

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**PRÁCTICA DE CUIDADO CULTURAL AL LACTANTE
MENOR DESDE EL SABER POPULAR DE LA FAMILIA.
ESTUDIO ETNOGRÁFICO EN LA COMUNIDAD
AWAJUN-AMAZONAS, 2013**

Autora: Anny Katherine Dávila Valdera

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER
EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2014**

**PRÁCTICA DE CUIDADO CULTURAL AL
LACTANTE MENOR DESDE EL SABER
POPULAR DE LA FAMILIA. ESTUDIO
ETNOGRÁFICO EN LA COMUNIDAD AWAJUN-
AMAZONAS, 2013**

POR:

Anny Katherine Dávila Valdera

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado
Académico de:

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Soledad Guerrero Quiroz
Presidente de Jurado

Mgtr. Angélica Vega Ramírez
Secretaria de Jurado

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2014

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios, mi familia y especialmente a mis padres, por ser ejemplo de constancia, dedicación, amor, el motor y quienes me han dado todo su apoyo, protección y acompañamiento en el proceso de los estudios de post grado.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, y estar siempre a mi lado.

A las familias de la comunidad Juan Velazco Alvarado, por recibirme en sus casas, aceptarme y brindarme su confianza, y permitirme conocer más de su vida familiar, prácticas, costumbres, creencias, y cultura; sin ellos no se hubiese podido lograr esta investigación.

Anny Dávila

AGRADECIMIENTO

Esta investigación es el resultado de todo un esfuerzo de personas que han permitido este logro:

A Dios porque me ha acompañado en todo el camino para lograr el éxito, me ha dado las fuerzas para continuar venciendo todas las dificultades, me protege y enseña cada día.

A la escuela de Post Grado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, por permitirme ser parte de la Maestría III, a sus docentes de alto nivel académico, a nuestras tutoras, por sus nuevas enseñanzas, su paciencia, y la formación ética-cristiana.

A la Dra. Rosa Díaz Manchay, mi asesora, que con sus conocimientos, experiencia y su labor en favor a Enfermería me ha motivado a seguir adelante con la investigación, gracias por su amistad y colaboración.

A los miembros del jurado por sus valiosos aportes a la presente investigación.

A mi familia que con su amor, protección, y entrega siempre están apoyando mi formación académica y autorrealización.

También mi sincero agradecimiento a todas las personas e informantes claves que han participado en la investigación y han hecho esto posible.

A todas aquellas personas amigas/os que contribuyeron con el logro de los objetivos propuestos.

Anny Dávila

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
Resumen	<i>vi</i>
Abstract	<i>vii</i>
INTRODUCCIÓN	<i>x</i>
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL	<i>16</i>
1.1. Antecedentes de la investigación	<i>16</i>
1.2. Bases teórico-conceptuales	<i>20</i>
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	<i>32</i>
2.1. Tipo de investigación	<i>32</i>
2.2. Abordaje metodológico	<i>33</i>
2.3. Sujetos de la investigación	<i>35</i>
2.4. Escenario	<i>36</i>
2.5. Instrumentos de recolección de datos	<i>37</i>
2.6. Procedimiento	<i>41</i>
2.7. Análisis de datos	<i>43</i>
2.8. Criterios éticos	<i>51</i>
2.9. Criterios de rigor científico	<i>52</i>
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	<i>54</i>
3.1. Descripción del escenario cultural	<i>54</i>
3.2. Descripción de las familias del estudio	<i>57</i>
3.3. Temas culturales	<i>60</i>
A. Prácticas populares para satisfacer las necesidades básicas.	<i>61</i>
B. Uso de la naturaleza y juegos para mejorar el crecimiento y desarrollo desde la participación familiar	<i>86</i>
C. Creencias y costumbres para cuidar/sanar los síndromes culturales: cutipo, mal de ojo y susto.	<i>98</i>
D. Costumbres para cuidar/sanar las enfermedades prevalentes: uso de plantas medicinales, automedicación y asistencia al centro de salud.	<i>114</i>

CONSIDERACIONES FINALES	<i>127</i>
RECOMENDACIONES	<i>136</i>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<i>139</i>
ANEXOS	<i>148</i>

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Pág.</i>
Tabla 01. Los Tipos de relaciones semánticas que se usan en las investigaciones etnográficas	44
Tabla 02. Proceso del análisis de dominio a través de los datos de la investigación	46
Tabla 03. Proceso del análisis taxonómico a través de los datos de la investigación	48
Tabla 04. Proceso del análisis componencial a través de los datos de la investigación	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<i>Pág.</i>
Graf. 01. Esquema del análisis de dominio	44
Graf. 02. Relación semántica en el análisis de dominio	45
Graf. 03. Modelo del amanecer de Leininger, adaptado para representar esquemáticamente las prácticas de cuidado cultural al lactante menor desde el saber popular de la familia. Estudio etnográfico en la comunidad Awajun-Amazonas, 2013.	135

RESUMEN

La presente investigación cualitativa-etnográfica propone caracterizar, analizar y comprender los saberes y prácticas de cuidados culturales que brinda la familia al lactante menor en la Comunidad Awajun. Se fundamentó en Japiassú (1992), Leininger (1995) y Bustamante (2004). Los participantes fueron 7 familias de la Comunidad Juan Velazco-Amazonas, obtenidos por saturación. Se recolectó los datos mediante la observación, el diario de campo y la entrevista etnográfica, considerándose los criterios de rigor científico y la ética personalista. Con el análisis temático resultaron cuatro temas culturales: 1) Prácticas populares para satisfacer las necesidades básicas, 2) Uso de la naturaleza y juegos para mejorar el crecimiento y desarrollo desde la participación familiar, 3) Creencias y costumbres para cuidar/sanar los síndromes culturales: cutipo, mal de ojo y susto, 4) Costumbres para cuidar/sanar enfermedades prevalentes: uso de plantas medicinales, automedicación, y asistencia al centro de salud. Concluyendo que las familias indígenas cuidan del lactante menor basados en su saber, cosmovisión, secretos de la naturaleza (mito “Nugkuig”) y su cultura, manifestando prácticas de cuidado peculiares en la alimentación, vestimenta, higiene, descanso, estimulación, afecto, juego y protección cósmica, usando semillas, plantas medicinales, animales, y otros objetos culturales para cuidar/sanar síndromes culturales y enfermedades prevalentes, luego los automedican y finalmente acuden al centro de salud. La mayoría de estos cuidados culturales son favorables, y corresponde al enfermero negociar y reestructurar algunos cuidados como brindarle alimentos balanceados propios de la zona, y tratamientos oportunos para curar las diarreas y formas de cutipo sin comprometer la salud del lactante menor.

Palabras clave: Saberes, prácticas, cuidado cultural, familia indígena, lactante menor, enfermería

ABSTRACT

The following qualitative-ethnographic- researchproposes to characterize, analyse and understand the knowledge and cultural procedures the family uses to take care of lactating babies in Awajun Village. This search is supported by Japiassú (1992) Leininger (1995) and Bustamante (2004). The participants were seven families from the Awajun Village, Juan Velazco in Amazonas, gotten by saturation. Data was collected by the Observation in the field dairy and ethnographicinterview, considering scientific rigour criteria and personal ethics. Afterwards the Theme Analysis come four Cultural topics: 1) Popular Procedures to meet basic needs, 2) Using Nature and juice to improve growth and development with family participation, 3) Customs and beliefs to take care of/ heal cultural Syndromes like the so called “evil eye” and “Fright”. 4) Customs to take care of / heal widespread diseases using Medical plants, self-medication and attendance to Health Establishments. We conclude Native Families take care of breastfed infant using their knowledge, worldview, Nature (myth:“Nugkuig”) and culture, making procedures of care on feeding, dressing, hygiene, resting, stimulation, loving, games and cosmic protection; using seeds, plants, animals and other cultural objects to take care of / heal cultural syndromes and widespread illnesses, getting self-medication and finally going to Health Establishments. We should emphasize that some of these procedures are effective. However, Professional Nurses are the ones in charge of dealing and restructuring some of these practices like well-balanced food using resources from this place, also prompt treatments to relieve diarrhea and other ailments without involving breastfed infants health.

Key Words: knowledge, practices, cultural care, native family, breastfed infant, nursing.

INTRODUCCIÓN

El Perú es reconocido como un país multiétnico y pluricultural, porque tiene una diversidad geográfica que es propicio para el desarrollo de diferentes culturas, con diversidades de grupos humanos cada uno con sus propias características. Existen 56 grupos étnicos que ocupan gran parte de la extensión territorial, especialmente en áreas rurales andinas y amazónicas. Cincuenta y cuatro de estos grupos habitan en la Amazonía, representando el 3% de la población nacional, siendo en su mayoría comunidades que no tienen acceso a los servicios de salud.¹ Ellos sufren constantemente de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, desnutrición, mortalidad materna-neonatal, etc. debido a las diferentes barreras socioculturales que dificulta la comunicación entre el personal de salud y las culturas indígenas.

La heterogeneidad étnica y cultural de estos pueblos, determina la necesidad de identificar formas innovadoras en la atención de salud.² Particularmente orientado a los niños, pues son las personas más vulnerables por estar en pleno crecimiento y desarrollo, dependen del

cuidado de sus padres o familia. Actualmente se realizan investigaciones que intentan develar las medidas de cuidado practicadas por las familias según su perspectiva cultural, cuidan de sus integrantes basándose en lo aprendido intergeneracional desde sus antepasados, entre las que destacan la práctica de la medicina tradicional, la preferencia por alimentos del lugar de procedencia y la influencia de la religión, elementos que guían su modo de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud.

Lo antes mencionado también se observa en la cultura Awajun, pertenecientes a la familia etnolingüística de los Jíbaro (población de 55 366 habitantes -Censo 2007), quienes se concentran en el departamento de Amazonas - provincia de Condorcanqui, se distribuyen en los distritos de Santa María de Nieva, El Cenepa y Río Santiago, constituyéndose por comunidades mayormente alejadas, que guardan un rico bagaje cultural de preservación de la salud, y cuyas familias mantienen sus propias tradiciones para el cuidado de sus miembros.

Una de las estrategias para conocer cuáles son sus prácticas y/o saberes que tienen las familias para el cuidado de sus niños, es a través del Programa Crecimiento y Desarrollo (CRED), como actividad intramural, y como una de las múltiples actividades del profesional de enfermería, constituyéndose en un espacio de difusión, promoción y cuidado de la salud de los niños y la aplicación de este programa es a través de una Norma Técnica (RM N° 990 - 2010/MINSA).³

Mediante este programa, las entrevistas y visitas domiciliarias se ha evidenciado que las madres y/o abuelas son las responsables del cuidado de los lactantes menores, estas personas hacen uso de su saber popular, creencias y costumbres para la crianza que vienen de generación en generación, de madres a hijos, algunas prácticas que funcionaron en su tiempo de manera empírica lo traspasan a otros miembros para atender a

sus nietos, hijos, nueras, consuegras, vertiendo sus propios saberes, de allí resulta significativo develar si las prácticas de cuidado que tienen las familias durante la alimentación, estimulación, detección y/o prevención de enfermedades, etc. pueden o no favorecer el crecimiento y desarrollo de estos niños.

Por ejemplo, en la cultura Awajun las madres llevan a sus lactantes menores cargados a su pecho con un manta parecido a madre canguro con casi nada de prendas de vestir, el padre es la persona que caza y que camina por delante de los miembros de la familia cuando salen a sembrar o cosechar, se mantienen mayormente descalzos, la alimentación no varía día a día, ya que solo consumen lo que produce sus tierras (plátanos, yuca, chonta, zuri). Las madres les ponen collares para protegerlos de “las malas vibras”, y otros espíritus, también utilizan plantas medicinales para la curación de enfermedades, etc.

Además, algunas de las prácticas de cuidado para con los lactantes menores son: darles de comer antes de los 6 meses o interrumpirle la lactancia materna exclusiva, cuando los niños se enferman con diarrea les colocan enemas a base de yerbas aumentando las enfermedades diarreicas (EDAS) con deshidratación, no solo leve, sino de moderada a grave, como es el caso en el Hospital del Distrito Juan Velazco-Amazonas, que a finales de 2013 se atendió a un 2% del 65% de EDAS con deshidratación en niños menores de cinco años.⁴ De esta forma se pone en riesgo la vida del lactante menor.

Por su parte, el profesional de enfermería intenta mejorar el estado de salud de los niños ofreciendo cuidados y acciones con la familia, mayormente brinda consejos de cómo ayudar al crecimiento y desarrollo de los lactantes menores, en su mayoría conocimientos impartidos en pregrado, imposibilitando algunas veces la negociación de los cuidados

que brinda la familia, para ello el profesional desconoce algunos saberes, costumbres y prácticas de cuidado de las familias para con sus hijos, pudiendo ser estas prácticas favorables u otras pueden impedir la mejora de la salud de los niños. En este sentido el profesional de enfermería en vez de llegar a una comprensión, a una reorientación y reestructuración de los cuidados con la familia, impone sus conocimientos, y algunas familias se sienten incomprendidas, por tanto rechazan la atención y no regresan a atenderse en el programa de CRED.

Con respecto a la asistencia de madres con sus hijos lactantes menores a los controles de crecimiento y desarrollo, es baja, y por tanto la detección precoz de enfermedades prevalentes no se logra identificar a tiempo, tal es el caso, que según los indicadores de mortalidad (2009) las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) son la causa de muerte en niños menores de 5 años, y más en niños menores de 1 año con un 19.8%.⁵ Son evidencias para investigar más a fondo cómo es que cuidan las familias a los lactantes menores en este proceso de enfermedad, si son cuidados favorables o desfavorables, para así evitar la morbilidad infantil de este grupo etáreo.

Frente a lo mencionado la investigadora se cuestiona: ¿Qué saberes poseen los cuidadores y cuáles son las prácticas de cuidado para con los lactantes menores?, ¿Se podría decir que las prácticas mencionadas son favorables para su crecimiento y desarrollo?.

Cada familia tiene sus propias costumbres y prácticas para cuidar a sus niños, y depende de la visión antropológica y del significado que le dan a este cuidado, por ello, estas situaciones se lograron profundizar a detalle con el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los saberes y prácticas de cuidado cultural que brinda la familia al lactante menor en la comunidad Awajun. Amazonas, 2013?, el objeto de estudio fueron los

Saberes y prácticas de cuidado cultural de la familia al lactante menor. Los objetivos que guiaron la investigación fueron Caracterizar, analizar y comprender los saberes y prácticas de cuidado cultural que brinda la familia al lactante menor en la Comunidad Awajun-Amazonas, 2013.

La investigación se justificó porque el territorio aguaruna conforma uno de los espacios geosanitarios más importantes del país, por encontrarse en zona de frontera, con una situación de salud precaria, latente a adquirir enfermedades, lugares deprimidos y casi olvidadas, poblaciones que poco a poco van confiando en el personal de salud, y con ello se va descubriendo su dimensión ecológica-cultural-familiar, dimensión donde la presente investigación pretende abordar y develar una realidad aun no estudiada desde el punto de vista de la enfermería.

El comprender el objeto de estudio de la investigación permite formar una interrelación entre los cuidados propios que tienen las familias a partir de sus saberes y el conocimiento técnico científico de pregrado que se tiene de los cuidados de enfermería.

La presente investigación ayudará a los profesionales de enfermería y sobre todo a la enfermera del Programa de crecimiento y desarrollo a no sufrir choques o desencuentros culturales, por desconocer y desaprovechar los saberes, y prácticas de un pueblo amazónico; por ello será necesario que la enfermera alcance la competencia cultural de empoderarse y aprovechar los diferentes espacios donde interviene en proporcionar cuidados de acuerdo a las culturas de las personas, cuidándolos de manera congruente, siempre buscando su bienestar.

La cultura de los pueblos indígenas-Awajun, determina la necesidad de identificar formas innovadoras en la atención de salud, particularmente de los niños, por tanto la investigación servirá para mejorar y adecuar los

cuidados brindados en el programa de CRED con enfoque transcultural, para fortalecer la identidad indígena-Awajun y su derecho a la salud con óptica transcultural.

Además, esta investigación se propondrá a organizaciones como UNICEF-USAID agentes cooperantes, con el fin de articular el trabajo en beneficio de la niñez y cultura. También servirá de guía y/o base para realizar otras investigaciones a futuro, ampliar el conocimiento con mejoras en la realidad, y sobre todo profundizar en el cuidado cultural al niño.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes de investigación

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

A nivel internacional, destacó Zanatta EA, Motta MGC, en Brasil (2007) desarrollaron una investigación cualitativa con abordaje participativo, titulado “Saberes e praticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses”, siendo su objetivo: conocer sus saberes y prácticas de cuidado al niño de cero a seis meses de vida. Se realizó con diez madres de niños entre cero a seis meses de vida en un Equipo de Salud de Familia- Rio Grande del Sur. Para recolectar la información, se realizaron cuatro encuentros intitulados “proceso reflexivo-educativo”, fundamentado en la estrategia teórico-metodológica de los círculos de Cultura. Se usó el análisis de contenido, concluyendo y revelando la existencia de una

disonancia entre el saber y hacer de las madres frente a los cuidados con el hijo e indicó la necesidad de una mayor aproximación entre los profesionales de salud y la familia con visitas de cambio de informaciones y a la alianza de saberes en el cuidado de la salud del niño.⁶

Silva RL Da, et. al. (2007) realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, exploratoria denominada “La práctica del cuidado ofrecido por las mujeres a sus hijos en su domicilio”, con el objetivo de conocer la práctica de cuidado de los hijos prestado por las madres en el domicilio y describir las principales creencias y remedios populares usados por estas madres en relación al cuidado del cordón umbilical, el manejo de los cólicos intestinales y la lactancia materna. Se entrevistó a cuarenta mujeres que llevaban a sus hijos lactantes a actividades recreativas en una plaza pública en el Barrio de Leme – Rio de Janeiro, durante los fines de semana de mayo a julio de 2004. Como instrumento para recolectar los datos, se optó por aplicar un cuestionario con preguntas cerradas. Los resultados fueron presentados con frecuencias absolutas y relativas. Se concluyó que las diversas formas de creencias y “secretos de naturaleza” aplicados por las madres en el cuidado de sus hijos, tienen maneras peculiares de comportamiento, que son conocidos por los integrantes de la propia cultura, en este caso por las madres, pero, generalmente, son desconocidos por las enfermeras con un bagaje cultural diferente.⁷

A nivel Nacional, Álvarez REC, et al.⁸, desarrollaron la investigación. “Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú” (2007), fue un estudio cualitativo, con el objetivo de conocer el autocuidado tradicional de mujeres nativas durante el embarazo, el parto y al recién nacido. La investigación se desarrolló en la comunidad nativa SIB que pertenece al pueblo indígena Shipibo-Conibo, del Departamento de Ucayali. Participaron 16 mujeres, entre madres, gestantes, puérperas y parteras. Fueron efectuadas 16 entrevistas parcialmente estructuradas a madres y parteras de una comunidad nativa

peruana. Con el soporte de la teoría de las representaciones sociales y el método etnográfico.

Esta investigación nacional logró emerger tres categorías temáticas: los símbolos y prácticas tradicionales representadas al cuidarse, preparan a la gestante para un parto fácil; la partera, saberes, prácticas y objetos durante el parto, representan protección para el bebé; la partera y la madre aseguran los cuidados inmediatos y la alimentación del recién nacido. Finalmente, las prácticas de autocuidado tradicional se consideran de sentido común, transmitidas generacionalmente y destacando la mujer cuidadora. Se objetiva respeto por su cosmovisión y naturaleza; y el anclaje de auto cuidado está arraigado a sus costumbres, creencias, símbolos e imágenes, con poca integración del cuidado y salud occidental.⁸

A nivel local Díaz K. y Sánchez N., en el 2009 desarrollaron una investigación titulada “El Cuidado Cultural de Familias de un Asentamiento Humano en la Perspectiva de Leininger”, en este estudio cualitativo con abordaje de estudio de caso, concluyeron que las medidas de cuidado practicadas por las familias se basan principalmente en sus creencias y costumbres, entre las que destacan la práctica de la medicina tradicional, la preferencia por alimentos del lugar de procedencia y la influencia de la religión, elementos que guían su modo de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud.⁹

De la misma manera, De La Cruz Chiquinta H. (2010),¹⁰ realizó una investigación titulada “Prácticas culturales de la familia en el cuidado al lactante menor en la comunidad de Salas-Lambayeque”, investigación cualitativa con enfoque etnográfico, tuvo por objetivo: Describir, analizar y comprender las prácticas culturales. Los instrumentos de recolección de datos fueron la observación participante, diario de campo y la entrevista etnográfica. El escenario fue la comunidad de Salas– Lambayeque. Los informantes fueron 08 familias con lactantes menores, determinados por la técnica de saturación. Se utilizó el análisis temático obteniéndose los

siguientes resultados: Cuidados tradicionales de la familia en las enfermedades populares del lactante menor; La familia y el uso de plantas medicinales en las enfermedades prevalentes del lactante menor; Necesidad de educación intercultural en algunos aspectos del cuidado de la familia al lactante menor: estimulación, vacunación, alimentación y automedicación.

Se obtuvo como consideración final que los lactantes padecen enfermedades populares como: ojo, susto, pujo y mal de aire, según sus saberes culturales de sanación y prevención hacen uso de diferentes materiales como huevo, cuy, periódico, plantas, velas, ropas rojas, amuletos, chuchillo, tijeras, ajo, etc. Además utilizan plantas medicinales como té con limón para las diarreas, el tilo y hierva luisa para enfermedades respiratorias, hierba santa y matico para enfermedades cutáneas.¹⁰

Así mismo, Guerra Dávila S. (2013)¹¹ desarrolló una investigación titulada “De la Sierra a la Costa: Cuidado Cultural de las familias inmigrantes”, de tipo cualitativa con enfoque Etnográfico, tuvo como objetivos: describir, analizar y comprender el cuidado cultural de las familias inmigrantes de la comunidad de San Rafael del distrito de Zaña, la muestra fue de 8 familias, determinados por saturación y redundancia. El instrumento de recolección de datos fue la observación, el diario de campo, la entrevista etnográfica.

El análisis de datos fue con Spradley, obteniéndose los temas culturales: 1) Saberes tradicionales y uso de plantas medicinales para el cuidado cultural de la salud familiar; 2) Cuidado cultural en la planificación familiar y la atención del parto en el hogar; 3) La afectividad y la delimitación de roles en el cuidado cultural de la familia. Considerando finalmente que la familia es el núcleo donde nacen los cuidados culturales, las prácticas y creencias mágico – religiosas sobre el sanar, cuidar y prevenir enfermedades, a través del uso de plantas

medicinales, objetos artesanales y ciertos animales, aunque las familias migren a otras ciudades, mantienen su identidad cultural e incluso tratan de vivir en una comunidad delimitada para ellos.¹¹

1.2. Base teórico-conceptual

El marco teórico-conceptual de la investigación se sustentó en: Saber y práctica (Japiassú H. 1992), Cuidados Culturales (Leininger, 1995) y Familia (Bustamante, 2004).

Al hablar de saber, Japiassú H. (1992) menciona que ...“antes del surgimiento de un saber o de una disciplina científica, siempre hay una primera adquisición, aún no científica de estados mentales ya formados de modo más o menos natural o espontáneo...el saber constituye las “opiniones primeras” o prenociones, estas prenociones constituyen representaciones esquemáticas y resúmenes, formadas por la práctica y para la práctica, obteniendo su evidencia y su autoridad de las funciones sociales que desempeña”.¹²

Es decir, el saber es el censo común de las personas que lo evidencia en su práctica cotidiana, no es que la persona no conozca, ya tiene un saber constituido por su historia, por la transmisión de generación de familia a familia, de sus hábitos, costumbres; por ejemplo: ese saber se pone en evidencia cuando la familia cuida del lactante menor en sus diferentes dimensiones poniéndolo en práctica día a día, se preocupan por cuidarlos de acuerdo a sus conocimientos que han sido ganados en el transcurso del tiempo.

Saber y prácticas de cuidado, son términos inseparables, están íntimamente relacionados uno de otro, ya que el primero se refleja en la “acción de”, y el segundo contribuye a la acumulación de saberes, es decir,

las familias o el cuidador poseen conocimiento de algo o alguien, lo internalizan, en algunas veces esos saberes lo aprovechan para cuidar de la salud de sus miembros, otras veces no se da cuenta cuándo, ni cómo lo usa, simplemente lo ejecuta y lo pone en práctica de una manera habitual, porque lo han aprendido de lo que le rodea, y por tanto se han convertido en saberes productos de las experiencias cotidianas porque en el tiempo han logrado un aprendizaje sobre estas prácticas dándole sentido en el momento de sus actividades diarias.

Al referirse de saber, Japiassú H. (1992) refiere además que: "... a nivel colectivo estos estados mentales son constitutivos de una cierta cultura.¹² Es decir, los cuidados que las familias brindan a sus niños surgen a partir del conocimiento que obtengan de su contexto, es decir obtienen información que han recibido de sus progenitores y de manera intergeneracional (abuelas y bisabuelas); de tal forma que no corresponden a sus determinaciones individuales, sino a conceptos preestablecidos y aceptados por su grupo cultural y que se consideran benéficos para sí, por último estos conocimientos son guiados por sus saberes, creencias, tradiciones, valores, que varían considerablemente según su ámbito familiar-cultural.

Las familias de origen Awajun, de forma natural responden a las necesidades de carácter biológico y subjetivo de sus miembros, en especial de sus niños; los padres dan al niño vivienda con características rústicas, preparan alimentos a base de lo que produce sus terrenos, siendo las mujeres las que cosechan y cargan sus alimentos, le brindan vestimenta, etc.

Sin embargo, el niño no solo necesita de ser atendido en esas necesidades, sino además promover su crecimiento y desarrollo requiriendo cuidar de la dimensión subjetiva-personal, es decir,

mayormente son las mujeres quienes muestran afecto a sus niños, abrazándolos, cargándolos en su pecho con ayuda de una manta, los besan, los cuidan físicamente, se preocupan por llevarlos a sus controles de enfermería.

Hablar de cultura de un pueblo, es mencionar que la cultura direcciona los estilos de vida que influyen en las decisiones de la personas. Cada individuo internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres y creencias que le han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo.¹³

Al sintetizar cultura y cuidado se crea el campo de la enfermería transcultural propuesta por Leininger.⁹ La teórica define la cultura como la totalidad de patrones de comportamiento, artes, creencias, valores, costumbres, estilos de vida y otros productos de trabajo y el pensamiento humano socialmente transmitido, característico de una población de personas, que guían su visión del mundo y su toma de decisiones.

La cultura es desarrollada por los seres humanos y a la vez ella influye a las personas en su pensar y en su actuar. Dentro de la cultura, las creencias orientan (mas no siempre condicionan) las prácticas; y estas a su vez pueden modificar las creencias.¹⁴

Para la investigadora, la cultura Awajun actúa como guía dinámica que orienta, modula la convivencia familiar, por consiguiente, al brindar cuidados de salud, es prudente tenerlo en cuenta, es de esperarse que esta cultura implique un repertorio distinto de creencias y de prácticas de cuidado de la salud, que deben de respetarse y considerarse para lograr el objetivo terapéutico que es el crecimiento y desarrollo del niño saludable.

Como la cultura es de un pueblo, es propio de todas las personas, y de las familias que a la vez es modulado por éste. Por tanto no es

inseparable hablar de cultura sin profundizar en las concepciones de familia que según la investigadora coincide con Bustamante (2004) que las concepciones sobre familia varían desde el punto de vista con que se mire.

La familia es un organismo vivo, complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.¹⁵

A lo largo de la historia, la familia tradicionalmente tiene cuidado de sus miembros durante las innumerables situaciones del ciclo de la vida, como el nacimiento, las enfermedades de un miembro de la familia, la vida y la muerte. La casa se torna un local de cuidado y también de transmisión de conocimiento sobre salud y experiencias relativas a la vida, de una generación a otra.¹⁶

Para la investigadora la familia es considerado como un espacio vivo, una realidad cultural dinámica existente con una constitución ontológica permanente, donde se produce la transmisión de valores, emociones, afectos, pensamientos, creencias, actitudes, usos, costumbres, tradiciones, saberes, etc. Por tanto hablar de familia culturalmente, de familias de origen Awajun constituye desde la perspectiva de la investigadora un reflejo de la identidad de un pueblo.

En ese sentido, los saberes y las prácticas de cuidado de familias Awajun para con sus hijos es dinámico y consecuente con su cultura, con sus propias costumbres, con su naturaleza de ser y convivir en armonía.

