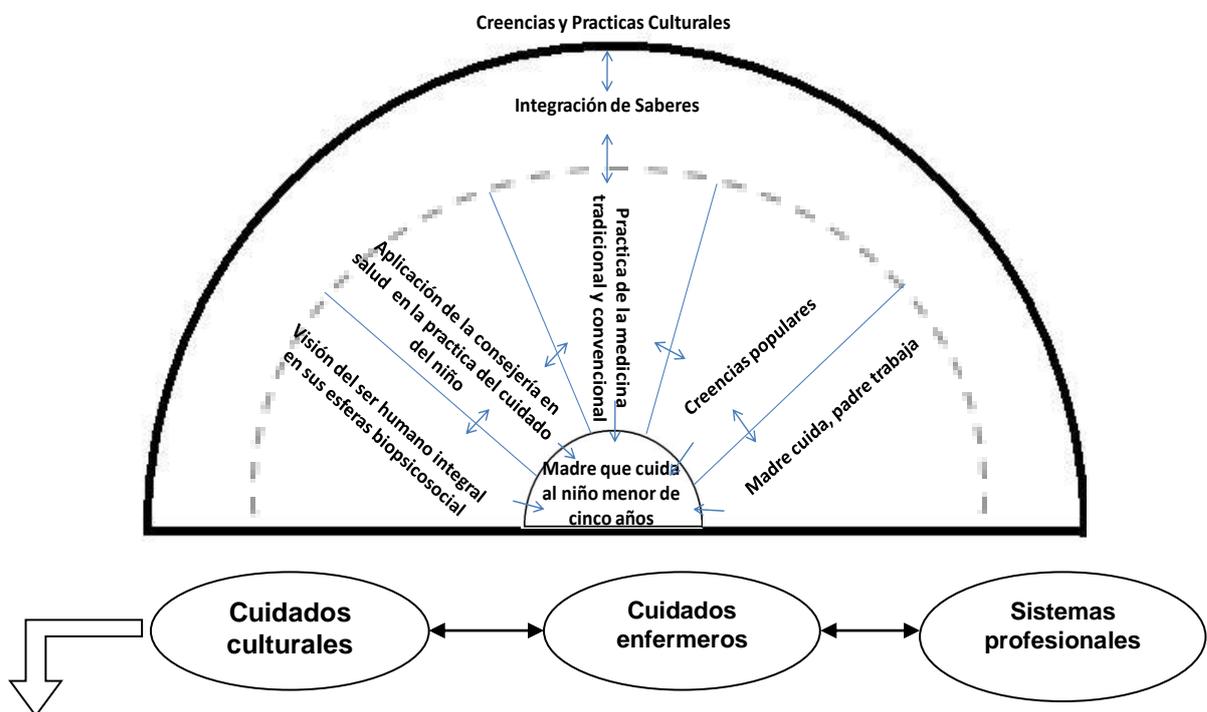
**Nivel Uno:** Visión del Mundo como las creencias y prácticas culturales.

**Nivel Dos:** Información de las madres: categoría central Integración de Saberes.

**Nivel tres:** Identificación de diversidad y universalidad de los cuidados, se determinan las categorías emergentes.

**Nivel Cuatro:** Visión de los cuidados Culturales. Se identifican las categorías y subcategorías a identificar en los cuidados del niño menor de cinco años.

**Figura 01:** Modelo del Sol Naciente de Madelein Leininger, adaptado para representar esquemáticamente las categorías de las Creencias y prácticas culturales en el cuidado del niño menor de cinco años Tacna- Tarata, 2017



**APLICA LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA EN SUS PRÁCTICAS DEL CUIDADO DEL NIÑO**

- \*LACTANCIA MATERNA
- \*ALIMENTACION

**PRÁCTICA DE MEDICINA TRADICIONAL Y MEDICINA CONVENCIONAL**

- \*CUIDADO DEL NIÑO ENFERMO

**CREENCIAS POPULARES**

- \*ALIMENTOS NO PERMITIDOS
- \*DIFERENCIAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS

**LA MUJER CUIDA LOS HIJOS, EL HOMBRE TRABAJA**

- \*RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO

## **2. Visión del ser humano integral en sus esferas biológica, psicológica y social**

El significado que las madres le dan a un niño sano lo describen como:

***“Un niño sano es un niño bien cuidado, tranquilo, feliz, que se encuentra psicológicamente bien , con ganas de jugar, que tiene vacunación completa y que tiene buen peso, buena talla y no tiene anemia”.***

Esta descripción pone de manifiesto que se considera la salud del niño como un equilibrio entre la parte física, psicológica y social.

Las madres entrevistadas destacan el aspecto emocional siendo las palabras más utilizadas por todas un niño tranquilo y feliz como indicador de buena salud.

Según el ASIS del Pueblo Aymara Puno 2010 en los talleres realizados se señalaron como descriptores individuales de la salud para el pueblo Aymara: estar alegre, feliz, contento, con fuerza para trabajar, tranquilo sin preocupaciones.

