

Universidad del
SINCELEJO

No. _____

Fecha _____

Valor \$ _____

Librería _____

Compra () Canje () Donación ()

**PRÁCTICAS DE CRIANZA COMO AGENTES FAVORECEDORES DE LA
MORBI-MORTALIDAD INFANTIL EN EL BARRIO SINAI DE LA CIUDAD DE
SINCELEJO**

**MIRIAM ESTRADA HERNÁNDEZ
YENNY VITOLA MONTALVO
LEYDY VIZCAÍNO ROA**

Monografía para optar al título de Especialista en Desarrollo Infantil

**Director
Dr. JAIME BUENO HENAO
Mg. en Psicología Infantil**

**Línea de Investigación: Estudios del Desarrollo del Niño y del Joven
colombianos**

Proyecto : Prácticas de Crianza.

T- EDI - 048

**UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA
FACULTAD DE POSGRADOS
SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.**

en convenio con

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
INSTITUTO DE FORMACIÓN AVANZADA
SINCELEJO**

1996

PDI
00092
EJ 1

025094

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL

T

EDI-048 Estrada Hernández, Miriam

Prácticas de crianza como agentes favorecedores de la morbi-mortalidad infantil en el Barrio Sinaí de la ciudad de Sincelejo / Miriam Estrada Hernández, Yenny Vitola Montalvo, Leydy Vizcaíno Roa. -- Santafé de Bogotá, 1996.

xviii, 286 h. : il., folletos (pleg.) ; 28 cm. -- (Tesis Unincca. Especialización en Desarrollo Infantil)

Línea: Estudios del desarrollo del niño y del joven colombianos. Proyecto: Prácticas de crianza / director: Jaime Bueno Henao.

Tesis (Especialista en desarrollo infantil)--Universidad Incca de Colombia, Facultad de Posgrados, en convenio con, Universidad del Magdalena, Instituto de Formación Avanzada.

Resumen: Investigación etnográfica sobre las prácticas de crianza utilizadas por los padres de una comunidad de bajo nivel socio-económico y cultural y su relación con los altos índices de morbi-mortalidad infantil en niños menores de cinco años. Planeación, implementación y ejecución de actividades educativas, esenciales y organizativas que conlleven al mejoramiento del problema y favorezcan el proceso de crecimiento y desarrollo de los menores.

1. MORTALIDAD INFANTIL 2. NIÑOS-CUIDADO E HIGIENE 3. NIÑOS-ENFERMEDADES-ASPECTOS NUTRICIONALES 4. EDUCACION PARA LA VIDA FAMILIAR 5. AFECTIVIDAD 6. PADRES E HIJOS-RELACIONES AFECTIVAS I. Vitola Montalvo, Yenny II. Vizcaíno Roa, Leydy III. Tít. IV. Ser.

CDD 649.123

DEDICATORIA

“ Un hombre es tan grande como sea su sueño, su ideal , su esperanza y su plan. El hombre hace el sueño y al cumplirlo, es el sueño quién hace al hombre”.

A mi hermana Silvia por la fuerza y empuje que imprimió a mis pasos y con ella a todos los míos quiénes se alegran cuando yo estoy feliz, lloran cuando yo estoy triste y disfrutan con mis triunfos haciéndolos propios.

A todas aquellas amigos que me hicieron ver que toda meta conquistada con esfuerzo y sacrificio no es más que el trampolín para otra cosa nueva, más alta y no presentida todavía.

YENNY

AGRADECIMIENTOS

A Dios supremo Rey de la creación que con su inmenso amor y sabiduría dio los impulsos necesarios para realizar esta labor.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la ejecución de este proyecto.

A el Doctor Jaime Bueno por su valiosa guía durante todo el proceso.

A la Doctora Aljadis López por su labor de coordinación y colaboración durante el proceso.

A los amigos y compañeros del equipo de voluntariado por su apoyo ánimo y empuje cuando desfallecía.

A los directores de la Universidad INCCA de Colombia y la Universidad del Magdalena por hacer posible este logro.

A todos ellos Gracias Muchas Gracias.

“La colaboración verdadera es empuje, entusiasmo y riesgo, es audacia y generosidad, es esperanza intercambio y don, es poner al servicio de otros nuestras ideas, nuestra ayuda matinal o espiritual, es afán de abrir la puerta y colaborar cuando alguien la toca buscando ayuda sin el apego de mirar a quien se le da”.

CONTENIDO

	Pág.
0. INTRODUCCIÓN	19
0.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	21
0.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
0.3. PREGUNTAS ORIENTADORAS	28
0.4. OBJETIVOS	28
0.4.1. OBJETIVO GENERAL	28
0.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
0.5. HIPÓTESIS	29
0.6. ENFOQUE INVESTIGATIVO	30
1. MARCO CONCEPTUAL	32
2. METODOLOGÍA	50
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
2.2. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	56
2.2.1. Prácticas de Crianzas	56
2.2. Salud y Enfermedad	57
2.2.3. Desarrollo	57
2.2.4. Comunidad	57

.2.5. Medio Ambiente	58
2.2.6. Cultura	58
2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS	58
2.4. UNIDAD DE TRABAJO	60
2. 5. PROCEDIMIENTO.	61
2.5.1. Visita de reconocimiento del área y contactos con miembros líderes de la comunidad.	61
2.5.2. Trabajo de campo	62
2.5.3. Desarrollo de la investigación	62
2.5.4. Devolución - Apropiación	63
2.5.5. Acción	63
2.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	63
2.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	66
3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	67
3.1. RESULTADOS	69
3.1.1. ESTRUCTURA SOCIAL DE LA FAMILIA	69
3.1.2. ESTRUCTURA Y ESTADO DE LA VIVIENDA	74
3.1.3. CONCEPCIÓN Y EMBARAZO	82
3.1.4. NACIMIENTO Y CUIDADO DEL NEONATO	94
3.1.5. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN	101
3.1.6. HÁBITOS HIGIÉNICOS.	113
3.1.7. ASPECTOS PSICOSOCIALES	118

3.1.8. ATENCIÓN EN SALUD	135
3.1.9. CONCEPTOS GENERALES	144
3.2. RESUMEN EJECUTIVO	151
4. PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE PRACTICAS DE CRIANZA EN EL BARRIO SINAI DE LA CUIDAD DE SINCELEJO	153
4.1. JUSTIFICACIÓN	153
4.2. OBJETIVOS	156
4.2.1. OBJETIVO GENERAL	156
4.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	156
4.3. METODOLOGÍA	157
4.3.1. POBLACIÓN	157
4.3.2. TIEMPO	158
4.3.3. MARCO CONCEPTUAL	159
4.3.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	164
4.3.5. ACTIVIDADES	164
4.3.6. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.	166
4.3.7. CONTENIDO DEL PROGRAMA	167
4.3.8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	169
4.3.9. RECURSOS	173
4.4. IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	176
4.4.1. INFORMES PARA EVALUACIÓN.	177

4.5. INFORME FINAL	201
4.5.1. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	201
4.5.2. RESPUESTA DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS	206
4.5.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	206
4.6. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PRÁCTICAS	207
4.6.1. OBSTÁCULOS	207
4.6.2. FACILIDADES	209
5. CONCLUSIONES	210
BIBLIOGRAFÍA	219

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. COMPOSICIÓN FAMILIAR	69
TABLA 2. EDAD DE LOS PADRES	69
TABLA 3. ESTADO CIVIL	71
TABLA 4. OCUPACIÓN DE LA MADRE	72
TABLA 5. INGRESOS	74
TABLA 6. PERTENENCIA DE LA VIVIENDA.	74
TABLA 7. TECHO DE LA VIVIENDA	75
TABLA 8. PISO DE LA VIVIENDA	76
TABLA 9. ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	78
TABLA 10. ELIMINACIÓN DE BASURAS	79
TABLA 11. DORMITORIOS	80
TABLA 12. MIEMBROS POR FAMILIA	80
TABLA 13. INGESTIÓN DE BEBIDAS CALIENTES	84
TABLA 14. EFECTO DE LA INGESTIÓN DE BEBIDAS CALIENTES	84
TABLA 15. RAZONES PARA NO HACERLO	86
TABLA 16 INTERACCIÓN CON EL CÓNYUGE DURANTE EL EMBARAZO	87
TABLA 17. RECURSO UTILIZADO PARA EL CONTROL PRENATAL	89
TABLA 18. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO	90

TABLA 19. CONDUCTA DEL CÓNYUGE	93
TABLA 20. LUGAR DEL NACIMIENTO	94
TABLA 21. CUIDADO DEL OMBLIGO	97
TABLA 22. RAZONES PARA COLOCAR EL OBJETO	98
TABLA 23. RAZONES PARA ADMINISTRAR O NO EL CALOSTRO	102
TABLA 24. TIPO DE PROBLEMA DIGESTIVO	103
TABLA 25. EDAD DEL DESTETE MATERNO	106
TABLA 26. RAZONES PARA EL DESTETE	107
TABLA 27. USO DEL BIBERÓN	109
TABLA 28. RETIRO DEL BIBERÓN	111
TABLA 29. LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE LAS COMIDAS.	115
TABLA 30. LAVADO DE LAS MANOS DESPUÉS DE HACER LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS	115
TABLA 31. APEGO A LOS PADRES	119
TABLA 32. IMITACIÓN DE COMPORTAMIENTOS	119
TABLA 33. TIEMPO QUE LA MADRE DEDICA AL NIÑO	122
TABLA 34. ESTÍMULO DE LA CONDUCTA POSITIVA DEL NIÑO	123
TABLA 35. OBJETO UTILIZADO PARA PROPINARLE EL CASTIGO	125
TABLA 36. RAZÓN DEL CASTIGO	126
TABLA 37. AFECTA MUCHO AL NIÑO LAS DISCORDIAS ENTRE LOS PADRES.	129
TABLA 38. COMPARTE JUEGOS CON HERMANOS Y AMIGOS	130

TABLA 39. MOTIVO DEL MIEDO	133
TABLA 40. REACCIÓN DE LOS PADRES ANTE EL MIEDO	133
TABLA 41. MORBILIDAD EN EL ULTIMO MES	137
TABLA 42. RECURSO DE SALUD UTILIZADO	138
TABLA 43. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES	140
TABLA 44. ASISTENCIA RECIBIDA POR EL NIÑO ENFERMO	141
TABLA 45. RAZÓN DEL NACIMIENTO DE NIÑOS ANORMALES	145
TABLA 46. LE GUSTARÍA QUE LE ENSEÑARAN A CUIDAR MEJOR A SUS HIJOS	146
TABLA 47. PARTICIPA USTED O SU ESPOSO EN ALGÚN GRUPO DE LA COMUNIDAD	149