La Etnia *Awajun* presenta una regla de descendencia bilateral, en que reconocen como cualitativamente iguales las relaciones del lado del padre como de la madre. Muchas comunidades Awajun se forman alrededor de un núcleo patrilineal, por ejemplo, un grupo de hermanos o un hombre y sus hijos adultos. Los *Awajun* establecen la distinción entre parientes cercanos y parientes lejanos, y se considera adecuado el matrimonio entre parientes lejanos. La regla matrimonial preferencial es entre parientes lejanos, primos cruzados bilaterales reales o clasificatorios -hija del hermano de la madre/hija de la hermana del padre. Existe la regla de Levirato, según la cual, cuando muere un hombre, su hermano mayor tiene el derecho de casarse con la viuda después de un tiempo de luto.¹⁷

De esta manera van conformando sus familias, y los niños están expuestos por completo a la cultura que los rodea. Este “hogar”, con sus saberes, prácticas y significados característicos de los miembros de la comunidad de la cual el lactante menor hace parte, es quizás el factor más importante en la influencia sobre su crecimiento y desarrollo. Esto denota que los niños desde el nacimiento están expuestos a su entorno, abarcando desde cuáles son sus saberes, sus prácticas de cuidado pudiendo manifestar que la cultura y el desarrollo infantil están inextricablemente entrelazados por su bagaje cultural.

El niño desde el nacimiento es un sujeto de acción y no sólo de reacción, capaz de iniciativas, de emociones, afectos, de movimientos, de pensamientos lógicos, con una lógica a su nivel, competente para establecer vínculos. Personas pequeñas fuertemente dependientes, que más allá de la normalidad o de la patología, inevitablemente se encuentra en interacción con un medio que lo anida, y que le va a facilitar u obstaculizar el ejercicio pleno de sus potencialidades, y la serie de transformaciones sucesivas que constituyen su proceso singular, original,

de crecimiento y de desarrollo como individuo, como sujeto histórico y cultural.¹⁸

Hablar de crecimiento y desarrollo del niño, no solo es comprender y centrarse en la atención de los estándares de crecimiento, en el aumento de la masa muscular o lo cuantificable, sino que además, implica un complejo proceso de organización, de especialización progresiva de todas sus funciones.

Los efectos del cuidado de salud, la nutrición y el estímulo mental en el crecimiento intelectual y emocional del lactante menor —reflejado en su capacidad de vencer actividades cada vez más complejas— y su crecimiento físico son sinérgicos y no pueden dividirse en categorías separadas.¹⁹

La ciencia ha demostrado cuáles son las necesidades esenciales para el crecimiento y la maduración de un lactante menor, cuáles son sus períodos críticos, sensibles, y qué condiciones materiales, afectivas, culturales y sociales son imprescindibles para que todas las potencialidades se expresen, se concreten en la realidad cotidiana desde los primeros años de la vida. El complejo proceso de crecimiento, maduración y desarrollo se produce por la interrelación dialéctica de factores o ejes estructurantes que, operando como Organizadores, facilitan, ordenan u obstaculizan las interacciones del sujeto.¹⁸

La especialización de todas las funciones objetivas y subjetivas del lactante menor, se produce progresivamente siempre interrelacionado con su contexto cultural, operando como Organizadores, que así como ordenan y facilitan su desarrollo, también pueden obstaculizar las interacciones entre cuidador y niño, por ejemplo la mayor parte de las parejas de origen Awajun al tener su hijo no piensan todavía en su nombre, la identificación con documento de identidad no es inmediata, demoran en tramitar y en

elegir un nombre hasta incluso pasado el año de edad, este simple ejemplo, qué significado tendría para el desarrollo del niño, qué otras prácticas realizarían como ejes estructurantes que puede o no afectar su crecimiento y desarrollo.

Los lactantes menores son sujeto de especial atención por parte de los cuidadores de la familia, además es el sujeto de cuidado de la profesión de enfermería como persona; y para hablar de cuidado, Madeleine Leininger la primera enfermera en el siglo XX fue quien defendió el concepto de cuidado como el foco central de enfermería, quien afirma que éste término, se refiere a “las acciones y actividades dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a individuos o grupos con necesidades evidentes o anticipadas, para aliviar, sanar, mejorar una condición humana o estilo de vida, para enfrentar la muerte o invalidez”.¹⁴

Es Madeleine Leininger,²⁰ con quien nace la enfermería transcultural que la define como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales.

Con respecto a los cuidados culturales la teórica refiere como el acto de prestación de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar, además forman el medio holístico más amplio para saber, explicar,

interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros, y de este modo, guiar la práctica de éstos.²⁰

Según Leininger, el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características en cada una de ellas. Ella propone que el cuidado cultural incluye el “cuidado genérico” referido al conocimiento aprendido y transmitido, tradicional y popularmente – *perspectiva emic*-, usado hábilmente por la cultura, y el “cuidado profesional” se refiere al conocimiento *etic* aprendido cognitiva y formalmente, practicado hábilmente por los profesionales de enfermería.¹⁴

En uno de los 13 principales supuestos que tiene su teoría, habla que los pacientes que experimentan la carencia de cuidados enfermeros coherentes con las creencias, valores y su propio modo de prestar cuidados mostrarán signos de conflictos culturales, inconformismo, estrés y dilemas éticos y morales. Muy por el contrario en otro de sus supuestos refiere que las intervenciones enfermeras que faciliten prácticas de cuidados culturales específicos a los pacientes obtendrán signos optimistas de satisfacción y bienestar por parte de éstos.²⁰

Al respecto, el enfermero debe prestar especial atención al crecimiento y desarrollo del lactante menor y su familia a quien atiende, respetando su visión *emic* aprendiendo a integrar los conocimientos propios, con su cultura tradicional, conformando una alianza, de saberes científicos y tradicionales con el propósito de proyectarlas hacia la promoción de la salud. El comprender los saberes y las prácticas de cuidado (*emic*), del cuidador hacia el niño, permite no solo identificar y significar las prácticas de cuidado que otras culturas pueden desestimarlas, sino que permite formar una interrelación entre los cuidados propios que tienen las familias a partir de sus saberes y el conocimiento técnico científico de pregrado que se tiene de los cuidados de enfermería (*etic*).

Una manera de respetar sus costumbres, creencias, por ejemplo, en cuanto a la alimentación del lactante, es brindando orientaciones de cómo aprovechar alimentos de la zona con alto contenido en micronutrientes e integrar junto con las madres la manera de cómo, cuándo y cuánto darle a sus hijos, con esto se evita un desencuentro entre el profesional y el cuidador.

El modelo de cuidado de Leininger, descubre los puntos de vista étnicos, personales o culturales, relativos a los cuidados tal como se entienden y se aplican, empleando estos conocimientos como base para las prácticas asistenciales.¹³

Los saberes y prácticas que tengan las familias en torno al cuidado de sus hijos tal y como lo muestra la realidad del contexto cultural permite identificar si estos cuidados puede alcanzar una negociación/reestructuración que garantice una evolución clínica satisfactoria con el menor riesgo posible, y en favor de la salud del niño.

Este modelo es uno de los pioneros de la enfermería transcultural y representa una constelación que va de la diversidad de los cuidados culturales a la universalidad. La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.²⁰

Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros que guiaron la presente investigación: la preservación y/o mantenimiento, la adaptación y/o negociación y a la reorientación y/o

reestructuración de los cuidados culturales, expresada por el diagrama “del Sol Naciente” para representar los componentes esenciales y estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría.

La preservación o mantenimiento del cuidado cultural implica si una creencia o práctica de cuidado podría permanecer, pues ella refuerza la autonomía de autocuidado, es inocua o en el mejor de los casos, es benéfica para su salud. Si, por el contrario, la creencia o práctica puede llegar a ser un riesgo para su salud se podría negociar un acuerdo, posiblemente apoyando la creencia, pero sugiriendo o reacomodando una práctica más benéfica. En algunos casos la práctica es potencialmente dañina, ella atenta contra la integridad de la vida, pero tiene un arraigo cultural importante. Es allí donde el proceso de reestructurar es más lento y difícil de llevar a cabo porque trasciende la habilidad de persuadir que el cuidador puede tener y se necesita el concurso de otros actores y sectores para lograr un cambio dramático en la manera de proteger la vida.

En la presente investigación se lograron preservar cuidados, como por ejemplo: prácticas para satisfacer las necesidades básicas del lactante menor, dentro de ellas, la vestimenta, el descanso en hamacas, la forma cultural de cargar al lactante, el uso de la naturaleza y juegos para el crecimiento y desarrollo siendo actos que no produce maleficio para su salud al contrario les seguridad, afecto, fortalece el vínculo materno infantil.

Así mismo, se pudo llegar a una negociación de algunas prácticas de cuidado como brindarle alimentos de la zona de acuerdo a los requerimientos del lactante, balanceados en cuanto a cantidad, frecuencia, y calidad. Además se mantuvo la costumbre en la forma de cómo lo bañan al lactante, negociando sólo la frecuencia de la higiene y el baño diario.

Para lograr la reestructuración de algunos cuidados, aún no han sido realizables, ya que constituye un proceso lento. Las prácticas de cuidado a reestructurar son el tratamiento cultural que realiza la familia para sanar/curar el mal de ojo, el “cutipo”, y las diarreas, así como la automedicación.

Tener en cuenta estos tres modos de acción logró un cuidado diferencial, con lo cual se da cuenta de la singularidad del ser humano, pero al mismo tiempo, si se reconoce la universalidad de las prácticas y valores en los diferentes grupos y comunidades, se podrá determinar las generalidades del mismo. Para ello es necesaria una buena comunicación, la misma que implica más que en hablar, el tener presente nuestro lenguaje corporal, el espacio que guardamos cuando nos dirigimos a las personas, el contacto visual, el toque adecuado y por supuesto, el tono de voz.

El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.²⁰

Esta teoría ayuda al enfermero a descubrir y documentar el mundo émico, sus conocimientos y prácticas en conjunción con una ética apropiada, como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.¹³

Una preposición importante de la teoría es que, si se puede obtener el significado completo de los cuidados culturales, se podrá predecir el bienestar o la salud de las personas, familias y grupos y –por tanto- se

podrán ofrecer cuidados que sean coherentes, responsables y con respeto.²⁰

El profundizar en los temas de cultura, familia y cuidado en sí, aún a un avance más en la enfermería, ya que cabe reconocer que ninguna cultura es mejor que la otra, y que los cuidados que brindan los cuidadores para conservar y mantener la salud del lactante menor no son siempre inadecuados como algunos profesionales piensan, sino que depende de óptica o de la visión del profesional de enfermería, de lograr la trascendencia de sus cuidados en coherencia con la cultura.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de investigación

La investigación cualitativa se convierte en un modo de investigar, un estilo que adopta el investigador en razón al objeto de estudio y de acorde con los objetivos, ya que hace referencia a caracteres, atributos, esencia, totalidad o propiedades no cuantificables, que permitan describir, comprender y explicar mejor los fenómenos, acontecimientos y acciones del grupo social o del ser humano. Es holística, por considerar a un “todo”, intenta ver la realidad integrado por todos sus componentes y sus múltiples relaciones, como un proceso interactivo, analítico que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios, muestra interés por el significado y por una interpretación más completa y genuina.²¹

Se trabajó con familias nativas de la etnia Awajun, tratando de comprender la esencia del objeto a investigar, es decir, los fenómenos relacionados a sus prácticas, creencias, saberes, valores y actitudes que poseen para cuidar al niño lactante menor, según su perspectiva cultural.

2.2 Abordaje metodológico

Etimológicamente, el término etnografía significa la descripción (grafé) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (ethnos). Por tanto, el ethnos, que sería la unidad de análisis para el investigador, no sólo podría ser una nación, un grupo lingüístico, una región o una comunidad, sino también cualquier grupo humano que constituya una entidad cuyas relaciones estén reguladas por la costumbre o por ciertos derechos y obligaciones recíprocas.²² La etnografía siempre está orientada por el concepto de cultura y tiende de manera generalizada a desarrollar conceptos y a comprender las acciones humanas desde un punto de vista interno.²³

El enfoque etnográfico ayudó a observar desde dentro de su cultura los saberes y prácticas de cuidado de las familias Awajun a sus niños lactantes menores. Esta investigación se desarrolló durante los meses de mayo a agosto de 2013, en la comunidad de Juan Velazco Alvarado, del distrito de Santa María de Nieva, perteneciente a la cultura Awajun, de la etnia los jíbaros, del Departamento de Amazonas, en la selva nor oriental peruana. Desde una perspectiva etnográfica se pudo observar, describir e interpretar el comportamiento cultural de la familia de manera cotidiana, explicando el significado de las prácticas y saberes que tienen para cuidar a los lactantes menores.

El investigador permaneció en periodos de tiempo de 6 horas, haciendo un total de seis visitas por familia, por 16 semanas, y cuyo trabajo de campo ayudó al investigador a entender cómo las familias de la cultura Awajun mantienen sus saberes y prácticas de cuidado al lactante menor, y qué sentido le dan a su vida en el día a día, además en el presente trabajo el investigador formó parte del mundo de las familias en estudio, siendo un miembro más.

En la presente investigación la perspectiva EMIC ayudó a configurar la investigación, de manera que la investigadora miró desde dentro lo cotidiano de las familias de origen Awajun en el cuidado de los lactantes menores, se comprendió y describió sus acciones, saberes, costumbres, de tal manera que llevándolo hacia la otra perspectiva ETIC se profundizó y se dio explicaciones de manera científica a la realidad observada o a su dimensión cultural.

Este tipo de diseño permitió emplear tres principios establecidos por Leininger, que son importantes en la relación con personas de diferentes culturas:

El primero de ellos, la *preservación*, se tuvo cuidado de mantener y compartir aspectos de su cultura, como la vestimenta, idioma, comidas, etc., de tal forma que las familias sintieron a la investigadora como un miembro más de ellos.

En cuanto al segundo principio, la *adaptación*, se pudo negociar con la familia algunas prácticas de cuidado que causaban daño a su niño, como bañarlos diariamente, y brindarle alimentos de la zona con mayor accesibilidad en frecuencia, consistencia, cantidad y calidad, considerando que las creencias y/o mitos están muy arraigados. De esta manera resulta importante el aporte de otras investigaciones que complementa a este trabajo.

Y por último el tercer principio de *reorientación*, o reestructuración de cuidados como los tratamientos para curar/sanar el “cutipo”, las diarreas y la automedicación, etapa que no se pudo realizar por el tiempo limitado de la investigación, quedando el compromiso de efectuarlo progresivamente en el cuidado de enfermería dada por la investigadora.

2.3 Sujetos de la Investigación

Grupo cultural

En la presente investigación el grupo cultural estuvo conformado por familias con lactantes menores de la comunidad Awajun “Juan Velazco Alvarado”, perteneciente a la jurisdicción del Hospital I Santa María de Nieva, del cual se obtuvo el padrón nominal de todos los niños lactantes menores que asisten a sus controles de los cuales fueron extraídos las familias de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Familias de la comunidad de Juan Velazco Alvarado-Nieva.
- Familias extensas de origen Awajun, que tengan como mínimo la presencia de un abuelo (a).
- Familias con niños lactantes de 6 a 11 meses 29 días.

Los informantes

Los informantes estuvieron conformados por 7 familias determinadas por la técnica de saturación, es decir cuando la ocurrencia de las descripciones de los fenómenos fueron repetitivas y no aportaban más datos nuevos a la investigación.

Cada cuidador se encontró en sus respectivos hogares, realizando sus quehaceres cotidianos, y cuyo investigador llegó a ser sentido como un miembro más de la familia, obteniendo información no solo de la observación participante sino de la entrevista brindada por los cuidadores, acorde al objeto de estudio.

Tuvieron como seudónimo la Familia 01, Familia 02, hasta Familia 07, para identificarlos y continuar usando coherentemente los demás instrumentos de recolección de datos, más luego en el procesamiento de datos ya no se utilizaron porque todo se convierte en un tema cultural.

2.4 Escenario

El escenario donde se realizó la presente investigación fueron los hogares de las familias Awajun pertenecientes a la localidad de Juan Velazco Alvarado, ubicada en el Distrito de Santa María de Nieva – Provincia de Condorcanqui – Departamento de Amazonas.

Para llegar a ella desde fuera del departamento, se tiene como primer recorrido llegar al Distrito de Bagua Chica, y posteriormente tomar un auto para el Distrito de Santa María de Nieva a 8 horas por vía terrestre.

El distrito de Santa María de Nieva se caracteriza por tener dos localidades céntricas separadas por el río Nieva, uno ubicado al frente del otro, llamados: Juan Velazco y Nieva (capital), por ambos lados hay carretera o trocha, llegando a la ciudad es donde acaba el camino terrestre, y comienza el transporte por vía fluvial hacia las demás comunidades nativas de otros distritos. Actualmente es una localidad caracterizada por el aumento de comercio, y la presencia de instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El desplazamiento interno de una vivienda a otra o comercio, es por medio de mototaxis, a pie, o usando los transportes fluviales llamados “peque peque”.

La investigadora habita y trabaja en la localidad de Juan Velazco, que para el desplazamiento al domicilio de las familias en estudio lo hacía de unos 5-15 minutos caminando, dependiendo de la ubicación ya que de las 7 familias investigadas, 4 familias viven en el centro de la localidad y el resto en la periferia. La descripción más profunda del escenario y las familias en estudio, según los resultados obtenidos se muestran en el capítulo III.

2.5 Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta que “es el investigador etnográfico el principal instrumento”.²¹

En esta perspectiva, con ayuda de técnicas que tengan validez metodológica se pudo obtener información, efectuándose el trabajo con tres herramientas básicas: el cuaderno de campo, la observación participante y la entrevista etnográfica, para develar el cuidado cultural de las familias a los lactantes menores, rescatando sus prácticas populares y saberes. Este encuadre metodológico permitió dar validez al estudio por medio de la triangulación, lo que aseguró la confiabilidad de los resultados de la investigación.

2.5.1. La observación participante

La observación participante más que una técnica, es la base de la investigación etnográfica, se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio, las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc.²³

En la Observación Participante, se pretende que el investigador se convierta en un mismo “nativo” a través de la inmersión en la realidad social que analiza o, dicho de otro modo, lo que el investigador pretende aprender y vivir de una vida cotidiana que le resulta ajena. Para ello se ocupa de observar, acompañar y compartir con los sujetos de investigación las rutinas típicas y diarias que conforman la experiencia humana.²⁴

Al analizar el papel que desenvuelve el observador, se propone un abordaje práctico y lógico para la observación participante, que camina de la observación a la participación, conduce a la reflexión y comprende una

secuencia de cuatro fases: observación, observación con poca participación, participación con alguna observación, observación reflexiva.²⁵

a) La fase inicial: El investigador se concentra en las observaciones en relación al contexto cultural. Esta fase se inició con la selección de informantes que reunieron los criterios de inclusión que se obtuvo del registro o Padrón nominal del Hospital I Santa María de Nieva. Posteriormente el investigador se presentó formalmente con el permiso correspondiente para convivir en cada uno de las familias en estudio, de esta manera lograr de manera detallada los saberes y prácticas de cuidado que tienen para con sus hijos lactantes menores.

b) La observación con poca participación. La observación se efectúa con leve grado de participación, el investigador toma parte en las actividades del grupo social y estudia de forma más sistemática las relaciones de las personas y sus comportamientos específicos.

Esta fase se efectuó de manera simultánea, se inició en el contacto con el campo de estudio, con los diversos escenarios que se dan en la familia y lo particular es que, el investigador mantuvo una postura de poca participación hasta que las familias fueron tomando confianza y no hubiera rechazo y cambios en sus comportamientos o en sus acciones.

c) La fase de participación con alguna observación. El investigador se torna un participante en las actividades de los informantes, tornando así difícil las observaciones detalladas de todos los aspectos. Él desarrolla varios niveles de participación para aprender con las personas, sentir y experimentar a través del involucramiento directo en las

actividades. Es importante, sin embargo que se mantenga siempre como investigador atento, aunque esto ocurra con menor intensidad.

Cuando el investigador sintió la aceptación por la familias, se inició esta etapa que partió no sólo con el recibimiento en su hogar, sino con la participación de las actividades del hogar, además de sentir ser parte de la familia, en ese momento se intervino parcialmente en el cuidado de los niños, en cuanto a la alimentación, higiene, descanso, entre otros cuidados, también se realizó posteriormente la entrevista etnográfica.

d) La fase de la observación reflexiva. El investigador realiza observaciones reflexivas para determinar el impacto de los eventos, o de los acontecimientos, en la vida de las personas. La Observación reflexiva significa “mirar para atrás”, recordar cómo se desarrolló todo el proceso y evaluar cómo las personas respondieron al investigador. Esto auxilia al investigador a contemplar la influencia sufrida y la ejercida en las personas. Representa una síntesis de todo el proceso de forma secuencial y particular, para obtenerse una visión global.

El investigador tuvo una memoria fotográfica, y con ayuda de otras técnicas de recolección de datos revisó los fenómenos observados o ideas escuchadas, reflexionando sobre todos los aspectos del contexto cultural de la investigación, volviendo nuevamente al escenario para aclarar algunos datos o completar algunas informaciones.

2.5.2. El cuaderno de campo

El cuaderno de campo constituyó el registro de los datos propio del investigador y donde se anotó las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada: lo que hacen, cómo lo hacen, lo que

dicen, cómo lo dicen, etc., teniendo claro que “lo que no está escrito, no sucedió nunca”.²⁴

El registro en el cuaderno de campo contribuyó a la investigación de manera que antes de la entrada al campo se planificó en el uso de guiones, esquemas, datos, etc.

Existen técnicas que se utilizó en esta investigación para recordar palabras y acciones (concentración, palabras clave, diagramas, resúmenes, etc.), además se anotó todo lo que se observó: hechos, descripciones de personas que habitan en la familia, actividades, conversaciones, secuencia y duración de los acontecimientos, estructura del escenario, etc., comentarios del observador como la experiencia vivida: sentimientos, intuiciones, dudas, incomprensiones, sufrimientos, goces, temores, etc., y lo que el investigador conceptualiza en la observación: reflexiones teóricas, hipótesis, líneas de actuación, entre otros aspectos.

2.5.3. La entrevista etnográfica

El etnógrafo además de mirar, también tiene que preguntar y examinar, para ello se apoyó en las entrevistas con el objetivo de obtener una perspectiva interna de los participantes del grupo.²⁶

La entrevista etnográfica, es una técnica personal que permite la recolección de información a profundidad donde el informante expresa o comparte oralmente y por medio de una relación interpersonal con el investigador su saber (opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes) respecto a un tema o acontecimiento.²⁷

La información obtenida fue para ampliar y confrontar los datos obtenidos sobre los saberes y prácticas de cuidado que tienen las familias

de origen Awajun con sus niños lactantes menores, para realizar las entrevistas se acordó previamente fecha y hora.

Para esto la entrevista antropológica se valió de tres procedimientos:²⁸

1) El investigador estuvo atento escuchando con atención, y se consideró que toda la información obtenida fuese valiosa y ningún discurso que se tome será más importante que el otro.

2) Además se consideraron a las personas que estaban mayor tiempo al cuidado del niño, que fueron en su mayoría las madres, principal informante, lo que permitió introducir en el tema y continuar con más repreguntas en la entrevista.

3) Configurar los resultados desde un sustrato para reconstruir el marco interpretativo y lógico de la información.

En este aspecto, la pregunta norteadora que se dirigió a las madres fue: ¿Cómo Ud. cuida a su hijo?

2.6 Procedimiento

La presente investigación se realizó en la comunidad nativa de origen Awajun, quienes dominaban su propio idioma “Awajun” y también el castellano.

Una vez identificados a los participantes con los criterios de inclusión y que deseen colaborar en esta investigación, se procedió a solicitar el permiso correspondiente a las familias, y a explicarles de qué se trataba la investigación, posteriormente si la familia deseaba participar se

procedió a firmar el consentimiento informado (Anexo 01), para luego continuar con la recolección de datos.

Se coordinó con ellos los días de la visita. Además se trató de permanecer el mayor tiempo posible en turnos variados alrededor de 4 a 6 horas, tres veces por semana, durante los meses de Mayo a Agosto de 2013. Siendo un total de seis visitas por familia, por 16 semanas.

Se aplicó la observación participante (Anexo 2), permitió rescatar cómo cuida la familia Awajun a los lactantes menores, inmediatamente se registraba en el diario de campo; posteriormente se realizó la entrevista etnográfica (Anexo 03) para profundizar cuáles son sus saberes con respecto al cuidado de los lactantes menores.

Cuando nos comprometemos a vivir como el sujeto que cuidamos, nos involucramos en una dialógica cultural basada en la pluralidad/diversidad de puntos de vista. Esta dialógica implica instituir un diálogo entre concepciones de mundo, lo cual a su vez, entraña conflictividad, es decir antagonismo de un punto de vista nativo, con el nuestro, ejercicio que instituye una relativa autonomía del conocimiento diverso y favorece su evolución. Y es simplemente el conocimiento de esa diversidad de puntos de vista, de cosmovisiones, lo que contrarresta.²⁹

Durante la investigación, se logró ser un miembro más de la familia, cuyo contacto ha implicado un acercamiento a sus hábitos, costumbres, y a mantener un diálogo de la pluralidad de sus conocimientos, saberes y prácticas de cuidado diversas, que en primer momento originó discrepancia entre lo émic y étic; sin embargo, se tuvo en cuenta la perspectiva de la teórica Leininger pudiendo preservar y negociar algunas prácticas de cuidado, como se detalla en próximos capítulos.

2.7 Análisis de los datos

Después de la información obtenida a través de la observación participante, entrevistas y diario de campo, el análisis temático se abordó en cuatro etapas: Análisis de Dominio, Análisis Taxonómico, Análisis componencial y Análisis de temas.³⁰

A. Análisis de dominio

Proceso por el cual, teniendo los datos referentes a *situaciones sociales* que se obtuvieron por medio de la observación, entrevista y diario de campo, se analizaron para identificar los *dominios culturales*.

El análisis de dominio es un método para analizar datos y encontrar elementos específicos o partes que tengan significado cultural. Al descubrir partes de significado cultural se puede gradualmente unir más grandes registros de lo que sucede en una escena cultural. Spradley define un dominio cultural como ‘una categoría de significado cultural que incluye categorías más pequeñas’.

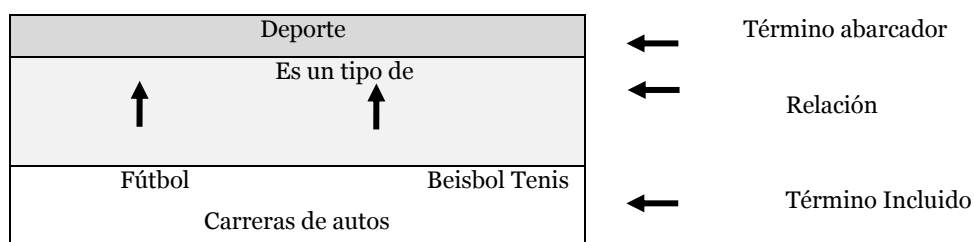
En el análisis de dominio, el enfoque del investigador se encuentra explícitamente en lograr categorías *de tipo cultural*, o dominios. Los dominios culturales consisten de tres elementos. Spradley llama a éstos ‘el término abarcador’ (el término de cubrir elementos individuales), ‘los términos incluidos’ y ‘la relación semántica’.

1. El término ‘término abarcador’ es el nombre que se da al dominio cultural. Es el nombre de una categoría que incluye categorías más pequeñas.

2. Los términos incluidos son las categorías más pequeñas que se encuentran incluidas en el dominio cultural, cuyo término incluyente las *cubre*.

Graf. 01. Esquema del análisis de dominio

DOMINIO



Fuente: Spradley citado por Luna F. I. Cualitativa. El método etnográfico y la investigación en Salud; Editorial Harcourt: New York; 1980.

3. La *relación semántica* ('semántica', por supuesto, se refiere a *significado*) es lo que liga a los términos que se incluyen y al término que sirve para abarcar todo.

