



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS
DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA,
ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y
CUIDADO HUMANO**



**INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA:
OPTIMIZACIÓN DEL CUIDADO MATERNO DE LOS NIÑOS
EN EL PRIMER AÑO DE VIDA**

VALENCIA, JULIO 2010

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO**

**INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA:
OPTIMIZACIÓN DEL CUIDADO MATERNO DE LOS NIÑOS
EN EL PRIMER AÑO DE VIDA**

AUTOR: MPH. JOSÉ IVO O. CONTRERAS B.

TUTORA: DRA. MARY MARQUINA

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA ILUSTRE UNIVERSIDAD DE
CARABOBO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN SALUD Y CUIDADO
HUMANO, ÁREA DE CONCENTRACIÓN ENFERMERÍA.**

VALENCIA, JULIO 2010

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN SALUD Y CUIDADO HUMANO

VEREDICTO

Nosotras, Miembros del Jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado
Titulado: INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA: OPTIMIZACIÓN DEL
CUIDADO MATERNO DE LOS NIÑOS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, presentado
por: JOSÉ IVO O. CONTRERAS B., CI: 8.045.962 para optar al grado de: DOCTOR EN
SALUD Y CUIDADO HUMANO, ÁREA DE CONCENTRACIÓN ENFERMERÍA,
consideramos que reúne los requisitos para ser considerado como:

Nombre y Apellido	Cédula de Identidad	Firma del Jurado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VALENCIA, 22 DE JULIO 2010

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE CUADROS	viii
RESUMEN	x
DEDICATORIA	xi
AGRADECIMIENTOS	xii
ACTORES INVOLUCRADOS	xvi
COLABORADORES	xviii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ESTRUCTURACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
El cuidado infantil como problema de investigación	5
Propósito de la investigación	38
Objetivos específicos	38
Justificación de la investigación	39
Factibilidad de la investigación	40
Implicaciones éticas del estudio	41
Tipo de investigación	44
Población y contexto del estudio	45
Muestreo	46
Estrategias de interacción con la población de estudio	47
Recolección de la información	48
Método de registro de los datos	49
Rigor metodológico de la investigación	50

ÍNDICE GENERAL. Continuación.

CONTENIDO	Pág
CAPÍTULO II: REFERENCIAL TEÓRICO	53
Estudios antecedentes sobre el problema de investigación	53
Bases teóricas a partir del consenso producto de la reflexión y la acción	67
Lactancia materna exclusiva y complementaria	68
Temperatura corporal	79
Descanso y sueño	80
Baño y aseo	81
Cuidado del cordón umbilical	84
Eliminación	85
Crecimiento y desarrollo normal de un niño en su primer año de edad.	85
Inmunizaciones durante el primer año de vida	88
Estimulación Infantil	91
Visitas al equipo de salud	94
Signos de alarma sobre la salud del niño	95
Otros cuidados	96
Algunas creencias sobre la salud del infante	99
CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA	101
Identificación y comprensión de un problema importante	101
Resultados del diagnóstico social preliminar	104
Sistematizando la experiencia vivida durante cada momento de la IAP	113
Aspectos filosóficos, epistemológicos y ontológicos de la IAP	114
Características de la IAP	126
Tipos de IAP	131
Etapas del proceso de la IAP	133

ÍNDICE GENERAL. Continuación.

CONTENIDO	Pág
Criterios de validación científica de la IAP	144
Modelo educativo para la acción	150
CAPÍTULO IV: PROCESO DE INTERVENCIÓN	159
Hipótesis	159
Programa de educación para la salud	162
Objetivo General	162
Objetivos Específicos	162
Lugar de las sesiones	163
Participantes	163
CAPÍTULO V: REFLEXIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.	173
1. Articulación del protagonismo de la población afectada	185
2. Partir de las demandas sentidas por la población	188
3. Unificación de la acción y la reflexión a fin de asegurar la adecuación entre fines, medios y resultados	189
4. Conjugación de los niveles micro y macro de la acción social, como planos indisociables de una totalidad, concreta y compleja	192
5. Reforzamiento de la movilización y emancipación de los participantes	193
CAPÍTULO VI: TEORÍA FINAL	195
La comunidad es una unidad que busca la manera de ayudar a las madres a optimizar el cuidado de los hijos menores de un año de vida	210
RECOMENDACIONES	214
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	216

ÍNDICE DE CUADROS

N°	CONTENIDO	Pág
1	Edad de la madre, número de hijo, estado civil, enfermedades que presenta y que presentó	105
2	Nivel educativo de la madre, ocupación, estructura familiar y número de personas que habitan en la casa.	108
3	Ingresos familiares, tiempo entre la residencia y el ambulatorio, presencia de animales en casa y participación en organizaciones comunitarias.	110
4	Condiciones sanitarias de la vivienda y estrato social familiar.	112
5	Plan de acción.	148
5	Diseño general del plan. Continuación.	149
6	Cronograma de las sesiones de aprendizaje	164
7	Objetivo Específico 1: Capacidad de las madres para identificar los principales beneficios y barreras para realizar un cuidado cultural congruente a las necesidades de sus hijos menores de un año.	165
8	Objetivo Específico 2: Capacidad de las madres para identificar los riesgos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla.	166
8	Objetivo Específico 2: Capacidad de las madres para identificar los riesgos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla. (Continuación).	167
8	Objetivo Específico 2: Capacidad de las madres para identificar los riesgos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla. (Continuación).	168

ÍNDICE DE CUADROS. Continuación.

N°	CONTENIDO	Pág
9	Objetivo Específico 3: Capacidad de las madres para diseñar acciones para optimizar el cuidado de su hija (o) menor de un año.	170
10	Objetivo Específico 4: Capacidad de las madres para activar los procesos experienciales y conductuales para mejorar el cuidado de sus hijos.	171
11	Objetivo Específico 5: Capacidad de las madres para comparar sus valores, creencias y conocimientos sobre el cuidado hacia el niño y ejecutar de manera permanente los cuidados aprendidos en esta experiencia.	172

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA

AUTOR: JOSÉ IVO OSCAR CONTRERAS BRICEÑO

TUTOR: MARY MARQUINA

AÑO: 2010

Título: Investigación Acción Participativa: Optimización del Cuidado Materno de los niños en el primer año de vida.

Generamos una teoría para optimizar el cuidado materno a los hijos menores de un año. Fue un estudio esencialmente cualitativo, realizado entre octubre de 2007 y agosto 2009 conjuntamente con los habitantes que trabajaron en cada etapa del plan de acción de la parroquia Osuna Rodríguez, estado Mérida, Venezuela, a través de la Investigación Acción Participativa. Obtuvimos la información por medio de asambleas de ciudadanos, reuniones, grupos focales y nominales. Aplicamos una encuesta a 105 madres para establecer su condición social. La población beneficiada fueron 75 madres. Resultados: Las madres adultas que afrontan el cuidado de sus hijos de manera diferente a las adolescentes, demostraron diversos grados de saberes y de competencias, los mismos son provenientes primordialmente de sus valores culturales propios. Los logros del estudio muestran cambios beneficiosos para la salud infantil y en las madres con la participación del apoyo social local. Reflexiones finales: Se incrementó la articulación del protagonismo de las madres y organizaciones. El avance del plan respondió a las demandas sentidas por la población y al consenso para la acción. Hicimos especial énfasis en el diálogo de los actores para unificar la acción y la reflexión para desarrollar conocimiento crítico. Fortalecimos la conjugación de los niveles micro y macro de la acción social y reforzamos la movilización y emancipación de los actores. Reflexiones finales: Existen barreras para la transformación social y el incremento del saber popular, como son: El morbo centrismo, el asistencialismo, la medicalización y la elevada tecnificación diagnóstica y terapéutica.

Palabras Clave: Investigación Acción Participativa, cuidado, infante, madre

DEDICATORIA

En el camino hacia la culminación de este cometido, encontré que quería dirigir mis energías como legado a las siguientes personas:

A mis hijas, que este logro quede como constancia del esfuerzo que se requiere para logra las cosas que queremos.

A Carlos Gustavo Quintero, un ser excepcional que me instó con su ejemplo a revisarlo que entendía por humano, por determinación y por amor. A su memoria y a los deseos que dejó pendientes antes de partir.

A mi abuela Ramona Contreras, también partió recientemente. Me miro en el espejo de su semblanza incansable, fuerte y desprendida de lo material.

A Ángela Quintero, quien se ha convertido en mi abuela. Nos deja siempre su lucha ante la adversidad e intensidad espiritual.

Al país que merece todo lo bueno de la vida y de nosotros sus ciudadanos.

Al planeta, tan ávido de acciones más que intenciones en pro de su desarrollo humano sustentable

AGRADECIMIENTOS

Quiero reconocer las diferentes formas en que me sentí apoyado y por lo tanto considero que el producto logrado no hubiese sido posible sin el aporte de:

✓ Dios que con su sabiduría me eligió para ser instrumento de sus designios entre los seres humanos y quien me ha guiado en el apostolado del ser yo y enfermero.

✓ Mi esposa: Aquí y allá, en donde sea está su presencia y su esencia. La senda que emprendimos en este trabajo, con la gracia de Dios y tu infinita entrega es un tributo y una evidencia más del amor que nos profesamos. Constató entonces que delante de mí vas tú con tus sueños y tu tesón.

✓ A mi tutora: Mentora, madre, amiga, cuidadora y consejera. La excelencia se refleja en todo lo que haces, espero haber honrado y seguir honrando el pacto que hicimos de luchar incansablemente para exaltar la disciplina de enfermería.

✓ A mis profesores del Doctorado: Amarilis Guerra, Nelly Arenas, Cira Bracho, Amarilis Zambrano, Rosa Rondón, Martín Fiorino, Ángel Orcajo, Carlos Rojas, Antonio Eblen, Eliéxer Urdaneta, Jesús Leal, José Ramón López Gómez y al personal administrativo del mismo, especialmente a Alexandra González. Sus palabras retumban con mucha frecuencia en mi cerebro impoluto, les debo el despertar a una apertura mental con el propósito idílico de dar todo de mí por preservar o promover la dignidad humana.

✓ Al doctor Carlos Rojas Malpica y a la doctora Nelly Arenas, quienes, como lo mencionó en alguna oportunidad uno de ellos, tuvieron la gran responsabilidad de evaluar los avances de esta tesis. Imperecedera es mi gratitud por demostrar interés, consideración, acierto y confianza en los progresos que fuimos realizando.

✓ Con pesar y profunda admiración traigo a mi mente a las enfermeras insignes, que Dios tenga en su infinita gloria, a las doctoras Rosa González de Gélvez y Gladys Román de Cisneros. Gracias por su entrega, sensibilidad y gran tributo a la ciencia de enfermería venezolana y latinoamericana. Espero haber sido un estudiante digno ante sus enseñanzas.

✓ A mis familiares: Nada puede dar frutos si en el pasado no se hubiese sembrado una semilla en suelo productivo y de que muchas personas te regaran y abonaran el espíritu y la buena intención. Hoy hago conciencia de lo importante que todos ustedes han sido para este logro y para mi vida en general. Mi madre, su inteligencia instintiva y su claridad espiritual me ha llevado a ser como soy.

✓ A mis hijas, fuentes de crecimiento personal y familiar, de vitalidad renovadora y moral, sus historias tan distintas están llenas de sentimientos. Mi corazón se debate en un vendaval de emociones y mis ojos se llenan ineludiblemente de lágrimas por ustedes:

o Mariangel, uno de mis grandes amores llegó hace un año a nuestras vidas. Desde su anuncio en el vientre materno ha sido una fuente de energía para mis cometidos. Sus modos, su sonrisa perenne, su ahínco entusiasta por aprender y su defensa inagotable de ser sí misma, son una lección para nuestras monotonías y rutinas. La bendición de Dios te cubre en cada momento.

o Oriana amor fresco para ti, otra niña risueña con venas artísticas, tierna, tesonera y feliz. En la lontananza de lo físico te amo con el cariño profundo de mi ser humano. Tu disciplina, obediencia y paciencia me remontan a evocaciones de mi propia niñez. Eres un reflejo digno de la crianza de los que cuidan tu cotidianidad. Dios te bendiga siempre.

o Génesis, el amor de padre primario. Tu niñez alegre, despierta, independiente, exploradora y valiente marcó mis días posteriores. Tus pasiones adolescentes de desprendimiento, autonomía, determinación y confrontación gestaron una dama fuerte y a la vez sensible. Mis ojos han querido ser los tuyos ante la vida. Te amo con el deseo infranqueable de un humano que quiere ser el mejor ejemplo como hombre de este mundo.

Dios me dio la oportunidad de guiar tu destino y con seguridad los años venideros son los nuestros para el encuentro del proyecto de vida que han deseado tu mamá y tu mamá Oliva, conductoras merecedoras de tu estima y obediencia. Infinitas bendiciones por la senda de tus metas personales y familiares más anheladas.

✓ A mi hermano consanguíneo Eliezzzer, en su mente fresca encuentro cada vez un apoyo y amor ilimitado. En sus hijos Eliezzzer, Génesis, Bladimir, Junior y Cheito y su esposa y mi comadre Chabela encuentro a los seres más unidos y decididos a preservar el valor de la familia, junto con ellos vamos en busca de la felicidad que solo da la familia.

✓ A la familia de mi esposa que llegó a mi vida para darme lecciones de humildad, unidad y de proactividad. A mi suegra amada, otro ejemplo de fortaleza, coraje, cuidado y gratitud. Más allá de lo cotidiano siempre hay en el corazón un espacio para el sosiego y la paz que ella inspira.

✓ A mis nuevas hermanas Liliana: pasionaria y humanitaria hasta el insomnio y el desprendimiento material, sus ganas inagotables de aprender y de ser para los demás, es un principio que nos enseña día a día. A Claudia: mi comadre cuñada, bullangera, determinada y soñadora, con su estilo directo y contundente. A Paula, la adolescente moderna, responsable, siempre haciendo ejercicio de alteridad, disciplinada y que se desprende de la realidad para soñar con su futuro.

✓ A mis compañeros del doctorado, Marla, Orelis, Jorge, Vicenta, Delia, Consolación, Lilia, Reina, Omaira, Mirna y Felicia, en el tránsito por la senda del conocimiento hemos descubierto su cariño y su cuidado hacia mí.

✓ A mis compañeros de trabajo que me animaron a seguir y facilitaron todo lo que fue necesario. Una mención especial merecen aquellos como Gregoria, Ligia, Gerardo, Asdrúbal. A Carlos Salcedo, Libia y Valentina colaboradores de gran valía en el éxito que tuvimos en el IV Congreso Nacional de Cuidado Humano acaecido en Mérida.

✓ A mis compañeros del Doctorado de la cohorte siguiente: Sandra Oviedo, Flor Parra, Carlos Peña y Yenny Benavente por sus palabras de aliento y apoyo decidido.

✓ A los habitantes de la parroquia Osuna Rodríguez, a su afabilidad y empeño en mejorar su calidad de vida.

✓ A todas aquellas personas e instituciones que fueron factores decisivos para el logro de esta meta.

✓ A Mayi, Jonathan y Lety, gracias por acogerme en su hogar y hacerme sentir como su familia, les queremos mucho. Dios bendiga su familia

✓ A Robert y Tatiana, amigos de antaño y de hoy con los cuales hemos construido y compartido momentos únicos de nuestra existencia.

ACTORES INVOLUCRADOS

Nombres y Apellidos	Sector que representa	Liderazgo
Douglas Salinas	62	Coordinador General del Consejo Comunal
Omaira Sosa	62	Coordinadora del Comité de Salud
Noris Molina	62	Secretaria del Comité de Salud
Franklin Quintero	62	Contraloría del Consejo Comunal
Yohana García	62	Contraloría del Consejo Comunal
Licenciada en Enfermería Maribel Vera	Ambulatorio Juan Alberto Rojas	Enfermera de Salud Pública
Licenciada en Enfermería María Infante	Ambulatorio Juan Alberto Rojas	Enfermera de Salud Pública. Coordinadora del Ambulatorio
Licenciada en Enfermería Melisa Quintero	Residencias El Entable	Comité de Salud y Enfermera del Ambulatorio Juan Alberto Rojas
Ivon Díaz	Residencias El Entable	Coordinador General del Consejo Comunal
Carmen Pérez	Residencias El Entable	Coordinadora del Comité de Salud
Yanira Núñez	Sector F	Voluntaria
Licenciada en Enfermería María Mejías	Sector F	Voluntaria
Betty Vargas de Márquez	Sector F	Coordinadora del Consejo Comunal
Almeida Rangel	Sector F	Vocera del Comité de Salud
Jhonny Carrero	Sector F	Voluntario

COLABORADORES

Nombres y Apellidos

- Ana Lucia Peña
- Carolina Santiago
- Carolina Urrea
- Columba Dugarte
- Elaisa Cardona
- Enilse Rojas
- Eva Sarmiento
- Gianina Vielma
- Gilberth Calderón
- Isabel Carolina Sosa
- Ixsora Salas
- Juhendis Valladares
- Katherine Ortega
- Lennys Robles
- Ligia Belisario
- Maiyarli Betancourt
- María Natalia Cruz
- Marisabel Pérez
- Marleny Avendaño
- Morelia Escobar
- Oriana Rodríguez
- Rita Castro
- Rosmary Rivas
- Serena Cárdenas
- Solangie Parra
- William Cerrada
- Yelitza Rivas
- Yessica Molina
- Yoansi Panza
- Yosmar Hernández
- Yudith Santiago
- Yuraima Paredes

Todas estas personas se incluyeron al trabajo realizado como estudiantes del servicio comunitario de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que desarrollamos a continuación, es el resultado de una investigación enmarcada en el paradigma cualitativo, suscrita en la línea de investigación del Doctorado en Enfermería: Cuidado de la vida y ser saludable desde las perspectivas de los propios actores. La metodología aplicada fue la Investigación Acción Participativa (IAP) para optimizar el cuidado materno de los niños en el primer año de vida, en las madres que habitan en la parroquia Osuna Rodríguez de la ciudad de Mérida, Venezuela. Iniciamos la fase de campo durante el último trimestre del año 2007 y culminó a finales del año 2009.

El período de vida infantil es la continuación de un camino que comienza con la gestación. Al salir del vientre materno, los bebés se encuentran en el mundo extrauterino donde quedan completamente dependientes de los cuidados que les proporciona la madre, en la mayoría de los casos, y de otros cuidadores. Durante el primer año de vida, el ser humano tiene alta vulnerabilidad física, psicológica y social, por esta razón, los organismos mundiales versados en materia sanitaria, consideran que este grupo de edad es prioritario para la salud pública, especialmente en aquellos países en vías de desarrollo.

A partir de la preocupación de las comunidades por generar estrategias que propendan al mejoramiento de la calidad de vida del infante, nos

planteamos intervenir mediante la (IAP) en un área geográfica específica. El propósito de la investigación y la metodología seleccionada requirieron de un abordaje esencialmente cualitativo, que complementamos con algunos métodos cuantitativos; por tal motivo, incorporé las técnicas de investigación para interpretar el fenómeno que pretendía develar, de modo que nos permitieran entre un grupo de gente de la comunidad y de otros sectores de la vida pública, efectuar una intervención congruente desde el punto de vista de la cultura local.

Finalmente, generamos de manera conjunta una teoría final que orientó la optimización del cuidado integral que brindan las madres al infante, la consolidación de un grupo de ellas y de grupos comunitarios activos, con las herramientas del conocimiento y la práctica suficientes para compartir ese cuidado con otras mujeres que vivan la misma experiencia y que lo requieran. El producto que obtuvimos, es un momento en la evolución del propósito de esta investigación porque continuaremos trabajando en el mismo cometido, nuestra participación en la investigación ha sido y seguirá siendo como uno más del grupo que quiere aportar su saber con otros, para el beneficio colectivo.

La investigación está conformada por seis capítulos. El capítulo I, estructuración de la investigación, contiene: el planteamiento del problema, el propósito, los objetivos específicos, la justificación y la viabilidad de la investigación, además de las consideraciones éticas relacionadas con la naturaleza del estudio. En el

apítulo II, denominado Referencial Teórico está incluida la teoría preliminar y plan de acción describimos la fundamentación filosófica, epistemológica, histórica y teórica del método (IAP), sus características, tipos, etapas, criterios de validación científica y el uso de metodologías cuantitativas y cualitativas en el mismo, los estudios antecedentes sobre el problema de investigación.

También incluimos las bases teóricas a partir del consenso producto de la reflexión y la acción sobre: La lactancia materna exclusiva y complementaria, la temperatura corporal, el descanso y sueño, el baño y el aseo, el cuidado del cordón umbilical, la eliminación, el crecimiento y el desarrollo normal, las inmunizaciones, la estimulación, las visitas al equipo de salud y los signos de alarma sobre la salud durante el primer año de vida. Allí describimos con suficientes detalles el plan de acción, como producto del consenso de los actores y el modelo educativo para la acción.

En el capítulo III, llamado Diagnóstico del Problema de Investigación están descritas las acciones emprendidas para identificar el problema de investigación y los resultados del diagnóstico social que complementó el primer paso de la IAP.

En el capítulo IV, llamado el proceso de intervención, desarrollamos las hipótesis de trabajo y el programa de educación para la salud que fue elaborado en consenso y desarrollado para la optimización del cuidado materno de los niños de hasta un año de edad.

El capítulo V, denominado reflexión y evaluación de la intervención, presenta los resultados del monitoreo colectivo de todo el proceso de acción. Describimos la evaluación con base a los siguientes criterios de validación científica: 1. Articulación del protagonismo de la población afectada. 2. Partir de las demandas sentidas por la población. 3. Unificación de la acción y la reflexión a fin de asegurar la adecuación entre fines, medios y resultados. 4. Conjugación de los niveles micro y macro de la acción social, como planos indisociables de una totalidad, concreta y compleja, y 5. Reforzamiento de la movilización y emancipación de los participantes. El capítulo VI, contiene la afinación de la teoría o final que representa la construcción sistemática del esfuerzo realizado por todos los actores por más de dos años de trabajo.

CAPÍTULO I

ESTRUCTURACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El cuidado infantil como problema de investigación

Para efecto de la presente investigación, el cuidado materno del infante es el conjunto de acciones que la madre realiza para promover la salud de su hijo con edad hasta once meses de vida y veintinueve días. Según el Ministerio de Salud¹ venezolano y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (PNUD), estas acciones se resumen en cuidados sobre: La nutrición, la higiene, el control periódico de salud, las inmunizaciones, además del crecimiento y desarrollo. Los componentes esenciales establecidos para que los profesionales de la salud puedan ayudar a la madre a llevar a cabo lo estipulado por ese ministerio son: La educación permanente al personal de salud; la información, la educación y la comunicación con la población y la madre; el fortalecimiento de redes sociales y de salud, así como la investigación sobre todos los elementos involucrados en la salud de los niños en su primer año de vida.

Con el interés de abordar la problemática del cuidado materno de los niños con la profundidad suficiente y necesaria, tomamos como punto de partida la

definición de Salud Integral del Ministerio de Salud, el PNUD y la Organización Panamericana de la Salud²(OPS), que considerala misma como la:

Expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar. Comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales; que tienen como determinantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. (p. 89)

Ahora bien, el problema al cual nos avocamos a trabajar, fue definido y priorizado mediante un asamblea de ciudadanos realizada en el mes de noviembre de 2007. Con relación al problema de estudio, es preciso efectuar una panorámica del cuidado infantil en el ámbito mundial, latinoamericano, del país, del estado Mérida, del municipio Libertador, y finalmente de la parroquia Osuna Rodríguez, contexto local del estudio.

En este caso, nos ocupó el período de la crianza durante el primer año de vida de los niños. Seguidamente presentamos algunos de los determinantes sociales del cuidado materno, comenzando con algunas generalidades y luego aproximándolo al espacio geográfico concreto de la investigación.

Para tener una mejor comprensión del fenómeno de la mortalidad infantil, la Organización Mundial de la Salud³(OMS) considera que la misma puede ser afectada

por las condiciones del período prenatal, perinatal, postneonatal y de la primera niñez. En el primer año de vida, están presentes componentes no controlables como las malformaciones congénitas, pero también se presentan elementos controlables o modificables como la alimentación, la higiene del niño o niña y otras vinculadas al medio ambiente. Los componentes no controlables afectan los primeros días de vida, por su parte los modificables se hacen más presentes mientras el bebé avanza en edad.

Con el fin de evaluar la influencia de estos componentes por separado, se utilizan indicadores en grupos de edad más específicos. Para la identificación de los elementos no controlables es válido evaluar la tasa de mortalidad neonatal, que abarca el período desde la concepción hasta los veintisiete días de vida de los niños. En el año 2003, África registra mayor probabilidad de morir, con 43 muertes por 1000 nacidos vivos, en orden de frecuencia decreciente, el Mediterráneo Oriental con 40 y Asia Sudoriental con 38, de nuevo Europa tiene la tasa más baja con 11. Las estadísticas del año 2004 del mismo organismo⁴ registran tasas muy similares en todas las regiones, lo que indica que los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios destinados a esta población no lograron mayores avances.

En el año 2004 se incorporó el registro de la tasa de mortalidad infantil que abarca el espacio de tiempo entre el nacimiento y los once meses de vida. Antes de tratar la situación mundial de esta edad, es preciso aclarar algunos aspectos importantes: La edad infantil se compone para fines epidemiológicos y

programáticos, según Sánchez, Aparicio, Germán, Mazarrasa, Merelles y Sánchez⁵, en la edad neonatal, que como lo expresamos en los párrafos previos va desde el nacimiento a los veintisiete días, y la edad postneonatal, que cubre desde los veintiocho días a los once meses de vida. De los indicadores que son utilizados para medir el grado desarrollo de un país o de una región, la tasa de mortalidad infantil posee una gran utilidad, pues permite apreciar su grado de evolución demográfica y de salud, esto es debido a que permite valorar simultáneamente, el impacto de los componentes modificables y los no controlables, por la alta susceptibilidad que esta población tiene a los cambios sociales, económicos y políticos, así como a las condiciones de la ofertade salud, desde el punto de vista de la universalidad, la accesibilidad, la cobertura y la calidad.

El fenómeno de las deficiencias en el cuidado materno al infante, trasciende a la mera muerte, la morbilidad y otras condiciones contribuyen a ampliar la perspectiva sobre el problema. Datos aportados del 2004, por el informe de la OMS³, sobre la salud mundial revela que el porcentaje de los recién nacidos con bajo peso también se distribuye desigualmente: En Asia Sudoriental es de 26%, en el Mediterráneo Oriental es de 17%, en África es de 14%, en Europa se encuentra la tasa más baja con ocho por ciento. De esta manera queda claro que el cuidado hacia el niño comienza antes de la concepción, pues las condiciones y conductas que se realizan en ese período, tienen un impacto importante en su salud futura.

Según la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia⁶, la UNICEF por sus siglas en inglés, desde el punto de vista de la mortalidad infantil, las defunciones más vinculadas al cuidado materno, y otros componentes externos, son las ocurridas en el período postneonatal, porque en él tienen mayor influencia las condiciones como el medio ambiente natural y social, igualmente las prácticas del cuidado sobre el crecimiento y desarrollo de los niños, las inmunizaciones, la higiene y la alimentación. La proporción de las muertes en esta fase del ciclo vital, oscila entre 40 y 50 %, es decir, cerca de la mitad de las muertes pueden depender de las capacidades que la madre tiene para el desempeño de su rol como cuidadora de su hijo menor de un año.

Con datos de la OMS⁷, del año 2005 se puede apreciar como otro componente vinculado con el cuidado materno, la cobertura con las vacunas contra el Sarampión, Difteria, Tos ferina, Tétano Neonatal y Hepatitis B, tiene su influencia en la salud del infante, puesto que es ella quien lleva al niño a los establecimientos de salud para cumplir con el esquema de inmunizaciones. También vale la pena agregar que en algunos casos no se le colocan las vacunas al infante por razones no inherentes a la madre, como la distancia geográfica entre el hogar y el establecimiento, y la poca disponibilidad del producto biológico en el centro de vacunación. Con relación a la vacuna contra el Sarampión, la menor cobertura la tiene la región de Asia Sudoriental con 63%, luego África con 66%, posteriormente el Mediterráneo Oriental con 79%, todas ellas no alcanzan niveles aceptables de cobertura, es decir, el 80%; el resto de

las regiones mantienen su porcentaje mayor al 90%. En el caso de las vacunas que tienen protección específica contra la Difteria, la Tos ferina, y el Tétano Neonatal, los datos son similares a la cobertura de las vacunas contra el Sarampión y la Hepatitis B.

Entre otros elementos de la infraestructura sanitaria que influyen sobre la salud infantil, algunas regiones del mundo tienen problemas con el suministro de agua potable y otros servicios como la disposición de excretas, electricidad y disposición de desechos sólidos, entre las áreas que confrontan estas deficiencias se encuentran las zonas rurales de África.

Muchos de los elementos discutidos hasta ahora conllevan a que por lo menos el 30% de las causas de morbilidad sean infecciosas, principalmente asociadas a la población materna, condiciones del parto y deficiencias nutricionales y, a que el problema trascienda en el tiempo porque producen 39% de las secuelas permanentes que dejan las enfermedades.

Desde el punto de vista poblacional, algunas áreas del globo terráqueo mantienen altas tasas de fertilidad total y de crecimiento anual, por ejemplo en África, la tasa de fertilidad supera los cinco hijos por mujer y en el Mediterráneo Oriental es de casi cuatro, la misma África es abanderada en el crecimiento de la población con 2.2 % anual.

El estudio detallado sobre la mortalidad infantil en el planeta, elaborado por la OMS, demuestra que existen tres grandes planos que influyen sobre ella de forma importante: El nivel educativo de las madres, por lo menos hasta el bachillerato, duplica el riesgo de morir; la residencia a nivel rural determina que exista 1.5 mayor probabilidad de que un niño o niña menor de cinco años muera, en comparación con los que residen en el área urbana, y; la pobreza extrema que eleva el riesgo en 2.5 veces, cuando se compara con aquellas familias que no lo son.

En el ámbito americano, la situación de salud infantil tiende a ser la segunda mejor comparada con las otras regiones del mundo. En el 2004, las Américas se ubican en segundo lugar, superada solo por Europa en la mortalidad infantil cuya tasa fue de 21 por cada 1000 nacimientos vivos. La tasa de mortalidad neonatal se encuentra en 12 por cada 1000 nacimientos vivos, la cobertura de vacunas alcanzan en su mayoría el 80%.

En el contexto venezolano, de acuerdo al Ministerio de Salud y la OPS⁸, la mortalidad en la población infantil es más baja que el promedio de la región americana y que Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, República Dominicana, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua y Perú, con 16 muertes por cada 1000 nacimientos vivos registrados; se iguala con Argentina, pero es más alta que la de Canadá, Estados Unidos, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay. La tasa de mortalidad neonatal se encuentra en 12 por cada 1000 nacimientos vivos, igual al

promedio de la región. Las coberturas de inmunización para el año 2004 contra el Sarampión fueron de 80%, Difteria, la Tos ferina y el Tétanos 86% y Hepatitis B 82%. En líneas generales, Venezuela presenta estadísticas de salud que en algunos casos son muy similares a la región panamericana.

En el caso de la salud de los venezolanos, el Sistema de las Naciones Unidas de Venezuela⁹, afirma que se han observado avances considerables en materia de salud reproductiva desde el año 1940 hasta la actualidad, tales progresos se expresan en la disminución de la mortalidad materna, neonatal, postneonatal e infantil. El comportamiento de la mortalidad infantil ha mostrado una tendencia a la disminución desde el año 1957. Sin embargo, esta disminución ha tenido diferentes ritmos, tanto, que durante algunas décadas el comportamiento ha sido errático o no significativo, lo cual sugiere que las intervenciones en materia de salud pública de las décadas recientes no han tenido el impacto esperado. En el período comprendido entre 1999 y 2002, la mortalidad infantil y sus dos principales componentes, la mortalidad neonatal y la postneonatal, han venido descendiendo. La velocidad de descenso es mayor en el componente postneonatal que en el neonatal, esto sugiere que se ha tenido éxito relativo con las intervenciones orientadas a disminuir el efecto de los elementos medio ambientales.

En un indagación cronológica entre los años 1996 y 2002, se puede observar que la tasa de mortalidad infantil pasó de 23.9 por 1000 nacidos vivos registrados en

1996 a 18.1 por 1000 en el año 2002, lo cual representa una disminución de 24.2%. En relación con los componentes de la mortalidad infantil se aprecia una reducción de 13.6% y 38.1% de la mortalidad neonatal y postneonatal, respectivamente, dicho de otra manera, las intervenciones han sido mucho más eficaces en el componente postneonatal. Las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas constituyeron las dos principales causas de mortalidad infantil, representando 96% de las muertes neonatales.

Las enfermedades del sistema respiratorio presentaron un descenso de 53% entre los años 1990 y 2002, y las enfermedades infecciosas y parasitarias revelan también una disminución de 66% en el número de casos; igualmente, las tasas por las mismas causas han descendido en 23% para enfermedades del sistema respiratorio y en 56% para las enfermedades infecciosas y parasitarias, lo que demuestra que las acciones realizadas para incidir sobre estas causas han tenido algún grado de éxito; sin embargo, el resto de las causas no presentaron modificaciones importantes. El escrutinio realizado, evidencia la necesidad de un refuerzo de los servicios de neonatología para que las unidades operativas puedan afrontar estos problemas de salud en forma adecuada y oportuna.

Los datos más recientes de la OMS³ sobre Venezuela, muestran que para el año 2005, la tasa de mortalidad infantil descendió a 18 por cada 1000 nacimientos vivos registrados, mientras que la tasa de mortalidad neonatal descendió a 11. Por su

parte, la tasa bruta de fecundidad se ubicó en 2.6 %. En el caso de la cobertura de inmunizaciones para evitar el sarampión se ubica en 76%, la vacuna para prevenir Tétano, Difteria y Tos ferina alcanza un valor de 87% y, la vacuna contra la Hepatitis B el 88%. Aunque la tendencia indica que las coberturas de estas vacunas se están incrementando, aún existen áreas geográficas de difícil acceso donde no se alcanzan estos valores.

En el país, cinco de cada diez muertes que ocurren en población de cero a cuatro años, se deben a enfermedades altamente prevenibles y de cada 1000 niños que nacen, muere un promedio de 20 en el primer año de vida. Al considerar los elementos involucrados en la mortalidad de las menores de cinco años, se evidencia que con intervenciones adecuadas se puedan disminuir estas cifras.

Por estas razones, se deben enfatizar las acciones que se realizan en las consultas prenatales y profundizar el establecimiento de una estructura de atención hospitalaria especializada en las áreas de neonatología y perinatología. Otras medidas que inciden especialmente en el componente postneonatal, incluyen acciones intersectoriales y sociales en el mejoramiento de la infraestructura sanitaria, entornos ambientales de la familia y la comunidad, y educación para la salud, especialmente en cuidados del niño y detección de signos de alarma de enfermedades prevalentes en la infancia.

Luego de haber abordado la situación de salud que vive la población infantil desde el punto de vista global y por regiones del mundo, me dedico a presentar algunas consideraciones sobre cómo, la dinámica familiar puede incidir sobre el cuidado materno a los hijos menores de un año.

Tradicionalmente la madre ha desempeñado el rol de cuidador de los hijos, mientras que su cónyuge se concentra en atender las necesidades económicas de la familia, sin embargo, en tiempos recientes, los hogares monoparentales en América Latina y en Venezuela han aumentado, así lo revelan datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)¹⁰, Chant¹¹ y López y Salles¹², esta situación ha incidido sobre la calidad de vida de la mujer venezolana, de manera que, como lo mencionan González y Martínez¹³, ellas tienen que asumir más roles, en el marco de las relaciones de solidaridad y conflicto intradoméstico, para satisfacer las necesidades de su familia. Así, el rol de proveedor que era llevado a cabo habitualmente por la parte masculina, ha sido ocupado por la mujer porque ha tenido que insertarse al ámbito laboral, forzada por la crisis económica, el desempleo, la muerte del marido y por la disolución de la pareja, entre otras causas; sin embargo, conserva su rol de cuidadora y en algunos casos comparte la responsabilidad de cuidar sus hijos con otros miembros de la familia y los allegados.

Desde la perspectiva familiar, Fuster y Ochoa¹⁴, incorporan a la discusión el cambio que ha tenido la misma en su estructura y funcionamiento, como un espacio

importante que interviene en la oportunidad de cuidado a los infantes, y el apoyo que puede recibir las madres de las personas que conviven con ellas. Entre los rasgos que se han observado en esta tendencia se encuentran: El aumento de los divorcios, la incorporación de la mujer al trabajo productivo y el incremento de la cohabitación de parejas sin la formalización del matrimonio.

Cada grupo social comparte ideas sobre el mundo, la vida, la familia y la salud y a partir de ellas toman decisiones. La aceptación cultural de intervenciones de salud por parte de las personas, las familias y el colectivo, está basada en las prácticas de salud que han tenido históricamente y que representan su acervo, en términos de su conocimiento, creencias, aptitudes, expectativas y necesidades. Por esta razón, es necesario el estudio en profundidad de las características de los grupos, para plantear soluciones orientadas hacia el bien común, socialmente pertinentes y culturalmente adaptadas.

La estructura de la familia popular venezolana ha sufrido cambios importantes, en este sentido Hurtado¹⁵ y Moreno¹⁶, destacan que su funcionalidad es esencialmente matricentrada y configurada en su mayoría por madres e hijos, aunque aclara Moreno que esta tendencia no es tan acentuada en los estados andinos. El matricentrismo es un fenómeno histórico que se expresa en presencia inestable del hombre en el hogar, ante tal circunstancia, la madre y los hijos establecen un vínculo sólido. La progenitora velará por el cuidado integral de los hijos, por su parte, ellas

tendrán una relación afectuosa mayor con la madre que con el padre, durante todas las etapas de sus vidas. Sobre la base de esta estructura, la paternidad se ejerce mediante la provisión económica y grados variables de comunicación con su pareja y sus hijos.

La movilización social que implica el desarrollo de transformaciones sociales a partir de la IAP, nos obliga a dar un vistazo al marco legal que la regula. La participación social en Venezuela se rige por la Ley de los Consejos Comunales¹⁷, la cual los define de la siguiente manera:

Son instancias de participación, articulación e interpretación entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y de justicia social.

Desde el punto de vista técnico, los mismos son los medios para lograr lo que en términos de la planificación se han denominado “planes estratégicos o participativos a escala microlocal o comunal. A juicio de García-Guadilla¹⁸, a lo interno de los Consejos Comunales, se libra una lucha entre constituirse en una instancia clientelar o ser un movimiento social; es decir, entre la posibilidad de ser cooptado por el gobierno que otorga los recursos y la autonomía y permanencia como movimiento social a costa de entrar en conflicto con el gobierno. En el cotidiano, las personas siguen llevando a ese espacio sus lista de problemas individuales, pero no existe un empoderamiento ni una verdadera participación. La existencia de recursos

económicos inmediatos dirigidos a ellos, crea un conflicto entre el corto plazo y el tiempo social que requiere del desarrollo de una verdadera cultura cívica y política democrática, y de valores tales como el pluralismo, la aceptación del otro, la transparencia y la solidaridad entre otros.

Otro aspecto que juega un papel importante es la política macrosocial que se ejerce en el país, y dentro de ellas las de atención a la pobreza y a la salud; en este sentido, Alvarado¹⁹ considera que promueven el asistencialismo, al poner el acento en la cultura rentista que se ha encargado de propagar una idea de lo público como lo dado, lo que está al alcance de la mano de todos y hay que tomar de cualquier manera, bajo la idea errónea de que los bienes sociales no se construyen ni se producen, sino que se reciben de alguien.