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. ESCOLARIDAD DEL PADRE	71
FIGURA 2. OCUPACIÓN DEL PADRE	73
FIGURA 3. PAREDES	75
FIGURA 4. ABASTECIMIENTO DE AGUA	77
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA (Cocinas)	79
FIGURA 6. EDAD DE LA MADRE (Primer embarazo)	82
FIGURA 7. INCONVENIENCIA DE VISITAR UN CEMENTERIO DURANTE EL EMBARAZO	86
FIGURA 8. CONTROL DEL EMBARAZO	88
FIGURA 9. EFECTOS E EL BEBÉ	93
FIGURA 10. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO	95
FIGURA 11. FORMAS DE DORMIR AL NIÑO	99
FIGURA 12. RELACIÓN AL DARLE EL PECHO	104
FIGURA 13. MÉTODO PARA EL DESTETE	107
FIGURA 14. INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.	111
FIGURA 15. LAVADO Y CONSUMO DE FRUTAS	117
FIGURA 16. DEMOSTRACIÓN DE ALEGRÍA ANTE LA LLEGADA DEL PADRE	120
FIGURA 17. FORMA DE ESTIMULAR AL NIÑO	124
FIGURA 18. FORMAS DE RESPONDER ANTE EL REGAÑO	128

FIGURA 19. EDAD DE EMPEZAR A CAMINAR	132
FIGURA 20. COMO CONSIDERA A SU HIJO	135
FIGURA 22. RESULTADO DE LA ATENCIÓN RECIBIDA	138
FIGURA 23. AFECCIONES QUE PADECEN LOS NIÑOS	143
FIGURA 24. PERSONA DE QUIEN DESEARÍA RECIBIR INSTRUCCIÓN	147

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. ENCUESTA	223
ANEXO B. CUESTIONARIO N.1	247
ANEXO C. PREGUNTAS DE DISCUSIÓN	250
ANEXO D. TALLER N.2	252
ANEXO E. DIÁLOGO DE SABERES	259
ANEXO F. FOLLETO EDUCATIVO SOBRE I.R.A.	264
ANEXO G. CARTILLA EDUCATIVA NUTRICIONAL	265
ANEXO H. FOLLETO EDUCATIVO SOBRE VACUNAS	267
ANEXO I. FOLLETO EDUCATIVO SOBRE SENSIBILIZACIÓN AL MALTRATO INFANTIL	268
ANEXO J. FOLLETO EDUCATIVO " AHORA QUE ESTÁ EMBARAZADA"	269
ANEXO K. FOLLETOS EDUCATIVOS "CUIDADO PERSONAL DURANTE EL EMBARAZO" Y " LOS PRIMEROS DÍAS DE SU BEBÉ.	270
ANEXO L. FOLLETO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DE PESO Y TALLA	271
ANEXO LL. FOLLETO EDUCATIVO SOBRE LA FORMACIÓN DE VALORES Y COMUNICACIÓN	272
ANEXO M. FOLLETO EDUCATIVO SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE	273
ANEXO N. ACTIVIDADES LÚDICAS COMO PARTE ESENCIAL	

DENTRO DEL ASPECTO DE LA SALUD.

274

ANEXO Ñ. CRECIMIENTO PERSONAL Y AUTOESTIMA

286

RESUMEN

Pocos parámetros resultan tan demostrativos para valorar el desarrollo socio-económico y cultural de una comunidad como el estado de salud y nutricional de sus habitantes, en especial de la población infantil. La desnutrición, por lo común unida a la deficiente educación de la población, refleja en gran medida la falta de recursos económicos que se traduce en mayores índices de morbi-mortalidad por enfermedades potencialmente prevenibles en los niños menores de cinco años, situación que prevalece en los países en vías de desarrollo incrementándose esta situación en las comunidades marginadas donde la pobreza unida a deficientes hábitos de higiene, de alimentación además del deterioro de las relaciones intrafamiliares que se traducen en poca afectividad hacia el menor y maltrato físico y psicológico forman un conjunto de factores que llevan a un alto índice de morbi-mortalidad en la población infantil.

La comunidad seleccionada para el presente trabajo investigativo fue el barrio Sinaí de la ciudad de Sincelejo, producto de una inversión fomentada por líderes politiqueros con fines electorales donde la mayoría de sus habitantes provienen del área rural, desplazados ya sea por la violencia que

impera en sus lugares de origen o deslumbrados en busca de nuevas y mejores oportunidades. Se trabajo lo referente a prácticas de crianza y su relación con los altos índices de morbi-mortalidad infantil por que ello involucra factores de orden cultural, social, educativo fisiológico y psicológico que tienen amplia repercusión en el proceso de crecimiento y desarrollo de los menores con el fin de ejecutar acciones que conlleven al mejoramiento de las condiciones de salubridad del sector infantil; para lo cual se realizó un diagnóstico previo con la intervención y cooperación de miembros de la comunidad ya que para iniciar un trabajo comunitario alrededor de las necesidades del niño no existen esquemas rígidos se utilizó Investigación, Acción, Participación porque busca que la comunidad conozca, se apropie de sus problemas y se comprometa en la evolución de los mismos mediante la autogestión comunitaria y con base en ello, se implementaron acciones educativas, asistenciales y de tipo organizativo alrededor de las necesidades del infante para lo cual se coordinaron acciones con instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se involucraron en el proceso. Teniendo presente que proteger las mentes y cuerpos en desarrollo de la generación futura debe ser la prioridad de las sociedades del mundo de hoy.

0. INTRODUCCIÓN

Se considera, que si el comportamiento del hombre se explica en gran medida por la acción del aprendizaje, especialmente por el aprendizaje temprano, una forma de estudiar las características distintivas de un grupo, o los actores que influyen en la aparición de un problema en una zona geográfica determinada es investigando la manera como se crían a los niños en ese ambiente, teniendo presente que por medio de las prácticas de crianza se transmiten primordialmente la cultura pero muchas veces, estas pueden ser inadecuadas por la falta de preparación de los padres, propiciando la aparición de alteraciones en el equilibrio biopsicosocial del hombre sobre todo en su período de infancia por lo que se hace necesario una adecuada orientación, para que al ser transmitidas de una generación a otra, se obtenga un mejoramiento del comportamiento y cambio de actitud de los mayores hacia el infante.

Así entonces tenemos que el bajo nivel sociocultural y económico tiene vital repercusión en la asunción de patrones de crianza inadecuadas trayendo

como consecuencias el mal manejo alimenticio, higiénico y afectivo a que se ve sometido el niño, lo cual repercute en su integridad física y mental; esto en la mayoría de las veces se circunscribe con el término de pobreza. "Mientras más próspero es un país, mientras más equitativamente esté distribuida su riqueza, mejores serán las condiciones de vida, mejor la vivienda, el vestuario y la alimentación del pueblo y menores serán los riesgos y las privaciones experimentadas en la infancia y en la juventud; entonces todas las condiciones de vida serán favorables y los hombres alcanzarán más pronto su desarrollo total. En otras palabras, la pobreza o las circunstancias que la acompañan, perjudican el crecimiento y retardan la madurez física y mental".

Esto fue escrito por R.R. Villerme, el fundador de la Antropometría Médico-social en 1829. El concepto tiene validez hoy como tuvo en el pasado. La pobreza es todavía la principal causa de enfermedad, incapacidad y muerte del hombre y todo su cortejo de consecuencias desfavorables tales como la desnutrición, tugurio, prostitución, alcoholismo, criminalidad y analfabetismo.

El presente trabajo ha sido realizado tomando como base la población infantil de un barrio marginado de la ciudad de Sincelejo, el Barrio Sinaí, ubicado en la zona Suroriental de la ciudad, producto de una invasión fomentada por el grupo de políticos con fines electorales, donde la población

infantil es elevada, viéndose enfrentada por la precariedad del entorno; malas vías de comunicaciones, deficiente servicio de agua potable, carencia de servicios de alcantarillado, inadecuada eliminación de basuras y excretas, además de la carencia de espacios de recreación y deterioro de las relaciones intrafamiliares a riesgo de todo orden, mostrando cifras de morbi-mortalidad elevadas.

Se estudiará los patrones de crianza relacionados con hábitos higiénicos, alimenticios y psicológicos en esa comunidad, la manera como influyen las prácticas de crianza en la aparición de alteraciones físicas y psicológicas en los infantes con el objeto de adelantar acciones que permitan disminuir el problema de morbi-mortalidad infantil no sólo en ese sector, sino que tenga aplicabilidad en otras comunidades marginales donde la población infantil se halle sometida a iguales o similares riesgos.

0.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas, ha aumentado la preocupación acerca de la situación de la familia y la niñez a nivel mundial; esto ha llevado a la realización de acciones conjuntas de investigación, tendientes a la toma de decisiones y acciones relacionadas con tales aspectos. Los hallazgos de las investigaciones han propiciado cambios significativos, hoy se hace énfasis

en la necesidad de proyectos integrales para la infancia, familia y comunidad, en la importancia de los padres y cuidadores de niños para facilitar la adquisición de los patrones de crianza, que permitan el desarrollo integral del individuo y que lo doten y capaciten para interactuar en forma provechosa con su entorno.

Latinoamérica no ha permanecido pasiva ante los avances logrados en este tipo de investigaciones y es así, como en los últimos años, ha prestado mayor interés a las relaciones que tienen lugar dentro del contexto familiar, especialmente, aquellas que hacen referencia al cuidado infantil y a los patrones de crianza en los diversos estratos socio-económicos haciendo énfasis en las zonas marginales y de pobreza absoluta, ya que hoy se observa que existe una correlación negativa entre la morbilidad y la mortalidad con el nivel de vida. El hecho es que los grupos con ingresos más bajos presentan los más altos índices de morbi-mortalidad y lo contrario sucede con los grupos de ingresos altos; ésta relación se observa aún en los países más desarrollados económicamente, en los que existiendo desniveles de vida entre los diferentes grupos, la pobreza aparece asociada con un exceso de enfermedades prevenibles; ciertas enfermedades muestran una asociación más íntima con el bajo nivel sociocultural dada a la escasa preparación de los padres, así como a las costumbres y creencias imperantes en términos concretos, a las pautas o patrones de crianza que

rigen las comunidades. La neumonía es un buen ejemplo de esta situación, ella es mucho más frecuente en las clases pobres; la tuberculosis muestra una estrecha relación con la pobreza ya que es favorecida por el hacinamiento que es común en estas comunidades.

Muchas razones pueden explicar este tipo de asociación, pero es indudable que las condiciones de alimentación, el hacinamiento en la vivienda y una disminución de la resistencia orgánica puedan ser causales frecuentes. El bajo nivel sociocultural va siempre asociado también al ambiente de una vida desfavorable y baja de la resistencia que conducen a la enfermedad y muerte sobretodo en los infantes.

En nuestro país, La Universidad Nacional de Colombia recopiló en un libro las obras de Francisco José de Caldas; quién fuera pionero en el tema de las pautas de crianza en Colombia; investigaciones realizadas por Ardila en 1986 sobre este tema, en donde se dividió al país en cuatro regiones culturales: Andina, Santandereana, Antioqueña y las Costas son de las más completas en lo que se refiere a pautas de crianza en Colombia pero, tiene ciertas limitaciones como son la distribución regional; ya que el sur del país quedó excluido y las costas fueron unificadas, perdiendo así una información valiosa.