Spradley³⁰ hace notar esas relaciones semánticas que él ha encontrado especialmente útiles como punto de partida para analizar dominios culturales que se encuentran en un rango de proyectos de investigación. Proporciona nombres técnicos para las relaciones y describe las formas que éstas tienen, tal como sigue:

Tabla 01. Los tipos de relaciones semánticas que se usan en las investigaciones etnográficas

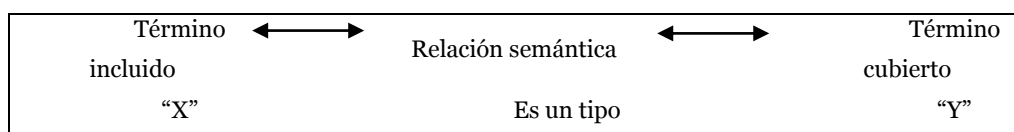
Relación	Forma
1. Inclusión estricta	X es un tipo de Y
2. Espacial	X es un lugar para hacer Y
3. De causa efecto	X es un resultado de Y
4. Razón por algo	X es una razón para hacer Y
5. Localización para realizar la acción	X es un lugar para hacer Y
6. Función	X se usa para Y
7. Medios-fin	X es una manera de hacer Y
8. Secuencia	X es un paso que se encuentra en Y

9. Atribución	La X es una característica de Y
---------------	---------------------------------

Fuente: Spradley citado por Luna F. I. Cualitativa. El método etnográfico y la investigación en Salud; Editorial Harcourt: New York; 1980.

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

Graf. 02. Relación semántica en el análisis de dominio



Fuente: Spradley citado por Luna F. I. Cualitativa. El método etnográfico y la investigación en Salud; Editorial Harcourt: New York; 1980.

El análisis de dominio es un proceso de identificación de tendencias, patrones, regularidades y cosas de este tipo entre nuestros datos, de tal modo que podamos organizar nuestros datos bajo categorías de significado cultural por medio de hallar relaciones semánticas entre los elementos de las situaciones sociales.

En la presente investigación se pudo empezar de la terminación del ‘término incluido’, se estudió con cuidado los datos para ver si podía encontrar nombres, términos, o conceptos que se hubiera usado una y otra vez al registrar las observaciones. Este uso repetido de términos pudiera ser una pista para encontrar patrones o regularidades que puedan revelar dominios culturales. Si encontramos tales repeticiones ocurriendo por sobre segmentos completos de datos pudiera ser que decidamos que algunas de éstas nos sugieren términos abarcadores posibles. De esta forma podríamos pasar a buscar patrones de términos incluidos y de relaciones semánticas que se asocien con estos términos o conceptos recurrentes. Por ejemplo se permite leer las observaciones, escuchar las grabaciones.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo se llegó a delimitar los términos cubiertos, en la presente investigación.

Tabla. 02. Proceso del análisis de dominio a través de los datos de la investigación

TERMINO INCLUIDO	RELACION SEMANTICA	TERMINO CUBIERTO
<ul style="list-style-type: none"> - Lavado del estomago - Tsemantseg (hierba) para las diarreas 	Es una manera de	Cuidados culturales para el tratamiento de diarreas
<ul style="list-style-type: none"> - Cutipo (males) - El piri piri (hierba) para el cutipo 	<p>Es una característica de</p> <p>Es un tipo de</p>	<p>La cultura Awajun</p> <p>Tratamiento del cutipo</p>

Fuente: Elaboración propia

B. Análisis taxonómico

El análisis taxonómico es simplemente una extensión del análisis de dominio. Se enfoca en el nivel de los términos que se incluyen dentro de un dominio, y busca las relaciones que haya entre los términos que se incluyen. Esto nos proporciona un detalle mayor acerca de la manera en que se organiza un dominio cultural dentro del teatro de investigación.

Los análisis taxonómicos llevan el proceso un paso más allá en lo que se refiere a detalle, por medio de mirar las relaciones y organización a nivel de detalle dentro de los componentes de un dominio cultural que denotan sus términos incluidos.

Este tipo de análisis ejemplifica la idea que el análisis involucra desmenuzar para darse cuenta de la manera en que se forma ‘un entero’, se recomienda una serie de pasos para llevar a cabo un análisis taxonómico.

1. Comience seleccionando un dominio cultural que contenga gran cantidad de información. Mientras más términos incluidos haya y que ya sean aparentes al principio del proceso de análisis taxonómico, más fácil será realizar el análisis.

2. Identifique similitudes que se basen en la misma relación semántica y úselas para crear subcategorías. Esto hará que el análisis taxonómico sea más ordenado y que dé más información estructurada u organizada a la primera mirada (lo cual hará más fácil el análisis posterior y permitirá una descripción cualitativa mejor de la escena cultural).

3. Busque más términos incluidos. Los términos incluidos de un dominio cultural se encuentran originalmente preguntando lo que el autor llama una 'interrogación estructural', que use el *término abarcador*. Este tercer paso involucra hacer preguntas estructurales de cada uno de los *términos incluidos*, es un medio de *expandir* el detalle que se encuentra disponible en nuestras observaciones. Nos permite encontrar *más* entre nuestros datos haciendo que nos concentremos con más atención en el detalle.

4. Busque dominios más grandes que puedan identificar a los más pequeños como que fueran paquetes también más pequeños. Éste es un modo posterior de hacer el análisis más ordenado, más informativo y más poderoso y refinado.

5. Hagan una taxonomía preliminar. Esto involucra dejar al descubierto el análisis taxonómico de un dominio o de dominios múltiples en alguna forma visual que muestre las relaciones que existen entre los términos abarcadores y los términos y dominios múltiples que se incluyen, de forma económica y útil.

6. Revise el análisis preliminar haciendo observaciones posteriormente enfocadas. Una ventaja de empezar el análisis personal durante la fase de recolección de datos es que proporciona al investigador una oportunidad para llenar los puntos vacíos y revisar categorías y patrones preliminares y cosas de este tipo. Esto podría involucrar revisar para ver si hay más términos incluidos que puedan ser añadidos a un dominio (¿hemos olvidado considerar algunos?) o simplemente verificando que algunas de las categorías adicionales que hemos generado en base a nuestros datos se encuentran de forma presente, realmente en el lugar.

7. Complete la taxonomía. Esto significa traer el proceso a una clausura y moverse posteriormente para generar sus descripciones, interpretaciones y explicaciones relacionando el análisis taxonómico (y otras formas) a la pregunta y a los propósitos de investigación.

El resultado de un buen análisis taxonómico ayuda a entender la manera en que un buen número de dominios culturales se relacionan uno con otro o, como dice Spradley³⁰, la manera en que se organiza un buen número de dominios culturales. Así por ejemplo:

Tabla 03. Proceso del análisis taxonómico a través de los datos de la investigación

DOMINIO	TAXONOMÍAS
<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia - Bañar - Vestimenta 	Cuidado natural y cultural de la madre
<ul style="list-style-type: none"> - Cargar al bebé de acuerdo a su cultura - Acompañamiento - Afecto y estimulación 	Significado de la forma cultural de cargar al niño: afecto y acompañamiento

Fuente: Elaboración propia

C. Análisis componencial

Como último nivel, el análisis componencial, es definido como “Una forma útil de análisis que nos ayudó a establecer el significado a través del contraste”. Al identificar y entender patrones de contrastes dentro de nuestros datos nos revela tanto acerca del significado cultural como lo hace el identificar y entender patrones de similaridad”. En otras palabras, el análisis componencial es una manera de buscar componentes de significado.³⁰

El significado cultural se encuentra en parte organizado alrededor de patrones de similaridad, y el análisis nos ayuda a identificar el significado revelando patrones de similaridad en nuestros datos. Además, el significado es también una función de patrones que se basan en la diferencia o en el contraste. En otras palabras, al identificar y entender patrones de *contrastos* dentro de nuestros datos nos revela tanto acerca del significado cultural como lo hace el identificar y entender patrones de similaridad. Una forma útil de análisis que nos ayuda a establecer el significado a través del contraste se llama análisis componencial.

El análisis componencial es una manera de buscar componentes de significado que la gente da a sus categorías culturales (las cuales nos esforzamos en identificar a través de procedimientos como el análisis de dominio).

D. Análisis de temas

Consiste en un proceso de búsqueda de dimensiones de contraste entre los términos permitiendo construir paradigmas y la verificación de los mismos a través de las entrevistas u observación. Corresponde a dos estrategias complementarias: el descubrimiento de contraste entre los

términos y la identificación sistemática de los componentes del significado para dichos términos. El análisis de dominios y el análisis taxonómico corresponden a un grupo de términos de contraste que pueden ser utilizados para encontrar diferencias que revelen significados. Estas nos llevan a descubrir las diferencias entre ellos, por medio de la identificación de los componentes de significado.

Una vez identificado los dominios, se elaboraron preguntas estructurales y de contraste que permitieron encontrar las taxonomías, a través de los cuales se pudo descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes y finalmente se delimitó los grandes temas, así como se muestra con algunos ejemplos:

Tabla 04. Proceso del análisis componencial a través de los datos de la investigación

ANÁLISIS COMPONENCIAL	TEMAS
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación al niño sano • Cuidado natural y cultural de la madre • Peculiaridad del descanso del niño y su protección cósmica • Significado de la forma cultural de cargar al niño: formas de expresar afecto y acompañamiento 	Prácticas populares para satisfacer las necesidades básicas
<ul style="list-style-type: none"> • Saberes, creencias, tratamiento y formas de cuidar el cutipo (males) • Cuidados culturales para el tratamiento de diarrea • Cuidados culturales para el tratamiento de la gripe 	Creencias y costumbres para cuidar/sanar los síndromes culturales: cutipo

Fuente: Elaboración propia

2.8 Criterios éticos

Sgreccia³¹ propone estos criterios con el único principio fundamental de considerar a la persona como el fundamento ontológico-real que sustenta y da validez a los principios teóricos de la bioética personalista, principios que operan como ayuda y guías de la acción en relación con el sujeto de cuidado.

Principio del valor fundamental de la vida humana, este principio se tuvo en cuenta a lo largo de la investigación preservando y promocionando todo aquello en favor de la vida, de la salud de los niños y de los miembros de la familia, y de sus costumbres, sin ningún tipo de prejuicios o discriminación, respetando su dignidad, considerando como persona y no como un medio para obtener un fin.

Principio de libertad y responsabilidad. Todo acto de libertad es realizable concretamente sólo en el horizonte de la responsabilidad, la libertad es actualmente posible si se respeta la libertad de los demás: pero respetar la libertad de los demás significa respetar la vida de los demás.

Cuando se desarrolló el presente estudio se dejó en efecto que la participación de los sujetos era libre, y sin coacción, solicitando de manera voluntaria la libre participación, y colaboración, haciendo uso de su libertad, por ello, el consentimiento informado lo firmaron asumiendo la responsabilidad de su elección.

El Principio de totalidad, su aplicabilidad está condicionada por la naturaleza del todo, de las partes y de su relación mutua y la necesidad o convivencia de procurar una mejor condición, existencia o actuación del todo. En el presente trabajo se consideró a los sujetos de la investigación como un todo, como personas unitarias, su relación entre sus miembros de la familia, su convivencia, poseedor de creencias, costumbres, respetando

sus saberes culturales, y que su existencia es propiciado por su cultura y sus saberes.

Principio de socialización y subsidiariedad, consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad y la persona en singular. Los resultados de esta investigación al ser publicados socialmente, no sólo servirá para comprensión del problema de estudio, sino que en base a esto se podrán beneficiar a otras familias que cuidan a lactantes menores.

Se garantizó el anonimato al utilizar para identificar a las madres los seudónimos de Familia 01, Familia 02, hasta Familia 07, más luego en el procesamiento de datos ya no se utilizaron porque todo se convierte en un tema cultural.

2.9 Criterios de rigor científico

Para apoyar y fundamentar el estudio cualitativo en mención, se trabajó bajo los criterios de rigor científico.³²

La credibilidad. Que hace referencia al valor de la verdad o verosimilitud de los hallazgos que el investigador obtuvo por medio de observaciones prolongadas (participación con los miembros de la familia, y de las experiencias vividas por quienes son estudiados), así como los datos de la observación y de las entrevistas fueron fidedignas, ya que se regresó al escenario, es decir los hogares, para que las familias validen la transcripción de las entrevistas.

El principio de auditabilidad o confirmabilidad. Se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro investigador puede distinguir “la pista” al investigador original y llegar a hallazgos similares. En la presente investigación, se usó un diario de campo, y se realizaron entrevistas sin coaccionar las respuestas de los mismos, posteriormente la transcripción de lo observado,

así como de las entrevistas realizadas no sufrieron alteración alguna, por tanto, su interpretación y análisis fue neutra, pudiendo obtener mejores resultados.

La transcripción del diario de campo acerca de las observaciones y de las entrevistas serán eliminadas después de 6 meses de sustentada la tesis, aproximadamente en agosto 2014.

Y por último el principio de transferibilidad o aplicabilidad. Reside en la posibilidad de transferir los resultados a otros grupos o contextos, se le conoce también, como generalización naturalista. Al realizar una investigación tras un rigor científico, los datos obtenidos podrán ser por otras poblaciones con semejantes características.

El trabajo de investigación, estuvo realizado con altura científica, garantizando la transferencia hacia poblaciones con características semejantes al de esta investigación, con el fin de mejorar el cuidado cultural que las enfermeras brindan a familias-niños, rescatando y preservando sus derechos a recibir un cuidado coherente con su cultura.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Descripción del escenario cultural

Los pueblos indígenas habitan en la región del Alto Marañón que está ubicado en el departamento de Amazonas y comprende los tres distritos de la provincia de Condorcanqui: Río Santiago, Nieva, y El Cenepa y el distrito de Imaza de la provincia de Bagua. Posee un clima tropical con temperaturas que llegan a los 32° y precipitaciones anuales de unos 3,500 mm., con una humedad relativa de 95%. Es bosque tropical húmedo con alturas máximas de 2,500 m.s.n.m. en la cordillera del Cóndor y mínimas de 200 en las orillas de los ríos. Vive en este territorio los Awajún y los Wampís son etnias de la familia etnolingüística jíbara. Los Awajún cuentan con una población de cerca de 60,000 y los Wampis de unos 8,000. Otros grupos de esta familia son los Shiwiar y Achuar en el Perú y los Shuar y Achuar del Ecuador. En total son más de 150,000 y es uno de los grupos etnolingüísticos más numerosos de la Amazonía.³³

Este grupo étnico se va conformando en comunidades, algunas alejadas, otras en el mismo centro del distrito, caracterizándose por estar en contacto con personas de otras etnias, y mestizos provenientes de diferentes regiones del país.

Las familias antes vivían distanciadas de la sociedad, ahora van conformando comunidades, donde cada comunidad tienen a su dirigente o “Apu”. Mantienen una fuerte identidad étnica, la mayor parte de los niños hablan su lengua materna y el castellano.

La localidad en estudio, se ubica en el distrito Santa María de Nieva, llamada Juan Velazco Alvarado-JVA, una localidad céntrica, beneficiada por la presencia de instituciones como la Gerencia Sub regional Condorcanqui, instituciones educativas, mercado, tiendas comerciales, etc., y cuya carretera le permite progresivamente desarrollarse y tener más acceso a otras ciudades, esta comunidad no tiene “Apu”, pero sí un presidente de barrio, y otras organizaciones base.

Para llegar a ella, se parte con movilidad terrestre desde el distrito de Bagua Chica, en el trayecto del viaje, se observan muchas comunidades nativas, con rasgos propios que van desde las viviendas, vestimenta, y cualquier otra expresión de la naturaleza y los niños, hasta llegar después de 8 horas a la localidad presentada.

A su entrada se observa un hermoso paisaje lleno de vegetación, donde el transporte terrestre llega a su fin y comienza la navegación fluvial para llegar a las diferentes comunidades o distritos, siendo su atractivo turístico el llamado río Nieva, que atraviesa la ciudad en dos localidades: en JVA y Nieva centro.

Ya en la comunidad JVA, las viviendas están conformando calles, cada vez con más población tanto indígena cuanto mestiza. La mayoría de las viviendas ubicadas en el centro de la localidad son de material madera con calamina, y las que se ubican en la periferia, con superficie accidentada son de madera con hiarina, cuyas habitaciones son separadas con plásticos, poseen máximo 3 habitaciones por familia, siendo las principales la cocina, y un dormitorio con características peculiares de la zona.

Todas las viviendas no cuentan con agua potable, solo con agua entubada. Las viviendas de las familias en estudio no tienen desagüe, presentan letrinas para la eliminación de excretas. Sus viviendas son terrenos propios obtenidos por herencia familiar.

Cocinan a leña, presentan algunos utensilios, los más básicos (platos, cucharas, ollas, etc.), cocinan al intemperie, así como conviven juntos con los animales que crían (gallinas en su mayoría, patos, perros, gatos, etc). Consumen alimentos obtenidos por la cosecha de sus terrenos, no variando su menú, ya que consumen siempre la yuca, plátano, y frutas según temporadas variando desde la cocona, aguaje y papaya.

El resto de habitaciones están con maderas superpuestas o con plásticos, poseen piso de tierra, y rodeados de abundante vegetación frondosa, y en algunos casos de ríos y quebradas cerca a sus viviendas.

Descansan sobre muebles llamados “tarimas”, parecido a un catre de cama pero hecho de palos de madera, sobre el cual tienden un polar grueso y dormitan. Poseen máximo hasta 2 tarimas para el descanso de los miembros de la familia. Mayormente los bebés yacen su sueño en hamacas, o junto a los padres cuando son recién nacidos y lactantes menores.

Su forma de vestir ha cambiado, según informaciones de las personas de la zona, antes vestían con la vestimenta natural "Itip"; en cambio ahora las familias visten con prendas del Occidente, de licra, de algodón, faldas, polos, pantalones, y lo obtienen por regalo de personas, o lo compran gracias a la venta de sus productos agrícolas, o por ser beneficiario del "Programa Juntos" (Programa Gubernamental), del cual recibe S/.100.00 nuevos soles mensuales.

3.2 Descripción de las familias del estudio

En el presente trabajo, el investigador se situó en un lugar privilegiado, en el interior de las familias nativas que constituyen muestras representativas de su cultura, para ello se detalla a continuación una breve descripción de las características sociodemográficas-culturales de los informantes:

Actualmente las familias están compuestas por madre Awajun con padre mestizo, o viceversa, o entre otras culturas, tienen de 1 a 6 hijos, o asumen otros hijos como suyos, y conviven con un abuelo (a).

Con respecto a la edad de las madres, se pudo obtener que de las 7 familias entrevistadas, el 71% corresponden a edades entre 25 a 30 años, y el 29% madres con edades de 30 a 35 años, la mayoría de ellas mujeres en edad fértil con esposos de edades que fluctúan el 50% de 30 a 35 años, y que les llevan de 5 a 10 años de edad. La mayoría de las familias viven con la presencia de la suegra materna, otras familias viven cerca de la vivienda de los suegros, por tanto la crianza de los niños es visto ya sea por la madre y/o abuelos.

El estado civil de las madres, todas son convivientes de unos 8 a 10 años (71%) y el 29% más de 10 de años de convivencia. La mayoría de los esposos o convivientes (71%) son también de origen Awajun procedentes de la misma provincia de Condorcanqui, y el 29% personas son mestizos procedentes de la Provincia de Bagua.

El número de hijos varía, hay familias que tienen de 2 a 4 hijos (71%) y el 29% de 5 a 6 hijos, con un periodo intergenésico de hasta 2 años.

El nivel de instrucción de las madres en un 85% son con primaria incompleta, y un 14% son analfabetas.

Las madres en su totalidad no tienen empleo, se dedican exclusivamente a las tareas del hogar, y el mayor tiempo posible cuando sus hijos se encuentran en la escuela aprovecha en cosechar alimentos en sus chacras. Cada mujer casada tiene su propia chacra, las hijas solteras ayudan a su madre, pero cuando se casa hacen su propia chacra. El hombre gana un colaborador, su yerno, mientras la mujer pierda un colaborador, su hija.³⁴ Son los esposos que actualmente están trabajando como obreros en empresas de construcción, o como albañiles, o son llamados para trabajos pesados, considerando que estos oficios son eventuales.

En relación al lugar de residencia, 4 de las familias (57%) vivían en casas más cercanas al centro de la comunidad, y el resto de familias sus viviendas eran dispersas. Sus viviendas en la totalidad son de material rústico, con madera y hojas de palmera llamadas “hiarina”, casa de un solo compartimento divididos a veces por plásticos en 2 ambientes; el 43% solo posee un compartimento que cuyos lados laterales no están cubiertos por madera sino por plástico y el resto de espacio lo usan para su cocina con fogón a leña.

En sus dormitorios están en un ambiente separados por plástico, poseen sus llamadas tarimas, sus camas hechas de troncos delgados y tablas planas de madera, en la cual solo tienen una cubierta de polar para separarlos de la superficie de madera.

Las condiciones donde duerme el lactante es en su hamaca, en una esquina de la habitación, hecha de tela fuerte, cubierta con polar o sábanas.

Respecto al salario mínimo, las madres refieren que cuando sus esposos encuentran trabajos u oficios, estos son momentáneos obteniendo un salario de hasta 250 soles mensuales. En su totalidad las familias son consideradas en extrema pobreza, el 57% de ellas pertenecen al Programa Social Juntos del gobierno central, que les beneficia con S/.100.00 cien nuevos soles mensuales, por cumplir con algunos requisitos en cuanto a educación y salud.

Algunas familias de las comunidades Awajun, conviven en estrecho contacto con la naturaleza, otras en el mismo distrito junto a otras familias mestizas, sus viviendas en su mayoría son de quincha y hojas de árboles entrelazados como techo, algunos espacios cubiertos por maderas otros al intemperie.

Preparan sus alimentos con leña, descansan en tarimas, algunos con colchones delgados, otros, solo con frazada polar extendida, los lactantes duermen en sus hamacas cubierto por sábanas, su sala contiene bancas y mesas de madera, algunas repisas, objetos de plástico, piso de tierra, cuentan con animales domésticos: gallinas, gatos, perros y pavos. Se dedican en su mayoría a la agricultura, al cultivo de productos como yuca, plátano, chonta, y actualmente lo están comercializando, también cazan, pescan y recolectan para complementar su alimentación.

3.3 Temas culturales

Después del análisis temático según Spradley³⁰, de la observación participante, diario de campo y entrevista etnográfica, cuya finalidad fue profundizar en el análisis, interpretar y discutir los saberes y prácticas de cuidado cultural que brinda la familia al lactante menor en la comunidad Awajun - Amazonas. A continuación se presentan los resultados de la investigación caracterizados en temas y sub temas culturales:

A.Prácticas populares para satisfacer las necesidades básicas.

- ❖ Peculiaridades en la alimentación complementaria: plátano masticado, chapo, suri, yuca, chonta, lactancia materna y otros.
- ❖ Singularidades en el baño: en el hogar y en las quebradas.
- ❖ Vestimenta con ropa clásica, trapos y sin pañal.
- ❖ Descanso en hamaca y ritos para dormir.
- ❖ Afecto y acompañamiento: forma cultural de cargar

B.Uso de la naturaleza y juegos para mejorar e l crecimiento y desarrollo desde la participación familiar.

C.Creencias y costumbres para cuidar/sanar los síndromes culturales: cutipo, mal de ojo y susto.

- ❖ Uso de semillas y otros objetos culturales como protección cósmica.
- ❖ Uso de plantas folklóricas ante enfermedades o síndromes culturales.

D.Costumbres para cuidar/sanar las enfermedades prevalentes: uso de plantas medicinales, automedicación y asistencia al centro de salud.

A. Prácticas populares para satisfacer las necesidades básicas

El ser humano, donde quiera que se encuentre, siempre está inmerso y en relación dinámica con la cultura que lo rodea. Este es un poderoso legado que el ser humano ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea.¹⁴

Las culturas tienen formas de cuidados específicos, que son sabidos generalmente por los oriundos de la propia cultura. Como menciona Silva RL Da “el conocer los secretos de naturaleza y la forma en que las madres cuidan a sus niños, permite entender mejor que las diversas formas de secretos de la naturaleza tienen su modo peculiar de insertarse en la cuestión del cuidado”.⁷

Las prácticas populares y naturales para el cuidado del niño lactante menor muchas veces están relacionadas con las creencias y con sus necesidades de supervivencia, pero no se quiere pretender que actúan solo por ello, sino que cuidan de sus miembros dependiendo de la visión del mundo, de cómo ellos consideren su cuerpo, la salud, su vida, de los secretos que posee su naturaleza, su cultura que hacen que muestren formas de cuidado peculiares.

Al respecto y desde el enfoque cultural, las prácticas son actos guiados por creencias y valores, que varían considerablemente según los grupos sociales y los sistemas familiares, económicos y sociales. En términos generales pueden considerarse la manera cómo las personas afrontan y solucionan algunas necesidades.³⁵

Las prácticas de cuidado son constitutivos de su saber popular y se condiciona por su contexto, es decir las familias ven la manera de afrontar y solucionar fenómenos o realidades diversas para mantener su salud desde su perspectiva, desde su conocimiento primero o aprendido por las

experiencias y por el contacto diario con su dimensión cultural. Por tanto, para lograr mantener su salud, las familias generan prácticas populares partiendo desde satisfacer sus propias necesidades básicas con formas de cuidados específicos al lactante menor, como se denota a continuación en los siguientes sub tema:

❖ **Peculiaridades en la alimentación complementaria: plátano masticado, chapo, suri, yuca, chonta, lactancia materna y otros.**

La vida humana no podría darse sin el cuidado, y por tanto, si el ser humano no lo recibe desde que nace no podría vivir. Como fenómeno universal e histórico el cuidado, desde la era primitiva, ha estado presente en sus diferentes niveles de diversidad y complejidad en la cultura de todos los pueblos, por ello, el cuidado es esencial e inherente a la vida humana.³⁶

Los niños son las personas más vulnerables, las familias centran su atención, su cuidado de acuerdo a su cultura, así las familias de origen Awajun, mantienen ciertas peculiaridades en la alimentación complementaria que inician no sólo cuando el lactante cumpla los 6 meses de edad, sino cuando los cuidadores decidan darle por suponer que es lo mejor o guiados por otras creencias, este estudio demostró que el 71% de los lactantes menores, las madres han incorporado alimentos antes de los 3 meses de edad, y el 28% desde recién nacidos.

El lactante menor cuya etapa comprende de 6 a 11 meses, requiere de una buena nutrición, por ser una etapa de gran velocidad de crecimiento y en plena etapa de desarrollo. Al respecto dentro los alimentos brindados al lactante menor, son de la zona de selva como: el plátano, chapo, suri, yuca, chonta, la práctica de la lactancia materna y otros.

Se observó durante la investigación que las madres con frecuencia gustan darles de mamar y lo hacen a la hora que su bebé llora, ya sea en

diferentes posiciones, acostadas sobre su ‘tarima’ (lugar donde descansan, hecho a base de palos de madera como una cama tanto en su base como en su superficie, donde solo lo cubren de mantas gruesas, y no usan colchón) o sentadas en sus banquitas de troncos de madera (llamados en su cultura ‘kutag’), incluso cuando están caminando, haciendo sus tareas domésticas lo sostienen a sus bebés con ayuda de una manta, y el bebé continúa lactando, los lactantes en su mayoría pasan siempre pegados al seno de la madre.

“cuido a mi uchijim dándole de mamar mi seno”, “...y cuando le doy de mamar le hablo, le beso....yo, primero desde que se levanta, su leche, se pega, busca y toca mi seno”

Para las madres el primer alimento inmediato para satisfacer al lactante es la lactancia materna, considerando que esta práctica de cuidado es favorable para el desarrollo del lactante por los diferentes beneficios que investigaciones han manifestado. Entre los beneficios están disminución de enfermedades infecciosas y hospitalizaciones y reducción de la mortalidad hasta la niñez, además del efecto inmunológico de proteger de la ingestión de patógenos contenidos en la alimentación complementaria.³⁷

Por tanto, para las mujeres de la zona, la lactancia materna es el principal alimento en sus hijos lactantes, lo tienen al alcance, muy a diferencia de las madres cuya economía es más sustentable y por la cual gastan en la compra de otras leches; y se evidenció, si la madre no tenía leche, ingería líquidos como agua hervida, y masato (jugo de yuca hervida o masticada por las propias mujeres).

Este comportamiento obedece a un instinto natural de la madre hacia su hijo, integrándose en el rol de cuidadora que la especie humana ha ido formando desde los más remotos tiempos.⁸

Con respecto a la duración del amamantamiento, en Brasil, una investigación analizó solamente a las mujeres con hijos de más de 6 meses

de vida para identificar la relación con la lactancia exclusiva. De las 10 madres (25%) que tenían niños entre 6 y 11 meses de vida, 04 (10%) habían amamantado hasta el 6º mes de vida, porque no tenían vínculo laboral; las otras seis (15%) consiguieron amamantar hasta el 5º mes de vida, luego de lo cual introdujeron jugos de frutas y sopas de verduras en la alimentación.⁷

En relación con el presente estudio, las madres tienden a interrumpirles la lactancia antes del 6º mes de vida, e incluso desde que nace ya están alimentándolos con comidas primero masticados por ellos, para luego dárselos. Con esta práctica los profesionales de salud se encuentran a diario, las madres que tienen niños menores de 6 meses relatan que sus niños ya comen, y no les pasa nada, o no presentan ninguna alteración.

