

ARTICULO

Optimización del cuidado materno de los niños en el primer año de vida

José Ivo Contreras, Mary Marquina

Escuela de Enfermería. Universidad de Los Andes. Venezuela.

Correspondencia: José Ivo Contreras**E-mail:** ivojosebrice@gmail.com,

RESUMEN

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. El propósito de la investigación fue generar una teoría para la optimización del cuidado materno a los hijos menores de un año mediante un estudio cualitativo, realizado entre octubre de 2007 y agosto 2009, desarrollado conjuntamente con habitantes de la parroquia Osuna Rodríguez, estado Mérida, Venezuela. Como investigación acción participativa, la información se obtuvo por medio de asambleas de ciudadanos, reuniones, grupos focales y nominales. La población beneficiada con el plan de intervención fueron 75 madres. Las madres adultas afrontan el cuidado de sus hijos de manera diferente a las adolescentes, ellas demostraron diversos grados de saberes y de competencias, los mismos son provenientes primordialmente de sus valores culturales propios. Los logros del estudio muestran cambios muy beneficiosos para la

salud infantil y en las madres con la participación del apoyo social local: Se incrementó la articulación de las madres y las organizaciones comunitarias. El plan de acción respondió a las demandas sentidas y al consenso para la acción. Se hizo especial énfasis en el diálogo de los actores para la acción, la reflexión y desarrollar conocimiento crítico. A pesar de los logros obtenidos, existen barreras para la transformación social y el incremento del saber popular, como son: El morbicentrismo, el asistencialismo, el paternalismo, la medicalización y la elevada tecnificación diagnóstica y terapéutica.

Palabras Clave: Investigación Acción Participativa, cuidado, infant.

ABSTRACT

Optimize maternal care to children under a year

Through the first year of life, human beings have high vulnerability to physical, psychological and social risks, for this reason, health global agencies, consider that this period of human life cycle is a priority in public health, especially in developing countries. The purpose of the research was generating a theory to optimize maternal care to children under a year. This was a qualitative study, implemented from October 2007 to August 2009. The partners involved were residents of the Osuna Rodríguez community (Venezuela). The successes were gained working together from the beginning following an action plan from Participatory Action Research procedures. 75 mothers were target population; they participated in health education sessions. Data were obtained from citizens' meetings, focus and nominal groups. Adult and adolescent mothers had different coping strategies for infants' health care. They showed diverse degrees of knowledge and skills. Their own cultural values were the fundamental sources of health practices. The achievements of this study showed beneficial changes for: children and mothers health, people participation, non-profit organizations involvement and

social support. The development of the plan answered to a decision-making process managed for partners based on agreements for action. There are some barriers to social change, such as: Disease-focused care, welfarism, paternalism, medicalization, and high technification.

Key words: Participatory Action Research, health care, infant.

INTRODUCCIÓN

Para efecto de la investigación, el cuidado materno del infante fue definido como 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 Salud venezolano y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (PNUD) (1), estas acciones son los 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.

En el caso de la salud de los venezolanos, el Sistema de las Naciones Unidas de Venezuela (2), 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.

Tradicionalmente la madre ha desempeñado el rol de cuidador de las hijas, mientras que su pareja 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, 3), Chant (4) y López y Salles (5), esta situación ha incidido sobre la calidad de vida de la mujer venezolana, de manera que, como lo mencionan González y Martínez (6), 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 ella 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 Ochoa (7), 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. La estructura de la familia popular venezolana ha sufrido cambios importantes, en este sentido Hurtado (8) y Moreno (9), 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 del país.

Siendo el propósito de la investigación fue generar una teoría para la optimización del cuidado materno a los hijos menores de un año.

METODOLOGIA

Es una investigación de intervención, esencialmente cualitativa, en la que utilizamos la IAP, ésta se fundamenta en la Teoría Crítica, la misma se plantea la transformación y la identificación del potencial humano para el cambio, en que los involucrados comparten un fuerte compromiso con los cometidos sociales que se persiguen, donde el investigador comparte y participa en esa realidad como un miembro más de la comunidad.

Lewin (10), creó la IAP en 1944 y consistía en avances teóricos y propuestas de cambios sociales, simultá-

neamente. 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 a 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.