A nivel de la Costa Atlántica, la Universidad del Norte de Barranquilla, ha sido pionera en los proyectos relacionados con prácticas de crianza en algunos departamentos de la misma, los cuales han originado programas tendientes a mejorar la calidad de vida de la familia, los niños y su comunidad esto ha sido posible gracias al apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) Seccional Atlántico y el auspicio del comité de proyectos Van Leer. De otra parte, el proyecto Costa Atlántica, intentó desarrollar la idea de atención integral al preescolar, buscando un enriquecimiento en la vida integral al preescolar, buscando un enriquecimiento en la vida integral del niño.

La Universidad del Magdalena y la Universidad INCCA de Colombia conscientes de la problemática que involucra la población infantil, en forma conjunta desarrolla el programa de especialización en Desarrollo Infantil con el fin de adelantar acciones de docencia, investigación y participación que impulsen la implementación de programas tendientes a mejorar las condiciones de riesgo en que se desarrolla el niño colombiano; con base en esto, y en la observación que a diario se hace de la recurrencia de niños provenientes de comunidades marginadas a los centros hospitalarios se adelantan un estudio de la situación actual en una de las áreas afectadas, con miras a implementar acciones que conlleven al mejoramiento de la misma y a la vez, en un futuro puedan extenderse a otras áreas con igual o

similar problemática en lo relacionado con la utilización de patrones de crianza inadecuados los cuales, son producto la mayoría de las veces de desconocimiento por parte de los padres de normas y principios básicos y adecuados para el tratamiento y cuidado del infante.

La solución de ésta problemática corresponde a los dirigentes y políticos pero dado a que las profesiones médicas y paramédicas están en contacto permanente con las comunidades y ven los efectos negativos del bajo nivel sociocultural sobretodo a nivel de la población infantil, tienen gran responsabilidad; por ello, deben contribuir a despertar la conciencia de la sociedad para trazar acciones que sirvan a los dirigentes y entidades públicas para valorar y resolver el problema. Los equipos interdisciplinarios de salud deben asumir posiciones directivas en los esfuerzos por mejorar el estado de salud de las poblaciones marginadas; una forma concreta de hacerlo es definiendo las necesidades mínimas (alimentación, vivienda, vestuario, educación, afecto y recreación) y declarando que sin ellas no hay salud y el niño se enfrenta también a la muerte.

Considerando, que las soluciones de los problemas relacionados con la calidad de vida de los niños colombianos, es un aspecto de gran importancia para los profesionales en todas las áreas del conocimiento y para la población adulta de nuestro país; es conveniente intervenir y desarrollar

soluciones no sólo a nivel político y social, sino también con aportes de tipo social y científico. Quizás en un momento dado no se cuente con la infraestructura ideal para resolver el problema, pero se pueden trazar acciones que conlleven a un cambio de actitud, a un mejoramiento de normas y patrones aprendidos y que contribuyen a la aparición o persistencia del problema.

0.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se considera que existe deterioro de la situación de niñez en el mundo. Cada semana fallecen 250.000 niños víctimas principales de la falta de recursos económicos que se traducen en alimentación insuficiente y carencia de infraestructura sanitaria y educación para la salud. Según datos de la UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Niñez) alrededor de 14 millones de niños mueren cada año de desnutrición y alteraciones de tipo infeccioso (Enteritis, IRA, etc.). Sólo en América Latina, un millón de niños menores de cinco años mueren anualmente por causas, en su mayor parte evitables.

Es evidente, que las alteraciones de tipo nutricional, entérico y trastornos respiratorios e infecciones tienen como origen común la pobreza que se refleja en el bajo nivel económico, ocupacional y educativo de un amplio

sector de la población marginada con relación a esto, se sabe hoy día que la desnutrición y trastornos metabólicos en los niños y otras series de patologías que afectan la población infantil se deben en gran medida a los bajos ingresos familiares que son insuficientes para adquirir alimentación adecuada, a los inapropiados patrones de compra de alimentos y de distribución intrafamiliar, a las condiciones de hacinamiento de la vivienda y la higiene del ambiente que traen como consecuencia la enfermedad o muerte del infante.

Más no basta satisfacer sólo las necesidades biológicas de los menores, hay que tener presente que cada momento del crecimiento y desarrollo plantea un conjunto integral de necesidades biopsicosociales que deben ser satisfechas oportunas y adecuadamente en forma global, no obstante, algunos padres por falta de educación dan prioridad a la satisfacción de necesidades de orden biológico dejando de lado las de tipo afectivo privando al niño de esta manera de herramientas suficientes para el logro de un completo y adecuado desarrollo. Con base en esto nos preguntamos:

¿Cómo influyen las prácticas de crianza del Barrio Sinaí en los altos índices de morbi-mortalidad infantil?

0.3. PREGUNTAS ORIENTADORAS

0.3.1 ¿Cuáles son las prácticas de crianza que inciden en el alto índice de morbi-mortalidad infantil en el Barrio Sinaí?

0.3.2 ¿Qué relación existe entre el bajo nivel educativo y la utilización inadecuada de prácticas de crianza?

0.3.3 ¿Cómo influye las creencias y costumbres en las pautas de crianzas empleadas por los padres en el Barrio Sinaí?

0.3.4 ¿Tienen las madres conocimientos reales contenido nutricional de los alimentos?

0.3.5 ¿Conocen los miembros de la comunidad y hacen uso de ellas de instituciones que pueden brindarle ayuda en caso de enfermedad?

0.3.6 ¿Conocen los padres la importancia de brindar afecto y confianza a sus niños?

0.4. OBJETIVOS

0.4.1. *OBJETIVO GENERAL.* Realizar un estudio sobre prácticas de crianza que los padres utilizan con sus hijos y observar la relación que existe entre estas y el alto índice de morbi-mortalidad e implementar y ejecutar acciones educativas y asistenciales encaminadas a lograr un proceso de gestión que conlleve al mejoramiento de la situación.

0.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Establecer contactos con los miembros de la comunidad mediante visitas, observaciones, entrevistas y reuniones para conocer los patrones de crianza utilizados en la misma.

Incentivar a los miembros de la comunidad a tomar parte activa en las acciones a desarrollar teniendo como base el mejoramiento de las condiciones de crianza infantil.

Disminuir el alto índice de morbi-mortalidad infantil mediante la orientación y capacitación a los padres en los aspectos de necesidades físicas y psíquicas del infante.

Establecer contactos con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la realización del proyecto.

0.5. HIPÓTESIS

El alto índice de morbi-mortalidad infantil del Barrio Sinaí está asociado a prácticas de crianza relacionadas con hábitos higiénicos, alimenticios y deprivación sicoafectiva.

0.6. ENFOQUE INVESTIGATIVO

Se utilizará investigación, acción y participación (I.A.P). Porque el estudio está encaminado a desarrollar acciones con la comunidad este enfoque permite investigar conjuntamente las causas del problema y planear y desarrollar acciones a nivel comunitario. Una vez que es la estrategia que involucra a la comunidad en el conocimiento y solución de sus problemas, y no solo describe los problemas sino que trabaja sobre ellos generando alternativas de solución a los mismos.

La comunidad donde se adelantará el estudio dependerá de estos puntos de vista y en función a los problemas que se identifiquen entre el organizador y los grupos sólo sobre estas bases, se podrá proceder al trabajo de organización y desarrollo de la misma, ya que como se ha dicho, la forma más simple de organización de la comunidad para su propio bienestar es cuando un grupo de ciudadanos reconoce la existencia de una necesidad en su ambiente de vida y se unen organizadamente para solucionarla.

Es evidente que para participar activamente en los programas de salud, la gente necesita saber el porqué de las cosas, necesita estar motivada para ello y para cambiar sus actitudes. La simple transmisión del conocimiento no resuelve el problema, los servicios de salud deben actuar con intención

educativa, pero en la actualidad no son capaces de tomar una responsabilidad de un proceso que debe ser integral y que además, debe estar relacionados con otros aspectos de la vida de la gente que para ellos son también muy importantes; estos aspectos se refieren a varios de los componentes básicos del nivel de vida comunitario que tienen por un lado influencias directas sobre el proceso dinámico de salud y por otro, pueden facilitar los cambios de actitudes de la población en la relación a la aceptación y la adopción de programas bien concebidos y realistas de salud.

Por ello, es un gran avance cuando la comunidad identifica sus necesidades y objetivos, los clasifica u ordena, desarrollando confianza y voluntad para trabajar por ellos, encuentran recursos (Internos y Externos) para afrontarlos y emprende acciones cooperativas respecto a ellos. En este proceso, la capacidad de la comunidad para funcionar como una unidad integrada, aumenta a medida que ésta se ocupa de uno o más problemas que le conciernen.



1. MARCO CONCEPTUAL

La atención integral del infante no puede concebirse solamente como la prestación de una serie de apoyos médicos y psicológicos sino también, como un proceso de aculturación merced al cual el menor se socializa y empieza a asimilar los valores de su propia cultura, que es lo que conforma la estructura social en la cual se desenvuelve. Según Amar y de la Espriella.¹ Cuando el niño logra adquirir los elementos de cultura, puede aportar pautas de conductas puramente individuales que lo identifiquen con ellas; estas pautas dan coherencia y continuidad a las costumbres y le dan al individuo, no sólo una identidad personal, sino también la pertenencia a un grupo social.

Si uno desea conocer lo que cabe esperar de un hombre, es necesario saber en que cultura fue educado y no a qué raza pertenece. Cada sociedad, a veces cada grupo social, tiene su propia cultura, de tal modo que existen

¹ AMAR, J.J. y DE LA ESPRIELLA María M. ; Descripción general del proyecto Costa Atlántica. proyecto de atención integral al preescolar Costa Atlántica. Barranquilla. UNINORTE 1983. p. 125-134.

innumerables formas de actuar, a veces muy diferentes aún en el mismo país. Los hábitos de los grupos sociales se han desarrollado a través de la experiencia colectiva en su lucha por sobrevivir y lograr una vida mejor. A veces estos hábitos y costumbres son errados, sin embargo las personas que los mantienen no son en modo alguno estúpidas o ilógicas. Es más, en la mayoría de los casos, como sucede con algunos pueblos primitivos, actúan en forma completamente racional desde su punto de vista.

Esto se debe a que el individuo es producto de la cultura a que pertenece; sus hábitos, sus creencias dependen de su cultura. Esta se puede definir entonces como el modo de vida que adoptan las poblaciones e incluye todo aquello que es inventado o aprendido por el hombre y luego transmitido de generación en generación. La cultura se adquiere por un proceso consciente e inconsciente de aprendizaje.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, es evidente la relación que existe entre la cultura de una comunidad y su nivel de salud. Los hábitos, las costumbres y los conocimientos de la población tienen influencia directa sobre su salud; por otro lado los programas de salud modifican favorablemente la cultura de una población ya que precisamente, uno de los factores más importantes en la producción de enfermedad es la ignorancia respecto a las causas de las enfermedades y a cómo mantener la salud.