En cuanto a la calidad en la prestación de servicios de salud que pueden afectar en un sentido positivo o negativo las capacidades que tiene la madre para cuidar a su hijo, se destaca especialmente el uso del lenguaje por los profesionales que dan este servicio para educarla. Páez²⁰, considera que cuando una persona, como es el caso de la mujer que experimenta el rol maternal y cada miembro del equipo de salud, utilizan el lenguaje para comunicarse, lo hacen con alguno de los siguientes propósitos: Para impartir información (referencial), expresar emociones, emitir órdenes a otras personas (conativa), reconocer el contacto interaccional (fática),

definir escenarios de acción (contextual), intercambiar sobre códigos o símbolos (metalingüística) y expresar ideas con sentido artístico.

La necesidad de comunicarse establece una relación intersubjetiva entre la madre, la comunidad y los proveedores de cuidados de salud. Esta relación se encuentra limitada, en algunos casos, por la presencia de barreraslingüísticas que, como lo expresan Marín, Galera y Ruiz²¹, giran alrededor de tres grandes componentes: Culturales, personales y psicosociales. A continuación profundizo acerca de cada componente.

Inicialmente, en lo cultural se pueden encontrar barreras generadas por la conceptualización del mensaje y su formulación, la selección semántica de las palabras, la inteligencia y la habilidad para la comprensión y conocimiento del código de comunicación de la propia cultura. Al respecto, se presentan situaciones en que una palabra, frase o proposición pudiera tener diferentes interpretaciones por la diversidad de grupos culturales que conviven en nuestro medio social.

La madre y las personas que componen una comunidad como seres histórico, traen consigo su saber obtenido de las tradiciones que vive. Por su parte, sus interlocutores, los profesionales de la salud, se comunican con cierta frecuencia con las madres y sus familiares usando un lenguaje procedente de su bagaje científico y altamente técnico, aprendido y reforzado en las instituciones de salud. Para Schimdt²², esta barrera es producto de la deshumanización de la ciencia, que ha

desviado sus fines de buscar la sabiduría y la armonía con el cosmos; el énfasis de la comunicación, está en establecer la enfermedad que tiene el bebé, y si no hay un proceso de morbilidad, el profesional de salud podría no ver necesario el intercambio de información o de lenguaje afectuoso con la madre y su hijo, inclusive pueden percibir que en su práctica diaria los encuentros con las madres son repetitivos o como lo dice Rodríguez²³, como una actividad automática e inmutable.

Desde el punto de vista personal, median en la relación de los profesionales de la salud, la madre y las personas que conviven como un colectivo: La manera de ser, tanto de cuidadores como de las personas cuidadas que están implicadas en la experiencia conversacional, el estilo personal, dificultades en la convicción personal, el rol que asume cada uno de los actores, el marco de referencia y, la imagen social que proyecta cada quien. Estas son características únicas en cada ser, la actitud particular de la madre debe entonces, ser respetada por el profesional de enfermería y por el resto del equipo de salud. Es importante recordar que el bajo nivel educativo de la madre es un elemento social desventajoso cuando del cuidado de su hijo se trata.

En el ámbito mundial y a modo de repuesta a los principales problemas de la salud, existe una política establecida por la OMS²⁴ en 1977 como “Salud para Todos en el año 2000”.La implementación de esta política generó la necesidad de una estrategia específica denominada como Atención Primaria de Salud (APS) y que fue definida como “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas,

científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todas las personas y familia de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar” (p.1).

A pesar que la APS representó un profundo cambio paradigmático en la práctica de la salud pública del mundo, hoy a más 30 años de su promulgación, no ha logrado sus objetivos principales. La OMS²⁵ revela que los servicios de salud reproductiva de carácter público, especialmente los que se ofrecen de manera ambulatoria, a pesar de su gran impacto en la disminución de la mortalidad materna e infantil, son vistos por las madres como: De baja calidad tecnológica, atendidos por personal poco calificado para el trabajo, y que son preponderantemente, para personas con escasa capacidad económica. Estas percepciones crean barreras de acceso a los servicios de salud, debido al riesgo de estigmatización social y de baja credibilidad en los mismos.

En el caso venezolano y como una propuesta mundial, es creada por el Ministerio de Salud en el año 2006, la iniciativa denominada Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)⁸, que tiene como objetivo la reducción de la mortalidad materna y de niños menores de cinco años, la misma se fundamenta en el Proyecto Madre²⁶, la cual tiene como objetivo cumplir con las Metas del Milenio recomendadas por la oficina de las Naciones Unidas en

Venezuela⁹, que implica reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años, en el período 1990 y 2015.

El proyecto se identifica con el lema: “Madres, niñas y niños sanos”, tiene entre sus basamentos políticos y legales, entre otros, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, seguida del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, las Metas del Milenio, la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia, la Ley de Salud y la Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente.

El Proyecto Madre está haciendo énfasis en los 89 municipios del país con mayor índice de decesos por enfermedades: endémicas (Dengue, Malaria, Tuberculosis, VIH/SIDA), inmunoprevenibles (Diarrea, Influenza, Rubéola Congénita, Fiebre Amarilla), crónicas y catastróficas (Cardiovasculares, Cáncer y Diabetes); accidentes y hechos violentos; así como trastornos maternos asociados al embarazo, parto, puerperio y afecciones ginecológicas. En el caso del estado Mérida los municipios incluidos son Libertador, Campo Elías y Alberto Adriani. Esto constituye una de las razones por las cuales el estudio se realizó en el municipio Libertador.

Las acciones a ejecutar en los municipios priorizados se están desarrollando en dos ámbitos: Comunidad y redes de servicio. Las primeras contemplan: Capacitación de Comités de Salud, promoción de estilos de vida saludables,

contraloría y movilizaciones sociales, fomento de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuadas; la identificación de zonas, familias y personas en riesgo; la rehidratación oral comunitaria; la identificación de barreras de acceso a la atención en salud; la creación y la aplicación de instrumentos y metodologías para la detección de signos, síntomas de alarma, elementos de impacto negativo a escala personal y, estimular la planificación familiar.

Para dar cumplimiento a la estrategia de la APS, en Venezuela, el modelo de gestión en salud sigue los postulados de la Constitución Nacional²⁷, la cual en su artículo 83 reza que “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida...” (p. 23). Por su parte el artículo 84 de la constitución citada, establece que la garantía de la salud se llevará a cabo a través de un Sistema Público Nacional de Salud, bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Venezuela viene haciendo cambios con relación al abordaje de salud de los infantes. Hasta principios del milenio, el programa destinado para atender a esa población fue denominado materno infantil y preveía la protección de la madre y su niño, alejados del contexto social en el cual estaban inmersos, así como de otras etapas del ciclo evolutivo personal y familiar. Desde el punto de vista operativo, las actividades se realizaban regidas por normas nacionales que no consideraban la idiosincrasia de las regiones ni sus elementos culturales autóctonos.

Posteriormente a las reformas establecidas en el año 2003, el cuidado infantil se enmarca dentro de la salud sexual y reproductiva, como una manera de mejorar la cobertura de atención a este grupo de edad. El nuevo enfoque tiene que ver además con actividades y proyectos que abordan problemas específicos de la niñez, sobre la base de la intervención efectiva, el monitoreo permanente y la priorización de los problemas de salud según los criterios de magnitud, vulnerabilidad, trascendencia, viabilidad económica y empoderamiento social. De esta manera, el Ministerio de Salud venezolano²⁸, define como objetivos: Impactar positivamente en la calidad de vida y salud de las niñas y los niños, superando el déficit de atención y combatiendo las inequidades por grupos sociales, género y etnias, a través de respuestas regulares, equitativas, oportunas y coordinadas entre los diferentes entes del Ministerio de Salud y de otros sectores vinculados con el bienestar social.

El Ministerio de Salud⁸, asume que siguen existiendo brechas entre lo propuesto y lo real, una de las disparidades tiene que ver con el género, pues determina un trato desigual a la mujer, evidenciado por violencia familiar, el cual se expresa también en el cuidado infantil. Así mismo, se identifican dificultades en la instrumentación de las políticas de salud por circunstancias derivadas de estratos socioeconómicos y grupos con poca accesibilidad geográfica y cultural a los servicios de salud, sobre todo en las zonas rurales y en los grupos étnicos.

En cuanto a las necesidades educativas que tienen las madres, se observa que las mismas han sido atendidas parcialmente por los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios en Venezuela, al respecto Arroyo y Cerquera²⁹, encontraron en un análisis realizado en el marco del Taller Nacional de Promoción y Educación para la Salud, con actores del sistema prestatario de salud, que entre las barreras que impiden el desarrollo de la promoción de salud se encuentran, entre otras, las siguientes: El personal de salud no está capacitado ni motivado para proveer educación para la salud y la carencia de mística de trabajo. Como un agregado a la situación, Feo³⁰ plantea que las personas que solicitan atención en los servicios de salud sufren maltrato, largos períodos de espera para las citas y no hay mecanismos eficientes de información. Esta es la realidad a la que se enfrentan diariamente la madre y su hijo.

Luego de estudiar la situación mundial, latinoamericana y del país en cuanto al cuidado infantil, presentamos ahora las características del mismo, en el ámbito del estado Mérida.

Mérida es parte de la región andina, fundada en 1558 por Juan Rodríguez Suárez. Ocaríz³¹ considera que en la historia del siglo anterior, la ciudad ha pasado por cambios importantes. En los años cuarenta del siglo pasado, la configuración de la ciudad era predominante colonial, el comportamiento y la forma de vida de sus pobladores estaba orientada por la producción agrícola del café y, a menor escala, de

la caña de azúcar; el escenario era prominentemente rural. Desde el punto de vista social, la iglesia católica tenía una influencia muy importante.

En la siguiente década y como consecuencia de la explotación petrolera en forma masiva, se produce una gran emigración de muchas personas a otras partes del país, que como lo refiere García³², gracias al ingreso petrolero se creó una lógica de ocupación del espacio norte costero del país, donde se instalaron un sin número de industrias y servicios, en el caso de Mérida, no ocurrió tal desarrollo industrial por no ser una zona petrolera.

Durante las décadas de los ochenta y los noventa se va desarrollando la transición a la Mérida urbana, impulsada por el abandono de la producción agrícola, la realización de algunas obras de infraestructura y el auge de la Universidad de Los Andes. Paralelamente se va fortaleciendo la industria turística. La confluencia de estos tres fenómenos le confiere un carácter heterogéneo a la población merideña.

Vale la pena destacar las palabras de Febres Cordero³³, quien define a Mérida como “...una universidad con una ciudad por dentro” (p.10). Esta expresión denota la gran influencia que ha tenido la presencia de la universidad en la actividad económica, cultural y social dada las demandas e intercambio con los estudiantes que llegan a la ciudad, provenientes de todas las regiones del país.

La población proyectada para el estado Mérida en el año 2006 por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)³⁴, es de 812325 habitantes. Con relación a la ciudad de Mérida, Aguilera³⁵ considera que existen varias ciudades en una, cuya evolución ha sido de la ciudad colonial a la moderna, donde subsisten entrecruzadas dos ciudades, la Mérida oficial y la Mérida populosa, esta última creada por el movimiento social, para el autor existe además "... casi una tercera ciudad, la universitaria" (p.3).

De acuerdo con el INE³⁶, Mérida consta de 23 municipios. El municipio Libertador, lugar donde realizamos la investigación, está constituido por 15 parroquias, localizado en el área metropolitana y abarca una superficie de 803 kilómetros cuadrados, se encuentra a una altura promedio de 1585 metros sobre el nivel del mar. Además tiene, según el Anuario del INE Mérida del año 2004³⁷, una densidad poblacional de 304 habitantes por kilómetro cuadrado y es donde habita el mayor número de pobladores del Estado, por esta razón es un centro urbano de importancia en el occidente del país.

En el espacio merideño, la situación de la población de los niños no dista mucho de la realidad nacional. Los datos disponibles para el estado Mérida sistematizados por la Corporación de Salud del estado Mérida³⁸, muestran una tasa de mortalidad perinatal de 31 muertes entre la semana 20 de gestación y el primer mes de vida, en el caso de la edad infantil, la tasa es de 25.9 muertes por cada 1000

nacimientos vivos registrados; estos indicadores, aunque se consideran bajos, comparados con los del país, muestran que en la mortalidad infantil hay un alto volumen de causas prevenibles, la diarrea abarca un sexto de la mortalidad (16.3%) y que casi la mitad de las defunciones (45%), ocurrieron luego de la primera semana del nacimiento, período en el cual los componentes ambientales y otros elementos exógenos, como la alimentación y otras prácticas de cuidado de la madre empiezan a tener más influencia. Los elementos exógenos son controlables en su mayoría, así mismo se han logrado grandes avances científicos en la prevención de deformidades y anomalías congénitas, por lo que la experiencia de la madre tiene mucha importancia para prevenir las enfermedades y la muerte del niño. Según a la misma fuente de información, la cobertura de las vacunas que se aplicaron a los niños menores de un año en el año 2006 osciló entre 75% y 90%. Las razones más relacionadas con el hecho de que no se alcanzara la cobertura óptima, tiene que ver con olvido de la madre de las fechas que debe llevar a su hijo y la distancia de la residencia de la madre y el centro de salud.

En el ámbito del municipio Libertador, de acuerdo con el Informe Demográfico del año 2004 del INE³⁹ la tasa de mortalidad neonatal fue de 14.5 y la de mortalidad infantil fue de 59 por 1000 nacimientos vivos registrados. Si bien la tasa neonatal es baja, la infantil presenta un número substancial de muertes ocurridas entre los 27 días y los 11 meses. A ese respecto, también se destaca que más de la

mitad de las madres (54%) no tenían nivel educativo o tenían educación básica, y casi un tercio de las mismas (31.3%) tenían menos de 20 ó más de 34 años.

Según la información de la Unidad de Estadística del Departamento de Epidemiología Regional del estado Mérida⁴⁰, en el año 2006, las enfermedades que padecen los bebés, en el período de 28 días a los 11 meses, están vinculadas principalmente al cuidado. La diarrea y la gastroenteritis, son las enfermedades más reportadas, en 2006, la tasa por estas enfermedades fue de de 77.7 y aumentó a 115.7 por cada 100.000 nacimientos vivos registrados en el primer trimestre de 2007.

En cuanto al espacio concreto del estudio, según los datos del INE Mérida³⁹, la parroquia Osuna Rodríguez es una zona ubicada entre las ciudades de Mérida y Ejido, tiene una superficie de 2,22 Km² que se encuentra entre los 1225 y 1900 metros sobre el nivel del mar y cuya temperatura oscila entre 13 y 23 °C. Las estimaciones demográficas del mismo organismo para el año 2007, reporta que la parroquia tiene 463 niños menores de un año, esto representa el 25% de la población infantil del municipio Libertador.

Los informes epidemiológicos del año 2006, registrados en el Ambulatorio Juan Alberto Rojas⁴¹, ubicado en la parte baja de Los Curos, muestran que la diarrea está ubicada como tercera causa de morbilidad general con ocho por ciento de los casos, y en el primer trimestre del 2007 sigue en los primeros lugares con el seis por ciento de las causas de consulta. Otros hechos que reflejan algunas falencias en el

cuidado de los bebés, son los relacionados con las coberturas de las inmunizaciones, las cuales no alcanzan valores mínimos aceptables (80%). Vale la pena destacar que el 91.5 % de la demanda de consultas en los menores de un año, es por motivo de enfermedad, lo que se traduce en que sólo una de cada 10 consultas son solicitadas para llevar un control de salud periódico y mantener al bebé sano, en el resto de los casos, las madres llevan al niño a control si está enfermo. En octubre del año 2007, la cobertura de vacunas se ubicó entre 85 y 92%, el alcance de un alto nivel de vacunación se debe principalmente a las campañas que se han implementado, a pesar de ese esfuerzo la distancia geográfica entre la residencia materna y el centro de salud sigue siendo una barrera para lograr mayor nivel de cobertura.

En cuanto a la oferta de salud de los establecimientos ambulatorios, existen otras carencias en el cuidado infantil, especialmente en la función educativa que tiene el personal de salud. Observamos que muy a menudo la implementación de la educación sanitaria a personas y grupos, se hace de manera esporádica, en líneas generales, el personal de salud no tiene formación en el diseño y desarrollo de programas de educación en salud. El intercambio de información, comúnmente llamado “charla”, es más bien un monólogo de algún profesional de la salud lleno de términos extraños para la madre, y en muchos casos, los tópicos seleccionados para educarla, no guarda relación con las expectativas de aprendizaje que ella tiene, ni con las necesidades propias de cuidado del infante.

En la consulta de control propiamente dicha, la actividad se concentra en: Explorar los aspectos biológicos del estado de salud de la madre y su bebé, llenar los formularios de registro exigidos por el MS, y dar instrucciones a la madre sobre la prescripción de medicamentos. En ocasiones, se pierde la oportunidad para indagar y eventualmente, intercambiar sobre aspectos espirituales, psicológicos o sociales de la salud integral.

Entre las barreras más frecuentes encontradas para que el personal de salud pueda darle soporte educativo a la madre se encuentran: Gran cantidad de hojas de registro que deben ser llenados durante la consulta, limitaciones de tiempo de la madre y poca adecuación de las instalaciones físicas para hacer las sesiones educativas.

En el ambulatorio donde hemos estado trabajando, se lleva a cabo desde el año 1993, el Programa de Medicina de Familia, que tal como lo reseña Salazar⁴², es desarrollado con equipos básicos de trabajo constituidos por un Médico Familiar, un Enfermero de Salud Pública y un Trabajador Social, para atender una población de un sector geográfico donde viven aproximadamente 500 familias, también se cuenta con el equipo de salud extendido o de referencia, en el que se encuentran el Bioanalista, el Técnico de Estadísticas de Salud y Registros Médicos, el Gineco-Obstetra y el Pediatra. En el caso que la madre necesite de consultas o exámenes diagnósticos de mayor nivel de complejidad para resolver el problema de salud, el

personal le realiza la referencia debida al servicio correspondiente en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, para el apoyo diagnóstico al Centro Diagnóstico Integral ubicado en Los Sauzales y para soporte terapéutico al Centro de Alta Tecnología, inaugurado recientemente al lado del ambulatorio.

Entre las actividades del programa de Medicina Familiar están la visita domiciliaria, que tiene como objetivo la satisfacción de las necesidades de salud básicas de personas y familias en el hogar. Sin embargo, y a pesar de las grandes ventajas que la visita domiciliaría tiene para la promoción de la salud, la realización de esta actividad ha enfrentado problemas administrativos y operativos que ha disminuido su práctica con el paso de los años, lo que ha traído como consecuencia indeseable, el poco seguimiento de aspectos de salud importante de las madres, especialmente de aquellas que por alguna razón no solicitan el servicio ofrecido en el ambulatorio.

Otro de los aspectos observados con frecuencia y que está vinculado con la salud infantil, es que la educación en salud a las personas que van a los ambulatorios no es una actividad de rutina, por parte del equipo de salud, por lo tanto se pierden oportunidades para consolidar grupos de apoyo y generar cambios conductuales en la población. Por otra parte, las madres y el público en general que solicitan el servicio de salud en los ambulatorios, manifiestan algún grado de insatisfacción cuando el personal les da trato poco amable, en ocasiones también comentan la tendencia que

tienen algunos funcionarios de los centros asistenciales de reprenderlos por no seguir la terapéutica indicada en consultas pasadas, de tal manera que un volumen importante de personas no solicita servicio en los ambulatorios.

Es bueno recordar que como profesionales de la salud, debemos tomar en cuenta lo que establece la OMS⁴³, en cuanto a que la madre es una persona adulta inmersa en una familia y en una comunidad, y que por lo tanto, no debe ser tratada como una niña, la intención de la interacción no debe ser solo educativa; debe además, estimular conductas y actitudes hacia la salud. Otra razón que explica que las madres no acudan al ambulatorio o que acuden pero que tengan un bajo nivel de satisfacción sobre el servicio recibido, tiene que ver con que estas instituciones, presentan algunas limitaciones de recursos de personal, de material y de funcionamiento.

La problemática del cuidado de los niños menores de un año siempre ha sido un tema importante para mí, en lo personal y como profesional de enfermería, a lo largo del trabajo desarrollado durante quince años, primero como estudiante, luego como empleado, más adelante como docente de las asignaturas Enfermería Comunitaria I, Enfermería Comunitaria II y Educación para la Salud, en la red ambulatoria del municipio Libertador y otras zonas urbanas, periurbanas y rurales del estado Mérida y más recientemente, mi experiencia con población prenatal e infantil

en Immokalee, como asistente de investigación en la Universidad del Sur de la Florida (USF, EUA).

Decidimos desarrollar la tesis doctoral en la parroquia Osuna Rodríguez porque tengo más de diez años cooperando directamente y conjuntamente con estudiantes que realizan sus prácticas profesionales en la asignatura Enfermería Comunitaria II, para incrementar el impacto de los diferentes subproyectos nacionales de salud que se desarrollan allí. Además hemos realizado y asesorado trabajos de investigación en la parroquia mencionada en diferentes temas de salud como cobertura de inmunizaciones, estado nutricional de preescolares, cuidado de los infantes y sexualidad en los adolescentes.

Como consecuencia de las conclusiones arrojadas por estos estudios fuimos contactando distintas organizaciones comunales para validar, como nuestro más adelante, el problema como sentido por la comunidad y viable de solución. En este sentido, el proceso de transformación comenzó, como lo menciona Park⁴⁴, a través de un servicio de extensión desde una universidad porque profesores ingresan a la comunidad para insertarse en ella para estimular a la gente para participar en la actividad investigativa. La identificación del problema no era exteriorizado por la gente, en las primeras reuniones y mediante sus propias reflexiones y las evidencias disponibles de las enfermedades más frecuentes e insatisfacción con el servicio de

salud local. Por esta razón, actuamos como investigador para ayudar a formular el problema.

Adicionalmente, el bagaje acumulado en el ejercicio de mi profesión, nos impulsó a poner en práctica acciones concretas para contribuir con la salud de la población. También son indiscutibles motivadores para llevar adelante esta investigación, nuestra búsqueda permanente de un espacio social, en el que pueda hacer un aporte a la sociedad y la potente convicción de que, con el aporte colectivo, podemos tener madres, niños y ciudadanas(os) más sanas (os).

En el terreno disciplinar, como profesional de enfermería hago uso de las palabras de Boff⁴⁵, quien considera el cuidado humano a la persona, la familia y el colectivo, como la esencia y núcleo de nuestra práctica, independientemente de la situación de salud que ellos presenten. Para lograr ese fin social, una de las estrategias fundamentales con la que contamos es la de educar para fomentar el autocuidado de la salud, teniendo en cuenta que ese otro ser humano, tiene ya un conocimiento previo, experiencias acumuladas en el trayecto de su vida, y una serie de creencias, entre otras, que deben ser valoradas y respetadas.

El cuidar, según Mayeroff⁴⁶, en su forma más significativa, es ayudar a otro a crecer y realizarse, respetando su persona y su entorno; para Boff⁴⁵, cuidar es más que un acto, es una actitud. Los profesionales de enfermería debemos asumir estos

elementos fundamentales a la hora de ejercer el núcleo de nuestra práctica: El cuidado.

Enfermería tiene como dominio disciplinar el cuidado de los seres humanos en sus experiencias de salud, de tal manera que al interactuar con personas y colectivos, comparte sus realidades, por lo que está sujeta a vivir los mismos fenómenos. Para Waldow⁴⁷, el cuidado humano implica el desenvolvimiento de actitudes, acciones y comportamientos con base al conocimiento, experiencia, intuición y pensamiento crítico, realizadas para promover y mantener la dignidad y la totalidad humana. En este mismo sentido, Leininger⁴⁸ establece que las personas comparten características universales y diversas, de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra. Estas diferencias y semejanzas del cuidado cultural deben ser identificadas y comprendidas para que las enfermeras sean eficientes al asistir a las personas de diferentes culturas, ofreciendo un cuidado culturalmente congruente (Enfermería Transcultural).

La acción de enfermería está entonces, dirigida a dar apoyo a este grupo poblacional para que ellos mismos y con la ayuda colectiva, de manera gradual, aprendan y promuevan condiciones protectoras y además regulen los agentes conductuales, biológicos y sociales que puedan afectar de manera perjudicial su salud y su vida.

Según Lokpez⁴⁹ la metodología IAP se propone como una alternativa a la manera tradicional en que se han orientado los cambios sociales. Para lograr su propósito la IAP utiliza generalmente métodos de la investigación cualitativa, sin embargo, para abordar los elementos demográficos, considerando que se requiere la sistematización de unos datos en forma secuencial y numérica, hice uso de las bondades que ofrece el paradigma cuantitativo. La información obtenida de las madres y de las personas involucradas sobre las necesidades, aspiraciones, creencias, valores y vivencias en la crianza de sus hijos menores de un año, ameritó la incorporación del enfoque cualitativo, que para Leal⁵⁰, busca el significado de las experiencias vividas mediante su interpretación y comprensión, donde el fin ulterior es la creación de teorías sobre situaciones puntuales de la realidad social, en una postura contemplativa, que no se propone la intervención de los fenómenos para su transformación.

Luego de indagar sobre las características del cuidado infantil como un problema de salud pública que es reconocido como tal por los habitantes de la parroquia Osuna Rodríguez y que involucra la participación de la disciplina de Enfermería, los actores sociales más comprometidos con este estudio nos planteamos las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las características demográficas de las madres de la parroquia Osuna Rodríguez? ¿Cuáles son las necesidades de aprendizaje acerca del cuidado infantil de las madres y de otros vecinos de la parroquia Osuna Rodríguez? ¿Cuáles son las creencias sobre el cuidado infantil, que favorecen o actúan

como barreras en las prácticas de salud materna? y ¿Fue efectiva la puesta en práctica de un proyecto de IAP para optimizar el cuidado de salud de los niños menores de un año?

Propósito de la investigación

Generar una teoría para la optimización del cuidado materno a los hijos menores de un año.

Objetivos específicos

- Identificar las características demográficas y de organización social de la localidad, en el marco de la salud infantil.
- Establecer las necesidades educativas de las madres y de la comunidad sobre la salud infantil.
- Construir la teoría preliminar acerca del cuidado materno de los infantes.
- Planificar colectivamente la intervención para la optimización del cuidado materno.
- Intervenir en la problemática del cuidado de los niños en el primer año de vida.

- Realizar una reflexión y evaluación final de la intervención llevada a cabo
- Construir la teoría final acerca del cuidado materno de los infantes.

Justificación de la investigación

La senda que nos planteamos inicialmente y que tomó forma luego de la integración de parte las fuerzas vivas que acogieron esta propuesta, pretendió completar una práctica vivencial más allá de los números que responden al qué y al cuánto. Esa ruta estuvo preñada de la expectativa personal y colectiva de entrar en la descripción, la comprensión y la intervención de un problema complejo, en algunas facetas estructurada y en otras no, para alcanzar un provecho social. Todo esto basado en el convencimiento que la investigación no puede ser ya más contemplativa, y a veces poco ética, por el escaso impacto social que tiene. Espero, con el aporte del conglomerado social que me acompañó, aportar a la comunidad científica, una experiencia útil para el abordaje de la problemática de la población infantil.

En lo teórico, aspiramos contribuir al enriquecimiento del saber universal y de manera particular de la disciplina de enfermería; en lo metodológico con la expectativa de desarrollar una ruta científica que permitió, luego de asegurar su validez interna, disponer de un antecedente para estudios ulteriores y finalmente, someter al mundo de la ciencia un modelo para el cuidado infantil arraigado en la cultura de las madres en el entorno social de la parroquia Osuna Rodríguez.

Factibilidad de la investigación

Como el garante de sistematizar la experiencia desarrollada, hemos conformado el soporte teórico a través de un arqueo, utilizando la información de las bibliotecas de la Universidad de Carabobo, de la Universidad de Los Andes, los servidores temáticos en la red, la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud Latinoamericana y de otras fuentes disponibles.

Por otra parte, contamos con métodos y teorías ampliamente difundidas y probadas, que son tratadas en profundidad más adelante, sobre los métodos y técnicas de la IAP de autores, tales como Habermas, Demo, Park, Lewin, McKernan, Kemmis, Stephen y Mc Taggart.

Los costos económicos fueron cubiertos a través de nuestros fondos propios, además contamos con recursos financieros y el talento humano del Servicio Comunitario de la Escuela de Enfermería de la ULA a través de un proyecto bajo la plataforma de aprendizaje servicio presentado y aprobado a inicios del año 2008 por Contreras⁵¹, denominado “Descubra como Mantenerse Sano”.

También hemos dispuesto del tiempo requerido para el desarrollo de la investigación, así como el acceso al campo, por cuanto mi trabajo profesional es en el área clínica de la red ambulatoria, y mi residencia está ubicada en la ciudad de Mérida muy cerca de la parroquia mencionada, lo cual nos facilitó el proceso global

de la investigación, y por último cuento con la asesoría permanente de nuestra tutora, Mary Marquina, de los profesores y evaluadores del Doctorado en Enfermería en Salud y Cuidado Humano de la Universidad de Carabobo.

Otro elemento que viabilizó la investigación fue el acceso geográfico a la población de estudio, la cual fue abordada a través de la participación en las consulta de los ambulatorios de la red asistencial local, en su domicilio y en los lugares donde llevamos a cabo las reuniones de las organizaciones comunitarias.

Implicaciones éticas del estudio

De acuerdo con la naturaleza de la investigación, hasta este momento hemos tomado en consideración las indicaciones, sugerencias y normas de algunos autores, las cuales fungen como cimiento ético:

De la antropoética de Morin⁵², destacamos el bucle individuo-sociedad-especie, que supone la decisión consciente de: 1.- asumir la condición humana individuo-sociedad-especie en la complejidad de cada ser. 2.- lograr la humanidad en nosotros mismos, en nuestra conciencia personal. 3.- asumir el destino humano en sus antinomias y plenitud. 4.- trabajar para la humanización de la humanidad. 5.- obedecer a la vida y guiar la vida. 6.- lograr la unidad planetaria en la diversidad. 7.- respetar en el otro, a la vez, tanto la diferencia como la identidad consigo mismo. 8.- desarrollar la ética de la solidaridad. 9.- desarrollar la ética de la comprensión. 10.-

enseñar la ética del género humano. 11.- lograr la humanidad como conciencia y ciudadanía planetaria, y 12.- apostar por una conciencia de cada ser, más allá de sí mismo.

Por su parte Salazar⁵³ recuerda, desde el terreno de la ética del género femenino, la importancia de comprender que la mujer vive cotidianamente el problema del trato discriminatorio y de violencia. Otro aspecto importante se refiere, como lo aprecia Loewy⁵⁴, al lenguaje, pues su uso adecuado puede prevenir barreras que tienen que ver con la cultura y los códigos lingüísticos propios de las madres y del colectivo donde ellas habitan. Adicionalmente, hemos tenido en cuenta el nivel educativo de las madres y otras circunstancias que pudiera actuar como barrera comunicacional. En este sentido, procuramos el empleo de un lenguaje sencillo, comprensible y concreto que pueda ser entendido por ellas y por el resto de la comunidad.

Acerca del consentimiento informado y experimentación con seres humanos, actuamos de acuerdo con lo descrito en la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial⁵⁵ para tomar parte en un proyecto de investigación, las personas deben ser participantes voluntarios e informados. Además, debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad por lo que tomamos toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las personas, para mantener la confidencialidad de la información de las madres y del colectivo, y para

reducir al mínimo las consecuencias negativas de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad. En el momento oportuno proveemos la información adecuada y suficiente acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del trabajo de investigación. Después de asegurarnos que la madre y las personas de la comunidad han comprendido la información, obtenemos por escrito, el consentimiento informado, voluntario y libre de coacción de cada una de ellos.

Por su parte, Polit y Hungler⁵⁶, enfatizan que para resguardar la ética en la investigación de salud de humanos, es importante evaluar en todo momento las implicaciones de las acciones emprendidas sobre la población, por esta razón consideramos con anticipación y aplicamos mecanismos que resguardaron los aspectos que puedan influenciar el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

El carácter cualitativo de este estudio hace necesario el reconocimiento de la intersubjetividad y su relación con la bioética. Para Cely⁵⁷, en los procesos educativos entre personas, el conocimiento no sobreviene desde los saberes científicos o populares, sino más bien es el resultado del diálogo entre ellos, los cuales se constituyen en constructos de alto valor común de supervivencia y en búsqueda de la felicidad. En el espacio social donde se está dando la convivencia, fluyen las

experiencias prácticas, intuitivas, afectivas, estéticas, y morales de cada uno y ellas moldean las reglas de juego del grupo, que son establecidas por consenso y no por imposición. Es tarea permanente conducir la investigación asegurándome que se alcancen y que se respeten tales normas.

En ese mismo orden de ideas, Rodríguez, Gil y García⁵⁸, además de Krueger y Casey⁵⁹, establecen que algunos dilemas éticos se agudizan debido a la interacción personal en escenarios comunitarios, por lo tanto proponen la veracidad como un requisito obligado a la hora del manejo de la información entre los actores, y que todos los datos recabados en grabaciones, videos y escritos deben ser resguardados de manera que asegure la confidencialidad de la misma. En relación con la interpretación de los datos, es menester confirmar con el grupo de investigación que el significado de la realidad que asumí, concuerda con el que las madres le tienen.

Tipo de investigación

Es una investigación de intervención, esencialmente cualitativa, en la que utilizamos la IAP como plataforma metodológica, Lokpez⁴⁹ la considera una metodología de acción sobre la realidad social, que tiene como propósito el mejoramiento evolutivo o de transformación radical, a partir de los significados que los actores le asignan. Estos significados, paradigmas o marcos de referencia están influenciados por los rasgos puntuales del contexto sociohistórico, el desarrollo científico, además de las experiencias y cosmovisiones personales y grupales.

De manera general, la IAP se fundamenta en la Teoría Crítica que se plantea la transformación y la identificación del potencial para el cambio, en que los involucrados comparten un fuerte compromiso con los cometidos que se plantean, donde el investigador comparte y participa en esa realidad como uno más del grupo.

Población y contexto del estudio

La población que recibió el beneficio directo del plan integral de IAP fueron 75 madres y sus niños menores de un año, con el apoyo de los miembros de la comunidad que participaron de diversas maneras y que viven en la Parroquia Osuna Rodríguez del municipio Libertador, estado Mérida. Seleccionamos esta población porque la misma, se encuentra en el área de influencia del Ambulatorio Urbano III Juan Alberto Rojas.

En todas las etapas de de la IAP, la población participó en cantidades variables y en diversas estrategias de interacción grupal. Como mecanismos para lograr el consenso en la población implementamos mesas de trabajo para definir las causas y consecuencias del problema, estrategias de abordaje, durante la ejecución y la evaluación del avance del proyecto. Para la discusión profunda de los temas vinculados al cuidado de los infantes y para enriquecer las categorías de cotejo de su significado colectivo realizamos cinco grupos focales, dado su valor metodológico, seguimos las orientaciones de Krueger⁶⁰, para quien la técnica señalada es una reunión de un grupo de personas seleccionadas por los investigadores para discutir y

elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación.

En todos los momentos en los que era necesaria la toma de decisiones y el consenso, utilizamos la técnica grupal de grupos nominales, partiendo de lo descrito por García y Amezcua⁶¹, es decir, establecíamos acuerdos de forma participativa, luego de un debate abierto y para definir los aspectos o prioridades que consideramos más relevantes. Estas sesiones de trabajo duraban entre una y dos horas, en las que plasmábamos la información en hojas de papelógrafo con dimensiones de 66 por 96 centímetros.

Muestreo

Desde el punto de vista de su naturaleza, la muestra es considerada homogénea porque, como lo indican, Hernández, Fernández-Collado y Baptista⁶², se requiere que las personas compartan características similares. Los criterios de inclusión de la muestra fueron: Madres con hijos menores de un año que residen en la Parroquia Osuna Rodríguez y que manifestaron su deseo de participar en la investigación. En cuanto al grado de compromiso que asumen las personas seleccionadas, la muestra es de participantes voluntarias, pues necesitábamos que las madres y los otros voluntarios participaran como informantes y posteriormente que se integraran como educadores populares para desarrollar procesos de intercambio de saberes con otras madres.

El muestreo fue llevado a cabo bajo el criterio de oportunidad, que de acuerdo con los mismos autores señalados en el párrafo anterior, está conformado por grupos de personas que se reunían o convergían en algún lugar por motivos distintos a los de la investigación. Captamos las madres y los miembros de la comunidad en general que participaron en la investigación cuando: Llevaron a sus niños al Servicio de Inmunizaciones, en la sala de espera de la consulta de Pediatría o de Ginecología del ambulatorio mencionado, visitas en los domicilio, convocatorias por radio y carteleras de la comunidad, asistiendo a las asambleas de ciudadanos e invitaciones por parte de los miembros de la comunidad que asistían a las diferentes sesiones de trabajo. Es importante destacar que fueran invitadas a participar más de 220 madres, las que declinaron su inclusión lo hicieron por razones como compromisos laborales, familiares, personales, entre otros.

Estrategias de interacción con la población de estudio

A finales del año 2007 contactamos varias madres, en el área de espera del Servicio de Inmunizaciones, luego de darle suficiente información sobre el estudio cumplir con los requisitos éticos, les solicitaba sus datos y los registraba en la Ficha Social de Salud. Paralelamente a las reuniones con las madres, a principio del año 2008 entramos en contacto con los grupos organizados. Solicitamos derecho de palabra en las reuniones de la mancomunidad que han estado gestando en la parroquia, en las asambleas de ciudadanos y en las mesas de trabajo de los comités de

salud adscritos a los consejos comunales. Durante los derechos de palabra, explicamos los hallazgos preliminares encontrados en esta investigación, describimos nuestro interés en realizar un trabajo de investigación, sus beneficios, alcances y límites. Fueron acordadas reuniones posteriores en las que definimos el tema del déficit en el cuidado del infante, sus causas, consecuencias y así el resto de las etapas de la IAP.

Con el apoyo inicial de cuatro y finalmente con un grupo de 30 estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA) y con el aval formal de los Consejos Comunales comenzamos el trabajo de diagnóstico. Los lineamientos generales planteados para la incorporación de los estudiantes a este trabajo se señalan en la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior⁶³, en aquel momento Heras⁶⁴ reseñó de forma escrita para los lectores de la universidad y las personas en general, el lanzamiento de nuestra iniciativa para hacerlo del conocimiento público.

Recolección de la información

Antes de detallar la amplia gama de datos, es muy bueno recordar que la recolección de la información no es una etapa de la IAP como tal, más bien es una actividad inmanente. De principio a fin requerimos juntar información de índole muy variada. El lector puede notar que en algunos momentos compilamos la información de forma secuencial y en otros momentos simultáneamente.

Hacíamos las reuniones con grupos focales, grupos nominales y asambleas de ciudadanos en las sedes de los Consejos Comunales, Instituto de Nacionalde Capacitación Educativa Socialista (INCES), EscuelaBásica “Los Curos” y en el Salón de Reuniones del Ambulatorio Juan Alberto Rojas. Todas las sesiones de trabajo fueron convocadas con suficiente anticipación, para lo cual creamos un cronograma semanal de trabajo.

También contamos con información digital obtenida de la oficina regional del Instituto Nacional de Estadísticas, Oficina de Catastro de la Alcaldía Libertador, registros propios de los diferentes Comités de los Consejos Comunales, Cooperativa EcoUrbana, registros de población y epidemiológicos del Departamento de Epidemiología del ambulatorio mencionado, fotos geológicas de Google Earth® y archivos personales de algunos habitantes de la parroquia. En algunos casos recurrimos a las fotos como fuente de verificación de las actividades que se estaban realizando.

Método de registro de los datos

Grabamos todas las reuniones y sesiones de trabajo con las madres, en algunos casos, tomamos registro fotográfico, llevamos todas las evidencias duras a formato digital en forma de grabaciones, documentos en formato PDF, fotografías en formato JPG. Los consentimientos informados firmados por los participantes están debidamente guardados en formato físico.

Rigor metodológico de la investigación

En este aparte debo enfatizar que la validez científica de esta investigación está fundada en los parámetros de la IAP. Por lo que describimos cada uno de los criterios que le dan carácter y formalidad de métodos validos para alcanzar el propósito de este estudio.