En el presente estudio, las madres con niños lactantes menores, también refieren lo siguiente:

“...también le doy de comer maduritos asados, yuca asada con pescadito en caldito” “...plátano de seda asadito, come lo que comemos nosotros también, yuca masticada, le pongo en su boquita y lo come..., come chonta con pescadito, patarashca con yuquita, masato también toma”...”caldo de majaz, caldo de boquichico”

A continuación se detalla la composición nutricional de los principales alimentos de la dieta básica en las familias Awajun: El plátano contiene 252 kcal, 130 ug de retinol (la preparación es ya sea asado a leña, o cocinado llamado “chapo”), la yuca asada contiene 183 kcal, 44.4 gr de carbohidratos y el aporte más evidente dentro de las vitaminas es la vita C, con 22.9 gr.³⁸ El masato (chicha de yuca) por cada 100 gramos contiene energía 37, calcio 11gr, vita C 4,2gr.³⁹

Según el requerimiento del lactante menor en cuanto a calorías son: 6-8 meses de 780 Kcal/día, y de 9-11m aumenta a 950 kcal/día. En cuanto

a proteínas 6-8 meses es 13,5g/día, y de 9-11m de 14,1 g/día. Los procesos de síntesis de proteínas son sensibles al déficit de energía. Dentro de vitaminas y minerales, necesita de vitamina C por día de 35gr, retinol 400gr, calcio 540mg, fósforo 360mg.⁴⁰

Estadísticas en la Amazonía rescatan que la pesca con un 44.8% representa la primera fuente de proteína para el consumo humano seguida por la caza 19.9%.⁴¹

Por consiguiente, la patarashca, plato típico de la zona a base de pescado el más comercial Boquichico o bocachico cocinado envuelto en hojas de “biihao” cuyo aporte es de 2.17% grasas, constituye un pescado magro de bajo contenido de grasas saturadas por contener 72.4% de humedad, además presenta un 100% de ácidos grasos poliinsaturados, resultando ser un pescado que ayuda a disminuir accidentes cerebro vasculares, de allí la importancia de su detección y cuantificación en los alimentos.⁴² Además, las concentraciones de hierro (2-6 mg/100g de filete), encontradas en bocachico son superiores a las de la carne de res y otras variedades incluyendo las aves; en consecuencia estas especies pueden ser utilizadas como sustitutos importantes de alimentos cárnicos para mejorar el aporte de hierro de alta biodisponibilidad.⁴³

La carne de monte para el consumo de la familia y por ende para el lactante menor varía según la caza, entre ellos se tiene: el sajino, majaz, venado. En investigaciones se ha encontrado que el contenido proteico del majaz, en general supera al reportado a las carnes de vacuno (76,4%), ovino (75,2%), conejo (79,6%), aunque es similar a la de alpaca (83%), llama (82%) y cuy (86%). El contenido graso hallado indican que estas son especies magras, así el majaz contiene 84,6 gr de proteínas, calcio 59mg, fósforo 1,92mg; el sajino presenta 85.6gr de proteínas, fósforo 1,61mg, calcio 64mg; el venado 87,6gr proteína, fósforo 2,18mg, calcio 65mg.⁴¹

Como se puede analizar, el lactante menor recibe en sus alimentos diarios y base, a la yuca, plátano, pescado, y otros alimentos que por su aporte alimenticio son benéficos para la salud; sin embargo, pese a los requerimientos nutricionales normales de los lactantes son altos en comparación a lo comúnmente brindado al lactante, no es el adecuado en cuanto a frecuencia que son al menos 5 comidas al día y cantidad de medio a un plato dependiendo de la edad, tampoco son brindados oportunamente, consumiendo hasta de 2 a 3 veces por día.

La incorporación de alimentos está influida por una serie de costumbres y creencias de la madre, de la abuela y de otras personas, además estos alimentos están asociados a lo económico y a lo brindado por la naturaleza. Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos desde la cosmovisión, lengua, religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), política (o ley), educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de una cultura en particular.⁴⁴

Al respecto, los cuidados en la alimentación están influenciados por contextos como la naturaleza, lo mágico-religioso, la educación que tienen sus cuidadores, así tenemos en dos de las familias, especialmente las abuelas mantenían la costumbre de hacer ciertos rituales por así llamarlos, para darse cuenta en qué momento el niño empieza a comer, refiriendo y haciendo lo siguiente:

“...que cuando el bebé está listo para recibir alimento, en un depósito juntamos agüita fría y le dan al bebé con su dedo índice y éste lo succiona, además cuando le vas dando vas diciendo, bebé todo esto es para que seas fuerte y las comidas no te hagan daño, después de eso ya pueden darle comidas, y esto lo debe de realizar siempre una persona adulta....”

Referente a ello, las madres de los niños, referían que las abuelas (ellas analfabetas) siempre han hecho este ritual para con sus hijos, no obstante, las demás familias con quien se convivió no lo realizaban, solo

esperaban darle de comer, cuando el bebé “pedía”, y podía ser antes de los 6 meses de edad.

“...mi bebé pide comer, cuando nos ve comer, lo viera como hace su boquita, piensa que le voy a dar, y grita si no le doy...”

Los ritos son parte de su expresión tradicional, no obstante, al analizar la fisiología normal del lactante menor, es una etapa que ya empiezan a introducir cualquier objeto a la boca, por tanto siempre está dispuesto a recibir todo lo brindado, desde el seno materno, hasta objetos que se usen para darle de comer. El lactante menor es alguien que va a estar al cuidado de otra persona y puede repercutir en su salud en caso del lactante menor de 6 meses, si la persona adulta incorpora alimentos antes de tiempo pudiendo alterar el estado nutricional del menor.

Con este análisis no se intenta dejar de lado el aspecto mágico-religioso, del deseo de las madres por el bienestar de los lactantes menores que ningún alimento le haga daño, al contrario, son signos de un vínculo afectivo de madre-hijo y los secretos de un cosmos.

Lool, Michaelsen, Myers, Haider, y Cohen en sus trabajos de investigación señalan que la introducción temprana de comida no significa ninguna ventaja para la posterior aceptación del niño a todos los alimentos, pero sí un riesgo para el estado nutricional del niño y que estas prácticas inadecuadas pueden ocasionar desnutrición en el niño.⁴⁴

En esta investigación los lactantes menores son niños que reciben sus controles de CRED; se comprobó que ninguno de ellos manifestaba en los indicadores de peso y talla algún grado de desnutrición, sin embargo cinco de los niños en su historial presentaban anemia leve, por consiguiente denota que la práctica de cuidados de incorporar alimentos antes de los 6 meses es una práctica que se debería de reestructurar oportunamente por los profesionales de enfermería, además se hace

necesario profundizar en investigaciones la relación de la anemia con este grupo etáreo.

Continuando con lo observado, la totalidad de las familias visitadas tienen mesa para la preparación de los alimentos, su fogón con base de leña y sus ollas de aluminio de diferente tamaño. Tres de las familias visitadas al momento de comer no usan la mesa ni sus bancas, se sientan en el suelo, a los bebés los ponen en sus faldas, ponen una hoja de plátano grande sobre el cual ponen los platos con comidas características como caldo de algún animal silvestre o doméstico (majaz, achuni, o gallina), o simplemente solo fideos con papas, huevos sancochados, yuca, plátano sancochado (o chapo), alimentos que consume tanto la familia cuanto el lactante menor.

Es común observar que las madres mastican la comida previamente antes de darle al lactante, por eso refieren que todo le dan masticado, con el uso de la mano, además de beber el caldo directo del plato, que según refieren es un buen alimento por contener la llamada “sustancia”, los lactantes menores se alimentan de la olla familiar, pudiendo ser su frecuencia de 2 a 3 veces al día, pues refieren que los niños botan las comidas, y prefieren darle más leche materna u otra bebida como el masato.

La selva donde habitan las familias, posee alimentos variados, pero cuya incorporación no es habitual, solo es por momentos, dependiendo de la cosecha, casería, y pesca, por tanto, al lactante no le preparan alimentos en olla separada con alimentos de acuerdo al requerimiento nutricional para su edad, debido a que las madres no conocen qué alimentos pueden mezclar, cuándo, ni cómo prepararlos.

Por tanto, junto con las madres, en un primer momento se reservó estos cuidados, y posteriormente gracias a la educación continua se pudo demostrar que con los alimentos que ellos tienen como gallina, huevos,

plátano maduro, fideos, aceite, frutas (papaya, piña, entre otros) en papillas, o en trozos de acuerdo a la edad, se puede brindar al lactante menor. Si bien estas demostraciones que fueron dos veces en cada familia, no se logra por completo la reestructuración de estas prácticas y saberes, se recomendará a los profesionales de enfermería de la zona continuar con lo señalado.

Así mismo, un estudio realizado por Michaelsen (citado por Landa RA.)⁴⁴ menciona que la mal nutrición en la infancia es muy común en países con bajo desarrollo, lo cual produce consecuencias funcionales graves, el padecimiento se incrementa dramáticamente de los seis a los dieciocho meses de edad y está relacionada con las prácticas culturales en la alimentación complementaria.

Las familias llevan a cabo elecciones diferentes a las familias de la costa, que compran productos en los supermercados; para las familias nativas la alimentación es producto del sembrío y cosecha, para las familias es lo más importante, se ajustan a ello, con el poco dinero que manejan en la venta de sus productos o no, pues se logra ver que se identifican fuertemente con su cultura, por ejemplo prefieren consumir mejor el masato que otra bebida, preferir el pescado de río que de la costa, pues se pegan a la tierra, caza y pesca, pues creen que eso es suficiente para la alimentación al lactante menor.

Por tanto, los alimentos consumidos son de su propia zona, de las cosechas que las madres mismas hacen de sus tierras, rescatando que cuando ellas se casan los abuelos le heredan tierras para que ella misma siembre, y coseche, por ello, en la cultura Awajun las mujeres dentro del rol familiar son quienes aportan el principal sustento alimenticio de la familia basado en el suministro diario de alimentos.³⁸

Los principales cultivos de la chacra durante el año son: la yuca (*Manihot sculenta*), el plátano (*Mussa paradisiaca*), camote, sachapapa

o kegke (*Dioscorea trida*, Fam. Dioscoreaceae, tubérculo comestible), pituca, maní, cacao y maíz; complementados por frutas como aguaje o achu (*Mauritia flexuosa*, Fam. Arecaceae), cocona o Kugkuk (*Solanum* sp. Familia Solanaceae), papaya, caña de azúcar y, pijuayo o uyai (*Guilielma gasipaes*, Fam. Arecaceae).³⁸

Además las madres otorgan otros alimentos: pescados el más común y económico el llamado “boquichico” obtenido mayormente por la pesca en ríos o piscigranjas, el majaz un animal de monte característico de la zona, y que lo obtienen por medio de la caza, siendo el esposo (varón o “aishman”) quien se encarga.

Así mismo, se observó en cuatro familias que además de la alimentación antes mencionada les daban a sus bebés otros alimentos propios de la zona:

“Le doy miel de abeja con papayita, con coco, y el aguaje...come chonta, el ‘tuntuam’ le doy mezclado con la sangre de majaz, todo eso contiene mucha vitamina... macambo’ (cacao del monte con pepas más grande), lo come, lo chupa el dulce no más, a veces le preparo en asadito, frito con huevo.”

Cabe resaltar que la alimentación que las madres brindan a sus hijos depende no solo de su preparación, sino de la cosecha, recolecta de los alimentos en sus tierras, ejemplo: el “Tuantuam” (*Iriartea deltoidea*, Fam. Arecaceae).³⁸ Es una palmera cuyo centro del tallo las familias lo consumen como chonta, y otras especies vegetales autóctonos que la madre logra traer a la mesa de su hogar.

El macambo (*Theobroma bicolor*) llamado en Awajun “*Wakam*” especie arbórea, cuyo fruto es comestible, y por cada 100 gr. brinda energía 177cal, proteínas 6,70gr, grasa total 9,20gr, glúcidos 21.50mg, calcio 19mg, Hierro 1.70mg, vitamina C 9.20mg. Además presenta 7,55mg/mL de actividad antioxidante. El macambo en comparación a las semillas de cacao, en cuanto a la concentración de polifenoles, el cacao tiene 12101,46

mg/100g y en la pulpa de macambo con 5738,81 mg/100g. Los polifenoles se ha demostrado que posee importante actividad antioxidante, el organismo humano no los produce y se les encuentra en plantas, frutas y diversas bebidas y representan componentes sustanciales de la parte no energética de la dieta humana.⁴⁵

El lugar donde siembran y cosechan los alimentos, se ubican a larga distancia, transportándose a pie de 1 a 3 horas, muchas veces saliendo con el lactante, y en compañía de otros de sus hijos para la ayuda respectiva. Para las actividades de abundante cosecha suelen realizarlo mayormente fines de semana. Los alimentos son traídos en una canasta hecha de sogas silvestres, usando el asa larga entrelazándolo por la frente y cabeza, y cuyo peso cae sobre sus espaldas, mientras que el lactante es cargado hacia adelante con ayuda de una manta (pareciese a madre canguro), llevando consigo además una hoja de plátano grande para protegerlo del sol.

Las familias cuando encuentran el llamado “suri” en medio de troncos del “aguaje” las madres los llevan para su consumo, lo comen vivo/crudo, frito o asado, especialmente lo guardan para la alimentación a sus hijos.

“Le doy de comer todo, como suri...a veces nos ve comer suri y a ella se le antoja, y para que no se le rompa su hiel, le doy suri, lo chupa no más, aunque es mejor, le damos para que no se enferme tanto del estómago, y para los bronquios”.

“Mi uchi come el suri, pero no le hago que coma la fibra,...porque cuando entra esa fibra (pellejito) del suri es que le hace dar diarrea...el Daich (madre del zuri) todavía no come, todavía no le doy, porque le hace picar los dientes”.

El “suri” (una larva de un coleóptero que vive en los troncos), es uno de los alimentos característicos de la zona, alimento que a todas las familias de la zona les atrae, según refieren por sus propiedades para prevenir enfermedades gastrointestinales y respiratorias.

Por tanto, la estrategia alimentaria Awajún, basada en plátano y yuca hace pensar que solamente son ricos en carbohidratos. Investigaciones han descubierto que, las raíces, granos, tubérculos y frutas superan o igualan en composición nutricional a otros alimentos. Sin embargo, un factor limitante, es que el efecto de la cantidad como mecanismo compensador de la calidad, no se aplica para los niños de etapas tempranas de 0 a 3 años, porque no pueden consumir en grandes cantidades para suplir sus demandas nutricionales como lo hacen los adultos. Por ello, las familias compensan esa deficiencia con la lactación materna prolongada y el consumo de “Suri” como fuente importante de proteína animal.³⁸

No es el propósito de la investigación hablar sobre la desnutrición que existe en este grupo etáreo, no obstante la alimentación que las madres les dan en cuanto valor o requerimiento nutricional es inadecuado, por ello, cabe resaltar que el profesional debe de volver a reorientar como lo refiere Leininger, junto con la madre los cuidados nutricionales para con sus hijos, y rescatar el valor nutricional de los alimentos de su zona, y proporcionarle adecuada y oportunamente a los lactantes menores.

Continuando con otra práctica de cuidado para la salud del niño, se tiene:

❖ Singularidades en el baño: en el hogar y en las quebradas

La higiene es necesaria para la salud y comodidad de los niños, y por tal motivo se les debe de bañar diariamente haciendo de esta actividad un momento agradable, y se debe tener en cuenta que el agua debe de estar a una temperatura adecuada.⁴⁶

Con respecto a la presente investigación, se observaron que las familias mantienen formas peculiares en la higiene del lactante menor, sobre todo en el baño, así tenemos:

“Yo lo cuido bañándolo, mi hijito todavía esta chiquito (6 meses), lo baño aquí en la casa, le gusta el agua,...a veces lo llevo a la quebrada cuando no está corrientosa, pero o baño embocando el agua, para que no sienta frio, le limpio sus orejitas, su carita...”

Algunas de las madres para bañar a su bebé, cargan en un depósito agua para el baño del niño dentro del hogar, el agua lo ‘embocan’ como ellos lo refieren, es decir, el agua lo entibian colocando un poco en la boca de la madre y le van mojando primero la cabeza hasta todo el cuerpo repitiendo lo mismo, mayormente ellas refieren que lo realizan cuando el bebé es más pequeñito, desde recién nacidos hasta 1 año, cuando empiezan a sentarse o pararse.

No se ha encontrado investigaciones de lo que representa esta práctica de cuidado. Sin embargo, la forma de cómo bañan las madres a sus hijos, representa no solo la higiene simple del niño, para la investigadora este hecho representa darle un sentido a esta práctica que no provoca daño al lactante, y tampoco se trata que este actuar represente desaseo (por el hecho que el agua entre en contacto con la boca de la madre), al contrario este acto representa cómo usa de sí (la madre) los medios para cuidar de su hijo, como si fuera un acto de purificación de la madre hacia el bebé, de un vínculo más que cósmico, es afectivo.

“A veces le baño a las 10 am. a veces juega en la tierra para que gatee, después de que está sucia le baño, allá a la quebrada le llevo”....cuando se orina le cambio, cuando hace su caquita diario pues le cambio, lo aseo... le limpio.”

Se observó que a los bebés de 8 meses a más edad, las madres los bañan en un pozo no profundo y le van echando agua, pero continúan entibiando el agua, con ayuda de su boca, otras veces lo llevan a la quebrada haciendo el mismo proceso. El baño de los lactantes siempre lo efectúa la madre, ella le enseña a nadar, muestran afecto a su niño, y el

baño constituye una forma de distracción y de más apego al lactante menor.

Si la familia vive en casas en las que no están cerca de una quebrada o río, el baño generalmente es en el interior de la casa, como ha sido el caso de 4 familias, pero si por el contrario las casas están cerca de pozos, o quebradas, las madres se bañan junto con sus bebés en contacto piel a piel cuyo tiempo es de máximo 5 minutos y las madres siempre buscan la hora adecuada de mucho calor para bañarlos como el medio día.

A veces la distancia de las quebradas o ríos hacia su casa es lejos, y el agua entubada no disponible a cualquier hora, son factores para que el baño no sea continuo, evidenciándose en algunos lactantes que no están bien aseados. Evidenciada tal práctica, la investigadora participa en el baño, y educa realizar la higiene diariamente por habitar en zona muy calurosa. Logrando para ello, fortalecer dicha práctica, no obstante, primero se tuvo que negociar los cuidados, buscando un encuentro entre lo que saben y el conocimiento científico, respetando sus costumbres de bañarlos con sus propios medios, formas y características, logrando a que el baño del lactante sea diario a temperatura adecuada, y sobre todo afectivo.

El baño diario como medida de higiene y con todas sus particularidades en esta cultura, es parte de satisfacer una necesidad básica del niño, también lo constituye el siguiente subtema.

❖ **Vestimenta con ropa clásica, trapos y sin pañal**

Según Medellín⁴⁶ la ropa con la cual se viste el niño debe ser de acuerdo con el clima, no en exceso, cómoda, holgada, de colores vivos, debe de ser fácil de poner y de quitar, además no necesita de zapatos antes de caminar, cuando ya empiece a caminar, podrá usar zapatos que sean suaves, que permitan el desarrollo de los músculos del pie.

Si se habla de la vestimenta representativa de la zona, antiguamente el vestido era elaborado de algodón cultivado y tejido en telares rústicos por los hombres. La vestimenta masculina consistía en una falda denominada “*itípak*”. Las mujeres llevaban un vestido de una sola pieza, el cual era atado sobre el hombro con una soga que se denomina “*buchák*”, y sujeto a la cintura por un cinturón.³⁴ Actualmente ninguna de estas ropas son comunes en la convivencia, por el incremento de negocios y comercios de ropa, utilizando mayormente ropa de tipo occidental o son obsequiados por otras personas.

Algo característico de los lactantes en las familias Awajun, es el cuidado para con su vestimenta, algunas de las familias visitadas, usan ropa clásica occidental, lo cubren con pañales de tela, algún pantalón más polo de material de algodón delgado; pero en la mayoría de las familias, las madres lo tienen a veces desnudo.

“Le cambio sus pañales y me lavo las manos,...yo le pongo no más su pañal, mucho calor hace”

“...lo envuelvo con este trapo grande, lo amarro a mi cuello y lo llevo a mi bebé, allí se abriga, ya no le pongo mucha ropa...además no tengo mucha ropa, algunas veces le compro, pero mi uchi mejor quiere estar así, solo con su trapito para cubrir sus partes.”

Las madres Awajun refieren que por el contacto día a día con sus hijos lactantes menores, percibe de sus hijos se sienten mejor sin ropa, algunas de ellas los mantienen desnudos, otras sólo con pañal que puede ser de telas o trapos y cuando se orinan van cambiándolos con otros trapos, éstas solo la lavan con agua, y la tienden para secarse, usan poco detergente o jabón, por factores económicos.

Esta práctica de cuidado resulta ser favorable para el lactante menor, su hábitat es una zona calurosa donde usar más prendas incrementa al aumento del calor corporal, esto sumado a que la piel del

lactante es delgada y suave, corre el riesgo de padecer enfermedades a la piel.

❖ **Descanso en hamaca y ritos para dormir**

La actividad física y el reposo son necesidades básicas que se relacionan entre ellas. El descanso del niño es importante porque le permite recuperar la energía para su bienestar y para el mantenimiento de la integridad de sus estructuras corporales y el crecimiento.⁴⁶

En el transcurrir de la convivencia y de las prácticas de cuidado de la madre para con el lactante, se observó que a diferencia de los otros miembros de la familia que dormían sobre sus tarimas, el lactante descansa sobre una hamaca; esto se evidencia en 5 familias, y es la madre quien le acondiciona el lugar, obtiene la hamaca si es que no la tuviera desde antes de nacer su hijo, y solo le pone frazadas o colchas para que el niño descanse.

“Mi hijita tiene su hamaquita, ella sólo duerme allí, la mezo, y duerme”.

“La pongo en la hamaca después de comer, se pone a jugar un rato, de tanto jugar se queda dormida allí a veces. ...ya cuando está calladita, le voy a verle, y la encuentro durmiendo, le dejo tapadita, y allí se queda”

Los lactantes yacen su descanso mayormente sobre hamacas, resulta ser fácil para mecerlo, y conciliar el sueño, y la madre está atenta al dormir de su hijo, y los cubre con mantas.

Medellín⁴⁶ afirma, que si a los lactantes menores se les proporciona los elementos necesarios, como una alcoba tibia, limpia, aireada, pueden desarrollar sus propios hábitos de dormir. Además un lactante pequeño dedica la mayor parte del tiempo al sueño. Durante los primeros meses duermen aproximadamente de 15 a 18 horas diarias, disminuyendo el número de horas de sueño a medida que aumenta en edad.

Es la madre, hasta la hija mayor quienes se encargan de condicionar el lugar para el dormir del lactante menor, los lactantes de 6 a 8 meses, y de 9 a 11 meses en las familias Awajun dormitan de 10 a 12 horas y 8 a 10 horas respectivamente. Por otro lado, el lugar donde dormitan suelen ser las hamacas, bien sujeta o fijada a los troncos más gruesos de la casa, con buenos cobertores gruesos, y encima sábanas delgadas, cuyos ángulos de la hamaca lo separan con pequeños troncos de madera entrelazados con sogas delgadas, estos constituyen buenos elementos para el descanso del lactante menor.

“...la hamaca es para su sueño de la mañana, ya en la noche duerme con nosotros y sólo lo envuelvo con sábanas, bien cubierta.”

“...le arreglo bien la hamaca, allí le acuesto para que duerma, y cuando está despierta le pongo en la cama, allí se queda echadita...”

Se evidencia que por las mañanas los bebés cuando están despiertos mayormente permanecen ya sea en la cama de su madre, o jugando en el suelo con bastantes cobertores de cama, hasta que se queden dormidos y de allí nuevamente lo posicionan en la hamaca. Por la noche los lactantes tienden a dormir temprano, junto con su madre cuando éste está recibiendo su lactancia materna, y cuando los bebés lloran mucho, la madre les canta en su idioma y tienden a rascarle la cabeza constantemente.

Por otro lado, el descanso del niño en dos familias, mantenían algunas singularidades para el acto de dormir de su hijo:

“No le permito llorar en la noche, porque el maligno le puede contestar, y si se despierta coge su cuerpito,...entonces cuando llora, lo que hago es acurrucarla así le vuelvo a dormir”

Cuando la investigadora acompañó a una madre a su chacra en el campo, la bebé se quedó dormida después de comer, y posteriormente cuando ya se disponía a retirarse la madre le dijo al bebé dormido:

“‘vamos’ (en voz alta), la madre sustentó lo siguiente: “...es para que se despierte, para que su alma no se quede en la chacra...es decir, su almita de la bebé cuando está durmiendo no está con ella, por eso yo digo en voz alta ‘vamos’, para que el almita se une a su cuerpo...y si no digo eso su almita se queda en la chacra, y luego en la casa va a estar llore y llore...”

Las disposiciones de la dormida son una parte integral de los sistemas completos de significados culturales. Darle una mirada transcultural a estas prácticas abre nuevas opciones para un potencial intercambio transcultural.⁴⁷

Para las familias indígenas, la selva está llena de almas incluyendo a los hombres, y de hombres transformados en árboles o en animales.¹⁷ Por esta razón, la cosmovisión de la humanidad y de la naturaleza, que tienen las madres influye también en el cuidado del niño, como un completo sistema de significados culturales.

Algunas investigaciones detallan que el dormir de un infante ya sea junto con sus padres o independientes como en otros países, se estima que son un factor de riesgo para su desarrollo.⁴⁸ Sin embargo las disposiciones de la dormida del infante dentro del aspecto cultural aún no es considerado.

En la cultura Awajun, el hacerlos dormir en una hamaca, es parte de su cultura y no es que las madres los dejan solos en el momento de la dormida, ya sea tarde, noche, día, ellas manifestaban estar pendientes de cuando llora para atenderlos. Además sus rituales para hacerlos dormir constituye parte de su entorno cultural, y el lugar donde duermen tienen un enfoque transcultural, ya que para ellas las características que guarda

esta hamaca, es el de mantenerlos acurrucados, abrigados, les hace parecer como si estuvieran en los brazos maternos, así lo explican:

“Lo hago dormir en la hamaca... éste es como un abrazo de mamá, allí mi uchi se siente protegido, cómodo, y está como si estuviera en la barriguita, acurrucado...y cuando el niño está asustado también la hamaca le protege.....le protegemos del murciélago...y del zancudo.”

El clima emocional del hogar puede afectar el desarrollo de la conducta del dormir mucho más que comer, donde hay ruido y muchas personas que hablan interfieren en éste propósito.

Así se muestra que el saber popular de las familias, denotan que el descanso en la hamaca además de ser una costumbre cultural, como instinto materno buscan el bienestar del niño, y de hacerles sentir que no se separan de ellos para nada, por ello, la hamaca es para las familias como si el bebé estuviera durmiendo en los brazos de la madre, además por sus características los puede defender de animales como murciélagos y zancudos.

A mi hijito le gusta dormir en la hamaca, se siente bien....además me deja hacer mis cosas...cuando ya se despierta corro a verlo. En la noche ya duerme de largo solito, junto a mi cama....”

“Cuando hay lluvia fuerte, relámpago, lo traigo junto a mí, estoy pendiente, se vaya a asustar.”

Lo observado en las familias, denota que las hamacas donde descansa el lactante menor siempre están al lado de donde duerme la madre, ella lo cuida, le da de mamar.

Medellin⁴⁶ afirma que la habitación del lactante menor debe de quedar cerca a la de los padres; si duerme en una cuna ésta también debe quedar al alcance de su vista.

