



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO**

---

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**“ALIANZA DE SABERES DEL CUIDADO POPULAR Y EL  
CUIDADO PROFESIONAL EN LA PROMOCIÓN DE SALUD  
DEL LACTANTE, CENTRO POBLADO DE PARIÁ, HUARAZ -  
2016”**

Tesis para optar el grado de Doctor  
en Enfermería

**GINA DOMINGA MENDOZA RAMÍREZ**

Asesora: **Dra. JULIA ISABEL ZAMBRANO GUIMARAY**

Huaraz - Ancash - Perú

2020

Registro N° TE0075



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,  
 PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL  
 REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.  
 Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

**1. Datos del Autor:**

Apellidos y Nombres:.....

Código de alumno:.....Teléfono:.....

Correo electrónico:.....DNI o Extranjería:.....

**2. Modalidad de trabajo de investigación:**

Trabajo de investigación

Trabajo académico

Trabajo de suficiencia profesional

Tesis

**3. Título profesional o grado académico:**

Bachiller

Título

Segunda especialidad

Licenciado

Magister

Doctor

**4. Título del trabajo de investigación:**

**5. Facultad de:**.....

**6. Escuela, Carrera o Programa:**.....

**7. Asesor:**

Apellidos y Nombres:.....Teléfono:.....

Correo electrónico:.....DNI o Extranjería:.....

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

**Firma:** .....

**D.N.I.:**

**FECHA:**

## MIEMBROS DEL JURADO

*Doctora* Bibiana María León Huerta

Presidenta

---

*Doctor* Jesús Víctor Zúñiga Huerta

Secretario

---

*Doctora* Julia Isabel Zambrano Guimaray

Vocal

---

**ASESORA**

***Doctora Julia Isabel Zambrano Guimaray***

A mis padres, Sofía y Braulio, por su  
apoyo incondicional.

A mis hijos, Eduardo, Giuseppe y Kaled,  
por comprender mis ausencias mientras  
realizaba esta investigación.

A mi esposo, Eduardo, por impulsarme a  
culminar mi tesis.

## ÍNDICE

Resumen.....	vi
Abstract .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1-8
Objetivos .....	7
Hipótesis .....	7-8
Variables .....	8
II. MARCO TEÓRICO .....	9-48
2.1. Antecedentes .....	9
2.2. Bases Teóricas .....	22
2.3. Definición de términos .....	47
III. METODOLOGÍA .....	49-51
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	49
3.2. Plan de recolección de la información y/o diseño estadístico .....	50
Población .....	50
Muestra .....	50
3.3. Instrumentos de recolección de la información.....	51
3.4. Plan de procesamiento y análisis estadístico de la información.....	51
IV. RESULTADOS.....	52-65
V. DISCUSIÓN .....	66-70
VI. CONCLUSIONES .....	71-72
VII. RECOMENDACIONES.....	73
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	74-80
ANEXO .....	81

## RESUMEN

Con el propósito de explicar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en la promoción de salud del lactante del centro poblado de Paria, Huaraz, se desarrolló un estudio aplicado y explicativo, de diseño cuasi experimental con una muestra de 40 madres de niños menores de 2 años. Para ello se indagó por los saberes de la madre en temas de alimentación, higiene y estimulación temprana como los componentes principales de la promoción de salud del lactante, entre los meses de octubre a diciembre del 2016, para luego trabajar la alianza de estos saberes con la práctica de cuidado profesional en ese mismo grupo de madres con sus respectivos niños en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud de Paria. Se empleó la prueba no paramétrica Chi cuadrado para establecer la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en la promoción de salud del lactante.

Se concluye que, la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional tiene influencia significativa en las prácticas de alimentación, higiene y estimulación temprana que las madres tienen para con sus hijos lactantes.

**Palabras clave:** cuidado popular, cuidado profesional, alianza de saberes, promoción de la salud.

## ABSTRACT

With the purpose of explaining the influence of the alliance of knowledge of popular care and professional care in the promotion of infant health in the town center of Paria, Huaraz, an applied and explanatory study was developed, of quasi-experimental design with a sample of 40 mothers of children under 2 years. For this reason, the mother's knowledge was investigated in matters of feeding, hygiene and early stimulation as the main components of the promotion of infant health, between the months of October to December 2016, and then work on the integration of these knowledge to the practice of professional care in the same group of mothers with their respective children in the Growth and Development Office of the Paria Health Post. The Chi-square nonparametric test was used to establish the influence of the integration of knowledge of popular care and professional care in the promotion of infant health.

It is concluded that the integration of knowledge of popular care and professional care has a significant influence on the feeding, hygiene and early stimulation practices that mothers have towards their nursing children.

**Key Words:** popular care, professional care, alliance of knowledge, promotion of infant health.



## I. INTRODUCCIÓN

Desde la óptica de la cultura, mirar el cuidado humano implica comprender que es inseparable y propio del hombre mismo. Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura. Sin cuidado los seres humanos no podrían serlo (Boff,1999). El cuidado humano es una forma de vivir, de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con y estar en el mundo; y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida (Waldof, 2010).

Así, el cuidado del ser humano en situaciones de salud, de enfermedad, de patologías sociales, tanto a nivel intra como extra institucional constituye la esencia del quehacer del profesional de enfermería. En ese contexto, la enfermería transcultural busca que, desde las diversas culturas, distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud, ya que al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla (Leininger, 1991). Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás (Vásquez, 2006).

Sin embargo, para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, es preciso situarse en el esquema

comprendido que considera a las personas como expertas que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a los profesionales de enfermería, a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos (Vásquez, 2002). Con ese enfoque, la realidad es subjetiva y múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales.

Tanto el saber profesional como el no profesional son fruto de procesos culturales, por lo que podríamos hablar de los saberes culturales en salud. Sin embargo, la tensión práctica de esta situación se encuentra en la dificultad, por parte del saber profesional, de dialogar, comprender, reconocer y respetar los saberes que tienen las familias, las comunidades, los pacientes y los cuidadores culturalmente reconocidos. Desde la antropología de la salud y la enfermería transcultural se ha demostrado cómo las personas generan una trayectoria de cuidado permeada por una secuencia, una forma particular de ver los síntomas y atribuirles significado, en muchas oportunidades es sobre esta apreciación donde basan la elección de la fuente apropiada para tratar sus dolencias o padecimientos "La atención de los aspectos culturales en salud empezó a tener vigencia hacia los años 60, sin embargo, fue hasta los 80 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó el reconocimiento de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud. A partir de la década de los 80 se inicia gran cantidad de estudios que intentan comprender la cultura, el multiculturalismo y su influencia en la salud, así mismo, se genera el concepto de competencia cultural"(López, 2010).

De forma general el conocimiento sobre la cultura proporciona mucha ayuda y demuestra interés y sensibilidad, por ello en la presente investigación proponemos determinar en qué medida influye la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en la promoción de la salud del lactante de una comunidad rural de Huaraz.

Comprendiendo el significado y los resultados que se pueden esperar de incorporar la competencia cultural a la práctica profesional con comunidades del propio contexto cultural o foráneas, se podrán desarrollar nuevos estudios que puedan aportar evidencia en el área y en el futuro proponer cambios en la estructuración de los modelos de salud con un enfoque que considere la perspectiva cultural (Leininger, 2002) (Vásquez, 2002).

Considerando las características y las necesidades de los niños en sus primeros años, la calidad de las experiencias ofrecidas a ellos debe basarse en los cuidados esenciales, fundamentales a la supervivencia y al desarrollo de su identidad. Los cuidados esenciales son los que atienden a las necesidades fundamentales para el desarrollo infantil, o sea, necesidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales. Así, tales cuidados no deberían ser entendidos como subsidiarios, sino como cargados de propósito en sí mismos y demandantes de capacidades y de habilidades específicas a los cuidadores (Rodríguez, Santos & Tovar, 2015).

Por otra parte, es necesario e importante garantizar calidad no solamente en el aspecto individual de la educación y de los cuidados, sino también en los de orden colectivo y epidemiológico, que reduzcan al mínimo los riesgos a la salud y fomenten el crecimiento y el desarrollo completos de los niños (Vásquez, 2002).

Las medidas apropiadas de prevención, detección precoz y manejo adecuado de enfermedades prevalentes de la infancia dependen del conocimiento que apoya las prácticas de cuidado en el domicilio y en otros lugares donde los niños están diariamente. Además, no se puede olvidar que los primeros años de la vida constituyen la base para la estructura del individuo. En este periodo, la persona inicia la comprensión de su relación con el mundo, la definición de su identidad, y empieza a ejercer su autonomía. Este es también el período de la formación de hábitos, que podrán permanecer toda la vida. Entre ellos, el cuidado de sí mismo, de su propia salud y de la salud del entorno.

Considerando mi función como docente-enfermera, entiendo la investigación, la educación y la práctica como acciones integradas, siendo el propósito de la investigación producir conocimiento que puedan traer beneficios a la sociedad. Al realizarse la presente investigación dichos beneficios serán directos, al proponer nuevas prácticas de cuidado, e indirectos, al ampliar y explayar el conocimiento. Las ventajas de la investigación consisten, así, en hacer posible mejorar la calidad de vida, lo que puede ser alcanzado más fácilmente cuando disminuye la distancia entre la investigación y la práctica.

Ya que en los últimos años se han ido acumulando los resultados de una variedad de investigaciones que demuestran hasta qué punto el ambiente compuesto por los cuidados recibidos en la primera infancia desempeña un papel fundamental en el desarrollo del niño, afectando a sus logros posteriores y sus oportunidades en el futuro. Por ello, es de vital importancia la calidad de los cuidados que el niño reciba de las personas que le suministran cuidado, ya sean sus padres, otros miembros de

la familia o la comunidad, o cuidadores profesionales. Por tanto, identificar los métodos más eficaces para que las intervenciones brinden a los cuidadores el apoyo adecuado para establecer y mantener entornos fecundos y positivos, contribuirán, considerablemente, a reducir los costes humanos y sociales de las prácticas desventajosas en el cuidado de la primera infancia (Bermúdez, 2013).

Pretendemos entonces, a través de la presente investigación, proponer una mejor manera de cuidar a nuestros niños, partiendo del entendimiento de los saberes del cuidado popular que las madres y su entorno poseen, los cuales en alianza con los saberes del cuidado profesional proveerán a la enfermera comunitaria de una herramienta útil en la promoción de la salud del lactante.

Por todo lo mencionado y teniendo en cuenta que en la práctica de la enfermería actual nuestro rol está cambiando en todo el contexto porque las fuerzas sociales y la educación están tratando de orientarnos más hacia la salud que a la enfermedad, hacia un paradigma transformacional que a uno positivista o biomédico, hacia un enfoque basado en el concepto integral de la persona más que hacia el enfoque puramente biológico y más a la comunidad que al hospital, teniendo como objetivo primordial, ayudar a las personas a lograr y mantener un funcionamiento óptimo, físico, psicológico y social; mediante el desarrollo de funciones, actividades y tareas encaminadas a satisfacer las necesidades del usuario sujeto del cuidado, es que me planteo el siguiente problema de investigación:

¿En qué medida influye la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en la promoción de la salud del lactante del Centro poblado de Paria - Huaraz, 2016?

### **Problemas Específicos:**

- ¿Cómo influye la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de higiene que las madres realizan a sus hijos lactantes?
- ¿En qué medida influye la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de alimentación que las madres tienen para con sus hijos lactantes?
- ¿En qué medida influye la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de estimulación temprana que las madres realizan a sus hijos lactantes?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Explicar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en la promoción de salud del lactante del centro poblado de Paria, Huaraz.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar los saberes del cuidado popular en la promoción de la salud del lactante en la comunidad de Paria.
- Analizar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de higiene que las madres tienen para con sus hijos lactantes.
- Determinar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de alimentación que las madres tienen para con sus hijos lactantes.
- Establecer la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de estimulación temprana que las madres realizan a sus hijos lactantes.

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis general**

La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en la promoción de la salud del lactante.

### **Hipótesis específicas**

- La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en las prácticas de higiene que las madres realizan a sus hijos lactantes.
  
- La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional tiene influencia significativa en las prácticas de alimentación que las madres tienen para con sus hijos lactantes.
  
- La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en las prácticas de estimulación temprana que las madres realizan a sus hijos lactantes.