## **3. Integración de la Consejería de enfermería en sus prácticas del cuidado**

***“Siempre debes darle de lactar a un niño para que crezca sano y saludable”. (Madre 02)***

***“Es importante porque eso ayuda a crecer sanito, no es como la leche en polvo que se da, es un alimento primordial para nuestros hijos, es lo que se debe dar y no la leche en polvo”. (Madre 09)***

***“Para mí es lo básico porque las formulas no cumple con los nutrientes que dan las vitaminas de la lactancia mi hija tomo hasta los 2 años”. (Madre 04)***

“Las comunidades aymara siempre han sabido que la leche materna es fundamental para el desarrollo de la wawa. Por eso, la lactancia se prolonga por

mucho tiempo, hasta que la wawa está preparada física y emocionalmente para el destete. Tradicionalmente, el destete coincide con el primer corte de pelo de la wawa, ceremonia que marca su incorporación a la vida comunitaria". (34)

En la narrativa de las madres sobre la lactancia materna la identifican como parte de los cuidados que recibe el niño, el significado que le otorgan tiene relación a la educación que reciben en el establecimiento de salud utilizando los mensajes que allí aprenden.

Las madres tienen interiorizada la importancia de lactancia materna como alimento fundamental para sus hijos e identifican el periodo de tiempo que deben otorgarla, la importancia frente a la enfermedad, reconocen también las leches en polvo que para ellas no contienen los nutrientes necesarios para sus hijos.

#### **4. Prácticas de medicina tradicional y medicina convencional**

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. (OMS 2005)

***“Mi papa como son a la antigua me dice que cuando tiene diarrea o dolor de estómago le dé mate de ruda o mate de orégano o de anís y cuando tiene tos, mate de eucalipto, pero voy también a la posta para apoyarme” (Madre 05)***

***“Cuando esta estreñado hacer tomar agua de anís, prácticamente yo hago lo que las Enfermeras me dicen, porque mi mama no está, porque no se mucho” (Madre 09)***

***“Primerito si tiene diarrea yo le doy mate de quico, le froto los piecitos las plantas de abajo porque a veces por el frio le da, también le pongo medias, y le froto con manzanilla con aceite, cuando tiene enfermedad de la gripe le froto con mentol su pechito y después***

### ***mate de eucalipto con miel, pero voy a la posta para apoyarme”***

Se identifica que la población de estudio utiliza plantas medicinales con propiedades curativas en forma de infusión, baños, frotación. Estos conocimientos han sido adquiridos y transmitidos de generación en generación de padres a hijos.

El grupo de madres entrevistadas cuentan con un seguro integral de salud, y tienen acceso al establecimiento de salud no siendo el uso de la medicina tradicional por posibilidades económicas.

La Organización Mundial de la Salud desde 1977 adoptó una resolución (WHA.30.49). Lanzando una promoción mundial de la medicina tradicional, dicha resolución insta a los gobiernos miembros a dar importancia a sus sistemas médicos tradicionales. En 1978 se resaltó la importancia de las plantas medicinales en los sistemas médicos en países en desarrollo.

La Medicina Tradicional es una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud (OMS 2013)

### **5. Creencias populares**

***“No hay alimentos que perjudiquen a un niño todo pueden comer aunque hay creencias que el queso y el camote no le deja hablar al niño”. (Madre 03)***

***“Algunas frutas, pero siempre le he dado queso como algunos dicen que el queso no le deja hablar” (Madre 06)***

***“El huevo que le produce alergia, la naranja que los dientes sale caries” (Madre 10)***

***“Los niños crecen más rápido y comen más” (Madre 02)***

***“Los niños comen más que las niñas y cuando es bebido la mujercita no lacta como debe ser, los hombrecitos si” (Madre 04)***

Existe la creencia que algunos alimentos como el queso, el camote no permiten el desarrollo del lenguaje en los niños,

Las creencias sobre el crecimiento y desarrollo de los niños pasan de generación en generación sin que muchas veces este tenga fundamento

Las características progresivas del desarrollo del lenguaje verbal en los diferentes niveles de edad, se adscriben a las etapas del desarrollo integral del niño, asociado a aspectos de maduración del sistema nervioso, al desarrollo cognoscitivo y al desarrollo socioemocional. (35)

Se puede decir que no todos los niños desarrollan las habilidades del habla y el lenguaje de la misma manera. Sin embargo, todos los niños siguen una progresión natural o una serie de etapas para dominar las habilidades del lenguaje. (Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación (36)

Investigadores patrocinados por el Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación USA 2010 han descubierto una variante genética vinculada específicamente al trastorno específico del lenguaje, un trastorno que retrasa el uso de palabras en el niño y disminuye el ritmo al que éste domina las habilidades del lenguaje durante la edad escolar. Este hallazgo es el primero que relaciona la presencia de una mutación genética específica con un tipo de deficiencia hereditaria en el lenguaje. Otras investigaciones exploran el papel que podría desempeñar esta variante genética en la dislexia, el autismo y los trastornos del habla y la audición.

Actualmente no se han encontrado evidencias que indiquen que algún alimento produzca un retraso en el lenguaje, identificándose que solo es una creencia que no tiene un fundamento científico.

## **6. Madre cuida, padre trabaja**

***“Yo cuido a los hijos y me ayuda mi esposo, solo cuando salgo algún sitio se los dejo a mi mama”***

El rol de la madre en la actualidad es dividir las tareas entre el cuidado de los hijos y el trabajo.