Hay muchos factores involucrados en este proceso. La cultura de las personas para quienes se destinan los programas de salud difieren a menudo de la cultura y subcultura de las personas que formulan y ejecutan dichos programas gran parte de la aparente falta de lógica y poca cooperación de los miembros de una comunidad puede explicarse tomando en cuenta esas diferencias culturales. Por ejemplo, en América Latina, la fe en los "curanderos" y en los "remedios caseros" impide con frecuencia que la comunidad utilice los recursos de los puestos y centros de salud; las relaciones interpersonales entre el público y el equipo de salud de estas instituciones no son siempre satisfactorias, pues muchas personas se muestran suspicaces y desconfían de la educación que reciben y mucho más. Si alguno de los miembros del equipo visita su hogar; igualmente los miembros del equipo llámese médico, enfermera o trabajadora social se desconciertan por esta impresión del público. Ambos problemas se deben en gran parte a las referencias culturales básicas y repercuten desfavorablemente sino se logran equiparar las diferencias en la salud de la población y más específicamente en la de los infantes.

En los postulados que formula Linton.² Sobre el origen de la personalidad del niño, hace énfasis en las técnicas que los miembros de toda sociedad emplean en el cuidado y la crianza de los infantes así mismo, psicólogos

² LINTON, R. El individuo y su sociedad. México : Fondo de Cultura Económica, 1961 p. 190-210.

interesados en el desarrollo infantil definen las pautas de crianza como los conocimientos, actitudes, normas, valores y comportamientos que los miembros adultos de las familias o grupo social asumen con relación a la salud, nutrición, la importancia del ambiente físico y social y de las oportunidades de aprendizaje de sus miembros infantiles.

Existen obvias diferencias entre las culturas por lo que respecta a la manera como se cría a los niños. Un determinante importante de ello es el de las creencias que abrigan los padres acerca de la naturaleza fundamental del niño, y sus convicciones acerca de como se transforma al niño en un adulto ideal según asevera Mussen, Conger y Kagan: "No parece existir una receta perfecta para la crianza de los niños y estos parecen ser capaces de desarrollarse adecuadamente dentro del marco de toda una variedad de rutina de crianza"³

La concepción que se tiene de la infancia, las expectativas sociales que se generan sobre su desempeño, las actitudes y los comportamientos que caracterizan el trato que cada grupo social da a sus niños, constituyen aspectos importantes de la cultura de los pueblos Ortiz afirma que: Muchos de las factores del desarrollo infantil son resultado de la interacción entre

³ MUSSEN, P. CONGER, L y KAGAN, J. Desarrollo de la personalidad en el niño. México: Trillas, 1985. p. 155.

creencias, aptitudes y comportamientos que los padres y adultos de la comunidad tienen con relación al niño, su educación, su crianza y sus necesidades como ser biológico y social".⁴

Teniendo presente que el desarrollo infantil es un proceso integral determinado fundamentalmente por la interacción entre la maduración biológica, la interacción social y las experiencias de aprendizaje no basta con satisfacer en forma independiente, cada una de las necesidades sean estas biológicas o sociales, sino, tener presente que cada momento del desarrollo plantea un conjunto integral de necesidades biológicas y psicológicas que deben ser satisfechas al unísono, en forma oportuna además de ello, el desarrollo humano implica también un proceso social y cultural que no puede desvincularse de lo anterior. Desde el mismo momento de la concepción, el niño comparte y es afectado por un sistema de creencias, valores, lenguaje, objetos, situaciones expectativas, es decir, por todo aquello que caracteriza la cultura del grupo social del que hace parte; razón por la cual, es afectado también por las condiciones políticas, sociales y económicas que caracterizan el momento histórico del contexto del cual hace parte.

⁴ ORTIZ, Nelson. Hacia el pleno desarrollo de la niñez. En "Juego juguetes y desarrollo infantil". En Revisión para Publicación. 1995

Entonces se puede considerar a la relación de crianza como un conjunto de conductas, donde los principales elementos son las expresiones de cuidado atento, soporte, sentimientos de amor y de aceptación; tal relación se desarrolla sobre el tiempo y se extiende a muchas experiencias y características del medio y del momento. Un estudio incluido dentro del proyecto Costa Atlántica realizado con el propósito de obtener datos que complementen de manera parcial esta línea de investigación en la Universidad del Norte de Barranquilla es el Acosta, Decaret y Deik ⁵ quienes describieron las pautas que predominan en las prácticas que padres y adultos aplican en la crianza de los niños de 0 a 4 años en un barrio de clase baja de la ciudad de Barranquilla; las conclusiones obtenidas en este estudio, reflejan que la principal preocupación de las madres es su estado de salud durante el embarazo, por lo que acuden al médico periódicamente; el cuidado del recién nacido lo realiza la madre con la ayuda de la abuela o algún familiar, se utilizan muchos medios para prevenir el "mal de ojos" de los niños, entre los que se mencionan hacer rezos y colocar collares a los niños; en la mayoría de los casos la alimentación complementaria empieza entre el primero y el sexto mes de nacido, existe la creencia que si el corte de pelo se realiza antes del primer año de vida se impide el desarrollo del

⁵ ACOSTA, DACARET, y DEIK. A. M. Estudio descriptivo sobre las pautas de crianza en niño de 0 a 4 años en un Barrio de la ciudad de Barranquilla En : Anuario Científico de UNINORTE. (1984) p. 167-171.

lenguaje o este aparece tardíamente; el machismo es inculcado a los hijos varones desde los primeros meses.

Los hallazgos de la investigación son válidas para la población a estudiar más no generalizables, debido a las características particulares y condiciones culturales de estas dos ciudades. Hay que tener en cuenta la calidad de cuidado físico y psíquico que le proporcionan al niño en ambos ambientes y la relación de ésta con las prácticas paternas utilizadas en el hogar, para lograr un desarrollo integral del infante.

De igual forma, en el informe presentado por Kardonsky-Titelman⁶ sobre la crianza y la socialización del niño en Latinoamérica más concretamente Colombia y Perú basado en una revisión de literatura, encontramos que en un estudio realizado en Colombia por Gutiérrez de Pineda (1975) en el área Urbana y rural, la responsabilidad y las tareas relacionadas a la crianza y cuidado de los niños, está asociada en primer lugar y casi que exclusivamente a la madre, pero también participan otros cuidadores como los hijos y familiares que tenían significación en este proceso. El padre aparece como figura de autoridad lo cual adquiere valor significativo en la socialización del menor pero no desarrollo prácticamente ninguna función en

⁶ KARDONSKY, Vera. TITELMAN; La crianza y la socialización del niño en Latinoamérica. Bogotá 1983. p. 4-10.

su crianza. El rol de los hermanos mayores también reviste importancia en este estudio, ya que son principalmente los valores quienes imponen disciplina y ejercen autoridad, en tanto las niñas ayudan a la madre en las tareas domésticas y en el cuidado de los hermanos menores.

Los estudios hechos por Hernández (1975) y por Vásquez de Gómez en el mismo año, en familias del sector marginal del Sur de Bogotá, demuestran que lo observado por Gutiérrez de Pineda hace aproximadamente 25 años sobre los roles del padre, la madre y otras personas en la crianza de los menores, se conservan en las familias de estratos bajos que habitan sectores de gran marginalidad social y económica. En estas familias, la madre asume total responsabilidad en la crianza y el cuidado de los hijos y del padre no tiene actividad en ello. Al igual que en el estudio de Gutiérrez de Pineda el padre se considera figura de autoridad la cual se impone generalmente mediante el castigo.

Las observaciones realizadas por Flórez (1975), en hogares marginados del sector urbano de Bogotá, confirman los hallazgos de los estudios mencionados. Flórez, hace énfasis en que los niños desde muy temprana edad son tratados como adultos; los padres esperan y exigen que ellos se realicen y se responsabilicen de tareas que en muchas ocasiones parecen ser excesivas para su edad. Así mismo, los hallazgos de Anaya de Torres y

Cols (1980), en una muestra de 100 familias de los barrios marginados de Barranquilla, confirman lo encontrado en los anteriores estudios.

Vemos así, que la familia adopta una posición activa y muchos de los fenómenos ocurridos en el interior corresponde a estrategias de supervivencia que ella sigue como grupo para cumplir con sus funciones por ello, en algunos sectores de nuestra sociedad se presentan variaciones en la forma como se cumplen estas funciones debido a la mayoría de las veces a patrones culturales establecidos en pequeños grupos, ejemplo de ello es la utilización de los niños en el sector de la economía informal o el manejo inadecuado de las necesidades infantiles que se dan en los estratos socioeconómicos bajos lo cual se identifican como producto de la pobreza.

Según Montero⁷ para lograr un conocimiento amplio sobre los métodos de cuidado infantil, es necesario estudiar el medio social donde se desenvuelve el niño, además de un marco cultural general, ya que esto suministra su estilo de vida, una concepción particular del mundo y proporciona cierto modelos de conducta que se traducen en comportamientos concretos, así tenemos, que en todos los estratos sociales las madre se preocupan por los hábitos y cuidados alimenticios del infante, pero en la clase bajo y zonas marginales tanto estos como los hábitos de higiene aduciendo condiciones

⁷ MONTERO, M. Psicología social, Méjico : Trillas 1980, P 146 -152

de pobreza son deficientes, debido al abandono que muchas veces sufre el niño, ya sea porque ambos padres trabajan fuera del hogar, hay abandono de uno de ellos, donde las circunstancias mismas de la vida cotidiana reduce la cantidad de tiempo y la calidad de cuidado; o porque el nivel educativo y de formación no permite conocer la importancia de estos aspectos. Esto conduce a someter al niño, de estos estratos a toda clase de riesgos donde predomina las alteraciones de tipo nutricional, entérico, respiratorio e infeccioso lo cual incrementa la tasa de morbi-mortalidad infantil.

Aunque la morbi-mortalidad infantil tiene diversa causalidad, generalmente en los estratos bajos se halla asociada al mal cuidado del menor, por la desatención de normas y principios en lo que a salubridad se refiere, originando estos en malos hábitos adquiridos como producto de una transmisión cultural errada o por desconocimiento de ellos.

Los estudios epidemiológicos de la morbi-mortalidad infantil, permite clasificar estos índices en dos categorías: Aquellos debido a factores ambientales o de causa exógenas tales como las Infecciones, la Desnutrición, etc., y las ocasionadas por causas endógenas, debido a condiciones anómalas que el niño traía al nacer. Estas últimas ocurren debido a factores hereditarios adversos, anomalías congénitas o accidentes a consecuencias del parto.