### **VARIABLES**

Independiente:

- Alianza de saberes del cuidado popular y cuidado profesional

Dependiente:

- Promoción de salud del lactante



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES

Para ahondar en el conocimiento del problema se han revisado estudios relacionados al tema de investigación, los que se presentan a continuación:

Rodríguez, Santos, Talani y Tovar (2015) realizaron la investigación titulada “Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia”, cuyo propósito fue identificar las creencias y prácticas culturales acerca del cuidado infantil que pudieran generar conductas de riesgo para el menor de un año. Estudio exploratorio etnográfico, descriptivo y documental con abordaje cualitativo en el municipio de Chocontá (Colombia) de junio a agosto de 2012. Para ello realizaron entrevistas no estructuradas a las madres de niños menores de un año que asistieron a consulta externa o urgencias de pediatría del Hospital San Martín de Porres del municipio de Chocontá, para que contaran sus experiencias y conocimientos sobre el cuidado de sus bebés. Los datos obtenidos durante la consulta, y la recolección se agruparon en seis categorías: cuidado general, neurodesarrollo, sistema respiratorio, gastrointestinal, alimentación y otros. Esto se confrontó con la literatura científica pertinente para generar un modo de acción en el que se reestructure, se negocie o se conserve la práctica cultural en cuestión. Sus resultados muestran que, de las diecinueve actividades identificadas, se recomienda 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. Se concluyó que las creencias y prácticas culturales son parte fundamental de cualquier comunidad.

Altamirano y Ledesma (2013), llevaron a cabo el estudio “Saberes de la familia en el cuidado del niño(a) menor de 5 años del distrito de Curgos, provincia Sánchez Carrión”, el mismo que tuvo como objetivo describir y analizar el saber de la familia en el cuidado del niño menor de cinco años en el distrito de Curgos – Provincia de Sánchez Carrión. Participaron en el estudio las familias con niños/as menores de 5 años, a quienes se les aplicó un cuestionario semiestructurado y los resultados revelaron que, en los saberes de la familia incluyen las siguientes categorías empíricas: saber criar, saber hacer las actividades de la vida diaria, saber buscar atención de salud y saber planificar el propósito de vida. Concluyendo que, los primeros cinco años de vida es una etapa única e irrepetible para el desarrollo físico, social e intelectual de una persona y que el cuidado para lograrlo, es responsabilidad de la familia, esencialmente de la madre con su rol maternal, aprendiendo a criar desde la propia familia; brindar protección, estabilidad y formación en valores, para el desarrollo integral del niño, para así planificar el propósito de vida de los niños.

Bermúdez (2005) realizó una investigación cualitativa con enfoque etnográfico titulada “Significados del Cuidado desde la Perspectiva Transcultural, que tienen las enfermeras que laboran en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Dirección de Salud V

Lima-Ciudad”, con el objetivo de conocer los significados del Cuidado desde la Perspectiva Transcultural, que tienen las enfermeras que laboran en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad, caracterizar el cuidado que brindan las enfermeras y analizar la relación entre ambos. Participaron diez enfermeras que laboraban en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo; las técnicas para la recogida de datos fueron la observación participante, la entrevista no estructurada y la revisión documentada. Los datos obtenidos fueron codificados y categorizados, el análisis se realizó en función a la triangulación de toda la información que al final sirvió para la construcción del tema Cuidado Transcultural: “mucho se dice, poco se hace”, el cual contiene las siguientes categorías: “ atención a un ser complejo en base a su cultura” , “para cuidar conocer la cultura de la madre”, “un cuidado que permite la atención integral”, “una atención con flexibilidad cultural”, “ no está presente como debería estar” , ”valorizando cuanto y no como se atiende”, “el cuidado del otro”. El tema y estas subcategorías revelan la realidad del proceso de cuidar en el Componente Crecimiento y Desarrollo (CRED), por enfermeras que tienen una concepción distinta de lo que en la práctica realizan. La realidad del cuidado en CRED es “lo que se hace”, lo ideal del cuidado es “lo que se dice”.

Rendón (2012) llevó a cabo el estudio “Significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes con ellas mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal” con el propósito de describir el significado de las prácticas

de cuidado cultural que realizan las gestantes con ellas mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal, a partir de sus creencias, experiencias y prácticas basados en la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural y el método de Etno enfermería de Madeleine Leininger, mediante enfoque cualitativo de tipo etnográfico. Participaron 10 gestantes, que asistieron a control prenatal al hospital San Antonio de Villamaría – Caldas y enfermeras que realizan controles prenatales. El estudio se realizó mediante la observación y entrevistas a profundidad, y se utilizó la guía de análisis de datos de las fases de la Etno enfermería. Los resultados muestran que las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer durante la gestación es evidencia de cómo cada cultura determina en las personas lo que sienten, piensan, viven y hacen, en torno a su propio cuidado de la salud, partiendo de los conocimientos y las prácticas que se manejan en cada región donde prevalecen sus propias formas de expresar su cultura y esto se manifiesta en las prácticas de cuidado cultural que se identificaron similares muchas y otras diversas, enmarcadas todas dentro de una estructura social y cultural. Dichas prácticas de cuidado están orientadas y tienen gran significado hacia la protección de su hijo por nacer, algunas, dependen de los conocimientos y las experiencias transmitidas por su madre y otros familiares, y otras provienen de los cuidados enseñados por los profesionales de salud, encaminadas bien sea a fortalecer factores protectores presentes en la gestación que favorecen el desarrollo de hijo por nacer, o a modificar algunos factores de riesgo, que pueden alterar el curso de la misma y dificultar el trabajo del parto y el nacimiento. La espiritualidad

como apoyo da significado a la vida y al periodo de gestación estrechando el vínculo de la madre con su hijo por nacer, por esto se encomienda a Dios pidiéndole protección para ella y para su hijo. La fe la evidencian a través de la oración donde involucran a la familia, fortaleciendo ese lazo de unión entre ellos.

Así como el cuidado de las gestantes está orientado hacia la protección de su hijo por nacer, el significado que le dan a las prácticas relacionadas con su propio cuidado, está representado por el desarrollo de actividades que se constituyen en garantía de protección para el desarrollo de su gestación y el parto, representado en las acciones dirigidas a la preparación del cuerpo, a alimentarse bien, al cuidado de la piel, a promover el descanso y la comodidad, y al uso de plantas para disminuir el dolor y ayudar en el trabajo de parto.

Ramallo, Sigaud y Resende (2007), desarrollaron el estudio titulado “Integración de la promoción de la salud y el desarrollo infantil” con el objetivo de presentar una experiencia de integración de las áreas de la salud con educación, y de la enseñanza y el servicio, en el contexto de la atención al niño pequeño, en instituciones de educación, encontrando que tal acercamiento favorece una mayor comprensión del papel de los profesionales de la educación en el cuidado infantil, así como caracteriza un campo de actuación de los profesionales de la salud, en especial la enfermera, más allá de los muros de la institución sanitaria. La reflexión sobre los factores

desarrollados con esa experiencia tiene por objetivo ofrecer ayudas a proyectos similares. Para esto, las autoras presentan metodologías y estrategias pedagógicas que faciliten la aprehensión de la realidad, amplíen los conocimientos y propongan cambios en las prácticas.

Vergara (2012) en la investigación denominada “Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as”, utilizando un enfoque cualitativo, mediante la técnica de investigación social de grupos de discusión buscó identificar las creencias que están relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as. Participaron 9 padres y 11 madres de familia cuyos hijos/as asistían a un centro de desarrollo infantil local. Mediante un tratamiento del discurso producido en las sesiones identificó 10 categorías de análisis donde se observaron creencias y prácticas sobre la crianza de los hijos/as. Sus resultados muestran la búsqueda de estrategias constantes que los lleven a mejorar sus prácticas, siendo las madres las que se muestran más preocupadas por las diferencias que existen con sus parejas respecto a la crianza de sus hijos/as. Existe mayor tendencia a considerar que la crianza de los hijos/as debe ser diferencial y, principalmente los padres hablaron sobre el castigo por medio de los golpes.

Reina, Ferrer, Toro y Cárdenas (2010) realizaron el estudio “Abordaje del Cuidado Neonatal: un enfoque transcultural” con el objetivo de representar el cuidado neonatal desde diferentes enfoques transculturales que le permitan a la enfermera dar herramientas constructivas a la familia respetando creencias

culturales de cada núcleo familiar. Para ello utilizaron el método bibliográfico, por lo que la construcción de conocimientos que se disponen se fundamenta en los principios de la teoría de Leininger, que acepta la Enfermería como un fenómeno transcultural, cuyo fin es conducir a las personas en diversas orientaciones culturales y estilos de vida específicos, con el objetivo de ofrecer un cuidado que sea acorde con la cultura. Se concluye que el cuidado del neonato desde la perspectiva transcultural se constituye en un reto que pretende traer a escena diferentes significados en la concepción del quehacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del niño. El conocer las prácticas y creencias permite identificar y significar las prácticas que suelen pensarse como tradiciones retrógradas comparadas con el avance técnico científico al establecer un puente de comunicación entre los cuidados propios que tienen las personas y el conocimiento técnico científico que se tiene a través del cuidado de enfermería. Para promover la salud de los neonatos, es importante reconocer la dimensión cultural, en la cual hay oportunidades y amenazas; las primeras se pueden preservar, así como es posible negociar o reestructurar las últimas. Esta interacción, sin duda, se facilitará en la medida en que la enfermera(o), tenga un conocimiento profundo de ese saber cultural y propio de cada familia y de esta manera pueda compararlas, pues se encuentran elementos comunes y diversos que propician un cuidado humano y universal, con el respeto a las diferencias y especificidades derivadas de la heterogeneidad de las familias y su entorno cultural.

Ferrer (2008) en su tesis doctoral titulado “El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer: el ingenio desarrollado sobre la marcha de una compleja realidad” manifiesta su finalidad de comprender los puntos clave y determinantes que intervienen en el proceso de aprender a ser cuidador. Realizó un estudio cualitativo que incluyó entrevistas individuales semi estructuradas a 22 participantes, concluyendo que los familiares asumen el cuidado por obligación moral, cumplimiento del deber y motivos afectivos. El cuidado familiar se realiza a través de un proceso de autoaprendizaje que tiene lugar en un escenario adverso, de manera imprevista y sin planificación alguna. Ante esta situación se precisa desarrollar programas educativos dirigidos a los cuidadores para la capacitación en las habilidades del manejo de los cuidados, con profesionales de Enfermería sensibles y corresponsables con la familia, integrando las necesidades de los cuidadores familiares, contemplándolos como parte integrante del cuidado del paciente e interviniendo desde el principio, estableciendo desde el momento del diagnóstico, un plan de actividades de forma coordinada en los diferentes niveles de atención; integrando el contexto familiar y el manejo de habilidades en el cuidado.

Melguizo y Alzate (2008) en el estudio denominado “Creencias y prácticas en el cuidado de la salud”, cuyo objetivo fue analizar las creencias y prácticas de cuidado de salud como expresiones culturales con el propósito de poner a consideración de los cuidadores aspectos necesarios para brindar un cuidado culturalmente congruente, más humano y efectivo, desarrollaron un estudio



cualitativo utilizando la observación participante y entrevista a profundidad. Se tomó como referente la propuesta de Leininger para el análisis de datos cualitativos. Los resultados mostraron la relación dinámica entre el contexto sociocultural y el cuidado de la salud, existiendo creencias sobre cosas que “sostienen la salud”, “cuidan la salud o causan enfermedad” y cosas que “enferman y matan”; y prácticas de cuidado que se mueven en un continuo entre hacer y no hacer nada para cuidar la salud. Las autoras concluyen que las creencias y prácticas de cuidado de la salud develan como la cultura permea todas las áreas de la vida de las personas y cambia con el desarrollo de las mismas.

Prieto y Ruiz (2013) llevaron a cabo la investigación “Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales” con el objetivo de describir el 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. Método: estudio con abordaje cualitativo de tipo etnográfico, realizado en Tunja, Colombia, en el que participaron ocho puérperas con parto normal y cuatro informantes generales, entre profesionales de enfermería y familiares de las puérperas. Los datos fueron analizados utilizando la guía de cuatro pasos de etnoenfermería de Leininger, y por medio de ésta se identificaron códigos, patrones recurrentes, y temas principales. Los resultados mostraron que el significado que le asigna la madre al cuidado cultural en el puerperio a partir de sus prácticas es diverso y está representado en cada uno de los cinco temas que emergieron del estudio: el poder secreto

de las plantas, el peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, el cuidado de sí misma, y alimentos protectores. En contraste con el modelo del sol naciente, los factores de la estructura social que tuvieron mayor influencia corresponden a las creencias, valores culturales y estilos de vida; así como el factor social de parentesco. Se identifica entonces el predominio del componente émico en el cuidado cultural durante el puerperio con relación al componente ético.

Quintero (2011) realizó el estudio “Programa de Promoción de salud para Infantes Preescolares de círculos Infantiles Santa Clara” con el objetivo de desarrollar un Programa de promoción de salud para infantes preescolares. Las muestras fueron de dos círculos infantiles, tanto para el diagnóstico como para el estudio piloto, y de ocho círculos infantiles para la extensión de la experiencia (cinco experimentales y tres controles). Las etapas investigativas fueron: diagnóstica, para identificar las necesidades de información sobre el cuidado de la salud en infantes preescolares, y los conocimientos de los profesionales de salud y educación sobre promoción de salud; de proceso, que partió del diseño preliminar de un programa de promoción de salud para infantes preescolares y continuó con su primera aplicación como estudio piloto; y una tercera etapa en que fue aplicado el Programa de Promoción de salud para infantes preescolares, perfeccionado por las sugerencias de expertos. Los resultados mostraron la efectividad de las actividades y materiales utilizados, con mejores niveles de información en los infantes preescolares en: higiene general, lactancia materna y nocividad de hábitos

tóxicos; los infantes preescolares transmitieron a los familiares e incorporaron al juego; lo aprendido. La aplicación del programa diseñado es factible y pertinente.