Pereda, de Prada y Actis⁶⁵, miembros del Colectivo Ioé, sintetizan en cinco criterios la evaluación participativa de los planes de IAP, a saber: 1.- Articular el protagonismo de la población afectada. 2. Partir de las demandas sentidas por la población. 3. Unir la acción y la reflexión a fin de asegurar la adecuación entre fines, medios y resultados. 4. Conjuguar los niveles micro y macro de la acción social, como planos indisociables de una totalidad, concreta y compleja a la vez, y 5. Reforzar la movilización y emancipación de los participantes.

En la fase que involucra la evaluación del proceso y para este momento de la redacción final de la tesis tomamos estos criterios y las interrogantes a las que hay que dar respuesta en cada criterio:

1.- Articular el protagonismo de la población afectada: ¿Exploramos las redes de agentes implicados en el problema que queríamos abordar?, ¿Los invitamos a participar? ¿Qué canales de comunicación establecimos con ellos?, ¿Promovimos todas las vías posibles de participación? ¿Exploramos y aprovechamos los recursos

disponibles en la propia comunidad? ¿Cuál ha sido nuestro papel como voluntarios, profesionales y políticos?, ¿Hemos potenciado el protagonismo de la población afectada o lo hemos suplantado?, ¿Hemos adaptado el lenguaje al nivel de comprensión del colectivo afectado?

2. Partir de las demandas sentidas por la población: ¿Responden los objetivos de la IAP a demandas sentidas por nosotros? ¿Hemos dado oportunidad a los actores para que planteen o replanteen el objeto de la IAP? ¿Nos adaptamos, como grupo promotor al ritmo de los técnicos y al nivel de comprensión de la población afectada?

3. Unir la acción y la reflexión a fin de asegurar la adecuación entre fines, medios y resultados: El problema sentido ¿ha sido objeto de una reflexión e investigación suficientes a fin de delimitar con precisión los objetivos de la IAP? ¿Hay disposición al autoanálisis por nuestra parte como agentes implicados en el programa? Los medios y procedimientos que hemos instrumentado ¿responden adecuadamente a los objetivos planteados? Los resultados de investigación, acción y movilización a los que llegamos con la IAP ¿son los que pretendíamos?

4. Conjugar los niveles micro y macro de la acción social, como planos indisociables de una totalidad, concreta y compleja a la vez: ¿Abordamos el problema sentido teniendo en cuenta a la vez a los protagonistas más directos y a las instituciones y contextos generales que lo condicionan? ¿Reflexionamos sobre la existencia de otros colectivos afectados por problemas similares? ¿Nos hemos

conectado con ellos a fin de lograr una convergencia de la acción para abordar los problemas comunes?

5. Reforzar la movilización y emancipación de los participantes: El proceso de IAP, ¿contribuyó nuestra gestión a reforzar la autoorganización y la autonomía de pensamiento y acción del colectivo afectado? La participación de los voluntarios, profesionales y políticos, ¿Estuvo inscrita en una estrategia de contención y gestión de los participantes o persigue su emancipación social y política?

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

Estudios antecedentes sobre el problema de investigación

En lo sucesivo describimos los estudios de campo realizados en el escenario mundial, en Latinoamérica y en Venezuela, que están relacionados con la naturaleza de esta investigación, sin embargo es importante acotar que no fue posible encontrar trabajos de investigación del cuidado infantil con IAP, este hecho no nos permitió apreciar experiencias similares y por otro lado se constituyó en un elemento que le da originalidad a esta investigación.

Mostramos continuación estudios de corte cuantitativo, donde encontramos evidencias vinculadas a elementos de los saberes y de las prácticas del cuidado materno a sus hijos menores de un año, además coloco a la vista otros trabajos orientados por la corriente cualitativa, que son útiles para comprender el significado o las representaciones sociales que ellas le dan a ese cuidado. Luego de la descripción de cada estudio, comento la utilidad que cada uno tiene para con el propósito de esta investigación.

Contreras, Marquina, Sosa y Quintero⁶⁶, realizamos una investigación titulada “Prácticas de salud y necesidades educativas sobre lactancia materna e inmunizaciones en madres con hijos hasta seis meses de edad. Parroquia Osuna Rodríguez, estado Mérida”, fue analítica con un diseño de campo, de corte transversal; la población estudiada estuvo conformada por 59 madres. Para la recolección de la información se utilizó un instrumento tipo encuesta (Alfa de Cronbach = 0,73; Nivel aceptable), además se aplicó validación Delphi por cinco expertos. Resultados: Un poco más de 1/3 parte de las madres aún amamantan exclusivamente, la mayoría de ellas no tienen impedimento para hacerlo. Los argumentos más frecuentes para abandonar la lactancia materna exclusiva fueron: El niño no se llenaba y la baja producción de leche. El cumplimiento de las inmunizaciones tiene niveles muy altos para la BCG y la Antipolio, aceptable de la Pentavalente, y menor a la norma en la Antirrotavirus. Mediante el estadístico Chi Cuadrado se obtuvo: Necesidades educativas sobre la lactancia materna relacionada con los beneficios para el niño (0,007; 0,714), beneficios maternos (0,045; 0,0832) y el deseo de obtener mayor información sobre temas de la lactancia (0,171; 0,256). Acerca de las inmunizaciones se encontró: Enfermedades que se pueden prevenir con las vacunas (0,747; 0,388) y el deseo de obtener mayor información (4,900; 0,048). Las prácticas de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes (0,002; 0,946) mayores de 34 años (0,531; 0,646); número de hijos (0,000; 0,985); nivel educativo (0,498, 0,730); tipo de familia (0,064; 0,800) e ingreso económico (0,153; 0,695). El cumplimiento del esquema de inmunizaciones en madres adolescentes (0,137; 0,712)

y mayores de 34 años (0,356; 0,035), número de hijos (0,378; 0,539); nivel educativo (0,376; 0,730); tipo de familia (0,002; 0,960) e ingreso económico (0,099; 0,753). Todas las estimaciones determinaron que no existen diferencias estadísticamente significativas.

La investigación de los autores es el referente local más importante para este estudio porque se realizó recientemente en el mismo contexto social. La misma contiene datos demográficos y sobre dos de las prácticas más importantes de las madres con sus hijos que son de especial importancia en las primeras fases de la IAP.

Haiek, Gauthier, Brosseau y Rocheleau⁶⁷ en el año 2007, midieron las tasas y patrones de conducta de la lactancia materna en la ciudad de Montérégie de Quebec, Canadá, en un estudio cuantitativo, con un diseño descriptivo de corte transeccional. Para ello aplicaron una encuesta a 632 madres con niños hasta los seis meses de edad. Los resultados revelaron que 80% de ellas iniciaron la lactancia luego del parto y 68% lo hicieron de manera exclusiva. Las tasas de lactancia disminuyeron progresivamente: 63%, 56%, 51%, 44%, 39%, y 32% en los meses uno, dos, tres, cuatro, cinco y seis, respectivamente. Al sexto mes, la práctica de la lactancia materna exclusiva era casi inexistente. La incorporación de leche no humana y de alimentos sólidos fueron fundamentalmente los responsables del cambio de lactancia exclusiva a complementaria. Los hallazgos sugieren la necesidad de incentivar a la madre a

lactar, con iniciativas desarrolladas en la comunidad y en los centros de salud ambulatorios y hospitales.

El estudio es pertinente porque evalúa las tendencias de amamantamiento, que es una de las actividades más importantes que la madre realiza en beneficio propio y de su hijo durante el primer año de vida, además para estimular la práctica de la lactancia.

Cooke, Schmied y Sheehan⁶⁸ en el año 2007, establecieron una investigación cuantitativa, con diseño descriptivo de cohorte, cuyo objetivo fue explorar la asociación entre el estrés maternal, la cesación de la lactancia materna y los problemas para la adopción del rol materno. La investigación se desarrolló en hospitales urbanos de Sídney, Australia y participaron 364 madres. La medición fue realizada a través de cuestionarios aplicados dos veces: La primera vez durante las 28 y 36 semanas de gestación y la segunda vez entre la semana dos y los tres meses después del nacimiento. Para medir el estrés postnatal usaron la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgh y, la adopción del rol materno la midieron con la Escala de Evaluación de Lactancia Materna. Los resultados mostraron que las mujeres con alto nivel de adopción del rol materno tuvieron menor probabilidad de cesar la lactancia materna y de tener problemas para proveerla al niño. Los niveles de estrés prenatal no se asociaron al cese de la lactancia. La ablactación y el estrés postnatal variaron según el nivel de adopción del rol materno: Las mujeres con alto nivel de adaptación que

detuvieron la lactancia, tuvieron mayores puntajes de estrés (36%), que quienes tenían bajo nivel de adaptación (12%) y que las mujeres con alto nivel de adaptación que continuaron amamantando (7%). Los autores concluyen que las mujeres con creencias sólidas en cuanto a la importancia de la lactancia materna y de su rol maternal pueden beneficiar su valoración psicológica y el apoyo a la hora de decidir sobre detener la lactancia.

Dentro del tema de la lactancia materna, contenido de gran relevancia para este trabajo, en el estudio descrito en el párrafo anterior se aborda la relación de un elemento como el estrés que puede mediar la eficacia y la duración de la lactancia materna exclusiva, también es valiosa la información provista para la intervención diferenciada en los grupos de madres, según el nivel de adaptación a su rol.

Kaneko, Kaneita, Yokohama, Miyake, Harano, Suzuki et al.⁶⁹ en el año 2006, investigaron las condiciones asociadas con la lactancia materna exclusiva en Japón, para elaborar un plan que incremente esta práctica. El estudio fue descriptivo transeccional y utilizó los datos de una encuesta aplicada por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar. La población estuvo comprendida por 53575 nacidos en el año 2001, entre el 10 y 17 de enero y el 10 y 17 de julio. Obtuvieron como resultado que la tasa de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes fue de 21%. Utilizando análisis estadístico de regresión logística univariada y multivariada encontraron que los partos en madres añosas, el bajo peso al nacer, los partos múltiples, el hábito

tabáquico de los padres, la convivencia con los abuelos y el sentimiento materno de sobrecarga de su rol, no están asociados estadísticamente a la lactancia materna exclusiva. De manera contraria, encontraron asociación estadística en el caso de la inclusión del esposo en el cuidado y en las decisiones de la crianza, la atención por profesionales de enfermería y el recibimiento del apoyo de otras madres. Los autores concluyeron que la práctica exclusiva de la lactancia no se asocia con factores de la atención de salud solamente, sino que está muy ligada a factores sociales, además que deja clara la necesidad de disminuir la carga de la madre en el cuidado del infante y la promoción de políticas para el fomento de la participación del padre en la crianza.

Los hallazgos del grupo de investigación japonés muestran claras tendencias sobre la lactancia materna que se replican en todo el mundo, muy probablemente la tendencia sea muy parecida, en la fase diagnóstica de esta investigación. Adicionalmente, ellos aportan elementos relacionados con el espacio familiar que pueden modificar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

Kelly y Watt⁷⁰ en el año 2005, estudiaron las tasas de la lactancia materna exclusiva a los seis meses después del nacimiento, en cuatro países de la mancomunidad del Reino Unido, para evaluar su comportamiento en diferentes clases sociales. El diseño del estudio fue analítico de tipo longitudinal, en su primera medición. La población se constituyó por 18125 infantes nacidos a lo largo de los años 2000 y 2001, para tal efecto entrevistaron a los padres. Los resultados revelaron

que 71% de las madres iniciaron la lactancia materna exclusiva luego del parto, esa proporción fue disminuyendo en 34% al primer mes, 3% a los cuatro meses y 0,3% a los seis meses. Encontraron que las madres de clase social baja y con horarios de trabajo prolongados tienen más de cuatro veces la probabilidad (OR= 0.22; 95%) de iniciar la lactancia materna comparado con las madres que trabajaban a nivel gerencial y profesional. Las mujeres con trabajos de baja calificación tenían menos probabilidad de amantar exclusivamente hasta el primer mes de vida del hijo (OR= 0,42, 95%), y hasta los cuatro meses (OR= 0,5; 95%), aquellas madres con labores gerenciales o profesionales. Los autores concluyeron que las diferencias sociales no son estadísticamente significativas; sin embargo, consideraron que se requiere de una estrategia integral para promover la lactancia materna, especialmente en las mujeres con bajos ingresos económicos.

Al igual que en las investigaciones previas, Kelly y Watt identificaron elementos sociales que están muy presentes a la hora de mantener la práctica de la lactancia, aunque algunos de ellos no son estadísticamente significativos. Es necesario recalcar que, tanto en la investigación realizada en Japón como en la del Reino Unido, se manifiesta gran interés por los estudios de cohorte en las madres, por esa razón han iniciado investigaciones a partir de la denominada Cohorte de Estudio del Milenio.

Alvarado, Tabares, Delisle y Zunzunegui⁷¹ en el año 2005, describen, mediante una investigación multimétodo (combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas), las creencias y prácticas de la alimentación infantil, y su relación con el estado nutricional de niños de seis a 18 meses, combinaron datos etnográficos y epidemiológicos, recolectaron información de la dieta mediante un cuestionario de frecuencia de alimentos, realizaron 9 grupos focales, y cinco entrevistas en profundidad, en madres de menores de dos años con rasgos afro-colombianos en la ciudad de Bogotá. Los datos mostraron una prevalencia de desnutrición aguda de 2,6 % (<-2DE peso-para-talla), y una prevalencia de 9,8 % de desnutrición crónica (<-2DE talla-para-edad). Las prácticas se caracterizaron por el inicio universal de la lactancia, un promedio de duración de 10 meses e introducción temprana de alimentos (promedio tres meses). La práctica de la lactancia fue considerada una norma cultural. La ablactación estuvo asociada a nuevos embarazos, escasez de la leche o, a efectos negativos del amamantamiento en la salud de la madre. La introducción temprana de alimentos y el uso del biberón fueron valorados positivamente por las madres por sus efectos sobre el estado nutricional y por la adaptación del niño a la dieta familiar. El inicio de la alimentación complementaria después de los cuatro meses, la calidad del primer alimento introducido, y la diversidad de la dieta complementaria fueron predictores del estado nutricional ($p < 0,05$). Los autores concluyen que la falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas, llevaron a que al menos 50 % de las madres tengan

prácticas de alimentación inadecuadas y por lo tanto sugieren implementar nuevas intervenciones sobre las creencias que limitan las buenas prácticas.

La investigación descrita previamente, contiene datos importantes acerca de las prácticas de la alimentación del bebé con lactancia y con complementos nutricionales, así como de las dificultades que las madres tienen para implementarla, se puede apreciar que algunas creencias funcionan como barreras para establecer pautas de alimentación recomendadas.

Argote y Vásquez⁷² en el año 2005, ejecutaron una investigación cualitativa que tuvo como propósito comprender el significado del cuidado que la madre adolescente procura al bebé durante el puerperio. Se realizó en Cali, Colombia, utilizando como metodología la etnografía focalizada. Los datos los recolectaron mediante entrevistas no estructuradas. En el estudio participaron ocho adolescentes con igual número de recién nacidos. En promedio hicieron cuatro entrevistas por informante. Utilizaron el criterio de saturación de los datos para determinar el número de adolescentes participantes. Para confirmar la validez de la información llevaron a cabo entrevistas grupales con parteras tradicionales y un curandero. Para la comparación de los datos utilizaron el método etnográfico de Spradley, que incluye la identificación de dominios, taxonomías y temas. Los hallazgos mostraron que las adolescentes realizan prácticas cotidianas con los recién nacidos para asegurar que sean sanos y fuertes. Estas prácticas se centran en mantener un ambiente de limpieza,

conservar el equilibrio calor-frío en el cuerpo y proteger al bebé de deformidades. Las autoras concluyen que Enfermería debe apropiarse de este conocimiento para cuidar la salud de las adolescentes puérperas y su familia de manera congruente con su cultura.

La investigación realizada por Argote y Vásquez en el ámbito colombiano, representa una contribución capital para la investigación que realizamos, por varias razones. En primer lugar, fue realizada en un escenario cercano desde el punto de vista geográfico y, por tanto, las características del fenómeno que estudiaron pudieran ser muy similar al nuestro; por otra parte, incluyen la población de madres adolescentes, quienes representan un subgrupo con diferencias marcadas con respecto a las de 20 años y más. En tercer lugar, revelan el significado que las adolescentes adjudican al cuidado del niño, y finalmente plantearon su óptica en cuanto a como la disciplina de enfermería puede contribuir con las adolescentes para dar cuidado a sus hijos.

Duhalde⁷³ en el año 2004, presenta los resultados de una investigación cualitativa en la que participaron 27 mujeres de la ciudad de Buenos Aires, donde indagó las relaciones existentes entre las representaciones relativas a la maternidad, en particular las referidas al amamantamiento y la alimentación del bebé con semisólidos, el modelo representacional de los vínculos de apego (estudiado a través de la Entrevista de Apego para Adultos de Main) y el nivel de funcionamiento

reflexivo (de Fonagy). De los resultados obtenidos, surgieron dos configuraciones representacionales: Una que vincula el modelo representacional de apego de tipo autónomo-seguro al reconocimiento de una distancia progresiva madre-bebé a lo largo del segundo semestre y, otra que vincula el modelo representacional de apego de tipo apego inseguro-evitativo a la falta de reconocimiento de dicha distancia. Estos resultados son vinculados también con las teorías de D. Winnicott, acerca de la independencia progresiva que adquieren, a lo largo del primer año de vida, tanto la madre como el bebé.

Los hallazgos de Duhalde, contribuye a comprender como las representaciones sociales de las madres para alimentar a sus hijos, se relaciona con el tipo de apego que practican, según la edad de su bebé.

Folle y Geib⁷⁴ en el año 2004, investigaron las representaciones sociales de las adolescentes primíparas acerca del cuidado materno al recién nacido en el ámbito domiciliar, a través de un estudio cualitativo. Participaron ocho adolescentes residentes en el municipio de Passo Fundo Brasil, con hijos recién nacidos. Los datos fueron recolectados en sus domicilios, con las técnicas de proyección y entrevistas semiestructuradas, que interpretaron, a la luz de la teoría de las representaciones sociales, los resultados ponen en evidencia que las adolescentes representan el cuidado materno esencialmente en los núcleos figurativos de afecto, integración familiar y realización materna. Simbólicamente, consideraron que el cuidado materno

está basado en la formación de la familia, en la perennidad de los sentimientos y en el compromiso con el desarrollo psicomotor del niño. Las primíparas adolescentes valoran más la formación de una familia, que la pérdida consecuente de la maternidad precoz. El cuidado materno es un ejercicio conflictivo, a veces, representando un status de ser adulta y responsable, otras veces mostrando la inseguridad, la falta de preparación y la infantilidad, que afectan la atención al recién nacido.

Folle y Geib abordan la maternidad desde la perspectiva de las madres adolescentes, de esta manera permiten comprender el significado que ellas le dan al cuidado del recién nacido, además, subrayaron elementos de las representaciones sociales, que facilitan el abordaje de ese grupo de edad.

Vaz⁷⁵ en el año 2003, estudió los elementos que interfieren en las prácticas de inmunización a partir de las representaciones sociales de las madres sobre las vacunas mediante el uso de la investigación cualitativa. Para tal fin, realizó sesenta entrevistas semiestructuradas en madres con niños entre cero y 24 meses de edad, atendidas en una unidad de salud de Niteroi, Brasil. El examen de las entrevistas lo realizó con la técnica de interpretación de contenido mediante el cual obtuvo ocho categorías: La vacuna como prevención de enfermedades; fuentes de educación e información sobre la vacunación; la vacuna como imposición y auto responsabilidad; sentimientos maternos positivos y negativos hacia el acto de la vacunación; relación de cuidado entre la madre y el niño hijo en el acto de la vacunación; actitudes positivas frente a la

vacunación; actitudes negativas frente a la vacuna y hetero-imagen. En cuanto a la interpretación estructural obtuvo que la categoría “vacunar” fuera definida en términos evaluativos positivos y por las nociones de la prevención en salud; la categoría “no vacunar” representó los evaluativos negativos del comportamiento materno y de sus nociones de enfermedad. Concluye el autor que el estudio determina construcciones sociales que posibilitan una aproximación a las fuentes de motivación de las madres.

Este autor se focaliza en una de las prácticas de mayor significación en términos de la salud del bebé como lo es la vacunación, su abordaje destaca el significado que las madres asignan a la misma, y que fue un insumo de primer orden, a la hora de planificar, realizar y evaluar las sesiones de interaprendizaje con las madres.

Díaz, Cabrera y Mateus⁷⁶ en el año 2003, exploraron, mediante la investigación cualitativa, las representaciones sociales que sobre el concepto y práctica de lactancia materna que tienen un grupo de mujeres de Cali, Colombia. Desarrollaron diez entrevistas semiestructuradas a profundidad y un grupo focal, con participación de dos grupos independientes a mujeres seleccionadas, 10 mujeres en cada grupo, para un total de 20, por conveniencia, que cumplieron criterios de inclusión, según las variables de interés. Las participantes expresaron que no tienen un concepto estructurado y adecuado de las recomendaciones internacionales y

nacionales sobre la duración de la lactancia materna exclusiva. Refieren conceptos y prácticas positivas, negativas y ambivalentes sobre la lactancia según las categorías y dimensiones de interés como inicio, duración, beneficios y efectos en la madre, entre otros. Concluyen que las representaciones sociales exploradas y la influencia de instituciones relacionadas con la promoción, la protección y el apoyo del amamantamiento natural son desfavorables con la práctica esperada, tanto de la lactancia exclusiva, como de sus otras formas.

La investigación de Díaz, Cabrera y Mateus, complementa la comprensión de las actividades de cuidado en la lactancia materna desde el punto de vista de las madres, de esta manera cuento con una información inestimable para abordar este tema, con el ánimo de incrementar los saberes y las prácticas populares de las madres, en cuanto a la lactancia, que es parte del propósito de nuestra investigación.

Maestre, Urbano, León, Hernández y Maestre⁷⁷ en el año 2003, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con 50 madres de la comunidad de Cambalache, ubicada en Puerto Ordaz, Venezuela, en la que determinaron a través de una encuesta, que 80% tenían escaso conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna para el niño. Los de tipo nutricional fueron los más reportados en un 70%. El 88% de las madres no tenían conocimiento de los beneficios de la lactancia materna para ellas. Los de tipo anticonceptivo fueron los más reportados con un seis por ciento. El 90 % presentó una actitud favorable hacia la lactancia

materna. El 20% tenían creencias favorables y 16% desfavorables; en el 64% de las madres no se reportaron creencias. Los autores consideraron que es necesario educar a la población acerca de los beneficios de la lactancia materna.

El estudio descrito, pone en evidencia como está la situación con relación a los conocimientos y creencias sobre la lactancia materna en el país. La investigación es por demás importante porque corresponde a Venezuela y porque determinaron algunos elementos que favorecen y obstaculizan el desarrollo normal de los niños, aspectos necesarios para implementar, como lo planteo en un objetivo específico de esta investigación, un programa de intercambio de saberes entre los actores para mejorar las prácticas del cuidado materno a los niños.

En general, presentamos trabajos de latitudes lejanas, en el ámbito de Latinoamérica y Venezuela, sobre aspectos del cuidado a los niños que nos orientaron, y así tener una mejor comprensión de cómo las madres se plantean tales cuidados y poder tomarlos en cuenta en cada fase posterior de la investigación.

Bases teóricas a partir del consenso producto de la reflexión y la acción

Relatamos a continuación de manera sucinta, los cuidados que mediante consenso identificamos que eran necesarios para que ellas estén en capacidad de realizar para mantener la salud de los niños. Como lo establece la metodología este apartado, fuimos construyendo y redefiniendo en la medida que temas nuevos

aparecieron en las reuniones con los grupos comunitarios. Agrupamos estas medidas en las siguientes áreas: La alimentación, el mantenimiento de la temperatura del cuerpo, el aseo general y del cordón umbilical, el descanso y el sueño, las características de crecimiento y desarrollo según la edad, el fortalecimiento del vínculo afectivo, la estimulación y las inmunizaciones durante el primer año de vida.

Lactancia materna exclusiva y complementaria

Este es uno de los temas que les generó muchas inquietudes y necesidades de aprendizaje a las madres y a la comunidad en general, en el proceso de interacción fue necesario comunicarles las ventajas de la lactancia materna. López⁷⁸, sintetiza tales beneficios tanto para la madre como para los niños. El autor menciona los siguientes aspectos de protección para el niño bebé: Mejor estado nutricional y metabólico, mayor defensa inmunológica, menor riesgo de sensibilidad alérgica, perfectas condiciones higiénicas y de temperatura de la leche, prevención de la obesidad y relación madre – hijo más íntima.

En relación con la madre, el autor destaca las siguientes bondades: La involución uterina más rápida, la satisfacción psicológica, el menor gasto económico, la mayor comodidad, la menor frecuencia de depresión posparto y del cáncer de mama.

La UNICEF de Venezuela⁷⁹, establece que entre las prioridades del Ministerio de Salud se encuentra la promoción de la lactancia materna como alimentación exclusiva, oportuna y a libre demanda para niños desde su nacimiento hasta los seis meses de vida, y complementada con otros alimentos hasta los dos años y más, como una forma de garantizar su derecho a la vida, a la salud y a la alimentación.

La primera leche, llamada calostro, es muy concentrada y suministra un gran número de anticuerpos que protegen al recién nacido contra muchas enfermedades como: Diarreas, neumonías, otitis y alergias, entre otras. En cuanto a la comparación de la lactancia materna y el uso de sucedáneos, la Comisión Nacional de Lactancia Materna de Venezuela (CONALAMA) y la OPS⁸⁰, agregan que utilizar los preparados lácteos produce más alergia e intolerancia a la leche, menores puntajes en las pruebas de inteligencia, la mujer puede quedar embarazada más pronto, incrementa las condiciones desfavorables para la desnutrición y las deficiencias de vitamina A en los niños.

Para aprovechar al máximo las ventajas que produce la lactancia materna, autores como Cameron y Hovfander⁸¹, Rosenthal⁸², Aguilar⁸³, y Luckmann⁸⁴, coinciden en que es necesario llevar a cabo las siguientes directrices: Poner el bebé al pecho dentro de la primera hora después del parto; colocarlo al seno cada vez que él o ella lo pidan; amamantar de manera exclusiva durante los primeros

seis meses de vida; comenzar la alimentación complementaria luego de los seis meses de edad y continuar amamantando hasta los dos años de edad o más.

CONALAMA⁸⁰, agrega que la mejor técnica para lactar se tiene cuando el pecho de la madre está sujeto con los dedos contra la pared de su tórax debajo del pecho, con el primer dedo apoyando el pecho, con el pulgar arriba y que el resto de los dedos no deben quedar muy cerca del pezón. Cuando sea necesario, se debe estimular al bebé para que agarre el seno, se puede hacer que toque los labios con el pezón, esperar hasta que el bebé tenga la boca abierta y moverlo rápidamente, en un solo movimiento hacia el pecho, con el labio inferior apuntando hacia debajo del pezón.

Por su parte Armstrong⁸⁵, aporta un inventario pormenorizado de la técnica que evidencia una lactancia materna exitosa: La madre debe estar relajada y cómoda, el cuerpo del bebé tiene que estar cerca de la madre y de frente al pecho con su cabeza y cuerpo alineados, y las nalgas apoyadas en la mano de la madre. Desde el punto de vista de las respuestas que emite el niño mientras mama, es ideal que: Busque el pecho, explore el pecho con la lengua, esté tranquilo y alerta, permanezca agarrado al pecho y lo suelte espontáneamente cuando ya no tenga hambre.

En relación con el reflejo de succión: La boca del bebé debe abarcar gran parte de la areola; tener la boca bien abierta; el labio inferior debe estar evertido o hacia fuera; el mentón del bebé debe tocar el pecho; las mejillas se aprecian

redondeadas; las mamadas son lentas y profundas, a veces con pausas y se puede ver u oír al bebé deglutiendo, es recomendable permitirle al bebé reposar por periodos cortos mientras se amamanta para que descanse. Desde el punto de vista del vínculo afectivo que se establece entre los infantes y su madre, debe apreciarse que ella le sostiene segura y confiadamente, le mira cara a cara, está en contacto físico y verbal permanente, y acaricia al hijo con frecuencia.

La madre puede adoptar cuatro posiciones para amamantar: Acostada, sentada, en posición de fútbol americano y la posición para amantar dos bebés. Luckmann⁸⁴, describe la posición acostada de la siguiente manera: La madre se encuentra de costado, apoyada sobre el codo y sostiene la mama con la mano opuesta, el bebé puede estar sobre una almohada y ella lo acerca para que empiece a succionar. Para adoptar la posición sentada la madre puede colocarse la almohada sobre el regazo, apoyar la cabeza del niño en su brazo que pueda tener contacto visual con los ojos de él o ella y que ambos abdomen estén pegados. En la posición de fútbol americano, la madre está sentada y el niño está colocado debajo de uno de sus costados, sobre una almohada, procurando contacto visual con él o ella. La posición anterior es también recomendada para amamantar a dos bebés.

En algunos casos, la madre puede tener dificultades para amamantar debido a grietas en el pezón, en este caso Luckmann⁸⁴ y CONALAMA⁸⁰, recomiendan que la madre coloque al bebé con el oído, el hombro y la cadera en alineación y el estómago

contra su vientre, que alterne con frecuencia las posiciones de lactación, cuando sea necesario que interrumpa la succión con el dedo meñique, que no permita que el niño muerda el pezón o se duerma con éste en la boca, que le ofrezca el seno con frecuencia, que se aplique bolsitas de té empapadas en agua tibia en el pezón. Cameron y Hovfander⁸¹, recomiendan además, usar la misma leche materna para humedecer el pezón, ya que las glándulas de Montgomery segregan sustancias que tienen propiedades lubricantes y antibacterianas.

Como puede apreciarse en algunos trabajos antecedentes, las creencias que tenga la familia sobre la lactancia puede ser una condición que interviene a favor o en contra de prácticas saludables, en este sentido, la UNICEF⁸⁶(Perú), plantea algunas falsas creencias que tenemos y algunos consejos sencillos para evitar que influyan negativamente en la lactación:

- Dar el pecho es doloroso y agrieta los pezones
- Mientras la madre amamanta, el marido no podrá “participar” en la crianza del bebé.
- Los bebés que se alimentan de pecho no engordan y siempre tienen hambre.
- Los biberones son mejores porque indican exactamente cuánta leche toma el bebé.
- La mujer que lacta va a estar “amarrada” al bebé y no podrá trabajar.

- Se secará la leche y el bebé llorará mucho.

En las madres de la localidad se ha presentado con mucha frecuencia dos creencias en cuanto a la lactancia materna: La primera es la del mal de ojo, ante su presencia muchas de ellas deciden suspender la lactancia materna y sustituirla por fórmulas infantiles. La segunda es que el agua de coco es un hidratante muy potente y puede usarse adicionalmente con la lactancia, en ambos casos es bueno establecer que la práctica más saludable es mantener la lactancia exclusiva.

A manera de resumen, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social⁸⁷ conjuntamente con la UNICEF⁸⁸, aconsejan cuatro acciones básicas para garantizar una lactancia exitosa, a saber: 1.- La succión frecuente, 2.- La posición cómoda de la madre y el niño al momento del amamantamiento, 3.- El vaciado completo de la mama y, 4.- La tranquilidad de la madre. Adicionalmente al esfuerzo de animar a la madre para amamantar exclusivamente, su pareja también debe tomar partido, facilitando esta práctica. Hogg⁸⁹, menciona que algunos de ellos se sienten relegados mientras mamá está lactando. Entre los aspectos en que el padre del bebé puede ayudar están: Ocuparse de las tareas de la casa y del cuidado del resto de los hijos si los hay, masajear la espalda de la madre para procurar el confort de la madre

En aquellos casos en que la madre trabaje o por cualquier razón que suponga la separación temporal de la madre y su hijo. Aguilar⁹⁰, sugiere la extracción de la

leche materna. La autora expone dos maneras de hacerlo: La manual y la técnica Marmet con extractor mecánico.

Es necesario antes de empezar la lactancia o la extracción de la leche realizar un masaje en los senos, Blázquez⁹¹ explica la forma correcta de hacerlo: se masajean las células y conductos productores de leche presionando el seno firmemente con las yemas de los dedos contra la pared del pecho, empezando por arriba. Mover los dedos circularmente, concentrándose en una zona por vez por unos cuantos segundos, antes de moverse a otra zona. Avanzar en espiral alrededor del seno hacia la areola a medida que masajea. El movimiento es similar al usado en exámenes de senos. Acariciar el área del seno desde arriba hacia el pezón, usando un contacto ligero de cosquilleo. Continúe con este movimiento ya que estimulará al reflejo de expulsión de leche. Para finalizar sacudir el seno a la vez de inclinarse hacia adelante para que la gravedad ayude a la expulsión de la leche.

Luego de extraer la leche es de vital importancia mantenerla correctamente conservada para evitar que se contamine con bacterias, perjudiciales para el bebé. La Liga de la Leche Internacional⁹² establece que para mantener intactas las características nutritivas de la leche materna, debe conocer especialmente los cuidados para su almacenamiento. Los recipientes para almacenaje deben ser de plástico duro o de vidrio y deben ser lavados con agua y jabón, enjuagados con agua

y esterilizados (diez minutos en agua hirviendo o mediante equipos especiales de esterilización).

Para dársela al bebé deben tenerse algunas precauciones: Jones y Tully⁹³ sugieren que la leche humana debería descongelarse y calentarse gradualmente y con cuidado. Así como la congelación destruye cualidades inmunológicas de la leche, también las altas temperaturas pueden afectar las propiedades beneficiosas de la leche. Leche congelada: Para Lawrence y Lawrence⁹⁴ los recipientes deberían descongelarse durante toda la noche en la nevera o bajo el chorro de agua. Luego ir gradualmente aumentando la temperatura del agua para calentar la leche hasta alcanzar la temperatura a la que se alimenta al bebé.

La Liga de La Leche Internacional⁹⁵, recomienda que una medida adicional de la nutrición del recién nacido es el baño de sol, tal acción previene el raquitismo porque puede proporcionarle la vitamina D que no se encuentra en concentraciones lo suficientemente altas en la leche materna. Todas las mañanas entre las 8:45 a 10:00 y luego de las cuatro de la tarde se puede colocar a tomar sol a su bebé si le es posible. Colóquelo desnudo y protegiéndole la cara 5 a 10 minutos boca arriba y boca abajo.

Luego del sexto mes de vida del bebé se puede iniciar la ablactación a razón 24 a 40 onzas diarias, dado que la capacidad del estómago es de más o menos 200 centímetros cúbicos. La UNICEF venezolana⁸⁸, enfatiza la idea de continuar la lactancia y empezar a incluir alimentos según la tolerancia y aceptación del niño.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la UNICEF⁸⁷, consideran que la introducción de nueva comida en la dieta del bebé, es una experiencia de aprendizaje desde el punto de vista de todos los sentidos; lo importante es que el niño disfrute comer a partir de los olores, sabores, y colores.

La textura del alimento debe ser tipo papillas, cremas, sopas y a medida que el niño vaya completando su dentadura se puede aumentar la consistencia del mismo. Al sexto mes, se pueden agregar tubérculos como la papa, la yuca, el ocumo y el apio. Las hortalizas de un sabor suave como la auyama, la zanahoria o el calabacín. En cuanto a las frutas, es importante que no sean cítricas, como los son: El cambur, el mango y la lechosa; entre los cereales se pueden ensayar solo el arroz en atoles o papillas, la parte blanda de la arepa y las carnes de pollo o res licuada, además de queso y yogurt, mantequilla, margarina o aceite como aderezo, aunque se debe evitar el maíz. Entre los diez y doce meses de vida, el niño puede comer prácticamente como un adulto y puede comer todo tipo de carnes, el huevo y el pan. Al año de vida, losinfantes deben estar incorporados a la mesa con el resto de la familia.

Posada, Gómez y Ramírez⁹⁶, comentan que la comida del bebé debe ser suministrada con cucharilla pequeña y de ser posible que esté recubierta de un material no metálico para proteger las encías de traumas. Bobroff⁹⁷ incorpora otras sugerencias útiles a la hora de la elección de los alimentos para el bebé: No ofrecer jugo al bebé constantemente. Limitar el consumo de jugos a no más de tres onzas

diarias en el primer año de vida. Una cantidad de jugo superior puede quitarle el apetito, y puede hacer que no quiera comer otros alimentos necesarios para su desarrollo; diluir los jugos con agua antes de comenzar a ofrecer estas bebidas a su bebé, además no es necesario agregar grandes cantidades de azúcar.

Es importante que los bebés coman alimentos con diferentes texturas en los primeros meses en los que comen alimentos sólidos. Esto les ayudará a poder masticar una variedad de alimentos y evitar problemas más tarde. A partir de los ocho o diez meses de edad los bebés pueden comenzar a comer los mismos panes y cereales que come el resto de la familia. Los síntomas de alergia alimenticia pueden ser: Dolor de estomago, Diarrea, Erupciones cutáneas, Estornudos y Vómitos.

En un trabajo conjunto de la OMS y la Organización para la Alimentación y la Agricultura⁹⁸ (FAO), elaboraron una serie de recomendaciones para la alimentación complementaria. A continuación menciono las más importantes, para su aplicación en el domicilio:

Los recipientes y utensilios deben estar muy limpios, para la alimentación de los niños se pueden seguir los siguientes pasos: 1.- Lavarse bien las manos antes de comenzar. 2.- Calcular el agua que se va a colocar en el preparado, más o menos 30 mililitros de agua por cada cucharada de leche en polvo, las cucharadas deben ser rasas y sin comprimir. 3.- Hervir el agua poco tiempo, nunca más de 10 minutos, y se deja que enfríe. 4.- Hervir en otra olla el agua que se va a utilizar en el preparado y se

deja enfriar a la temperatura del cuerpo. 5.- Colocar la cantidad de agua recomendada y después se agrega la porción de leche en polvo en el envase, se agita bien el preparado para eliminar posibles grumos. 6.- Adecuar la temperatura del preparado a la corporal, si está demasiado caliente, enfriarlo un poco poniendo el envase en agua fría, y si está muy frío calentarlo en baño de María. 7.- Preparar el líquido para cada toma y no se debe aprovechar nunca lo que haya podido sobrar de la anterior, tampoco se deben dejar preparados en la nevera, ni a temperatura ambiente, ya que podrían perder parte de sus propiedades nutritivas y se podrían contaminar, no es aconsejable conservar en la nevera el agua previamente hervida, y 8.- Ayudar al niño a eructar los gases, luego que termina de comer, para que no le queden acumulados y le produzcan dolor de estomago o vómito.

Para evitar estas molestias se debe: Colocar al niño de manera que su cabeza quede apoyada en el hombro de la persona, boca abajo sobre el regazo o que quede sentado sobre el regazo sujetando su pecho y su barbilla; palmear suavemente la espalda del niño; sacarle los gases a la mitad de la toma y al final; colocar al niño en la posición que más le guste o que se le facilite la expulsión de los gases y tener preparado un paño por si regurgita. Luckmann⁸⁴, añade que luego de la alimentación se coloque al lactante sobre el costado derecho para facilitar el vaciado del estómago hacia el intestino.

Temperatura corporal

Ladewig, London, Moberly y Olds⁹⁹, refieren cuatro formas en las que los bebés pueden perder calor: Convección, radiación, evaporación y conducción. La convección ocurre cuando el niño, usualmente desnudo, es expuesto a corrientes de aire más frías, este fenómeno se puede presentar cuando se le va a asear y queda sin ropa por tiempo prolongado, también puede presentarse en ambientes con aire acondicionado. La radiación se produce en el momento que el niño infante está cerca pero no tiene contacto directo con objetos más fríos que él, entre las cosas del hogar que pueden producir este efecto se encuentran: Las paredes, el piso y algunos juguetes metálicos.