Las causas de morbi-mortalidad actúan en forma distinta durante las diferentes etapas de la infancia pero especialmente durante el primer años de vida por ser este período más hábil debido a la poca resistencia o defensas que ha desarrollado el niño frente al ambiente, entre estas causas tenemos:

1. El bajo nivel sociocultural y económico que rodea al infante obedece a la producción de causa exógenas por la falta de educación o desconocimiento por parte de los padres de métodos adecuados de cuidados, de aquí que los países que han disminuido la tasa de morbi-mortalidad infantil hayan tenido un mejoramiento del nivel de vida.
2. La morbi-mortalidad del infante está en relación indirecta con la madurez y peso del niño al nacer. El prematuro muere en mayor proporción a medida que su peso de nacimiento baja de los **DOS MIL QUINIENTOS** (2.500 grs).
3. El hijo ilegítimo (madre solterismo) de comunidades pobres tienen una probabilidad mayor de morir en el primer año de vida que el legítimo sin embargo, el mayor riesgo de muerte se ha encontrado en los primeros meses de vida y a los 6 meses de vida, las diferencias entre legítimos e ilegítimos son mínimas. La razón es de orden económico por cuanto a la ilegitimidad a menudo se significa abandono por parte de la madre parte del

padre en relación con esto, y con el problema económico está el factor alimentación de la embarazada y la del lactante; la calidad de dieta de la madre y de la del niño influye en la supervivencia y salud de este.

4. La morbi-mortalidad infantil y el control natal muestra asociación en todas partes. Los países con baja morbi-mortalidad infantil tienen también baja natalidad y viceversa. La disminución de la natalidad no es otra cosa que la reducción de número de hijos de cada madre; está demostrado que a partir del cuarto hijo hay mayor índice de mortalidad, debido a que la madre se encuentra más debilitada orgánicamente dando como resultado un producto débil que en muchas ocasiones no sobrevive o si lo hace es un niño débil y enfermizo; igual cosa sucede con el resto de los hijos, se ven enfrentados a más posibilidades de riesgos debido a que el madre no puede brindarle los cuidados y afectos necesarios dado al mayor número para cuidar.

5. En relación a la edad, no sólo influye la edad del infante, sino también la edad de la madre. La morbi-mortalidad infantil, principalmente la de niños en el primer trimestre de vida es mayor en hijos de mujeres muy jóvenes probablemente, por la escasa preparación de las jóvenes para el manejo del neonato lo cual está directamente relacionado con los patrones de crianza aplicados.

6. La morbimortalidad infantil está asociada con los factores climáticos. En los países de alta tasa hay una elevación causada por el aumento de las diarreas infecciosas infantiles y de trastornos nutritivos agudos en la época de calor y en invierno disminuyen estas causales y aumentan las infecciones de tipo respiratorio especialmente la bronconeumonía y otros trastornos respiratorios que asociados a la desnutrición pueden llevar al niño a la muerte.

Naturalmente, que las causas de morbilidad y mortalidad infantil varían de una población a otra de acuerdo con los aspectos antes mencionados, pero son las enfermedades respiratorias, digestivas y las infecciones, las más frecuentes; entre las primeras están la bronquitis, bronconeumonía y resfriado común, entre las segundas los trastornos nutritivos, las diarreas infecciosas; entre las infecciosas están la tuberculosis, dermatitis etc. También son importantes las relacionadas con trastornos congénitos y alteraciones del embarazo y parto, entre las que se cuentan la prematurez y las cardiopatías; excepto la prematurez y algunos defectos congénitos, la mayor parte de causas responsables de morbi-mortalidad infantil son prevenibles con hábitos y costumbres adecuados.

Se sabe entonces que el factor ambiental, económico y social en que nazca y se desarrolle el niño, es primordial para el desarrollo de patologías que lo

lleven a su desequilibrio orgánico y psíquico, ejemplo de ello lo constituyen las diarreas infecciosas infantiles, la desnutrición y las afecciones respiratorias. Las primeras contribuyen un complejo etiológico en que intervienen salmonelas, escherichia coli etc., la incidencia de las enfermedades intestinales del infante está en relación con el grado de saneamiento ambiental, con las condiciones económicas de la familia, con el nivel cultural, con los métodos de puericultura utilizados en el cuidado del niño y muy especialmente, con la calidad sanitaria de los alimentos y de los utensilios empleados en la alimentación infantil, todo lo cual está directamente relacionado con la utilización correcta o incorrecta de prácticas de crianza en un nivel sociocultural determinado.

Una sintomatología parecida puede presentarse a consecuencia de trastornos metabólicos no relacionados con infecciones sino con procesos de desnutrición; secundariamente estos niños pueden contraer infección lo cual es frecuente, porque la susceptibilidad está en ellos aumentada. La incidencia de los trastornos nutritivos es común en la primera infancia y constituye quizá la causa más elevada de morbi-mortalidad infantil. El trastorno nutritivo que suele manifestarse con diarreas deshidratación, pérdida de peso y retraso notable de crecimiento, consiste en una alteración funcional de los procesos de metabolismo interno celular y de asimilación, la

consecuencia es una desnutrición progresiva que lleva al niño más o menos rápidamente a la caquexia (adelgazamiento exagerado) y a la muerte.

Martorell⁸ asegura que los factores principales que intervienen en la producción del trastorno nutritivo son: Los errores dietéticos, las deficiencias en la higiene personal, las infecciones y acceso deficiente a los cuidados de salud, pero el factor más importante es la alimentación y, en especial la alimentación artificial. Son los errores o la ignorancia de lo que debe ser la dieta del niño lo que desencadena el trastorno metabólico.

En el contexto de la cultura occidental, los métodos utilizados en la crianza de los niños han sufrido cambios profundos. En la actualidad los padres se sienten confusos respecto al modo adecuado de criar a sus hijos por otra parte, en algunos estudios realizados se concluye que no existe un mejor o peor método o patrón de crianza más bien estos representan adaptaciones o condiciones que difieren entre los grupos, las creencias o limitaciones representan costumbres adaptativas de acuerdo con las características específicas del medio ambiente en el cual se desenvuelve el menor.

⁸ MARTORELL, R. et al. La nutrición infantil, sus consecuencias a largo plazo. En: Revista Anales Nestlé. (1989). p. 109

De todas formas, la reducción de morbi-mortalidad infantil como lo han logrado muchos países indican la eficacia de los procedimientos preventivos que en general, son similares: Control médico del embarazo y parto, examen periódico de salud del infante y principalmente un cambio de actitud en el cuidado materno que tiene mucho que ver con los patrones de crianza adecuados, enseñanza de puericultura de la madre con el objeto que se aplique al niño una buena higiene personal, medidas indirectas tales como el mejoramiento de la vivienda y de la calidad sanitaria de los alimentos, utensilios etc.; en los países subdesarrollados el saneamiento ambiental continua siendo el mejor métodos para evitar la enfermedad y muerte del infante junto a la alimentación y hábitos adecuados lo cual descansa en la concientización de los adultos de adquirir patrones de hábitos sanos por ello, la puericultura se refiere a los cuidados que deben presentarse al infante para que pueda desarrollarse en buenas condiciones de salud. Por ser técnica de aplicación individual se ha extendido a grandes masas de población empleando criterios uniformes en lo que se refiere al control de la enseñanza, enfatizando que los cuidados del niño empiezan en el momento mismo del nacimiento, con el adecuado tratamiento del cordón umbilical, el baño de limpieza, el vestuario adecuado, el reposo, la temperatura, la ventilación adecuada, al igual que la cantidad y calidad de vestuario, que debe ser apropiada para la estación del año con el objeto de no provocar enfriamiento ni "golpes de calor". El baño del infante tiene vital importancia

porque la piel de los niños tiene gran actividad funcional y es más sensible a los agentes exteriores por el desaseo. La higiene infantil descansa en el control médico y en la educación de la madre y sus familiares en lo relacionado a la atención y cuidado adecuado del infante.

Los miembros del equipo médico encargado de brindar atención al menor conocen que la base de un buen programa infantil es la educación de la madre y de la familia por ello, gran parte del tiempo de consulta se dedica a informar o educar a la madre sobre temas de higiene infantil que ella misma pregunta o de necesidades detectadas durante la exploración del menor.

En los países de alta morbi-mortalidad infantil, los rubros más importantes que tienen que abordar la educación sanitaria son: Contenido y ritmo de la dieta del niño, preparación higiénica de los alimentos, cuidados de los utensilios, saneamiento del ambiente familiar, higiene personal del infante, protección contra accidentes, inmunizaciones en zonas de bajo nivel sociocultural; la educación sanitaria debe ser directa, el método de enseñanza debe ser de preferencia la demostración práctica (talleres vivenciales) en vez de discursos (charlas educativas) o los folletos.

Los padres tienen la responsabilidad de formar hábitos y normas de vida higiénicos en el niño, comenzando por los hechos que más interesen al

infante tales como comida, vestuario, reposo, higiene personal, recreación y relaciones con el ambiente.

2. METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Para un mayor conocimiento de la realidad de la dinámica familiar, se hace necesario abordar la utilización de patrones de crianza desde una perspectiva amplia, que no sólo incluya la descripción de las conductas sino también las expectativas de los padres y otros miembros del grupo participante en el cuidado infantil y se aborden soluciones para dicha problemática.

Para iniciar un trabajo comunitario alrededor de las necesidades del niño no existen esquemas rígidos. Se utiliza Investigación, Acción, Participación porque se considera que es la mejor forma de que la comunidad participe ya que es ella, quien conoce su problemática y sus necesidades para que de esta manera se sientan motivados a participar en las acciones emprendidas y una vez finalizada la labor en el sector, ellos sean capaces de continuar con los programas implementados.

No obstante lo anterior es indispensable realizar un análisis de la metodología utilizada en anteriores investigaciones, porque a partir de ellos se puede derivar conclusiones importantes para la organización la implementación de un diseño que permita el acercamiento a la realidad del niño, el surgimiento de alternativas de acción que de soluciones viables a las necesidades existentes.

Los estudios sobre prácticas de crianza, se realizan comúnmente en ambientes naturales llamados de campo; los datos se obtienen mediante visitas domiciliarias, entrevistas, encuestas, o en situaciones de juego; se considera que los resultados de campo, son amplios y confiables, porque tienen en cuenta un mayor número de categorías y factores y no se producen alteraciones en el ambiente donde se realiza la interacción familiar.

Las categorías incluidas en las encuestas o entrevistas analizan aspectos tales como cuadro familiar, alimentación del menor, prácticas de limpieza, reacción de los padres al comportamiento positivo o negativo del niño, costumbres, creencias etc.