Por otro lado, la familia realiza rituales para hacerlos dormir, además del relato, se evidenció en el campo lo siguiente:

“Yo para hacerlo dormir, le digo a mi hijo: “sabes bebito, vete donde se ha ido a tu papá”, mientras hacía dormir a su hijo, la madre interpretaba su ritual, manifestando: “yo le digo así para que quede bien dormidito, en sí su almita se va a buscar a su papá o lo va a acompañar donde esté, esto es cuando ya está durmiendo mientras su alma abandona su cuerpo descansa.....se lo manda su almita, esto le decimos cuando queremos que nuestros hijos nos dejen trabajar, y también para que descanse”

“Yo le digo a mi hijito cuando duerme: “anda busca a tu papá bebito, y su almita se va!, o también sucede a veces que su almita se encuentra con algún animal malo como el tigre, allí hay que tener cuidado hasta mi hijito puede dormir muy profundo y no despertar”

La familia del lactante conoce este ritual para hacerlo dormir, es empleado en todas las familias en estudio, las madres en especial manifiestan que una vez dormido el lactante menor, su alma se desprende o abandona su cuerpo, y al momento de hablarles lo hacen a su alma diciendo que se vaya a buscar a cualquier miembro de la familia que esté momentáneamente ausente, con el fin, que mientras más se demore su alma en buscar a dicha persona, más duerme el lactante.

Sin embargo, tanto el padre y los abuelos, que se encuentren realizando actividades como cosecha, pesca, casería, entre otros, lejos del hogar, en medio de la selva, las madres refieren que hay que tener cuidado, porque el alma del lactante menor cuando duermen puede encontrarse con animales como el tigre, o plantas “malas” (o aquellas generan cutipo como se detalla en los siguientes temas), que hagan que su hijo duerma profundamente, o no despierte.

Los rituales, en las comunidades Awajun, son considerados como una “expresión del conocimiento tradicional, y su puesta en práctica de ese saber mágico y religioso, el ritual es un procedimiento, por el cual se reproducen identidades tanto individuales, cuanto sociales”.⁴⁹

El uso de los rituales en el momento de hacer dormir al lactante menor, resalta cómo la madre involucra no solo sus creencias y

costumbres, sino también ese saber tradicional y mágico, que la involucra con el cosmos y que genera en el lactante menor la identificación con su cultura. Por ello, estos rituales no resultan ser dañinos para el niño, el conocimiento que la familia posee, y expresan que les genera bienestar, el no realizarlos, o no dejar que ellos efectúen esto como profesional de enfermería resultaría un desencuentro cultural.

❖ **Afecto y acompañamiento: forma cultural de cargar**

Medellín⁴⁶ sostiene que la relación de padres-hijos es una relación muy especial, no importa el medio en que se desarrolle, se mantiene mediante lazos afectivos extraordinariamente poderosos.

Por consiguiente, un ejemplo de práctica clásica y popular en la cultura Awajun como muestra de lazo afectivo entre la madre y el lactante menor es la forma de cargar a su hijo desde recién nacido hasta cuando empiezan a caminar, siempre en contacto al pecho de la madre, tipo “madre canguro”, y lo cargan con ayuda de una “manta” denominada en su idioma “Amayuntai”, en castellano ‘aparina’

La experiencia afectiva de los primeros años de vida, tiene una actuación definitiva en el desarrollo de la infancia. La primera y la más íntima relación del lactante con su madre sucede cuando es amamantado, genera beneficios psicológicos, debido a que la relación afectiva es más tierna y directa, así mismo, la seguridad que proporciona los brazos de los padres, el calor, la ternura, el timbre de voz, hacen que el lactante menor crezca sano.⁴⁶

El contacto que realiza la madre con el lactante menor, a través de la forma de cargarlo, en efecto, es una situación especial de conexión, de intercambio de emociones, sentimientos, y muestra de afecto, además de otros beneficios importantes como de protección de insectos, del frío, entre otros.

Greenfield P, Suzuki L.⁴⁸ en su investigación refiere: que “así como el papá oso, los padres de Asia y la América indígena para que sus bebés se duerman, los cargan y los amamantan. Esta práctica es parte de un patrón, puede funcionar debido a que se encaja con la fisiología infantil. Por ejemplo: un grupo Maya de Chiapas, México, los Zinacantecas, también amamantan, llevan consigo y cargan a sus niños muy frecuentemente”.

“Yo lo llevo así, porque siento que no se me va a caer, que lo abrazo más con todo su cuerpecito, y es más beneficioso para mí no me canso, y también puedo cargar otras cosas, y mi uchi no se lastima”.

Dada la forma característica de cargar consigo al lactante menor, las madres refieren que esto hace que el niño se sienta seguro, además el cómo los cargan, cerca del pecho de la madre con apoyo de la manta, la madre siente que es como si estuviera abrazando a su hijo, y de la misma manera le resulta más beneficioso a la madre para no cansarse mucho y poder llevar otras cosas, sin hacerle daño a su hijo. El vínculo de apego es más fuerte entre ellos, y la manera de hacerlo no solo denota que es propio de su cultura sino de su saber popular que de manera directa beneficia el desarrollo normal del lactante menor.

Al respecto Restak (citado por Greenfield P.)⁴⁸ refiere que “desde una perspectiva neurológica en su investigación muestra que “cargar y llevar consigo a los infantes resulta ser uno de los más importantes factores responsables del normal desarrollo, mental y social del infante”. Anisfed, Casper, Nozyce, y Cunningham en 1990 probaron experimentalmente si llevar consigo al infante de manera continua, afectará o no la seguridad del apego usando unos instrumentos en los sostenedores de las madres. Después de usar el sostenedor infantil por un promedio de 8.5 meses el grupo experimental mostró una tasa mucho más alta de apego infantil seguro con un 83%, demostrando que el desarrollo

de la independencia con frecuencia puede ser aplicada demasiado temprano, al costo de un apego seguro.

“Le tengo cargada, y con eso no llora mucho, mi mamá cuando viene a veces me lo tiene en sus brazos con ella, o sino con la manta”.

Pocas veces se observa que las madres dejan a sus bebés solos, ellos lloran cuando la madre se aleja, y solo se dejan cargar por personas conocidas, y refieren que no los dejan porque “sufren”, y siempre están cargándolos pegados a su pecho para realizar sus cosas domésticas, o cuando se van a la chacra u otros quehaceres, esto es característico de un vínculo de apego que hace a ellos una sola persona, es decir madre-hijo.

Bowly (citado en Greenfield P)⁴⁸ define el apego como ‘vínculo que une’ al niño con su primer cuidador, y de los comportamientos de apego como “aquellos comportamientos que permiten al infante buscar y mantener la proximidad con su primera figura de apego”.

“La cargo allí, y no dejo mucho que agarre o se meta cosas en la boca...” “Sí jugamos, lo tengo cargado, le hablo, le canto, ella también me habla.”

En su dialecto la “Amayuntai”, es la manta que usan las madres para posicionarlos a sus bebés, entrelazándolo por espalda, pecho, terminando en un lado del hombro con un nudo, lo usan para mantener a sus hijos en posición semisentado junto al pecho de la madre, tal es así, que gracias a la forma y manera de cómo lo cargan, al contacto piel a piel, y otras muestras de afecto ayudan al desarrollo del lactante.

Esta práctica de cuidado denota que el cargar y llevar consigo al lactante, constituye parte de su identidad cultural, son parte de su herencia ancestral.⁴⁸

Con respecto a las expresiones de cariño, afecto, no son vistos con frecuencia en las familias nativas, ya que es parte de su intimidad, y se sienten avergonzados cuando se les habla de esas prácticas, se sonríen y

no prefieren profundizar mucho en las entrevistas, no obstante, en la observación se logra aclarar que los miembros de las familias, como los padres muestran su cariño y afecto dentro del hogar jugando con ellos, los abrazan, etc.

La construcción de este vínculo se realiza en el contacto cuerpo a cuerpo, a través del olfato, de la textura, suavidad de los gestos, mecimientos, mirada, arrullo, sonrisa, sonido de voz, y por tanto la presencia del otro va otorgando sentido y significación a la sensorialidad y a la motricidad del niño.¹⁸

Esta cercanía de madre-hijo, o “metas parentales” como llama Greenfield P⁴⁸ lo ve como una “extensión de sí misma”, esta cercanía podría llevar a un mayor impacto y resistencia cuando los infantes son separados de sus madres.

Así se observó que la mayoría de los lactantes ante la presencia de un extraño muestra acciones de rechazo ante las personas desconocidas, se angustian, lloran, no desea que se les acerque, y prefieren estar mamando, no obstante, algunas madres cuyas actitudes son alegres, sonrientes, sus hijos son también alegres, y el acercamiento es de más confianza, por tanto las metas parentales muestran que tal y cómo es el cuidador, el niño es muestra y extensión de ella misma, con sus actitudes, valores, etc.

Greenfield P.⁴⁸ sostiene y fundamenta que los comportamientos madre-infante están profundamente enraizados en un sistema cultural de valores. Por tanto, uno no debe juzgar tan rápido los comportamientos de apego que nos pueden parecer que los niños estén inseguros.

“Cuando la llevo así con el amayuntai, siento que ella me acompaña, pues le converso,..., le digo que lo quiero bastante, él mucho conversa...a veces le entiendo... y cuando le hablo en idioma sí me entiende, a su papá también le entiende (su papá habla castellano).”

El apego que fortalece el vínculo madre-lactante menor, como se mencionó anteriormente ayuda al desarrollo del niño, pero también las estrategias de comunicación usadas por los padres, hijos o abuelos fortalece también su desarrollo. Es decir, los estilos de comunicación pueden ser utilizados para socializar a los niños, y ayuda a la inteligencia como para lo social.⁴⁸

Resulta importante este conocimiento y práctica de cuidado tradicional de la forma cultural de llevar o cargar consigo al lactante menor, es una práctica de cuidado favorable para el niño, y gracias a los resultados que se ha obtenido por las investigaciones, como profesional de enfermería se debería de socializar, fortalecer y recomendar como ejemplo hacia otras culturas occidentales.

Por otro lado, principalmente los cuidados que tienen que ver con la vida diaria, los alimentos, el cuerpo sano, el baño, la vestimenta, todo lo relacionado con la satisfacción de las necesidades básicas del lactante, se acomodan al rol de la cuidadora mujer, como figura simbólica en armonía con la naturaleza y cultura Awajun.

Es la mujer, quien se encarga del hogar y su propio cuidado, lo que le permite aprender de su propia experiencia, iniciarse en el conocimiento empírico en su hábitat y proveerse autocuidado de forma innata, práctica que realiza para mantener su propia vida, salud y bienestar basado en los conocimientos que posee.⁸

Es en esta cultura que la imagen de la mujer-madre y/o abuela está directamente envuelta en el cuidado de los niños, de su salud, en la continuidad de sus cuidados, en el día a día, tanto en las necesidades básicas como en todo lo relacionado con la salud y bienestar de los niños. Estas prácticas de cuidado para con sus lactantes es parte del cuidar

cotidiano, la mujer se encarga de diferentes microespacios que va desde el propio, hacia los demás.⁵⁰

El cuidar cotidiano que no es objeto de la investigación, pero cuyas prácticas y saberes constituyen parte de ellos, es preciso sustraerlo en este apartado ya que ayuda a entender que el cuidar cotidiano como conjunto de acciones de cuidar de la salud, busca obtener mejores condiciones de vida.⁵¹

Este cuidado de la salud va desde el cuidado de la alimentación, vestido, descanso, higiene, cuidado en las enfermedades populares, del uso de objetos para su protección, etc., de la persona más vulnerable, el lactante menor, con todo lo mencionado, se pasa a analizar el siguiente tema cultural.

B. Uso de la naturaleza y juegos para mejorar el crecimiento y desarrollo desde la participación familiar

Los saberes que poseen las familias lo han obtenido a través de sus experiencias, lo aprovechan para cuidar de la salud de sus miembros, otras veces no se da cuenta cuando, ni cómo lo usa. En este tema cultural, las familias hacen uso de lo que conocen transformándose estas experiencias en una creencia cultural, ya que estas prácticas de cuidado lo han experimentado de familia a familia, por generaciones, y les ha dado buenos resultados.

Antes de explicar las costumbres y creencias que se evidenció en el campo, primero se expondrá lo que respecta al lactante menor, familia, crecimiento y desarrollo, para posteriormente comprender cómo en la cultura donde se desarrollan estos saberes, las familias mantienen prácticas de cuidados en favor del lactante menor.

El lactante menor es considerado a la persona cuya etapa de vida comprende desde un mes hasta antes del año de edad, en pleno desarrollo de sus potencialidades. El niño desde el nacimiento es capaz de iniciativas, pleno de emociones, de sensaciones, de pensamientos lógicos a su nivel, competente para establecer vínculos, que vive intensamente.¹⁸

El lactante aprende de las personas que lo rodea, especialmente en vínculo permanente con la familia. La familia es un organismo vivo complejo, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio el cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, cultural, y socialmente. Así mismo, la familia es un grupo de personas con un conjunto especial de relaciones entre ellas, y según este marco las relaciones puede ser varias, aquí se menciona algunos, como: Tipo estructural definidas por las características de roles de padre, madre e hijos. De límites internos intergeneracionales, donde se participan los abuelos-padres-hijos y de dinámica con el medio.¹⁵

Las familias de origen Awajun las constituyen un grupo de personas que se unen formando comunidades nativas, interactuando entre ellos dentro del marco de su cultura, rol, valores, comunicación, creencias, costumbres, y prácticas de cuidado. Mayormente son familias extensas de tipo intergeneracional, ya que son los suegros y/o abuelos los que habitan en la misma familia o conviven cerca de ella, participan también del cuidado de sus miembros, como roles que le son propios, se encargan también de cubrir las necesidades básicas, mediante la cosecha, recolecta, pesca, entre otros; participan en el cuidado ante enfermedades tradicionales y comunes en los lactantes menores con sus conocimientos y costumbres.

Al respecto, los roles se basan en prescripciones que los individuos harán a fin de cumplir sus propias expectativas o de otros a cerca de él, y que su cultura lo nomina o define. De acuerdo con esto, Nye (1976) ha identificado ocho roles básicos que toma las posiciones sociales esposo-padre y esposa-madre: Rol proveedor (dar), de ama de casa, rol de cuidador de los hijos, de socialización de los hijos, recreacional, de relación, y si la familia es extensa todos sus miembros comparten las responsabilidades.¹⁵

Es importante destacar que en la cultura Awajun, la imagen de la mujer se convierte en un punto o eje primordial no solo para la manutención de sus hijos, sino es la responsable directa de su cuidado, mientras que el varón solo se dedica al trabajo forzado, y cabe destacar que los roles que ejerce cada uno ya viene constituido por su cultura de generación en generación.

De acuerdo a lo mencionado, Gomes citado por Barrere V⁵² señala que la familia transmite a las generaciones futuras patrones de comportamiento, hábitos, costumbres, valores, actitudes y un lenguaje de patrones, formas de pensar.

Siles citado por Mejía L⁵³ por su parte afirma que, este rol viene desde la prehistoria y se dirige a la mujer como la especialista en cuidados domésticos y son ellas quienes realizan cuidados populares para mantener la salud de los integrantes de la familia. En estos cuidados populares predomina la ayuda intergeneracional y se fortalece a través de la experiencia. Por ejemplo: en Brasil, un estudio cualitativo reportó que después de salir del hospital, las madres y las abuelas realizan cuidados populares a la persona que necesita cuidados, y otros estudios muestran que la familia juega un papel importante entre la salud y la enfermedad,

protege y lucha por recuperar y mantener la salud de sus miembros según su cosmovisión.

Las prácticas de cuidado cultural como rol de la familia, están orientadas al lactante menor pues es la persona más vulnerable por ser pequeña y de gran cuidado, por ello, es asunto a tratar a continuación.

Los lactantes son personas pequeñas fuertemente dependientes, inevitablemente se encuentra en interacción con un medio que lo anida, y que le va a facilitar u obstaculizar el ejercicio pleno de sus potencialidades, y la serie de transformaciones sucesivas que constituyen su proceso singular, original, de crecimiento y de desarrollo como individuo, como sujeto histórico y cultural.¹⁸

Para la investigadora, el lactante menor es un ser humano que constituye el presente y el futuro, y por tal, la responsabilidad de la familia de velar por su cuidado, sus derechos, y de facilitar todas sus potencialidades.

Hablar de potencialidades, es mencionar su crecimiento y desarrollo del lactante menor, que no sólo se delimita a estándares de crecimiento, en el aumento de la masa muscular o lo cuantificable, sino que además, implica un complejo proceso de organización, de especialización progresiva de todas sus funciones, de su desarrollo integral.

Ya la ciencia ha demostrado cuáles son las necesidades esenciales para el crecimiento y la maduración de un niño, cuáles son sus períodos críticos, sensibles, y qué condiciones materiales, afectivas, culturales y sociales son imprescindibles para que todas las potencialidades se expresen. Este complejo proceso de crecimiento, maduración y desarrollo se produce por la interrelación dialéctica de factores o ejes estructurantes

que, operando como “Organizadores”, facilitan, ordenan u obstaculizan las interacciones del sujeto.¹⁸

Así tenemos, que durante la convivencia con las familias, sus integrantes colaboran no solo en el crecimiento del lactante menor, sino también en su desarrollo y estimulación, junto con sus creencias, costumbres, y saberes populares:

“...yo le di chichara en la boca a todas mis hijas... esa chicharra verde y con rayas verdes hermosas,...le pones un ratito en boca no más, como que vas jugando jugando, eso me enseñó mi mamá...”

La familia en la cultura Awajun dentro de su rol cuidador, referían que usan la chicharra, no la comen, solo hacen contacto por momentos al animal con la boca del lactante menor, lo realizan mayormente entre los ocho meses a un año edad. Esta práctica según su creencia tradicional ha dado resultado a posterior, ya que sus hijos ahora mayores de 2 años ya hablan no solo el castellano, sino también el Awajun y son niños muy habladores.

Relacionado a este aspecto, una investigación realizada en Brasil, concluyó que, “las diversas formas de creencias y “secretos de naturaleza” aplicados por las madres en el cuidado de sus hijos, tienen maneras peculiares de comportamiento, que son conocidos por los integrantes de la propia cultura, en este caso por las madres...”.⁷

El Perú por ser un país multiétnico, con culturas diferentes, yacen cuidados específicos para la protección de sus miembros, por ejemplo, en la cultura Awajun los nativos de la zona conocen y le son propios sus saberes, creencias, costumbres para cuidar, que se han transmitido de familia a familia, tal es el caso, que estos secretos, como le llaman así los oriundos de la zona, utilizan parte de la naturaleza, para su crianza, manutención, y hasta lo usan para lograr el desarrollo en el área lenguaje y

motora de sus hijos en crecimiento, usando como se detalla un insecto llamado “chicharra”, entre otros.

“Yo le puse chicharra a este mi bebito, a todos mis hijos le he puesto...yo agarro a la chicharra de una alita y la otra alita lo mueve rápido, suena y suena, y así le voy topando a su boquita de mi hijito, como dando besito.”

En la convivencia con las madres, ellas hacían referencia que el sonido que emite el insecto por el aleteo constante de su ala, lo relacionan con la lengua de sus hijos, ya que a medida que el ala de la chicharra se mueva más rápido empezarán a hablar sus hijos, y comprenderán tanto su idioma cuanto otras lenguas.

Por tanto, las prácticas naturales que realizan las familias para el cuidado de su salud muchas veces están relacionadas con las creencias populares y a las necesidades de supervivencia de un pueblo, se dejan influir ya que estas prácticas funcionaron en su tiempo, y resultó ser una buena experiencia, volcándolo en las familias actuales.⁷

“...para que hable rápido le hemos dado ‘EEP’, es un secreto de nuestras mamás, lo pongo en patarashka, lo comen todito”.

Es la persona mayor o la madre quien brinda estos alimentos nativos de la zona, pues poseen la creencia que su uso es para lograr el desarrollo del lenguaje, tal es el caso que todas las familias observadas, realizan o han realizado esta práctica de cuidado (del uso de la chicharra, y el EEP-planta comestible) cuando sus hijos han tenido entre 6 a 8 meses, y lo continúan empleando ya que les dieron buenos resultados.

Según Medellín⁴⁶ de los 4 a 6 meses empieza en el lactante una etapa llama fase de balbuceo, emite muchos sonidos, incluyendo muchos que no se dan en el idioma que el lactante oye. Ya durante el segundo semestre de vida del niño, etapa de lactante menor, éste comienza a ser más consciente de los sonidos que le rodean y repite de forma accidental los sonidos y sílabas que escucha (fase de lalación o imitación perfecta).

Aproximadamente a los nueve o diez meses parece imitar en forma más consciente los sonidos emitidos por otra persona adquiriendo un repertorio de sonidos básicos (fase de escolalía o imitación de los sonidos de otros).

El saber de las familias para el empleo de la naturaleza en el desarrollo del lenguaje está constituido por las experiencias pasadas con sus otros hijos y conocen popularmente en qué momento ponerlos en práctica. Así mismo, cabe rescatar que científicamente se ha comprobado que a estas edades los lactantes empiezan a emitir verbalmente más sonidos, demostrándole a la madre un signo para usar estas prácticas, además de las experiencias que han tenido en el entorno con otros niños.

“...la gente de antes también lo usaba, y ya nos contaban que con la chicharra, y darle el EEP los niños hablaban rápido, y sí pues!, hablan clarito...mis hijitas las mayorcitas, ellas ya estaban hablando clarito antes del año, y comprenden el Awajun y el castellano”.

Para detallar las cosas peculiares que usan: El EEP es una planta que pertenece a la Familia Araceae, especie herbácea que se consume como verdura.³⁸ Ésta planta junto con la patarasha, (plato típico de la zona Awajun, que consiste en cocinar especialmente el pescado en “hojas de bijao” directo al fuego) le brindan a sus hijos, no solo porque es un buen alimento, sino por la creencia y costumbre de desarrollar el área de lenguaje.

“Para que hable rápido le damos EEP, (EEP, es verdura, es como la lechuga, que contiene mucho hierro, es para el crecimiento para el niño y las gestantes) a los bebitos para que hable rápido,...cuando me voy a la chacra, le cocino el EEP en patarashka, se le da de comer, eso le doy para que hable rápido, además para que sea fuerte”

Cabría detallar que con respecto a la planta llamada EEP, no se ha encontrado investigaciones respecto a su valor nutritivo, de allí, su importancia de profundizar en investigaciones para fortalecer la alimentación del lactante menor.

La estimulación que los padres otorgan al niño en el hogar influye en su desarrollo mental y motor durante los primeros años, así como las familias favorecen el desarrollo del lenguaje en sus hijos por medio del uso de sus saberes populares también la motricidad se favorece cuando se incrementa la interacción materno-infantil.⁵⁴

Por ejemplo: las madres y/o abuelas de familias de origen Awajun estimulan al niño en el área motora:

“Mi mamá una vez, le había calentado su rodilla...tipo frotación con el cogoyo de la piña de ese jugueto que bota del cogoyo y con eso le fue aplicando, lo frota, y así le fue aplicando, esto acostumbramos a ponerle para que camine rápido...” “...le ponemos a la edad a que se empiezan a poner fuertes sus piernitas, como a los 9 o 10 meses, que ya quieren caminar, ya no quieren estar en mis brazos, se tira al suelo por caminar...”

“Yo le puse para que camine rápido a su edad, y no se atrase, el cogoyo de piña, pero también de la hoja de guayaba, su cogoyo,...y le voy frotando, frotando en sus pies, y al frotarle le digo “camina hijo” camina hijo“

Osorio⁵⁴ sostiene que dentro de los componentes de la motricidad gruesa, el efecto positivo de la estimulación en el hogar y de la respuesta emocional y verbal de la madre es principalmente significativo sobre la locomoción, y en cuanto a la motricidad fina también mejora de manera significativa el agarre y la integración visomotora.

Para la investigadora los saberes que las madres poseen también son significativos en el momento de volcarlos en la práctica, y si para la familia hacerle esos cuidados culturales con el uso de plantas y animales es bueno para el desarrollo del lactante menor, genera en ellos bienestar familiar y si no lo realizan crea en ellos insatisfacción, o mal augurio. Además, esta práctica de cuidado no pone en riesgo la vida del lactante, por el contrario, de manera indirecta hace que participe tanto la madre, abuela, hijos, y padre (aunque el padre para estas prácticas de cuidado lo

delimita solo a las mujeres), y crea en el niño un efecto positivo emocional y verbal que le ayudará a su desarrollo.

Los lactantes de origen Awajun son criados en un ambiente de naturaleza, donde tienen espacios más amplios para poder gatear, dar sus primeros pasos, caminar, que en compañía de sus demás hermanos, juega, comen frutas recogidas por los otros, juegan con los animales domésticos, y todo tipo de expresión natural, sol, lluvia, etc.

Cabe resaltar, que la especialización de todas sus funciones objetivas y subjetivas del niño, se produce progresivamente siempre interrelacionado con su contexto cultural, operando como Organizadores, que así como ordenan, facilitan su desarrollo, también pueden obstaculizar las interacciones entre cuidador y niño.¹⁸

Para sustentar el desarrollo motor desde las prácticas que realizan las madres, se menciona dentro de los organizadores que estructuran el complejo proceso de crecimiento y desarrollo del niño, a la seguridad postural.

Este organizador propuesto por Chokler¹⁸ ocurre cuando el cuerpo del niño encuentra el equilibrio tanto más estable cuanto mayor es la base de sustentación y más cerca se encuentra su centro de gravedad, es decir este equilibrio lo logra el niño hasta los dos años de vida, pasando de la horizontalidad a la verticalidad. Por ejemplo: el lactante a los 6 meses por su propia maduración logran girar de costado, hacia un lado y otro, hasta colocarse boca abajo, posteriormente adquiere la postura semisentada acodada, a semisentada con una mano, para luego sentarse absolutamente solo; ya a los 10 meses se arrodillan, se ponen de pie en sus primeros intentos.

Al respecto, a esta edad es cuando los niños empiezan a tener más resistencia en brazos y piernas, y de acuerdo al saber común de las madres pues conocen que está preparado para caminar. En la cultura Awajun, las madres esperan de 9 a 11 meses de edad en la que alcanzan un mejor desarrollo postural, para tener prácticas de cuidado peculiares como se ha mencionado en sus entrevistas.

Otras prácticas de cuidado importantes dentro del crecimiento y desarrollo del lactante menor y que están inmersas en los saberes populares de las madres, que independientemente sean o no analfabetas, cuidan de sus hijos con expresiones de afecto, juegan con ellos mostrándoles cariño, mantienen espacios de vínculo madre-hijo y cuya práctica de cuidado favorece al lactante.

“Le canto una canción,...ella aplaude, hace que baila, cuando está sentada mueve sus brazos, hace palmas y...de allí a veces le agarro sus dedos así contándole números....agarra un cuaderno, dice ‘tee’ como si me dijera lee lee...”

“...jugamos en la mañanita, le hago cosquillas y converso y ella también me conversa con agu, agu ...ella entiende...el Awajun entiende...”

El juego es una actividad inherente del ser humano, es la primera y la principal actividad por la que nos comunicamos con los demás, observamos y exploramos la realidad que nos rodea, establecemos relaciones con los objetos, es el medio por el que comprenden cómo es el mundo y se integran en él.⁵⁵

Como profesional de enfermería, resulta trascendental mantener estas prácticas de cuidado favorables para los lactantes menores, ellos son criados en un ambiente de naturaleza, y la entrega de afecto, cariño, en momentos de juego y recreación fortalece el desarrollo infantil, pues constituyen factores favorecedores de su desarrollo continuo y normal.

Pérez⁵⁵ menciona que la infancia es el periodo de mayor crecimiento y desarrollo, jugando desarrollan sus aptitudes físicas, su inteligencia emocional, su creatividad, su imaginación, su capacidad intelectual, sus habilidades sociales, afianzan su personalidad, se transmite valores culturales, normas de conducta y al tiempo que desarrollan todo eso, disfrutan y se entretienen.

“La hago jugar, haciéndola bailar, haciéndole cosquillas, ella se vacila, se ríe, le beso por sus orejitas, en la barriguita, le converso,... su hermano también le chochea, allí está que se ríe, que hablaaa...yo le canto, le digo mi bebe preciosa”

La familia es el primer contexto natural de juego y tiene para el niño un valor extraordinario e insustituible. Es la que fomenta y anima a los/as niños/as al juego y a la utilización de objetos diversos con el fin de entretener.⁵⁵

Así mismo, el juego constituye un espacio de conexión de interrelación entre padres-hijos-hermanos, el momento de compartir que resulta gratificante. Culturas como esta resulta importante develar y profundizar aún más, los niños se crían en y con la naturaleza, y algunas familias usan parte de esa naturaleza para realizar juguetes y otorgarle a sus niños, sin embargo en la actualidad por presencia de otras familias con culturas diferentes traen al comercio ventas de juguetes occidentales, perdiendo incluso el uso, y la participación de los padres en la fabricación de los juguetes tradicionales.

“Mi uchi no tiene muchos juguetes de aquí, éste juguete le hice (se evidencia una botella de plástico con semillas naturales de varios colores adentro), y es como su sonaja”.