Contreras y Marquina (2010) en la investigación “Optimización del Cuidado Materno de los (las) Niños (as) en el Primer Año de Vida” se propusieron generar una teoría para la optimización del cuidado materno a los hijos menores de un año mediante un estudio cualitativo, realizado entre octubre de 2007 y agosto 2009, desarrollado conjuntamente con habitantes de la parroquia Osuna Rodríguez, estado Mérida, Venezuela. Como investigación acción participativa, la información se obtuvo por medio de asambleas de ciudadanos, reuniones, grupos focales y nominales. La población beneficiada con el plan de intervención fueron 75 madres. Concluyeron que, las madres adultas afrontan el cuidado de sus hijos de manera diferente a las adolescentes, ellas demostraron diversos grados de saberes y de competencias, los mismos son provenientes primordialmente de sus valores culturales propios. Los logros del estudio muestran cambios muy beneficiosos para la salud infantil y en las madres con la participación del apoyo social local: Se incrementó la articulación de las madres y las organizaciones comunitarias. El plan de acción respondió a las demandas sentidas y al consenso para la acción. Se hizo especial énfasis en el diálogo de los actores para la acción, la reflexión y desarrollar conocimiento crítico. A pesar de los logros obtenidos, existen barreras para la transformación social y el incremento del saber popular, como

son: el morbicentrismo, el asistencialismo, el paternalismo, la medicalización y la elevada tecnificación diagnóstica y terapéutica.

Hoffman y Santos (2009) realizaron la investigación “Conocimientos de la familia sobre la salud de los niños entre 1 y 5 años en una comunidad ribereña: contribuciones a la enfermería pediátrica” con los objetivos de describir la experiencia de vida de la familia; analizar el conocimiento que posee la misma; y discutir las implicaciones que tiene con la salud de los niños en el ámbito de la práctica asistencial de la enfermería. Se trató de un estudio de naturaleza mediante el método de estudio de caso. Como procedimientos metodológicos, fueron aplicados cuestionarios y entrevistas no dirigidas en grupo. Con base en el análisis temático, se comprobó que los conocimientos provenientes de las relaciones familiares y sociales son transmitidos a través de valores culturales, creencias, costumbres y conductas. Las condiciones socio-económicas y la distancia geográfica de la comunidad favorecen el vínculo entre el saber popular y la oferta de servicios de salud cercanos a la comunidad. Se concluyó que los familiares miembros de la comunidad necesitan explicaciones y orientaciones por parte de los profesionales de salud y las enfermeras para poder enfrentar los problemas de salud de los niños.

Flores, Ortiz y Cárdenas (2012) investigaron las “Percepciones maternas del Cuidado del Niño Sano” con el objetivo de analizar el cuidado de enfermería del niño sano (CNS) y distinguir si se trata de cuidado centrado en procedimientos o centrado en el usuario. Los conceptos del proceso de trabajo

de enfermería y micro política del trabajo en salud fundamentaron el presente estudio cualitativo. Se realizó observación sistemática directa a 87 consultas de CNS en una Unidad de Medicina Familiar y entrevista semi-estructurada a 25 madres que acudieron con su hijo a la consulta de CNS. La saturación de datos y comprensión del significado fueron los criterios para el número de observaciones y entrevistas. Se aplicó análisis temático. Se encontró que la actividad se centra en procedimientos, lo que no puede ser considerado CNS. Las madres valoran la atención integral y solicitan información del crecimiento y desarrollo de su hijo. Se recomienda abordar tópicos educativos y establecer relación de confianza que permita brindar cuidado centrado en el usuario.

Villarreal y Cervera (2012) desarrollaron la investigación “Cuidados de Enfermería al Niño Andino Hospitalizado” con el propósito de describir y analizar los cuidados que brinda la enfermera al niño andino hospitalizado. La metodología fue cualitativa - estudio de caso, participaron 8 enfermeras y 4 padres de familia del servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes, Chiclayo (Perú), obtenidos por saturación previo consentimiento informado, a quienes se aplicó entrevista semi estructurada. Los datos fueron procesados por análisis temático. La investigación utilizó principios éticos y de rigor científico, obteniendo como resultado 3 categorías: Predominio del modelo biologista en el cuidado al niño andino; Resistencias culturales entre cuidado enfermero y la cosmovisión andina; Formación para la interculturalidad en el cuidado enfermero. Se destaca la existencia de

realidades que limitan a las enfermeras hacia un cuidado integral al niño andino hospitalizado por insociabilidad, costumbres, hábitos, valores y creencias, sintiendo la necesidad de poseer competencias culturales.

La conclusión a la que arribaron las autoras es que en el cuidado al niño andino hospitalizado existe predominio del modelo biologista, con énfasis en el tratamiento médico y separación en el cuidado emocional, ocasionado por las resistencias entre el cuidado enfermero y la cosmovisión andina de los niños, situación que origina dicotomía entre las creencias culturales y las exigencias propias del cuidado, sumado al conflicto idiomático que produce insociabilidad entre enfermera y niño andino, realidad que la obliga a educar a la familia y reflexionar sobre la forma como brinda el cuidado, solicitando formación para la interculturalidad.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. ALIANZA DE SABERES DEL CUIDADO POPULAR Y PROFESIONAL EN ENFERMERÍA**

#### **A. CUIDADO POPULAR**

Lo que se opone al descuido y a la desconsideración es el cuidado. Cuidar es, según Leonardo Boff (1999), más que un acto; es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad e involucramiento afectivo con el otro.

El cuidado popular está basado a su vez en el saber popular, como un saber que cada individuo construye - producto de su interacción con la cultura y de las experiencias vividas en su propia familia y en la comunidad - está validado y valorado en la praxis, por lo cual se reviste de una racionalidad permeada por el afecto y las emociones. Es un conocimiento centrado en el sentido común, un conocimiento no formalizado, dirigido desde una visión práctica que busca armonizar consideraciones morales con otras de pertinencia sociocultural y económica. Se dirige a resolver problemas cotidianos y de allí su carácter pragmático: está atado al problema, al contexto, a la situación. La verdad cotidiana tiene dos componentes inseparables: uno cognitivo y otro moral; un conocimiento es verdadero si es exitoso en la acción, esto es, si le sirve al individuo para funcionar adecuadamente en su marco sociocultural y moral. El saber cotidiano tiene un carácter antropológico, que abarca la necesidad de aprender a percibir, a sentir y a pensar. Los sentimientos tienen un papel de guía para la acción y no son indisociables de la percepción y del pensamiento.

En la lógica del saber popular o saber cotidiano, las verdades se elaboran de manera particular, el individuo se acerca a la verdad conciliando cuatro dimensiones centrales de su existencia: las particularidades de su personalidad, sus condiciones socioeconómicas, unas condicionantes morales y

otros empíricos. En esta interacción, construye verdades relativas a la situación particular; es una racionalidad productora de verdades, aplicables de acuerdo con la experiencia empírica. (Peñaranda, 2006)

Así por ejemplo en el área nutricional, son los adultos los responsables de alimentar y de enseñar a los menores las prácticas relacionadas con la alimentación correcta, siendo la madre en particular y los cuidadores en general, quienes determinan las pautas conductuales que más tarde adoptará el infante, tanto para su alimentación personal como para el cuidado de su salud, así, los adultos son responsables de facilitar o limitar este proceso.

Los cuidadores a su vez han aprendido de diferentes grupos, principalmente el familiar, las maneras de atender a sus hijos; por lo que reproducen las prácticas predominantes en su entorno más cercano. Estas prácticas al transmitirse culturalmente, dependen de las creencias, conocimientos, valores y costumbres de la familia, a su vez son permeadas por el contexto en el que se desarrollan las actividades relacionadas con el consumo de alimentos. Aunado a esto, las características particulares de cada infante, como género, edad y condición de salud, también contribuyen a determinar dichas prácticas. La promoción o restricción de los alimentos



dependerá de las creencias de los cuidadores, acerca de qué, cómo y cuándo servirlos, si son necesarios y aportan nutrimentos, si los adultos se perciben a sí mismos como obesos o delgados o simplemente si deben ofrecer los alimentos, como en el caso de la lactancia. (Vergara, 2012)

El análisis de las prácticas de alimentación empleadas por los adultos en el cuidado de los infantes redundará en una mejor comprensión de las prácticas prevalecientes que deben promoverse o sustituirse; rescata la identidad y los patrones culturales que serán transmitidos a los infantes y facilita la educación alimentaria al ajustarse a las necesidades específicas de cada comunidad, familia o individuo.

## **B. CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

El cuidado de enfermería ha sido usado por mucho tiempo como la ejecución de técnicas y de procedimientos en los pacientes. Por lo general resultan de una prescripción médica relativa de un tratamiento que, a su vez, está asociado a un problema patológico o enfermedad. (Vásquez, 2006)

Las intervenciones de orden social y psicológico son normalmente vagas, quedando a criterio de un miembro del equipo ejecutarla en la forma como le convenga o como entienda sea la más apropiada.

Con el tiempo surgieron orientaciones en el sentido de que los pacientes participasen, cooperando en las intervenciones, ayudando a autocuidarse. (Vásquez, 2002)

El proceso de cuidar involucra crecimiento y ocurre independientemente de la curación, es intencional y sus objetivos son varios, dependiendo del momento, de la situación y de la experiencia.

El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidades y durante el proceso de morir, el cuidado humano es imprescindible como una forma de vivir y de relacionarse.

El cuidado humano consiste en una forma de vivir de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida (Waldof, 2010).

La finalidad del cuidar en enfermería es prioritariamente aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar medios para manejar la crisis y las experiencias de vivir y de morir.

Cuidar de la vida es quizás la acción mínima fundamental de un conglomerado humano. Es algo que no sólo se relaciona con la reacción instintiva de protegerse en forma individual o de grupo ante un agente externo que amenace a la persona o al conjunto, sino que se trata de una acción consciente, concertada y premeditada, con hondas bases filosóficas.

Leininger, la primera enfermera que divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado, incentiva a muchos autores para que desde las diversas culturas se pretenda distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. (López, 2010)

Al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla (Leininger, 2002). Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás. (Vásquez, 2006)

Sin embargo, para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera a

las personas como expertas que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a los profesionales de enfermería, a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. Con ese enfoque, la realidad es subjetiva y múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales.

Leininger, insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado (Vásquez, 2002). En esa búsqueda juiciosa las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar propositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud (López, 2010).

El cuidado humano consiste en una forma de vivir de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad; es contribuir en la

construcción de la historia, del conocimiento y de la vida (Waldof, 2010).

Para que el cuidado ocurra realmente en su plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en el desempeño de las habilidades técnicas, en la prestación de informaciones y en la educación al paciente y su familia. A eso debe conjugar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad, demostradas por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: la conjugación del conocimiento, de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad (Waldof, 2010).

Leininger (1991) en la aplicación de su teoría como referencial, encontró hasta el momento 175 construcciones de cuidar/cuidado. Esas construcciones, fueron investigadas junto a las poblaciones a través de entrevistas y de la observación directa de los hábitos de vida y de experiencias de salud, enfermedad y rituales de cuidado en 54 culturas. Se citan, por ejemplo, aceptar, asistir a los otros, ser auténtico (a), involucrarse, estar presente, respetar, compartir, valorización del otro, etc. Muchas de esas construcciones engloban varias otras como el respeto; respeto a los otros, respetar el estilo de vida, etc.

Según Leininger (1991), las personas desarrollan comportamientos de cuidar y la forma como lo expresan está ligada a patrones culturales.

Para enfermería el conocimiento de los rituales de cuidado son de extrema importancia. El conocimiento de hábitos y patrones y comportamientos de cuidar ayudan en la forma como se desarrollará el proceso de cuidar una vez destacados por la cuidadora. El conocimiento sobre la cultura proporciona mucha ayuda y demuestra interés y sensibilidad (Suh, 2004).

Así, la competencia cultural está definida como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales (Giger, Davidizar, Purnell, Taylor, Phillips y Strickland, 2007).

Ya en el 2007, el Panel de Expertos en Competencia Cultural de la Asociación Americana de Enfermería generó en consenso una definición de competencia cultural: “es tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud

proporcionar cuidado cultural aceptable. La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer. (Giger, Davidizar, Purnell, Taylor, Phillips y Strickland, 2007).