De todas formas, se partirá de la problemática sentido de la población ya que es sólo la ingerencia de soluciones concretar de interés de una

comunidad determinada, lo que constituye una carta de garantía en la motivación para adelantar en trabajo comunitario y de familia, teniendo presente que la orientación al proceso generalmente se produce desde un punto de vista individualista o sea, si beneficia a cada uno de los participantes e inmediateista obligando a centrar la atención y el esfuerzo en el simple hecho de resolver el problema de hoy, pero teniendo en presente el partir de allí pero manteniendo en forma implícita que vincule lo individual e inmediato con el trabajo de grupo que se constituye en lo de mediano plazo y con las emociones colectivas que se constituyen en términos de largo plazo.

Si buscará con esta estrategia ir despertando el interés de la comunidad, arrancando de un primer nivel de cambio llámese personal, individualista o inmediateista teniendo presente que toda interacción produce cambios y que el individuo cambia en la medida en que cambia su realidad sin olvidar que se trata de la construcción de un proyecto de cambio de vida, en un medio donde el futuro no existe como posibilidad planificada, privada y construida colectivamente y que desde lo individual e inmediato se llega a lo grupal o mediano plazo y de aquí solo se logra llegar a lo colectivo o de largo plazo.

Una vez seleccionada la comunidad, estableciendo los objetivos del trabajo que se piensa realizar, prioriza la problemática a la que se piensa dar

respuesta y la realización de visitas de campo sin asumir compromiso alguno, para verificar información recopilada y elemental de juicios iniciales, se procederá de la siguiente manera:

1) *CONTACTOS FORMALES E INICIACIÓN DE TRABAJO*: Con entidades que se hallan presentes trabajando en el sector. Determinar la oferta de trabajo que se va a hacer, en que términos, a quienes presentar el proyecto de trabajo a las organizaciones comunales existentes, mediante visitas personales, reuniones y casa a casa, así mismo con el resto de la comunidad para ir verificando la validez de la percepción que tienen los investigadores sobre las condiciones comunitarias y familiares.

2) *INICIACIÓN DEL TRABAJO PARTICIPATIVO*: A este nivel, el equipo investigativo tiene identificado un problema o unos problemas y un grupo comunitario inmerso en tal problemática, así como un conocimiento sobre los conflictos, recursos y condiciones comunitarias alrededor de la misma, a partir de esto se iniciará el trabajo teniendo como punto de partida la inserción de la comunidad en la definición y jerarquización de los problemas, mediante actividades grupales (reuniones, talleres) en donde por intervención espontánea se llegará al análisis de la situación hasta llegar a una propuesta concertada de trabajo en búsqueda de soluciones concretas

para lo cual se tendrá en cuenta la existencia de problemas de urgente solución e interés de los moradores de la comunidad.

3) *CARACTERIZACIÓN PARTICIPATIVA DEL PROBLEMA*: La participación en el diagnóstico no será el reconocimiento obligado de una realidad para comprenderla e intervenirla, sino deberá ser un proceso de cambio personal y colectivo, una nueva manera de pensar, de ser y hacer mediante un proceso educativo gracias al cual se logre la transformación de la realidad personal y comunitaria. Por ello, el diagnóstico implicaría la caracterización de determinada problemática, no sólo mediante la descripción de los hechos, sino mediante la búsqueda de los factores que los producen y la relación y relevancia entre estos y el efecto de producir. Todo esto, partiendo del conocimiento de la comunidad involucrada en el proceso teniendo como base su historia individual, familiar, grupal y comunitaria lo cual implica relacionar o establecer nexos entre uno y otro aspecto, buscando así la multicausalidad de la problemática diagnosticada y tener una visión de conjunto que permita una intervención integral sobre situaciones o problemas que son indivisibles.

4) *BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN ESPECIFICA*: Para lograr la eficiente comprensión del problema se hace necesario la recopilación del conocimiento empírico y la inserción del conocimiento científico, es decir,

recolectar la información arrojada por la misma realidad y definida como prioritaria para solucionar la problemática en cuestión haciendo uno del conocimiento científico. Esta información se recogerá mediante entrevistas, visitas a los hogares, reuniones con las madres y otros grupos, encuestas etc., con instrumentos tales como diarios de campo, cámara fotográfica, libreta de apuntes etc.

5) *ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA*. Interpretar los datos recopilados tomando como base el marco teórico que permita ver lo que se mira y se busca. De igual manera se tiene que generar conocimiento, buscando la relación entre el hecho y el contexto, entre lo particular y lo general y a la inversa se trata de lograr una visión articulada de las situaciones a estudiar, saliendo de encasillamiento que fragmentan la comprensión de los hechos para poder abordar la transformación de dicha realidad con un mejor nivel de validez. Todo esto, llevará a establecer relaciones entre las categorías de análisis y factores implicados en el estudio estableciendo de manera práctica, frecuencias, relaciones determinantes y significaciones de los hechos.

6) *SEGUIMIENTO, ASESORÍA Y EVALUACIÓN*. El proceso de transformación de la realidad, implica asesorías, seguimiento y evaluación mediante un proceso de retroalimentación durante el transcurso del proceso,

lo cual debe responder a las posibilidades de manejo de los miembros de familia que participar en el proceso de educación y cambio para el progreso y por consiguiente de la calidad de la vida. Se tendrá en cuenta además los pasos que den los grupos comunales en miras de lograr sus objetivos e inician un proceso de organización.

2.2. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

2.2.1. *PRÁCTICAS DE CRIANZAS.* Son todas aquellas acciones que se dan en el proceso de socialización y cuidado en el interactuar del niño con los adultos y coetáneos que le rodean están relacionadas con los valores, creencias, normas, costumbres y modo de vida que se van transmitiendo de generación en generación y además estrechamente relacionadas con el medio ambiente, el nivel sociocultural y las relaciones psicoafectivas imperantes en una comunidad; dentro de ellas se puede mencionar los hábitos y normas alimenticias, higiénicos, disciplinarios, de convivencia, de socialización etc.

Para la presente investigación sólo se tomarán las relacionadas con hábitos higiénicos, alimenticios, relaciones afectivas padres e hijos y viceversa y relación afectiva entre hermanos.

2.2.2. *SALUD Y ENFERMEDAD.* Son dos estados antagónicos que se dan en la vida de ser humano. La salud se considera como un total bienestar biopsicosocial y la enfermedad como desequilibrio de esta; están estrechamente relacionadas con el medio ambiente, el nivel socioeconómico y cultural lo cual tiene mucho que ver con: la vinculación y acceso de la comunidad a los servicios de salud, mortalidad, morbilidad, educación en salud, atención en salud, creencias y costumbres. En el presente proyecto se tomará como marco de referencia lo anterior pero sólo en lo concerniente a los niños menores de cinco años que es la población objeto del estudio.

2.2.3. *DESARROLLO.* El desarrollo humano es fundamentalmente un proceso social y cultural. Desde el mismo momento de la concepción, el niño comparte y es afectado por todo un conjunto de creencias, valores, lenguaje, objetos, situaciones, expectativas; en una palabra, por todo aquello que define y materializa la cultura del grupo social en el cual esté inmerso. Por ello se tendrá en cuenta en el presente estudio el nivel socio-cultural y económico y la manera como afecta o beneficia al menor.

2.2.4. *COMUNIDAD.* Es un grupo de personas que conviven en un área determinada, estableciendo vínculos sociales y pueden o no tener los mismos intereses, necesidades, costumbres y hábitos.

2.2.5. *MEDIO AMBIENTE*. Es el entorno en que se desenvuelve el ser vivo; para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo se amerita de un ambiente saludable tanto físico como psíquico. Aquí están involucradas las condiciones de salubridad o insalubridad que rodean al niño, la forma como se le trata etc.

2.2.6. *CULTURA*. Son valores, creencias, normas y costumbres y modos de vida que se van transmitiendo de generación en generación y están directamente relacionadas con el medio socio-cultural. También se estima hoy que la cultura es ante todo los sistemas de control que una sociedad impone a los miembros de una comunidad. Dentro de esta categoría se tendrán en cuenta los roles paternos y la interacción de los niños con otros miembros de la familia.

2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

La comunidad seleccionada es el barrio SINAÍ cuyos terrenos pertenecían a doña *ELVIRA ALVIS PÉREZ* siendo invadidos en 1995 por personas provenientes de sectores rurales. El 1º de Noviembre del mismo año se fundó el barrio cuyo nombre fue dado por el señor *ALFREDO URRUCHURTO TORREGROSA* un político del Departamento hábil en fomentar invasiones con fines electorales, hasta el momento no ha sido

legalizado ya que sus habitantes no cuentan con documentos que lo acrediten como propietarios de dichos inmuebles.

El barrio en general está conformado por familias de escasos recursos y bajo nivel socio-cultural donde predominan la población infantil sometida a riesgos de toda índole por cuanto la mayoría de los padres se dedican a la economía informal (vendedores ambulantes, oficios domésticos etc.) por lo cual se ven en la necesidad de dejar sus niños al cuidado de otros, generalmente en hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de hacer participe al niño de dichas labores (vender chances, boleticas, verduras etc.) dado a los pocos ingresos de las familias ya que los padres laboran en forma eventual lo cual no permite cubrir las necesidades primarias, generando esto a su vez conflictos intrafamiliares como violencia y maltrato al menor.

Se haya ubicado en la zona sur oriental de la ciudad, sus calles se hallan sin pavimentar (terreno destapado) carecen de servicio al alcantarillado, adecuado servicio de agua potable, mala recolección de basuras y eliminación de excretas, lo que origina un mal saneamiento ambiental con presencia de vectores y roedores, los animales domésticos son multifuncionales lo que da origen al hacinamiento y por ende a la difusión de algunas enfermedades: los menores que no trabajan o van a la escuela en

una jornada pasan en la calle donde realizan sus actividades recreativas. La población infantil muestra altos índices de morbi-mortalidad debido a enfermedades de tipo entérico como son las diarreas infecciosas, afecciones respiratorias, dermatitis, otitis, y proceso de cronicidad, como la desnutrición.

La comunidad consta de aproximadamente 180 familias las cuales son arraigadas a costumbres y creencias particulares a cada uno de los miembros pero en general son personas sencillas, tratables que demuestran ánimo de colaborar. Existen un poco de descontento por parte de algunos de los moradores hacia los miembros del único grupo que se halla trabajando en beneficio de la comunidad (acción comunal) pero esta cuenta con el apoyo de otros. Demuestran poca aceptación hacia los trabajos orientados por grupos evangélicos porque los consideran "secretarios" entre los adultos se halla un elevado número de analfabetas aún cuando la mayoría sabe leer y escribir.

2.4. UNIDAD DE TRABAJO

Se trabajará lo referente a prácticas de crianza con el fin de aplicar correctivos que conlleven al mejoramiento de las condiciones de salubridad del sector infantil, con toda la comunidad porque ella es la beneficiada y los logros que se obtengan los disfrutarán todos. Para ello, se tomarán las

madres primíparas con niños recién nacidos y madres multíparas con niños menores de cinco años que asistan a la escuela y hogares infantiles del Instituto de Bienestar Familiar, o niños que permanezcan con sus madres en sus hogares.