La tercera forma de pérdida de calor es la evaporación, la manera más frecuente es cuando el niño está húmedo, durante el baño y cuando están sus ropas mojadas por orina. La cuarta manera es la conducción, la misma ocurre al colocar directamente sobre la piel del niño objetos más fríos que la temperatura normal del cuerpo, entre las cosas que producen conducción están las manos de otras personas, las mesas de exploración física y el estetoscopio. Es importante aclarar que los niños que nacen prematuramente pueden no tener mecanismos eficientes durante los primeros días de vida para regular su temperatura.

Entre las recomendaciones para mantener la temperatura corporal, especialmente en el recién nacido, están: Mantener secas la ropa y la cama,

envolverlo doblemente y colocarle un gorro de lana o algodón, evitar su exposición a corrientes de aire y evitar la cercanía y el contacto directo con estructuras frías, calentar los objetos que van a ponerse en contacto con él, controlar la temperatura ambiental y la de la ropa, es más recomendable un ambiente caliente (entre 22 y 25 °C) que abrigar excesivamente al recién nacido. Las prendas de vestir deben ser de fácil colocación y holgadas.

Descanso y sueño

Luckmann⁸⁴, dice que los periodos de sueño del niño varían de acuerdo a la edad. Los niños de dos meses duermen casi todo el tiempo, entre cinco y seis horas por la noche. Es importante que el niño sea mudado a una habitación aparte. A los cuatro meses pueden dormir toda la noche y duermen más o menos 16 horas en un día. Al sexto mes, el tiempo de sueño total se acorta a 12 horas, este patrón se estabiliza al año.

Stellwagen y Boies¹⁰⁰, consideran que entre las medidas a tomar para que el niño tenga un sueño seguro están: Acostar al lactante siempre del lado derecho; colocarlo sobre un colchón firme en un medio ambiente seguro; prescindir de las sábanas, las almohadas y las mantas enrolladas; emplear ropa de cama apropiada; evitar la calefacción excesiva; los colchones de agua, los colchones blandos y los sofás; impedir la exposición al humo de cigarrillo. Evitar que haya otros adultos que no sean los padres, niños o mascotas en la cama y, aunque no es una conducta vedada,

es bueno sopesar los riesgos y los beneficios de que el niño duerma con los padres, no solo por los riesgos o preferencias de crianza de los padres, sino por las implicaciones que esta práctica tiene, en el grado de apego que puede desarrollar el niño.

Baño y aseo

Antes de hablar de las medidas que debemos tener en cuenta para el baño del bebé, es importante lo establecido por González-Oviedo¹⁰¹: En los recién nacidos y niños pequeños, el pH de la superficie cutánea es mayor y el contenido de ácidos grasos libres es menor que en el adulto, lo que disminuye la función de barrera y su resistencia a agentes infecciosos. Además, las glándulas sebáceas y el sistema inmune por su inmadurez favorecen el riesgo antes mencionado.

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología¹⁰², recomiendan que durante el baño del niño, el agua debe mantener una temperatura de 36 °C y que debe procurarse el control de los elementos ambientales como las corrientes de aire, temperatura de la ropa y de la cama. La frecuencia del baño es diario, en el recién nacido y puede hacerse con esponja individual, sin inmersión. La limpieza y el cambio de pañales se hace tantas veces como sea necesario, y si precisa, se aplica crema protectora en el área del pañal, aunque es importante verificar que esas cremas no le produzcan irritación.

Agregan Posada, Gómez y Ramírez⁹⁶, que se recomienda un jabón de glicerina, neutro e hipoalergénico. Los mismos autores sugieren que el baño se haga de la siguiente manera: Lavar la cabeza poniendo su cuerpo extendido sobre el antebrazo, el brazo entre las piernas y la cabeza en la palma de la mano, el lavado se hace con la otra mano, hasta este momento el bebé debe estar vestido. El baño del resto del cuerpo se realiza colocando la cabeza del niño en el pliegue del codo, apoyando el cuerpo en el antebrazo y sentando el niño en la palma de la mano; se sumerge al niño en la bañera y se lava con la otra mano, nunca dejarlo sólo mientras está en el agua ya que puede ahogarse; también se debe evitar que la bañera tenga un nivel de agua mayor a los 15 centímetros de profundidad; el secado debe hacerse con una toalla suave y en forma de toques delicados sobre la piel, teniendo especial precaución para secar los pliegues.

El aseo de las cavidades se puede hacer con motas de algodón. Los ojos se limpian desde el ángulo interno hacia el externo, los oídos se limpian en su parte externa y posterior, en los genitales femeninos se hace con una mota de algodón húmeda, desplazándola de arriba hacia abajo desechando la mota usada en cada aplicación para no arrastrar residuos de heces hacia la vulva. Los genitales masculinos se limpian con una mota de algodón húmeda, corriendo el frenillo (prepucio) para remover los residuos. Adicionalmente, el Centro Médico de la Universidad de Maryland¹⁰³ agrega que no se deben abrir los labios de la vagina para

limpiar adentro (los pliegues de la vagina) y limpiar todos los pliegues, aplicar una pomada en los genitales y las nalgas para prevenir una posible irritación.

En cuanto a la seguridad física del niño durante el baño, el Departamento Médico de la Universidad de Texas¹⁰⁴, destaca que es importante mantener al bebé envuelto con una toalla o manta, incluso lavar su cabeza sin desvestirlo para que no pierda calor, no soltar al bebé, ni siquiera por un instante. Si se olvida algo, envolver al bebé con una toalla y mantenerlo en los brazos del cuidador, evitar que estas acciones sean hechas por niños. La manera más segura de manipular el cuerpo del niño durante el baño es que la mano de la persona que lo está bañando esté sujetando el hombro del niño y el antebrazo esté rodeando la cabeza, voltearlo para lavar la parte de atrás y sujetarlo de igual manera. Por otra parte no se debe frotar la piel con toallas o esponjas; recortarse las uñas y evitar el uso de prendas al momento de realizar el baño. Por último, se deben evitar los baños prolongados, después de los 15 minutos el agua deshidrata la piel.

El cambio de pañales constituye una parte esencial del cuidado del bebé y debe realizarse cada tres horas o cada vez que el niño presente una deposición para evitar lesiones en la zona del pañal y proporcionarle confort. El bebé usará entre siete y diez pañales diarios. La limpieza debe ser realizada con un algodón humedecido en agua tibia, de ser necesario el uso de jabón, debe enjuagarse lo suficiente para

asegurarse de que no quedaron restos del mismo. Posteriormente se debe secar la piel, especialmente en los pliegues.

La caspa del bebé puede ser normal. Esta caspa escamosa, costrosa y sebosa es llamada costra láctea. Ésta puede aparecer en la cabeza de su bebé durante los primeros meses y es provocada por las glándulas sebáceas que trabajan tiempo extra. Aunque no se ve bien, esta caspa no pica y puede quitarse lavando de vez en cuando la cabeza del bebé con un champú para bebés. Finalmente es bueno acotar que la limpieza extrema no siempre es buena, no se debe exagerar el número de veces que se baña al bebé con jabón. Esto permite que la piel mantenga su nivel normal de pH y reduce los riesgos de irritación.

Cuidado del cordón umbilical

El Sistema de Salud de Castilla-La Mancha¹⁰⁵, describe los pasos para la limpieza del cordón umbilical, en los siguientes momentos: 1.- Lavarse concienzudamente las manos, no es necesario utilizar líquidos especiales, se pueden usar jabones sólidos o en polvo. 2.- Agarrar una gasa estéril por las cuatro puntas, de forma que los dedos no toquen la parte central de la gasa (que es la que se pondrá en contacto con el ombligo). 3.- Impregnar la zona central de la gasa con alcohol isopropílico al 70 % volumen / volumen. 4.- Limpiar la base del ombligo con un movimiento de rotación alrededor del mismo, se pueden usar varias gasas para hacer el aseo. 5.- Limpiar, con otra gasa estéril la parte distal del ombligo. 6.- No cubrir con

gasa el ombligo para favorecer su desprendimiento, porque el cordón umbilical sufre un proceso de secado que es más rápido en la medida que está más tiempo en contacto con el aire. 7.- Colocar el pañal doblado por debajo del cordón. 8.- Realizar la limpieza de la zona tres veces al día y siempre que sea necesario, por ejemplo si se mancha con heces u orina y, 9.- Una vez desprendido el cordón, continuar la cura con alcohol isopropílico al 70% volumen / volumen, durante dos o tres días más, hasta que cicatrice.

Eliminación

Según Luckmann⁸⁴, los niños orinan entre seis u ocho pañales al día. Las heces varían de acuerdo al tipo de alimentación, si son amamantados exclusivamente serán doradas y blandas o granulares, se espera que evacuen cada vez que se alimenten. Los niños alimentados con fórmulas lácteas producen heces más oscuras y de mayor consistencia, en algunos casos las evacuaciones se hacen más distantes y se nota mayor esfuerzo del bebé para eliminar. La madre puede identificar cambios importantes en la consistencia, la frecuencia y el olor de las heces cuando cambia de una forma de alimentación a otra.

Crecimiento y desarrollo normal de un niño en su primer año de edad.

Luckmann⁸⁴, sostiene que de manera habitual, la valoración del crecimiento y desarrollo del niño, durante el primer año de vida, se realiza en cuatro grandes

ámbitos: El físico, el cognitivo, el personal social y el temperamento. En lo físico, se debe evaluar el grado de evolución de cada una de las partes del cuerpo, así como el grado de madurez de las funciones que desempeñan para la conservación de la vida. Durante el primer año de vida el crecimiento normal sigue las siguientes tendencias: La longitud promedio al nacer es de 48 a 54 centímetros y el peso de 3400 gramos, en los primeros días el niño puede perder hasta 10% de su peso, pero lo recupera más o menos en una o dos semanas; para los dos meses el peso llega a cinco kilogramos y la estatura a 58 centímetros; a los cuatro meses alcanza un peso de 6400 gramos y una longitud promedio de 61 centímetros; a los seis meses ya pueden pesar 7600 gramos y tallar 68 centímetros; a los nueve meses pesan en promedio 8900 gramos y miden 71 centímetros; al año pesan cerca de 9900 gramos y alcanzan una talla de 76 centímetros.

Acerca del desarrollo cognitivo, que es la adquisición progresiva de la capacidad del pensamiento y razonamiento complejo, cada bebé tiene su propio ritmo, por lo que la información siguiente es solo una guía. Se espera que el bebé repita y perfeccione las acciones reflejas iniciales a medida que va creciendo, él va incrementando su noción de sí mismo, de los objetos y seres humanos que lo circundan, por lo tanto va desarrollando conductas específicas hacia lo que percibe a través de los sentidos. Las primeras reacciones instintivas del bebé son las de buscar el pezón y succionar, la extensión de los brazos y manos seguidos de flexión de los mismos, cerca del mes buscan con la vista objetos con colores llamativos. A los dos

meses sigue objetos que tiene en frente y en ambos lados del campo visual, además emiten algunos sonidos. Para el cuarto mes ya están en capacidad de levantar la cabeza hasta los 45°, sujetan objetos pequeños, siguen objetos con la vista de lado a lado, gritan, balbucean y sostienen la cabeza sin ladearla.

Al llegar al sexto mes, se llevan las manos y objetos a la boca, se voltean en ambas direcciones, buscan sonidos que están fuera de su campo visual, extienden su cuerpo para buscar objetos, comienzan a imitar sonidos y a parlotear. En el noveno mes de vida, transfieren objetos de una mano a otra, usan los dedos como pinzas, comienzan a sentarse, gatean, recogen y sostienen piezas pequeñas, buscan activamente objetos, pronuncian silabas aisladas y comienzan a atribuir significado a las palabras que oyen y a gestos que observan. Cuando tienen un año permanecen de pie por largo rato sin soporte, comienzan a subir escaleras si se les lleva de la mano y dan sus primeros pasos sin ayuda.

Desde el punto de vista del desarrollo personal social, los niños van aprendiendo a identificar las maneras como los cuidadores le satisfacen sus necesidades básicas, de esta manera, asocian a personas como su madre con la alimentación y a algunos objetos con el sueño, el baño y el cambio de ropa.

Durante el primer mes, pueden establecer contacto visual frecuente y un contacto físico gradual que empieza por tocarse con las puntas de los dedos hasta llegar al abrazo completo. Para el segundo mes, observan los rostros, sonríen en

reacción al contacto con el rostro y la boca de las personas, o espontáneamente. Cuando tienen seis meses pueden mirar fijamente su mano y disfrutan de los rostros en movimiento.

Llegada la mitad del primer año interactúan con las personas conocidas y en algunos casos muestran reserva ante la presencia de extraños. Al noveno mes, se alimentan por sí solos con los dedos y a los doce meses juegan a hacer arepitas con las manos o se palmean con alguien más, distinguen correctamente a mamá y papá, comprenden órdenes sencillas, indican sus deseos sin llorar y juegan más frecuentemente con otras personas.

Inmunizaciones durante el primer año de vida

De acuerdo con lo estipulado por el Ministerio de Salud¹⁰⁶, el Plan Nacional de Vacunación, es una respuesta concreta que apunta a transformar y mejorar la calidad de vida y de salud de los venezolanos, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por enfermedades que pueden ser prevenidas por vacunas. El esquema de vacunación, que se aplica en el país incluye las vacunas BCG, Antipolio paralítica, Trivalente Viral, Antiamarílica, Antirrotavirus y Pentavalente. Estos productos biológicos protegen contra la Tuberculosis, Poliomiélitis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Meningitis, Neumonía por Hib, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Fiebre Amarilla y Hepatitis B.

Toda madre debería saber que el Plan Nacional de Vacunación abarca diversos establecimientos del Sistema Nacional Público de Salud, es decir, hospitales, ambulatorios y vacunatorios de Barrio Adentro. Dentro de la estrategia “Trío por la Vida”, está previsto que los niños que nazcan en los establecimientos de salud, egresen habiendo recibido la BCG, la Anti-Hepatitis B y la Antipolio, así como con su tarjeta de vacunación. Además, es obligación del centro de salud informar sobre la importancia que tiene cumplir con el esquema completo de vacunación para cada niño o niña e indicar a los padres y familiares cuál es el centro de vacunación más cercano a su domicilio.

La madre tiende a manejar con fluidez la idea de que el recién nacido debe salir del centro asistencial donde fue atendido el parto habiendo recibido dos vacunas, de no ser el caso debe acudir al ambulatorio o al consultorio popular más cercano a su domicilio, para que se las coloquen y que debe asistir cuatro veces más cuando el niño tenga dos, cuatro y seis meses y una vez más, entre los seis y doce meses para completar el esquema de vacunación.

Una práctica frecuente de las madres es no suministrar las vacunas a los niños por la creencia de que les pueden producir problemas graves de salud; al respecto, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría¹⁰⁷, aclara que los niños con alergia al huevo pueden recibir la vacuna triple vírica, porque

la cantidad de proteínas es mínima, en caso de duda se aplica la vacuna y se mantiene bajo observación al niño por seis horas.

No existe contraindicación en los casos siguientes: Enfermedades infecciosas banales o moderadas, con o sin fiebre (catarros y diarreas leves) que no incrementa los efectos adversos, ni prolongan los síntomas de la enfermedad que padece, ni se modifica la respuesta inmunitaria frente a la vacuna. Los niños pretérmino se vacunan en la misma edad cronológica que los niños a término, con la mayoría de las vacunas consideradas en el calendario vacunal; pueden vacunarse los niños cuya madre está embarazada; no hay riesgo alguno de vacunar a una persona que haya padecido la enfermedad de la que se le vacuna. El único efecto esperable es el aumento o refuerzo de la inmunidad adquirida de forma natural. Las personas diagnosticadas de epilepsia, en situación estable, y los que presentan convulsiones febriles pueden vacunarse sin riesgos.

El Instituto Pedro Kouri¹⁰⁸, agrega las siguientes falsas contraindicaciones: Enfermedades leves con elevación de la temperatura a menos de 38 °C o diarrea; niños que reciben tratamiento antibiótico; historia no específica de alergias; historia familiar de convulsiones o enfermedades neurológicas, cuando se considera la vacunación antisarampionosa o antipertusis; historia familiar de lactantes con muerte súbita, cuando se considera la vacunación antipertusis y desnutrición.

La OMS¹⁰⁹, ha identificado que en la mayoría de los casos en que la madre decide no vacunar al niño está presente alguna de las siguientes ideas falsas: 1.- Las enfermedades ya habían comenzado a desaparecer antes de la introducción de las vacunas debido a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias. 2.- La mayoría de las personas que enferman han sido vacunadas. 3.- Existen “lotes defectuosos” de vacunas asociados con un número mayor de incidentes adversos y defunciones que otros, los progenitores deben averiguar los números de estos lotes e impedir que sus hijos reciban vacunas pertenecientes a los mismos. 4.- Las vacunas ocasionan numerosos efectos secundarios perjudiciales, enfermedades e incluso la muerte, por no mencionar los posibles efectos a largo plazo que ni siquiera se conocen aún. 5.- En el país, las enfermedades evitables por vacunación se han eliminado virtualmente, por lo que no es necesario que vacune al hijo y, 6.- La administración simultánea a un niño de varias vacunas para enfermedades diferentes aumenta el riesgo de efectos secundarios perjudiciales y puede sobrecargar el sistema inmunitario. Ante la posibilidad que la madre tenga algunas de las creencias destacadas en este párrafo, es importante darle la información adecuada para que pueda tomar decisiones con un conocimiento amplio y adaptado a su cultura.

Estimulación infantil

El contacto afectivo es el conjunto de acciones de naturaleza verbal o no, que implican un sentido de cuidado y cariño, así como de satisfacción en la madre por la

felicidad del niño. Por su parte, la diferenciación psicológica está orientada a que la madre mantenga una disposición de mediadora, más que de protagonista en las experiencias cognitivas del niño, que le permita al mismo ir en busca de su propio posicionamiento y no la replicación de las conductas que la madre le induce.

En otras palabras, Vigotsky¹¹⁰ resalta la participación infantil en actividades culturales, teniendo como guía compañeros más capaces que permiten que el niño aprenda progresivamente a utilizar los instrumentos necesarios para resolver un problema con más madurez que si actuara solo. El mismo autor desarrolló el concepto de Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), el cual explica que el desarrollo infantil evoluciona mediante la participación del niño en actividades más allá de sus competencias, ya sea con la ayuda de pares más hábiles o de adultos, en el último caso con su madre, con un refuerzo gradual de la participación de éste en las actividades sociales que son valoradas y que exigen destrezas especiales; ya que su madre decide el momento oportuno de la participación del niño en estas actividades y le ayuda en el proceso de modelar ejecuciones apropiadas, así como, regular las dificultades con las nuevas tareas.

Por su parte Posada, Gómez y Ramírez⁹⁶, listan algunas actividades que pueden estimular los sentidos del niño, a continuación menciono las mismas: Hacerle masajes sobre los pies y ponerlo en contacto piel a piel con los padres y familiares; ofrecerle contacto con los dedos para que lo agarre; abrazarle y arrullarle; hablarle

con la voz normal, llamarle por su nombre y repetirle sus propios sonidos; colocarle música suave, alegre e infantil a un volumen moderado, especialmente a la hora del baño y antes de dormir.

De acuerdo con información de salud de la Universidad de Texas¹¹¹, la estimulación visual debe tomar en cuenta que los colores blanco, negro y azul oscuro. Se aconseja decorar la habitación del bebé con pósteres y objetos tridimensionales tomando en cuenta estos colores durante los tres primeros meses, y después con diferentes colores. Los objetos decorativos se deben cambiar de posición a menudo. Los olores que más disfruta el niño son el de la leche materna, el de su madre y el de su padre. En cuanto a los sabores, son más proclives por lo dulce que por lo amargo o ácido

Los movimientos del bebé pueden estimularse facilitándole objetos para que desarrolle sus brazos y sus piernas. Es importante incitar al niño al juego con todo lo que se dispone alrededor. Desde el punto de vista de la socialización, deben ser frecuentes los contactos con los miembros de la familia.

Un área poco explorada en el cuidado de los bebés es la estimulación a través de masajes, sin embargo ya estamos viéndolo como una práctica cotidiana en otras latitudes, Hogg⁸⁹ plantea que además de los vínculos afectivos y emocionales, el masaje infantil ofrece beneficios fisiológicos.

Entre las conductas de la madre y la familia que influyen positivamente en el desarrollo del vínculo afectivo están: La mirada, la vocalización, el tacto, el afecto, la proximidad y el sostén, que son los diferentes canales desde los cuales van a interactuar con el bebé. Otros elementos son la sincronía y la reciprocidad en la relación. Los determinantes del apego seguro son: Sensibilidad, respuesta a la angustia, estímulo apropiado y moderado, sincronía y calidez de la interacción, compromiso, contacto físico frecuente y prolongado, interacciones recíprocas y activas, adecuación de la interacción de contacto basada en los ritmos y señales de los bebés.

Inversamente, la conducta intrusiva, los estímulos excesivos, el estilo controlador de interacción madre-hijo, la falta de respuesta ante las necesidades del bebé, el poco compromiso del cuidador, los patrones de conductas contradictorios, el rechazo permanente y los castigos físicos frecuentes no permiten o dificultan el desarrollo de un tipo de apego seguro.

Visitas al equipo de salud

El Ministerio de Salud³, establece que el recién nacido de bajo riesgo debe asistir a dos consultas en el primer mes, la primera a los siete días y la segunda a los veintisiete días de nacido. Después deberá ser valorado una vez por mes hasta que cumpla seis meses, y luego cada tres meses hasta que cumpla el año, en total el niño

debería ser visto en nueve oportunidades durante su primer año de vida, si sus condiciones de salud son normales.

Signos de alarma sobre la salud del niño

Los padres o cuidadores deben reconocer de manera sencilla algunas conductas que pudiera indicar que el niño tiene algún problema de salud, en ese caso se debe acudir a un centro de salud a la brevedad posible para que se trate de manera adecuada. Ladewig, London, Moberly y Olds⁹⁹ recomiendan que es urgente consultar al equipo de salud si se observan en el recién nacido los siguientes signos o síntomas: Temperatura axilar por encima de 38 °C, o por debajo de 36,6 °C; elevación permanente de la temperatura; más de un vómito intenso o vómitos frecuentes de alrededor o menor de seis horas; rechazo a dos tomas de alimentos; disminución de la atención del niño; dificultad para despertar al niño; coloración azulada de la piel durante la alimentación o en otro momento, tono amarillento en la piel que aumenta paulatinamente; vesículas o lesiones con pus y cualquier tipo de irritación en la piel; ausencia de respiración por más de 15 segundos, o muy rápida; llanto agudo inconsolable o intranquilidad en el niño ; mal olor, secreción de algún líquido o sangramiento por el cordón umbilical o por otro orificio corporal; dos o más evacuaciones acuosas verdes o negras seguidas o el aumento anormal de las evacuaciones; abdomen distendido, llanto al intentar evacuar o ausencia de evacuaciones después de que el niño ya tiene un horario más o menos establecido

para hacerlo; pañales sin orina en un lapso de 18 a 24 horas, o menos de seis pañales mojados en 24 horas y aparición de secreciones en los ojos.

Otros cuidados

Luckmann⁸⁴, hace algunas recomendaciones que promueven la salud general del niño, a saber: No se debe fumar en la residencia del niño porque aumenta el riesgo de problemas respiratorios; mantener el niño acompañado para minimizar el riesgo de accidentes; en el caso de transportarlo en coche debe ir sujeto con su cinturón de seguridad, en el traslado en automóvil debe ir sentado en la parte trasera del mismo y con la silla especialmente diseñada para evitarle lesiones.

La UNICEF¹¹², detalla una serie de previsiones para evitar lesiones de los niños, en los diferentes ambientes del hogar, a continuación enuncio los aplicables a nuestro contexto:

En la cocina los niños deben estar acompañados por un adulto, colocar una barrera que les impida el acceso a su interior o mantener la puerta siempre cerrada. Cuando se cocine, hay que utilizar las hornillas interiores y colocar los mangos de ollas y sartenes hacia dentro, de manera que no sobresalgan. El recolector de la basura debe estar guardado en un armario, los cables de los aparatos eléctricos que no se les esté dando uso deben estar siempre enrollados. Si el mantel de la mesa de la cocina cuelga, hay que vigilar que no tiren de él y hagan caer lo que haya encima.

Lacuna ha de ser sólida, estable y segura, y no debe disponer de adornos que se puedan desprender. La distancia entre los barrotes debe ser mayor de 4,5 centímetros y menor de 6,5 centímetros. Sus costados deben tener por lo menos 60 centímetros de altura. Para evitar que los niños se golpeen la cabeza o saquen las manos o pies entre los barrotes mientras duermen, se debe colocar un protector acolchado por dentro de la cuna. Si el infante duerme en cama, hay que instalar una barandilla o barra de seguridad para evitar que se caigan.

La madre se encuentra con algunas situaciones cotidianas que generan la necesidad de tener en cuenta algunas recomendaciones hechas por Hogg⁸⁹. A todos los bebés les da hipo en algún momento, a veces después de comer, a veces después de dormir, lo que sucede es que el músculo diafragma, que está involucrado en la respiración, pierde el ritmo mostrando esos sobresaltos, durante estos episodios no hay una recomendación específica, sin embargo, algunas madres aplican una práctica popular que consiste en resolverlo colocando un trozo de algodón o de hilo mojado en agua en la mitad de la frente. En el caso de los eructos, el aire se reúne en pequeñas burbujas en el estomago haciendo sentir lleno al bebé aunque no lo esté.

La autora recomienda tres maneras de hacerlo eructar, una es sentarlo erguido en el regazo y frotar suavemente su espalda de manera ascendente, la otra consiste en alzar al bebé derecho con los brazos relajados y caídos por encima de los hombros de la persona que lo tenga, las piernas deberán estar bien estiradas, creando una ruta

recta para que el aire suba y salga. En esta posición se frota de abajo hacia arriba la espalda del bebé o se le dan palmaditas muy suaves. La otra manera es colocando al bebé boca abajo sobre el regazo, colocar su cabeza sobre una de las piernas dejando la cara del bebé de lado, en la otra pierna coloca el estómago del niño, frotarle la espalda o darle palmaditas desde las nalgas hasta el cuello. En todos los casos se recomienda hacerlo durante por lo menos cinco minutos, hasta que el bebé suelte los gases. Es normal que el niño expulse un poco de leche al expulsar los gases.

Una de las características de la geografía de la parroquia Osuna Rodríguez es la presencia de zonas con maleza o terrenos donde se acumula agua, estos dos elementos elevan el riesgo de enfermedades zoonóticas en el niño como el dengue, entre otras; de hecho es muy evidente la presencia de artrópodos, como zancudos, pulgas y mosquitos. Ante la presencia de esta circunstancia es bueno, según Ballona¹¹³, evitar la presencia de mascotas y otros animales domésticos en la casa. Heymann¹¹⁴, especifica que las medidas de prevención en estos casos son: Eliminar los recipientes artificiales de agua limpia cerca o en el interior de las viviendas como los floreros, materos y otros que permitan la acumulación de agua. Para la protección específica es perentorio el uso del mosquitero en la cuna o la cama donde duerme el bebé y de ser necesario el uso de ropa que permita la menor exposición de la piel al ambiente.

En cuanto a la inocuidad del agua que consume el bebé, es importante tomar en cuenta las sugerencias realizadas por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio para la Salud¹¹⁵: 1.- Antes de procesarla es necesario que el agua esté tan clara como sea posible, 2.- Tener a la mano un recipiente bien limpio para tapar el agua y almacenarla, de ser posible uno que solo se use para eso. 3.- Una vez que el agua hierva, se debe dejar hervir por diez minutos como mínimo. 4.- Pasar el agua para el recipiente limpio, y 5.- Mantener el agua tapada y servir del mismo sin introducir objetos sucios.

En los últimos tiempos, el avance de la ciencia en cuanto al genoma humano y los adelantos en los métodos diagnósticos en la etapa prenatal, han permitido un mejor conocimiento y abordaje terapéutico de algunos elementos conductuales de ese período que inciden en la salud posterior del niño. Hoy día sabemos que la alimentación materna y el control del estado de salud de la gestante, no solo tienen un impacto en la calidad de vida del bebé, sino que además evitan malformaciones y anomalías congénitas.

Algunas creencias sobre la salud del infante

Luz, Berni y Selli¹¹⁶, destacan que las creencias de la crianza son heredadas por medio de las mujeres, construidas sobre la intención de cubrir las necesidades de sus hijos. Entre las acepciones más vistas en nuestro medio está la de tratar el “mal de ojo” del hijo, que atribuyen a una fuerza sobrenatural negativa, en general esta

“enfermedad” no responde a la terapéutica alopática tradicional, por lo que las madres recurren a curanderos o sobanderos populares.

La creencia más arraigada en la vida de las madres durante el puerperio inmediato es la llamada “dieta”. Aunque algunas madres no fueron precisas en el tiempo de duración de la misma, la mayoría la ubicó entre el nacimiento y los 30 a 40 días luego del parto. Las prácticas de cuidado de las madres realizadas durante este período coincidieron con lo descrito por Argote, Bejarano, Ruiz, Muñoz y Vásquez¹¹⁷, las mismas estaban orientadas de una manera holística, en el sentido de totalidad de su cuerpo que debía ser protegida del desequilibrio, de la inestabilidad o de los desajustes generados por el proceso del embarazo y el parto.

El mal de ojo fue mencionado con frecuencia en los relatos y reuniones, López¹¹⁸ señala que un niño con “mal de ojo” se identifica porque puede presentar llanto frecuente, intranquilidad, inapetencia, náuseas, vómitos y fiebre alta, diarrea, pujos o sin ellos, fiebre, vómito, sobresaltos durante el sueño y una de las aberturas palpebrales es más chica que la otra. Otra creencia muy presente fue el sereno que es la exposición al frío ambiental y a la oscuridad de la noche.

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Identificación y comprensión de un problema importante

Para la selección del problema realizamos reuniones con los directivos del Ambulatorio Juan Alberto Rojas y con líderes de los Comités de Salud y de Educación y otros voceros de los Consejos Comunales del Sector F, El Entable II, Sector 62, Renacer Andino, Montaña Alta, Paso de los Andes, Luchadores, Residencias El Entable, Maisanta, Antonio José de Sucre, 10 de Diciembre, Pedro Camejo y Bicentenario, en asambleas de ciudadanos y en reuniones ordinarias y extraordinarias durante el final del año 2007 y los meses de enero y febrero de 2008.

En la primera reunión hicimos una lluvia de ideas, seleccionamos esta técnica porque, como lo destaca Osborn¹¹⁹, es una herramienta de trabajo grupal que facilita el surgimiento de nuevas ideas sobre un tema o problema determinado, para enumerar los problemas de salud que son percibidos por la comunidad. Los problemas de salud mencionados por la comunidad fueron: Problemas respiratorios, crear conciencia, uso inadecuado de la vivienda, alcoholismo, drogadicción, embarazo precoz

(adolescente), desnutrición y dengue. Luego de una revisión colectiva de los problemas, consideramos que varios de esos problemas presentados estaban directamente vinculados con el cuidado que las madres les confieren a los infantes.

Adicionalmente, en algunas de los encuentros con representantes de las comunidades organizadas, así como algunos directivos de organismos oficiales como los del ambulatorio mencionado y del Liceo Bolivariano Rómulo Betancourt coincidían en que, si bien existían nuestros problemas, el problema relacionado al cuidado materno y a la salud del bebé era prioritario por su frecuencia, gravedad y posibilidad de intervención en términos económicos, geográficos y culturales. Por otra parte, al revisar la información estadística acerca de la morbilidad infantil, del cumplimiento del esquema de inmunizaciones y de la lactancia materna, notamos las insuficiencias que tienen las madres en materia de cuidado del niño menor de un año.

Además de que el MS determinó que el Municipio Libertador del estado Mérida es uno de los 89 del país que requieren medidas de salud pública urgentes como la implementación del Proyecto Madre, dado el estado crítico de vulnerabilidad que exhiben algunos indicadores de la calidad de vida en la zona.

De nuevo en el entorno de la parroquia Osuna Rodríguez, para poder alcanzar un consenso, colocamos la lista de problemas en una matriz de jerarquización de problemas de salud, diseñada por Mandl¹²⁰, el déficit en el cuidado materno de los infantes resultó ser el más importante, pero además el más viable. Los criterios que

nos hicieron llegar a esa conclusión fueron: Frecuencia, gravedad, capacidad de la comunidad para resolver el problema, capacidad técnica de solución del problema, necesidad de abordaje del problema, disponibilidad de recursos financieros, materiales y de talento humano y accesibilidad cultural de la comunidad.

Luego de seleccionado el problema que quedó descrito como déficit para el cuidado infantil y mediante los postulados de Maldonado, Pérez y Bustamante¹²¹, utilizamos el árbol de problemas que es un diagrama de fácil utilización que permite entender visualmente la problemática a resolver; en él expresamos en encadenamiento la relación tipo causa (las raíces), el problema (el tronco) y los efectos (las ramas), como las condiciones negativas relativas al problema percibidas por los actores.

Las causas descritas en la lluvia de ideas fueron: Múltiples ocupaciones de las madres, falta de recursos económicos en la familia, creencias que no favorecen la salud del bebé, deficiencias en la organización comunitaria, escasa vinculación del servicio de salud con la comunidad, déficit de conocimientos de las madres, inobservancia de algunos valores humanos fundamentales. Por otra parte, identificamos los siguientes efectos: déficit de crecimiento y desarrollo del bebé, incremento de los gastos familiares, mayor riesgo de enfermedad en los niños y mayor tensión emocional en la familia.

Se requirió del uso integrado de recursos metodológicos de las corrientes cuantitativa y cualitativa para lograr el propósito de esta investigación.

Resultados del diagnóstico social preliminar

A continuación presentamos los resultados de la aplicación de la Ficha Social de Salud. La información que se presenta en tablas estadísticas, cifras absolutas, porcentuales, el promedio y la desviación estándar, en el caso de variables cuantitativas, incluyó a 105 madres que residen en la parroquia mencionada y que aceptaron participar sólo como informantes para identificar sus características personales y familiares. Es importante destacar que el interpretación de los datos tiene como objeto identificar aquellas características que puedan ser facilitadoras o barreras y que se deben tener en cuenta para la fase de planificación, ejecución y monitoreo del plan de la IAP.

Cuadro N° 1.
Edad de la madre, número de hijo, estado civil,
enfermedades que presenta y que presentó

	Frecuencia	Porcentaje
Edad de la madre (años)		
Menores de 19	20	19,0
De 20 a 34	78	74,3
Mayores de 34	7	6,7
Promedio: 25,2DS: 5,75		
Número de Hijo		
1	54	51,4
2	30	28,6
3	12	11,4
4 y más	9	8,6
Promedio: 1,8Mo: 1DS: 1,1		
Estado Civil		
Soltera	46	43,8
Concubina	34	32,4
Casada	24	22,8
Otro	1	1,0
Enfermedades que presenta y que presentó		
Ninguna	78	74,3
Asma	9	8,6
Preeclampsia	4	3,8
Diabetes y Problemas Endocrinos	4	3,8
Genito Urinarias	4	3,8
Cardiovasculares	3	2,9
Gastro Hepáticas	2	1,9
Infecciones de Transmisión Sexual	1	1,0
Total	105	100,0

Fuente: Ficha Social de Salud. Corporación de Salud. Estado Mérida.

Las madres reportaron una edad promedio de 25.2 años de edad, casi 1/5 de ellas están en la edad adolescente (19%), en el otro extremo de la escala, 6.7% tienen más de 34 años. Es importante recordar, que antes de los 20 y luego de los 34 años se encuentran presentes factores de riesgo corporales para las madres y para los recién nacidos que puede entrañar el cubrimiento de necesidades adicionales para estos

últimos. En el caso específico de las adolescentes, de acuerdo con datos de Navas, Salazar, Márquez, La Rosa, Oliveros y Malavé¹²², en una investigación realizada en algunas partes de Venezuela, la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 15 años, además 28% de las encuestadas habían estado embarazadas.

Sánchez e Hidalgo¹²³, enfatizan que además de una transición a la maternidad, el grupo de adolescentes afronta al mismo tiempo, cambios propios de la edad, de tal suerte que asumir ambos roles, puede convertirse en una tarea enormemente compleja y difícil, bien por su condición física y la falta de preparación psicológica y social. Probablemente las madres adolescentes que son objeto de esta investigación, debido a su edad y la falta de oportunidades previas para el cuidado del bebé, requieren de estrategias de interacción educativas distintas a aquellas que se usaron en madres adultas, en la fase de la IAP que se aborda a través del paradigma cualitativo, se podrá ahondar sobre la autoeficacia percibida de sus prácticas.

En cuanto al número de hijos, se destaca el hecho que la mitad de ellas tiene un hijo, sin embargo, el resto tiene más de un hijo y por lo tanto puede tener mayor carga de responsabilidad. Probablemente este elemento de la estructura familiar fue una limitante a la hora de cubrir las necesidades de cuidado que tiene el niño durante el primer año de vida. También fue importante para el desarrollo del plan de IAP en el sentido que el escenario donde se pueda establecer mejor sesiones educativas es en el hogar, y no en otras áreas de la comunidad.

Un aspecto relevante de la situación social tuvo que ver con que la mayoría de las familias no se consolidan a través del matrimonio, en este caso predominan las madres solteras. Este hallazgo ha sido descrito en Latinoamérica y en Venezuela por la CEPAL¹⁰, Chant¹¹ y López y Salles¹², esta situación está incidiendo sobre la calidad de vida de este grupo de mujeres, de manera que, como lo mencionan González y Martínez¹³, ellas asumen más actividades para satisfacer las necesidades de la familia, bien sea por la ausencia o por la práctica tradicional del papel del padre en su seno.

La gran mayoría de las madres no presentaron enfermedades durante el periodo prenatal, los casos más frecuentes, aunque con baja prevalencia son: Asma, Preeclampsia, Diabetes y problemas urinarios.

Cuadro N° 2.
Nivel educativo de la madre, ocupación, estructura familiar
y número de personas que habitan en la casa.

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo de la madre		
Universitaria	9	8,6
Secundaria o Técnica	58	55,2
Secundaria Incompleta	25	23,8
Básica	10	9,5
No tiene Estudios Formales	3	2,9
Ocupación		
Ama de Casa	55	52,4
Estudiante	24	22,9
Obrera	7	6,6
Empleada	19	18,1
Estructura familiar		
Nuclear	33	31,4
Extensa Compuesta	32	30,5
Madre Soltera	17	16,2
Extensa	16	15,2
No Consanguínea	7	6,7
Número de personas que habitan en la casa		
Menos de cuatro	10	9,5
De cuatro a seis	60	57,1
De siete a nueve	26	24,8
Diez o más	9	8,6
Promedio: 6,2Mo: 6DS: 3,0		
Total	105	100,0

Fuente: Ídem a Tabla N° 1.

El nivel educativo de las madres actuó como un componente social protector pues casi la totalidad tiene algún grado de estudios, se destaca que por lo menos la mitad llegaron a cursar el nivel secundario. En este sentido, se puede destacar que ese es un aspecto señalado por la OMS⁷, como mediador en las experiencias de salud.

La mitad de las madres no tienen actividad laboral o no deben cumplir con horarios de estudio, eso les dio mayor disponibilidad de tiempo para asistir a sesiones educativas al ambulatorio o en algún lugar cercano a su casa.

En cuanto a la constitución de la familia, se destaca que solo una de cada tres está presente el padre, en una proporción similar de familias se encuentra la presencia de otros miembros consanguíneos o allegados que posiblemente la ayudan en el mantenimiento del hogar y de la crianza de sus hijos. Sobre este aspecto, es importante reseñar los cambios observados por Fuster y Ochoa¹⁴, como lo son: El aumento de los divorcios, la incorporación de la mujer al trabajo productivo y el incremento de la cohabitación de parejas sin la formalización del matrimonio, además del efecto social de la matricentralidad que se vive en el contexto venezolano mencionado por Hurtado¹⁵ y Moreno¹⁶.