En la zona alto andina de Tarata observamos que muchas de ellas se dedican al cuidado exclusivo de sus hijos y es el hombre el que realiza el trabajo pesado en las actividades de agricultura y ganadería aunque la mujer ayuda en estas labores, mientras el hijo es lactante solo realiza pequeñas tareas.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** En el proceso de codificación se obtuvieron ocho categorías.

En la Categoría de Creencias se identificaron los siguientes temas: Niño sano, Enfermedad y crecimiento y desarrollo, Alimentos no permitidos, Diferencias entre niños y niñas. Y en la categoría de Prácticas: Lactancia materna, Alimentación, Responsabilidad del cuidado del niño, Cuidado del niño enfermo. De las cuales emergieron cinco sub categorías: Visión del ser Humano integral en sus esferas biológica, psicológica y social, Aplicación de la consejería de salud en la práctica del cuidado del niño, Practica de la medicina tradicional y convencional, Creencias populares, Madre

cuida padre trabaja, Todas estas sub categorías dieron origen a una categoría central “Integración de Saberes” la que representa las creencias y prácticas que realizan la madre en el cuidado del niño menor de cinco años.

**SEGUNDA:** Esta integración de saberes nos indica que las creencias y prácticas del cuidado que realizan las madres actualmente en la Provincia de Tarata que es una zona rural alto andina, se realizan empleando conocimientos ancestrales como es la práctica de la medicina tradicional heredada de generación en generación a la vez que integran la medicina convencional haciendo uso de los servicios del Establecimiento de Salud de la localidad.

**TERCERA:** Las Creencias que tienen las madres en relación a un niño sano es una visión integral del ser Humano en sus esferas biológica, psicológica y social, para ellas un niño sano es un niño bien cuidado, Tranquilo, feliz que se encuentra psicológicamente bien con ganas de jugar, que tiene su vacunación completa y que tiene buen peso, buena talla y no tiene anemia.

**CUARTA:** Consideran que si el niño está enfermo se afecta su crecimiento y su desarrollo notando que el niño deja de jugar y de comer.

**QUINTA:** En la creencia popular identifican que algunos alimentos no dejan desarrollar el habla en el niño como es el consumo del queso y el camote, también indican que no les ofrecen a los niños pescado, naranja y huevo porque produce alergias y caries.

**SEXTA:** Indican que el crecimiento y desarrollo de niños y niñas es diferente debido a que el niño crece más rápido, come mas y es más inquieto y que las niñas se desarrollan más rápido, despiertan antes y que no lactan como deben.

**SÉTIMA:** En las practicas del cuidado del niño menor de cinco años las madres aplican la consejería del personal de salud en la práctica

del cuidado, la lactancia materna para ellas debe ser exclusiva hasta los 6 meses y se debe dar al niño hasta los 2 años reconocen que es importante para el crecimiento y desarrollo del niño aumentando sus defensas, no siendo necesario el uso de formulas

**OCTAVA** Indican que el cuidado del niño está bajo la responsabilidad de la madre y que el padre ayuda en el cuidado, los familiares como lo abuelos solo brindan el cuidado cuando están de visita.

**NOVENA:** Identifican las enfermedades en dos grandes grupos, las enfermedades respiratorias y las enfermedades digestivas además de síntomas como la fiebre. Para estas enfermedades se utiliza la medicina tradicional entre las cuales se encuentran el uso de eucalipto, miel, limón, ruda, quico, orégano, leche materna, saliva, orina, manzanilla, grasa de pollo, frotación de mentol y aceite. Además indican que se ayudan con la asistencia al establecimiento de salud. En caso de que se presente la enfermedad durante la noche algunas madres les dan jarabes a sus hijos.

## **B. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda que el proceso de categorización se realice utilizando algún programa para estudios cualitativos y realizar el cruce con el análisis manual.
2. Para desarrollar la categoría Central se propone establecer un plan de trabajo con los agentes comunitarios de la localidad de Tarata con el objetivo de fortalecer las competencias relacionadas a las acciones de promoción de mensajes y prácticas fundamentales para el cuidado de las niñas y niños menores de cinco años en su hogar y comunidad identificar las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. (37)