2. 5. PROCEDIMIENTO.

2.5.1. Visita de reconocimiento del área y contactos con miembros líderes de la comunidad.

2.5.1.1. Elaboración de la historia del barrio.

2.5.1.2. Situación socioeconómica y de salubridad del sector.

2.5.1.3. Recursos de salud disponibles y utilizados.

2.5.1.4. Planes y programas de salud gubernamentales y no gubernamentales existentes en esta comunidad.

2.5.1.5. Revisión de documentos relacionados con los problemas de la comunidad.

2.5.2. *Trabajo de campo*

2.5.2.1. Mayor acercamiento a la comunidad mediante reuniones para formar un grupo de apoyo seleccionando personas líderes.

2.5.2.2. Motivación inicial mediante charlas informales, visitas familiares, asistencia a reuniones etc.

2.5.2.3. Conocimiento de las necesidades con base a planteamientos hechos por miembros de la comunidad.

2.5.2.4. Reuniones formales, presentación a la comunidad de planes y programas estatales en el aspecto de salud, que redundan en beneficio de la misma.

2.5.3. *Desarrollo de la investigación*

2.5.3.1. Definición de objetivos

2.5.3.2. Definición de problemas prioritarios

2.5.3.3. Planteamiento del problema

2.5.3.4. *Recolección de la información*

2.5.3.5. Codificación y la clasificación de los datos.

2.5.3.6. Análisis e interpretación de los resultados.

2.5.4. *Devolución - Apropiación*

2.5.5. *Acción*

2.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Uno de los aspectos de mayor relevancia dentro de la metodología, es la selección de los instrumentos utilizados en la obtención de la información; en esta investigación; se empleará la información verbal, observación directa y material impreso tales como las filmaciones y fotografías; con respecto a la primera, los métodos utilizados serán las grabaciones, encuestas, diarios de campo, entrevistas realizadas mediante visitas domiciliarias y reuniones con la comunidad ya que esto permite recopilar datos sobre lo que los individuos o grupos perciben de sus comportamientos, sus pensamientos y creencias.

Las categorías de análisis incluidas en la encuesta y las entrevistas abarcaran aspectos tales como composición familiar, condiciones de la vivienda, concepción y embarazo, parto y lactancia, hábitos dietéticos,

hábitos higiénicos, salubridad del ambiente (servicios públicos básicos) costumbres y creencias, frecuencia y tipos de alteraciones infantiles así como la utilización de servicio de salud y vínculos afectivos del menor.

La encuesta se realizará previa prueba piloto que aportará elementos para la reestructuración del instrumento.

El instrumento de recolección incluirá las categorías antes mencionadas así como sus respectivos factores en el anexo A. se adjuntan el modelo de encuesta.

En lo relacionado con la observación directa es bien conocido que sirve como aproximación a situaciones de ambientes nuevos para el investigador, obteniéndose información con niveles aceptables de confiabilidad sin embargo, se debe tener presente que pueden sufrir alteraciones ya sea por las expectativas del observador, o por la reacción de los individuos que se observan, por lo que se hace necesario, que la observación se realice en forma discreta (incidentalmente) y sin previo aviso de las personas y situaciones que se observa. Así se logrará una mayor confiabilidad y validez en los resultados, registrando datos reales y evitándose situaciones artificiales entre los miembros del grupo donde se realiza el estudio.

Cabe anotar que en lo posible la observación directa y la aplicación de la encuesta, debe contar con investigadores que puedan tener contacto previo con la comunidad en estudio e incluso con observadores que pertenezcan a la misma. En el presente caso serán las madres comunitarias del I.C.B.F.

3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la presente investigación se tuvo en cuenta tantos aspectos cuantitativos como cualitativos lo cuales se integraron durante todo el proceso por lo tanto, los resultados se darán en dos niveles.

- a. Un nivel descriptivo
- b. Un nivel interpretativo

Lo anterior se basa en que siendo el objetivo del trabajo, encontrar la relación que existe entre las prácticas de crianza utilizadas por los padres de los menores y las causas de los altos índices de morbi-mortalidad Infantil de los sectores marginados y ejecutar acciones como respuesta a una problemática de salud frecuente en dos sectores menos favorecidos, se hizo necesario el uso de estos dos niveles, ya que contemplan los posibles factores que influyen en la situación. Esto permite descubrir las relaciones existentes entre las categorías de tipo psicológico (prácticas de crianza) sociológico (bajo nivel socio-cultural y económico) y fisiológico (salud y

enfermedad), dentro de una estructura social real. Por otra parte es una investigación que no permite manipular los factores, pues estos ya ocurrieron y están ocurriendo afectando favorable o desfavorablemente al sujeto en estudio. Se estudio retrospectivamente la categoría correspondiente a la cultura, en busca de los efectos que pudiese tener sobre las categorías de prácticas de crianza, salud y enfermedad y de desarrollo, utilizadas en la crianza del Infante. Ya que dos objetivos importantes dentro de las técnicas descriptivas e interpretativas son: En primer lugar, descubrir los factores que sean más significativos en la situación de estudio y segundo, detectar las relaciones entre las categorías.

Las medidas de frecuencia utilizadas para la parte cuantitativa fueron básicamente por porcentajes; así mismo se compararon los datos obtenidos mediante las diferentes formas de recolección arrojando esto un análisis cualitativo general de las categorías analizadas y sus respectivos factores así como las relaciones entre unas y otras.

3.1. RESULTADOS

3.1.1. ESTRUCTURA SOCIAL DE LA FAMILIA

TABLA 1. COMPOSICIÓN FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA	Nº	%
Completas	86	86
Incompletas	14	14
TOTAL	100	100

En las familias incompletas se destaca la ausencia del padre siendo la mujer cabeza de hogar en muchas y otras conviviendo bajo el techo de la abuela de los menores.

TABLA 2. EDAD DE LOS PADRES

RANGO DE EDAD	Nº	%
Menores de 18 años	46	25
18 años - 39 años	131	71
39 años - Mayores de 40	9	4
TOTAL	186	100

Tanto en la edad de los padres como la preparación recibida demandan gran importancia dentro de un estudio de prácticas de crianza en razón a que de acuerdo a la madurez de los cuidadores y de su nivel de estudio así va a ser la calidad de cuidado prodigado al infante. Observamos en la Tabla 2 que el 71% de los padres se encuentran en el rango de 18 a 39 años sin embargo, existe un 25% menores de 18 años lo cual se traduce en inexperiencia si se tiene en cuenta que la mayor parte de esta población esta conformada por madres que conviven con compañeros mayores que ella y un 4% por cuidadores de 39 años y más (abuelos) que se han hecho cargo de lo pequeños donde sus primeros días y le analizan sus cuidados "a su manera" y según su parecer.

Del mismo modo, la figura 1 muestra que el 18% de los padres involucrados en el estudio son analfabetas y el 40% sólo alcanzaron la primaria incompleta (1º o 2º grados) lo cual los hace casi analfabetas por lo que se deduce que la escasa preparación recibida por los padres y cuidadores así como su temprana edad favorece por falta de educación o desconocimiento desajustes en la salud del menor por falta de métodos adecuados de cuidados.

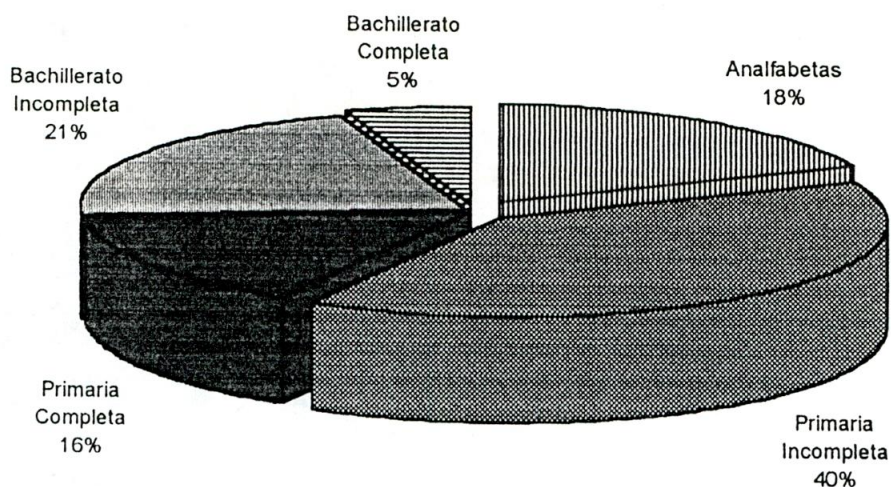


FIGURA 1. ESCOLARIDAD DEL PADRE

TABLA 3. ESTADO CIVIL

TIPOS DE UNIÓN	Nº	%
Unión libre	65	65
Casado	21	21
Separado	14	14
TOTAL	100	100

Predomina la unión libre (65%). En algunas de estas familias se encuentra que los hijos proceden de padres diferentes. Producto de uniones de la madre con diferentes compañeros, llevando en ocasiones esto al maltrato

del menor por parte del compañero cuando el niño del cual no es el padre hace algo que a él no le agrade.

TABLA 4. OCUPACIÓN DE LA MADRE

TIPO DE LABOR	Nº	%
Hogar	78	78
Servicio doméstico	10	10
Madres comunitarias	6	6
Dependientes	4	4
Estudian	2	2
TOTAL	100	100

La Tabla 4 muestra que el 78% de las madres prodigan personalmente cuidados a los menores, a esto se suma el 6% correspondiente a las madres comunitarias quienes realizan sus labores dentro del hogar. El 10% deriva los cuidados totalmente a otras personas (abuelas, hermanos) en razón a que el tipo de trabajo que realizan las retiene fuera del hogar. A este se suma el 4% de las que su mayor capacitación laboral (Secretaria, dependientes en almacenes) y el 2% de las que se capacitan solo brindan cuidados al niño en forma transitoria lo cual tiene bastante repercusión en las relaciones afectivas entre el niño y su progenitora. Llegando a mostrar más apego hacia el cuidador habitual.