El número elevado de personas que habitan en la casa, expresado en que nueve de cada diez es mayor a cuatro, muestra una realidad cotidiana que tiene que ver con el déficit de viviendas y con la baja capacidad adquisitiva de algunas familias. Aunque la permanencia de personas en la casa puede ser beneficiosa para la provisión de cuidados al niño, también puede tener un efecto adverso sobre el presupuesto destinado a la cobertura de las necesidades básicas de sus miembros.

Cuadro N° 3.**Ingresos familiares, tiempo entre la residencia y el ambulatorio, presencia de animales en casay participación en organizaciones comunitarias.**

	Frecuencia	Porcentaje
Ingresos Familiares (Bolívares Fuertes)		
Menos de 1 sueldo mínimo	31	29,5
De 1 a 2 sueldos mínimos	35	33,3
De 2 a 3 sueldos mínimos	15	14,3
Más de 3 sueldos mínimos	24	22,9
Promedio: 1312,0Mo: 600000DS: 877,9		
Tiempo entre la residencia y el ambulatorio (minutos)		
Menos de 11	72	68,6
De 11 a 20	25	23,8
Más de 20	8	7,6
Promedio: 11,9DS: 10,5		
Presencia de animales en casa		
Aves	15	14,3
Perros	25	23,8
Gatos	3	2,8
Otros	4	3,8
Ninguno	47	44,8
Varios tipos de Animales	11	10,5
Participación en organizaciones comunitarias		
No participa	82	78,1
Consejo Comunal	11	10,5
Otros	10	9,5
Comité de Salud	2	1,9
Total	105	100,0

Fuente: Ídem a Tabla N° 1.

El ingreso económico es menor al sueldo mínimo en una de cada tres familias, una proporción similar tiene una entrada entre uno y dos sueldos mínimos, aunque pudiera pensarse que el ingreso es un elemento que actuó positivamente, puede no serlo cuando se valora en conjugación con una estructura familiar donde prepondera la madre soltera que es probablemente la que aporta el dinero, el alto número de

habitantes y la falta de empleo remunerado en la mayoría de las madres, vuelve a cobrar relevancia lo expuesto por la OMS⁷, con relación a cómo la pobreza va de la mano con la calidad de los cuidados dirigidos al menor de un año.

Quizás una de las condiciones más favorecedoras para la implementación del plan de IAP fue el hecho que la residencia de la mayoría de las madres está a 10 minutos o menos del ambulatorio, de esta manera queda en evidencia la accesibilidad geográfica que se tiene para hacer visitas a sus hogares con el fin de establecer interacciones educativas programadas, evaluar las condiciones de vida familiar, evaluar los cambios conductuales o invitarlas para que asistan a sesiones de interaprendizaje grupal. Nótese como el área geográfica seleccionada no tiene uno de los obstáculos identificados por la OMS⁷ para el abordaje de esta población, como lo es la dispersión geográfica y que es tan evidente en zonas rurales.

Cuadro N° 4.
Condiciones sanitarias de la vivienda y estrato social familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Condiciones sanitarias de la vivienda		
Óptimas con lujo	1	0,9
Óptimas sin lujo	18	17,1
En buenas condiciones y espacios reducidos	54	51,5
Con ambientes reducidos y deficiencias sanitarias	28	26,7
Condiciones sanitarias no adecuadas	4	3,8
Estrato social familiar		
Clase alta	1	0,9
Clase media alta	12	11,4
Clase media	48	45,7
Pobreza relativa	35	33,3
Pobreza extrema	9	8,6
Total	105	100,0

Fuente: Ídem a Tabla N° 1.

Como complemento a la identificación de las condiciones de vida de la madre, la vivienda representa el punto de convergencia de la cotidianeidad de las madres y sus familias. La característica de mayor presencia de la misma fue que está exenta de lujos y que cuenta con espacios internos reducidos, esto reveló que muchos de los hogares tienen hacinamiento estructural o funcional, con el subsiguiente efecto sobre la salud del niño de la iluminación, la humedad, la ventilación y la presencia de vectores.

El último aspecto valorado con la encuesta fue el estrato social, su medición se realizó mediante el método Graffar modificado para Venezuela por Méndez Castellano¹²⁴, el mismo incluyó cuatro variables, a saber: Profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso (o modalidad de ingreso) y condiciones de alojamiento. Los valores encontrados fueron similares a los reportados a nivel nacional por el INE¹²⁵, sin embargo es necesario precisar algunas consideraciones: Por lo general es la madre quien asume el rol de jefe de familia, por lo que ella lleva una gran carga en las oportunidades de desarrollo familiar, su multiplicidad de roles la lleva a compaginar sus actividades como madre, esposa y trabajadora, aunque su labor se circunscriba al hogar. También es importante apuntar que la madre es el principal referente familiar en cuanto a la conservación de los hábitos de vida y por ende de salud.

Sistematizando la experiencia vivida durante cada momento de la IAP

En esta apartado hago algunas precisiones sobre la manera en que presentamos los resultados de este estudio. Para tal efecto, nos apoyamos en las ideas de Verger¹²⁶ quien plantea los principios que orientan el registro de la vivencia en los procesos de IAP.

En las etapas preliminares de la investigación, hice la redacción en primera persona del singular, ya fue necesario que nos ubicara en el problema desde el punto de vista teórico, epistemológico, axiológico y ontológico. En los siguientes estadios,

esa forma de redacción cambió a primera persona del plural, ya que en la medida que fuimos avanzando en el proceso, la democratización y la autoría de los avances dejaron de ser propios para ser del colectivo en estudio, por lo que, atendiendo a la ética del investigador, abandoné el plano personal y nos ubicamos como un participante más del grupo. Es decir, actué bajo la premisa de que existe unidad entre el sujeto investigador y el objeto del conocimiento. De tal manera que, evité en la práctica y en el escrito, cualquier forma de ruptura de la equidad de grupo, tales como: La especialización, la división y la asimetría entre el experto y la gente, la diferencia entre el que sabe y el que no.

Con el fin de que nuestra labor investigativa fuera valorada en su concepción filosófica y epistemológica, reitero que la validez científica del conocimiento, en la educación popular, igual que en la IAP, se incrementó en la medida que la conjunción de saberes estaba localizado y orientado a la práctica concreta, y no cuando se demuestra matemáticamente su relación con una determinada teoría. En este sentido, las prácticas sociales son fuente de conocimiento cuando dialogan o establecen una interrelación con la teoría. Se entiende entonces, que para alcanzar mejores prácticas necesitábamos de una comprensión amplia del problema y la aplicación pertinente y contextualizada de los saberes.

En esta corriente de pensamiento, Tejerina¹²⁷ aborda la relación entre teoría y práctica partiendo de que una está en permanente comunicación con la otra, es decir,

que toda acción intencionada se basa en conocimientos que le dan sentido y significado. En este caso, extrajimos y evidenciamos el conocimiento, lo llevamos a la práctica en un espacio poblacional concreto, reflexionando sobre esa práctica y teorizando sin apartarnos del contexto y el esfuerzo colectivo.

Para la presentación escrita de lo vivido, recurrimos a la interpretación de los hechos y de la información respetando la cronicidad de los mismos, de esta manera nos aproximamos a las raíces del fenómeno, que no siempre fue perceptible inmediatamente, e identificamos sus elementos relacionados y la vinculación entre lo particular del fenómeno y lo global del entorno. La historicidad de la interpretación supuso entender la lógica de la experiencia particular y colectiva de las madres en el cuidado de los infantes para descubrir aquellos hilos invisibles que la relacionaban con la integridad del momento del que formaban parte. Sin embargo, en la secuencia histórica de la realidad tomamos su carácter dialéctico, es decir que en algunos tramos del escrito estuve transitando entre la particularidad y la totalidad, la reflexión la acción, lo teórico y lo práctico.

Otra tarea fundamental de la sistematización de la experiencia, nos llevó a explorar y relatar las técnicas de grupos que utilizamos para garantizar que la construyéramos las nuevas realidades de forma colectiva y participativa. También exploramos el alcance y la pertinencia de las técnicas de interacción grupal para hacer reflexiones sobre cómo las características de los participantes, los recursos, el tiempo

del que disponíamos, la metodología utilizada y la complejidad de las acciones que generaron impacto en el problema.

Aspectos filosóficos, epistemológicos y ontológicos de la IAP

Ahora planteamos algunos elementos epistemológicos y metodológicos de la IAP, que fue la propuesta para alcanzar el propósito de esta investigación. McKernan¹²⁸, establece que en la implementación del método de la IAP, el problema, el propósito y la metodología pueden modificarse a medida que se avanza, ya que las características del contexto social concreto van moldeando los requerimientos del conocimiento científico y del saber popular en cada etapa del estudio, inclusive nuevos hallazgos en el proceso de reflexión-acción-reflexión pueden generar la necesidad de modificar fases previas, incorporar, modificar o eliminar fases sucesivas.

La IAP deriva del enfoque Crítico-Dialéctico, que al decir de Leal⁵⁰ tiene como propósito la transformación o el cambio social. De acuerdo con la perspectiva de Engels¹²⁹, ese enfoque incluye tres principios: Totalidad, cambio y contradicción. Ellos deberían ser siempre vistos en conjunto porque por separado, no constituyen un enfoque dialéctico. La totalidad refiere a la afirmación de que los diversos elementos que componen el mundo, están aparentemente separados, pero son hechos relacionados, de esta afirmación se deriva una visión sistémica de la sociedad como producto de actos colectivos y no simplemente como resultado del esfuerzo personal.

El cambio, es el movimiento, transformación y desarrollo constante de la historia humana, y la contradicción es la aceptación que dos elementos opuestos de la realidad, como tesis y antítesis, no pueden disolverse uno en el otro, sino superarse mediante el surgimiento de una síntesis, que no puede reducirse a ninguno de sus elementos constitutivos.

El enfoque Crítico-Dialéctico sustenta, de acuerdo con Horkheimer y Adorno¹³⁰, desde el punto de vista epistemológico, a la Teoría Crítica, la cual permite la comprensión cultural de la sociedad, con un rigor científico muy agudo, para la intervención posterior sobre problemas sociales concretos, la misma no tiene la actitud de control y explicación de la realidad que exhibe el paradigma cuantitativo, ni la comprensión sin intervención del paradigma cualitativo, más bien toma lo necesario de ambas corrientes para lograr los cambios sociales propuestos.

La tesis central de la Teoría Crítica, defiende la postura de que no es posible crear un mundo solidario, como lo señalaba Marx, sólo por razones económicas, por el contrario, él consideraba que la respuesta estaba en el modo como se entienden las relaciones de poder y como están relacionadas la diferencia y la alteridad. Por ello, el problema no se centra solamente en la esfera económica sino también en la esfera cultural.

Los postulados de Marx fueron tomados por filósofos de la Escuela de Frankfurt, la cual se distinguió como pionera en la interpretación de la cultura de

masas, en dos momentos históricos y con orientaciones ideológicas bien diferenciadas. En la primera etapa se desarrolló la Teoría Crítica Clásica desde el pensamiento de Adorno, Horkheimer, Marcuse y Pollok. La segunda etapa fue creada bajo los postulados de Habermas.

La diferencia fundamental entre ambas tendencias está planteada en que los autores de la primera etapa, se centraron en el abordaje social a través de la “dialéctica de la ilustración” y de la “crítica de la razón instrumental”, que separó el enfoque multidisciplinar de la práctica de las ciencias sociales, debido a la influencia de algunos elementos del positivismo. En la segunda etapa, Habermas buscó un método que permitiera a las personas liberarse de lo que distorsionaba la comunicación y el entendimiento, para encontrar soluciones a sus problemas. El objetivo es que los grupos logren la emancipación necesaria para tomar las riendas de sus destinos. En concreto, Habermas difirió de Horkheimer, Adorno y Marcuse, en que la dominación de unos sobre otros, no se debía a una conexión necesaria entre razón y dominación, sino que se debía a causas históricas contingentes, que la modernidad ha desarrollado mediante una racionalización unilateral, en la que privó la razón instrumental sobre la razón comunicativa.

Durante sus inicios, la Teoría Crítica de Horkheimer y Adorno¹³⁰, apuntó principalmente a la dominación positivista de la tradición científica occidental, en ese mismo orden de ideas, Marcuse¹³¹, consideraba que existían diferencias sociales

marcadas que determinaba dos grandes grupos: Los privilegiados y los oprimidos; los primeros eran los expertos y por ende dueños del saber, y los oprimidos eran los dominados. La dominación fue establecida con base a la razón técnica impuesta por los expertos, la cual se derivaba en la esclavitud política de los oprimidos.

En respuesta a las diferencias entre los humanos, Habermas¹³², propuso la IAP para conceptualizar y resolver los problemas de la praxis social, ya que no se reduce a la praxis orientada en la teoría, y porque integra los momentos teóricos y prácticos de la ciencia. Tal integración, logra responder la siguiente interrogante: ¿Cómo llega el investigador de la teoría crítica hacia una praxis crítica y liberadora? Las respuestas que él aportó a mediados del siglo XX, y que ha sido refrendado por otros autores de nuestros tiempos, son: Una crítica a la sociedad basada en la revalorización del papel de la acción comunicativa entre las personas y las instituciones; el entendimiento de que las instituciones están orientadas por criterios de dinero, poder y éxito, que si bien logran algunas metas, se van alejando de una vida buena y verdadera; que estos sistemas institucionales impiden el surgimiento de sujetos activos como hablantes y oyentes libres, racionales y comprensivos que usan el diálogo verdadero; que la modernidad actúa irracionalmente porque las instituciones sociales no cumplen con su propósito social, y más bien están bloqueando y distorsionando la verdadera comunicación, y; que hay una esperanza para remodelar la realidad a través del surgimiento de proyectos alternativos de vida, mediante la aplicación de la IAP.

Para Almeida, Martínez y Varela¹³³, la Investigación Acción (IA) es una propuesta relativamente joven. Ella es denominada por investigadores y teóricos pioneros en correlación con el término “Action Research”, proveniente del espacio angloamericano, algunos de sus representantes son: Lewin; Taba; Fox y Lippitt; Fox; Schmuck; Rappaport y Clark. En Latinoamérica se le conoce con el término “Investigación Acción Participativa” (IAP), propuesto y desarrollado teóricamente por investigadores de varios países latinoamericanos, entre los que se pueden mencionar: Fals, Fals y Rodríguez, Rodríguez, Vio Grossi, Lima, Schutter y Yopo, Fernández, Martín-Baró, Obando, Arango, y dentro de algunas propuestas feministas como la de Mies, Grimm, Heintz y Obando. Siguiendo la tradición latinoamericana, hemos utilizado a lo largo del texto de este estudio el acrónimo IAP para referirme al método en cuestión.

Lewin¹³⁴, creó la IAP en 1944, que consistía en avances teóricos y propuestas de cambios sociales, simultáneamente. Para este autor, toda investigación requería primero de un diagnóstico y una descripción de la situación y luego el estudio de las leyes generales. Con base en su experiencia, realizó críticas a lo meramente descriptivo y al uso de instrumentos de recolección de información superficiales, como la encuesta. Así mismo, asumió una postura ética en sus trabajos de investigación, al considerar que la ciencia puede proporcionar a cualquier actor social, mayor libertad y poder sobre el entorno en el que habita y que el científico debe reconocer la responsabilidad que tiene para alcanzar este objetivo.

Por su parte Kemmis y McTaggart¹³⁵, definen la IAP como “Una forma de indagación introspectiva colectiva emprendida por participantes en situaciones sociales, con objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas, así como su comprensión de esas prácticas, de las situaciones en que éstas tienen lugar” (p. 9).

Toda investigación es un proceso de producción de nuevos conocimientos, mientras que toda acción es la modificación intencional de una realidad. En su enfoque, Lewin combina ambos aspectos y manifiesta su convencimiento de que la investigación social debe lograr, de modo simultáneo, avances teóricos y cambios sociales; integra la acción transformadora y la tarea investigativa, lo que aproxima su enfoque a la concepción actual de la ciencia como producción, difusión y aplicación de conocimientos.

Gore¹³⁶, en un recuento histórico de los primeros trabajos realizados con la IAP, menciona el conducido por Corey, quien aplicó este enfoque primordialmente en investigaciones educativas; además concluye que la mayor parte de los trabajos se desarrollaron como proyectos comunitarios, fuera del contexto universitario, con excepción de las universidades británicas y australianas, que desde los años 70 estuvieron centrados principalmente en el ámbito académico. El autor destaca de modo especial, los trabajos de Kemmis y colaboradores, en Australia, y de Stenhouse y Elliot, porque constituyen aportes significativos a nivel educativo.

En la IAP, la producción de conocimiento guía la práctica, y ésta a su vez se revierte sobre el primero en una suerte de espiral sin fin, en consecuencia, se considera que la acción es parte integrante de la investigación, ese proceso es visualizado por Lewin como peldaños, cada uno compuesto por la comprensión, la recolección de información, la conceptualización, la planeación, la ejecución y la evaluación; pasos que se reiteran en el curso del trabajo. Estas ideas son retomadas y desarrolladas más tarde por Kemmis y Carr, quienes la formulan en términos del espiral de la IAP, conformada por: Planeación, acción, observación y reflexión, como momentos de cada fase.

Los trabajos de Lewin en la investigación de problemas sociales, comunitarios y de manejo de las relaciones intergrupales, subrayan ideas cruciales para la IAP como la importancia de la decisión grupal y el compromiso con las acciones transformadoras orientadas al bienestar colectivo. De tal forma, cualquier proyecto de cambio supone la participación responsable e informada de aquellas personas implicadas en dichos cambios, en cuanto a la toma de decisiones, la ejecución y la evaluación de las estrategias sometidas a la prueba de la práctica.

La elección del método IAP para la transformación de la realidad, implica la acepción de las siguientes concepciones: El abordaje crítico dialéctico, que según Leal⁵⁰, está orientado por una reflexión sobre la realidad para transformarla que, como lo explica Freire¹³⁷, la teoría es solamente auténtica, cuando ella contiene y

conserva el movimiento dialéctico entre sí misma y la práctica. La teoría y la práctica constituyen dos momentos inseparables del proceso, porque a través de esta dialéctica se alcanza una comprensión crítica de la realidad, la comprensión de los hechos sociales es planteada por Habermas¹³⁸, con la siguiente interrogante “¿Cómo podemos obtener una clarificación acerca de lo prácticamente necesario y, al mismo tiempo, objetivamente posible?” (p. 109). Desde su punto de vista, la ciencia no está en capacidad de definir las normas para juzgar cualquier saber, pues, los diferentes tipos de saber están configurados por el interés humano particular al que sirven; por esta razón, Habermas planteó un modelo donde estaban representados tanto los intereses como los saberes y el tipo de ciencia que se produce. La IAP requiere de la integración de la teoría y la práctica dentro de un proceso que los sujetos realizan con el objetivo de su propia emancipación.

El enfoque metodológico propuesto representa una epistemología constructivista del conocimiento, ya que el mismo se va desarrollando mediante un proceso de reconstrucción activa por parte de quienes intervienen en la realidad. De esta manera, la IAP se distingue del positivismo, en la cual la intervención o transformación la hace el investigador “objetivo” de la ciencia natural y se diferencia del paradigma cualitativo, donde el investigador empático utiliza la ciencia interpretativa pero no interviene sobre la realidad: Ambos abordajes contribuyen a la autorreflexión pero permanecen ajenos a la acción.

En vista de que la búsqueda de la verdad es un proceso generador de conocimiento, es importante dejar claro qué tipo de conocimiento se produce con la IAP, Habermas¹³², establece que en los diferentes enfoques científicos, se producen tres tipos de conocimiento: El instrumental, el interactivo y el crítico. Para Park⁴⁴, el ejemplo más emblemático del conocimiento instrumental es el natural; el mismo es útil para controlar el medio físico y social, desde el punto de vista de la adaptación y de la manipulación de ese medio para lograr los cambios que se estén intentando alcanzar. Tal conocimiento se estructura a partir de teorías explicativas a priori, para definir básicamente relaciones causales. Bajo la óptica del conocimiento instrumental, existe una separación entre el objeto investigado y el sujeto investigador sobre la cual se pretende la existencia de una neutralidad científica.

Por su parte, el conocimiento interactivo procede de compartir con otros seres humanos, en un ambiente donde se tienen acervos experienciales distintos, pero culturas, tradiciones e historias compartidas. La esencia es la comprensión del significado de las acciones humanas. Este tipo de conocimiento hace posible la coexistencia de los humanos y se concreta a través del lenguaje. En el contexto de la interacción, cada ser humano aporta y recibe influencias de otros, el intercambio de emociones, angustias, aspiraciones, conflictos, dilemas y afectos, adjudica un valor vital a la subjetividad de cada persona y de la intersubjetividad de las relaciones entre humanos, o con productos de las personas como: Manuscritos, creaciones artísticas o eventos sociales. El conocimiento interactivo se diferencia del instrumental porque, el

último se basa en la vinculación y la inclusión, mientras que el primero demanda el alejamiento y la exclusión.

En tercer lugar, existe el conocimiento crítico que emana de la reflexión y la acción, la cual hace posible la deliberación que ayuda a las personas y a los grupos a plantear problemas acerca de la realidad que los circunda, donde sus aspiraciones son un gran motivador para alcanzar un propósito colectivo ya que, como seres sociales están dotados de herramientas, tecnologías, recursos, autoconfianza y autodeterminación, para lograr lo que se propongan por el bien de la colectividad. En el espacio externo al grupo, se puede reconocer la existencia de circunstancias de índole política, social y económica que les generan estados de opresión, injusticia e inequidad, contra el que ellos lidiarán permanentemente para lograr un cierto grado de emancipación.

Los autores que han profundizado sobre el conocimiento crítico, consideran que el conocimiento instrumental y el interactivo son necesarios como insumos para la comprensión del fenómeno, pero que la ciencia debe propender hacia la transformación social. De manera sucinta lo expresa Lewin¹³⁹, en su famosa sentencia “La investigación que no produce más que libros no será suficiente” (p. 34). Sobre la base del conocimiento crítico se establecen los procesos de la IAP.

Ander-Egg¹⁴⁰, considera que la relación dialéctica acción-reflexión-acción, representa una crítica frontal a los postulados de la ciencia positivista, sobre el

supuesto de que las ciencias sociales exigen de metodologías diferentes al de las ciencias naturales. En consecuencia, la IAP asume que la verdad no es absoluta, sino histórica, por lo que la misma, cuando es observada críticamente, es válida en el contexto local; desde el punto de vista de la intención y la aspiración, de la sociedad que la formula. Sin embargo, esta misma puede no ser verdad para un contexto social diferente.

Desde la óptica de la complejidad, Morin¹⁴¹, también cuestiona el positivismo, al afirmar que la ciencia del mundo occidental se fundó sobre la eliminación del sujeto a partir de la idea de que los objetos, por ser independientes del sujeto, podían ser observados y explicados en cuanto tales.

La idea del universo de esta corriente, asume que hay hechos objetivos o positivos, libres de todo juicio de valor, que implican subjetividad, gracias al método experimental y a los procedimientos de verificación. Sobre la base de estas premisas, el sujeto es, o bien el “ruido”, es decir, la perturbación, la deformación, el error, que hace falta eliminar a fin de lograr el conocimiento objetivo.

Características de la IAP

Carr y Kemmis¹⁴² enumeran las características atribuidas a la IAP para comprender de modo más preciso su puesta en práctica. Los principales rasgos de esta modalidad investigativa son:

Primero: El problema de investigación nace en la comunidad, que lo define, analiza, resuelve y valora. El poder del conocimiento es trascendental para la transformación, por lo tanto, como lo acota Martínez¹⁴³, el fenómeno que se coloca bajo la lupa de la IAP debe derivarse del diario vivir para que tenga sentido para los actores. En consecuencia, toda la experiencia vivida debe ser compartida para alcanzar la concienciación y para consolidar el empoderamiento colectivo (empowerment), entendido a partir del aporte de Wallerstein¹⁴⁴, como el proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoría en la calidad de vida comunitaria y justicia social. La gente es entonces, como lo afirma Martín-Baró¹⁴⁵, una criatura subjetiva, que le posibilita una observación crítica de la realidad, que exige del reconocimiento de las contradicciones y las posibilidades de comportamientos de cambio.

De esta manera, el método IAP se puede sintetizar como un proceso de acción-reflexión-acción entre seres humanos, en un espacio físico definido; en el cual al decir de Martínez¹⁴³, el método de investigación está completamente determinado por la naturaleza del objeto o fenómeno de estudio, todas las estrategias, técnicas, instrumentos y procedimientos, responden a las necesidades propias del estudio y de la naturaleza del problema.

Segundo: Su fin último es la transformación de la realidad social y el mejoramiento de la vida de los involucrados. Los beneficiarios son los mismos miembros del grupo o comunidad. Se propone mejorar la realidad mediante su cambio, y aprender a partir de las consecuencias de los cambios.

Tercero: Exige la participación plena e integral de la comunidad durante toda la investigación. Esta participación suscita unatoma de conciencia de sus propios recursos y moviliza en vistas a un desarrollo endógeno. Al mismo tiempo, la participación de la comunidad posibilita una comprensión más precisa y auténtica de la realidad social, el proceso de la comunicación entre los actores ocurre bajo el axioma de la reversibilidad, es decir que se suceden según las competencias y según los horizontes de experiencia de cada uno de los sujetos y de las condiciones de las interacciones.

Cuarto: El investigador es un participante comprometido que aprende durante la investigación, por lo que debería mantener una actitud activa. Demo¹⁴⁶, expresa que la personalidad de los investigadores, su sensibilidad por una determinada situación social, su mayor o menor conocimiento detallado de la situación y su capacidad para integrarse a la práctica, puede influir los resultados. El investigador inicia procesos de cambio y desarrolla nuevas estrategias de comportamiento. Él debe actuar en su propia comprensión y tiene en principio el encargo, de hacerse lo más superficial, lo menos indispensable posible y saber retirarse en el momento en el cual

los participantes de las bases, puedan asumir por sí mismos su proceso de desarrollo, cuando se han constituido en multiplicadores comprometidos con la construcción de conocimientos y el jalonamiento de cambios emancipatorios.

El nivel de compromiso del investigador abarca también, la manera como son determinados los lugares y los límites de su actividad, aclarar, por qué el investigador eligió ese espacio como punto de su praxis. El investigador debe acomodar las herramientas metodológicas disponibles para la comprensión de los hechos reales de las bases y no en función de sus propios intereses.

Quinto: Se desarrolla siguiendo una espiral introspectiva que induce a las personas a teorizar acerca de sus prácticas, creando comunidades autocríticas, en que los participantes juegan un rol activo, todos se erigen como actores que definen por consenso de sí mismos las condiciones bajo las cuales se comportan. En este sentido, Martínez¹⁴³, recalca que la interacción entre los actores es más holística, integral y contextual, porque desencadena un cúmulo cultural, histórico, social, político y económico. Desde el punto de vista metodológico y de la producción científica en un proceso más riguroso, sistémico, ético y crítico.

Para Palazón¹⁴⁷, el compromiso de los investigadores y del resto de los actores en el proceso social significa, al mismo tiempo, su sujeción bajo los intereses inmediatos de determinadas praxis políticas. Los conocimientos adquiridos son valorados más como una ampliación y confirmación de esa praxis social, que como

una innovación o un descubrimiento. La parcialidad consciente no abarca solamente el objeto de investigación, como parte de una amplia constelación social, sino que relaciona el objeto de investigación consigo mismo.

La relación vertical entre el investigador y el investigado que se establece en la vertiente positivista, “la mirada desde arriba”, se reemplaza por “la mirada desde abajo” Es algo diferente al simple subjetivismo o la simple compenetración, apunta a la base de una identificación entre el investigador y el investigado, algo así como una distancia dialéctica y crítica. Esta distancia, en el decir de Fals¹⁴⁸, posibilita una corrección de desfiguraciones perceptivo subjetivas de ambas partes, de parte de las investigadoras a través de las investigadas, de parte de las investigadas a través de las investigadores y aporta al verdadero conocimiento objetivo de la realidad social, así como también de los procesos de capacitación, de toma de conciencia y de investigación de las participantes.

Sexto: Es un proceso sistemático de aprendizaje. Demo¹⁴⁶, establece que la IAP ofrece una posibilidad para la existencia de procesos de aprendizaje para el investigador y el investigado, dado que ambos grupos poseen diferentes experiencias, las cuales son indispensables para un trabajo asertivo. Cada participante aporta su saber sin tener que correr el riesgo, ese que se constituye en la pesadilla del investigador tradicional, esa amenaza intangible que tienen los miembros de la comunidad, de tener que aceptar una relación de inequidad ante el poder supremo e

inequívoco del conocimiento de expertos. Ante tal tentación, Martínez¹⁴³, aclara que el lenguaje utilizado debe ser el propio de los actores sociales, para poder que la expresión lingüística no se aparte de la manera como los participantes construyen su imaginario colectivo.

Tipos de IAP

En la evolución de la IAP McKernan¹²⁸, ha identificado tres corrientes principales, a saber: 1. Investigación-Acción Científica; 2. Investigación-Acción Práctico-Deliberativa; y 3. Investigación-Acción Educativa Crítica Emancipadora.

La Investigación-Acción Científica (IAC) fue desarrollada por Lewin en 1947, utilizando la resolución de problemas, a partir de la Teoría de Investigación Reflexiva, sus características primordiales eran la introducción de cambios y la observación científica de los efectos medibles. La evaluación permanente se constituyó en el componente que daba la pauta de la racionalidad de los cambios y para la práctica empírica en el terreno social. Posteriormente, Taba y Taba y Noel, desarrollaron la corriente de Lewin en el campo académico. Por su parte, la Investigación-Acción Práctico-Deliberativa (IAPD) otorga parte de la evaluación a la interpretación humana, reconociendo el papel que tiene lo cualitativo en los procesos de cambio social. Más allá del la medición científica, esta corriente tiene como propósito la comprensión de la práctica cotidiana de la gente, para la resolución de sus problemas inmediatos, tales problemas son juzgados en términos morales, es

decir, establece una comparación entre lo que sucede y lo que debería suceder, especialmente en el campo educativo. En esta corriente se encuentran los trabajos de Schwab, Stenhouse, Reid, Skilbeck, Elliot y Bonser.

En el caso de la Investigación-Acción Educativa Crítica Emancipadora (IAECE), los cambios sociales se alcanzan mediante la reconstrucción permanente, pero no en los planos instrumental o interpretativo. En la IAECE, la acción humana representa el medio para los cambios porque activa procesos de reflexión sobre cada momento del proceso. En esta corriente McTaggart, Kemmis, Fitzpatrick, Henry, Dawkins y Kelly¹⁴⁹, diferencian dos procesos concomitantes: El discurso y la práctica. Estos dos procesos comienzan con la intención de hacer un plan de IAP; en ese momento los participantes generan reflexiones para generar una acción consensuada, seguidamente o de manera paralela se actúa de manera deliberada sobre la realidad con base al consenso previo, a continuación se observa y se registra lo ocurrido en la realidad, para luego reflexionar sobre lo ocurrido y lo que podría venir a continuación. Este proceso se cumple en ciclos alternativos de reflexión y acción, en cada punto en que los actores lo consideren necesario.

Es importante destacar, que a diferencia de las dos corrientes previas, la IAECE le da poder político a la gente para que alcancen un nivel de emancipación, independencia y control sobre el problema que están abordando. También le confiere

un papel determinante a las relaciones que se establecen entre los actores, los sistemas familiares y sociales que los circundan.

Con base a la orientación que sigue cada una de las corrientes de la IAP, decidimos elegir la IAECE como plataforma de trabajo, por su mayor vinculación al campo de acción comunitario, especialmente en las poblaciones que son prioridad para el estado venezolano, como las madres y sus hijos menores de un año; otras razones para elegirla tiene que ver con su visión holística de la realidad, el alto grado de participación que pueden tener los actores, tanto de los que conviven en la comunidad como de aquellos que actúan como la red social de soporte.

Etapas del proceso de la IAP

A continuación presentamos las fases del método de la IAP, según como fueron descritas por Lewin, además destacamos los aportes hechos por Corey, Taba, Ebbut, Elliot, Kemmis y McTaggart, y Martínez.

Etapa 1. Diseño general del proyecto: En la realidad social es frecuente que el comienzo de una iniciativa con la utilización de la IAP encuentre trabas en el seno del grupo de estudio. Por tal razón, se recomienda acercarse e insertarse en el grupo social utilizando informantes clave y personas que estén en interrelación frecuente con ellos, para establecer los primeros contactos; también puede hacerse una investigación documental, como la que presentamos en este mismo capítulo, que

permitió identificar las características demográficas, sociales, económicas, culturales y las redes sociales formales e informales de la parroquia Osuna Rodríguez. En el contexto venezolano, es útil planificar reuniones con grupos que representan intereses de la comunidad como los Consejos Comunales, los Comités de Salud e incluso las organizaciones de mujeres.

Otra tarea vital es establecer las necesidades presupuestarias y materiales, un cronograma de actividades, tomando en cuenta la disponibilidad del tiempo de los actores y los lapsos necesarios para que la información y los acuerdos que se van incorporando en un proceso suficientemente flexible para avanzar con libertad.

La naturaleza holística de las realidades sociales exige del investigador una postura libre de teorías o marcos referenciales rígidos para que vaya emergiendo lo nuevo, lo original y lo cotidiano para comprender el sistema de cuidados genéricos o populares. Para efectos prácticos, el marco referencial que establecimos a priori en el capítulo dos, fue nutriéndose en la medida que interactuamos con los actores sociales y lo utilizamos posteriormente en la fase tres con el fin de tomar decisiones consensuadas, para visualizar cuáles cuidados culturales debían conservarse, cuáles debían adecuarse y negociarse y cuáles tenían que rediseñarse para tener un nivel óptimo de cuidado al niño o niña, durante el primer año de vida.

La IAP requiere del abordaje de la realidad mediante la metodología cualitativa, especialmente de los métodos etnológico, fenomenológico, hermenéutico,

endógeno, la observación participante, la entrevista a profundidad, los grupos focales o nominales y las entrevistas a informantes clave porque permiten un contacto más íntimo entre los actores. Sin embargo, la preeminencia cualitativa de la IAP no limita el uso de técnicas cuantitativas para la descripción y sistematización de información estadística básica. Al respecto Bradbury, Reason y Kelly¹⁵⁰ afirman que la combinación de técnicas de ambas metodologías permite la versatilidad suficiente para comprender, comparar y visualizar aspectos importantes de la problemática en estudio.

Algunas sugerencias que fueron consideradas para la planificación del plan fueron: Sintetizar la información y presentarla de la manera más comprensible para que tenga un sentido motivador y orientador en la toma de decisiones, el uso de la mayéutica socrática y el diseño de las preguntas orientadoras, para que todas las ideas vayan fluyendo del seno del grupo.

Etapa 2. Identificación de un problema importante: Las características del problema brotan de las percepciones personales y compartidas de un grupo sobre la magnitud, la frecuencia, la cantidad de recursos disponibles para su solución y su capacidad de intervención. Es labor importante del investigador, crear las mayores oportunidades para definir los pormenores, las causas, los efectos y otros elementos que le permitan al grupo una comprensión exhaustiva del problema.

En algunos casos, la gente tiene dificultades para concientiar un problema y activar estrategias para resolverlo, en este caso es muy válido lo que Freire¹³⁷ denomina la problematización, la cual consiste en el uso de técnicas interactivas como la dramatización, el teatro popular, el sociodrama y otras, que le permitan llevar el problema al plano consciente.

Etapa 3. Comprensión del problema. Luego de identificar algunos aspectos que están alrededor del problema, se construye la red sistémica en la que se encuentra el mismo. Durante esta etapa, se incorporan activamente a las madres y las personas de la comunidad dispuesta a transformar la realidad hacia mejorar la calidad de vida, en este sentido se encuentran los elementos asociados subyacentes, los efectos que produce el problema y los entes sociales que tienen algún grado de responsabilidad en su solución.

La consolidación del trabajo de comparación e interpretación de la información inicial habilita a los actores para la reflexión sobre la problemática, en tres grandes planos: 1.- Develar el entramado de consideraciones que los actores identificaron en el problema y su relación con otros elementos del sistema social, de esta manera se logra que los participantes construyan, comprendan y compartan una visión amplia del mismo; 2.- Críticas a la visión personal o representación del problema: Como una consecuencia de la reflexión inicial aparecen en la discusión, cuestionamientos a la percepción previa que tenía de cada quien u otros sobre el

problema y; 3.- El logro de un consenso de cómo es el problema y qué soluciones posibles pueden plantearse.

Etapa 4. Formulación de cursos de acción: Al haberse establecido un mapa de la situación problema, la especulación y el contraste de ideas van perfilando posibles vías o estrategias de solución al mismo. En este momento, se seleccionan aquellas soluciones que por su factibilidad tengan mayor probabilidad de aplicación. Cada una de las rutas que se decide tomar para desarrollar el plan de trabajo es en una hipótesis provisional, nótese que el sentido de la hipótesis no corresponde al enfoque positivista de establecer relaciones de causalidad, diferencias o de prognosis, en este caso se refiere a distintos caminos en aras de resolver el problema.

Al igual que en la fase precedente, el grupo se plantea en cada hipótesis de trabajo, cuál es su nivel de aceptabilidad cultural, su apreciación sobre las posibilidades de éxito, los posibles obstáculos provenientes de dentro y defuera del dominio del grupo, la resistencia al cambio de algunos actores involucrados, y la intención de trabajar en equipo para lograr resultados.

De nuevo en el terreno dialéctico, se plantean más reflexiones sobre la cantidad y profundidad de la información que se requiere en cada una de las hipótesis, especialmente en las que el grupo considere viables. En esta etapa, se repiensa el plan de acción inicial, en cuanto a los plazos y los recursos disponibles o necesarios, la organización de la energía y de la comunicación grupal. Esta etapa se finaliza cuando

ya se han descrito y tomado las mejores hipótesis o cuando se ha llegado a un acuerdo de cómo abordar la problemática.

Etapa 5. Recolección de la información necesaria: Para Park⁴⁴, la información se recopila en la medida que surge la necesidad de tenerla disponible, por lo que la colecta de datos es un proceso permanente. Como en el resto de las fases del proceso, los actores toman partido de manera protagónica, porque de ello depende la validez de la investigación.

De manera general, las encuestas proporcionan datos aislados y superficiales. Por su parte, la observación participante, los grupos focales y las discusiones de grupo aportan mayor riqueza en el conocimiento crítico del entorno, del problema, sus causas, sus consecuencias y otros aspectos que en un momento dado, potencian las fortalezas o evidenciar debilidades en el espacio interno, develan las oportunidades que se presentan de utilizar cualquier recurso de carácter logístico, didáctico, económico o político, con el fin de incrementar las probabilidades de alcanzar el objetivo.

Acerca del resguardo de los datos, toda la información es registrada en evidencias tangibles, es decir, en material impreso, transcripciones de texto, fotos, videos, grabaciones de las entrevistas y cualquier otro recurso técnico, para tener cuando sea necesario fuentes de datos confiables para la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, evaluación y posterior divulgación de la investigación.

Etapa 6. Estructuración teórica de la información. Organizar la información implica su categorización y estructuración, toda vez que no se trata de describir una situación específica, sino explorarla y comprenderla. Esta etapa es la médula de la investigación desde el punto de vista científico, porque es el producto final de todo el esfuerzo, el cual consiste en desarrollar una teoría final a partir de la experiencia vivida. Dos tareas fundamentales son necesarias para cubrir esta fase: La categorización y la teorización, que dicho sea de paso, comienza en el momento mismo en que se hace una revisión bibliográfica para identificar las ideas primarias sobre el problema y se robustece con el desenvolvimiento del trabajo de campo. La primera tarea es la categorización. Esta consiste en sintetizar una idea, un conjunto de datos o información escrita, sin perder de vista su originalidad. Luego de compactar la información, la siguiente tarea es la teorización, que es el entramado de relaciones con sentido, coherencia, lógica y con un grado de credibilidad suficiente para que sea aceptado por los propios actores y los evaluadores. (En este caso nos referimos a los miembros de la Comisión de Evaluación del Doctorado en Enfermería, de la Universidad de Carabobo).