“Más antes mi papá (abuelo del lactante) nos traía juguetes de la zona, algunos que recuerdo de madera, una canoa, una canasta chiquita, semillas, varios”, “ahora su papá de mi bebida, le compra de aquí del mercado, muñecas, sonajas, a mi otro hijo su pelota, no mucho también...”

El juguete es, por tanto, “uno de los primeros modos de relación del ser humano con los objetos, es cualquier objeto o material que el niño utiliza en sus juegos, por ejemplo: un palo, una hoja, una caja, una botella...”, además ofrece a los/as niños/as valores, costumbres y tradiciones culturales, todos los juguetes son educativos, sobre todo llevan a cabo un proceso dinámico de desarrollo.⁵⁵

Como se evidenció en las familias, ya en la actualidad muy pocas guardan o realizan juguetes en base de lo que tienen, esta minoría años atrás denotaban hacer juguetes que mostraban y mantenían su cultura, su identificación con ella, y lo transmitían a sus descendientes. No obstante, el total de las familias está dejando de lado este valor agregado en los juguetes que es su transmisión cultural.

Por ello, ya en la actualidad, muchos de esos juegos tradicionales, están corriendo el riesgo de quedar en el olvido, a causa del proceso de transculturización, concebida como el “transporte de elementos culturales de una sociedad a otra”.⁵⁶

Relacionándolo con lo postulado por Leininger, conocer, descubrir los saberes émic ayuda al profesional a mostrar interés por las prácticas de cuidados populares que le brindan las familias a los niños, con la finalidad de facilitar el acercamiento y evitar desencuentros culturales al momento de cuidarlos y descubrir formas de cuidado que sean coherentes con su cultura.

Por tanto en este tema cultural se ha logrado descubrir que los patrones de comportamiento, las formas de cuidar, tratar a los niños es en base a su propia cultura, las familias y especialmente las madres son quienes brindan cuidados populares de acuerdo a sus saberes intergeneracionales, y lo hacen con una única finalidad de cuidarlos,

siendo su instinto maternal, además sus cuidados que contribuyen al desarrollo del niño de manera continua y natural.

C. Creencias y costumbres para cuidar/sanar los síndromes culturales: cutipo, mal de ojo y susto

Estudios muestran que la familia juega un papel importante entre la salud y la enfermedad, así como protege y lucha por recuperar la salud de sus miembros según su cosmovisión, también lleva consigo ciertos factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno que en cualquier momento desencadenan o anuncian problemas de salud en sus integrantes.⁵³

Las familias Awajun están inmersas en su propia cultura, les condiciona a mantener ciertas costumbres en el cuidado al lactante menor, sobre todo de aquellas afecciones tradicionales que los aqueja y su repetir continuo de estas prácticas de cuidado conlleva a determinarse como creencias populares, porque funcionó en su tiempo en diferentes espacios familiares.

Ocampo (citado por Prieto B)³⁵ afirma que las creencias populares indican las actitudes de compromiso que mantienen los cuidadores ante determinados hechos concretos que se consideran dignos de una aceptación verdadera. Es decir, las prácticas que la familia brinda a los lactantes, esas creencias que mantienen, los saberes populares ante hechos como enfermedades populares son consideradas por ellos como dignas y verdaderas.

Las creencias crean una actitud mental que sirven de base a la acción voluntaria y lleva a los individuos a una actuación enérgica, su convicción en la veracidad de determinados hechos concretos que

colaboran en hacer supervivientes aquellas expresiones del pasado que se presentan como "creencias populares". Además Leininger plantea que los valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura particular guían los pensamientos, las decisiones y las acciones en formas de patrón y frecuentemente intergeneracionalmente.³⁵

El profesional de enfermería al conocer esta práctica de cuidado cultural, tal y como se entienden, implica emplearlos como base para brindar un cuidado enfermero. Es decir, se ha logrado entender, reconocer y además sostener esta práctica como favorable para el cuidado del lactante. Y como refiere Leininger en su modelo del sol naciente, que las personas no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno.²⁰

Es así que, la mayoría de las familias en estudio no conocen el significado real de algunas prácticas realizadas cuando el lactante está enfermo, sin embargo las realizan porque las madres, suegras, etc., con su convicción positiva y verdadera han logrado sanar/curar tales males. Para demostrarlo a continuación se denota que para proteger a los lactantes menores de los males del entorno, lo previenen utilizando diferentes amuletos o "contras", como se detalla en el siguiente subtema.

❖ Uso de semillas y otros objetos culturales como protección cósmica

Las familias y los pueblos indígenas han establecido una relación de respeto con su medio natural y han desarrollado técnicas y prácticas para usar los recursos naturales que les ofrece cada ecosistema.³⁴ A esto se

refiere que poseen un cuerpo acumulativo de conocimientos, prácticas y creencias transmitidas, esto último conocido como conocimiento ecológico tradicional-CET.³³

El cosmos es parte de la estructura del CET, ya que se relaciona con las visiones del mundo (cosmovisión) y los valores culturales, manifestándose en comportamiento humanos en armonía con la naturaleza y en valores culturales que dan sentido a la existencia humana.³³

Es necesario recalcar que en la cultura Awajun, los tres seres poderosos de la cosmovisión son: el espíritu de la tierra “Nugkui”, el espíritu del bosque “Etsa” y el espíritu del agua “Tsugki”, que proporcionan puntos de referencia que ordenan y organizan diversas patrones significativos.

En este apartado cabe rescatar el mito Nugkuig, que dentro de su cosmografía, “la tierra”, las familias hacen uso de su horticultura, de sus semillas, plantas, para cuidar a sus miembros, especialmente a los lactantes por ser más vulnerables, que dentro de su cosmovisión ayudará a salvarlo de energías negativas procedentes del ambiente o del desequilibrio entre cuerpo y naturaleza.³⁴

Por ejemplo, las familias de origen Awajun, tienen una presencia ideológica que subyace en su cultura, y se representa mediante el uso de objetos, como el uso de huairuros, semillas naturales de colores característicos: rojo y negro, estos lo encuentran cuando se dirigen a sus chacras, y los confeccionan en collares, pulseras, etc., para proteger a los lactantes de las malas vibras (energía negativa) de los adultos.

“A veces cuando tengo huairuro le pongo, para que le proteja de la gente, de sus vibras,”

El Huairuro es un árbol, su nombre científico *Ormosia coccinea*, es una especie botánica de la familia de las leguminosas que produce bellas semillas rojas con un punto negro que cubre un tercio de su superficie. Estas semillas del huayruro son de color rojo y negro (considerándose huayruro hembra a la semilla de color rojo y huayruro macho a la semilla de color rojo y negro). En muchos vestigios incas, se han encontrado numerosas semillas de huairuro formando parte de objetos como collares y brazaletes. En restos de la cultura Chachapoyas (en el noreste del Perú) se han encontrado igualmente estas semillas.⁵⁷

En las familias Awajun, usan estos huairuros para evitar una serie de patologías, enfermedades o padecimientos como el susto, el mal de ojo, etc. que son un ejemplo de los síndromes de filiación cultural. Arganis (2003) considera dentro de esta categoría (se refiere a los síndromes de filiación cultural) a aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de *eficacia simbólica* para lograr la recuperación del enfermo.⁵⁹

Cada cultura posee sus propias enfermedades llamadas comúnmente tradicionales, que según investigaciones científicas y antropológicas lo denominan *síndromes de filiación cultural*, que en la cultura Awajun son el “*Cutipo, mal de ojo, susto*”, manifestándose como un conjunto de signos y síntomas percibidos por la familia y su curación son propias del grupo y para evitarlos acuden a objetos cuya eficacia simbólica va más allá de lo material, lo que interesa es su significado porque la madre cuidadora con el solo creer, le resulta fidedigno.

La ideología que le otorgan a los objetos culturales es un estatuto simbólico, una apariencia sensible permitiendo representar una serie de ideas, valores, creencias culturales, logrando en el pensamiento de las personas una realidad distinta para priorizar los significados asociados a la forma material. Según Nanda define objeto cultural como el exceso de presencia otorgándole un significado más allá de su función. Este exceso no depende ni de una fuerza mágica de los objetos, ni de las necesidades vitales de los sujetos, sino de la ideología subyacente en cada cultura.⁵⁸

Se observó además que los lactantes tienen puesto estas semillas como pulsera, como collar de colores en contraste y una semilla de huairuro en el centro o un diente de sajino (animal de monte), todo esto lo obtienen de la misma naturaleza, para la protección cósmica de “malas vibras”, y este saber lo han traspasado intergeneracionalmente.

“...le pongo sus collarcitos, su diente de sajino, para que en la vida y en la muerte, su almita se defienda de malignos...”
“...el sajino es un jabalí, el animal más fuerte”...

Para las familias Awajun todo lo que le rodea tiene vida propia, o lo ha tenido y se representa en animales, plantas, ríos, personas, teniendo almas que le son buenas o malas, es este caso en especial para la cultura Awajun, el sajino es un animal de gran fortaleza, y tener ya sea su diente o uña, representa que este animal protegerá y defenderá de todos los males a los lactantes menores.

Investigaciones realizadas sustentan que para alcanzar prácticas de cuidados satisfactorias, las madres adquieren saberes, experiencias y conocimientos en la convivencia con las que enseñan a cuidar, se destaca en este estudio, la presencia de la suegra y de la madre como referencias en la hora de sanar. Así mismo, en Brasil, una investigación demuestra que otro tipo de cuidado cotidiano relatado por las madres refieren al hecho de creer en fuerzas negativas presentes en el ambiente, o como resultado de

otras personas, que puedan favorecer la enfermedad el niño. De esta forma, se percibe como rutina el uso de creencias y de objetos que creen posible evitar estas fuerzas negativas, manteniendo el buen estado de salud del niño.⁷

Para la investigadora la existencia de fuerzas negativas en el ambiente tienen relación cuando la persona cree fielmente en estos aspectos, y por tanto, el evitarlos ya sea con el uso de collares de semillas, de alguna parte de algún animal, entre otros objetos, es una práctica favorable, ya que no causa en el lactante menor daño alguno, además el efecto positivo del uso de estos objetos crea en la familia satisfacción.

Toda esta ideología que le dan a los objetos, como el huairuro o el diente de sajino, es para la protección de ‘males’ o de ‘fuerzas negativas’ que le pueden provocar a sus niños: como susto, mal de ojo, y el cutipado, por ejemplo, en las familias en estudio refieren:

“El mal de ojo, lo causa una mirada fuerte de una persona grande...y se vuelve lloroso, no come, se vuelve pálido...”

“Para protegerlo del mal de ojo, le pongo el huairuro, también le pongo el olor de vainilla, eshpingo (planta olor fuerte como ajo) para que no le cutipen”.

Para las familias Awajun, cuidar al lactante del mal de ojo es protegerlo de las miradas fuertes que otras personas presentan al mirarlo a los lactantes menores, trayendo con ello, signos como llanto constante, pálido, inapetente, y por tanto, usan el huairuro, y otras plantas folklóricas como el olor de vainilla y el eshpingo que según refieren es parecido al ajo, en cuanto a su olor.

El usar objetos de la naturaleza para la protección cósmica, según las familias le atribuyen es una práctica favorable para el lactante menor,

muestra que la familia del lactante le importa y es quién merece más cuidados por ser vulnerable a adquirir enfermedades.

Otro síndrome cultural, que de acuerdo a la cosmovisión de la cultura en estudio, es el llamado Cutipo, que son “males producidos por personas, animales, de la misma naturaleza”, y las familias usan no solo semillas, sino otros objetos o plantas de la misma naturaleza para prevenir o para sanar/curar a sus hijos:

Para que no le de cutipo a mi uchi, cuando me salgo a mitallar al campo usamos una planta tapishtae (kion para no cutipo), lo masco y en donde lo cargamos al bebe (aparina o ‘amayuntae’) lo ponemos como un perfume y a través de eso le pasamos al niño y lo protege.

Otra forma de prevenir que sus lactantes menores no se enfermen del “cutipo” es masticar el kion (o una planta parecida llamada “tapishtae”), la madre lo masca y en la aparina o manta donde carga a su hijo va arrojando lo masticado para que se impregne en la cubierta y de esta manera por contacto se lo transmite al lactante menor, y lo protege.

Otro síndrome de filiación cultural de la propia familia, en la que mantienen ciertas peculiaridades, creencias para su cuidado o prevención, es el susto, que según la cosmovisión cultural de la familia pueden realizar algunas prácticas de cuidado, como rituales, oraciones, para sanarlo.

“Para el susto, también se usan otras cosas...cuando mi hijita tuvo susto, mi suegra le rezaba...decía: “Dios permite te sana, te sana, Dios permite sana sana.”

“El susto te das cuenta, su almita sale de su cuerpo, y para eso usamos plantas: hojas de guayaba, caimito, sacha-ajo, hojas de guaba, rezamos con esas plantas, o sino también podemos llamar al alma del bebé: “Almita de este bebito, vuelve vuelve a tu cuerpito, aquí está tu mami”

“Mi hijito tuvo susto, y me di cuenta, cuando lloraba mucho, y sus brazos se extienden a querer coger algo....cuando duerme se levantan asustados, llora, grita, que no para.”

Las familias cuidan del susto a los lactantes no solo usando plantas provenientes de la naturaleza como las hojas de guayaba, el caimito, el sachá ajo, hojas de guaba, entre otras, sino que además acuden al rezo, creen en un Dios dueño de todo lo que existe. Así mismo, se dan cuenta que su bebé tiene susto cuando presenta signos de llanto inconsolable, no duermen tranquilos, se levantan constantemente, sus brazos se extienden a cada momento. Las familias tienen la concepción que el susto es cuando el alma del lactante menor sale de su cuerpo, y acuden a los medios de la naturaleza para luego llamar al alma con sus rezos, y con ello, se sanan.

Al respecto, el susto o espanto, se relaciona con la pérdida del alma, se basa en el entendimiento común de que un individuo se compone del cuerpo y una sustancia inmaterial que se separa del cuerpo, vagabundeando libremente o puede ser atrapada por seres sobrenaturales.⁵⁹

La investigadora logró evidenciar que la mayoría de los miembros del hogar utilizan plantas, objetos de la misma naturaleza para contrarrestar los males o para evitarlos. Silva RL⁷ lo llama secretos de naturaleza, que constituyen momentos, fases o actividades, que cuando dejan de ser realizados, pueden suscitar sensaciones de “mal augurio” en la mente de la madre. Por lo tanto, los secretos de naturaleza, deben ser entendidos como parte del patrimonio universal del ser humano, independiente de la clase social de quien lo practica.

Estos síndromes culturales que acompañados de la utilización de objetos, semillas, secretos de la naturaleza u otras formas de presentación son en beneficio de la salud del lactante, que la madre denota sentimiento de cuidado para protegerlo del cosmos negativo donde se desarrollan.

En la cultura indígena Awajun, mantienen un respeto a la naturaleza, a la magia que se descubre de sus cosmos, y por ello, así como logran protegerlo como medida preventiva para que no le ataque estos signos, también utilizan plantas propias de la zona (o el mito Nugkuig, como parte de su cosmovisión) para sanar/curarlos de aquellos síndromes culturales de su comunidad.

❖ Uso de plantas folklóricas ante enfermedades o síndromes culturales

Antes de profundizar en las prácticas de cuidado de la familia para sanar/curar las enfermedades o síndrome culturales, es preciso recordar que las poblaciones emiten estos cuidados en base a sus saberes/creencias, es así que, las creencias generan costumbres que constituyen el elemento que representa la permanencia y estabilidad del grupo; estas costumbres aseguran y garantizan el sentido de pertenencia y permiten forjar una identidad gracias a unas formas de actuar que determinan formas de centrarse e identificarse.³⁵

Así mismo, los indígenas mantienen una cosmovisión del entorno, y así como cuidan de la salud como el equilibrio entre su alma con la naturaleza, también conviven muy cerca de las enfermedades, desgracias y muerte, creyendo que se deben al mal comportamiento de alguna otra persona o la intervención de los seres sobrenaturales, concibiendo a la enfermedad como la entrada de un dardo invisible en el cuerpo o por la pérdida de un elemento vital de la persona como el alma o la sombra.³⁴

Las enfermedades atribuidas a la cultura, es típico de su ambiente, y así como usan objetos para prevenir los males producidos por los seres vivos incluidos el hombre, usan plantas folklóricas para recuperar el equilibrio del niño con la naturaleza.

Considérese al término folklore como el conocimiento tradicional conservado por transmisión oral entre los indígenas.⁶⁰ Es decir, un saber atesorado que ha sido traspasado de familia en familia por muchas generaciones, un saber del cómo, cuándo, y qué plantas medicinales usar ante determinados síndromes culturales.

“Cuando respira agitado, y luego suena su pecho, y su boca, para nosotros es un cutipo, porque no le da fiebre, ni gripe, entonces para eso mi mamá me había dicho que coja la corteza de un palo de madera (del que hacemos nuestra canastas), y le ponga por su nariz, para que estornude, unas tres veces y se pierde...”

Las madres y suegras quienes intervienen en el cuidado, tienen la creencia del uso de tales prácticas, y no solo porque les dio resultados, sino porque ellas poseen un saber que ha sido conservado, y por el simple hecho de conocerlos sus opiniones son válidas.

En las familias con costumbre y creencias arraigadas, refieren que existen formas de contraer males, para lo cual, cada mal tiene su tratamiento para sanar. Uno de esos males, tradicionales y característicos en la cultura Awajun es el llamado “cutipo”.

“Cuando me voy a la chacra no dejo que vea mucho al lagarto, a la tortuga,...hay varias formas de cutipo, le pongo el ejemplo de mi sobrinita cuando vio a una tortuga y ésta estaba con mala señal, la cutipó, y su piernita se arqueó feo, sus rodillas se tuercen justo cuando empiezan a caminar o están gateando...”

“Lo cuido que no se tope con animales para que no se cutipe....como tortuga, lagarto, serpiente, además de no sacarlo cuando hay luna llena, y les da como bronquitis, pero eso se cura con plantitas que mi mamá sabe”.

La familia refería que cuando salen de su casa especialmente a la chacra, protege y previene al lactante menor de no mirar a animales como el lagarto, la tortuga, serpiente, y de no salir cuando hay luna llena. Si miran a estos animales como la tortuga le produce en los lactantes el cutipo de tortuga originando en los lactantes menores, un arqueo de sus rodillas, se tuercen justo cuando empiezan a caminar o gatear. Y si al bebé

lo saca cuando hay luna llena, les da como bronquitis que se cura con plantas folklóricas.

El término Cutipar es considerado algo muy característico y común dentro de la cultura Awajun, y al que le asumen aspectos cósmicos más profundos, no obstante cabe rescatar que los grupos sociales como las familias Awajun, pueden clasificar a las enfermedades de acuerdo a sus manifestaciones patológicas, sus causas o por el ámbito de la demanda.⁵⁹

En la Amazonía peruana se utiliza el término “cutipar” para referirse a la venganza, reacción o respuesta negativa que cualquier persona, planta o animal realizan para devolver un daño o mal, a quien intenta producirlo, dicha respuesta negativa que se produce en el lactante, pueden tener diversas causas y síntomas a la vez, pudiendo ser los más relevantes el cutipado por relaciones sexuales, de bufeo, de la boa, de plantas y animales, etc.³⁴

“...para evitar el cutipo, mi madre me decía: cuidado con tu marido que haga cositas que no debe de hacer (cutipado sexual), A mi hijito recién su padre lo cutipa, y cuando lo cutipan allí se atrasan, sufren los bebés, ya no crecen bien, se enflacan, no caminan normalmente, se atrasan, la gente dice así cuando el cutipo es de siempre...”

Las madres conocen cuando su niño ha sufrido de ‘cutipo sexual’ o cutipo por relaciones sexuales fuera de la convivencia, porque comúnmente les produce en sus niños, “flemosidad” en la boca, diarrea con moco y sangre y cierta dificultad respiratoria, negando ellos mismos que pueden ser signos de EDAS o IRAS.

“Mi hijo se ha cutipado....el cutipo sexual es cuando les da diarrea espumosa, y luego se hace blanca, apesta, luego el papá tiene que limpiarle, le corta la diarrea y ya no le da fiebre, y queda su ojo blanquito...” “...el cutipado es un día no más, de allí pierde, y cuando no es cutipado nos damos cuenta porque tiene fiebre, vómitos, diarrea amarilla con moco, y no le pasa...y porque nosotros sabemos (saben cuándo es cutipo sexual) además cuando la diarrea no para y es permanente”

“...pero hay otros cutipados cuando le puede coger el mal aire y te das cuenta cuando se infla su barriguita.”

“...otro cutipado porque lo sacaste cuando había luna llena y su carita se vuelve como la luna, o también el cutipo que provoca en los bebés es cuando ves lagartos, allí su piel se vuelve dura,...hay diferentes cutipos y para cada uno hay esas hierbitas...”

Para las familias, hay diferentes tipos de cutipo, entre ellos, el cutipo sexual que se caracteriza por tener diarrea espumosa, luego se hace blanca, dura un día, y es el padre (quien tuvo relaciones fuera del matrimonio) quien lo cura, la diarrea por cutipo es diferente a las enfermedades diarreicas bacterianas, ya que estas provocan fiebre, vómitos y es permanente.

El cutipo por “mal aire”, es cuando la familia ve en el lactante menor que su barriga se infla. El cutipo de luna llena, ocurre cuando sales fuera de tu casa en luna llena y le produce que su rostro del lactante se vuelva ovalada como la luna, lo mismo ocurre con el cutipo por lagarto, si el bebé miró a este animal, su piel se vuelve dura, las familias expresan que existen diferentes cutipos y para cada uno de ellos existen plantas folklóricas para su curación.

Las madres cuidan a su bebé del mal de aire, del mal de ojo, el mal de un animal: por ejemplo el zorro, su olor también puede causar una reacción o cutipar, no sacándolo en cualquier tiempo, por ejemplo, ya no lo sacan de su hogar en horas como las 12 ó 6 pm. Y algo característico es que depende de la reacción que puede provocar cualquier cutipo, para que ellos puedan usar sus plantas, y el uso de estas plantas folklóricas (Tsemantseg, sachá ajo, entre otras) es particular para cada mal provocado.

“Nuestros ancestros saben, y la gente que también sabe y conoce de eso, y si pides la hierbita para el cutipo de tu hijito, te lo dan. Tienen que darte otras personas, tú pides, y si la otra persona tiene en su chacra te lo trae, y tú lo siembras, y así en cadena,

...por eso uno no puede coger cualquier hierba del monte y mucho menos ajeno....porque no sabes para qué puede ser, de repente puede ser planta para el cutipado de otro mal....”

Algo peculiar en esta cultura es que las familias refieren que para la curación de los diferentes cutipos existen hierbas y del cual sus ancestros sabían. Para la curación de estos signos que provoca los cutipos las madres no pueden coger cualquier hierba del monte y mucho menos ajeno, se tiene que pedir a otras personas, en este caso, acuden a la mujer de más edad para que le brinde de su sembrío la hierba para el cutipo provocado, existe respeto con lo ajeno, además del cuidado de no coger plantas/hierbas que pueden ser para la sanación de otras enfermedades.

Según la cosmovisión Awajun, la concepción del mundo tiene características vivas y vivificantes, todo lo que existe tiene vida propia, la densa vegetación, refieren, antes han sido personas. Los cerros, ríos, animales, los astros y todo cuanto le rodea emiten señales, que solo ellos pueden comprender, porque manejan un código de símbolos cargados de mensajes, que orientan su diario vivir.⁶¹

Es en el mundo simbólico, que el fenómeno de la salud y enfermedad se presenta bajo un marco de referencia codificado, dando lugar a prácticas y comportamientos específicos con un trasfondo explicativo de difícil transformación, ya que se apoyan en sus mitos, creencias y costumbres arraigadas.⁸

En la convivencia en las familias, los síndromes de filiación cultural existe desde épocas antiguas, y para los cuales existe un determinada cura, por ejemplo: usan plantas folklóricas, provenientes de naturaleza que convive con ellos, siendo cada planta respetada y utilizada en su vivir.

“Nuestros ancestros siempre han usado eso el tsemantseg (hierba que se usa para los cutipos)...mi madre sabe y siempre los antiguos usaron eso.”

“Yo sí le puse una vez no más... de esas hierbitas que me habían dado para la diarrea causado por cutipo...el ‘tsemantseg’ le di para que le corte la diarrea y sí funcionó.”

Las plantas que usan para la curar mayormente los cutipos es el Tsemantseg, especialmente para cortar la diarrea, del cual las madres refieren su efectividad, además el uso de esta planta viene del conocimiento y práctica de sus ancestros.

En la etnia Awajun, el Tsemantseg (*Matelea rivularis*, Familia Asclepiadaceae), es una hierba usada como verdura comestible. Resulta significativo profundizar en esta planta en sus aspectos medicinales, y propiedades nutritivas.

A esta planta, también le acompaña dos especies medicinales frecuentemente usadas por las familias: el jengibre y piripiri, la primera con diez variedades y la segunda con cinco. 38

”A mi esposo lo hago que emboque el ‘Tatasham’ (piri piri pájaro carpintero, lo usan para el cutipado sexual), va besando su potito de mi bebé y botando poco a poco el preparado diciendo: ‘te quito el cutipo’

El cutipado sexual ocurre cuando uno de los esposos, mayormente el padre ha tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio, la esposa se da cuenta de ello, por los signos que presenta su bebé cuando el padre se le ha acercado, como el enrojecimiento en la piel de zona de los glúteos, por ello, el padre es quien debe de curarlo para lograr ser efectivo, él debe de masticar la planta llamada Tatasham, e ir arrojándolo de la boca a la zona enrojecida. La familia refiere que tal enrojecimiento no es escaldadura porque la curación es inmediata, solo dura un día, luego desaparece.

Las plantas llamadas en español amazónico "piri piri" (la familia Ciperaceae) son hierbas que tanto nativos como ribereños "mestizos" de la Amazonia occidental (Perú, Ecuador) utilizan en medicina o en otros usos calificados de mágicos. Cada tipo tiene un uso determinado, y existen tantos tipos que el conjunto de ellos puede ser considerado como una panacea, así mismo, la planta es comúnmente utilizada para curar enfermedades digestivas.⁶²

Algo característico y común dentro de esta cultura es que, las abuelas/suegras o mujeres mayores mantienen con reserva la información del uso de plantas, y del cómo ellas lo preparan para el cuidado propio y el de los demás.

Cada mujer tiene un bagaje cultural en el uso de las plantas folklóricas y en esta ocasión se tuvo que observar y repreguntar para obtener más información ya que denotan recelo y cuidan sus secretos. Así mismo, la mujer nativa siempre ha sido curandera, ha usado plantas e intercambiado secretos prácticos entre su género forjando sus saberes por esos contactos y a través del tiempo.⁸

La madre en el cotidiano, siempre continua aprendiendo y recibiendo cuidados de las otras mujeres de su comunidad y es ampliamente evidente el utilizar plantas medicinales para su propio beneficio.

“A veces también para el cutipado sexual otras señoras que he preguntado agarran el tabaco (hoja del tabaco-hierba) lo llevaba a la leña, le pasa por el fueguito, y de allí su juguito que sale lo exprimía, y esas gotitas, le mezcla con leche de la teta, lo mezcla y luego le exprime en el potito del bebé, para ese cutipado, tú tienes que ver que el potito del bebé esté rojo, y cuando le haces eso se seca ese rojito, y se sana...”

Otra forma de curar el cutipado sexual, es conseguir la hoja del tabaco, pasarlo rozando la leña con fuego, y el líquido que sale lo mezcla

con la leche materna, lo coloca en os glúteo del bebé, y le quita el enrojecimiento.

“Cuando tienen la cabecita peladita, eso es un cutipado, porque mucho lo dejo acostado... ¿Eso es dapumu cutipado? (una persona cuando se empieza a pelar)”

La investigadora llegó a observar que para el cutipado sexual, la madre lo cura con 2 palitos de yuca rodándolo por la cabeza – *“payagkin tsuwajai”* (castellano: palo del cielo), manifestando lo siguiente: *“se dice que en el cielo hay un Dios que te castiga y eso come el cabello y vas pidiendo que le quite ese cutipado, entonces dices: ‘curo del cutipado de Payan’, y varias veces vas diciendo...eso me enseñó y me dice que le haga una señora que la conozco.”*

Aunque muchos de los saberes populares no tienen comprobación científica de su eficacia, las experiencias repetidas de su uso entre las poblaciones permiten validar su utilidad, justificándolo como motivación para llevarlos a utilizar saberes no convencionales relativos a salud, y, de un modo general independiente de comprobación científica.⁶³

Una preposición importante de la teoría de Leininger²⁰ es que, si se puede obtener el significado completo de los cuidados culturales, se podrá predecir el bienestar o la salud de las personas, familias y grupos y –por tanto- se podrán ofrecer cuidados que sean coherentes, responsables y con respeto.