3. Continuar brindando educación sanitaria en las oportunidades de contacto con la población, ya sea durante las consultas y en las visitas domiciliarias y así determinar cómo la comunidad identifica las enfermedades y la salud. (38)
4. Existe la creencia que algunos alimentos no dejan desarrollar el habla en los niños menores de cinco años, por lo que se debe reforzar la educación en relación a la alimentación, además de realizar los controles de crecimiento y desarrollo para identificar algún trastorno en el área del lenguaje.
5. Educar a la población sobre la oportunidad de dar alimentación, cuidados y educación en forma equitativa tanto a niños como a niñas, y así tengan igualdad de oportunidades y puedan desarrollar plenamente sus capacidades y talentos. (39)
6. Continuar fomentando la Lactancia Materna Exclusiva ya que la población tiene interiorizados los mensajes que se le brindan en las consejerías durante las consultas además la OMS (2013) promueve la lactancia natural como la mejor forma de nutrición de los lactantes como una de las medidas más eficaces para garantizar la salud y la supervivencia del niño y la niña.
7. Se recomienda incorporar en las estrategias de promoción durante las consultas de crecimiento y desarrollo así como en las visitas domiciliarias la participación de los padres en los cuidados de la salud de los niños menores de cinco años de acuerdo con las necesidades de cada niño, niña y familia, y así compartir conocimientos, promoviendo la salud y contribuyendo en brindar cuidados humanizados y de calidad. (40)
8. Dar a conocer a la población la disponibilidad de la atención del establecimiento durante las 24 horas en caso se presenten emergencias durante la noche, previniendo la automedicación de menores de cinco años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AIZEMBERG L. (2013) "Salud Indígena: Una Reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural. Revista Astrolabio Numero 11 issn 16687515. Argentina.
2. MINISTERIO DE CULTURA (2017) "Base de datos de pueblos indígenas Originarios"<http://bdpi.cultura.gob.pe/lista-de-pueblos-indigenas>.
3. MINISTERIO DE SALUD (2010) "Análisis de Situación de Salud del Pueblo Aymara Puno 2010. Dirección General de Epidemiología. Puno-Perú.
4. MINISTERIO DE SALUD (2014) "Análisis de Situación de Salud Tacna 2014. Dirección General de Epidemiología. Tacna-Perú.
5. MELGUIZO E, et al (2008) "Creencias y prácticas en el cuidado de la salud" Revista "Avances en Enfermería". Volumen 26. Cartagena- Colombia.
6. OSORIO L. (2015) "Prácticas y creencias en el cuidado del lactante que tienen las madres que acuden a un Policlínico – Huaycan -2015" Lima- Perú
7. RODRIGUEZ M. Y COLABORADORES (2013) "Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Choconta, Colombia. Revista Colombiana de Enfermería, Volumen 9, Año 9. Colombia.
8. LEININGER M. (1991) "Cuidados Culturales. Teoría de la diversidad y de la universal New York. Estados Unidos.
9. PRIETO B. (2012), "Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>
10. DAVILA V. (2013) "Práctica de cuidado cultural al lactante menor desde el saber

popular de la familia. Estudio Etnografico en la comunidad Awajun- Amazonas. Chiclayo- Perú.

11. ACOSTA M. Y COLABORADORES. (1997) " Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio en las instituciones de salud de Nivel 1". Colombia.
12. COLLIERE M. (1997) "Origen de las prácticas de cuidados, su influencia en la práctica de la enfermería. En: Promover la vida" Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1ª Edición. España.
13. HARRIS M. (2000) "Teorías sobre la cultura en la era pomoderna. Barcelona: Editorial Crítica". Barcelona España.
14. BENNER P, et al (1996) "Caring practice and caregiving. Philadelphia"; 1996, pp.40-55.Disponible en <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0121-45002008000100012&caller=www.scielo.org.co&lang=eN>
15. PURNELL L, et al. (2003) "Transcultural health care: a culturally competent approach". 2nd ed. Philadelphia, EEUU, p. 376.
16. ROSENSTOCK I, et al.(1988) "La Teoría del aprendizaje social y el modelo de creencias de la salud". Health education quarterly. Vol. 15 (2): 175-183.
17. MUÑOZ L. (2002). "Líneas de investigación en prácticas de cuidado materno perinatal". En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
18. AGUIRRE D, et al (2000). "Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud". CES - Universidad Nacional de Colombia.
19. EVANS J, et al. (2009) "Prácticas de crianza: creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran". Universidad del Valle,Escuela de Psicología- énfasis cultural. Disponible en <http://cognitiva.univalle.edu.co/archivos/grupo%20cultura/recursos/Pr%E1cticas>

%20de%20crianza.pdf

20. ALBA N. Y COLABORADORES (2010) "Patrones de crianza y cuidado del niño y niñas en Boyacá. Colombia.
21. MYERS, R. (1994). "Prácticas de crianza. Santa Fe de Bogotá, Celam-Unicef. Los doce que sobreviven". Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo. Washington, Organización Panamericana de la Salud, OPS.
22. STANTON, W. et al. (2004). "Fundamentos de Marketing" 13° Edición: Ed. Mc Graw Hill. México.
23. KOTLER, P. et al (2003). Fundamentos de Marketing. 6° Edición: Ed. Pearson Prentice Hall. México.
24. HAWKINS, Del I et al. (2004). Comportamiento del Consumidor. Construyendo estrategias de marketing. 9° Edición: Ed. Mc Graw Hill. México.
25. GRIMSON A. (2008) "Diversidad y Cultura Reificación y situacionalidad". Revista Tabula Rasa N° 08:45-47 Enero-Junio 2008. Bogotá Colombia.
26. HARRIS M. 1982 "Introducción a la antropología general". Madrid España.
27. HARRIS D, Guten S. Health-protective behavior: an exploratory study. Journal of Health and Social Behavior. March 1979; 20(1): 17-29.
28. BOAZ F. (1964) "Cuestiones Fundamentales de Antropología Cultural. Editorial Solar Hachelle. 1Ra Edición Castellana. Argentina.
29. KOTTAK C. (2000) "Antropología Cultural espejo para la humanidad. Editorial Mc Graw Hill. Madrid España.
30. MALINOWSKI B. (1931) Encyclopedia of social sciences. Clásicos Contemporáneos en Antropología. CIESA-UAM-UIA.
31. ITCHART L. (2014) "Prácticas Culturales". Textos iniciales. Universidad