La teoría final se va edificando en cada etapa del proceso y, aunque, Lewin lo ubica antes de la ejecución del plan de acción, en realidad es la resultante de todo el proceso porque representa la conjunción de los referenciales teóricos disponibles en la literatura científica, la plausibilidad y cohesión del ensamblaje de tales referentes, y el aporte epistemológico refrendado por el autor, tanto en el ámbito científico como

en la experiencia de vida, como ser humano del mundo. Es importante destacar que desde el punto de vista filosófico no nos posicionamos, ni partimos específicamente de una corriente de pensamiento, para poder mantener un ánimo humanístico.

Etapa 7. Diseño e implementación de un plan integral de acción. Logrado el patrón teórico precedente que guía a la otra parte de la dialéctica, la acción, se establecen las particularidades o especificidades necesarias, en cuanto a: La secuencia lógica de pasos, cuándo, cómo, por quiénes va a ser ejecutado el plan, los mecanismos de comunicación y de evaluación, los materiales necesarios para desarrollar cada tarea, los mecanismos y artefactos tecnológicos que van a permitir la documentación de la experiencia, así como los procesos de evaluación y reconducción de la investigación en cada ciclo de acción-reflexión-acción.

Criterios de validación científica de la IAP

Martínez¹⁴³, define la validez como “el grado o nivel en que los resultados de una investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada” (p. 236). En este sentido, el aspecto metodológico que más se le critica a la IAP, tiene que ver con las nociones de objetividad y validez. La interrogante común de los investigadores no familiarizados con el paradigma cualitativo, es: ¿La participación activa de los beneficiarios de la investigación puede comprometer los resultados? La razón de esta pregunta está impregnada del paradigma cuantitativo, como lo explica el Colectivo Ioé¹⁵¹, los criterios o prejuicios

epistemológicos de la ciencia positivista: Objetividad, relatividad y validez no pueden ser cumplidos en la IAP, especialmente por la influencia del investigador sobre las personas y viceversa.

Si por objetividad se denomina al hecho, de que diferentes investigaciones en las ciencias naturales, con el mismo tipo de prueba, deban llegar a los mismos resultados, es claro que esta situación no sucede en la IAP, dado que esta forma de objetividad positivista contradice al fundamento referido a la manera en la que los participantes intervienen en el proceso de investigación. Park⁴⁴, basado en los postulados de Popper, aclara que hoy en día se acepta la influencia mutua que existe entre los investigadores y los beneficiarios, también la evolución de las ciencias presentada por Kuhn y las propuestas filosóficas de Feyerabend, en las que la investigación es más creadora que descubridora y que por lo tanto hay interacción entre el investigador externo y los actores que viven el fenómeno estudiado. Si de validez se trata, al decir de Lokpez⁴⁹, el criterio más relevante para evaluar la IAP es el impacto social u organizacional que produce.

En la IAP es requisito fundamental la convivencia e influencia mutua entre los investigadores y los sujetos de la investigación. El asumir ese criterio, exige de una posición clara respecto a la problemática de la relación sujeto-objeto en la verificación del conocimiento. Tal problema es solucionado, según Cussianovich¹⁵², a través del criterio de democratización, que es una relación horizontal, simétrica de

sujeto a sujeto, es decir que la validez de los datos depende de la empatía de los sujetos con el fin del estudio.

Por su parte, Martínez¹⁴³, apunta que la IAP es válida como metodología, en la medida en que es capaz de superar obstáculos para favorecer el crecimiento y desarrollo autosuficiente de las personas. Desde el punto de vista de la confiabilidad, la IAP está guiada por una orientación naturalista, sistémica y humanística que se alcanza según el nivel de concordancia interpretativa entre diferentes observadores, evaluadores o jueces sobre el mismo fenómeno.

La necesidad de la interacción humana, a través de la IAP, requiere de la subjetivación de la ciencia, como lo explican Almeida, Martínez y Varela¹³³, ella transforma a la ciencia, en ciencia comunicativa, en otras palabras la divulgación e intercambio de experiencias de intervención científica que contribuyan al desarrollo de la sociedad. El concepto de comunicación es aplicado a una relación, en la que no entran en juego un sujeto y un objeto, sino que se sucede entre un sujeto y un sujeto (intersubjetividad). No obstante, en la teoría de la acción comunicativa de Habermas¹³⁸, no se niega que en el acto de percepción y de conocimiento el sujeto convierte al otro en su objeto o asunto de comunicación.

El investigador comunicativo no asume al otro solamente como un objeto situación, sino, como su sujeto antitético, es decir que en la dialéctica de la interrelación son dos visiones que se encuentran y pueden confluir en una síntesis. En

otras palabras, Obando-Salazar¹⁵³, asume que la interacción humana es parte de una situación de interpretación, entre dos o más sujetos que se encuentran, y acorde con esa situación definen su conducta. El investigador no puede actuar frente a ese sujeto de manera completamente controlada, sino que debe orientarse con base a sus comportamientos intencionales. La meta de ese comportamiento es encontrar una interpretación conjunta de esa situación problema, en donde las intenciones de comportamiento se suceden en consenso. Para lograr el asentimiento de todos los actores se requiere de un esfuerzo comunicativo de gran complejidad.

Como fue explicado en partes preliminares de esta tesis, la IAP requiere preferentemente técnicas cualitativas de recolección de información por lo que ahondo a continuación, las bases que guían este paradigma de investigación. En palabras de Taylor y Bogdan¹⁵⁴, la investigación cualitativa es la que "... produce datos descriptivos: Las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable..." (p.153). Estos autores, le confieren las siguientes características: Es inductiva; el investigador ve al investigado y al escenario desde una perspectiva holística, las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo; los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son sujeto de estudio; los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas; el investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones; para el investigador cualitativo,

todas las perspectivas son valiosas; los métodos cualitativos son humanistas; los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación; para el investigador cualitativo, todos los escenarios y las personas son dignos de estudio; y por último, que la investigación cualitativa es un arte.

En nuestro rol de investigador cualitativo, asumimos algunas posturas. De acuerdo con Morse¹⁵⁵, estas son: Ser paciente para ganarse la confianza de las personas; ser polifacético en este método de investigación social; ser meticuloso con los documentos relacionados con todo el proceso investigativo; ser conocedor del tema, para detectar cualquier camino en la investigación; ser versado en teoría social, que redunde en la capacidad de detectar perspectivas teóricas útiles al estudio; ser capaz de trabajar inductivamente; tener confianza en las interpretaciones que se realizan; comparar y contrastar constantemente la información que se dispone, y; dar sentido a los datos mediante un esfuerzo intelectual.

Bonilla y Rodríguez¹⁵⁶, refieren que a través del método cualitativo se busca entender una situación social como un todo, teniendo en cuenta sus propiedades y su dinámica. El mismo, propone un proceso inductivo que trata de dar sentido a la situación según la interpretación de los personas, sin imponer preconceptos al problema analizado. Las categorías o las dimensiones que establecen la situación, y que deben captarse para poder armar la interpretación, emergen de la observación abierta y se van depurando a medida que el investigador comprende mejor los

parámetros que organizan el comportamiento de la realidad que se investiga. Su preocupación no es prioritariamente medir, sino detallar textualmente y explorar el fenómeno social a partir de sus rasgos determinantes, según sean percibidos por los miembros de la situación estudiada.

Con la investigación cualitativa, tratamos de leer las mentes de las madres, así como del resto de los habitantes de la comunidad para poder actuar en consecuencia. Aprender el significado y el valor de los símbolos interaccionales, que constituyen el estudio de cada persona a lo largo de su vida, lo cual no fue tarea fácil, pero de allí surgieron los principales aportes.

Aunque la IAP ha sido clasificada dentro del paradigma cualitativo, las experiencias desarrolladas en los tiempos recientes, van dando mayor cabida a técnicas del paradigma cuantitativo, esta tendencia ha sido llamada como investigación multimétodo o integración paradigmática. Vale la pena acotar que de la corriente cuantitativa usamos las medidas estadísticas descriptivas y no las inferenciales, porque son las que demostraron gran utilidad para sistematizar información básica sobre las características o condiciones demográficas del grupo de estudio. Dejo claro que bajo ninguna circunstancia el uso de técnicas cuantitativas partió del hecho de que acepto los postulados del positivismo como la única forma de investigación válida, como fue expuesto con anterioridad. Para los efectos de la IAP,

la naturaleza de la información requerida determina la elección del método de recolección, independientemente del paradigma del cual éste provenga.

Heron y Reason¹⁵⁷, creen que la inclusión de métodos cuantitativos y cualitativos, a través de un espiral de acción y reflexión, contribuye a hacer más claro el proceso de investigación, a balancear la creación del conocimiento y la transformación de la realidad. Cerda¹⁵⁸, va más allá de las diferencias filosóficas y epistemológicas que orientan ambos paradigmas cuando afirma que la cantidad y la calidad son dos categorías inseparables, y que además son necesarias porque permite a los actores, tomar aspectos relevantes de la realidad porque la acumulación de cambios cuantitativos generan a plazos más largos, cambios de orden cualitativo. Por su parte, Polit y Hungler⁵⁶, defienden la integración de ambos métodos porque consideran que ninguno de manera separada, llega a ofrecer una apreciación exhaustiva de la realidad, y que su uso integrado, se justifica en los casos en que se requiera la ampliación de la comprensión teórica sin la sujeción a un marco epistemológico a priori, de esta manera se puede tener mayor retroalimentación teórica, así como el aumento de la validez científica y el engrandecimiento de las fronteras de la investigación.

Entre otras bondades del uso en conjunto de ambos enfoques, se encuentra el de la triangulación de técnicas, que permite, como lo expresa Leal⁵⁰, mostrar áreas de coincidencia y de divergencia en los puntos de vista de uno o distintos grupos, sobre

un mismo tema o fenómeno. De la misma manera, McDermott y Sarvela¹⁵⁹, expresan que la triangulación faculta al investigador para explorar un mismo hecho, a través de varios métodos que pueden ser cuantitativos, cualitativos o una mezcla de ambos.

La rivalidad histórica de ambas perspectivas, según lo aprecia Rusque¹⁶⁰, se ha atenuado con el paso del tiempo, a la luz de la necesidad de una investigación social con mentalidad abierta, especialmente porque ninguno de los enfoques puede sustituir de manera suficiente al otro, se puede decir que más bien los métodos tienden a coexistir. Sobre el mismo aspecto, Bericat¹⁶¹, llama a este posicionamiento antagónico como la doble pirámide y considera que existe el interés científico legítimo de la integración, sobre la base de tres razones: La complementación para obtener impresiones distintas de la misma realidad, la combinación para visualizar aspectos diferentes del mundo que investigamos y la triangulación para definir aspectos coincidentes.

A manera de conclusión sobre la divergencia de ambos puntos de vista, Bonilla y Rodríguez¹⁵⁶, sugieren que la integración de los métodos es inevitable, porque enriquecen la ciencia y en especial, porque responden a una necesidad perentoria de abarcar las realidades sociales de manera integral. Como puede apreciarse, el uso racional de técnicas de recolección, análisis e interpretación de las dos vertientes, es hoy más que nunca una necesidad para los investigadores y actores sociales.

Plan de acción

Cuadro N° 5.
Cronograma del plan

Actividad según etapa de la IAP	Año / Trimestres												
	06	07				08				09			
	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Diseño general del proyecto		▶	=	=	=	=	=	=					
Obtener financiamiento		▶				=	=	=	=				
Determinar disponibilidad de recursos materiales		▶	=	=	=	=	=	=					
2. Identificación de un problema importante													
Arqueo bibliográfico	▶	=	=	=	=	=	=	=	=				
Aplicación de la ficha social para el diagnóstico													
Entrevista a personas clave (personal de salud)					▶	=	=	=					
Sistematización de la información		▶	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	
3. Comprensión del problema													
Recolección de información general				▶		=	=	=					
Interpretación de la información				▶	=	=							
Retroalimentación ontológico-epistemológica						▶	=	=	=	=	=		
Contacto con grupos de la red social local				▶	=	=	=	=	=	=			
4. Formulación de cursos de acción						▶	=	=					
Establecimiento de la red explicativa del problema								▶	=	=			
Selección de alternativas viables								▶	=	=	=	=	
Incorporación de voluntarios al plan									▶	=	=	=	
Comunicación con grupos de la comunidad						▶	=	=	=	=	=		

Fuente: Elaborado por los actores

Diseño general del plan. Continuación.

Actividad según etapa de la IAP	Año / Trimestres												
	06	07				08				09			
	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Recolección de la información necesaria								▶	=	=	=	=	
Reclutamiento de voluntarios				▶	=	=	=	=	=	=	=	=	
Definición de elementos de mercadeo social				▶	=	=	=	=					
Inventario de recursos comunitarios disponibles				▶	=	=	=	=					
6. Estructuración teórica de la información													
Acerca del problema				▶									
Acerca de los cursos de acción					▶	=	=						
Sobre el plano ontológico					▶	=	=	=					
Sobre el proceso						▶	=	=	=				
Acerca del plan de acción					▶	=	=	=	=	=	=	=	
7. Diseño e implementación de un plan de acción								▶	=	=			
Definición de objetivos del plan													
Definición de metas e indicadores													
Definición de estrategias de interacción							▶	=	=				
Ejecución del plan							▶	=	=	=	=	=	
8 Evaluación del plan													
Evaluación diagnóstica				▶	=								
Evaluación del impacto						▶	=	=	=	=	=	=	
Evaluación de los resultados								▶					
9. Construcción de la teoría final				▶	=	=	=	=	=	=	=	=	

Fuente: Elaborado por los actores

Modelo educativo para la acción

A lo largo de la delimitación del problema, en los estudios científicos antecedentes, en las teorías de enfermería y de la IAP se aprecia que la educación es el elemento más destacado porque es el instrumento de transformación de la realidad. A partir de este juicio, incluimos un apartado relacionado con los aspectos educativos en el ámbito comunitario que sirven para dar operatividad al proceso de cambio que se propuso este trabajo.

En las siguientes líneas describimos aspectos epistemológicos, filosóficos y axiológicos del modelo educativo denominado Educación Popular. Vio Grossi¹⁶², establece cuatro conceptos fundamentales de la educación popular relacionados con la IAP que son: La acción, el saber popular, la organización y la participación.

El concepto de la acción comunitaria se establece a partir de la pregunta ¿Qué podemos cambiar en nuestro círculo de vida privado y más cercano? Para dar respuesta a esa pregunta la comunidad puede iniciar y sostener la acción de las participantes con actividades hacia la familia, la escuela y el lugar de trabajo. Por su parte el saber popular, concluye Obando-Salazar¹⁵³, es el resultado de conocimiento, referido a la capacidad para la crítica y para la desmistificación de los hechos; conocimientos teóricos, sustentados en la capacidades para relacionar los hallazgos empíricos y teóricos de diferentes propuestas; conocimientos sociales relacionados con la capacidad para generar relaciones con los otros, para reconocer, a las personas

en determinadas relaciones entre ellos y con su medio ambiente material, social e histórico; conocimientos cotidianos; conocimientos políticos y conocimientos propios. En cuanto al cambio social, el entramado de saberes de cualquier índole, son útiles en la medida que se juntan de manera orgánica y logran transformar la problemática en una situación que propenda al incremento de la calidad de vida.

El tercer concepto, la organización, permite a los grupos utilizar todo su potencial mediante la exploración y visualización colectiva, el trabajo en equipo y la búsqueda conjunta de alternativas de solución. Por último, el concepto de la participación, según Restrepo¹⁶³, es la posibilidad que tiene la población de intervenir en forma activa en la producción de conocimiento relevante para la generación de cambios dentro de la sociedad.

A partir de estos cuatro conceptos, la educación popular entraña posiciones axiológicas que deben ser cumplidas por el investigador. En nuestro caso particular, asumimos y seguiremos asumiendo a la interacción educativa como un proceso de conjugación de saberes populares y científicos para cambiar una situación problema en una situación deseada. En el mismo orden de ideas, la red Alforja¹⁶⁴ considera que el aprendizaje y la conceptualización se basan en la experiencia práctica de las propias personas y grupos, de tal manera que la autoconcienciación y comprensión de los participantes respecto a los fenómenos y estructuras que determinan sus vidas. En ese orden de ideas, potenciamos en todo momento la conjunción del esfuerzo

colectivo para desarrollar estrategias, habilidades y técnicas para que las madres y el resto de los actores sociales que se involucraron participaran orientados por la transformación consensuada y asertiva del cuidado de sus hijos menores de un año.

La integración grupal fue necesaria para la transformación, ésta se ha ido logrando con el uso de técnicas que partieron siempre de la propia realidad y se caracterizaron por su carácter ameno, dinámico y motivador, tomando como punto de partida las experiencias de las personas. Con ello promovimos y conservamos el interés del grupo, facilitando la participación, la reflexión, el diálogo y la interpretación. En este sentido, como investigadores no aportamos todas las respuestas, sino que simplemente contribuimos a que el grupo se formulara las preguntas necesarias y fuéramos construyendo nuestras propias respuestas.

Desde el punto de vista epistemológico, la educación popular se orienta bajo algunos postulados propuestos por Freire¹⁶⁵:

Énfasis en el diálogo: La educación popular es principalmente dialógica o conversacional, más que curricular y basada en contenidos culturales preseleccionados. Hay que tener especial cuidado con el academicismo y la tendencia a la verticalidad de la relación entre los involucrados. El principio que rige la educación popular es la horizontalidad u horizontalismo, que implica crear, desarrollar o enfocarse en incentivar una equidad de poder entre las personas, tanto en sus asociaciones como en sus relaciones humanas cotidianas.

La mejor forma de practicar los principios de cooperación voluntaria, alteridad y justicia social es incentivando a las personas a que trabajen para la mejora mutua al tener igualdad de acceso al poder, mediante el ejercicio de la libertad. A modo de ilustración, Torres¹⁶⁶ extrae de varios textos publicados por Freire, algunos fragmentos que aluden a este principio, en los siguientes escritos: “Es necesario desarrollar una pedagogía de la pregunta. Siempre estamos escuchando una pedagogía de la respuesta. Los profesores contestan a preguntas que los alumnos no han hecho”...“Enseñar exige saber escuchar”...“Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre”

Importancia de la praxis en la actividad educativa: Loteórico sin la práctica es un acto de recreación discursiva que limita la acción, y será esta última la que ponga a prueba a la teoría. De esta manera, las ideas deben ponerse en el terreno de la praxis social y es su utilidad demostrada de esa teoría la que en definitiva refuerza o restringe su uso. Freire, citado por Torres¹⁶⁶ lo describe así:

No hay palabra verdadera que no sea unión inquebrantable entre acción y reflexión...Decir la palabra verdadera es transformar al mundo...El hombre es hombre, y el mundo es mundo. En la medida en que ambos se encuentran en una relación permanente, el hombre transformando al mundo sufre los efectos de su propia transformación. (p. 60)

Concienciación del oprimido a través de la educación: En este caso en particular, es trasladar la experiencia materna y social del cuidado de los niños

menores de un año basado en prácticas instintivas y culturalmente acogidas por reproducción social, a un cuidado educado asentado en la elección libre de alternativas, que sean conocidas en profundidad y acordadas colectivamente, en un marco social machista y asistencialista dominado por el consumismo. Más allá del espacio personal, la concienciación lleva a las madres que viven la crianza, a compartir estos saberes aprehendidos colectivamente a otras madres que viven la misma situación para tener conciencia de cómo la dinámica social actúa sobre sus decisiones. Estos saberes le permiten a las madres, en primera instancia, y a la comunidad, mayor autonomía sobre la realidad. Al respecto Torres¹⁶⁶ considera que Freire se lo plantea en estas proposiciones: “La ciencia y la tecnología deben estar al servicio de la liberación permanente de la humanización del hombre” “Nadie es, si se prohíbe que otros sean” “La pedagogía del oprimido, deja de ser del oprimido y pasa a ser la pedagogía de los hombres (seres humanos) en proceso de permanente liberación” (p. 99).

En un sentido más práctico, Velásquez y González¹⁶⁷ consideran que el oprimido llega al estado de concienciación cuando alcanza las siguientes condiciones:

- a.- Tiene un alto grado de comprensión sobre la problemática;
- b.- Desarrolla y fortalece la capacidad reflexiva con relación a la problemática mediante la construcción y apertura de espacios de confrontación con las características, mecanismos, procesos y efectos de la problemática;
- c.- Fortalece su capacidad participativa y de empoderamiento sobre su realidad;
- d.- Desarrolla y fortalece la

capacidad de trabajar en forma organizada, y al interior de grupos, asume la toma de responsabilidades personales, y por último; e.- Fortalece un comportamiento de movilización política para lograr sus objetivos a través del tiempo.

Con la mira puesta en un cambio hacia una mejor calidad de vida integrada a la cultura de las madres, coincido con Sauv ¹⁶⁸, en su visión socio-ecológica sobre la educación. Para la autora, el saber se edifica constantemente sobre la base de tres círculos concéntricos: La personal, la grupal y la del medio ambiente. El círculo personal encarna el núcleo, es el ser humano que construye su identidad y la nutre con las vivencias que incorpora en su cosmovisión. El segundo círculo e intermedio es el grupal, tiene que ver con la relación con otros humanos, los flujos de energía que se producen entre ellos debería conducir a la alteridad, es decir, al reconocimiento mutuo y a la unión de sus potencialidades personales en pro de los objetivos grupales. Castellano¹⁶⁹, ve este espacio como redes en la que se entrelazan el pasado, que contiene la identidad de cada involucrado, el presente, en el que se encuentran los problemas o las necesidades que deben ser satisfechas, y el futuro, hacia donde la comunidad forja sus aspiraciones, sus sueños y sus esfuerzos.

El tercer círculo, el más externo, es el medio ambiente, también conocido como la relación con el medio de vida. Los límites del medio ambiente, como enfatiza Orellana¹⁷⁰, trascienden lo tangible, lo geográfico o físico, se ubica más bien en un área  mica donde se va consolidando el intercambio de ideas, de discusiones,

de investigación cooperativa, de careos y de convenios entre las personas. En esa área unos aprenden de otros y con otros, para realizar conjuntamente los cambios trascendentes y pertinentes, en su contexto cultural y socio-ambiental. En el intercambio émico se crean las condiciones propicias para el desarrollo de un proceso de maduración y de transformación colectiva, en el cual cada uno actúa con sus talentos y sus falencias.

Desde el ángulo de los determinantes de la salud y en el marco filosófico de la Teoría Crítica, la transformación social se inicia a partir de las preocupaciones cotidianas que tienen importancia crucial para la gente; las acciones van más allá de un enfoque de prevención y de aplicación de soluciones a corto plazo, y se plantean cambiar la realidad con intervenciones para la deconstrucción de los problemas y la construcción de mejores condiciones de salud y de vida. Durante ese proceso los actores se centran en la valorización de su cultura y de los talentos de cada quien, tomando en consideración también, las oportunidades y amenazas que se gestan en el entorno.

Como parte de la etapa cuatro de la IAP se establecieron los cursos de acción. La estrategia utilizada en el primer trimestre del año 2008, para establecer varias rutas de acción fueron las mesas de trabajo, utilizamos la matriz de selección de alternativas propuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el Comité de Asistencia para el Desarrollo¹⁷¹ (CED) y que

es una herramienta de reciente creación que ha sido probada en macro y microproyectos en los cinco continentes. La matriz mencionada nos permitió transformar las causas que pueden ser abordadas por la comunidad en los resultados esperados del plan integral de acción. De modo que seleccionamos cinco criterios para determinar las causas que podían ser modificadas por los actores: Disponibilidad de recursos materiales, financieros y de talento humano; capacidad técnica de actuación; deseo de la comunidad para cambiar el estado actual de la causa, y; accesibilidad cultural de la comunidad.

Mediante la lluvia de ideas consideramos que las líneas o cursos de acción eran: Incremento de los valores humanos fundamentales, estímulo de creencias que favorezcan la salud del bebé, mejorar la eficiencia de la organización comunitaria, mayor vinculación del servicio de salud con la comunidad y el incremento de los conocimientos de las madres.

En cada línea de acción necesitamos listar todas las tareas necesarias y suficientes para la intervención eficiente y eficaz. Para este cometido aprovechamos las bondades de la matriz de actividades, que según la Organización para la Alimentación y la Agricultura¹⁷² (FAO), especifica cómo el plan integral va a llevar a cabo los resultados esperados. En la misma dejamos plasmada la información sobre tareas y la necesidad de recursos materiales, financieros y de talento humano. Esta

matriz fue revisada y actualizada en varias oportunidades durante el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO IV

PROCESO DE INTERVENCIÓN

El cronograma presentado a principios de 2008 tuvo variaciones en la medida que la dinámica social lo fue requiriendo. Es importante destacar que presentamos lo que está pautado hasta agosto 2009, pero que hay una serie de actividades programadas y en ejecución para el resto de este año y el año 2010.

Hipótesis

En la medida que íbamos avanzando en la recolección y sistematización de los datos, además de la contrastación de cada hallazgo con los referentes teóricos, fuimos generando ideas en el grupo sobre cómo avanzar en los pasos de la IAP. Esas ideas son descritas como hipótesis.

De la Cuesta¹⁷³, destaca que en la medida avanzábamos en el proceso de investigación, seguimos intereses, pistas o corazonadas que identificamos en los datos que recabamos y categorizamos. Las hipótesis aparecen como consecuencia de interrogantes que nos surgieron como los actores en el momento que van y vienen las ideas entre la clasificación y la escritura teórica.

En ese mundo de reflexión vivido como investigadores y como parte de un colectivo, fuimos germinando preguntas, Hernández, Fernández-Collado y Baptista⁶², destacan las siguientes: ¿Qué clase de datos están surgiendo? ¿Qué nos indican esos datos y elementos emergentes? ¿Qué proceso o fenómeno está ocurriendo? ¿Por qué emergen esas categorías, vinculaciones y esquemas? y ¿Qué teoría e hipótesis están resultando?

En el planteamiento de las hipótesis, según Glaser¹⁷⁴, nos orientamos a explicar el comportamiento de los participantes como un todo, de esta manera la teoría generada trascendió el tiempo, el lugar y a cada unidad muestral. En vista que la investigación estuvo orientada hacia la IAP, las hipótesis fueron apareciendo en la medida en que la categorización, el arqueo teórico, la intervención con las madres y los grupos que hacen vida en la comunidad iban avanzando. Como producto de las reflexiones a las que llegábamos, en ciertos momentos, escuchando las grabaciones de las reuniones sostenidas, incluyendo las tendencias conductuales de la población en estudio, fuimos construyendo las siguientes hipótesis:

1. ¿Cuál fue el problema que la población de estudio considera prioritario? Los asistentes a las primeras reuniones identificaron por consenso el cuidado de los infantes. Todas esas opiniones quedaron plasmadas en el árbol de problemas que elaboramos colectivamente y que fue ampliado en varias ocasiones. Asimismo, durante las primeras sesiones de trabajo, cuando estábamos decidiendo sobre el

problema a abordar surgieron elementos que estaban vinculados con esas vivencias pero en el sentido de la comunidad.

2. A partir de la información del diagnóstico social y de las primeras reuniones, a mediados del año 2008, nos concentramos en la siguiente hipótesis ¿Qué características tienen las prácticas de cuidado de las madres hacia los hijos menores de un año de vida? Además, en el marco del proyecto descubra “Como mantenerse sano” elaborado por Contreras⁵¹, evaluamos las prácticas de cuidado para aproximarnos a las necesidades educativas de las madres, complementamos con la información elaborada por el autor y un equipo de trabajo (Contreras, Marquina, Sosa y Quintero⁶⁶) en el segundo trimestre del año 2008.

3. En la medida que fuimos avanzando y se incorporaron madres adolescentes del Liceo Bolivariano Rómulo Betancourt, notamos que sus respuestas tenían elementos diferentes a las respuestas de las adultas, ante esta situación nos planteamos la siguiente hipótesis. ¿Cuáles fueron las diferencias en las prácticas de cuidado de las madres adolescentes y adultas? Esta hipótesis nos permitió, seleccionar las herramientas educativas para el abordaje de ese grupo de madres. Además pudimos detectar algunos elementos de la red ambulatoria de la zona y que intervienen en el fenómeno del cuidado de los infantes.

4. Finalmente, y como una etapa de la IAP, en el cual necesitábamos identificar el conocimiento y las necesidades educativas sobre el cuidado del bebé, nos trazamos la última hipótesis ¿Cómo pudimos desarrollar un plan colectivo para mejorar el cuidado diario los infantes?

Programa de educación para la salud

La siguiente información fue el resultado de las deliberaciones y decisiones que se tomaron como elementos necesarios para optimizar el cuidado materno del niño menor de un año.

Objetivo General

Al final del proceso de interaprendizaje, las madres demostrarán competencias: actitudinales, afectivas, cognitivas y prácticas de cuidado culturalmente congruente a sus hijosmenores de un año.

Objetivos Específicos:

Al finalizar el proceso de interaprendizaje:

- Las madres estarán en la capacidad de identificar los principales beneficios y barreras para realizar un cuidado cultural congruente a las necesidadesde sus hijosmenores de un año.
- Las madres estarán en la capacidad de identificar los riegos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla.

- Las madres estarán en la capacidad de diseñar acciones para optimizar el cuidado de su hijo menor de un año.
- Las madres estarán en la capacidad de activar los procesos experienciales y conductuales para mejorar el cuidado de sus hijos.
- Las madres estarán en la capacidad de comparar sus valores, creencias y conocimientos sobre el cuidado hacia el niño y ejecutar de manera permanente los cuidados aprendidos en esta experiencia.

Lugar de las sesiones

Sala de reuniones del Ambulatorio Juan Alberto Rojas, Área de audiovisuales del Liceo Bolivariano “Rómulo Betancourt”, sede de los Consejos Comunales de la localidad y en los hogares de las madres.

Participantes

Diez a veinte por sesión

Cuadro N° 6. Cronograma de las sesiones de aprendizaje

Numero de sesiones	Contenido	Tiempo (Minutos)
1	Objetivo Específico N° 1	15
3	Objetivo Específico N° 2	25
1	Objetivo Específico N° 3	25
1	Objetivo Específico N° 4.	25
1	Objetivo Específico N° 5	40
Total		130

Fuente: Elaborado por los actores

Cuadro N° 7. Objetivo Específico 1: Las madres estarán en la capacidad de identificar los principales beneficios y barreras para realizar un cuidado cultural congruente a las necesidades de sus hijos menores de un año.

Contenidos	Actividades del Interaprendizaje	Recursos Didácticos	Evidencias de Aprendizaje
Presentación de la sesión educativa	Presentación del Facilitador Presentación de los asistentes Técnica grupal (Rompe hielo) Descanso	Facilitador Gafete con nombres de los participantes Marcadores	Cada participante menciona su nombre y apellido Todos se incluyen en la técnica grupal
Importancia de realizar los cuidados adecuados al bebé: Beneficios de un cuidado adecuado: En lo afectivo En lo biológico En lo familiar En lo social En lo económico Barreras para el cuidado: En lo personal En lo familiar En lo social	Preguntas abiertas Conversatorio corto Técnica grupal: Gano o pierdo Conservatorio corto	Facilitador Rotafolio	Las participantes expresan su opinión acerca de las bondades de un cuidado adecuado al niño Las participantes explican porque no identifican los beneficios del cuidado al niño. Las participantes explican las barreras más comunes que le limitan la práctica del cuidado al niño.

Fuente: Elaborado por los actores

Cuadro N° 8. Objetivo Específico 2: Capacidad de las madres para identificar los riesgos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla.

Contenidos	Actividades del Interaprendizaje	Recursos Didácticos	Evidencias de Aprendizaje
Aspectos generales del niño sobre: Alimentación Regulación de la temperatura corporal Descanso y sueño Baño y aseo Eliminación Crecimiento y desarrollo Inmunizaciones Estimulación infantil Control de la salud Baño de sol Identificación sobre signos de alarma Otras nociones	Conversatorio corto Preguntas abiertas sobre saberes de la crianza Técnica grupal: Demuestra que conoces a tu hijo. Plenaria Preguntas sobre los aspectos desarrollados durante la sesión de aprendizaje.	Facilitador Rotafolio Fichas Refrigerio Tiempo: 70 minutos (la sesión se dará con un descanso luego de la primera media hora).	Las participantes expresan las características generales del niño para brindar un cuidado adecuado. Las participantes corrigen a las personas que manifiestan ideas que no sean congruentes con un cuidado adecuado.

Fuente: Elaborado por los actores

Cuadro N° 8. Objetivo Específico 2: Capacidad de las madres para identificar los riesgos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla. (Continuación).

Contenidos	Actividades del Interaprendizaje	Recursos Didácticos	Evidencias de Aprendizaje
Comparación de las principales creencias y los conocimientos adecuados del cuidado del bebé sobre: Alimentación Temperatura corporal Descanso y sueño Baño y aseo Eliminación Crecimiento y desarrollo Inmunizaciones Estimulación infantil Evaluación periódica del estado de salud Signos de alarma	Técnica grupal: Bueno o malo. Conversatorio corto Preguntas abiertas sobre las principales creencias de salud del niño. Premiación a los ganadores Preguntas sobre los aspectos desarrollados durante la sesión de aprendizaje.	Facilitador Rotafolio Fichas Premios Tiempo: 70 minutos (la sesión se dará con un descanso de 15 minutos luego de la primera media hora).	Las participantes expresan las creencias que son prácticas en el cuidado del niño. Las participantes comparan las ideas erróneas y adecuadas sobre las creencias de salud en la crianza del niño.

Fuente: Elaborado por los actores

Cuadro N° 8. Objetivo Específico 2: Capacidad de las madres para identificar los riesgos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla.
(Continuación)

Contenidos	Actividades del Interaprendizaje	Recursos Didácticos	Evidencias de aprendizaje
Técnicas de cuidado sobre: Lactancia materna Temperatura corporal Descanso y sueño Baño y aseo Eliminación Crecimiento y desarrollo Inmunizaciones Estimulación infantil Control de la salud Signos de alarma	Demostración de cada técnica por el facilitador con apoyo de las madres. Redemostración de cada técnica Conversatorio corto Elaboración de lista sobre las barreras que presentan las madres para realizar cada técnica. Planificación de estrategias para minimizar barreras para el cuidado. Premiación a los ganadores Preguntas sobre los aspectos desarrollados durante la sesión de aprendizaje.	Facilitador Rotafolio Fichas Tríptico	Las participantes demuestran las técnicas para el cuidado adecuado del niño expresan las creencias que son prácticas en el cuidado del niño. Las participantes elaboran una lista de las barreras que tienen para realizar un cuidado adecuado al bebé y planifican estrategias para disminuirlas.

Fuente: Elaborado por los actores

Cuadro N° 9. Objetivo Específico 3: Capacidad de las madres para diseñar acciones para optimizar el cuidado de su hijo menor de un año.

Contenidos	Actividades del Interaprendizaje	Recursos Didácticos	Evidencias de aprendizaje
De ser necesario se utilizarán los contenidos desarrollados en los objetivos previos	Elaborar un plan de cambio de las conductas Asesoría sobre la actividad Preguntas sobre los aspectos desarrollados durante la sesión de aprendizaje.	Cuaderno de registro de las actividades	Las participantes explican el plan de cambio que han elaborado. Las participantes expresan como pueden disminuir el impacto de las barreras que tiene para realizar un cuidado congruente al niño.

Fuente: Elaborado por los actores

Cuadro N° 10. Objetivo Específico 4: Capacidad de las madres para activar los procesos experienciales y conductuales para mejorar el cuidado de sus hijos.

Contenidos	Actividades del Interaprendizaje	Recursos Didácticos	Evidencias de aprendizaje
De ser necesario se utilizarán los contenidos desarrollados en los objetivos previos	Ejecutar el plan de cambio de las conductas Demostración de las madres de las diferentes técnicas aprendidas. Preguntas sobre los aspectos desarrollados durante la sesión de aprendizaje.	Cuaderno de registros de las actividades	Las participantes ejecutan las diferentes técnicas aprendidas. Las participantes expresan las fortalezas y debilidades que han tenido para realizar el cuidado al niño.

Fuente: Elaborado por los actores

Cuadro N° 11. Objetivo Específico 5: Capacidad de las madres para comparar sus valores, creencias y conocimientos sobre el cuidado hacia el niño y ejecutar de manera permanente los cuidados aprendidos en esta experiencia.

Contenidos	Actividades del Interaprendizaje	Recursos Didácticos	Evidencias de aprendizaje
De ser necesario se utilizarán los contenidos desarrollados en los objetivos previos	<p>Demostración de las madres de las diferentes técnicas aprendidas.</p> <p>Auto y coevaluación del desempeño de las madres en el cuidado de sus hijos.</p> <p>Preguntas sobre los aspectos desarrollados durante la sesión de aprendizaje.</p> <p>Visitas a las madres para evaluar la evolución de los cambios.</p>	Cuaderno de registros de las actividades	<p>Las participantes evalúan mediante la observación las diferentes técnicas aprendidas para el cuidado de los bebés.</p> <p>Las participantes reportan en su cuaderno las estrategias utilizadas para potenciar las fortalezas y minimizar las debilidades en el cuidado del bebé.</p>

Fuente: Elaborado por los actores

CAPÍTULO V

REFLEXIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

Durante todo el desarrollo del plan para optimizar la crianza de los niños menores de un año, vemos cuatro elementos descritos por Obando-Salazar¹⁵³, que son inherentes a los procesos de IAP, a saber: 1.- La acción, que es la transformación social; 2.- El saber popular, para la IAP no existe una sola forma de conocimiento, el así llamado "científico", sino diferentes formas de saberes y conocimiento.

Ese conocimiento y esos saberes pueden ser: Conocimiento crítico, referidos a la capacidad para la crítica ideológica y para la desmitificación de la realidad local; conocimientos teóricos, sustentados en la capacidad para relacionar los hallazgos empíricos y teóricos de diferentes propuestas; conocimiento social relacionado con la capacidad para entablar relaciones con los otros, para reconocer a las personas en determinadas relaciones entre ellos, y con su medio ambiente material, social e histórico; conocimiento cotidiano; conocimiento político y conocimiento propio; 3.- La organización que se fortalece según el potencial organizativo de los grupos de base, a través del acento que colocamos sobre el razonamiento colectivo, el trabajo en

grupo y la búsqueda conjunta de alternativas de solución; 4.-La participación como una condición importante y al mismo tiempo una meta central de aprendizaje. Esto significa, por una parte, una participación en la constitución de grupos y procesos de investigación, y por la otra, la participación en los procesos de toma de decisiones, estas dos actividades orientadas a la generación de cambios sociales.

La maternidad es una experiencia que se va construyendo desde el embarazo. La mayoría de las madres no tenían planeado serlo en ese momento, especialmente las más jóvenes. Sin embargo, las mayores de 25 años, expresaban ese deseo compartido con su pareja y a la vez consideraban que estaban preparadas para vivirlo con responsabilidad.

Cuando deseamos conocer si las madres adolescentes habían planeado o deseado el nacimiento de su hijo, la totalidad de ellas coincidieron en sus respuestas de que “no” lo fue. La contundencia de sus respuestas dejó claro que la maternidad no es una vivencia que las adolescentes programen anticipadamente, se presenta de encuentros sexuales pensados y vividos para el disfrute, pero tales no se acompañaron de medidas que evitaran la fecundación. Está claro que llegar a la maternidad sin desearlo está muy vinculado a que, como lo piensa Caricote¹⁷⁵, las y los adolescentes no tienen manera de saber lo necesario sobre su sexualidad y reproducción, entre otras cosas, porque sus padres y madres dejan al azar su educación sexual, en algunos casos los progenitores evitan asumir una posición

proactiva e intencional; en otros casos ellos piensan que si el niño hijo asiste a la escuela, se pueden desentender de esa responsabilidad.