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 como un espiral, conformado por: Planeación, acción, observación y reflexión, como momentos de cada fase.

La población que recibió el beneficio directo del plan integral de IAP fueron 75 madres, sus niños menores de un año y sus familias, que residen en la Parroquia Osuna Rodríguez del municipio Libertador, estado Mérida.

La elección del método IAP para la transformación de la realidad, implica la aceptación por parte del investigador de los siguientes supuestos: El abordaje crítico dialéctico, que según Leal (11), está orientado por una reflexión sobre la realidad para transformarla en la que, como lo explica Freire (12), la teoría es solamente auténtica, cuando 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 Habermas (13), con la siguiente interrogante “¿Cómo podemos obtener una clarificación acerca de lo prácticamente necesario y, al mismo tiempo, objetivamente posible?” (p. 109).

Muestreo. Desde el punto de vista de su naturaleza, la muestra fue considerada homogénea. El muestreo fue llevado a cabo bajo el criterio de oportunidad. Las madres fueron captadas cuando: Llevaron a sus niños al Servicio de Inmunizaciones, en la sala de espera de la consulta de Pediatría o de Ginecología del ambulatorio Juan Alberto Rojas y en visitas en sus domicilios.

Atendiendo a consideraciones éticas, actuamos de acuerdo con lo descrito en la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (14), la cual expresa que para tomar parte en un proyecto de investigación, las personas deben ser participantes voluntarios e informados. Además, en todo momento respetamos el derecho de las 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 confi-dencialidad 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, obtuvimos por escrito, el consentimiento informado, voluntario y libre de coacción de cada una de ellos.

Estrategias de interacción con la población de estudio.

Como mecanismos para lograr el consenso en la población fueron implementadas mesas de trabajo para definir las causas y consecuencias del problema. Para la discusión profunda de los temas vinculados al cuidado de los infantes y para enriquecer las categorías de cotejo de su significado colectivo se realizaron cinco grupos focales, dado su valor metodológico, seguimos las orientaciones de Krueger (15), 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. Paralelamente se fue desarrollando un programa de educación para la salud bajo los principios y métodos de la educación popular.

El objetivo general del programa fue definido de la siguiente manera: Al final del proceso de interaprendizaje, las madres demostrarán competencias: actitudinales, afectivas, cognitivas y prácticas de cuidado culturalmente congruente a sus hijos menores de un año. De allí se derivaron cinco objetivos específicos, a saber: Al finalizar el proceso de interaprendizaje: 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. 2.- Las madres estarán en la capacidad de identificar los

riegos de salud de los menores de un año y realizar las medidas para fomentarla. 3.- Las madres estarán en la capacidad de diseñar acciones para optimizar el cuidado de su hijo menor de un año. 4.- Las madres estarán en la capacidad de activar los procesos experienciales y conductuales para mejorar el cuidado de sus hijos, y 5.- 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.

Como es costumbre en estos casos en el programa de educación para la salud fueron debidamente especificados los contenidos a desarrollar, los recursos necesarios, las estrategias para alcanzar el aprendizaje y las formas de evaluación.

Recolección de la información. Las reuniones con grupos focales, grupos nominales y asambleas de ciudadanos de los Consejos Comunales fueron realizadas en el Instituto de Nacional de Capacitación Educativa Socialista (INCES), Escuela Básica “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 se elaboró un cronograma semanal de trabajo.

También fue necesaria alguna 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.

Método de registro de los datos. Todas las reuniones y sesiones de trabajo con las madres y la comunidad fueron grabadas, en algunos casos, se utilizaron registros fotográficos. Todas las evidencias duras se transformaron a formato digital en forma de grabaciones, documentos en formato PDF, fotografías en formato JPG. Los consentimientos informados fueron previamente firmados por las participantes.

Rigor metodológico de la investigación. La validez científica de esta investigación está fundada en los criterios de la IAP que le dan carácter y formalidad de métodos válidos para alcanzar el propósito de este estudio. Pereda, de Prada y Actis (16), sintetizan en cinco criterios y en cada uno se plantean una serie de interrogantes a las que hay que dar respuesta para hacer la evaluación participativa de los planes de IAP, a saber:

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?