NACIONAL Arturo Juiretche. Buenos Aires Argentina

32. UNESCO (2001) Declaración Universal de la Unesco sobre la diversidad Cultural. México.
33. ECCEHOMO Y COL. Primera Conferencia Nacional Afrocolombiana -Unión Afro. Comisión Identidad Cultural y Etnoeducación Afrocolombiana. En Línea: <http://axe-cali.tripod.com/cepac/union-afro/comision-identidad-cultural.htm#1>
34. CAMINO L. (1996) Lactancia una práctica que trasciende los tiempos. Revista Peruna Epidemiologica 1996.9 (2):33-2.
35. CASTAÑEDA P. (1999). "El Lenguaje verbal del niño: ¿cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?" UNMSM. Perú. Disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng\\_ni%C3%B1o/des\\_leng\\_ver\\_ni%C3%B1o.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/des_leng_ver_ni%C3%B1o.htm).
36. NIH (Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación) Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje Publicación de NIH núm. 00-4781 S Septiembre de 2010.
37. MINSA 2009 Documento Técnico: Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años "El Manual del Agente Comunitario de Salud". Lima Perú.
38. MINSA 2017 NTS N° 137 "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años" . Lima Perú.
39. UNICEF 2014 Informe "Igualdad de oportunidades para niños y niñas peruanos". Perú.
40. DE OLIVEIRA E. Y COL. (2014) Participación de los padres en los cuidados de la salud de los niños hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mayo-Jun. 201, 22(3)432-9

41. ACOSTA M. Y COLABORADORES. (1997) "Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio en las instituciones de salud de Nivel 1". Colombia.
42. BOCANEGRA M. (2007) "Las prácticas de crianza entre la colonia y la independencia de Colombia: los discursos que las anuncian y las hacen visibles". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1 (5) (enero- junio), Colombia.
43. ESCOBAR Y, et al. (2009) "Modelos Mentales sobre las Practicas de crianza de algunos adultos significativos de la escuela normal superior" Colombia.
44. ESPAÑA E. (2008) "Conocimiento, actitudes, creencias y valores en los argumentos sobre un tema socio- científico relacionado con los alimentos" Málaga. España.
45. GUILLEN Q. (2012) "Mitos y creencias alimentarias de madres que asisten a la Asociación Taller de los niños" Lima- Perú.
46. GUERRA D. (2013) "De la Sierra a la Costa: Cuidado cultural de las familias inmigrantes. Chiclayo- Perú.
47. GOBERZA F. (1999) "Civilización historia de una idea" Universidad de Compostela. Servicio de publicaciones e intercambio científico.
48. HERNANDEZ R. (2010) "Metodología de la investigación" 5ta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
49. IZAGUIRRE LI. (2002) "Prácticas de autocuidado que realizaron durante la gestación un grupo de adolescentes gestantes que asistieron al control prenatal a la clínica de atención del adolescente, en el Centro de Salud las Crucitas, Comayagüela, Honduras.
50. INDECI /PNUD. Instituto Nacional de Defensa Civil. (2004). Plan de usos del suelo y medidas de mitigación ante desastres. Ciudad de Tarata. Tarata.

51. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2009). Perú: Estimaciones y proyecciones de población por sexo, según departamento, provincia y distrito, 2000-2015.
52. LANDA R. (2009) "Costumbres y Creencias de la Madre en las Prácticas de Cuidado de la Ablactación" Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 17 N°02. Veracruz- México.
53. NIDIA A, et al. (2010) "Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá", Colombia.
54. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016) Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030.
55. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (2013) "Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie Paltex. Salud y Sociedad 2000 Numero 10.
56. PELCASTRE B, et al. (2005) "Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí". Rev Esc Enferm USP.Bolivia.
57. PERALTA M. (1996) "La crianza de los niños menores de seis años en Latinoamérica". Un análisis de estudio realizado y propuestas para su continuidad. Organización de Estados Americanos (OEA), Santiago de Chile.
58. PEREZ M. (1998) "Modelo de creencias de salud y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y Adultos Jóvenes. Monterrey México.
59. RAMIREZ F. (2012) "Mitos creencias y costumbres de las madres en el cuidado del recién nacido en el centro poblado Pallalla Distrito de Ancora Huancavelica-2012. Lima- Perú.
60. SANTOS C, et al. (2013) "Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia".
61. SENCIA O. (2016) "Prácticas de Alimentación Complementaria y uso de los

multimillonarios de madres con niños de 6 a 36 meses. Lima- Perú.

62. SPECTOR R. (2003) "Valoración de la Herencia Cultural" Artículo. Cultura de las Ciudades N°71.
63. VERGARA C. (2002) "Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as". Universidad de Colima. México
64. ZAMBRANO G. (2004) "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal, Cúcuta, Colombia.

## **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.**

**“CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. TARATA-TACNA, 2017”.**

## **ANEXO 01**

### **INFORMACIÓN PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado(a) señor(a):

Soy egresadas de la Maestría en Ciencias: Enfermería con mención en salud de la Mujer Niño y Adolescente de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, con fines de obtener el título de Maestría realizo una investigación titulada “CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS TARATA-TACNA, 2017”.