Para la autora, existen algunas falencias a nivel social que explican el embarazo en la adolescencia, tales como: la jerarquización inadecuada de los valores dentro del grupo familiar, influenciado por un sistema de creencias con respecto al rol de género; y la comunicación deficiente entre padres e hijos. En el otro extremo, los y las adolescentes tienen curiosidad, pero también, miedo a preguntarles a sus padres y profesores. Este grupo de madres merece atención especial debido a que es afectada más que otro, por la pobreza y el nivel educativo, que son dos elementos de la dinámica social conocidos por su impacto adverso sobre su salud y la del niño, tal como lo ha estudiado la OMS⁷.

Las madres adolescentes tomaron decisiones tales como, dejar de manera temporal o definitiva los estudios formales de bachillerato. Sánchez e Hidalgo¹²³, enfatizan que además de una transición a la maternidad, el grupo de adolescentes afronta al mismo tiempo, los cambios propios de la edad y que asumir ambos roles, puede convertirse en una tarea enormemente compleja y difícil, bien sea por su condición física y por su falta de preparación psicológica y social.

A diferencia de la mujer adulta que afronta la maternidad, las adolescentes viven preocupaciones propias de su proceso de maduración psicológica hacia la adultez. Jiménez, Menéndez e Hidalgo¹⁷⁶ encontraron que los eventos vitales

estresantes con mayor impacto en las adolescentes son: El cambio de compañeros de clase, la muerte de un familiar, tener que repetir el año académico por bajo rendimiento, las desavenencias con amigos muy cercanos, las peleas entre sus padres y la ruptura con sus novios. Todos estos acontecimientos representan per se, una carga emocional, y se potencian con las nuevas experiencias que vive por efecto del embarazo.

Entre las prácticas de cuidado que tiene un propósito profiláctico sobre la madre y especialmente para la salud del niño está la aplicación de la vacuna Toxoide Tetánico recomendada en el Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud¹⁰⁶, de la cual se colocan dos dosis durante la preñez, de manera gratuita en los establecimientos públicos de salud. La mitad de las madres cumplieron este esquema. La falta de seguimiento de la colocación de la vacuna denota la presencia de la baja percepción de riesgo que tenían las madres. En este sentido, vale la pena recordar que como profesionales de la salud, debemos tomar en cuenta lo que establece la OMS²⁴ que la interacción con la madre no debe ser solo educativa, debe además estimular conductas y actitudes hacia la salud.

Desde la perspectiva del feminismo, Paterna y Martínez¹⁷⁷, aseveran que la relación entre la maternidad y el trabajo está mediada por la construcción social de género. La mujer que no trabaja se corresponde con el ideal de madre, este elemento del imaginario colectivo supone una creencia, como lo establece Russo¹⁷⁸, en que

existe el “mandato de la maternidad”, en el sentido de que ser una buena madre, es el rol primordial de una mujer. Para cumplir con la condición de madre, el trabajo fuera de la casa contraviene, según el mandato, la dedicación que el cuidado de los hijos requieren de su procreadora y por lo tanto estos roles no parecen compatibles.

En el mismo orden de ideas, coincidimos con González¹⁷⁹, en cuanto que la maternidad se mantiene orientada por la idea colectiva de ser buena madre, que es un modelo a imitar, que es un rol que tiene que ser aprendido y que está muy ligado a la feminidad. La plenitud de la maternidad es relacionada con una serie de valores que han sido parte de ese culto: El amor, la bondad, la abnegación y la entrega.

A pesar de la mejor intención de la madre por el cuidado de su hijo, existen situaciones que modifican la disposición de la misma para ese cuidado. Amorim, Spanó, Azevedo y Stefanello¹⁸⁰, listan algunos aspectos que le generan incertidumbre a las madres, especialmente a las adolescentes y primigestas: Como situación inicial, el hecho de tener un hijo que no se esperaba, por no haber sido planificado o deseado, la falta de experiencia y de conocimiento como elementos limitantes del desempeño de la maternidad, especialmente en lo relacionado con el amamantamiento.

La inseguridad y los episodios de disconfort o enfermedades en el infante, les hizo surgir sentimientos de incompetencia para el cuidado. Ante esta situación, la madre propendía a buscar ayuda en su red social más cercana. Por otro lado, las madres con limitaciones de ingreso económico vivían haciendo ajustes permanentes a

su presupuesto para cubrir las necesidades que se le van presentando cotidianamente para la crianza.

Con la información demográfica obtenida de las 105 madres vemos que la gran mayoría de las madres no tienen una actividad remunerada, muy probablemente esta tendencia sea una consecuencia de la cosmovisión de nuestra sociedad, que como lo establece el Instituto Nacional de la Mujer¹⁸¹ (INAMUJER), la reproducción humana y social, el control del cuerpo y la sexualidad asignan a las mujeres un rol que las relega y discrimina a funciones con poca valoración como las de ama de casa, madre y esposa, porque las mantiene en espacios privados y con opciones limitadas de autorrealización y de producción económica.

A pesar de todo lo que manifestaron las madres de su experiencia antes del parto, durante todas las reuniones sostenidas con las organizaciones comunitarias para definir el problema, los habitantes de la parroquia Osuna Rodríguez que asistieron a las mismas, no mencionaron la maternidad como un problema. Es importante decir, que identificaron al embarazo en adolescentes y la alimentación de la prenatal, como situaciones problemáticas conexas con el cuidado del infante. En otras palabras, no consideraron importantes o relevantes las vivencias que tienen las madres ni avizoraron inicialmente la relación que tiene llevar un control del embarazo para favorecer la crianza de un bebé sano. Hacemos la salvedad, que durante todo el tiempo que recorrimos en este estudio, un problema que los estaba preocupando, cada

vez con más fuerza, era la inseguridad personal, esto forzó a la postergación de algunas reuniones de trabajo, porque ellos consideraron que era necesario abocarse a resolver el mismo.

Después de año y medio de haber iniciado los contactos con la comunidad, fuimos considerando que debíamos abordar la maternidad desde la fase prenatal y de ser posible, en la fase preconcepcional porque durante esos períodos viven experiencias que son significativas para las conductas que deben asumir como futuras madres.

Al comenzar este trabajo apreciamos una diferencia importante en la manera como las futuras madres adolescentes y primigestas asumían la maternidad y la necesidad de mejorar sus conocimientos y sus cuidados. Ellas demostraron interés en tener mejor comprensión del cuidado de su hijo. Contrariamente, las mujeres que ya habían tenido hijos demostraron menor interés, apesar que en ambos grupos observamos que realizaban algunos cuidados obviando lo recomendado por los autores que conocen del cuidado del infante.

Por otra parte, un volumen importante de las mujeres que ya tenían hijos, consideraban que tenían saberes suficientes sobre su cuidado. Los procesos experienciales y conductuales se activaron más lentamente y en algunos casos no lo hicieron. A pesar de que utilizamos varias estrategias para incentivar su interés, muchas de ellas ni siquiera percibieron falencias en sus prácticas de cuidado y por lo

tanto, tampoco se plantearon un cambio. Otro grupo avanzó a la fase de contemplación porque empezaron a pensar, tanto en los beneficios de cambiar algunas prácticas y en las medidas necesarias para fomentar su salud, como en reducir sus riesgos de enfermar.

A sabiendas que las personas que estábamos desarrollando las sesiones educativas personales y grupales éramos observadas con mucha atención por la comunidad en general, desarrollamos sesiones de trabajo previas a los encuentros con las madres para especificar una declaración de principios que rigieron nuestra actuación. La mayoría de las ideas que incorporamos a esa declaración fueron las que se han utilizado en educación popular, las recomendaciones realizadas por ellos mismos y de acuerdo a los que llegábamos en reuniones de grupos nominales.

De Morgan y Monreal¹⁸², incorporamos una estrategia de integración entre la teoría y la práctica, con el propósito de producir conocimiento a partir de las experiencias vividas por las madres y sus familias. Al comienzo realizamos una propuesta educativa que abarcó cuatro elementos: 1.- Importancia de los cuidados congruentes al bebé, 2.- Aspectos generales del cuidado del bebé, 3.- Mitos y creencias de los cuidados del bebé, y 4.- Técnicas de cuidado. En la medida que en las reuniones con los distintos actores sociales y durante las sesiones educativas aparecían nuevos temas, los incorporábamos a los contenidos teóricos de las próximas sesiones educativas.

El comportamiento activo y empoderado de las madres, y el resto de la comunidad nos instó a mantener las conversaciones con sentido cooperativo, en las que podíamos participar libremente, de esta manera evitamos formas de comunicación con estrategias coercitivas y autoritarias. Al respecto, tomamos las palabras de Freire¹⁶⁵ y su gran experiencia en los espacios de cambio social, en cuanto a que la transformación debe tener énfasis en el diálogo. Las maneras en que manteníamos el diálogo era asistiendo con cierta regularidad a las reuniones ordinarias de los consejos comunales los martes por la noche en la sede del INCES, también realizábamos reuniones con los comités de salud. En el caso de las madres, nos dimos cuenta que preferían las sesiones educativas por las tardes, entre las tres y cinco, porque durante la mañana era el momento de mayor atención a las actividades de cocinar, limpiar y otras actividades del hogar. Otra forma de dialogo fue la presentación de los avances que alcanzábamos en el plan integral.

El lenguaje utilizado en todo momento fue, como lo expresó una de las personas “Sencillo y cotidiano”. Todos los instrumentos de información escrita, tales como: El rotafolio, los trípticos, cartas y avisos, yo los revisaba con anticipación para asegurar su congruencia con el contexto local. En el caso de los conversatorios, las personas que participaban como facilitadores, recibían previamente un taller sobre estrategias de interacción grupal y les orientábamos sobre los términos que eran adaptados a la cultura de la comunidad. Preferimos desarrollar las actividades educativas en los domicilios de las madres porque era el escenario en que se vive la

cotidianeidad, de tal manera que tuvimos acceso al espacio físico y al entorno cultural donde se da el cuidado. Esta decisión nos permitió adaptar las estrategias de interaprendizaje a las condiciones de vida que encontrábamos en cada hogar.

Un aspecto que sentimos que era necesario incorporar a corto plazo, fue la concienciación de las madres sobre cómo gestar procesos endógenos de cambio a través de la educación. Ellas reflexionaban sobre su situación de madre como un hecho personal, y en algunos casos como un evento que atañe a la familia. Aún tenemos que trabajar para lograr, como grupo, el aprovechamiento de los talentos humanos y los recursos con los que contamos para alcanzar un mayor control interno de lo que podemos hacer. Es decir, no estábamos conformes y seguiremos abriendo espacios de aprendizaje y discusión para incrementar: El grado de comprensión que tenemos colectivamente sobre la problemática, el desarrollo y fortalecimiento de nuestra capacidad reflexiva, el fortalecimiento de la participación y de empoderamiento sobre la realidad, la organización al interior de grupos y la toma de responsabilidades

Durante las reuniones con las madres solicitábamos que nos demostraran cómo colocaban al bebé al seno, cuál posición prefería para amamantar y el resto de los pasos y aspectos a tener en cuenta para una lactancia exitosa. La gran mayoría de ellas obviaba algunas cosas o no lo hacía de la manera recomendada. La medición del conocimiento sobre estos temas se hizo con una encuesta validada por la comunidad,

con la aplicación de la misma antes y después de las sesiones educativas apreciamos un incremento del conocimiento del 64 al 86%.

A pesar de la determinación y del esfuerzo de casi la totalidad de las madres demostraron por colocarle las vacunas a los niños, un factor que no permitió en algunos casos mantener el esquema de vacunación según lo recomendado, tuvo que ver con que durante algunos períodos de la investigación, no estaban disponibles algunas vacunas en los establecimientos de salud. En todas las oportunidades que indagamos sobre las creencias que están alrededor de las vacunas, las madres expresaban que no conocían razones por las que se debería impedir la colocación de la vacuna. Durante los años 2008 y 2009, vimos con cierta frecuencia que algunas madres evitaban que se les administrara la vacuna Heberpenta. En reuniones de trabajo con los Comités de salud y según versiones del personal de salud del ambulatorio, muchas madres prefirieron que no se vacunara a su hijo porque dudaban de su procedencia, seguridad e inocuidad, esta situación se presentó porque para aquel momento esa vacuna sustituyó temporalmente a la vacuna Pentavalente.

Con relación a la organización incipiente de la comunidad como fuente de apoyo a las madres, fue muy recurrente que la gente considerara como sus principales problemas, los de carácter educativo, de seguridad personal o de dotación de infraestructuras de salud y de otras áreas del desarrollo social. Identificamos que gran parte de la gente que participaba en reuniones, consideraba que todo lo referente a la

maternidad era responsabilidad de los organismos públicos de salud, de esta manera asumían esta situación con un enfoque asistencialista. Como consecuencia, relegan a la maternidad, como prioridad en las agendas de trabajo de los Consejos Comunales y Organizaciones No Gubernamentales. Para que esta visión cambiara, fue necesario enfocarlos sobre el problema mostrándoles cifras estadísticas, el árbol del problema y parte del diagnóstico comunitario, realizado para que pudiesen apreciar, cómo por lo menos 500 familias de la parroquia, viven la natalidad cada año y todo lo que entraña ese hecho.

Describimos ahora la información correspondiente a la evaluación del plan de acción. Seguimos el esquema de Pereda, de Prada y Actis⁶⁵, miembros del Colectivo Ioé, ellos sintetizan en cinco criterios la evaluación participativa de los planes de IAP, a saber: 1.- Articular el protagonismo de la población afectada. 2. Partir de las demandas sentidas por la población. 3. Unir la acción y la reflexión a fin de asegurar la adecuación entre fines, medios y resultados. 4. Conjugar los niveles micro y macro de la acción social, como planos indisociables de una totalidad, concreta y compleja a la vez, y 5. Reforzar la movilización y emancipación de los participantes.

En la fase que involucra la evaluación del proceso y para este momento de la redacción final de la tesis, tomamos estos criterios y las respuestas a cada interrogante para hacer la evaluación participativa del plan integral de IAP:

1. Articulación del protagonismo de la población afectada

¿Exploramos las redes de agentes implicados en el problema que queríamos abordar? Contactamos por lo menos 15 Consejos Comunales que están formalmente organizados en toda la parroquia Osuna Rodríguez. A continuación los listamos: Sector F, El Entable II, Sector 62, Renacer Andino, Montaña Alta, Paso de los Andes, Luchadores, Residencias El Entable, Maisanta, Antonio José de Sucre, 10 de Diciembre, Pedro Camejo y Bicentenario. Trabajamos con los comités de salud y de educación. Realizamos una identificación de los actores y sus principales características, donde determinaron los principales grupos organizados que hacen vida en esa comunidad; sus intereses desde el punto de vista social; los problemas prioritarios que perciben; los recursos materiales, financieros y de talento humano, y; posibles conflictos para el trabajo mancomunado con otras organizaciones comunitarias. También invitamos a participar, de manera verbal, al personal del ambulatorio Juan Alberto Rojas; de hecho realizamos algunas de las sesiones de trabajo en la sala de reuniones de esa institución (Agosto 2009).

¿Los invitamos a participar? A la mayoría de los Consejos Comunales las invitábamos con cierta regularidad a la participación, sus representantes se incorporaban siguiendo sus intereses grupales; hacíamos llegar las convocatorias a todos los grupos de la comunidad verbalmente en las asambleas de ciudadanos y por escrito a sus respectivas sedes.

¿Qué canales de comunicación establecimos con ellos? Los mecanismos de convocatoria más frecuentes fueron: Asistimos y participamos con derechos de palabra en varias reuniones de estas organizaciones; también lo hicimos de manera escrita y mediante visitas domiciliarias, donde contamos con la cooperación de 24 estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, en diferentes períodos de la investigación. Posteriormente realizamos un cronograma de reuniones con períodos variables: Mensual, quincenal o semanal.

¿Promovimos todas las vías posibles de participación? Si, utilizamos la Radio Quibario para difundir la información, los invitamos a participar de manera personal, convocamos los miembros de los comités de salud para que se formaran y pudieran llevar el conocimiento y las prácticas de cuidado saludable.

¿Exploramos y aprovechamos los recursos disponibles en la propia comunidad? Hicimos un inventario de los locales disponibles en cada sector y los grupos organizados los cuales estuvieron invitados a participar. Otros recursos materiales los aportó el servicio comunitario de la Escuela de Enfermería. Hasta ahora no hemos solicitado recursos materiales de los bancos comunales.

¿Cuál ha sido nuestro papel como voluntarios, profesionales y políticos? El trabajo como voluntarios ha consistido en conjuntar las energías y el consenso en la mejoría de las condiciones en que las madres y sus familias están suministrando el cuidado a sus hijos. Desde el punto de vista profesional hemos contribuido a la

organización del plan integral de salud, sin embargo algunas licenciadas en enfermería que laboran en el ambulatorio, han trabajado de manera parcial debido a su dedicación a otras actividades educativas, administrativas y de atención al público. En el sentido político, estamos iniciando la integración de entes gubernamentales como la Corporación de Salud del estado Mérida, el postgrado de Gestión en Salud Pública del Instituto de Altos Estudios Arnoldo Gabaldón, el Instituto Autónomo de Nutrición del estado Mérida, las escuelas de Nutrición, Medicina y Estadísticas en Salud y Registros Médicos de la Facultad de Medicina de la ULA, estudiantes y profesores que estén desarrollando microproyectos del servicio comunitario de las carreras de la ULA para hacer una sinergia que potencia el proyecto bajo un enfoque inter y transdisciplinario.

¿Hemos potenciado el protagonismo de la población afectada o lo hemos suplantado? En primera instancia los suplantamos y asumimos la mayoría de las actividades educativas y logísticas, con el paso del tiempo hemos aplicado estrategias de incorporación de los grupos organizados con el fin de que empoderarnos del problema y de sus soluciones. En este momento estamos generando un proyecto integral con los Consejos Comunales para estimular su protagonismo.

¿Hemos adaptado el lenguaje al nivel de comprensión del colectivo afectado? Desde el principio del proceso de transformación, hemos capacitado a todos los actores que han trabajado como facilitadores para que manejaran un lenguaje sencillo,

claro y directo, como lo recomiendan autores de la IAP, la Educación Popular. Esta misma estrategia fue aplicada para todas las sesiones educativas, reuniones de trabajo y los medios de comunicación, tales como: Trípticos, carteleras, rotafolios, volantes y presentaciones

2. Partir de las demandas sentidas por la población

¿Responden los objetivos de la IAP a demandas sentidas por nosotros? Amén de que al comienzo, la comunidad no podía ver el fenómeno del cuidado como un problema que ameritaba su atención y que era factible desarrollar acciones concretas para su solución, con el paso del tiempo han visto su envergadura hasta el punto que fue necesario abordar la problemática desde la fase prenatal y creamos la necesidad de emprender acciones sobre algunos elementos educativos y axiológicos con los adolescentes, como uno de los grupos más sensibles por las consecuencias que les genera la maternidad, así como, imbricar en el trabajo al talento humano de los servicios de salud y educativos locales.

¿Hemos dado oportunidad a los actores para que planteen o replanteen el objeto de la IAP? Durante las reuniones de evaluación del avance, los actores han tenido la oportunidad de exponer su visión sobre el problema y han aportado componentes explicativos, de intervención y evaluación del plan. Sus aportes fueron ampliando la panorámica que teníamos de la situación inicial y de las posibles rutas de acción para su solución.

¿Nos adaptamos, como grupo promotor al ritmo de los técnicos y al nivel de comprensión de la población afectada? Hemos comprendido que la complejidad de los componentes de la dinámica social que determinan el ritmo de desarrollo social de la comunidad implica una variación en la motivación para el trabajo que está influenciada por las ocupaciones diversas que tienen sus habitantes. Consideramos que aún no existe un grado de concienciación sobre el problema y sus soluciones, por lo que la acción liberadora de la IAP no ha llegado a su plenitud.

3. Unificación de la acción y la reflexión a fin de asegurar la adecuación entre fines, medios y resultados

¿El problema sentido ha sido objeto de una reflexión e investigación suficientes a fin de delimitar con precisión los objetivos de la IAP? Hemos utilizado una variedad de tácticas para reflexionar sobre la problemática. Inicialmente, a finales del año 2007 comenzamos el proceso de reflexión a partir de encuentros en los que emanaron las primeras reflexiones sobre el problema, su red explicativa y las características de su evolución. Posteriormente, en las sesiones de trabajo con los Consejos Comunales, tornamos la reflexión más amplia desde el punto de vista social, institucional, familiar y político. También iniciamos un proceso de reflexión con los directivos del ambulatorio local y de los liceos bolivarianos Rómulo Betancourt y José Félix Ribas. Sin embargo, no nos fue posible llevar una agenda

periódica por las épocas de asueto escolar y por las dificultades para reunirse por la disponibilidad limitada de tiempo de algunos líderes comunitarios.

¿Hay disposición al autoanálisis por nuestra parte como agentes implicados en el plan? Previamente al inicio de los contactos con la comunidad, realizamos una revisión bibliográfica para establecer la forma de actuar durante el desarrollo del proceso de cambio. Los postulados de la IAP, la Educación Popular y de las corrientes epistemológicas de enfermería que orientaron esta tesis, nos instaron a tomar una postura que se puede describir como relación intersubjetiva. En todos los escenarios que estuvieron vinculados al trabajo de investigación, estimulamos la discusión propositiva para tomar decisiones y avanzar en el plan de IAP. Además de las reuniones con los grupos comunitarios, una estrategia de reflexión colectiva fue la llevamos a cabo con los estudiantes que participaron como facilitadores, los mismos fueron una fuente de información esencial a la hora de continuar el estudio.

Los medios y procedimientos que hemos instrumentado ¿responden adecuadamente a los objetivos planteados? Como lo señalamos anteriormente, utilizamos medios de divulgación adaptados culturalmente a la población, muchos de ellos fueron evaluados por los comités de salud, para establecer su grado de claridad y comprensión de la mayoría de los ciudadanos de esa parroquia.

Los resultados de investigación, acción y movilización a los que llegamos con la IAP ¿son los que pretendíamos? El proceso de transformación propuesto en esta

investigación se encuentra en una fase de intervención apenas naciente. Consideramos que la información recolectada e interpretada nos da una idea integral del problema y de los caminos que se requiere recorrer para su solución, pero aún una proporción importante de las acciones están a cargo de los entes externos que hemos descrito en secciones anteriores.

El empoderamiento y el grado de impacto al que esperamos llegar apenas comienza, y lo explicamos por las características de la dinámica local que nos hemos referido en párrafos previos de este mismo apartado y que abordamos de manera exhaustiva en la interpretación de la experiencia.

La optimización del cuidado infantil, como propósito de la investigación está generando conocimientos y prácticas que no sobrevinieron desde los saberes científicos o populares, sino más bien ha sido el resultado del diálogo entre ellos, los cuales se constituyeron en constructos de alto valor común de supervivencia y en búsqueda de la felicidad.

A lo largo de la fase de intervención, e incluso antes, estuvimos conscientes que en el espacio social donde estábamos teniendo la convivencia, fluyeron las experiencias prácticas, intuitivas, afectivas, estéticas, y morales siguiendo las reglas de juego del grupo, que fueron establecidas por consenso y no por imposición.

4. Conjugación de los niveles micro y macro de la acción social, como planos indisociables de una totalidad, concreta y compleja

¿Abordamos el problema sentido teniendo en cuenta a la vez a los protagonistas más directos y a las instituciones y contextos generales que lo condicionan? Hasta ahora el plan ha sido desarrollado esencialmente con recursos materiales y talento humano de la Escuela de Enfermería y las organizaciones comunitarias en menor cuantía, a pesar que hemos invitado a participar a instancias oficiales, especialmente del área de la salud, su presencia no ha sido productiva a pesar que algunos de sus trabajadores viven en la comunidad y desarrollan actividades de desarrollo social.

Las instituciones de educación local del segundo nivel han estado mucho más involucradas, probablemente porque viven de cerca el problema con los adolescentes que estudian en esas instalaciones.

¿Reflexionamos sobre la existencia de otros colectivos afectados por problemas similares? En este sentido no hemos iniciado algún mecanismo de discusión, creo que de manera general estamos más ocupados en desarrollar una experiencia endógena que nos permita impactar positivamente en nuestro entorno. Por esta razón no nos hemos conectado con otros grupos sociales a fin de lograr una convergencia de la acción para abordar problemas comunes.

5. Reforzamiento de la movilización y emancipación de los participantes

El proceso de IAP, ¿contribuyó nuestra gestión a reforzar la autoorganización y la autonomía de pensamiento y acción del colectivo afectado? Hemos logrado activar recursos materiales y de talento humano para ponerlos a trabajar de manera conjunta, paralelamente hemos detectado la necesidad de desarrollar nuevas capacidades como comunidad, para acceder a fuentes de financiamiento y especialmente para desarrollar procesos sustentables, eficientes y eficaces en la mejoría de la calidad de vida de la gente de la parroquia.

Construimos cada momento la nueva realidad considerando y estructurando el significado del cuidado de forma multidimensional para poder cocrear y afrontar las realidades que se nos iban presentando. Fuimos cocreando la experiencia en pautas rítmicas de relación. Vivimos la unidad paradójica de la revelación-ocultación y la permisividad-limitación, mientras se ha ido dando una conexión-separación. La dinámica que envolvió los procesos de cambio social a menudo se movió entre la dialéctica de la tesis, la antítesis y la síntesis.

La participación de los voluntarios, profesionales y políticos, ¿Estuvo inscrita en una estrategia de contención y gestión de los participantes o persigue su emancipación social y política? Nuestro empeño por desarrollar una experiencia endógena y lo más autogestionada posible nos ha retado para que en el futuro

podamos cotrascender, es decir,consolidar un proceso de la transformación con la integración de los actores que han vivido la realidad del estudio.

CAPÍTULO VI

TEORÍA FINAL

Las acciones emprendidas para optimizar el saber popular sobre todos los temas tratados, ameritó atención especial de nuestra parte, para reordenar, alterar o modificar de forma importante el modo de crianza, para adoptar esquemas de cuidados de salud nuevos, diferentes y beneficiosos, respetándonos en los concerniente a los valores culturales y las creencias de esas personas y a la vez ofreciéndonos un estilo de vida más saludable.

Identificamos como situación inicial, el hecho de tener un hijo que no se esperaba, por no haber sido planificado o deseado, la falta de experiencia y de conocimiento como elementos limitantes del desempeño de la maternidad, especialmente en lo relacionado con el amamantamiento. La inseguridad y los episodios de disconfort o enfermedades en el infante, les hizo surgir sentimientos de incompetencia para el cuidado. Ante esta situación, la madre propendía a buscar ayuda en su red social más cercana. Por otro lado, las madres con limitaciones de ingreso económico vivían haciendo ajustes permanentes a su presupuesto para cubrir las necesidades que se le van presentando cotidianamente para la crianza.

El tejido social que está alrededor de la madre y de la familia, no fueron capaces de ver por sí solosa la maternidad y a la crianza como un problema, las organizaciones comunitarias consideran que ambas situaciones pertenecen al espacio energético de la familia. El hecho de develar el problema del déficit del cuidado infantil mediante una red explicativa, desde la perspectiva de un agente externo a su realidad, expuso ante su cosmovisión, situaciones que vivían de manera focalizada pero que también tiene un componente social desde el punto de vista de soluciones viables al problema, y que con el nivel de organización que tenían, era posible mejorar las condiciones de vida de los bebés y aún más allá de la familia, del colectivo.

Los cuidados tradicionales que están profundamente anclados en prácticas culturalmente heredadas, son descritos seguidamente:

La mayoría de las madres con las que trabajamos estaban estrenándose como tales y un volumen importante no había tenido experiencias previas en el cuidado de infantes. Luego del nacimiento, las abuelas maternas fueron la fuente de experiencia más accesible, independientemente de la edad de la madre y del tipo de familia, ellas proporcionaron un apoyo substancial para la crianza del bebé y para realizar las actividades cotidianas de la casa.

La sabiduría de las abuelas les dio un aprendizaje a las madres acerca de cuidados con arraigo cultural tales como: El baño, la alimentación, el descanso y el sueño del bebé y medidas de prevención del mal de ojo, y del sereno, la cual es un efecto que se produce por

la exposición del niño al frío ambiental y a la oscuridad de la noche. También orientaban a las madres acerca de su alimentación, especialmente durante la “dieta”, que es el período entre el nacimiento y los 30 a 40 días luego del parto.

Uribe y Alcaraz¹⁸³ agregan que las prácticas preventivas contra el mal de ojo son el uso frecuente de manillas y objetos de fabricación indígena como “contras” para prevenirlo, puestas en él o ella, las prendas cubren el pecho; y los corales y los azabaches en las muñecas de las manos de los niños atados con cintas rojas, además se le practican rezos a los niños y la toma de bebidas basadas en plantas consideradas sanadoras. El sentido de llamar a esos amuletos “contras”, como lo destaca Geertz¹⁸⁴, es la simbología social que se interpreta como la “energía positiva” o la “energía vital” que se requiere para vencer la energía negativa que produce el mal de ojo.

Durante la dieta, las madres toman infusiones de diferentes hierbas, además evitan exponerse al “sereno” (el frío de la noche) y además toman precauciones para que el frío no entre al cuerpo a través de los alimentos. Por ello, en lo posible consumen los alimentos tibios o calientes. Esta precaución, según las autoras, favorece también al bebé, pues evita la producción de gases y los cólicos resultantes de tomar leche materna cuando la madre ha ingerido alimentos fríos.

En los encuentros entre las madres, los entes comunitarios y los responsables de dar la atención de salud, ellos comentaban que se deja de lado la calidad de vida y el bienestar como fin de la interacción, pues no se considera de manera permanente en su actuación, el

conjunto de condiciones emocionales, psicológicas, espirituales, materiales, sociales y culturales. Por tal razón, esta relación tiende a ser insustancial por excluir elementos sociales que son consideradas necesidades básicas como la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales.

En la situación vivida, vemos que aunque las personas tienen acceso gratuito a los establecimientos públicos, el resto de los principios del Sistema Público Nacional de Salud se cumplen parcialmente porque si no hay una profundización sobre lo que las madres saben o no, es muy difícil abordar la situación de cada madre de manera integral y basada en las condiciones personales y únicas de cada una de ellas. Podemos ahora asegurar, que una de las barreras que siguen presentes en el sistema prestatario de salud: El personal de salud no está capacitado ni motivado para proveer educación para la salud.

Entre las condiciones en las que funciona el Sistema Público de Salud en Venezuela están: Desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios del primer nivel, donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención de salud, por parte de las comunidades más necesitadas, dada la carencia de los materiales médico-quirúrgicos y el suministro oportuno y regular de los mismos; la paralización recurrente de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, han ocasionado que muchos de ellos hayan tenido que dejar de funcionar, lo cual va en detrimento de la salud de la población.

Desde el punto de vista del significado que los servicios de salud adjudican a la atención de la madre y del bebé, compartimos lo descrito por Maroto-Navarro, Castaño, García, Hidalgo y Mateo¹⁸⁵: El modelo asistencial dominante no considera protagonistas a las mujeres; los servicios sanitarios invisibilizan a los hombres y coartan su participación; las madres tratan la relación entre expectativas sobre la atención al nacimiento y demanda insatisfecha, así como utilizan en buena medida los obstáculos para la participación que descubren en los servicios sanitarios, como argumentos para discontinuar el seguimiento de su salud y la de su bebé.

Las condiciones en las que funciona el sistema público de salud en Venezuela, destacadas por Pérez¹⁸⁶, en el cual se ha hecho una gran inversión en la promoción de salud y apuntar, con cierto nivel de progresos hacia la descentralización, se aprecia desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios del primer nivel, donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención de salud, por parte de las comunidades más necesitadas, dada la carencia de los materiales médico-quirúrgicos y el suministro oportuno y regular de los mismos; la paralización recurrente de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, han ocasionado que muchos de ellos hayan tenido que dejar de funcionar, lo cual va en detrimento de la salud de la población.

Zanatta y Motta¹⁸⁷, agregan que en muchas situaciones observadas en las consultas de control de salud, las madres regresan a sus hogares, muchas veces sin haber sido

atendidas o preocupadas por el alto costo de los medicamentos que les toca comprar y con muchas dudas por no poder comprender el lenguaje utilizado por quien las atendió.

En cuanto a la manera en que se expresan los profesionales de la salud sobre la lactancia materna, estudios realizados por más de 10 años como el de Dennis¹⁸⁸, demuestran que los mismos pueden ser una fuente negativa de apoyo a la lactancia materna, muy probablemente porque no tienen conocimientos o estrategias para dar un mensaje claro y sencillo y por lo tanto ofrecen consejos a las madres imprecisos o contradictorios.

Sin embargo, las razones por las que una madre decidía a no acudir en búsqueda del control médico, tienen explicaciones históricas. Nari¹⁸⁹, sostiene que la apatía hacia el control médico, tanto de la reproducción, como del cuidado del lactante, ha respondido a dos procesos concurrentes.

Para interpretar la forma como se dinamiza la oferta de salud, retomamos los componentes principales del concepto de salud integral del Ministerio de Salud, el PNUD y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)². En los encuentros entre las madres, entes comunitarios y los responsables de dar la atención de salud, se deja de lado la calidad de vida y bienestar, cuando no se considera de manera permanente en su actuación, el conjunto de condiciones psicológicas, materiales, sociales y culturales. Por tal razón, es tratada de forma muy insubstancial la interacción que tiene la salud con otros determinantes como la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales.

Adicionalmente, para Billorou¹⁹⁰ los médicos han aplicado en su retórica, una contraposición entre la maldad e ignorancia asignada a los saberes y prácticas populares, contra la bondad y la verdad exclusiva de las propuestas científicas. El discurso médico recurre al concepto "ignorancia" como forma de caracterizar las experiencias, conocimientos y actitudes femeninas. La mujer se convertía en "madre, en la mayoría de los casos, con la ignorancia absoluta de la misión que tiene que ejercitar". Para Rodríguez y Perdiguero¹⁹¹, esta actitud encubre los cambios y los fracasos de la medicina científica y la procedencia ilustrada de muchas de las ideas y costumbres criticadas como anticientíficas.

Nari¹⁸⁹, argumenta que la autoridad de los profesionales de la medicina, aceptada por la sociedad como parte de su herencia histórica, ha hecho que tales asuman el intercambio personal con las madres como que sus interlocutoras son las madres del medio pobre e inculto. Es importante destacar que el lenguaje hacia las madres y grupos comunitarios tiene que ser claro y directo, pero eso no quiere decir que tenga que ser inexacto y lleno de verdades a medias.

En cuanto a su función educativa, apreciamos que el profesional de enfermería hace mucho énfasis en explicar a las madres y a las comunidades, mediante un monólogo, las características de las enfermedades y sus consecuencias potenciales a la salud (morbicentrismo), acerca de esta forma de actuar coincidimos con Allué¹⁹², quien considera que en la interrelación con las personas, el esfuerzo explicativo se hace en los aspectos biológicos y rara vez en los aspectos de la relación de esa persona con su padecimiento.

Nos encontramos en este momento ante el enfoque tradicional de la atención de salud, tal como lo exponen Ibarra y Noreña¹⁹³, el cual, principalmente, se encuentra centrado en la enfermedad. Por supuesto que esta forma de comportamiento refleja la formación profesional con marcada tendencia positivista, que se oferta hoy en día en las carreras de enfermería de las universidades del país. Como consecuencia, lo explica Malvarez¹⁹⁴, las competencias de los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud, perpetúan las inequidades sociales y limitan el acceso a los servicios.

Las personas que recurren a los centros asistenciales públicos, sufren maltrato, largos períodos de espera para las citas y no hay mecanismos de información. En muchas situaciones observadas en las consultas de control de salud, las madres regresan a sus hogares, muchas veces sin haber sido atendidas o preocupadas por el alto costo de los medicamentos que les toca comprar y con muchas dudas por no poder comprender el lenguaje utilizado por quien las atendió.

La manera como se educa a la madre y a la comunidad por parte de los profesionales de la salud, puede ser una fuente negativa de apoyo a la lactancia materna y a otras prácticas de cuidado, muy probablemente porque no tienen conocimientos o estrategias para dar un mensaje claro y sencillo y por lo tanto ofrecen consejos a las madres imprecisos o contradictorios.

Tales condiciones provocaron, de hecho, que muchas madres iniciaran muy tarde el control prenatal y postnatal. En otros casos, que eligieran llevar su control prenatal y

postnatal en instituciones privadas. Sin embargo, las razones por las que una madre decidía a no acudir en búsqueda del control médico, son: La apatía hacia el control médico, tanto de la reproducción, como del cuidado del lactante.

Para Schimdt³⁸, lo visto en los sistemas de prestación de atención de salud, es producto de la deshumanización de la ciencia, que ha desviado sus fines de buscar la sabiduría y la armonía con el cosmos; de modo que, el énfasis de la comunicación, está en establecer la enfermedad que tiene el bebé, y si no hay un proceso de morbilidad, el profesional de salud podría no ver necesario el intercambio de información o de lenguaje afectuoso con la madre y su hijo, inclusive pueden percibir que en su práctica diaria, los encuentros con las madres son repetitivos o como lo dice Rodríguez²³, como una actividad automática e inmutable.

Tradicionalmente, las mujeres desarrollan un conjunto propio de saberes y prácticas que exhibe cierto nivel de eficiencia, eficacia y legitimidad. Tales saberes son más económicos, que los prescritos por los médicos, culturalmente aceptados, demuestran que resuelven las preocupaciones de salud que tienen las madres sobre la crianza de sus hijos, y nadie pone en duda su uso porque con el paso del tiempo tienen mayor aceptación entre la gente. Entre los ejemplos que encontramos a lo largo de la investigación, están la cura del “mal de ojo” con rezos, bebedizos y otros artificios; el baño de los niños y de la madres con plantas aromáticas; la restricción de actividades y de la alimentación durante la “dieta” y para la protección del “sereno”, entre otros.

En segundo lugar, la medicalización y la elevada tecnificación diagnóstica - terapéutica se ha constituido en una completa novedad; ya que surgen nuevos interlocutores, nuevas relaciones de poder entre profesionales de la salud y las madres, nuevas técnicas, prácticas y nuevos ámbitos. Todos estos fenómenos pueden ser vistos por las madres y la comunidad como extraños e invasivos; a la vez que no aseguran ciertamente la mejoría a corto plazo de las condiciones de salud de los niños.

El discurso médico recurre al concepto "ignorancia" como forma de caracterizar las experiencias, conocimientos y actitudes femeninas. La mujer se convierte en "madre, en la mayoría de los casos, con la ignorancia absoluta de la misión que tiene que ejercitar". Esta actitud encubre los cambios y los fracasos de la práctica científica de la salud pública y la procedencia ilustrada de muchas de las ideas y costumbres criticadas como anticientíficas.

Es importante destacar que el lenguaje hacia las madres y grupos comunitarios tiene que ser claro y directo, pero eso no quiere decir que tenga que ser inexacto y lleno de verdades a medias.

Ahora presentamos cómo observamos algunos determinantes de la calidad del servicio de salud de la parroquia Osuna Rodríguez, a través de los relatos de los participantes en las reuniones para evaluar el avance del plan:

La confiabilidad, implica consistencia en el rendimiento y en la práctica. En este sentido, las madres que acudían al ambulatorio Juan Alberto Rojas, insistían en sus relatos

que seguían las prescripciones indicadas por los médicos que laboran allí. Las mismas expresiones eran mencionadas por las madres que acudieron a los médicos de la Misión Barrio Adentro que laboran en la parroquia. Muy pocas madres se quejaron que la terapéutica indicada por los médicos, no resolviera el problema de salud suyo o del bebé. En aquellos casos de niños con diarreas persistentes y otros signos que las madres asociaban con el mal de ojo, las madres no expresaban desconfianza porque consideraron que los profesionales de la medicina, no podían resolverlo y que existían personas en la ciudad que si podían hacerlo.