En el 2006 Papadopolus incluye en su definición de competencia cultural: la responsabilidad del profesional de defender a los menos favorecidos en razón a su pertenencia étnica y el empoderar a las personas para participar en las decisiones de salud y el derecho de los individuos a ser tratados adecuadamente sin prejuicio de su ascendencia, promueve la igualdad y el valor de los individuos en sí mismos (Papadopoulos, 2006)

Son las dos autoras citadas anteriormente las que proponen algunos elementos para llevar a la práctica la competencia cultural:

**Conciencia cultural:** Es ser respetuoso, apreciar y ser sensible a los valores y las creencias, con los estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas de la cultura de la

persona o grupo. El proceso envuelve un autoexamen continuo de los propios prejuicios y sesgos hacia otras culturas y una exploración profunda de la propia procedencia cultural (Papadopoulos, 2006).

**Conocimiento cultural:** involucra la búsqueda de información sobre los grupos propios o foráneos en los temas de creencias y valores culturales que permita comprender cómo los pacientes interpretan la salud/enfermedad, las estrategias para cuidarla y la eficacia de los tratamientos (Suh, 2004). Papadopoulos (2006) adiciona el estudio de elementos que permean la cultura como: manejo del poder, los factores sociales, políticos y económicos, la pobreza y la inequidad en salud.

**Encuentro Cultural:** Invita a la interacción con personas de diversas procedencias culturales. Estos encuentros pueden ser con personas o grupos de la misma cultura teniendo como perspectiva la posibilidad de comprender diferencias regionales, de estatus socioeconómico, educativo o de procedencia rural o urbana. Estas posibilidades de interacción permiten refinar y modificar las propias creencias existentes sobre un grupo cultural o encontrar las semejanzas y diferencias en el mismo contexto cultural. Es importante ser más sensible a expresiones faciales, contacto visual, uso del



tacto, el lenguaje corporal y las prácticas de distancias y proximidad cuando se está en un encuentro cultural (Suh, 2004).

**Habilidades culturales:** Tiene relación con la capacidad del profesional para captar la percepción del paciente o grupo sobre su situación y las posibles opciones de tratamiento. La habilidad para poder desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas a esas perspectivas (Papadopoulos, 2006).

**Deseo cultural:** es la pasión del profesional por la apertura y flexibilidad al otro, de aceptar las diferencias, encontrar las similitudes y ser capaz de aprender de otros (Suh, 2004).

**Sensibilidad Cultural:** hace referencia a las relaciones interpersonales con los usuarios en donde el trato es de compañeros iguales, se involucra la confianza, aceptación y respeto, así como la facilitación y la negociación. Se propone el desarrollo de la competencia comunicativa transcultural, donde se crea un ambiente en el cual los significados, las ideas, la información, y los temas que son esenciales para el cuidado profesional se intercambian eficientemente (Papadopoulos, 2006).

Desarrollar o fortalecer estos elementos de la competencia cultural en los profesionales de la salud puede traer resultados positivos sobre diferentes actores. Los receptores de los servicios reciben un cuidado holístico. Mejora su percepción hacia los proveedores y servicios de salud y produce mejor adherencia a los regímenes prescritos. Los profesionales pueden realizar una mejor práctica y contribuyen a disminuir las diferencias al actuar en consonancia con las creencias y valores de los grupos a su cargo (Peñaranda, 2006).

Hay una tendencia en la competencia cultural hacia la reflexión y entendimiento de las formas en las cuales las personas mantienen, se protegen y se recuperan frente a las diferentes situaciones de salud, enfermedad o discapacidad desde su perspectiva cultural. Las aproximaciones que se hacen desde la cultura no son una visión estática de las personas o grupos y trasciende la mirada a grupos minoritarios. Es un llamado a la atención humanizada y particularizada desde la perspectiva de la cultura y una alternativa ante la imposición de patrones normatizados, tendencia actual en la atención en salud, los cuales disminuyen el bienestar de las personas y la aceptación de los servicios.

Es tiempo de ver la competencia cultural más allá de las corrientes étnicas o de los grupos minoritarios y diferentes a la

cultura de origen de los profesionales. Se necesita avanzar en el reconocimiento de la cultura propia y América Latina es multicultural y marcada por diferencias regionales dentro de un mismo país. Avanzar a reconocer la cultura tanto de las personas que buscan servicios como la del profesional, pues éste no es ajeno a la cultura en la cual nació y a la cultura de la profesión, siempre lleva consigo sus creencias y valores, los cuales quedan impresos en la prestación de sus servicios.

### **C. ALIANZA DE SABERES ENTRE CUIDADO POPULAR Y PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

La alianza de saberes o diálogo de saberes, más que una propuesta pedagógica es una posición ontológica fundamentada en el respeto y en la práctica de relaciones horizontales y democráticas. Parte de reconocer al otro como sujeto responsable y actor de su propio destino, y a los humanos como seres inconclusos, que se construyen en su relación con el otro y con el mundo.

La alianza de saberes es un proceso comunicativo en el cual se ponen en interacción dos lógicas diferentes: la del conocimiento científico y la del saber cotidiano, con una clara intención de comprenderse mutuamente; implica el reconocimiento del otro como sujeto diferente, con

conocimientos y posiciones diversas. No riñe con una intencionalidad en la educación, si se dirige a promover la libertad y la autonomía, para que cada uno tome las decisiones más apropiadas para sus condiciones y contextos particulares. Es un escenario donde se ponen en juego verdades, conocimientos, sentimientos y racionalidades diferentes, en la búsqueda de consensos, pero respetando los disensos. Es un encuentro entre seres humanos - educandos y educadores- donde ambos se construyen y fortalecen: un diálogo donde ambos se transforman (Acevedo, Pérez, Torres, Escobar, Arango y Peñaranda, 2009).

La literatura muestra que el estudio de la relación de familia y cultura es limitado y se hace de forma implícita a través de la descripción de algunos cuidados populares realizados por las familias o a través de la identificación de factores de riesgo que se pueden potencializar en el ambiente familiar y causar problemas de salud. En ese sentido, las investigaciones cualitativas han empezado a descubrir las maneras de cuidado popular más coherentes con la cultura con el propósito de promover el cuidado de la salud de la familia, donde se favorezca la conexión entre el saber profesional y el saber popular (Mejía y López, 2010).

Cuando se asume la alianza de saberes como enfoque y acción se está aceptado el presupuesto de que es posible configurar identidades de carácter plural y dinámica, reconociendo sus autonomías relativas; la condición de posibilidad para el diálogo de saberes entre la ciencia y el sentido común, es el encuentro de “zonas comunes” en torno a las cuales puedan construirse formas de entendimiento compartidas y prácticas social y científicamente aceptables. El compromiso auténtico y genuino con el diálogo de saberes implica para el salubrista asumir la decisión de transformar sus propios puntos de vista a partir de la conversación con los actores sociales y por tanto debe estar comprometido con sus ideas, del mismo modo que se compromete con las ideas de sus interlocutores en un intento de evitar cualquier imposición de sus propios argumentos y razones. Este diálogo auténtico no impone la opinión de uno contra la de otro ni agrega sumativamente la opinión de uno a la de otro, sino que “transforma una y otra” (Restrepo, 2012).

Autores como Espinosa e Izunza (2010) proponen el diálogo intercultural autonómico como la mejor herramienta para conducir a las comunidades culturalmente diversas hacia la gestión de la salud desde su punto de vista, es decir, desde sus valores, creencias, normas e historias compartidas, prácticas y con un proyecto en común, en diálogo permanente con los

actores sociales y culturales que son distintos de su realidad a nivel político, social y cultural.

En el ámbito de nuestra investigación, los saberes y prácticas tradicionales en salud materno infantil, como también lo reportaran Astaiza, Rodríguez, Guerrero y Portela (2012), se hace claro que en su construcción no sólo influye el medio cultural en el que viven las personas, sino que también son determinantes las relaciones que se establecen entre los sujetos sociales y el significado que adquieren en cada una de las personas involucradas. La complejidad simbólica de las comunidades con las cuales se desea establecer el diálogo intercultural en salud y los significados que le dan sentido a sus prácticas, plantea la necesidad de abordarlas en su contexto histórico, vivencial y cultural particular.

### **2.2.2. PROMOCIÓN DE SALUD DEL LACTANTE**

La Promoción de Salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. Para algunos, incluyendo la autora de este trabajo, es un nuevo enfoque, cualitativamente superior al tradicional de la salud pública, es incluso un nuevo paradigma. Para la OMS/OPS (2000) es indistintamente una estrategia o una Función Esencial de la salud pública. No obstante, a pesar de las diferentes acepciones asumidas

o en debate, hay consenso en que involucra a gobiernos, organizaciones sociales y las personas, en la construcción social de la salud.

Se trata de un enfoque, que ha evolucionado en la medida en que las definiciones relativas al proceso salud-enfermedad y sus factores condicionantes, provenientes de diferentes corrientes de pensamiento, han sido sometidas a la consideración de la comunidad científica y a la influencia de los cambios en el contexto mundial, tanto en lo económico como en lo social, que favorecen o dañan la salud.

Desde Winslow (1920), hasta Ottawa (1986) y más recientemente Bangkok (2013), de forma paralela a la sucesión de diferentes congresos mundiales, vinculados al campo de la promoción de salud, este tema ha comenzado a adquirir un espacio cada vez mayor en una multiplicidad de ámbitos y aunque para los que recién se aproximan a este camino, representa sólo un nuevo término a incorporar en el discurso cotidiano, o tal vez una interrogante teórica no satisfecha, o para otros un enfoque epistemológico de mayor alcance; hay consenso en que la promoción de salud se reconoce como una vía para alcanzar niveles de salud deseables para toda la humanidad. Su génesis puede ubicarse en los países industrializados, donde hasta la fecha se muestran avances significativos, tanto en el plano teórico como en

el de la práctica. En América Latina el desarrollo ha sido más lento en algunos casos, con limitaciones severas en otros, donde no ha sido suficientemente atendida.

El concepto de Promoción de Salud irrumpió con fuerza desde la segunda mitad del pasado siglo y se extiende en diferentes ámbitos, como son: la educación, la investigación, los servicios de salud, en otros sectores sociales, así como en las agendas de decisores y de los gobiernos; pero a pesar de ese progreso muchos profesionales y ejecutores, aún hoy, muestran desconocimiento y limitaciones tanto en su alcance como en los principios, las metodologías y las herramientas inherentes a esta disciplina.

Entre los variados ejemplos diarios que demuestran esas limitaciones, está el de la comunicación que, de hecho, es una herramienta importante para los cambios de comportamiento y estos a su vez, un punto de mira de la Promoción de Salud. Sin embargo, aunque abunda la literatura al respecto; en oportunidades algunos ejecutores, con un enfoque reduccionista, equiparan la comunicación a una actividad puntual ya sea repartir volantes, trípticos o hacer spots televisivos, que no se insertan de forma coherente en una estrategia de acción particular, lo que prueba que existen limitaciones en este campo del conocimiento.



La historia reciente de la Promoción de Salud ha estado acompañada por una secuencia de conferencias mundiales que han ido poco a poco introduciendo fuertes debates en cuanto a su operacionalización<sup>37</sup>, así tenemos:

- 1ra. Conferencia Ottawa, 1986: Identifica los campos de acción:

Políticas públicas saludables.

Ambientes favorables a la salud.

Acción comunitaria.

Habilidades personales.

Reorientación del sistema de salud.

- 2da. Conferencia Adelaida, 1988: Puso el énfasis en las Políticas Públicas Saludables, en esa línea identificó cuatro áreas de urgencia que atender: salud de la mujer, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol y creación de ambientes favorables.

- 3ra. Conferencia Sundsvall, 1991: En este caso el énfasis se dedicó a Ambientes Saludables. Esta conferencia fue un buen preámbulo para la Conferencia Cumbre de Medio Ambiente de Río de Janeiro al año siguiente.

- 4ta. Conferencia Yakarta, 1997: La Acción Comunitaria fue el eje de esta conferencia. Se destacó como los diferentes escenarios ofrecen oportunidades para el desarrollo de estrategias integrales de la Promoción de Salud.

- 5ta. Conferencia México, 2000: Abordó todos los campos de acción identificados en Ottawa y logró atraer al debate tanto a políticos como a científicos. Su resultado más tangible fue una guía de propuesta de plan de acción para ser adaptado por cada país, de acuerdo a sus principales necesidades.
- 6ta. Conferencia Bangkok, 2005: Esta retoma la inquietud del alcance de la Promoción de salud y subraya cuatro compromisos claves dirigidos a lograr que esta disciplina sea: a) un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, b) una responsabilidad esencial de todos los niveles de gobierno, c) un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y d) un requisito de las buenas prácticas empresariales.
- 7ª Conferencia Nairobi, 2009: la única celebrada hasta el momento en un país africano, tuvo como uno de sus resultados fundamentales el Llamamiento de Nairobi, que “define las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo”. El llamamiento establece más de 70 acciones encaminadas a subsanar las deficiencias en la promoción de la salud.
- 8ª y última Conferencia Helsinki (Finlandia), 2013, se ha centrado en el enfoque Salud en Todas las Políticas. Teniendo en cuenta que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al

ámbito sanitario, una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y la investigación.