En este tema, las familias Awajun le dan gran significado a la naturaleza, a la cosmovisión de lo que le rodea, y utiliza parte de esto para lograr el bienestar del lactante menor, por tanto, resulta necesario investigar aún más sobre las propiedades medicinales de las plantas de la zona, e ir descubriendo aún más, si esta práctica resulta ser favorable o no, para, como profesional de enfermería ir fortaleciéndola, ya que hasta el momento no le ha provocado daño al lactante menor.

D. Costumbres para cuidar/sanar las enfermedades prevalentes: uso de plantas medicinales, automedicación y asistencia al centro de salud

Así como la creencia genera costumbres y forjan su identidad cultural gracias al modo de actuar.³⁵ La cultura Awajun posee costumbres que lo hacen determinar que pertenecen a tal. Así por ejemplo: usan plantas medicinales propias de la zona para curar no solo afecciones dadas por su cultura sino también enfermedades prevalentes del lactante menor, siendo su uso repetido por la mayoría de familias, además de complementar la curación con medicamentos o fármacos industriales, y continuar como última opción la asistencia al centro de salud.

Ya para los pueblos indígenas, la salud es un estado dinámico de equilibrio interno entre el cuerpo y el espíritu, que depende del estado de armonía interna y externa, con los demás seres humanos, la naturaleza y el cosmos en general.⁸

Por el contrario considera a las enfermedades como fallo de ese equilibrio. En apartados anteriores se ha plasmado las prácticas de cuidado ante síndromes filiados por la cultura, ahora en este tema cultural, toca analizar las enfermedades que prevalece en los lactantes menores como: EDAS (enfermedades diarreicas agudas) y las IRAS (infecciones respiratorias agudas).

Las EDAS constituyen una enfermedad que prevalece en la población infantil. A nivel nacional, Amazonas ocupa el tercer lugar con 870.5 casos de EDAS x 10,000 Hab. y cuya tendencia desde el 2008 hasta el 2013 está decreciendo, aun no erradicándose.⁶⁴

Los casos de diarreas u otras enfermedades en los niños, hace que en toda familia se cree angustia, preocupación, y se oriente más atención a los niños, así respalda el autor mencionado que: cuando en la familia uno

de sus miembros sufre una determinada enfermedad, la cultura influye para determinar el rol de sus miembros, y determina quién asumirá los cuidados y su trayectoria en el estado clínico.⁵³

En las familias en estudio, cuando el lactante se enferma es la madre quien asume sus cuidados, y acompaña en todo el proceso de enfermedad, además es la abuela/suegra quien participa también en este proceso, con sus cuidados populares, pues su curación depende de las percepciones, conocimientos, costumbres influenciadas por la cultura.

Según el resultado de una investigación peruana, concluye que: “las madres para cuidar a sus niños con diarrea, cuidan de acuerdo a sus creencias y costumbres, en primer lugar acuden al centro de salud en busca del profesional de la salud, luego utilizan sus plantas medicinales como el orégano, el ajo, la yerva luisa, la cáscara de granada, etc, y finalmente se automedican con el toban, medicamento contraindicado en el tratamiento de diarrea infantil, pues disminuye la motilidad intestinal, y puede perjudicar la salud del niño”.⁶⁵

Así también, en la cultura mapuche (Chile), es la madre quien define el itinerario terapéutico, generalmente comienza con la aplicación de remedios caseros, luego con la búsqueda de asesoramiento por otras mujeres mayores de la comunidad, y después consultan a agentes tradicionales, agentes sanitarios populares o agentes médicos occidentales.⁵³

Con estas investigaciones se evidencia que este cuidado popular que mayormente es compartido entre las mujeres, los familiares, y la comunidad determina la trayectoria de cuidado, de acuerdo a su cultura.⁵³ Si bien se ha demostrado que la madre acude a sus remedios caseros, o usa plantas medicinales de la zona, no quiere decir que esta práctica de cuidado sea desfavorable para el lactante, al contrario, la familia actúa bajo criterios culturales dada por la experiencia que han tenido.

Así por ejemplo: en la cultura Awajun, esta trayectoria está determinada por el accionar de las mujeres (madres, abuelas, suegras, o mujeres de la comunidad) quienes direccionan los cuidados en primer lugar **al uso de plantas medicinales**: “*tsemantseg, piripiri o jengibre*”.

“...mi mamá le coloca enema con tsemantseg para la diarrea y bota todo, huele feo” “Le lavo su barriguita con hierbita, llamada ‘tsemantseg’ para la diarrea”.

“Mi mamá a veces me enseña (...) a veces cuando mi hija se enferma, le da diarrea mi mamá le echa enema, le lava su estomaguito...”

“A veces le ponemos piripiri cuando veo, cuando me dan, y le cura la diarrea...”

Durante la convivencia con las familias en estudio, se evidenció que para el “lavado del estómago o enema”, realizaron varios procesos: hacen hervir en agua la hoja de hierba luisa, luego colocan la otra hierba, que puede ser dependiendo si es por diarrea o cutipo, es decir, colocan la hoja del ‘tsemantseg’ o del kion respectivamente, después consiguen una caña de tamaño pequeño (para ellos, esta caña está limpia y estéril porque lo sacan con toda hoja del árbol), y justo cuando ya tienen el preparado, sacan la caña y el contenido del preparado lo pasan de la boca de la madre por la caña hacia el ano del lactante. Las madres manifiestan que: “*solo con una embocada es suficiente para el lavado del estómago*”.

El jengibre-kion, posee varias propiedades, es una panacea, y de acuerdo a lo estudiado tiene cierta actividad antibacteriana, ya que las principales bacterias que forman parte de la flora intestinal son especies de *Lactobacillus*, las cuales no se ven afectadas por la actividad antibacteriana del jengibre. Por ello, el consumo de jengibre cuando se tiene diarrea ayuda a restablecer la flora intestinal, sobre todo si son de etiología bacteriana y recomiendan que para lograr este efecto se debe de tomar preferiblemente en infusión.⁶⁶

No obstante, en lo observado, las familias Awajun lo usan como enema, cuando su niño presenta deposiciones líquidas a las cuales ellas están seguras que son diarreas y no cutipo. El “lavado del estómago” o la aplicación de los enemas a sus hijos no está condicionada ni a la edad, ni al sexo, incluso les aplican a sus miembros desde recién nacidos, y a toda etapa, esta práctica de cuidado es muy tradicional o folklórica por parte de la familia y la comunidad, no obstante ellas lo asumen como un cuidado que funciona siempre no reflexionando sobre las consecuencias que puede traer su práctica en los niños, ya que actúan por convicción positiva.

Se ha evidenciado que las madres usan muy seguido el jengibre o piri piri, causándoles a los niños signos y síntomas posteriores que denotan de una intervención aun mayor, originando deshidratación por el aumento de la cantidad y frecuencia de las deposiciones posterior a su uso de las plantas por vía rectal. Las madres refieren que al ponerles enema, es una “limpieza del cuerpo”. Esta práctica de cuidado está muy anclada en las familias, la investigadora solo pudo llegar a negociar de manera empática y explicarle sus efectos, pero cabría la tarea de continuar negociando hasta reestructurar ese cuidado progresivamente.

Leininger, amparada en este tipo de experiencias y en la ciencia antropológica refiere que los cuidados son acciones esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia.¹¹ No obstante también refiere que ante cuidados poco favorables se debe llegar a una reestructuración de tales cuidados populares.

Al respecto, en el ámbito local, investigadores demostraron que el nivel de instrucción de las madres constituye un factor de riesgo para la atención oportuna del niño con enfermedad diarreica aguda, y el 60% de las madres encuestadas no conocen los signos y síntomas, el 55% de madres llevan a sus hijos al curandero.⁶⁷

El nivel de instrucción de la mayoría de las madres nativas es de primaria incompleta, no logran terminar sus estudios por diversos factores, y otras son analfabetas, sin embargo ellas sí conocen los signos de una EDA, y hacen la diferencia entre un cutipo (síndrome cultural) y las EDAS (enfermedades prevalentes).

“...el cutipo es cuando esa Diarrea es espumosa, y luego se hace blanca, y la diarrea que no es por cutipo es verdosa, apesta, y a veces no para, hasta fiebre le da...”

A diferencia de otras culturas que tienden a llevarlo a su hijo a un curandero, las familias Awajun buscan ayuda en las personas antiguas como abuelas/suegras quienes también se encargan de su curación utilizando las plantas medicinales que han sido utilizadas desde sus ancestros para sanar.

Saldierna (citado por Llonto LL)⁶⁵ confirma que las propiedades de estas plantas medicinales son utilizadas en diferentes sistemas del cuerpo humano, pues tienen acción farmacológica, y para las participantes estas plantas medicinales son una muestra trascendental, utilizándolas como una ayuda durante la enfermedad de sus hijos. Como se ha mencionado anteriormente, si bien el conocimiento que poseen las familias resulta de las experiencias culturales, se ha demostrado que las plantas folklóricas tienen efectos medicinales, sin embargo cuán trascendental es el uso correcto de estas plantas para no causarles daño a los lactantes menores, pese a que las madres no desean causarles tal efecto.

Varios autores coinciden en que la enfermedad diarreica ocurre por la falta de prácticas saludables y acompañan con frecuencia a los niños de sectores desprotegidos de nuestra sociedad. Al ser infecciosa esta enfermedad necesita de un tratamiento medicamentoso para su erradicación.⁶⁵

El uso de la medicina tradicional como primera terapia para sanar/curar las EDAS por las diferentes culturas es importante para ellos dentro de su convicción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la Medicina Tradicional para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y lo define “como prácticas, enfoques conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorpora medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar.”⁶¹

Son las mujeres, quienes tienen un reconocimiento especial en la cultura Awajun, y dentro de rol en la familia son ellas las portadoras de una gran acumulación de conocimientos sobre el uso de la abundante diversidad vegetal, basado en uno de los mitos “Nugkuig” como espíritu de la tierra que provee las semillas de los alimentos, haciéndolas responsables de su cuidado de los alimentos y su multiplicación, además de los cuidados de la salud de la familia. Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura, proporciona modelos de conducta humana y confiere por eso mismo significación y valor a la existencia, además representan medios de comunicación que permiten encontrar significado a sus experiencias cotidianas en el cumplimiento de sus propósitos y del sentirse en bienestar como grupo.³⁸

Con este respaldo se puede entender que las familias nativas no curan a los lactantes con el uso de plantas solo por costumbre, sino por mitos arraigados a su cultura, que les dirige un modo de pensar, actuar, y les confiere mucho significado a la realización de estas experiencias y sobre todo al utilizarlo les hace sentirse bien como familia y comunidad, confiriendo ese significado de fe al realizarlo y lograr la sanación total.

En los lactantes existe otra enfermedad prevalente que a las familias siempre los aqueja por los cambios que genera cuando se enferma, es así que poseen sus creencias y tratamientos para sanar no solo la diarrea, sino

también la gripe en sus diversas formas y usos de las plantas para lograr la curación.

“Se enferma más con gripe no más...” “...yo le doy miel de abeja, la miel de palo, cuando se enferma mucho, porque mi mamá me ha dicho que es concentrado de todas las vitaminas....”

“...a veces cuando se ha enfermado de gripe le damos (su madre y ella) agua de hierba luisa tibia”.

“Yo consigo el kuasit (es como un mentol natural que lo extraemos de la hoja o la semilla del monte, es una planta pequeña como el matico, con ramas muy finas y sus hojas como la poma rosa) bueno este lo preparamos, lo chanco y lo hago oler a mi hijito. Mi mamá me dice que a los bebitos solo hay que hacerlo oler, a los adultos le frotamos en el cuerpo”.

“A veces también le doy el sacha-ajo, le hago oler, otras veces, le doy masticado un poquito en su boquita”

Cuando el lactante se enferma de infecciones respiratorias, como gripe, bronquitis entre otras, las familias acuden a usar la miel de palo, por la concentración de muchas vitaminas, además de hierba luisa en infusión, sacha-ajo masticado para ingerirlo; otras familias consiguen el kuasit (parecido al mentol natural que lo extraen de la hoja o de la semilla del monte, es parecido al matico), esta planta lo chancan, y le dan a oler al lactante menor. Todas estas plantas lo usan por el saber popular de la abuela u otras personas mayores de la comunidad.

La miel de palo como le llaman las familias, se refieren a la miel que las abejas hacen dentro de un tronco, y lo extraen cavándolo, las madres les han dado a sus niños no solo en su alimentación diaria, sino ante gripes o resfríos comunes, y se ha demostrado que tienen un efecto bacteriostático por todas las propiedades que posee.

Las IRAS son causa de morbilidad frecuente en la población infantil con un 42% de demanda en consulta externa en los establecimientos de salud hasta agosto 2013, además, según los indicadores de mortalidad (2009) las IRAS son la causa de muerte en niños menores de 5 años, y más en niños menores de 1 año con un 19.8%.⁵

Según autores, la familia es el primer nivel de atención de salud, como tal, responde a las necesidades de sus miembros en situación de Salud o de enfermedad, la mujer y por ende la familia desempeña el rol de criar y cuidar, y por tanto, ejerce una actividad sanadora, preventiva permanente con sus hijos.¹⁰

Se ha evidenciado que las curaciones que las familias realizan, siempre buscan la armonía del enfermo con la naturaleza y entre el cuerpo y el espíritu, y para ello utilizan una serie de técnicas materiales y simbólicas para restaurar el equilibrio físico y psíquico.³⁴

El uso de plantas, u otras sustancias de la naturaleza, así como otras prácticas relacionadas con el saber popular se basa en la experiencia, creencias, costumbres adquiridas a lo largo de la vida y están vinculadas a aspectos socio-culturales.⁶⁸ Prevalciendo ante la medicina científica occidental.⁸

Sin embargo, estas familias por estar en convivencia con personas de otras culturas como de la sierra del Perú, y de otras comunidades de la zona, los condicionan a adquirir otras costumbres, tal como se ha evidenciado e incrementando su preferencia por los fármacos, llevándolas hasta el punto de automedicarse.

Actualmente algunas de las familias Awajun se **automedican**, esto frecuentemente ocurre cuando el uso de las plantas tradicionales no logró el efecto deseado, invirtiendo fuertes cantidades de dinero (aunque no tengan los suficientes recursos económicos) para la obtención del fármaco que no resulta de una prescripción médica sino de la receta de un empírico o miembro de otras comunidades nativas.

Existen autores que definen a la automedicación de manera clásica como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico”, y que debería “participar inteligente y de forma autónoma/informada”.⁶⁹ No obstante, la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) y la Industria Mundial de la Automedicación Responsable la definen como el “uso de medicamentos sin receta, por iniciativa propia de las personas”.⁷⁰

Si bien las familias participan del cuidado del niño, mediante el uso de plantas tradicionales, remedios caseros, bajo sus saberes populares e identidad cultural ante determinadas afecciones: enfermedades, males, etc. realizan un autocuidado bajo sus propias creencias y costumbres, es decir, desarrollan estas prácticas de cuidado como primera opción y no obteniendo resultado favorecedor, los miembros de la familia acuden a terceras personas: empíricos, farmacéuticos, etc. para la compra de fármacos sin receta alguna de un personal de salud, siendo los más vendidos los antibióticos (jarabes o ampollas).

En el Perú, este problema se torna aún más complejo debido al incumplimiento de la Ley General de Salud (Ley 26842), que en su artículo 26 establece que el único autorizado para prescribir medicamentos es el médico. Este tema no es tratado ni practicado solo por personas analfabetas, o con grados de estudios inferiores, así muestra un estudio local realizado con adolescentes jóvenes (16-28 años) que el 98.1% se automedican, siendo el segundo motivo más frecuente los consejos o recomendaciones de un amigo o familias (21%).⁷¹

Como se mencionó en el apartado anterior este tipo de conducta se debe a la presión de grupo o de propios familiares que les ofrecen una alternativa para la solución de problemas basados en su propia experiencia los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación.⁶⁴

Más aún si consumen antibióticos, lo cual provocaría resistencia y mayor probabilidad de internamiento del lactante para lograr curarlo.

“Algunos aquí acostumbramos primero a dar plantas, pero hay otras señoras que recurren a la farmacia, y me dicen...y también voy.”

“Me voy a la botica, rápido allí me atienden, y me dan para la gripe...a veces ampollas, o jarabes, también me dan para la diarrea, y me dicen cómo darle.”

“A veces me voy a la botica de frente porque cuando mi otra hija se enfermó se curó rápido.”

Las familias reportan que también para curar de la gripe al lactante menor, primero acuden a darles plantas medicinales; sin embargo, también acuden a la botica por experiencias de otras madres, esto les resulta de fácil acceso y cuya atención es rápida, el medicamento que les venden son ampollas o jarabes, el vendedor les dice cómo darles la medicina, además otra razón de confiar más es porque con experiencias de sus otros hijos se sanaron rápido.

Es importante comprender las prácticas de cuidados a los lactantes dentro de la cultura, revelando sus fortalezas en la socialización de sus cuidados, igualmente importante es la toma de conciencia de las pérdidas provenientes de abandonar la propia cultura ancestral en el proceso de asimilación a la cultura dominante externa.⁴⁸

Es decir, que a medida que la migración incrementa a nivel local, trae consigo también la dominación de una cultura sobre otra, por ejemplo, la automedicación de las familias ante enfermedades prevalentes en los lactantes menores, pero también, existe la cultura de salud que intenta conocer sus costumbres, y poco a poco las familias van confiando en el personal de salud, y en los centros de salud.

Mayormente las personas acuden al nosocomio cuando se siente enfermas, las familias en estudio, lo hacen pero como última opción dentro de su itinerario de cuidados, justo cuando ninguna de las prácticas de cuidado como el uso de plantas, la automedicación no funcionó, acudiendo en última instancia al personal de salud.

“...cuando le da diarrea a mi uchi...mi mamá le lava su estómago, sino le llevo al hospital para que me dé su medicina.” “Cuando se enferma, le llevo al centro de Salud, o mi mama le pone enema y también se mejora”

“...a veces está con la diarrea, mi mamá le lava el estómago con plantitas como el piripiri, le hace un lavadito no más y lo deja, mi mamá siempre está atenta...si la diarrea es de varios días, lo llevamos al hospital, para su medicina”

Cuando hay presencia de diarrea, al que las familias diferencian del cutipo, acuden primero a realizar prácticas de lavado de estómago con plantas como el “piripiri”, y si la diarrea permanece por varios días, acuden al centro de salud más cercano.

Cuando el lactante menor presenta diarreas acuosas, la familia mayormente acude a las enemas usando la planta llamada piripiri o jengibre, y se ha logrado reportar por la experiencia de los profesionales de salud y de los casos que llegan a sus centros de trabajo, que la gran mayoría de lactantes menores atendidos (ya sea en consultorio externo u hospitalización) con diarrea grave más deshidratación es porque previamente las familias usaron enemas, lo que originó a partir de ese momento a presentar diarreas con mayor frecuencia, provocándole deshidratación de leve a moderada, además de presentar vómitos, y no querer lactar. Por tanto, también resulta importante profundizar con investigaciones del efecto de las plantas en su aplicación como enemas.

En una investigación realizada en Brasil, en dos localidades uno más céntrico, y otro en la periferia demostró sorprendiendo que 66% de las madres que crían a niños menores de 5 años, utilizan la fitoterapia y la

mayoría son de las localidades céntricas y se negaba la hipótesis que las poblaciones de menor poder adquisitivo son las que mayormente utilizan los recursos naturales para sus problemas, siendo su conocimiento pasado de generación a generación, independiente de la propia indicación que el profesional de salud haga.⁷²

Es decir, independiente de si existe confianza con el personal de salud o una comunidad esté más cerca que la otra a un centro de salud, las familias siempre acuden primero a otorgar sus primeros cuidados con el uso de remedios caseros, o uso de plantas medicinales, y posteriormente como última alternativa de solución a sus problemas de salud acuden a un profesional de salud.

Además, también cabe aclarar y reflexionar como personal de salud, si cuidamos de acuerdo a su cultura, en efecto uno de los pasos más importantes para garantizar el cuidado culturalmente congruente es primero conocerlo y no resultar ser los últimos en asistencia dentro de los cuidados propuestos por las madres.

Leininger en su teoría afirma que primero se debe de: preservar, negociar y reestructurar los cuidados, solo así se podrá establecer un diálogo de saberes que permita de una manera sensible llegar a un cuidado culturalmente congruente.²⁰

Si bien conocer este tema cultural, ayudó al investigador a develar que estas prácticas de cuidado son resultado de los saberes y costumbres que tiene la familia, aún ellos desconocen sobre los efectos negativos que puede ocasionar en el lactante menor con el uso especialmente de enemas o la automedicación. En efecto, cabe la necesidad de continuar educando a las familias de estas prácticas que si bien algunas son benéficas para la salud del niño, con otras particularmente está agravando la enfermedad.

Además, se demostró en esta investigación que sus cuidados no son menos importante que los brindados por el profesional de enfermería, al contrario se preservó, hasta se negoció algunas prácticas, no obstante por razones de tiempo no se pudo llegar a reestructurar algunas prácticas de cuidado desfavorables.

CONSIDERACIONES FINALES

“Hacia una aproximación conceptual de las prácticas de cuidado cultural al lactante menor desde el saber popular de la familia. Estudio etnográfico en la comunidad Awajun-Amazonas 2013”

El Perú por ser un país multiétnico, con culturas diferentes, yace en ellas cuidados específicos que son sabidos generalmente por los oriundos de la propia cultura. Las prácticas populares de la familia Awajun para cuidar al lactante menor están relacionadas con las creencias, costumbres y con sus necesidades de supervivencia, dependiendo de la visión del mundo, de los secretos que posee su naturaleza y su cultura, que hacen que muestren formas de cuidado peculiares, llegando a caracterizar y describir de la siguiente manera:

La naturaleza y cultura

- Las familias Awajun mantienen prácticas populares en el cuidado al lactante menor para satisfacer sus necesidades básicas, a través del uso de la naturaleza y de acuerdo a su cultura.
 - Su alimentación es a base de lo que cosechan, de la caza y pesca, entre estos se tiene: plátano masticado, chapo, suri, yuca, chonta, papaya, aguaje, macambo, masato, animales silvestres majaz, venado, pescados como el boquichico en patarashca, más la lactancia materna, entre otros.
 - El baño está acompañado de algunas costumbres como bañarlos en las quebradas, cuyo proceso es mantener el agua dentro de la boca de la madre para luego mojarlo al lactante menor desde la cabeza hacia los pies. Práctica que desde el saber de la madre

explica cómo usa medios naturales para cuidar de su hijo, como acto de purificación del interior de la madre hacia él, muestra de un vínculo afectivo, cósmico y cultural.

- Para la vestimenta usan ropa clásica, trapos y sin pañal, por presencia de comercios que venden ropa occidental, además las madres al mantenerlos cargados a sus bebés con una manta obliga a mantenerlos sin ropa, solo con trapos para cubrir sus genitales, por motivo que la zona es calurosa y pueden evitar sarpullidos u otras enfermedades a la piel.

- El descanso en su mayoría es en hamaca que lo acondicionan según la necesidad del lactante, además desde su saber popular representa el abrazo de la madre, de acurrucamiento y protección de insectos. Así mismo, existe algunos ritos para dormir, como hablar con el alma del lactante durante el sueño, expresión del conocimiento tradicional de las madres ya que durante el sueño implica un desprendimiento del alma, a la que hay que cuidar.

- El afecto y acompañamiento se brinda a través de la forma cultural de cargar al lactante menor, de sostenerlo hacia el pecho de la madre gracias a una manta llamada “amayuntai”, fortalece el vínculo de apego y beneficia el desarrollo normal del lactante.

- Para todas estas prácticas de cuidado hacen uso de su saber popular y de la costumbre dada por su cultura, rescatando que si bien estos cuidados son favorables en la manera o forma de cómo lo hacen, corresponde al profesional de enfermería volver a reorientar algunos cuidados de acuerdo a los requerimientos del lactante, como brindarle alimentos propios de la zona, balanceados, de acuerdo a edad, y tratamientos oportunos para curar las diarreas y formas de cutipo sin comprometer la salud del lactante menor.

- El saber de la madre cuidadora es producto de las experiencias pasadas con sus otros hijos y conocen en qué momento o edad estimularlo para su desarrollo en las diferentes áreas como el lenguaje, psicomotor, interacción, etc., que mediante el uso de la naturaleza, así como de sus secretos y juegos que emplean, constituyen una práctica de cuidado favorable ya que incrementa la interacción materno infantil.

- Para estimular el área motora usan el cogoyo de piña, hoja de guayaba, con frotaciones en las rodillas, planta de los pies, mas expresiones verbales. Además de evitar las formas de cutipo presentes en el ambiente para no perjudicar su desarrollo.

- Para estimular el área de lenguaje usan la chicharra y/o planta comestible “EEP”, la mayoría a la edad de 6 a 8 meses. La chicharra lo colocan encima de los labios por un pequeño tiempo, el EEP lo preparan junto a otros platos para darles de comer a los lactantes menores. Ambos con la finalidad de estimularlos culturalmente para lograr hablar más rápido y comprender fácilmente su idioma nativo y el castellano.

- Para estimular el vínculo afectivo de familia-lactante menor usan los juegos y juguetes. La familia además expresa su afecto mediante la comunicación, actos de cariño, canto, abrazos, más la obtención de juguetes básicos (sonaja, muñeca, carros) que en la actualidad ya no son fabricados por la propia familia, sino por la compra en mercados cercanos.

- El develar estas prácticas favorables para el cuidado del lactante ayuda al profesional de enfermería a preservar junto con la familia estos cuidados culturales, de aplicarlos no solo en su hogar, sino en el programa CRED, ya que no ponen en riesgo la salud del niño, sino que fortalece aún más el vínculo familia—lactante, logrando

satisfacción y bienestar por parte de la familia al sentir que sus cuidados son iguales de importantes que los brindados por el profesional de enfermería.

Ecología y cosmovisión

- El conocimiento ecológico tradicional y la cosmovisión de las familias Awajun ordenan y organizan sus prácticas de cuidado, haciendo uso de su horticultura, semillas y plantas medicinales para cuidar a los lactantes menores por ser más vulnerables, que gracias a su eficacia simbólica ayuda a protegerlo de aquellos síndromes culturales como el cutipo, susto y mal de ojo, reconociendo que esta práctica de cuidado no perjudica la salud del lactante, ya que el uso de objetos culturales corresponde a, más que la función que cumplen, un significado cultural.

- Uso de semillas y otros objetos culturales como protección cósmica ante el mal de aire, cutipo, y susto: usan el huairuro, diente de sajino, plantas como Tapishtae (o kión), hojas de guayaba, sachá ajo, y el rezo invocando a Dios.

- Las enfermedades atribuidas a la cultura, o síndromes culturales como el cutipo, el susto y mal de ojo, se apoyan en creencias, mitos y costumbres arraigadas, cada uno reúne ciertos signos característicos y conocidos por la familia. La recuperación de estas afecciones es a base de la naturaleza y su cosmovisión, usando plantas folklóricas (o el mito Nugkuig) para recobrar la salud del lactante menor, constituyéndose tales plantas como un saber atesorado, del cómo y cuándo usarlos. Si bien el uso de estas prácticas de cuidado no se da siempre, cabría el reto de reestructurar progresivamente estas prácticas a pesar de ser un anclaje cultural.

- Uso de plantas folklóricas ante enfermedades o síndromes culturales como el susto, mal de ojo y cutipo, hay diversos tipos: “tsemantseg”, tatasham, piri piri, ajengibre, hojas de tabaco.

Tratamientos interculturales

- El lactante también adolece de enfermedades prevalentes como las EDAS e IRAS, considerando que es la cultura quien determina la trayectoria de los cuidados, por tanto, la familia asume su cuidado y acompaña en este proceso de enfermedad, siendo su primera opción dentro de su itinerario de cuidados el uso de plantas medicinales folklóricas, y si su resultado no fue favorecedor, acuden a otras personas como empíricos para comprar fármacos sin receta médica y como última alternativa de solución a los problemas de salud asisten al nosocomio, constituyéndose esta práctica de cuidado poco favorable para el lactante, ya que su salud es manipulada primero por otras personas, llegando a veces a no poder recuperarlo rápidamente.