DISCUSIÓN

A continuación se pormenorizan las acciones realizadas en cada etapa de la IAP:

En la primera reunión con la comunidad hicimos una lluvia de ideas, para enumerar los problemas de salud que eran percibidos por la comunidad. Para poder alcanzar un consenso, colocamos la lista de problemas en una matriz de jerarquización de problemas de salud, 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, 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 e 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.

Paralelamente fueron entrevistadas 105 madres para identificar sus condiciones sociales. Los resultados más importantes fueron: Las madres tenían 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, predominan las madres solteras. 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.

En el nivel educativo de las madres, casi la totalidad tiene algún grado de estudios, se destaca que por lo menos la mitad llegaron a cursar el nivel secundario. En cuanto a la constitución de la familia, se destacó 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, en nueve de cada diez familias el número de habitantes es mayor a cuatro.

Posterior a la ejecución de las actividades desarrolladas en las fases de diagnóstico, planeación y ejecución fue posible llegar a algunas reflexiones finales, que son descritas a continuación: 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 circunscribe al hogar. También es importante apuntar que la madre fue el principal referente familiar en cuanto a la conservación de los hábitos de vida y por ende de salud.

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

La mayoría de las madres estaban estrenándose como tales (primíparas) y un volumen importante no había tenido experiencias previas con familiares para 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 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 Caricote (17), 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 Organización Mundial de la Salud (OMS, 18).

Las madres adolescentes tomaron decisiones tales como, dejar de manera temporal o definitiva los estudios formales de bachillerato. Sánchez e Hidalgo (19), 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. Al igual que en este estudio, Jiménez, Menéndez e Hidalgo (20) 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.

Dada la circunstancia que la mayoría de las madres no tenían una labor remunerada, Paterna y Martínez (21), 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 Russo (22), 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 González (23), 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 Stefanello (24), 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.

En la medida que fuimos avanzando en las sesiones educativas y con la incorporaron un grupo de madres adolescentes del Liceo Bolivariano Rómulo Betancourt, notamos que sus respuestas tenían elementos diferentes a las respuestas dadas por las adultas. Estas diferencias nos permitieron, seleccionar herramientas educativas culturalmente apropiadas para el abordaje de ese grupo de madres.

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, el 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 Alcaraz (25) describen las prácticas preventivas contra el mal de ojo como el uso frecuente de manillas y objetos de fabricación indígena como “contras” para prevenirlo, puestas en él o ella, las prendas cubren el pecho; 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 Geertz (26), 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 tomaban infusiones de diferentes hierbas, además evitaban exponerse al “sereno” (el frío de la noche) y tomaban precauciones para que el frío no entre al cuerpo a través de los alimentos. Por ello, en lo posible consumían los alimentos tibios o calientes. Esta precaución favorecía también al bebé, pues evitaba la producción de gases y los cólicos resultantes de tomar leche materna cuando la madre había ingerido alimentos fríos.

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 Mateo (27): 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 Pérez (28), 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.

Por otro lado, las razones por las que las madres decidían no acudir en búsqueda del control médico, tienen explicaciones históricas, Nari (29), sostiene que la apatía hacia el control médico, tanto de la reproducción, como del cuidado del lactante, ha respondido a dos procesos concurrentes: La autoconfianza en el saber popular de las madres y las dificultades de interacción de ellas con los profesionales de la salud.

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, la madre 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.

Nari (29), argumenta que la autoridad de los profesionales de la medicina, aceptada por la sociedad como parte de su herencia histórica, ha hecho que tales vean a las madres como pobres e incultas. 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, como parte de la oferta de los servicios de salud, 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 destaca lo descrito por Allué (30), 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. A lo largo del proceso de cambio estuvo presente el enfoque tradicional de la atención de salud, es decir, como lo exponen Ibarra y Noreña (31), se encuentra principalmente 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 y probablemente de ciencias de la salud en las universidades del país. Como consecuencia, lo explica Malvarez (32), 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.

Tales condiciones provocaron, de hecho, que muchas madres iniciaran muy tarde el control prenatal y postnatal y en otros casos, que eligieran llevar su control prenatal y postnatal en instituciones privadas. Sin embargo, entre las razones por las que ellas decidían a no acudir en búsqueda del control médico, se

encuentra la apatía hacia el control médico, tanto de la reproducción, como del cuidado del lactante.