Específicamente, en el caso de los pronunciamientos de la Conferencia de Bangkok, desde una perspectiva crítica, muchos cuestionan añadir el componente de las prácticas empresariales. Desde el punto de vista de la autora, es un pronunciamiento contextual. La Promoción de Salud no puede estar de espaldas a una realidad generalizada y globalizada mundialmente y mientras no se pueda cambiar el hostigamiento de las grandes empresas a la salud de la población (acción por la que debe abogar la Promoción de Salud) se debe día a día hacer que estas, ya que existen, estén dentro de lo posible más comprometidas con la producción social de la salud, aunque pareciera “pedirle peras al olmo” pues por definición muchas de las calamidades que afectan a la humanidad dimanar de ellas. En general, todas las conferencias de ese tipo antes mencionadas, han tenido al menos la ganancia de un espacio para el debate, así como de mantenerlo abierto.

En nuestro continente, a la Promoción de la Salud se le presentan cada día más posibilidades por cuanto son más los gobiernos, que asumen como compromiso el bienestar de sus poblaciones. La voluntad política es la más fuerte polea para ese movimiento.

Desde el ámbito académico también se aprecia un avance importante para incluir en los programas de formación contenidos y temas relacionados con la Promoción de Salud. La creación del Consorcio Latinoamericano de Universidades que forma recursos en Promoción de Salud, por sólo mencionar una, es una pieza impulsora en esta maquinaria.

Desde diferentes visiones, la abogacía de organismos internacionales, el apoderamiento de grupos y comunidades, el desarrollo cada vez más numeroso de redes, la aparición de programas y proyectos exitosos, la inclusión en diferentes agendas del tema de los derechos de las poblaciones indígenas, las innumerables reuniones, foros y congresos han incentivado los debates y el desarrollo científico y práctico de la promoción de Salud. El camino es largo, pero se ha comenzado a andar.

Siglos de hambre, ignorancia, desempleo, incremento de agresiones y confrontaciones bélicas, la aparición de nuevas enfermedades y la reaparición de otras, la falta de recursos básicos para la salud, por sólo mencionar algunos de los problemas más generales, se constituyen en grandes retos para la Promoción de Salud. Existe regocijo cuando se aprecian todas las personas que cada día desde sus diferentes roles y espacios asumen los principios de la Promoción y Educación para la Salud, pero la brecha es tan

amplia y el contexto tan complejo, que un minuto perdido es prácticamente irrecuperable.

En el caso particular de Perú, aunque se ha avanzado en el campo de las políticas sociales, aún quedan muchas cosas por hacer si se habla del compromiso de participar en las nuevas estrategias para proporcionar salud a la población para el año 2021. Las mayores debilidades que pudieran enunciarse en la esfera de la Promoción de Salud, están en el ámbito de la necesidad de que exista una mayor organicidad en la estrategia nacional, en continuar impulsando un proceso de capacitación sistemática y sistémica, en desarrollar investigaciones multisectoriales y que sus resultados sean tomados en cuenta para las decisiones y formulación de políticas saludables, en otorgar mayor visibilidad al presupuesto destinado a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud, así como continuar involucrando a todos los sectores y organizaciones sociales en una práctica sistemática y sostenible.

En la 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, celebrada del 17 al 21 de septiembre del 2012 en Washington, D.C., los Estados Miembros aprobaron la Estrategia y Plan de Acción para la Salud Integral de la Niñez. La Estrategia y el Plan constituyen un esfuerzo progresivo encaminado a apoyar y ampliar el concepto de alianza de las actividades en los sistemas

y los servicios de salud y a nivel de la familia y la comunidad en la Región. Una de las metas principales es acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), especialmente el ODM 4 (reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años para el 2015), mediante la mitigación de los riesgos ambientales y la aplicación de medidas integradas basadas en los determinantes sociales de la salud. Este documento busca contribuir en el establecimiento de sistemas nacionales de atención de salud que lleven a cabo un conjunto integrado de intervenciones de atención primaria de salud, basadas en datos científicos y eficaces para lograr el bienestar de los niños y todo el potencial de desarrollo humano (OPS, 2013)

La importancia de proteger la salud durante la infancia y adolescencia radica en que, en este periodo, se establecen los cimientos de la salud en la edad adulta (Hill, Kirkwood y Edmond, 2005). Esto evidencia la necesidad tanto de mantener un buen sistema de vigilancia del desarrollo infantil, como de incidir en la adquisición de hábitos saludables, a través de la educación sanitaria de padres y madres, de docentes y de los propios niños y niñas.

En este contexto, la enfermería comunitaria, en su actual concepción, es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años. El personal de enfermería ha tenido una actuación consecuente en el contexto

actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas (MINSA, 2011) (Child and Youth Studie Goup, 2007)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Alianza de Saberes:** es un proceso comunicativo en el cual se ponen en interacción dos lógicas diferentes: la del conocimiento científico y la del saber cotidiano, con una clara intención de comprenderse mutuamente; implica el reconocimiento del otro como sujeto diferente, con conocimientos y posiciones diversas (Acevedo, Pérez, Torres, Escobar, Arango y Peñaranda, 2009).
- **Cuidado:** hace referencia a una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad e involucramiento afectivo con el otro (Boff, 1999).
- **Cuidado Popular:** es una práctica centrada en el sentido común y basada en el conocimiento no formalizado, que busca resolver problemas cotidianos y está atado al problema, al contexto, a la situación (Peñaranda, 2006).
- **Cuidado Profesional:** atención brindada por el profesional de enfermería, que expresa conocimiento y experiencia en el desempeño de las habilidades técnicas, en la prestación de informaciones y en la educación al paciente y su familia. A eso debe conjugar expresiones de

interés, consideración, respeto y sensibilidad, demostradas por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques (Waldof, 2010).

- **Promoción de Salud:** Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. Por tanto, permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud (MINSA, 2017).
- **Lactante:** período de vida que se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en: Lactante Menor: de los 28 días hasta los 12 meses. Lactante Mayor: de los 12 meses hasta los 24 meses (OPS, 2013).



### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación es de tipo aplicada y por su nivel de profundidad es explicativa.

Se empleó el diseño cuasi experimental para explicar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional de enfermería en la promoción de salud del lactante.

La investigación se realizó en el Centro Poblado de Paria, perteneciente al distrito de Independencia de la provincia de Huaraz. Este distrito, de 71 285 habitantes, tiene 27% de su población rural, de los cuales 7% son niños menores de 5 años. Si bien el INEI (2016) reporta disminución de los indicadores de mortalidad y morbilidad infantil a nivel nacional, las diferencias entre la zona urbana y rural continúan siendo grandes; así, la Tasa de Mortalidad Infantil urbana fue de 15 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos mientras que la rural fue de 23 por mil nacidos vivos. Por ello, se seleccionó intencionalmente la comunidad rural de Paria para realizar la investigación, por poseer, una población rural con niños menores de 5 años, con elevadas tasas de morbilidad por enfermedades prevalentes de la infancia, por lo que la promoción de salud, en ella, adquiere vital importancia.

Las características geográficas y sociodemográficas generales de dicha comunidad rural son:

Altitud: 3023 m.s.n.m.

Latitud sur: 09°31'08''

Longitud Oeste: 77°32'04''

Una población total de 783 habitantes (según SIVICO), distribuidos en tres barrios, Jinua, Paria y Uquia, que corresponden al ámbito del Puesto de Salud de Paria, donde labora un equipo básico de salud que está compuesto por una enfermera, un obstetra y una técnica en enfermería, los mismos que no se dan abasto para atender a la población asignada por cuenta, como en toda realidad rural, persisten barreras culturales, geográficas y económicas que aún el personal de salud no ha sabido superar.

### **3.2. Plan de recolección de la información y/o diseño estadístico**

#### **POBLACIÓN**

Estuvo conformada por 40 madres de niños menores de 2 años en el período Octubre-Diciembre del 2016, del Centro Poblado de Paria, del Distrito de Independencia, Provincia de Huaraz.

#### **MUESTRA**

Se tomó como muestra a las 40 madres de la población, por lo tanto, se trabajó con una muestra censal.

### **3.3. Instrumentos de recolección de la información.**

La recolección de datos se inició con la validación de los instrumentos de recolección de datos (Guía de Observación, Guía de Entrevista semiestructurada y cuestionario a madres) mediante el juicio de expertos donde participaron profesionales dedicados al área de estudio.

### **3.4. Plan de procesamiento y análisis estadístico de la información.**

Dado que la mayor parte de las variables son de carácter nominal se utilizó la prueba del Chi-cuadrado, con el objeto de probar la independencia de las variables. Así mismo se analizó el grado de correlación entre las variables y la influencia de la alianza de saberes en la promoción de salud del lactante.

El procesamiento de los datos se hizo de forma computarizada. Para el procesamiento de los datos cuantitativos y los cálculos se empleó el programa estadístico SPSS versión 21.0, además de presentar los resultados en cuadros y gráficas estadísticas.

## **IV. RESULTADOS**

### **4.1. Saberes del cuidado popular en la promoción de la salud del lactante en la comunidad de Paria.**

#### **Creencias sobre alimentación, higiene y estimulación temprana**

##### **Alimentación del recién nacido**

El 94,8% de las madres de niños menores de 2 años del Centro Poblado de Paria creen que el recién nacido debe recibir leche materna como único alimento, aunque este porcentaje disminuye al preguntar por el momento del inicio, sólo el 61,7% de ellas cree que el recién nacido debe lactar durante la primera hora de nacido, mientras el 38,3% restante cree que el inicio de la lactancia debe darse después que la madre se “recupere” lo cual ocurre, para ellas, entre las 3 y 5 horas.

##### **Duración de la lactancia materna**

Sólo el 61,72% de las madres encuestadas creen que los niños deban consumir leche materna como alimento único hasta los 6 meses de edad, refiriendo, el resto de ellas, que ya a partir de los 4 ò 5 meses se les “antoja” probar de los alimentos que los demás miembros de la familia consumen (19,66%) o porque se hace necesaria la introducción de leche artificial como complemento de la alimentación del niño menor de 6 meses que no logra saciarse con la leche materna (18,62%).

### **Inicio de la alimentación del niño**

El 85,86% de las madres de niños menores de 5 años del Centro Poblado de Paria cree que el inicio de la alimentación complementaria debe hacerse al cumplir el niño los 6 meses de edad, mientras que el 14,14% restante cree que la misma debe ocurrir entre el 4º y 5º mes de vida, refiriendo que cada niño manifiesta sus deseos de recibir otros alimentos y esta “manifestación”, interpretada a partir de los movimientos que el niño hace cuando ve a la madre tomar sus alimentos, es variable entre un niño y otro.

### **Alimentos que se deben brindar al inicio de la alimentación complementaria**

El 79.31% de las madres encuestadas cree que el inicio de la alimentación complementaria debe hacerse con alimentos ligeros como “mazamorrillas”, “calditos”, algunas frutas y sopas; refiriendo, el 61,4% de ellas, que el resto de los alimentos le caen pesados y les producen diarrea y el 17,9% cree que las frutas “suaves” como la granadilla (de la que sólo debe consumirse el jugo) o el plátano sirven para “endurecer” el estómago del niño. Sólo el 20,69% de las madres cree que sus niños deben iniciar su alimentación con papillas, purés o mazamorras espesas.

### **Alimentación del niño menor de 2 años**

El 56,9% de las madres cree que un niño necesita “comer de todo” para crecer adecuadamente, sin embargo el 15,2% de las madres entrevistadas cree que el niño menor de 1 año aún no puede consumir una alimentación balanceada,

ya que existen alimentos que le causan “empacho” al niño como el pan, las menestras y algunas frutas como la lúcuma; 27,9% cree que alimentos como el chocho, el choclo y el repollo no deben formar parte de la dieta del niño porque le producen diarrea y se debe esperar hasta que el estómago del niño “esté duro”, lo cual ocurre aproximadamente después del año de edad.

En relación a la consistencia y frecuencia de la alimentación de los niños menores de 1 año no existen creencias específicas, pero sí un grupo importante (30%) cree que los caldos contienen los nutrientes esenciales de las carnes y que basta con que el niño tome el “caldito” para alimentarse.

#### **Medidas higiénicas:**

El lavado de manos es la medida higiénica más reconocida por las madres entrevistadas, aunque no hay consenso en el por qué se debe recurrir a esta práctica, ya que sólo el 33,1% refiere que “para no enfermarse”, incluyendo a las enfermedades diarreicas agudas; y, el 66,9% cree que lo debe hacer “porque las manos se ensucian con todo” y “hay que lavarse para que estén limpias”. Ninguna mencionó la prevención de parasitosis a través de esta práctica.