La receptividad se refiere a la disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio, implica la oportunidad. Las madres van a sus consultas sin tener una cita previa, según lo recomendado por los médicos. Una crítica que fue referida con frecuencia moderada en las reuniones con los Consejos Comunales, fue la ausencia del profesional de la medicina que tenía que atender a las madres o que cuando llegaban les decían que ese día no la iban a atender porque había mucha gente, esa misma queja fue realizada para el profesional de nutrición, que atiende según una programación de citas, también comentaban que los funcionarios de los centros de salud de la localidad no mantenían comunicación permanente con ellos y no asistían a reuniones, a pesar de ser convocados en varias oportunidades.

Otro criterio es la competencia, que significa la posesión de habilidades y los conocimientos necesarios para ejecutar el servicio. Como vimos en algunos relatos, las

consultas eran basadas en la valoración del aspecto físico de las madres y los bebés. Ya describimos que la consejería a las madres de los miembros del equipo de salud era fundamentalmente sobre la alimentación de la madre, el baño de sol y la lactancia materna. Al desglosar este concepto nos damos cuenta que la intervención de las personas que laboran en instituciones actúa sobre la salud como una expresión individual, pero no aborda los condicionantes colectivos de la calidad de vida y del bienestar.

El énfasis de los médicos en las consultas estaba en indagar sobre las condiciones biológicas de las madres y sus hijos, tales como: Pulso, tensión arterial, temperatura corporal, pruebas de laboratorio y características del bienestar fetal. A nuestro juicio los elementos psicológicos, materiales, sociales y culturales son poco considerados durante las interacciones dadas en las consultas, a pesar que los principios rectores del Ministerio de Salud exhorta a los funcionarios que tienen responsabilidad sobre la salud de las personas, las familias y el colectivo, a tomar en cuenta, en cualquier acción, los determinantes de la calidad de vida como: La alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales.

La accesibilidad a los servicios de salud, implica el aprovechamiento y la facilidad del contacto. Al respecto, algunas personas manifestaron que para ellos era difícil establecer relaciones con algunos trabajadores del ambulatorio Juan Alberto Rojas, entre ellos, los directivos, porque por lo regular no estaban en los espacios del mismo. Por su parte las personas que laboran en dicho ambulatorio aludían que su ausencia o poca

disponibilidad se debía a exceso de responsabilidades dentro y fuera del ambulatorio y a escasez de personal. La larga espera, en algunos casos hasta de cuatro horas para poder ser atendidas, fue un elemento que las madres consideraron contraproducente porque les hace perder tiempo para atender sus responsabilidades cotidianas. La accesibilidad también puede ser vista desde el punto de vista de la comprensión de los contenidos que se intercambian durante las conversaciones entre el personal de salud y su influencia en la madre, ya comentada en párrafos previos.

Para propiciar las oportunidades de aprendizaje mientras desarrollábamos las sesiones educativas, fue necesario establecer acuerdos entre los facilitadores, las madres, los representantes de los consejos comunales y con los directivos de las instituciones educativas, para que en las mismas contáramos con la asistencia de la mayoría de los convocados.

La cortesía, entendida como la amabilidad, la urbanidad y la amistad del personal que presta el servicio, fue vista como una fortaleza porque a pesar de las colas de espera, la falta de personal, de materiales diagnósticos y terapéuticos, los trabajadores del ambulatorio y de los consultorios de Barrio Adentro, mostraron ser gentiles y corteses.

En las opiniones sobre el criterio de credibilidad, había posiciones encontradas, un grupo de personas consideró que el personal actúa con honestidad, dignidad y confianza. Otro grupo decía que en algunos casos demostraban tratos denigrantes utilizando palabras que los culpaba de la aparición de situaciones desfavorables para las madres y el bebé. Las

situaciones más comentadas estaban relacionadas en los siguientes casos: Las madres que ganaban mayor peso mensual que el sugerido por el niño médico, aparición de edemas en la piernas, incumplimiento en la ingesta de medicamentos como los suplementos vitamínicos, rezago en la asistencia a las consultas de control y falta de cumplimiento de las pruebas de laboratorio que se realizan para detectar problemas de salud durante las fases prenatal y postnatal.

Con relación a la seguridad, fue un acuerdo general en la opinión de la gente, que la actuación del personal de salud siempre buscaba prevenir situaciones de riesgos y dudas. Los facilitadores tuvieron varias sesiones de trabajo conmigo para desarrollar capacidades en el manejo de grupos, así mismo revisamos los contenidos teóricos relativos a los cuidados del bebé y de la madre en las fases prenatal y postnatal.

El último elemento evaluado fue el de entender y conocer a la persona que se cuida, este implica estudiar y conocer las necesidades de ésta para satisfacerlas. La información que disponen los profesionales de salud en la historia clínica, en ese documento se encuentran los datos demográficos, tales como: edad, número de hijos, dirección, constitución familiar, antecedentes personales y familiares. Ese formulario contiene información de las consultas que le han realizado durante la fase prenatal y postnatal, además de los resultados de las pruebas de laboratorio, vacunas recibidas, el estado de salud y episodios de enfermedad atendidos en las consultas realizadas en ese ambulatorio.

También contiene los datos de salud y enfermedad del bebé. En general hay un volumen de información que nos da una panorámica general de las condiciones de vida de las madres pero que no tiene información detallada de eventos de la cotidianidad, que probablemente explique con mayor profundidad, las características del cuidado desde el punto de vista de las madres, de las familias y de la comunidad. Las madres comentaban que por regla general, las consultas tenían una duración de 25 minutos, en las cuales les hacían la valoración física, algunas preguntas sobre su estado de salud, le daban, en algunos casos, recomendaciones para mantener un estado saludable y luego le daban las prescripciones de medicamentos y otros fármacos.

Durante el desenvolvimiento de este trabajo, las reuniones de grupo nos fueron dando elementos para comprender la situación, en todo momento intentamos conocer las necesidades educativas de las madres mediante un dialogo abierto y relajado, con el pasar del tiempo la mayoría de las personas contactadas expresaban sus opiniones, nosotros hacíamos notas de campo para discutir las posteriormente en grupo y cómo abordar las situaciones novedosas encontradas. Tratamos en la medida de nuestras posibilidades y capacidades, transferir todas las experiencias teóricas y prácticas vividas a las madres, para que pudieran optimizar el cuidado del niño hijo en edad infantil.

Ahora describimos la forma como se llevó a cabo la práctica de enfermería en el contexto estudiado, es decir, el conjunto de conocimientos y prácticas de salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados que determinan su actuación. En

primer lugar, apreciamos que el accionar de enfermería se destina primordialmente a cumplir con las actividades de seguimiento domiciliario del esquema de inmunizaciones y de enfermedades que fueron atendidas por el niño médico con anterioridad, para evaluar su evolución.

En cuanto a su función educativa, apreciamos que el profesional de enfermería hace mucho énfasis en explicar a las madres y a las comunidades, mediante un monólogo, las características de las enfermedades y sus consecuencias potenciales a la salud (morbicentrismo). En la interrelación con las personas, el esfuerzo explicativo se hace en los aspectos biológicos y rara vez en los aspectos de la relación de esa persona con su padecimiento. Nos encontramos en este momento ante el enfoque tradicional de la atención de salud, el cual, principalmente, se encuentra centrado en la enfermedad. Por supuesto que esta forma de comportamiento refleja la formación profesional con marcada tendencia positivista, que se oferta hoy en día en las carreras de enfermería de las universidades del país. Como consecuencia, las competencias de los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud, perpetúan las inequidades sociales y limitan el acceso a los servicios.

La comunidad es una unidad que busca la manera de ayudar a las madres a optimizar el cuidado de los niños menores de un año de vida

El siguiente apartado resume las intenciones, acciones y sentimientos expresados como acuerdos a lo largo del presente trabajo de investigación:

Cuando nos organizamos para responder a nuestros propios problemas.

Cuando a pesar de las adversidades, seguimos en la búsqueda de soluciones.

Cuando nos reconocemos como un recurso muy valioso para ayudar a los demás.

Cuando establecemos formas de comunicación con otros entes sociales para encontrar formas de apoyo a las madres.

Cuando los niños del entorno viven situaciones de enfermedad y muerte en los que reconocemos que tenemos algún grado de responsabilidad.

Cuando expresamos abiertamente nuestros saberes y las necesidades que tenemos por aprender más sobre la crianza de sus hijo.

Cuando sentimos que los saberes son adecuados para la crianza de sus hijos.

Cuando buscamos fuentes de información confiables para incrementar nuestros saberes.

Cuando valoramos cambios importantes y necesarios en la vida de nuestros hijos, luego de haber tenido alguna experiencia de aprendizaje sobre los cuidados que podemos proporcionarles.

Cuando actuamos con mente abierta hacia nuevas prácticas, venciendo nuestros propios miedos y tabúes.

Cuando reconocemos el control sobre el entorno y cómo éste puede mejorar la calidad de vida de nuestros hijos.

Cuando procuramos la construcción de una sociedad de equidad y de justicia social.

Cuando detectamos y tratamos de evitar situaciones familiares como el machismo, y sociales como la apatía para optimizar la salud de nuestros hijos.

Cuando exigimos el derecho a tener salud y a ser provistos de ella bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Cuando actuamos de acuerdo con creencias que fomentan o mantienen la calidad de vida de nuestros hijos y del resto de nuestra familia.

Cuando tomamos medidas para favorecer la salud de la familia como una forma de asegurar la de nuestros niños.

Cuando defendemos nuestros puntos de vista y nos posicionamos proactiva y propositivamente ante los problemas que viven las madres.

Cuando asumimos la vida como un proceso inacabado de interaprendizaje permanente.

Cuando reconocemos fortalezas, limitaciones, oportunidades y amenazas y establecemos un plan para crecer y desarrollarnos como familia.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los fundamentos filosóficos y epistemológicos, axiológicos y metodológicos de la IAP, este apartado se refiere más bien a las acciones que consideramos necesarias para seguir el rumbo de optimizar el cuidado infantil. A continuación las acciones que se pretenden seguir a corto, mediano y largo plazo:

1. Presentar la versión final de los resultados a los participantes del estudio, actores comunitarios para su validación y ajuste
2. Presentar los resultados de este estudio a las autoridades de la Corporación de Salud del estado Mérida, de la alcaldía Libertador, Consejos Comunales, otros entes comunitarios y la comunidad en general del espacio demográfico de la parroquia Osuna Rodríguez a los efectos de proponer
3. Incorporar estudiantes del servicio comunitario de las seis escuelas de la Facultad de Medicina y de otras facultades de la Universidad de Los Andes para un abordaje interdisciplinario, transectorial y más integral de la problemática estudiada.
4. Incluir a un grupo de profesionales de la salud, participantes del postgrado de Gestión en Salud Pública para realizar un proyecto sociocomunitario que aborde parte de la red explicativa del problema planteado.

5. Continuar con el cronograma de trabajo pautado con los Consejos Comunales para continuar avanzando en el plan integral de acción y desarrollar el empoderamiento mediante de la creación de conocimiento crítico.
6. Continuar incentivando la participación de los actores involucrados y de las instituciones que hasta ahora no lo han hecho para sumar voluntades y talento humano en pos de nuestro cometido.
7. Presentar un proyecto de intervención comunitaria a entes académicos como el Servicio Comunitario de la ULA, gubernamentales y privados para obtener financiamiento y potenciar alianzas interinstitucionales.
8. Seguir generando y sistematizando la información necesaria para orientar los siguientes pasos del plan integral de acción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ministerio de Salud / Fondo de Población de las Naciones Unidas. Manual de procedimientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Tomo III. La Galaxia: Caracas; 2003.
- 2.- Ministerio de Salud / Fondo de Población de las Naciones Unidas / Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Tomo II. La Galaxia: Caracas; 2003.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2005.[Monografía en Internet]. [Citado el 29 de Abril de 2007]. Disponible en: www.who.int/entity/healthinfo/statistics/whostat2005es1.pdf
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Maternal and infant mortality in 2004: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Washington: 2004. Traducido por el autor.
- 5.- Sánchez M, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa L, Merelles A, Sánchez G. Enfermería comunitaria. Actuación en enfermería comunitaria, sistemas y programas de salud. Tomo 3. McGraw-Hill/Interamericana: España; 2000.
- 6.- Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Data from demographics and health surveys (DHS), multiple indicators cluster surveys (MICS) and other national surveys. Lates 1990 – 2001. OMS: Washington; 2002. Traducido por el autor.
- 7.- Organización Mundial de la Salud. World health statistics 2006.[Monografía en Internet]. [Citado el 29 de Abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf>

- 8.- Ministerio de Salud / Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada a enfermedades prevalentes en la infancia: AIEPI neonatal. Manual del participante. 2003. [Monografía en Internet]. [Citado el 29 de Abril de 2007]. Disponible en: <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-salud-AIEPI.htm>
- 9.- Sistema de las Naciones Unidas (Venezuela). Cumpliendo las metas del milenio. Libros Comala.com: Caracas; 2004.
- 10.- Comisión Económica Para América Latina. Panorama social de América Latina. CEPAL: Santiago de Chile; 1995.
- 11.- Chant S. New contributions to the analysis of poverty: Methodological and conceptual challenges to understanding poverty from a gender perspective. CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo: Santiago de Chile; 2003. Traducido por el autor.
- 12.- López M, Salles V. editores. Familia, género y pobreza. Grupo Interdisciplinario sobre mujer trabajo y pobreza: México; 2000.
- 13.- González M, Martínez C. La construcción social de la madre y el padre en tiempos de crisis. Frónesis. 2004; 11 (1).
- 14.- Fuster E, Ochoa G. Psicología social de la familia. Barcelona España: Paidós; 2000.
- 15.- Hurtado S. La matrilinealidad en Venezuela. Universidad Central de Venezuela: Caracas; 1991.
- 16.- Moreno A. El aro y la trama, episteme, modernidad y pueblo. CIP-UC: Caracas; 1993
- 17.- Asamblea Nacional (Venezuela). Ley de los Consejos Comunales. 2006. [Monografía en Internet]. [Citado el 26 Julio de 2009] Disponible en: www.fides.gov.ve/DOCS/LCLPP.doc

- 18.- García-Guadilla M. La praxis de los consejos comunales en Venezuela: ¿Poder popular o instancia clientelar?. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. 2008, 14 (1) p. 125-151. [citado el 09 Julio 2009]. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-64112008000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1315-6411.
- 19.- Alvarado N. Pobreza y asistencialismo en Venezuela. Revista de Ciencias Sociales (RCS). 2003; 9 (3): pp. 431-458.
- 20.- Páez, I. Comunicación, lenguaje humano y organización del código lingüístico. Valencia Venezuela: Vadell Hermanos; 1995.
- 21.- Marín A, Galera C, Ruiz J. Sociología de la comunicación. Madrid España: Trotta; 2003.
- 22.- Schimdt C. La deshumanización del saber sobre el hombre. Revista de Filosofía. Universidad del Zulia. 1998; (19): 113 – 37.
- 23.- Rodríguez E. Introducción a la filosofía. Bogotá: Usta; 1994.
- 24.- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la conferencia. Alma Ata; OMS; Washington; 1978.
- 25.- Organización Mundial de la Salud. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma Ata: 25 aniversario. 2003. [Monografía en Internet]. [Citado el 10 Octubre de 2006]. Disponible en: http://www.who.int/entity/chronic_conditions/primary_health_care/en/resolution_who566_spanish.pdf.
- 26.- Ministerio de Salud. Proyecto Madre: [CD- ROM]. Caracas; 2006.
- 27.- República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Distribuidora Escolar; 1999.

- 28.- Ministerio de Salud. Políticas de salud del ministerio de salud. Caracas: MSDS; 2004.
- 29.- Arroyo H, Cerquera M. editores. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Editorial de la Universidad de Puerto Rico: Washington; 1997.
- 30.- Feo O. Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Maracay Venezuela: Tatum; 2003.
- 31.- Ocaríz J. La ciudad. Relevo. 1987; 11 (2).
- 32.- García C. El mercado principal: Modelo de economía popular. Imagen. 1987; 10 (1).
- 33.- Febres Cordero T. Obras Completas. Mérida: Antares; 1960.
- 34.- Instituto Nacional de Estadísticas. Principales indicadores demográficos. [Monografía en Internet]. [Citado el 12 de Octubre de 2006] Disponible en: <http://www.ine.gob.ve>
- 35.- Aguilera J. Varias ciudades en una. Fermentum. 1991; (1)1: 5 – 6.
- 36.- Instituto Nacional de Estadísticas (Venezuela). Mérida: Caracterización municipal y físico natural. [CD ROM]. 2004
- 37.- Instituto Nacional de Estadísticas (Venezuela). Anuario Mérida del año 2004. [CD ROM]. 2005.
- 38.- Corporación de Salud del Estado Mérida. Indicadores relevantes del programa salud sexual y reproductiva [CD ROM]. Mérida: 2005.
- 39.- Instituto Nacional de Estadísticas (Venezuela). Informe demográfico del año 2004. [CD ROM]. 2005
- 40.- Departamento de Epidemiología Regional del estado Mérida. Informes de morbilidad. [CD ROM]. Corporación de Salud del estado Mérida. 2007.

- 41.- Ambulatorio Juan Alberto Rojas. Análisis de los programas. Primer trimestre 2007. [CD ROM]. 2007
- 42.- Salazar C. La visita domiciliaria en el programa de salud familiar. Mérida: Consejo de Publicaciones ULA; 1993.
- 43.- Organización Mundial de la Salud. Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Ginebra: OMS; 2003.
- 44.- Park P. Que es la investigación-acción. En: Salazar M, editor. La investigación acción participativa: Inicios y desarrollos. Bogotá: Editorial Magisterio; 2003.
- 45.- Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Madrid: Trotta; 2002.
- 46.- Mayeroff M. A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo. Brasil: Record; 1971.
- 47.- Waldow R. Cuidado humano: O resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
- 48.- Leininger M. Culture care diversity & universality: A theory of nursing. Internac League for Nursing. 1991; (15): 2402 -16.
- 49.- Lokpez H. Cambiando a través de la investigación acción participativa. Caracas: Comala.com; 2001.
- 50.- Leal J. La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la investigación. Mérida: Centro Editorial Litorama; 2005.
- 51.- Contreras J. Descubra como mantenerse sano 2008. [Monografía en Internet]. [citado el 12 Julio 2009]. Disponible en: <http://web1.ula.ve/scomunitario/medicina1.pdf>

- 52.- Morin E. Educar en la era planetaria. Barcelona España: Gedisa; 2003.
- 53.- Salazar E. Condiciones básicas en el cuidado de la mujer. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2000.
- 54.- Loewy E. Textbook of health ethics. New York: Plenum Press; 1993.
- 55.- World Medical Association. Declaration of Helsinki. En Furrow B, Greaney T, Johnson S, Jost T, Schwartz, R. Bioethics: Health care law and ethics. (379 – 405). West Group: St Paul; 1997.
- 56.- Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGraw –Hill Interamericana; 2003.
- 57.- Cely G. La bioética en la sociedad del conocimiento. Bogotá: Colección Bioética; 1999.
- 58.- Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga España: Aljibe; 1996.
- 59.- Krueger R, Casey M. Focus groups: A practical guide for applied research. California: Sage; 2000.
- 60.- Krueger R. El grupo de discusión. Madrid: Pirámide; 1991.
- 61.- García R, Amezcua C. Técnicas cualitativas de investigación. Documentación Social. 1993; 92: 257-74.
- 62.- Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: McGraw – Hill; 2006.

- 63.- Asamblea Nacional. Ley del servicio comunitario del estudiante de educación superior. 2005. [citado 23 Julio 2009]. Disponible en: <http://www.usb.ve/proyectar/pdf/isceu.pdf>
- 64.- Heras A. Un acto de ética estudiantil. Revista Ulauniversidad. Oficina de Prensa de la ULA. [citado 23 Julio 2009]. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/1234_5678_9/25004/2/articulo5.pdf
- 65.- Pereda C, de Prada M, Actis Walter. Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. 2003. [Monografía en Internet]. [citado el 12 Julio 2009]. Disponible en: <http://www.investigaccio.org/www.investigaccio.org/ponencias/IAP.pdf>
- 66.- Contreras J, Marquina M, Sosa E, Quintero A. Prácticas de salud y necesidades educativas sobre lactancia materna e inmunizaciones en madres con hijos hasta seis meses de edad. Parroquia J.J. Osuna. Medula. En prensa; 2009.
- 67.- Haiek L, Gauthier D, Brosseau D, Rocheleau L. Understanding breastfeeding behavior: Rates and shifts in patterns in Québec. *J Hum Lact.* 2007; 23 (1): 24 – 31.
- 68.- Cooke M, Schmied C, Sheehan A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery.* 2007; 23 (1): 66 – 76.
- 69.- Kaneko A, Kaneita Y, Yokohama E, Miyake T, Harano S, Suzuki K, Ibuka E, Tsutsui T., Yuko S. y Ohida T. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: For activities to support child-rearing with breast-feeding. *J Epidemiol.* 2006; 16(2): 57 – 63.
- 70.- Kelly Y, Watt R. Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class-results from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr.* [revista en Internet]. 2005; 8(4): 417 – 21.

- 71.- Alvarado B, Tabares R, Delisle H, Zunzunegui M. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños afro-colombianos. Arch. Latinoam. Nutr. 2005; 55(1): 55-63.
- 72.- Argote L, Vásquez M. La dieta como camino para asegurar un hijo sano: Una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes. Revista Colombia Médica. [revista en Internet]. 2005; 36 (3): 58 – 64.
- 73.- Duhalde C. De la dependencia a la independencia: Representaciones maternas acerca del vínculo con el bebé en el primer año de vida. Subj. Procesos cogn. 2004; (6):17 – 40.
- 74.- Folle E, Geib L. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12 (2): 183-190.
- 75.- Vaz E. As representacoes sociais de maes sobre vacina e suas implicacoes para as práticas de imunização. Rio de Janeiro 2003: 116.
- 76.- Díaz C, Cabrera G, Mateus J. Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. Colomb. Med. 2003; 34 (3): 119 – 123.
- 77.- Maestre R, Urbano E, León W, Hernández G, Maestre R. Conocimientos, creencias y actitudes de las madres de la comunidad de cambalache sobre la lactancia materna. Puerto Ordaz, estado Bolívar. : Arch. Venez. pueric.y Pediatr. [revista en Internet]. 2003; 66(2), 45 – 58.
- 78.- López I. Atención domiciliaria: Diagnósticos de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
- 79.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Venezuela). Trío por la vida. (tríptico 1). [Monografía en Internet]. [Citado el 10 de Junio de 2007]. Disponible en: <http://www.unicef.org/venezuela/spanish /TripticoTrio01.pdf>

80.- Comisión Nacional de Lactancia Materna / Organización Panamericana de la Salud / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Venezuela). Curso de capacitación en consejería en lactancia materna. Caracas; Ministerio de la Familia; 1998.

81.- Cameron M, Hofvander Y. Manual para alimentación de infantes y niños pequeños. México: Pax; 1989.

82.- Rosenthal M. Guía de la lactancia materna. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.

83.- Aguilar M, editor. Tratado de enfermería infantil. Madrid: Elsevier Science; 2006.

84.- Luckmann J. Cuidados de enfermería Saunder. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

85.- Armstrong H. Guía de capacitación en manejo de lactancia. Nueva York: IBFAN y UNICEF;1992.

86.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Perú). Lactancia materna. [Citado el 10 de Junio de 2007]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf

87.- Ministerio de Salud y Desarrollo Social / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Venezuela). Pasito a pasito los niños crecen sanos. Caracas: P&P Producciones Gráficas; 2003.

88.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Venezuela). Trío por la vida. (tríptico 2). [Citado el 10 de Junio de 2007]. Disponible en: [http://www.unicef.org/venezuela/spanish/Triptico_Trio02\(1\).pdf](http://www.unicef.org/venezuela/spanish/Triptico_Trio02(1).pdf)

89.- Hogg T. El secreto de tener bebés tranquilos y felices. Bogotá: Norma; 2005.

- 90.- Aguilar M. Lactancia materna. Madrid España: Elsevier; 2005.
- 91.- Blázquez M. Posición, colocación y succión del bebé al pecho. Medicina naturista. [Revista online]. 2006; 9; 464-470.
- 92.- La Liga de la Leche Internacional Virtual. Extracción y conservación de la leche humana. [Monografía en Internet]. [citado 09 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://groups.google.com/group/laligadelaleche-virtual/web/extraccin-y-conservacin-de-la-leche-materna>
- 93.- Jones F, Tully MR. Best practice for expressing, storing and handling human milk in hospitals, homes and child care settings. The Human Milk Banking Association of North America: 2006. Nutt *J Hum Lact.*; 22: p.p 227-228
- 94.- Lawrence R, Lawrence, R. Breastfeeding: A guide for the medical profession. St. Louis: Mosby; 2005.
- 95.- La Liga de la Leche Internacional Virtual. Nuevas recomendaciones para la vitamina D. [Monografía en Internet]. [citado 09 Noviembre 2008]. Disponible en: www.llli.org/LangEspanol/p_r_New_VitaminD_recommendation_SP
- 96.- Posada A, Gómez J, Ramírez H. El niño sano. Bogotá: Panamericana; 2005.
- 97.- Bobroff L. Introduciendo alimentos sólidos. Universidad de la Florida: 2006. [Monografía en Internet]. [Citado el 6 de Octubre de 2008]. Disponible en: <http://edis.ifas.ufl.edu>
- 98.- Organización Mundial de la Salud / Organización para la Alimentación y la Agricultura. Workshop on enterobacter sakazakii and other microorganisms in powdered infant formula. Ginebra: [monografía en Internet]. 2004 [Citado el 18 de Junio de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/Summary2.pdf>

99.- Ladewig P, London M, Moberly S, Olds S. Enfermería maternal y del recién nacido. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

100.- Stellwagen L, Boies A. Atención del recién nacido sano. Pediatrics in Review. [monografía en Internet]. 2006; 27 (3): 89-98.

101.- González-Oviedo M. Recién nacido: Recomendaciones para el cuidado de su piel. Dermatol. peru.2003; 13 (2): 118 – 120.

102.- American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 1997. [monografía en Internet] [Citado el 18 de Junio de 2007]. Disponible en: www.papsn.com/pdf/cpguidelines/perinatal.pdf

103.- Centro Médico de la Universidad de Maryland. Las primeras semanas de tu bebé. [Monografía en Internet]. [Citado el 6 de Octubre de 2008]. Disponible en: http://www.umm.edu/pregnancy_spanish/000108.htm

104.- Departamento Médico de la Universidad de Texas. El baño y el cuidado de la Piel [Monografía en Internet]. [Citado el 8 de Septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.utmbhealthcare.org/Health/content.asp?pageid= P05739>

105.- Sistema de Salud de Castilla-La Mancha. Área de Salud Puericultura. Cuidados del cordón umbilical del recién nacido. [monografía en Internet] [Citado el 17 de Junio de 2007]. Disponible en: <http://www.gapllano.es/consejos/RECOMENDACIONES%20DEL%20CUIDADO%20DEL%20CORDON.pdf>

106.- Ministerio de Salud. Esquema nacional de vacunación: Caracas: Ministerio de salud; 2007.

107.- Comité Asesor de Vacunas, Asociación Española de Pediatría. Vacunas si. [monografía en Internet] [Citado el 10 de Junio de 2007]. Disponible en: <http://www.Vacunasaep.org/pdf/contraindicaciones.pdf>

108.- Instituto Pedro Kourí. Dirección Nacional de Estadísticas (Cuba). Las vacunas: Contraindicaciones y precauciones a tener en cuenta.[monografía en Internet] [Citado el 10 de Junio de 2007]. Disponible en: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid/bol41-02.htm#art4>

109.- Organización Mundial de la Salud. Seis ideas falsas extendidas acerca de la inmunización. [monografía en Internet] [Citado el 10 de Junio de 2007]. Disponible en: http://www.who.int/immunizationsafety/aefi/immunization_misconceptions/es/

110- Vigotsky L. El desarrollo de las funciones psicológicas superiores. Barcelona España: Crítica; 1996.

111.- University of Texas Medical Branch. Health Care: El recién nacido – Los sentidos [monografía en Internet] [Citado el 20 de Noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.utmbhealthcare.org/Health/Content.asp?PageID=P05742>

112.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Para la vida. Nueva York: UNICEF; 2002.

113.- Ballona R. Una puesta al día en dermatología pediátrica. Rev. peru. pediatr. 2008; 61 (2); 105-112.

114.- Heymann D. El control de las enfermedades transmisibles. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

115.- Organización Mundial de la Salud. Lucha contra vectores y plagas urbanos. Washington. 1988. [Monografía en Internet]. [Citado el 11 de Noviembre de 2008]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_767_spa.pdf

116.- Luz A, Berni N, Selli L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. 2007. Rev. bras. enferm.60(1):42-48.

117.- Argote L, Bejarano N, Ruiz C. Muñoz L, Vásquez M. Transitando la adolescente por el puerperio: Amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta. 2004; Aquichan: 18 – 29.

118.- López C. Sobre el mal de ojo y sus remedios. Archivos de la sociedad española de oftalmología. 2000; 1(5): 12-24.

119.- Osborn A. Imaginación aplicada. Madrid: Veflex; 1960.

120.- Mandl J. Metodología para la planificación en salud a nivel de los municipios. En: Málaga H, Manzanilla L, (editores). Proyecto Municipios hacia la Salud: Experiencia Venezolana. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 1996. Pp. 22 – 45.

121.- Maldonado M, Pérez I, Bustamante S. El marco lógico y las organizaciones educativas. Contribución metodológica para la mejora de la escuela. Sapiens. 2007; 8 (2): 147-167.

122.- Navas T, Salazar V, Márquez P, La Rosa Z, Oliveros C, Malavé M. Factores de riesgo y diagnóstico de salud del adolescente venezolano: Estudio piloto. Med Interna 2001; 17: 101- 110.

123.- Sánchez, J. Hidalgo, N. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. [Monografía en Internet]. 2005. Disponible: http://www.cop.es/delegaci/andocci/VOL.%2020_2_5.pdf [Consulta: 2008, Enero 23].

124.- Méndez Castellano H. Los índices económicos, la calidad de vida y los estudios del crecimiento y desarrollo de poblaciones humanas. Gac Méd Caracas 2001; 109(4): 538-540

125.- Instituto Nacional de Estadísticas (Venezuela). Pobreza. Disponible: <http://www.ine.gov.ve/pobreza/menupobreza.asp> [Consulta: 2008, Abril 07].

- 126.- Verger I. Sistematizando experiencias: Análisis y recreación de la acción colectiva desde la educación popular. *Revista de Educación*. 2007; (343): 623 -45
- 127.- Tejerina B. Los movimientos sociales y la acción colectiva. De la producción simbólica al cambio de valores. En: Ibarra E, Tejerina B. *Los movimientos sociales: Transformaciones políticas y cambio cultural*. (19 – 27). Madrid: Trotta; 1998.
- 128.- McKernan J. *Investigación-acción y currículo: Métodos y recursos para profesionales reflexivos*. Madrid: Morata; 2001.
- 129.- Engels F. *Socialismo utópico y socialismo científico*. Buenos Aires: Organización Editorial de Buenos Aires; 1971.
- 130.- Horkheimer M, Adorno T. *Dialéctica de la ilustración*. Madrid: Fragmentos Filosóficos; 1994.
- 131.- Marcuse H. *Industrialización y capitalismo*. En: Weber M, editor. *La sociedad industrial y el marxismo*. Buenos Aires: Quintaria; 1969.
- 132.- Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1988.
- 133.- Almeida E, Martinez M, Varela M. editores. *Psicología social comunitaria*. Número especial 1. México: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Puebla; 1995.
- 134.- Lewin K. *La teoría de campo en las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós; 1951.
- 135.- Kemmis S, McTaggart R. *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Alertes; 1992.
- 136.- Gore J. *Controversias entre las pedagogías*. Madrid: Morata; 1996.
- 137.- Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Bogotá: América Latina; 1974.
- 138.- Habermas J. *Theory and practice*. Londres: Heinemann; 1977.

- 139.- Lewin K. The action research in minority problems: *Journal of social issues*. 1946; (2): 34 - 36.
- 140.- Ander-Egg E. *Repensando la investigación-acción-participativa*. México: El Ateneo; 1990.
- 141.- Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa; 1997.
- 142.- Carr W, Kemmis S. *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona España: Martínez Roca; 1988.
- 143.- Martínez M. *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación*. México: Trillas; 2004.
- 144.- Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *Am J Health Promot*. 1992; 6: 197 – 205.
- 145.- Martín-Baró I. *El método de la psicología política. Textos teoría y método*. Madrid: Suplementos Anthropos; 1994.
- 146.- Demo P. *Investigación participante. Mito y realidad*. Buenos Aires: Kapelusz; 1985.
- 147.- Palazón F. Implicación, acción-reflexión-acción. *Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*. 2003; 92: 43 – 58.
- 148.- Fals O. Reflexiones sobre la aplicación del método de estudio acción en Colombia. *Revista paraguaya de sociología*. 1973; 10 (26): 25 – 36.
- 149.- McTaggart R, Kemmis S, Fitzpatrick M, Henry C, Dawkins S, Kelly M. *The action research planner*. Victoria Australia: Gellong; 1982.
- 150.- Bradbury H, Reason P, y Kelly M. *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. Londres: Sage; 2001.

- 151.- Colectivo Ioé. Investigación acción participativa: Propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. 2003. [monografía en Internet] [Citado el 4 de Mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.nodo50.org/ioe/>
- 152.- Cussianovich A. Was ist protagonismus? En: Liebel, Overwien B, Recknagel R, editores. Frankfurt: Iko-verlag; 1999.
- 153.- Obando-Salazar O. La Investigación acción participativa (IAP) en los estudios de psicología política y de género. Forum: Qualitative Social Research. 2006; 7(4): 3.
- 154.- Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1996.
- 155.- Morse J. Strategies for sampling. En Morse J. (Editora.), Qualitative Nursing Research. 1989. Newbury Park, CA: Sage Publications; pp. 117-132
- 156.- Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Norma; 1997.
- 157.- Heron J, Reason P. Handbook of action research: Participative inquiry and practice. Londres: Sage; 2001.
- 158.- Cerda H. Los elementos de la investigación, como reconocerlos, diseñarlos y construirlos. Bogotá Colombia: El Búho; 1998.
- 159.- McDermott R, Sarvela P. Health education evaluation and measurement: A practitioner`s perspective. Crawfordville Indiana: WCB/McGraw-Hill; 1999.
- 160.- Rusque A. De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Caracas: Vadell Hermanos; 1999.
- 161.- Bericat E. La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Barcelona: Ariel; 1998.

162.- Vio Grossi F. La investigación participativa en la educación de adultos en América Latina: Algunos aspectos relevantes. En: Vejarano G, editor. La investigación participativa en América Latina (35-53). México: CREFAL; 1983.

163.- Restrepo D. Las prácticas participativas: Entre la socialización y la privatización de las políticas públicas, en enlaces y rupturas. Bogotá: Diakonia – Parcomun; 2002.

164.- Red Alforja. La construcción de la democracia desde la educación popular: Su sentido y sus posibilidades. [CD-ROM]. Costa Rica; 1996.

165.- Freire, P. Pedagogía de la esperanza: Un reencuentro con la pedagogía del oprimido. Río de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

166.- Torres M. Educación popular: Un encuentro con Paulo Freire. Caracas: Cooperativa Laboratorio Educativo; 1986.

167.- Velásquez F, González E. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Bogotá: Fundación Corona; 2003.

168.- Sauvé L. L'éducation relative à l'environnement : Une dimension essentielle de l'éducation fondamentale. En: Gohier C, Laurin S. La formation fondamentale – Un espace à redéfinir. (293-318). Montreal: Les Éditions Logiques; 2001.

169.- Castellano A. Horizonte histórico, cultura y sociedad en la educación popular. Investigación y Postgrado. 2004; 19 (1): 123 – 144.

170.- Orellana I. Buscando enfrentar los desafíos educativos contemporáneos: La estrategia pedagógica de la comunidad de aprendizaje en educación ambiental. En: Sauvé L, Orellana I, Sato M, editores. Textos escogidos en educación ambiental. De una América a otra. (221-231). Montreal: Les Publications de la Chaire de recherche du Canada en éducation relative à l'environnement; 2002.

171.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Comité de Asistencia para el Desarrollo. Buenas prácticas recientemente identificadas de gestión para resultados de desarrollo. Libro de consulta. París: (OCDE), (CAD). 2006. [citado 21 Julio 2009]. Disponible en: <http://www.mfdr.org/Sourcebook/Versions/MfDRSourcebookSpanish.pdf>

172.- Organización para la Alimentación y la Agricultura. Una metodología de evaluación de cadenas agro-alimenticias para la identificación de problemas y proyectos. 1993. [citado 21 Julio 2009]. Disponible en: <http://www.fao.org/WAIRDOCS/X5405S/x5405s1g.htm>

173.- De la Cuesta C. Teoría y método de la teoría fundamentada en los datos como herramienta de análisis. 10 (20): 2006; p 136 – 140.

174.- Glaser A. The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description. Mill Valley, CA: Sociology Press; 2001.

175.- Caricote, E. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Educere. 2008; (12) 40: 79 – 87.

176.- Jiménez L, Menéndez S, Hidalgo M. Acontecimientos vitales estresantes en la adolescencia. Apuntes de Psicología. 2008; 26 (3): 427-440.

177.- Paterna C, Martínez C. La maternidad hoy: Claves y encrucijada. Madrid: Minerva; 2005.

178.- Russo, N. The motherhood mandate. Journal of Social Issues. 1976; 32: 143 – 154.

179.- González T. El aprendizaje de la maternidad: Discursos para la educación de las mujeres en España (siglo XX). Convergencia. Revista de Ciencias Sociales. 2008; (46): 91 – 117.

- 180.- Amorim L, Spanó A, Azevedo F, Stefanello, J. Significados atribuidos por puérperas adolescentes à Maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2009; 18(1): 48 - 56.
- 181.- Instituto Nacional de la Mujer. Programa integral de la mujer. [Monografía en Internet] [Consulta: 2009, Junio 24]. Disponible en: <http://www.inamujer.gob.ve>.
- 182.- Morgan M, Monreal M. Una propuesta de lineamientos orientadores para la sistematización de experiencias en trabajo social. In: Morgan ML, Monreal ML, Escobar M, Escalante NG, editors. *Sistematización, propuesta metodológica y dos experiencias: Perú y Colombia*. Lima: CELATS; 1991. p.11-36.
- 183.- Uribe G, Alcaraz G. El mal de ojo y su relación con el marasmo y kwashiorkor: El caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2007; 25(2): 72-82
- 184.- Geertz C. *Interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa; 1992.
- 185.- Maroto-Navarro G, Castaño E, García M, Hidalgo N, Mateo I. Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria durante el embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Revista española de salud pública*. 2009; 83 (2): 267-278.
- 186.- Pérez J. La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *GL*. 2007; 13 (1): 43-57.
- 187.- Zanatta E, Motta M. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(4): 556-63.
- 188.- Dennis C. Breastfeeding initiation and duration. A 1990 – 2000 literature review. *J Ginecol Neonatal Nurse*. 2002; 31: 12 - 32.

- 189.- Nari M. Las políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires: Biblos; 2004.
- 190.- Billorou Ma. Madres y médicos en torno a la cuna: Ideas y prácticas sobre el cuidado infantil. Aljaba (Luján). 2007; (11): 167-192.
- 191.- Rodríguez E, Perdiguero E. Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX. *História, Ciências, Saúde-Maginhos*. 2006; 13 (2): 303-324.
- 192.- Allué X. De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de Factores culturales. En Perdiguero E, Comelles J. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellatera; 2000. p.p. 65.
- 193.- Ibarra T, Noreña A. Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural. *Index Enferm* 2009; 18(2): 116-120.
- 194.- Malvarez S. Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década. México: *Enf Uni. ENEO-UNAM*; 2005; 2(3):3.