Investigación para la que solicito su participación; si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una entrevista que será grabada, esto tomará 35 minutos de su tiempo aproximadamente

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda de la investigación puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Puede también retirarse en cualquier momento sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacerlas saber o de no responderlas.

Estando informado(a) de lo anterior, esperamos que participe de la investigación.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**

**“CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. TARATA-TACNA, 2017”.**

**ANEXO 02**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo..... con número de DNI..... declaro que he sido informado (a) sobre el estudio: “CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS TARATA-TACNA, 2017”. Para lo cual han pedido mi participación y tendré que responder a una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, he sido informada que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando se haya concluido.

Por lo cual expreso mi decisión voluntaria de participar en esta investigación, en fe de lo cual firmo.

Tarata.....

Firma del participante

Firma del investigador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA  
MAESTRÍA EN CIENCIAS: ENFERMERÍA  
MENSIÓN: SALUD DE LA MUJER NIÑO Y ADOLESCENTE

**“CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. TARATA-TACNA, 2017”.**

**ANEXO 03**

**Características de la entrevista:** la entrevista tomará 30 minutos de su tiempo aproximadamente. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas

**ENTREVISTA**

**GUIA DE PREGUNTAS**

**OBJETIVOS:** Recoger información sobre las creencias y prácticas culturales de madres de menores de cinco años sobre el cuidado

Nº DE MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS:

1. ¿Qué es para usted un niño sano?
2. ¿Qué piensa Ud. sobre la lactancia materna?
3. ¿Cuándo inicio la alimentación complementaria de su hijo que tipo de alimentos le brindaba? ¿Dónde obtuvo esta información?
4. ¿Hay alimentos que sean perjudiciales para el crecimiento del niño? ¿Dónde obtuvo esta información?
5. ¿Cuáles son los signos que muestran que el crecimiento de un niño no es normal? ¿Hay diferencias entre el crecimiento y el desarrollo de un niño?
6. ¿Cree que la enfermedad del niño afecte su crecimiento y desarrollo? ¿Por qué?
7. ¿Cree que el crecimiento es distinto en los niños que en las niñas? ¿Por qué?
8. ¿Quién asume la responsabilidad del cuidado y salud del niño en la familia?
9. ¿Qué le ofrece al niño cuando está enfermo y dónde busca ayuda?
10. ¿Qué tratamientos caseros utiliza para el cuidado de la salud de su hijo?

**Anexo 04**  
**PROCESO DE CODIFICACIÓN**

**1.1 CODIFICACIÓN ABIERTA**

1.- ¿Que es para Ud. Un niño sano?

N1 Es un niño tranquilo y feliz

N2 Un niño que no se enferma que está contento

N3 Un niño que está bien Alegre corriendo, está feliz jugando, con ganas de jugar y pintar como mi hija hace

N4 Es cuando no está enfermo de nada

N5 Un niño que es inquieto y juguetón, yo me digo porque está inquieto y me dicen que mi hija es sana, un niño que haga su vida cada día

N6 Un niño que tiene buen peso y buena talla y no tiene anemia

N7 Un niño bien alimentado que esta psicológicamente bien, bien cuidado, también que tenga cariño

N8 Que crezca sano que no se enferme que este bien en su peso y talla

N9 Un niño que no está enfermo que está bien cuidado que tenga sus vacunas completas que esté desarrollando correctamente.

N10 Es cuando este en cuanto a su alimentación que no se enferme, un niño feliz es un niño sano

C1 N1-3-10 NIÑO TANQUILO Y FELIZ

C2 N2,4,8,9,10 NIÑO QUE NO ENFERMA

C3 N3, 5 CON GANAS DE JUGAR

C4 N6, 8 TIENE BUEN PESO Y BUENA TALLA Y NO TIENE ANEMIA

C5 N7 BIEN ALIMENTADO

C6 N7 PSICOLOGICAMENTE BIEN

C7

N710 BIEN CUIDADO

C8

N 9QUE TENGA SUS VACUNAS COMPLETAS

¿Qué piensa sobre la lactancia materna?

L13 La lactancia materna solo es importante hasta los 6 meses

L14 Siempre debes darle de lactar a un niño para que crezca sano y saludable

L15 Para mi es lo básico porque las formulas no cumple con los nutrientes que dan las vitaminas de la lactancia mi hija tomo hasta los 2 años.

L16 Es muy bueno darle de lactar al bebe

L17 Es exclusiva como dicen de 0 a 6 meses pura leche y yo le complemento con alimentos

L18 Es el primer alimento hasta los 6 meses que tiene que ser indispensable para el niño y que es mejor que la formula

L19 Es necesaria para los niños, dicen que cuando no se les da que los niños no tienen tantas defensas como los niños que no lactan

L20 La leche es más sana para el bebe para su crecimiento para que este sano

L21 Que es importante porque eso ayuda a crecer sanito no es como la leche en polvo que se da es un alimento primordial para nuestros hijos es lo que

L22 debería dar a nuestros hijos no la leche en polvo claro que ayuda pero no es igual.