La aparición de enfermedades diarreicas en los niños que están recibiendo lactancia materna está asociada a creencias como la exposición de la madre al frío cuando lava la ropa, lo que produce deposiciones líquidas y verdosas porque “le ha pasado el frío” (66,9%); 31% cree que la madre le ocasiona

diarrea a su niño por darle de lactar después de haber tenido un disgusto o después de haber comido choclo, menestras o comida calentada y sólo el 2,1% restante cree que la enfermedad diarreica se contraiga por falta de higiene, refiriendo causas como “comer algo sucio” o “comer con las manos sucias”.

### **Estimulación Temprana:**

Al indagar por el afecto como necesario en el desarrollo del niño, gran parte de las madres lo reconocen como necesario y de vital importancia (87,9%) aunque cuando se pregunta por actividades propias de estimulación esta cifra desciende a sólo el 34,8% de las madres que reconocen actividades como los masajes después del baño, el gateo y el hablarle o cantarle al niño, como actividades que lo ayudan en su desarrollo psicomotor. El restante 65,2% de las madres tienen creencias diversas sobre el proceso de estimulación, entre las que destacan el “fajar” al bebé para “fortalecer sus huesos y músculos”, darle de comer al niño el primer huevo que pone la gallina para que hable rápido y no cortarle el cabello hasta el año de edad para que no tenga dificultades en el habla.

**Tabla 1: Creencias sobre alimentación, higiene y estimulación temprana en madres de niños lactantes, Centro Poblado de Paria, 2016**

<b>CREENCIA</b>	<b>%</b>	
	<b>Sólo con leche materna</b>	<b>Otros</b>
Alimentación del recién nacido	94,82%	5,28
Inicio de la alimentación del recién nacido	<b>Primera hora</b> 61,72%	<b>Después de la 2ª hora</b> 38,28%
Duración de lactancia materna exclusiva	<b>Hasta 6 meses</b> 61,72%	<b>Hasta 4 ó 5 meses</b> 38,28%
	<b>6 meses</b> 85,86%	<b>4 ó 5 meses</b> 14,14%
Edad de inicio de la Alimentación Complementaria	<b>Alimentos ligeros, caldos y algunas frutas</b> 79,31%	<b>Papillas o mazamorras espesas</b> 20,69%
Alimentos que se deben brindar al inicio de AC	<b>Evitan alimentos que causan “empacho” o diarrea</b> 43,10%	<b>Puede comer de todo</b> 56,90%
Alimentación del niño de 6 meses a 2 años	<b>Por suciedad macroscópica</b> 66,90%	<b>Para prevenir enfermedades</b> 33,10%
Lavado de manos	<b>“Le ha pasado el frío” o por disgusto de la madre</b> 97,93%	<b>Por falta de higiene</b> 2,07%
Diarrea en lactantes	<b>Muy importante y necesario</b> 87,90%	<b>Parte de lo cotidiano</b> 13,10%
Muestras de afecto	<b>Masajes, gateo, hablarle y cantarle al niño</b> 97,93%	<b>“Fajarlo”, no cortarle el cabello antes del año, darle el primer huevo de la gallina</b> 13,10%
Estimulación temprana		



## **Prácticas Alimentarias e Higiénicas:**

### **Alimentación del recién nacido**

El 54,8% de los niños y niñas iniciaron la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento, el 25,5% lo hizo entre la segunda y la sexta hora y un 19,7% inició la lactancia después de la sexta hora de nacido; al indagar la razón por que estos niños y niñas comenzaron su lactancia materna con retraso encontramos que la razón más referida es la falta de leche (67,9%), no quería lactar (11,4%) , por enfermedad de la madre o niño prematuro (8,4%), por costumbres familiares (8,5 %) y por tener pezón muy pequeño (3,8%).

### **Duración de la lactancia materna**

La duración de la Lactancia materna exclusiva tuvo una media de 5,2 meses, una desviación estándar de 0,12, con un intervalo de confianza al 95% de 5,1 – 5,3. Solamente el 58.4% de los niños y niñas recibió lactancia materna exclusiva; un 27,1% recibió líquidos o alimentos antes de los seis meses y un 14,5% tuvo lactancia mixta.

El 27,8% de las madres interrumpió la lactancia materna entre los 12 y 17 meses de edad; 30,9% entre los 18 y 23 meses, 28,6% brindó lactancia materna hasta los 24 meses y 12,7 % continuó dando de lactar más allá de los 2 años de edad. La media de la duración de la lactancia materna ampliada se encuentra en 20,7 meses, con una desviación estándar de 4,39 y un intervalo de confianza al 95% de 20 – 21,2.

### **Inicio de la alimentación complementaria**

El 65,1% de niños y niñas menores de 2 años del Centro Poblado de Paria inició su alimentación complementaria a los 6 meses de edad, mientras que el 32,2% lo hizo entre el 4° y 5° mes de vida; y, el 2,7% restante recibió otro alimento después de los 6 meses. El 78,4% de niños inició su alimentación con alimentos ligeros como mazamorras, caldos o sopas. Sólo el 21,6% de niños empezó su alimentación con purés o papillas.

### **Diversidad de la dieta**

Al indagar por el consumo de alimentos de los niños y niñas menores de 2 años, mediante el recordatorio de las 24 horas previas a la encuesta, sólo el 20,4% de los niños consumió alimentos de los tres grupos básicos (energéticos, constructores y reguladores), ya que 43,5% ingirió una dieta eminentemente rica en carbohidratos y el 36,1% restante consumió alimentos energéticos y constructores, más casi nada de alimentos reguladores (frutas y verduras).

### **Frecuencia de alimentación:**

El 57,6% de los niños menores de 2 años consume sus alimentos con la frecuencia adecuada (3 comidas principales), encontrándose que la mayor proporción se encuentra entre los niños de 6 a 11 meses (64,4%).

**Tabla 2: Prácticas alimentarias en madres de niños menores de 2 años, Centro Poblado de Paria, 2016**

<b>PRÁCTICA</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
		<b>Lactancia materna</b>	
Inicio de alimentación del recién nacido	<b>Durante la 1<sup>o</sup> hora</b>	<b>Entre 2<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> hora</b>	<b>Después de la 6<sup>o</sup> hora</b>
	54,8%	25,5%	19,7%
Alimentación del menor de 6 meses	<b>Lactancia materna exclusiva</b>	<b>Lactancia materna predominante</b>	<b>Lactancia mixta</b>
Lactancia Materna Ampliada	77,5%	17,5%	5%
	<b>Entre 12 y 17 meses</b>	<b>Entre 18 y 23 meses</b>	<b>24 meses o más</b>
	27,8%	30,9%	41,3%
Edad de inicio de AC	<b>6 meses</b>	<b>4 ó 5 meses</b>	<b>Más de 6 meses</b>
	65,1%	32,2%	2,7%
Diversidad de la dieta	<b>3 grupos básicos</b>	<b>Sólo calóricos</b>	<b>Sin reguladores</b>
	20,4%	43,5%	36,1%

#### **LAVADO DE MANOS:**

El lavado de manos, como práctica higiénica recomendada para evitar enfermedades diarreicas contraídas por agua o alimentos contaminados, fue practicado de manera adecuada sólo por el 37,5% de las madres de niños menores de 2 años, teniendo en cuenta los momentos críticos para su realización (antes de preparar los alimentos, de servirlos y de dar de comer al niño; y, después de ir al baño, de cambiar el pañal al niño o de haber estado en contacto con los animales) y siguiendo el procedimiento recomendado

(lavado de manos con uso de agua limpia y jabón, frotando ambas manos entre sí por lo menos tres veces y secándolas con material limpio).

Fueron las madres de niños menores de 6 meses las que tuvieron la menor proporción en esta práctica (37,1%). Por el contrario, las madres de niños de 6 a 11 meses practicaron con mayor frecuencia el lavado de manos (59,4%)

**Tabla 3: Lavado de manos en madres y niños menores de 2 años. Centro Poblado de Paria, 2016**

<b>Edad</b>	<b>Lavado de manos adecuado</b>	<b>Lavado de manos inadecuado</b>	<b>Total</b>
<6 m	37,1%	62,9%	22,1%
6-11 m	59,4%	40,6%	27,9%
12-23 m	41,2%	58,8%	50,0%
<b>Total</b>	<b>37,5%</b>	<b>62,5%</b>	<b>100,0%</b>

### **Eliminación de excretas**

Sólo el 33,4% de las madres y niños menores de 2 años elimina sus excretas a través de un sistema de desagüe; el 32,1% las elimina en una letrina, mientras el 34,5% lo hace a campo abierto. La eliminación de excretas a campo abierto presenta varias modalidades: desde la eliminación en lugares descampados de la comunidad (detrás del cerro, terrenos baldíos, en las laderas de los caminos), hasta el interior de los corrales de animales.

**Tabla 4: Eliminación de excretas en madres de niños menores de 2 años.  
Centro Poblado de Paria, 2016**

<b>Sistema de eliminación</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Desagüe	14	35%
Letrina	13	32,5%
Campo abierto	13	32,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

### **Prácticas de Estimulación Temprana**

Las actividades de estimulación que las madres realizan con sus lactantes fueron más predominantes en el área motora y de lenguaje, encontrándose que el 87,1% de ellas apoyan a sus niños en tareas como sentarse, gatear, ponerse de pie o caminar, de manera permanente; y el 69,4% en actividades de estimulación en el área de lenguaje como hablarle continuamente, cantarle y contarle cuentos cortos.

Estas cifras descienden a 31,2% y 47,2% cuando se trata de prácticas de estimulación en el área social y de coordinación respectivamente, ya que no siendo percibidas como necesarias por las madres en los primeros años de vida de sus hijos lo realizan muy esporádicamente.

**Tabla 5: Prácticas de estimulación en niños menores de 2 años. Centro Poblado de Paria, 2016**

Área	Permanente	Esporádicas	Total
Motora	87,1%	12,1%	100%
Lenguaje	69,4%	30,6%	100%
Social	31,2%	68,8%	100,0%
Coordinación	47,2%	52,8%	100%

#### **4.2. Alianza de Saberes del Cuidado Popular y el Cuidado Profesional en las Prácticas de Higiene de las Madres**

##### **Lavado de manos:**

El lavado de manos adecuado fue una práctica efectuada sólo por el 37,5% de las madres de niños menores de 2 años antes de la intervención, la misma que se incrementó a 70% cuando el profesional de enfermería puso en práctica la alianza de saberes durante su cuidado. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ); pudiéndose afirmar que la alianza de saberes influye significativamente en las prácticas de higiene que las madres realizan con sus hijos.

**Tabla 6: Influencia de la alianza de saberes en la práctica de lavado de manos en madres y niños menores de 2 años. Centro Poblado de Paria, 2016**

<b>Práctica</b>	<b>Cuidado tradicional</b>	<b>Alianza de saberes</b>
Lavado de manos adecuado	37,5%	70%
Lavado de manos inadecuado	62,5%	30%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

$X^2 = 8,184$        $p = 0.002328$

**Eliminación de excretas:**

La eliminación de excretas humanas al campo abierto resultó una práctica de higiene común en el 43,2% de las madres y niños antes de la intervención, mientras que después de ésta, el 71% de las madres y niños eliminaron a través de un desagüe o letrina. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 7: Influencia de la Alianza de saberes en la eliminación de excretas en madres y niños menores de 2 años. Centro Poblado de Paria, 2016**

<b>Eliminación de excretas</b>	<b>Cuidado tradicional</b>	<b>Alianza de saberes</b>
Desagüe o letrina	67,5%	75%
Campo abierto	32,5%	25%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

$X^2 = 3,889$        $p = 0,048$

### 4.3. Influencia de la Alianza de Saberes en las Prácticas de Alimentación

Siendo las prácticas de alimentación un aspecto importante de la promoción de la salud, se estudiaron el inicio de la alimentación del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, lactancia materna ampliada, edad adecuada de inicio de alimentación complementaria y la diversidad apropiada de la dieta, las mismas que mostraron diferencias tras la aplicación de la alianza de saberes en el cuidado brindado por el profesional de enfermería.