Por las razones expuestas y otros elementos de la dinámica social local, las mujeres y las comunidades, 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 las 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.

En los siguientes párrafos destacamos las experiencias vividas con las madres y con la comunidad en esa dialéctica de reflexión-acción-reflexión:

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 las 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 Freire (33) 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 cotidianidad, 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 evaluamos las prácticas de cuidado para

aproximarnos a las necesidades educativas de las madres, tomando como base la investigación sobre necesidades educativas acerca de las inmunizaciones y lactancia materna realizada por Contreras, Marquina, Sosa y Quintero (34). En el segundo trimestre del año 2008, en visitas casa a casa solicitábamos a las madres 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.

CONCLUSIONES

Como producto de las experiencias vividas a lo largo de este trabajo de investigación se pudo llegar a las siguientes aseveraciones:

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 y se organizan para responder a sus propios problemas.

Establecen formas de comunicación con otros entes sociales para encontrar formas de apoyo a las madres y expresan abiertamente sus saberes y las necesidades que tienen por aprender más sobre la crianza de sus hijos.

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

Actúan de acuerdo con creencias que fomentan o mantienen la calidad de vida de sus hijos y del resto de su familia y por ende toman medidas para favorecer su salud.

Asumen la vida como un proceso inacabado de interaprendizaje permanente, por lo que reconocen las fortalezas, limitaciones, oportunidades y amenazas que existen en su entorno para crecer y desarrollarse socialmente.

REFERENCIAS

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. Sistema de las Naciones Unidas (Venezuela). Cumpliendo las metas del milenio. Libros Comala.com: Caracas; 2004.
3. Comisión Económica Para América Latina. Panorama social de América Latina. CEPAL: Santiago de Chile; 1995.

4. 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.
5. López M, Salles V. editores. Familia, género y pobreza. Grupo Interdisciplinario sobre mujer trabajo y pobreza: México; 2000.
6. González M, Martínez C. La construcción social de la madre y el padre en tiempos de crisis. Frónesis. 2004; 11 (1).
7. Fuster E, Ochoa G. Psicología social de la familia. Barcelona España: Paidós; 2000.
8. Hurtado S. La matrilinealidad en Venezuela. Universidad Central de Venezuela: Caracas; 1991.
9. Moreno A. El aro y la trama, episteme, modernidad y pueblo. CIP-UC: Caracas; 1993
10. Lewin K. La teoría de campo en las ciencias sociales. Barcelona: Paidós; 1951.
11. Leal J. La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la investigación. Mérida: Centro Editorial Litorama; 2005.
12. Freire P. Pedagogía del oprimido. Bogotá: América Latina; 1974.
13. Habermas J. Theory and practice. Londres: Heinemann; 1977.
14. 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.
15. Krueger R. El grupo de discusión. Madrid: Pirámide; 1991.
16. 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>
17. Caricote, E. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Educere. 2008; (12) 40: 79 – 87.
18. Organización Mundial de la Salud. World health statistics 2006. [Monografía en Internet]. [Citado el 29 de Abril de 2007]. Disponible: <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf>
19. 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].
20. Jiménez L, Menéndez S, Hidalgo M. Acontecimientos vitales estresantes en la adolescencia. Apuntes de Psicología. 2008; 26 (3): 427-440.
21. Paterna C, Martínez C. La maternidad hoy: Claves y encrucijada. Madrid: Minerva; 2005.
22. Russo, N. The motherhood mandate. Journal of Social Issues. 1976; 32: 143 – 154.
23. 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.
24. 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.
25. 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
26. Geertz C. Interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1992.

27. 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.

28. Pérez J. La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *GL*. 2007; 13 (1): 43-57.

29. Nari M. Las políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires: Biblos; 2004.

30. 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: Bellaterra; 2000. p.p. 65.

31. 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.

32. Malvarez S. Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década. México: *Enf Uni. ENEO-UNAM*; 2005; 2(3):3.

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

34. 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. *Medula*. 19:5-12; 2010. Disponible:<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/31454/3/artic1.pdf>