L23Que la lactancia materna es importante para el niño tanto para su crecimiento y desarrollo y para evitar enfermedades

C1

L13, 17, 18 ES IMPORTANTE, EXCLUSIVA, EL PRIMER ALIMENTO HASTA LOS 6 MESES

C2

L14 PARA QUE CREZCA SANO Y SALUDABLE

C3

L15, 18,22 LAS FORMILAS NO CUMPLEN CON LOS NUTRIENTES

C4

L15 SE TOMA HASTA LOS 2 AÑOS

C5

L19 SI NO SE LE DA LOS NIÑOS NO TIENEN TANTAS DEFENSAS BIEN ALIMENTADO

C6

L23 ES IMPORTANTE PARA EL NIÑO TANTO PARA SU CRECIMIENTO COMO PARA SU DESARROLLO

¿Cuándo inicio la alimentación complementaria su hijo que tipo de alimentos le brindaba?

A25 Yo le daba papillas de verdura con hígado

A26 Yo le daba papillas con hígado, papa, zanahoria sangrecita

A27 Yo le daba papilla, menestras, camote, arroz, papa

A28 A los seis meses yo le di quinua con leche, mazamorra

A29 Yo le daba de todo, sangrecita, hígado, papillas, menestras, el juguito, último ya no quiere comer cuesta que coman después del año

A30 A los seis, a los siete ya come bien primero líquidos después ya come papilla

A31 Todavía no le inicio la alimentación de papillas

A32 Como mi hijo es menor no le he dado papilla

A32 Yo le daba puro puré de zapallo, de camote, huevo, papilla

A33 Le daba papillas, pure de papa o si no de zapallo también con sangrecita hígado de pollo esas cosas.

C1

A25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34 PAPILLAS

C2

A26, 27, 33 USO DE PAPA

C3

A26 USO DE ZANAHORIA

C4

A25, 26, 29, 33 USO DE SANGRECITA E HIGADO

C5

A27, 29 USO DE MENESTRAS

C6

A 27, 32 USO DE CAMOTE

C7 A 27USO DEL ARROZ

C8 A 28 USO DE LA QUINUA

C9 A28 USO DE LECHE

C10 A28 USO DE MAZAMORRAS

C11 A32, 33 USO DE ZAPALLO

C12 A32 USO DE HUEVO

¿Hay alimentos que sean perjudiciales para el crecimiento y desarrollo del niño?

P35 Los niños no deben tomar gaseosa, comidas condimentadas, aji

P36 Yo le doy lo que yo cocino

P37 No hay alimentos que perjudiquen a un niño todo pueden comer, aunque hay creencias que el queso y el camote no le deja hablar al niño

P39 Lo que es comida chatarra, pitas lays, chizitos

P40 Las frituras son perjudiciales

P41 Algunas frutas, pero siempre le he dado queso como algunos dicen que el queso no le deja hablar, pero si come queso y toma leche

P42 No se depende a mi hija no se darle nada con cascara porque se estreñía, después todo come

P43 No debo darle pescado, después todo come

p 44 De todo le doy

P45 Si el huevo que le produce alergia, la naranja que los dientes que sale caries

C1 P35,39 NO COMIDAS CHATARRA GASEOSAS CHIZITOS PAPITAS

C2 P35 COMIDAS CONDIMENTADAS, AJI

C10 P45 LA NARANJA PRODUCE CARIES

C3 P36 SOLO LE DOY LO QUE COCINO

C4 A37,41,42,44 DE TODO PUEDEN COMER

C5 P37 EL QUESO NO DEJA HABLAR

C6 P37 EL CAMOTE NO DEJA HABLAR

C7 P40 LAS FRITURAS SON PERJUDICIALES

C8 P43 NO DEBE COMER PESCADO

C9 P45 EL HUEVO PRODUCE ALERGIA

¿Cree que la enfermedad afecte el crecimiento y desarrollo de su hijo?

C47 Si esta enfermo el niño ya no crece

C48 Si cuando se enferma no crece, no sube de peso

C49 Si, yo creo que un niño sano no es lo mismo que un niño enfermo, no está en las mismas condiciones

C51 Si afecta, en la diarrea se deshidrata no come, baja de peso

C52 Si yo creo que si, cuando mi hija se enfermo dejo de comer y dejo de jugar

C53 Si porque le da fiebre deja de comer

C54 No creo que afecte al niño

C55 Si afecta el niño no crece

C56 Si a veces baja de peso no come bien, afecta

C57 si, ósea en su crecimiento y en su desarrollo intelectual

C1 C47,49,55 SI ESTA ENFERMO EL NIÑO YA NO CRECE

C2 C48,51,56 EL NIÑO YA NO SUBE DE PESO

C3 C52,53 EL NIÑO DEJA DE COMER

C5 C52 DEJA DE JUGAR

C6 C54 LA ENFERMEDAD NO AFECTA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

C7 C56 NO COME

C8 C57 AFECTA SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTELECTUAL

¿Cree que el desarrollo es diferente en niños que en niñas?