Las prácticas de alimentación estudiadas mostraron diferencias estadísticamente significativas después de la intervención. ( $P < 0.05$ )

**Tabla 8: Influencia de la alianza de saberes en las prácticas de alimentación de niños menores de 2 años. Centro Poblado de Paria, 2016**

Práctica	Cuidado tradicional	Alianza de saberes	Valor P
Inicio adecuado de alimentación del recién nacido	52,5%	72.5%	0.000036
Lactancia materna Exclusiva	77,5%	82,5%	0.000035
Lactancia Materna Ampliada	67.5%%	77.5%%	0.000000
Edad adecuada de inicio de Alimentación Complementaria	65%	85%	0.000000
Diversidad apropiada de la dieta	30%	60%	0.010730



#### 4.4. Influencia de la Alianza de Saberes en las Prácticas de Estimulación Temprana

Las actividades de estimulación que las madres realizan con sus lactantes fueron incrementadas tras la intervención puesto que ya no sólo se encontraron cifras altas en el área motora y de lenguaje, sino también en prácticas de estimulación en el área social y de coordinación respectivamente. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas, de acuerdo a lo hallado por el estadígrafo utilizado. (Valores de  $P < 0.005$ )

**Tabla 9: Prácticas de estimulación en niños menores de 2 años. Centro Poblado de Paria, 2016**

Área	Cuidado tradicional	Alianza de saberes	Valor P
Motora	87,1%	92,5%	0.0421
Lenguaje	69,4%	90%	0.0037
Social	31,2%	70%	0.0000
Coordinación	47,2%	82.5%	0.0000

## V. DISCUSIÓN

Adquirir competencia cultural para proveer un cuidado culturalmente congruente y sensitivo es, una tarea en que se deben comprometer los profesionales de enfermería. Existen diversas estrategias a través de las cuales se puede llegar a comprender el mundo de nuestros pacientes, donde la investigación juega un papel muy importante, para identificar de manera sistemática, los valores, creencias y prácticas que están relacionadas con la salud y con el cuidado que ellos mismos se realizan. Este tipo de conocimiento según Leininger (2002), capacita a los profesionales de enfermería para que ofrezcan un cuidado cultural congruente, dejando de lado la postura etnocéntrica, facilitando la determinación respecto a qué prácticas, creencias o valores se podrían preservar, cuáles negociar o acomodar y cuáles, en casos que ameriten, reestructurar. Tal como se ha podido explicar a lo largo de la investigación, esta competencia cultural puede lograrse a través de la alianza de los saberes, tanto del cuidado tradicional como del profesional.

Las decisiones y acciones de cuidado que el profesional de enfermería determine, serán benéficas y satisfactorias para los clientes/pacientes, si se basan sobre la evaluación de los beneficios y riesgos de creencias, valores y modos de vida. Así, durante el desarrollo de la investigación se tomaron en cuenta las creencias y prácticas encontradas en las madres en la parte inicial de la investigación para hacerlas parte de los contenidos que se brindaron durante la atención de sus niños menores de 2 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, pues tal como lo afirman Ibarra y Gonzales (2016), la preservación o mantenimiento del cuidado cultural es crucial, pues hoy existen múltiples fuerzas capaces de devaluar la vida

humana. La sociedad de consumo, la alta tecnología y la falta de sensibilidad, son algunas de las presiones que inciden ávidamente en la pérdida de algunos de los valores autóctonos, perdiéndose ricas posibilidades de cuidado que se han engendrado en la diversidad misma del ser humano. Como lo sostiene Vásquez (2006) la enfermería debe identificar, en los sujetos que cuida, aquellas prácticas y valores dignos de mantener, pues promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud. En ese sentido, se identificaron creencias o práctica benéficas para la promoción de salud del lactante como el inicio precoz de la lactancia materna y el mantenimiento de la misma de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad, las mismas que se alentaron a seguir practicándolas. Por el contrario, se identificaron creencias y prácticas que puede llegar a ser un riesgo para la salud o propicia una enfermedad, como el postergar el corte de cabello del niño hasta que cumpla el año de edad, el darle el primer huevo de la gallina para que aprenda a hablar más rápido o el impedirle gatear para evita que se ensucien, las mismas que se negociaron para llegar a un acuerdo, apoyando la creencia, pero sugiriendo o reacomodándolas por prácticas más benéficas. Y, finalmente, se identificaron creencias y prácticas potencialmente dañinas como el inicio precoz de la alimentación complementaria, el incluir una dieta a base de caldos y sopitas o “fajar”, procediendo ante ello a tomar una posición más firme en la explicación de los riesgos y ayudar a la persona a sustituirla por una práctica más sana, reconociendo siempre la autonomía y decisión de la propia madre.

Tener en cuenta estos tres modos de acción, favoreció un cuidado diferencial, basado en la singularidad del ser humano, pero, al mismo tiempo, reconociendo la universalidad de las prácticas y valores de la comunidad. Así, como lo afirma

Morín, citado por Ibarra y colaboradores (2016), se puede prevenir el efecto destructor de una dominación técnico-civilizacional, con lo cual se pierde uno de los mayores tesoros de las culturas: su diversidad. Pero, por otro lado, también sirve para apreciar al ser humano, como ser único.

Sin embargo, no sólo los estudios etnográficos favorecen el desarrollo de la competencia cultural, también se puede lograr a través de actividades como consejería, experiencias de inmersión intensa en diferentes culturas, educación formal o en educación informal a través de talleres de cuidado transcultural, los mismos que deberían propiciarse desde los centros de formación de Enfermería.

Incorporar en el quehacer de enfermería un pensamiento transcultural, induce a tener conciencia de la complejidad humana, con lo cual no se reducirá al ser humano a la mínima parte de sí mismo, ni al peor fragmento de su pasado, sino que se descubrirá los múltiples aspectos que cada ser trae en su condición de humano. La aceptación y respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas, y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales, son requisitos indispensables para que el cuidado transcultural en enfermería se pueda consolidar, los mismos que se pusieron en práctica durante la investigación, y por lo que damos fe de que es posible realizarlo.

Sabemos que las condiciones socioeconómicas y la distancia geográfica de la comunidad son elementos que favorecen el vínculo entre el conocimiento popular y el conocimiento profesional puesto en práctica durante la prestación de servicios de salud. La familia no puede ser vista sólo como la que debe cumplir con las

indicaciones del equipo de salud, teniendo en cuenta que aceptan responsabilidad por la salud de sus miembros y por tanto su participación debe fomentarse con el fin de obtener información, dudas y dificultades en la promoción de la salud.

El estudio demostró la importancia y la necesidad de que la práctica de enfermería se dirija a las familias que cuidan a los niños de la comunidad, tratando de observar, escuchar, aprender y entender a la familia en el contexto socioeconómico y cultural. Por lo tanto, esta práctica debería establecer metas orientadas a la prevención y la educación sanitaria para minimizar los problemas de salud más comunes de los niños menores de 2 años.

Si reconocemos la importancia de los primeros años de vida para el desarrollo del individuo y de la sociedad, se hace necesario reconocer la co-responsabilidad de la familia y el Estado, en la crianza de los niños. Lo anterior precisa el empoderamiento y desarrollo de los adultos significativos. Pero para muchas familias de nuestro país, la crianza es vivida con angustia y desesperanza, como resultado de una sociedad excluyente y poco democrática, cuya pobreza creciente cierra el camino de las posibilidades a un gran sector de la población. En este escenario, la educación de adultos significativos que se encuentran viviendo la crianza es fundamental para promover su desarrollo y el de los niños. La educación es también un fin en sí misma, como derecho y como base del desarrollo humano. Hace más de cincuenta años Donald Winnicott, insistía en la importancia de reconocer los conocimientos de las madres a la hora de hablar sobre el cuidado de sus hijos. Por eso pensaba que las relaciones entre los profesionales de la salud y las madres, deberían concebirse como un “diálogo de expertos”. Es evidente la

necesidad de comprender la forma cómo el discurso biomédico del Miembro del Equipo de Salud y el discurso del Adulto Significativo, fundado en el conocimiento cotidiano, se deban encontrar en la promoción de salud del lactante en el marco de un proceso pedagógico sobre la crianza. Por lo tanto, la alianza de saberes como un proceso comunicativo en el cual se ponen en interacción dos lógicas diferentes: la del conocimiento científico y la del saber cotidiano, con una clara intención de comprenderse mutuamente; implica el reconocimiento del otro como sujeto diferente, con conocimientos y posiciones diversas<sup>32</sup>.

Los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto que la alianza de saberes no riñe con una intencionalidad en la educación, si se dirige a promover la libertad y la autonomía, para que cada uno tome las decisiones más apropiadas para sus condiciones y contextos particulares. Así, durante la práctica del cuidado transcultural, que pone en práctica dicha alianza de saberes, se pusieron en juego verdades, conocimientos, sentimientos y racionalidades diferentes, en la búsqueda de consensos, pero respetando los disensos. Esta intervención permitió entonces un encuentro entre seres humanos - educandos y educadores- donde ambos se construyen y fortalecen: una alianza donde ambos se transforman.

## VI. CONCLUSIONES

- La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional tiene influencia significativa en las prácticas de alimentación, higiene y estimulación temprana que las madres tienen para con sus hijos lactantes.
- Los saberes del cuidado popular en la promoción de salud del lactante incluyen: alimentación del recién nacido solo con leche materna, que se inicia entre la primera y segunda hora de vida, la misma que dura exclusivamente hasta los 6 meses de edad en la mayoría de los niños. La edad de inicio de la alimentación complementaria se da después de los 6 meses, con alimentos ligeros, caldos y algunas frutas, evitando alimentos que causan “empacho” o diarrea. El lavado de manos es considerado como necesario solo por suciedad macroscópica y la diarrea del lactante se asocia a “disgusto de la madre” o leche fría de la misma. Así mismo, las muestras de afecto y estimulación temprana son consideradas como necesarias por la mayoría de las madres, aunque el porcentaje de las que practica ello es menor.
- La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en las prácticas de higiene que las madres realizan a sus hijos lactantes.
- La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional tiene influencia significativa en las prácticas de alimentación que las madres tienen para con sus hijos lactantes.

- La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en las prácticas de estimulación temprana que las madres realizan a sus hijos lactantes.



## VII. RECOMENDACIONES

- Al personal de salud del Puesto de Salud de Paria, en especial a los profesionales de Enfermería, poner en práctica la alianza de saberes durante la atención a los usuarios, tanto en el ámbito intramural como en el trabajo extramural que realizan.
- A las autoridades de la Red de Salud Huaylas Sur, fortalecer la promoción de salud en los establecimientos de primer nivel de atención, proveyendo a sus trabajadores de los insumos y equipamiento necesario, que junto a estrategias útiles como la alianza de saberes permitan que las personas tengan un mayor control de su propia salud.
- A los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, fortalecer la formación comunitaria de sus estudiantes, para que éstos puedan reconocer en los saberes del cuidado popular los insumos para brindar un cuidado profesional coherente con la cultura de los pobladores a los cuales atienden.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo MB, Pérez FB, Torres JO, Escobar GP, Arango AC, Peñaranda FC.(2009).

El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Invest. educ. enferm [revista en la Internet]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072009000100011&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100011&lng=es).

Altamirano G.C, Ledesma G.A.(2013). Saberes de la familia en el cuidado del niño(a) menor de 5 años del distrito de Curgos, provincia Sánchez Carrión [Tesis de Maestría en Enfermería]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.

Astaiza B. NX., Rodríguez G. S; Guerrero N.PY. y Portela G. H.(2012). Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. Revista Virtual Universidad Católica del Norte; 37(4):180-211 Fundación Universitaria Católica del Norte Medellín, Colombia

Bermúdez KM. (2013). Significados del Cuidado desde la Perspectiva Transcultural, que tienen las enfermeras que laboran en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad [tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.

- Boff L. (1999). *Saber cuidar: ética de lo humano-compasión por la tierra*.  
Petrópolis: Vozes;. p. 33-35.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Conferencia Internacional  
auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública.  
Toronto, Canadá: OMS, Asociación.
- Child and Youth Studie Goup.(2007). Relaciones de apego: La primera infancia en  
perspectiva I: La calidad del cuidado en los primeros años. Reino Unido.
- Contreras JI, Marquina M.(2010). Optimización del cuidado materno de los niños  
en el primer año de vida. *Salus*; 14(1): 48-62
- Espinosa C., L. M. e Izunza A. O.(2010). Diálogo de saberes médicos y  
tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Revista Ciencia  
Ergo Sum* ; 16(3). México: Universidad Autónoma del Estado de México,  
Toluca. México.
- Ferrer MF. (2008). El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con  
Alzheimer: el ingenio desarrollado sobre la marcha de una compleja  
realidad [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante.
- Flores YP, Ortiz RF, Cárdenas VV.(2012). Percepciones maternas del Cuidado del  
Niño Sano. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial online]. Apr [citado 26  
set 2013]; 20(2): [7 pantallas]. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-  
11692012000200009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200009&lng=en)

- Giger J, Davidizar R, Purnell L, Taylor Harden J, Phillips J, Strickland O.(2007). American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minoritie and other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing* ; 18 (2): 95-102.
- Hill Z, Kirkwood B, Edmond K.(2005). *Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones*. Washington, DC: OPS.
- Hoffman MV, Santos OI.(2009). Conocimientos de la familia sobre la salud de los niños entre 1 y 5 años en una comunidad ribereña: contribuciones a la enfermería pediátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm out-dez*; 13 (4): 750-56
- Ibarra M. T., González J. S.(2016) Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. [citado 2019 jul 26]; 15(55): 44-48. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es).
- INEI.(2016). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016*. Lima: INEI.
- Leininger M.(1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: Nacional League for Nursing Pres.