- Tratamiento para la diarrea: enemas a base de hierbas como “tsemantseg, piri piri, o jengibre”, por la creencia de eliminar lo infeccioso de la sangre mediante las deposiciones, trayendo consigo inmediatamente efectos de deshidratación por aumento de la frecuencia de diarreas. Un tratamiento que por evidencias pone en riesgo no solo la salud, sino hasta la vida del lactante menor.
- Tratamiento para la gripe: miel de palo, agua de hierba luisa, kuasit (mentol natural). En preparados ya sea en los alimentos, infusiones, y frotaciones respectivamente.
- Tratamiento en boticas a base de fármacos (jarabes, ampollas), y por último la asistencia al centro de salud para la recuperación del lactante menor. Las familias acuden a las boticas, porque les atienden más rápido y su efecto farmacológico también es rápido,

por ello abusan de su consumo, que en ocasiones le administran ampollas de amplio espectro para curarlos. Por consiguiente, acuden al centro de salud, cuando el lactante menor no recupera la salud al tiempo que la familia desea.

- El profesional de enfermería debe de intervenir negociando y reestructurando estas prácticas de cuidado (el tratamiento para la diarrea, y la automedicación) que si bien algunas son benéficas para la salud del niño, con otras particularmente está agravando la enfermedad del lactante menor.

- La cultura condiciona a la familia a mantener ciertas costumbres en el cuidado, que con el repetir continuo se determina en creencias populares dignas y verdaderas. Aunque muchos de los saberes populares no tienen comprobación científica, las experiencias repetidas de su uso entre las poblaciones permiten validar su utilidad.

- Además, también cabe aclarar y reflexionar, como personal de salud, si cuidamos de acuerdo a su cultura; en efecto uno de los pasos más importantes para garantizar el cuidado culturalmente congruente es primero conocerlo y promocionar cuidados favorables benéficos para la población.

Ante lo mencionado surge el esquema conceptual detallado a continuación, para lo cual se adaptó del esquema de la Teoría de Leininger para intentar plasmar los resultados y sus relaciones producto de la investigación.

El modelo de Leininger es uno de los pioneros de la enfermería transcultural y representa una constelación que va de la diversidad de los cuidados culturales a la universalidad.

Así como su modelo, en la presente investigación la mitad superior del círculo representa los componentes esenciales o factores de la concepción de las familias, que intervienen en los cuidados al lactante menor como son: La naturaleza y cultura, ecología y cosmovisión, tratamientos interculturales, transmitidos por medio del lenguaje y el entorno, y que además influyen en los cuidados enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados que tienen las familias de origen awajun hacia los lactantes menores.

Leininger afirma que el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características en cada una de ellas.¹⁴ Por ello, el “cuidado genérico o perspectiva emic” en la presente investigación, lo constituyen saberes y prácticas de cuidado al lactante menor desde el baño en quebradas, hasta el tratamiento en boticas: uso de fármacos, y asistencia al centro de salud.

Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros que se fueron efectuando progresivamente en la presente investigación:

- La preservación del cuidado cultural (perspectiva emic), que implicó mantener las prácticas de cuidado que fueron benéficas para el lactante menor como son: baño en quebradas, vestimenta con trapos y sin pañal, descanso en hamaca, forma cultural de cargar al niño, uso de la naturaleza para el crecimiento y desarrollo, uso de semillas y objetos culturales como protección cósmica: mal de aire, susto y cutipo, uso de plantas folklóricas ante enfermedades culturales, tratamiento para la gripe: plantas medicinales.

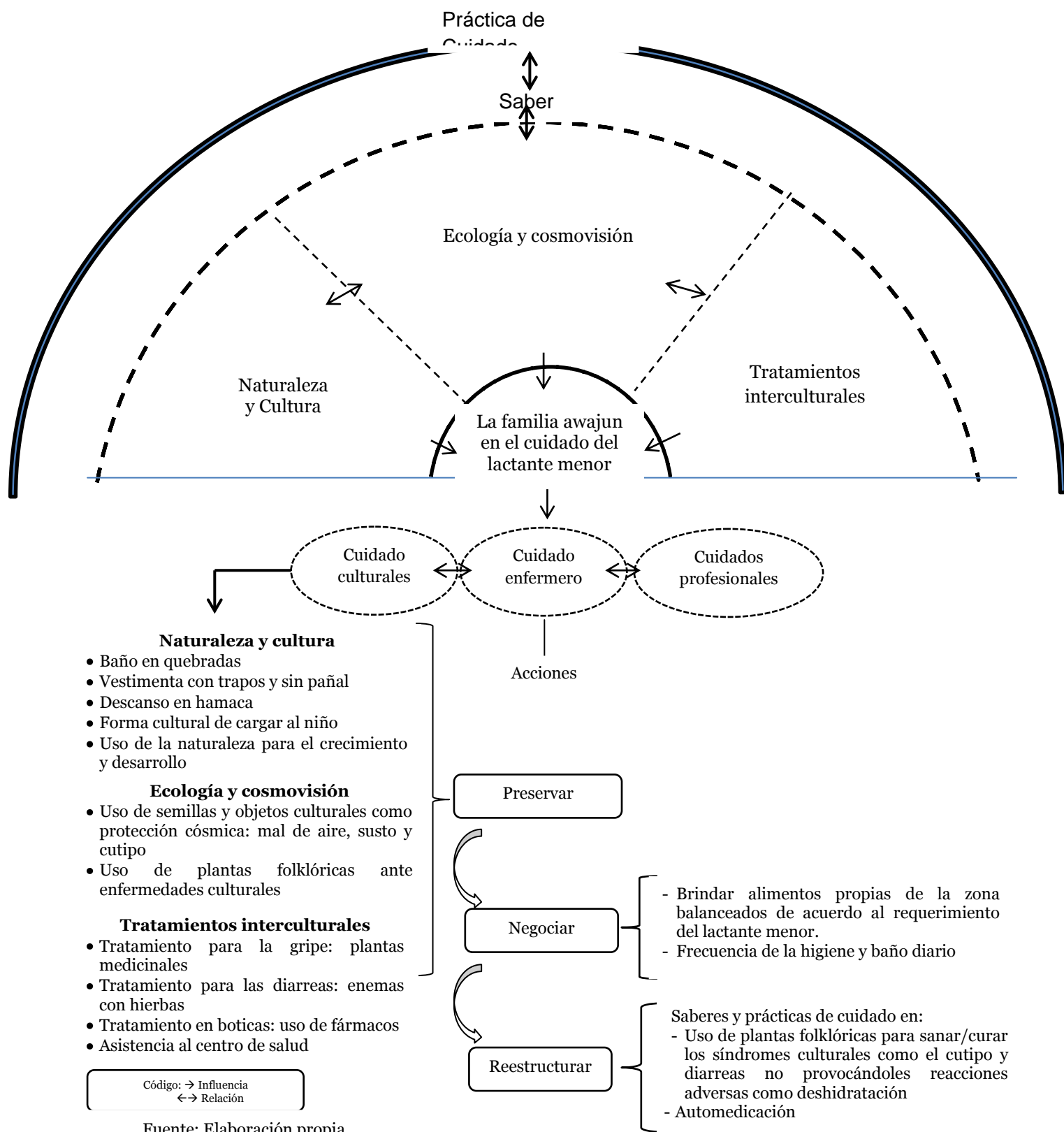
- La negociación que el investigador realizó fue porque algunas prácticas de cuidado por la familia eran un riesgo para la salud del

lactante, es así que se mantuvieron sus costumbres y solo se reacomodaron por ser una práctica más benéfica, pudiendo llegar a los siguientes acuerdos: brindar alimentos propios de la zona balanceados de acuerdo al requerimiento del lactante menor, y aumentar la frecuencia de la higiene y baño diario.

- La reestructuración de los cuidados culturales, En la investigación, solo se llega a detallar las prácticas de cuidado potencialmente dañinas, y que mantienen un arraigo cultural importante como son: Uso de plantas folklóricas para sanar/curar los síndromes culturales como el cutipo y diarreas provocándoles reacciones adversas como deshidratación, y la automedicación.

Este último tipo de cuidado enfermero propuesto por Leininger es más lento y difícil de llevar a cabo, sin embargo constituye un reto para los enfermeros de tomar acciones desde ya para lograrlo.

Gráf 03. Modelo del amanecer de Leininger, adaptado para representar esquemáticamente las prácticas de cuidado cultural al lactante menor desde el saber popular de la familia. Estudio etnográfico en la comunidad Awajun-Amazonas, 2013.



RECOMENDACIONES

A nivel investigativo

- Profundizar en investigaciones en base a los alimentos propios de la zona con sus constituyentes nutricionales e identificar los requerimientos de acuerdo a la edad del infante.
- Realizar investigaciones sobre los efectos medicinales de las plantas folklóricas de la zona como el “piri piri” “Tsemantseg, entre otros.
- Realizar trabajos con enfoque de investigación acción participación para reestructurar prácticas de cuidados desfavorables para el infante, como la aplicación de enemas a corta edad y la automedicación.
- Continuar realizando trabajos con enfoque etnográfico sobre el conocimiento y prácticas de cuidados en base a otros mitos mágicos-religiosos.

A nivel profesional

- Mediante estas investigaciones lograr que el profesional de enfermería alcance la competencia cultural de empoderarse y aprovechar los diferentes espacios donde interviene en proporcionar cuidados de acuerdo a las culturas de las personas.
- Socializar esta y otras investigaciones de cuidado cultural con los profesionales de la zona, para mejorar los cuidados ofrecidos a la población.

A las entidades formadoras de enfermería

- Mejorar los cuidados en salud con enfoque intercultural desde la formación de pregrado bajo competencias de cuidado transcultural.

- Realizar convenios de pasantías con instituciones hospitalarias, comunitarias, de diferentes regiones con población indígena para fortalecer el conocimiento (etic) desde la práctica cultural de las familias (emic).

Al centro de salud y municipalidad

- Realizar acciones de promoción de prácticas saludables coherentes con la realidad cultural de las familias.

- Fomentar y reorientar junto con la madre los cuidados nutricionales para con sus hijos, y rescatar el valor nutricional de los alimentos de su zona, y proporcionarle según su requerimiento.

Al ministerio de salud

- Reestablecer normas de cuidado a los niños con enfoque transcultural.

- Proporcionar materiales educativos para mejorar prácticas de cuidados a los lactantes, con lenguaje e imágenes de la zona.

- Continuar capacitando al profesional de enfermería en aspectos de cuidados culturales, salud familiar y comunitaria.

- Cumplir con la normatividad vigente para evitar la automedicación.

- Gestionar estrategias para que el personal de salud aprenda el idioma

- Elaborar políticas de salud donde se promocióne la preservación, negociación y reestructuración de los cuidados culturales de las familias en comunidades vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bardales A, Cáceres E, Guevara S; et al. Estudio sobre la dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica del Perú. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) - Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Perú. 2010
2. Morales BP. Enfermería- Relación transcultural. Revista digital Universitaria 2011 [1 setiembre 2012]; 9 (26). Disponible en:
http://rediu.colegiomilitar.mil.ar/esp/ediciones/0926/articulos_originales/ReDiU_0926_art3-Enfermer%C3%ADa.pdf
3. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
4. Fuente HIS-MIS del Hospital I Santa María de Nieva. 2011
5. Según el sistema de Hechos Vitales. Certificado de defunción. Año 2009. Elaborado por IS/DGE/MINSA. Disponible en: Gonzales F. Análisis de la Situación de Salud 2012. Minsa -Perú.
6. Zanatta EA, Motta MGC. Saberes e praticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. Rev Gaúcha Enferm. [Revista on-line]. 2007 [1 setiembre 2012] 28(4): 556-563. Disponible en:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23588/000628564.pdf?sequence=1>
7. Silva RL Da, Moreira CM, Castro J De, Ribeiro F. “La práctica del cuidado ofrecido por las mujeres a sus hijos en su domicilio. Enfermería Global. [Revista on-line]. 2007. [1 setiembre 2012]; 6(1). Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/207>
8. Álvarez REC, Moncada MJA, Arias GG, Rojas TCS, Contreras MVI. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. Texto contexto - enferm [online]. 2007. [1 setiembre 2012]; 16 (4): 680-687. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000400012&script=sci_arttext

9. Díaz K, y Sánchez N. El cuidado cultural de familias de un asentamiento humano en la perspectiva de Leininger [Tesis de licenciatura] 2011. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque- Perú
10. De La Cruz H. “Prácticas culturales de la familia en el cuidado al lactante menor en la comunidad de Salas-Lambayeque” [Tesis de licenciatura]. 2010. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque- Perú.
11. Guerra Dávila Silvia, “De la Sierra a la Costa: Cuidado Cultural de las familias inmigrantes” [Tesis de Maestría]. 2013. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque-Perú.
12. Japiassú, HF. Introdução ao pensamento epistemológico. 7ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1992.
13. Muñoz Bravo S. Experiencias de la práctica de cuidado transcultural en el área materno perinatal. Universidad del Cauca. Rev. Facultad Ciencias de la Salud. [Revista on-line]. 2006. [1 setiembre 2012]; 8 (2), Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF/2006/080206200605.pdf>
14. Melguizo Herrera E. Alzate Pozada M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Rev. Avances en enfermería. [on-line]. 2008. [1 setiembre 2012] (1):112-123. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi_1_12.pdf
15. Bustamante S. Enfermería familiar: principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Universidad Nacional de Trujillo. 2004
16. Nakamura E, Martin D, Quirino J. Antropología para enfermagen. Editora Manole. 2009
17. Mayor P, Bodmer R. Pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Iquitos - Perú. Ed. Centro de Estudios Teológicos de la Amazonía (CETA). 1ra ed., 2009 [1 setiembre 2012]. Disponible en. <http://atlasanatomiaamazonia.uab.cat/pdfs/PueblosIndigenasAmazoniaPeruana.pdf>

18. Chokler, M. Los Organizadores del Desarrollo. Un enfoque transdisciplinario para la comprensión del desarrollo infantil temprano. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1988. [1 agosto 2012] Disponible en: <http://www.ulp.edu.ar/ULPWeb/Contenido/PaginaULP79/File/Curso%20Diplomado%20Diversidad%20e%20Integracin%20Escolar/OrganizadoresdelDesarrollo11.doc.pdf>
19. Monge Alvarado de los Angeles. Desarrollo Psicomotor como elemento fundamental en el desarrollo integral de niños y niñas en edades tempranas. Universidad de Costa Rica. Disponible en: <http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Desarrollo-psicomotor-como-elemento-fundamental-en-el-desarrollo-integral-de-ninos-y-ninas-en-edades/pdf/view>
20. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner-Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Mosby Doyma; 1994.
21. Ñaupá H, Mejía E, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la Investigación Científica y Asesoramiento de Tesis. 2da edic. 2011. p. 271-282.
22. Do Prado M., De Souza M., Carraro T. Etnografía: Bases Teórico-filosóficas y Metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000. [online] 2008. [12 setiembre 2012] 9. Cap. 10. Disponible en: www.revista.uladech.edu.pe
23. Sandoval C. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social – Investigación Cualitativa. 1996
24. Amezcua M., Metodología Cualitativa: El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: Una aproximación a la Observación Participante. 2000. [1 setiembre 2012]; 30(30-35). Disponible en: <http://index-f.com/cuali/observacion.pdf>
25. Martínez M. Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa. México: Editorial Trillas; 2004.
26. Murillo J., y Martínez C. Investigación etnográfica. Métodos de Investigación Educativa Ed. Especial. 2010. [12 octubre 2012]; Disponible en: www.uam.es/...pdi/.../InvestigacionEE/.../I_Etnografica_Trabajo.pdf Formato
27. Gúber R. “La etnografía: método, campo, reflexividad”. Edit. Norma Buenos Aires, 2001. [12 octubre 2012]; p.146. Disponible

en: http://blog.cebem.org/wp-content/uploads/2011/05/Rosana-Guber-La-etnograf%C3%ADa_-M%C3%A9todo-Campo-y-Reflexividad1.pdf

28. Guber Rosana: "La entrevista etnográfica" o "el arte de la no directividad". Revista Margen-Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales. [on line] 2001; [12 setiembre 2012]; Cap 4. Disponible en: <http://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/02/guber-rossana-la-etnografia-capitulo-4-la-entrevista-en-profundidad.pdf>
29. Ancízar M. El cuidado de la vida. Grupo cuidado. 2007
30. Spradley citado por Luna F. I. Cualitativa. El método etnográfico y la investigación en Salud; Editorial Harcourt: New York; 1980.
31. Sgreccia, Mons. Elio; "La Bioética Personalista". En Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, Año 2, N° 2, 2009.
32. Denzin y Lincoln citado en Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2009
33. Salcedo J. La comunicación de la ciencia ecológica en el medio rural. [tesis de Maestría] Universidad Nacional Autónoma de México. 2006 [22 diciembre 2013] Cap II, 26-40. Disponible en:http://www.somedicyt.org.mx/assets/hemerobiblioteca/tesis/tesis1_salcedro_cabrales_jose_mauricio/
34. Instituto del Bien Común (Revista on line). Documento 10. Valoración cultural de los pueblos Awajun y Wampís. "Paz y Conservación Binacional en la Cordillera del Cóndor, Ecuador-Perú (componente peruano)". 2011 [12 setiembre 2013]. Disponible en: <http://www.ibcperu.org/doc/isis/5519.pdf>
35. Prieto B. Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias [Tesis de Maestría]. 2012. Universidad Nacional de Colombia. [4 Noviembre 2013] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>

36. Vásquez ML. Vásquez T ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Investigación y Educación en Enfermería* 2006; [4 Noviembre 2013] XXIV:136-142. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402014>

37. Strain H. La lactancia materna. Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina PUC. UNICEF. 2001[23 Enero 2014] Mod.01. Disponible en: http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/LActancia%20materna_profesionales.pdf

38. Torres F. Nugkui: Inspiración de las mujeres Awajun en el manejo de la biodiversidad para su seguridad alimentaria en el alto marañón. Edic. Saipe. 2013. [4 Setiembre 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/146957038/Torres-Fidel-2013-Nugkui-Mujeres-Awajun-Biodiversidad-y-Seguridad-Alimentaria>

39. Fundación Universitaria Iberoamericana. Base de dato internacional de composición de alimentos. Disponible en: <http://composicionnutricional.com/alimentos/CHICHA-DE-YUCA-MASATO-4>

40. Olivares S, Soto D, Zacarías I. Nutrición. Prevención de riesgos y tratamiento dietético. Confelanyd. Chile. 1991. 2º edic. p.131-147.

41. Galvez H, Arbaiza T, Carcelén F, Lucas O. Valor nutritivo de las carnes de Sajino (*Tayassu tajacu*), venado (*Mazama americana*), majaz (*Agouti paca*) y motelo (*Geochelone denticulata*). *Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú*. 1999 [28 enero 2014] 10(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/veterinaria/v10_n1/valnutcar.htm

42. Izquierdo P, et. al. Composición de ácidos grasos y contenido de humedad en doce especies de pescado de importancia comercial en Venezuela. *Revista científica FCV-LUZ*. 1999 [28 enero 2014] 9(6):463-466. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/27272/2/articulo1.pdf>

43. Perea A, et al. Caracterización nutricional de pescados de producción y consumo regional en Bucaramanga, Colombia. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana

de Nutrición. 2008 [28 enero 2014] 58(1). Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v58n1/art13.pdf>

44. Landa RA. Costumbres y creencias de la Madre en las Prácticas de Cuidado de la Ablactación. *Desarrollo Cientif Enferm.* [on line] 2009 [4 Noviembre 2013] 17 (02). Disponible en http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/desarrollo_cientifico_la_enfermeria/6Costumbres.pdf
45. Sotero V, et al. Evaluación de la actividad antioxidante y compuestos fenólicos en pulpa y semillas de cuatro frutales amazónicos de la familia Sterculiaceae. *Rev. Soc. Quím. Perú* [online]. 2011 [28 enero 2014] 77(1): 66-74pp. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1810-634X2011000100007&script=sci_arttext
46. Medellín G, Cilia E, Crecimiento y Desarrollo del ser Humano, Primera Edición, Editorial Colombia; 1995. 312-394pags.
47. Osorio R. Entender y Atender la Enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. 1º edic. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. 2001[28 de setiembre 2013], Disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=MCAOn__1vbkC&printsec=frontcover&dq=los+saberes+maternos+frente+a+los+padecimientos+infantiles&hl=es-419&sa=X&ei=BugvU-LzEdCaogH55YGgCQ&ved=oCC8Q6wEwAA#v=onepage&q=fuerzas%20negativas&f=false
48. Greenfield P, Suzuki L. Cultura y Desarrollo Humano: Implicancias parentales, educativas, pediátricas y de salud mental. Cap. 16 del *Handbook of Child Psychology*, 5th edition. Vol I. E, Siegel y K.A. Renninger Editores del Vol. New York, Wiley, 1998 [22 diciembre 2013] 1059-1109 pag. Disponible en:
<http://cognitiva.univalle.edu.co/archivos/grupo%20cultura/recursos/GreenfielddySuzuki-completo.pdf>
49. Oseguera A. De ritos y antropólogos. Perspectivas teóricas sobre el ritual indígena en la antropología realizada en México Cuicuilco. *Redalyc.org* [on line] 2008 [22 diciembre 2013] 15(42):97-118. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35112172007>
50. Texeira, E. Revisitando o cuidar cotidiano de saúde à luz do pensamento de Boaventura de Sousa Santos para tornar. *Redalyc* [on line] 2003 [22 noviembre 2013] 7(2): 219-

230. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127717991010.pdf>
51. Texeira E. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinho. Redalyc.org. [on line] 2000 [22 noviembre 2013] 4(2):269-278. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718323015.pdf>
52. Barrere V, Angelo M. La organización familiar para el cuidado de los niños: percepciones de las madres en una comunidad de bajos ingresos. Rev. Latinoam. Enfermería [on line] 1999 [16 diciembre 2013], 7 (4): 89-95. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000400012&lng=pt.http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691999000400012.
53. Mejía L, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2010; [16 diciembre 2013] 19(2-3):138-142. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/7442r.php>. Consultado el 13 diciembre 2013.
54. Osorio E, Torres L, Hernández MC, López L, Schnaas L. Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses. Salud Publica Mex [on line]. 2010 [10 febrero 2013.] 52(1):14-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=SO036-36342010000100004&script=sci_arttext
55. Pérez Cordero C. La importancia del juego y los juguetes para el desarrollo integral de los niños/as de educación infantil. Autodidacta [on line]. 2010 [22 diciembre 2013]. Disponible en: http://www.anpebadajoz.es/autodidacta/autodidacta_archivos/numero_9_archivos/c_p_cordero.pdf
56. Velásquez Y. Promoción de Juegos tradicionales venezolanos para estudiantes de la Unidad Ejecutiva Mercedes Limardo. [tesis de licenciatura] 2009. Universidad Central de Venezuela. [22 diciembre 2013]. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2013/1/Tesis%20Juegos%20Tradicionales.pdf>
57. El huairuro – la semilla de la buena suerte. [28 Enero 2014] Disponible en: <http://www.huairuro.com/huairuro.htm>

58. Nanda S, Antropología Cultural, Primera Edición, Editorial México, España; 1982.
59. Arganis E. Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. Yolpahtli.com [on line] 2003. [2 Enero 2014] Disponible en: <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048358/enfermed.pdf>
60. Catenacci V. Cultura popular. Entre la tradición y la transformación. Sao Paulo Perspec. [on line] 2001 [22 noviembre 2013] 15(2):28-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392001000200005>
61. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Construyendo Nuestra Interculturalidad. Interculturalidad.org [On line] 2009 [15 agosto 2013] 5(4):1-18, Disponible en: http://www.interculturalidad.org/numero05/docs/0210-Creencia_embarazo_parto_comunidadnativa_Awajun-Wampis-Medina-Mayca.pdf
62. Tournon J, Cauper S, Urquia R. Los “piri piri”, plantas paradójicas de la Amazonía. Revista antropológica [on line] 1998 [03 enero 2014] 6(16):215-240. Disponible en: <http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/antropologica/article/viewFile/1555/1500>
63. Costa A, Bandeira L, et al. Saberes populares no Cuidado ao Recém-Nascido com enfoque na Promoção da Saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2013 [18 diciembre 2013] 5(2):3626-3635. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2271/pdf_743
64. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica en Salud Pública –DGE-MINSA. Hasta la SE 51-2013. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=66&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=27/12/2013
65. Llonto LL. Experiencias de cuidado cultural de madres durante el tratamiento de enfermedad diarreica. [Tesis de licenciatura] 2013. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque- Perú
66. García J. Propiedades del jengibre. La bitácora de la salud.blogs [on line] Disponible en:

<http://bitacoradelasalud.blogspot.com/2012/09/propiedades-del-jengibre.html>

67. Vásquez R. A. Factores socioeconómicos y culturales en reincidencia de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años [Tesis de licenciatura] 2010. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque- Perú
68. Machado K, Alves M, Vizconde V, Malagoni L, Silva L. Las creencias populares relacionadas con la salud: la apropiación del conocimiento socio-cultural. Rev. Texto contexto - Enfermera [on line] 2006 [12 octubre 2013] 1(15). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>
69. López J, Dennis R, Moscoso S. Estudio sobre la Automedicación en una localidad de Bogotá. Red. Salud pública [on line] 2009 [03 enero 2013] 11(3) 432-444. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n3/v11n3a12.pdf>
70. Kregar G, Filinger E. ¿Qué se entiende por automedicación? Acta Farm. Bonaerense [on line] [3 de enero 2014] 24(1). Disponible en: http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_6_2_5ROG2AU4L2.pdf
71. Vera O, Roda C, Falla B. La automedicación: una problemática nacional y regional que se debe prevenir. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2011 [3 Enero 2014] 4(2). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4060540.pdf>
72. Regiani A, Silva M Da. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP [on line]. 2003 [28 noviembre 2013] 37(4):85-91. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/10.pdf>

ANEXOS

Anexo N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Yo Identificado con DNI N°.....consiento participar en la INVESTIGACIÓN TITULADA: Cuidado cultural al lactante menor desde el saber popular de las familias. Estudio etnográfico en la comunidad Awajun-amazonas, 2013. Admito haber sido informado (a) de los objetivos de la presente investigación por lo cual accedo a que la presente entrevista sea grabada y que el investigadora utilice la información de acuerdo con los fines que crea conveniente.

Firmo la presente para dar fe de mi testimonio.

Chiclayo, 2013

Firma del informante

Firma de la investigadora
Celular: 996875400

ANEXO N° 02

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Diario de Campo

I.- Datos Informativos:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de término:

Escenario:

Personas observadas:

II.- Contenido: En la observación participante se tomarán en cuenta los siguientes ítems:

1. Ambiente externo: observación de la casa, características, desplazamiento de los niños, observación del hogar, medios y materiales que hacen posible los cuidados relacionados con las prácticas culturales, etc.

2. Los hechos observados: descripciones de cómo la familia cuida del lactante menor, secuencia con que se realizan las cosas, frecuencia, etc.

3. Lo que dicen: los discursos, manera de expresarse de las familias y/o cuidadores

4. Lo que hacen: las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas.

5. Creencias, símbolos y rituales: por parte de las familias en cuanto al cuidado del lactante menor

6. Las razones de lo que dicen, hacen, los objetos que utilizan:

7. Las relaciones entre las personas, familias.

8. Los comentarios del observador.

Personas observadas	Hecho observado	Lo que dicen	Lo que hacen	Las razones del porqué lo hacen o no	Comentarios

Lo que los hechos producen en el investigador: experiencia vivida: sentimientos, intuiciones, dudas, sufrimientos, todo lo que puede ser relevante para la investigación.

ANEXO N° 03

INSTRUMENTO: ENTREVISTA ETNOGRÁFICA A LA FAMILIA

I. Instrucciones:

La presente entrevista, es de carácter confidencial y anónimo está dirigida a las familias de la comunidad Awajun enfocando sus prácticas culturales en el cuidado al lactante menor, la cual tiene por objetivos: Describir, analizar y comprender las prácticas culturales que tienen las familias para cuidar al lactante menor. A continuación se presentan preguntas, que deberán ser contestadas según se solicite; se pide veracidad y colaboración.

- 1. ¿Cómo cuida Ud. a su hijo?**
- 2. ¿Qué conocimientos tiene para cuidar a su hijo?**
- 3. Cuando se enferma su hijo, ¿Cómo lo cuida?**
- 4. ¿En qué cosas sus familiares le ayudan para cuidar a su hijo?**
- 5. ¿Quién cuida más al niño?**
- 6. ¿Cómo juega Ud. con su hijo?**