D59 Si creo, **las niñas creo que despiertan mas antes**

D60 Si **los niños crecen más rápido,** y **comen mas**

D61 En cuanto a **la talla un niño es más alto** y de acuerdo a la estatura de los padres

D62 Puede ser que si haya diferencia, que los **niños comen más** que las niñas y cuando es bebido **la mujercita no lacta como debe ser,** los hombrecitos si

D63 Yo creo que **es igual**

D64 Si porque los niños tienen otra talla y las niñas tienen otra talla y tienen otro peso y las niñas comen menos y **los niños comen mas**

D66 Si porque **son distintas hormonas**

D67 Yo creo que es diferente acordándome de cómo era mi hija es diferente el **niño** es demasiado inquieto

D68 Si he escuchado que **las niñas se desarrollan más rápido** que los niños pero hay una etapa en la adolescencia que las niñas se desarrollan más rápido

D69 Si, **de acuerdo a la alimentacion** desde el vientre y economía de los padres

C1

D59 LAS NIÑAS DESPIERTAN ANTES

C2

D60 LOS NIÑOS CRECEN MAS RAPIDO

C3

D60 LOS NIÑOS COMEN MAS

C5

D61 EL NIÑO ES MAS ALTO

C6

D63 EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ES IGUAL EN NIÑOS Y EN NIÑAS

C7

D66 ES DIFERENTE PORQUE SON DIFERENTES HORMONAS

C8

D67 EL NIÑO ES DEMASIADO INQUIETO

C9

D69 EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ES DE ACUERDO A LA ALIMENTACION

¿Quién asume la responsabilidad del cuidado del niño/a en el hogar?

R71 **Yo** y mi padre

R72 **Yo** la cuido con mi mama

R73 Yo y me ayuda su papa las veces que puede y cuando vienen de visita los abuelos

R74 Yo cuido a los hijos y me ayuda mi esposo, solo cuando salgo algún sitio se los dejo a mi R87mama

R75 Yo más que todo, yo estoy en la casa su papa para trabajando

R76 deberían ser ambos padres, pero como trabajan, la mama

R77.-Mi persona, a veces mi mama me ayuda

R78.-Yo a veces me ayuda mi esposo

R79.-El papa y la mama

R80.-En este caso mi esposo, el se encarga de mis hijos, porque yo trabajo compartimos los horarios

C1

R 71,72,73,74,75,76,77,78 LA MADRE

C2

R79 EL PAPA Y LA MAMA

C3

R80 EL PADRE

¿Cuáles son sus creencias y prácticas en el hogar cuando su hijo /a se enferma?

1E82Yo utilizo jarabes, el agua de anís no ma le doy para la diarrea, cuando tiene tos gripe le doy mate de eucalipto con miel

2E84 Yo le doy mate de anís para la diarrea y jarabe cuando esta con diarrea y mate de eucalipto para el resfrío

3E85 Trato de que no coma nada de fruta, mate de eucalipto y miel cuando tiene gripe y mate de 1limón

4E86Tan solo le doy pito cañigua para que no se me deshidrate, cuando tiene tos mate caliente de eucalipto y frotación

5E87Mi papa como son a la antigua me dice que cuando tiene diarrea o dolor de estomago le de mate de ruda o mate de orégano o de anís y cuando tiene tos ,mate de eucalipto, pero voy tambien a la posta para apoyarme

6E89 Uno debe cuidar al niño debe haber limpieza y comida cocida, por ejemplo si tiene fiebre le ponemos pañitos húmedos o si tenemos un jarabe le damos E90 para no llevarlo en la noche a la posta

7E91 Primerito si tiene diarrea yo le doy mate de quico, le froto los piecitos las plantas de bajo porque a veces por el frio le da, también le pongo medias, y le E92 froto con manzanilla con aceite, cuando tiene enfermedad de la gripe le froto con mentol su pechito y después mate de eucalipto con miel, pero voy E93 a la posta para apoyarme

8E94 Si está enfermo le daría jarabes, si tiene gripes limonada caliente, agua tibia, además aquí se le abriga con lana

E95 Cuando está estreñado hacer tomar agua de anís, prácticamente yo hago lo que las Enfermeras me dicen, porque mi mama no está, porque no se mucho 9E96yo. A veces dicen que el orín cuando duele el estómago, la leche misma la froto en su estomago o con un poco de saliva también.

10E97 Este mate de eucalipto o si no se le frota la parte del pecho ya sea con grasa de pollo o si no con mentolatum, y si hace fiebre se lava con orines los pies o todo el cuerpecito y ahí se le baja la fiebre, para la diarrea le damos una hierva que se llama paico paico eso es cuando tiene diarrea, en caso no E99 mejora se le lleva al centro de salud

- C1 E82,E84,89,94 UTILIZO JARABES
- C2 E83,84,85,86,87,92,97 PARA LA GRIPE EUCALIPTO Y MIEL
- C3 E82,84,87,95 AGUA DE ANIS PARA LA DIARREA
- C4 E85, 94 MATE DE LIMON PARA EL RESFRIO
- C5 E86 PITO CAÑGUA PARA LA DESHIDRATACION
- C6 E86,91,97 PARA LA GRIPE FROTACION DE MENTOL, MANZANILLA , ACEITE, GRASA DE POLLO
- C7 E87 MATE DE RUDA PARA EL DOLOR DE ESTOMAGO
- C8 E87,97 MATE DE OREGANO PARA LA DEARRA O DOLOR DE ESTOMAGO

C9

E91 MATE DE QICO PARA LA DEARREA

C10

E92 PARA EL DOLOR DE ESTOMAGO FROTACION DE LECHE MATERNA, O SALIVA

C11

E97 PARA LA FIEBRE SE USA PAÑOS CON ORINA

C12

E98 PAICO PAICO PARA LA DEARREA