Leininger M.(2002) .Culture care. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* ; 13: 189-192.

López Lucero.(2010). Los Saberes Culturales en Salud en un Mundo Glocalizado. *Index Enferm* [Internet]. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962010000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000200001&lng=es).

Mejía L.D, López L.(2010). La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index Enferm* [Internet]. Sep [citado 25 May 2019]; 19(2-3):138-142. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015&lng=es).

Melguizo Herrera, Estela y Alzate Posada, Martha Lucía. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 26(1), 112-123. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000100012&lng=en&tlng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012&lng=en&tlng=).

MINSA.(2011). Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil. Documento técnico. Lima: Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II; Jun.

MINSA (2017). Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú: Documento técnico. Lima: MINSA

OPS.(2013). Estrategia y Plan de Acción para la salud integral en la niñez.  
Washington, DC : OPS.

OPS/OMS.(2000). Funciones esenciales de la salud pública. 126 sesión del Comité  
Ejecutivo. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Papadopoulos I.(2006). Editor. Transcultural Health and Social Care. Development  
of culturally competent practitioners. London, Elsevier. 2006; 7-43.

Peñaranda F.(2006). Hacia una comprensión de la construcción de significados  
sobre la crianza en el programa de Crecimiento y Desarrollo. Manizales:  
Universidad de Manizales. p. 380.

Prieto B.B. y Ruiz C.H.(2013). Significados durante el puerperio: a partir de  
prácticas y creencias culturales. Aquichan Abr13; 13(1): 7-16

Quintero EF.(2011). Programa de Promoción de salud para Infantes Preescolares  
de círculos Infantiles Santa Clara [tesis doctoral]. Santa Clara: Escuela  
Nacional de Salud Pública de Cuba.

Ramallo MB, Sigaud CH, Resende MA. (2007) Integración de la promoción de la  
salud y el desarrollo infantil. Enfermería Global [revista en la internet]  
.May [citado 21 Set 2013]; 6 (1): [9 pantallas]. Disponible en: URL:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/251>

Rendón BJ. (2012) Significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las  
gestantes con ellas mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal [Tesis  
de Maestría en Enfermería]. Caldas: Universidad Nacional de Colombia.

- Reina R, Ferrer RX, Toro Y, Cárdenas MH. (2010) Abordaje del Cuidado Neonatal: un enfoque transcultural. *Enfermería Global* [revista en la internet] Oct [citado 29 Set 2013]; 9 (3): Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110961>
- Restrepo D. O.(2012). La salud pública como escenario para el diálogo de saberes. *Revista CES Salud Pública* ; 3(1):1-3.
- Rodríguez M.F., Santos Q.C., Talani O.J., & Tovar R.M. (2015). Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*; 9, 77-87. <https://doi.org/10.18270/rce.v9i9.567>
- Sanabria GR.(2007). El Debate en Torno a la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. *Rev Cubana Salud Pública* ; 33(2)
- Suh E.(2004). The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*; 15 (2): 93 -102.
- Vásquez ML. (2006). Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Invest Educ Enferm* ; 24: 136-142.
- Vásquez M.L. (2002). El cuidado desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Invest Educ Enferm*; 19: 48-54
- Vásquez ML.(2002). El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Bogotá: Unibiblos. p. 315-322.

Vergara CH. (2012). Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as [tesis de maestría]. Colima: Universidad de Colima.

VI Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Carta de Bangkok [serie en internet]. [citado 25 Set 2013]. Disponible en: <http://www.who.org>

Villarreal OY, Cervera VM.(2012). Cuidado de enfermería al niño andino hospitalizado. Rev Paraninfo Digital; 16. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n16/210d.php>>

Waldof RV.(2010). Cuidar: Expressao humanizadora da enfermagem. 3ª ed. Petrópolis: Ed Vozes; 2010.

Winslow C.E.A. .(1997) The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. En: Arroyo H, Cerqueira MT, editores. La Promoción de Salud y la Educación para la salud en América Latina. San Juan: Universidad de Puerto Rico.



# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**CUESTIONARIO PARA CONOCER EL SABER POPULAR DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO POBLADO DE PARIA, 2016**

Fecha de la encuesta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Comunidad: \_\_\_\_\_

**I. DATOS DE LA MADRE Y EL NIÑO:**

- 1.1 ¿Cuál es la edad del menor de sus hijos? \_\_\_\_\_
- 1.2 Nombre del niño: \_\_\_\_\_
- 1.3 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd / mm/ aa )
- 1.4 Edad en meses: \_\_\_\_\_
- 1.5 Sexo:      1. Masculino                      2.Femenino

**II. CREENCIAS ALIMENTARIAS**

- 2.1 ¿Cómo cree Ud. que debe alimentarse al recién nacido? ¿por qué?  
-----  
-----
- 2.2 ¿En qué momento cree Ud. que debe iniciarse la lactancia materna?  
-----
- 2.3 ¿Hasta qué edad cree Ud. que el niño (a) debe recibir sólo leche materna?  
-----
- 2.4 ¿A qué edad cree Ud. que el niño debe recibir otros alimentos diferentes a la leche materna?  
-----
- 2.5 ¿Qué alimentos cree Ud. que debe comer el niño al inicio de su alimentación complementaria?  
-----  
-----
- 2.6 ¿Cómo cree Ud. que debe alimentarse al niño mayor de 6 meses?  
-----  
-----

CREENCIAS SOBRE HIGIENE:

2.7 ¿Cuál cree Ud. que es la mejor medida higiénica? ¿Por qué?

-----  
-----

¿Por qué cree Ud. que los niños se enferman de diarrea?

-----  
-----

CREENCIAS SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

2.8 ¿Cree Ud. que los niños necesitan afecto para desarrollarse adecuadamente? ¿Por qué?

-----  
-----

2.9 ¿Cuáles cree Ud. que son las actividades que debe realizar en casa con su niño para ayudarlo a desarrollar las habilidades propias de su edad?

-----  
-----

III. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

3.1 ¿Cómo alimentó a su niño cuando nació?

1. Sólo con mi pecho.
2. Con mi pecho y otras leches.
3. Con mi pecho y agüitas.
4. Con leche y agüitas.
5. Otros. Especifique -----

3.2 ¿En qué momento inició con la lactancia materna?

1. Inmediatamente después del nacimiento
2. Antes de las 6 horas después del nacimiento.
3. Entre las 6 y 24 horas después del nacimiento.
4. Después de las 24 horas del nacimiento.
5. Otros. Especifique -----

3.3 ¿Hasta qué edad recibió su niño sólo leche materna?

1. Hasta los 4 meses
2. Hasta los 5 meses
3. Hasta los 6 meses
4. Hasta los 7 meses
5. Otros. Especifique -----

3.4 ¿A qué edad empezó a dar otras comidas a su niño?

1. A los 4 meses
2. A los 5 meses
3. A los 6 meses
4. A los 7 meses
5. Otros. Especifique -----

3.5 ¿Con qué tipo de preparaciones inició la alimentación de su niño?

1. Purés, mazamorras o papillas más aceite.
2. Papilla sin aceite.
3. Caldos más purés sin aceite
4. Jugos, caldos, sopas.
5. Otros. Especifique -----

3.6 ¿Cuántas veces al día alimentó a su niño de 6 meses?

1. 2 veces al día
2. 3 veces al día
3. 4 veces al día
4. 5 veces al día
5. Otros. Especifique -----

3.7 ¿Cuántas cucharas le dio a su niño de 6 meses en cada comida?

1. Menos de 2 a cucharas.
2. De 2 a 3 cucharas
3. De 3 a 5 cucharas.
4. De 5 a 7 cucharas.
5. Otros. Especifique -----

3.8 ¿Cuál fue la consistencia de las comidas de su niño de 7 a 8 meses?

1. Espeso.
2. Desmenuzado.
3. Picado
4. Normal, como para los adultos.
5. Otros. Especifique -----

3.9 ¿Cuántas cucharas le dio a su niño de 7 a 8 meses en cada comida?

1. Menos de 2 a cucharas.
2. De 2 a 3 cucharas
3. De 3 a 5 cucharas.
4. De 5 a 7 cucharas.
5. Otros. Especifique -----

3.10 ¿Cuál fue la consistencia de las comidas que ofreció a su niño entre los 9 y 11 meses?

1. Espeso.
2. Desmenuzado.
3. Picado
4. Normal, como para los adultos.
5. Otros. Especifique -----

3.11 ¿Cuántas cucharas le dio a su niño entre los 9 y 11 meses en cada comida?

1. Menos de 2 a cucharas.
2. De 2 a 3 cucharas
3. De 3 a 5 cucharas.
4. De 5 a 7 cucharas.
5. Otros. Especifique -----

3.12 ¿Cuál fue la consistencia de las comidas de su niño de 1 año?

1. Espeso.
2. Desmenuzado.
3. Picado
4. Normal, como para los adultos.
5. Otros. Especifique -----

3.13 ¿Cuántas cucharas le dio de comer a su niño de 1 año en cada comida?

1. De 2 a 3 cucharas
2. De 3 a 5 cucharas.
3. De 5 a 7 cucharas.
4. De 7 a 10 cucharas
5. Otros. Especifique -----

3.14. Cuando su niño se enferma, ¿cuántas veces al día le da de comer?

1. 3 veces al día
2. 4 veces al día
3. 5 veces al día
4. 6 veces al día
5. Otros. Especifique -----

3.15. Después que su niño se enferma, ¿cuántas veces al día le da de comer?

1. 3 veces al día
2. 4 veces al día
3. 5 veces al día
4. 6 veces al día
5. Otros. Especifique -----

**ANEXO 2**

**RECORDATORIO DE LAS 24 HORAS**

<b>TOMA EN EL DÍA</b>	<b>ALIMENTOS</b>	<b>MEDIDA CASERA</b>
<b>DESAYUNO</b>		
<b>REFRIGERIO DE MEDIA MAÑANA</b>		
<b>ALMUERZO</b>		
<b>REFRIGERIO DE MEDIA TARDE</b>		
<b>CENA</b>		
<b>OTROS</b>		

### ANEXO 3

#### GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAVADO DE MANOS Y ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

ACTIVIDADES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA Y MATERIALES</b>			
La vivienda cuenta con un lugar para realizar el lavado de manos.			
El lavamanos tiene dotación permanente de agua			
Cuentan con jabón y toalla (o tela limpia)			
<b>MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS</b>			
<b>La madre se lava las manos antes de:</b>			
Preparar los alimentos			
Dar de lactar o dar de comer a su niño			
Servir los alimentos			
<b>La madre se lava las manos después de:</b>			
Ir al baño			
Cambiar el pañal al bebé			
Estar en contacto con los animales			
<b>Técnica para el lavado de manos</b>			
Lavado de manos con uso de agua limpia y jabón			
Frota ambas manos entre sí por lo menos tres veces			
Se seca las manos con toalla o tela limpia			
<b>ELIMINACIÓN DE EXCRETAS</b>			
Cuenta con desagüe			
Posee letrina			
A campo abierto (en terrenos baldíos, junto a los caminos o en los corrales de animales)			



## ANEXO 4

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p><b>Problema:</b> ¿En qué medida influye la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en la promoción de la salud del lactante del Centro poblado de Paria -Huaraz, 2016?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Explicar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en la promoción de salud del lactante del centro poblado de Paria, Huaraz.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caracterizar los saberes del cuidado popular en la promoción de la salud del lactante en la comunidad de Paria.</li> <li>▪ Analizar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de higiene que las madres tienen para con sus hijos lactantes.</li> <li>▪ Determinar la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de alimentación que las madres tienen para con sus hijos lactantes.</li> <li>▪ Establecer la influencia de la alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional en las prácticas de estimulación temprana que las madres realizan a sus hijos lactantes.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis:</b> La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en la promoción de la salud del lactante.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en las prácticas de higiene que las madres realizan a sus hijos lactantes.</li> <li>▪ La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional tiene influencia significativa en las prácticas de alimentación que las madres tienen para con sus hijos lactantes.</li> <li>▪ La alianza de saberes del cuidado popular y el cuidado profesional influye significativamente en las prácticas de estimulación temprana que las madres realizan a sus hijos lactantes.</li> </ul>	<p><b>Tipo de Investigación:</b> El estudio es explicativo, de nivel aplicado y diseño cuasi experimental.</p> <p><b>Unidad de análisis</b> Madres de niños menores de 2 años del centro poblado de Paria</p> <p><b>Población y Muestra;</b> Muestra censal de 40 madres de niños menores de 2 años en el período octubre-diciembre del 2016, del Centro Poblado de Paria, del Distrito de Independencia, Provincia de Huaraz.</p> <p><b>Técnicas e Instrumentos:</b> Las técnicas de recolección de información: observación y entrevista; como instrumentos: 1) Guía de Observación, 2) Guía de Entrevista semiestructurada y 3) Cuestionario a madres</p>