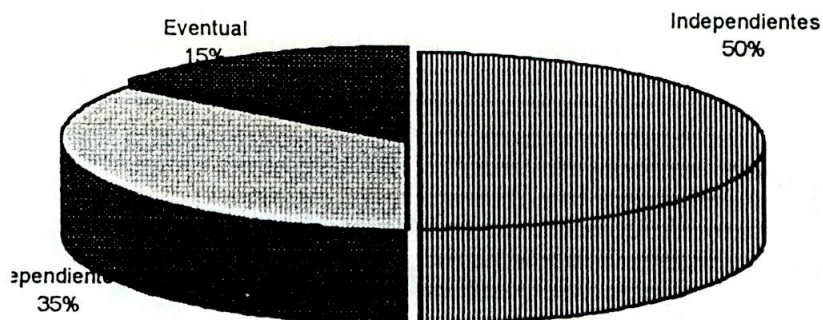


FIGURA 2. OCUPACIÓN DEL PADRE

A mejor preparación para desempeño laboral mejor remuneración. La figura 2 muestra que el 50% de los padres labora en forma independiente (lavadores de autos, vendedores ambulantes, verduleros en la plaza de Mercado); el 35% son dependientes (Mecánico, latoneros y albañiles) y el 15% trabaja en forma eventual. Al relacionar esto con la Tabla 5 correspondiente a ingresos correspondiente a los ingresos se observa que el 88.3 % gana menos del salario mínimo y sólo un 3.5% (que laboran vinculados como conductores en algunas empresas o poseen sus propio negocios). Además de ello, la gran mayoría utilizan parte de sus ingresos para la ingestión de bebidas alcohólicas algunos, durante los días de la semana y otros los fines de semana así como para gastar en juegos de billar dando a la madre sólo lo que ellos consideran estrictamente necesario lo cual origina disputa y riñas entre ellos llegando hasta el maltrato físico y verbal. Lo anterior reviste vital importancia porque de ellos depende el nivel

de vida y de hecho, la forma como la familia satisface sus necesidades elementales lo cual condiciona el estado de salud de sus miembros o sea, que el nivel de vida de una colectividad esta constituido por la forma y calidad en que satisface sus necesidades elementales y comprende por lo tanto aspectos económicos (ingresos) sociales, intelectuales (nivel de escolaridad) y laborales (ocupación y desempeño) que condicionan el bienestar del jefe del hogar y su grupo.

TABLA 5. INGRESOS

SALARIO	Nº	%
Menor Salario Mínimo	76	88.3
Salario Mínimo	7	8.2
Mayor Salario Mínimo	3	3.5
TOTAL	86	100

3.1.2. ESTRUCTURA Y ESTADO DE LA VIVIENDA

TABLA 6. PERTENENCIA DE LA VIVIENDA.

GRADO DE PERTENENCIA	Nº	%
Propia	83	83
Arrendada	16	16
Prestada	1	1
TOTAL	100	100

La Tabla anterior muestra que el 83% son propietarios (La gran mayoría aún no tiene títulos de propiedad) y el 16% son arrendatarios lo cual es un factor favorable por cuanto la gran mayoría no incluye dentro de su presupuesto el rubro correspondiente a pago de arriendo lo cual diluiría aún mas los ingresos y de hecho repercutiría también en la calidad de atenciones.

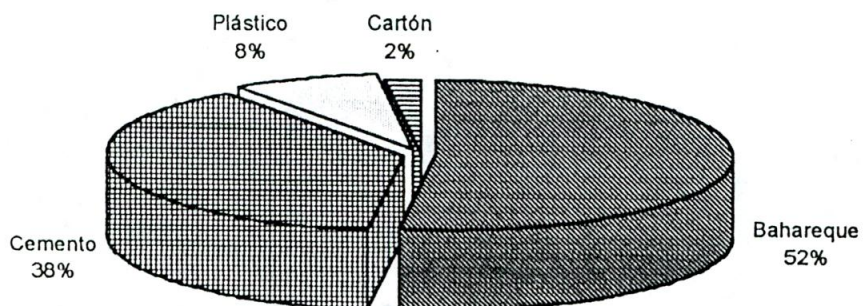


FIGURA 3. PAREDES

TABLA 7. TECHO DE LA VIVIENDA

MATERIAL	Nº	%
Eternit	30	30
Zinc	20	20
Palma	49	49
Otro	1	1
TOTAL	100	100

TABLA 8. PISO DE LA VIVIENDA

MATERIAL	Nº	%
Tierra	62	62
Cemento	36	36
Baldosa	2	2
TOTAL	100	100

El análisis de la figura 3. y de las tablas 7 y 8 muestra que la mayoría de las viviendas son de bahareque (52%) con techo de palma (49%) y piso de tierra el 62% lo que predispone a un estado de humedad y proliferación de roedores (ratones) lo cual se constituye un riesgo de infección se encuentra un 2% construida con cartón y un 8% con plástico siendo esto de alto riesgo sobre todo en épocas de invierno predisponiendo a los niños a adquirir trastornos de tipo respiratorio. Sólo el 38% se hallan construidas de manera adecuada: El 30% paredes de cemento, 36% piso del mismo material y el 30% con techo de eternit. Más en su gran mayoría cuentan con espacios muy reducidos (dependencias de aproximadamente 3 x 3 mts) en donde además de niños y adultos, deambulan animales domésticos de todo orden. Como sabemos, vivienda es cualquier edificación que se ocupa como hogar residencia o lugar habitual para dormir, esto significa que los habitantes de la vivienda están sometidos todos los factores favorables o desfavorables que la habitación pueda ejercer sobre ellos y sobre su salud.

Se observa en el gráfico y tablas anteriores y mediante la observación que los factores de insalubridad de las viviendas son muy diversos y se constituyen en alto riesgo para la salud principalmente por infante. Se hallan defectos estructurales de la casa: falta de piso, grietas en las paredes, paredes con materiales inadecuados (que no protegen de la humedad) en forma tal que no protegen contra los elementos naturales; insuficiente ventilación o iluminación natural por carencia de ventanas y puertas adecuadas en algunas, estas últimas ni siquiera representan un sinónimo de seguridad.

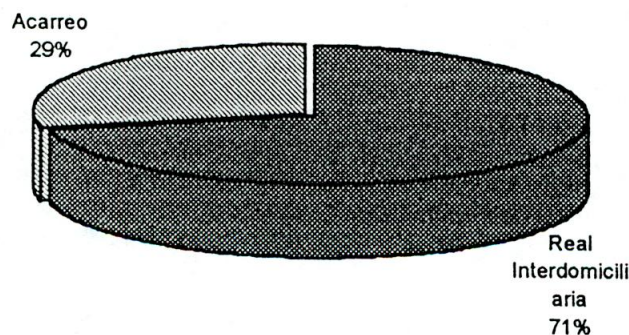


FIGURA 4. ABASTECIMIENTO DE AGUA

El 29% de las viviendas como muestra la figura 4 carecen de adecuado aprovisionamiento de agua potable se abastecen mediante sistemas de acarreo desde las albercas comunales o mediante el uso de mangueras instaladas en las casas de los vecinos próximos que cuentan con el servicio de red. Así mismo carecen de sistemas apropiados para la eliminación de

excretas y basuras. Las tablas número 9 y 10 muestran que el 47% cuentan con pozas sépticas, 21% con letrina y 32% las eliminan a campo abierto. En lo relacionado con las basuras el 31% la queman, 5% la entierran y el 64% la arrojan en cualquier lado. Tanto la inadecuada eliminación de basuras como la de excretas obtienen suma importancia por cuanto el terreno en que se hallan construidas las viviendas es irregular con acentuados descensos y ascensos. Lo que trae como consecuencia que durante las épocas de invierno o los fuertes vientos arrastren los desechos hacia el interior de las viviendas que se hallan en peor situación geográfica, lo cual origina a menudo fuertes enfrentamientos entre vecinos aparte del riesgo de contaminación en que esto se constituye.

TABLA 9. ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

MÉTODO	Nº	%
Poza Séptica	47	47
Letrina	21	21
Campo Abierto	32	32
TOTAL	100	100

TABLA 10 ELIMINACIÓN DE BASURAS

MÉTODO	Nº	%
Quemada	31	31
Enterrada	5	5
Arrojo	64	64
TOTAL	100	100

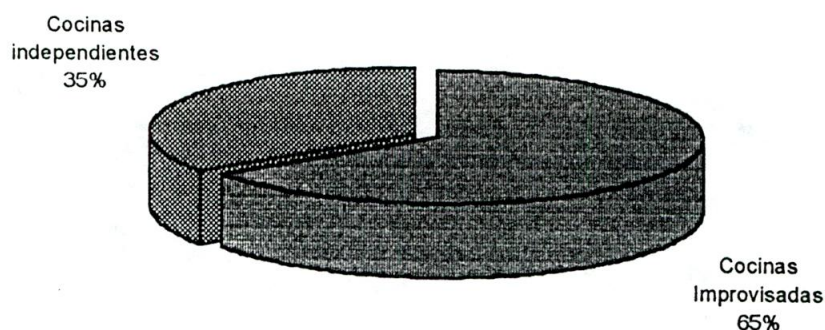


FIGURA Nº 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS VIVIENDAS (Cocinas)

La figura 5 muestra que el 35% cuenta con cocinas, sin embargo la gran mayoría no están debidamente equipadas y constituyen riesgos para la seguridad. (estufas de petróleo). El 65% se hallan enclavadas en el espacio que hacen las veces de sala de recibo o en el patio, ya sea mediante el sistema de hornillas y en algunos casos fogones de piedra en el suelo (de bindes). Por el pequeño tamaño de las habitaciones, su poca ventilación y la importancia fuente de contaminación que constituyen los combustibles biológicos, los niveles de contaminación ambiental pueden llegar a ser muy

elevados. La madera, por ejemplo, libera al rededor de 50 veces más contaminantes que una cocina a gas utilizada para preparar la misma comida. Por tanto esto es altamente nocivo para la salud. Hay ausencia de facilidades para la higiene personal en un 43% ya que no cuentan con servicio de baño para la cual improvisan en el patio cubículos de plástico.

TABLA 11. DORMITORIOS

NUMERO DE HABITACIONES	Nº	%
Uno	68	68
Dos	32	32
TOTAL	100	100

TABLA 12. MIEMBROS POR FAMILIA

CANTIDAD	Nº	%
3 a 5 Miembros	48	48
6 a 8 Miembros	42	42
9 a 11 Miembros	9	9
12 y Más	1	1
TOTAL	100	100

Las tablas N° 11 y 12 muestran que se da el fenómeno de hacinamiento lo cual reviste gran importancia en relación con los problemas de salud, ya que se refiere al número de personas en relación con la capacidad de la casa y de las habitaciones en particular además de ello, la vivienda para considerarse higiénica, no solo debe reunir requisitos de orden estructural sino también, ciertas condiciones de limpieza y en el presente estudio el 70% de ellas se observan en un mal estado higiénico. Una buena vivienda también debe reunir condiciones para satisfacer necesidades de orden moral y mental brindando a sus ocupantes oportunidad para desarrollar adecuadamente una vida familiar y al mismo tiempo que proporcione espacios de recogimientos, sin embargo, la gran mayoría de las viviendas involucradas en el presente estudio carecen de estas condiciones.

Esto lo comprueba lo consignado en tabla número 11 donde se encuentra que el 68% cuenta con un solo dormitorio y está estrechamente relacionado con el resultado de 42% (6.8) de la Tabla 12. De igual manera el 32% de la primera con el 9% y el 1% de la segunda.

En lo relacionado con el abastecimiento de luz, el 99% de; las casas cuentan con luz eléctrica más las instalaciones para la misma no son las mejores y carecen de muchas garantías para su seguridad. Las calles se hallan



totalmente destapadas con acentuadas pendientes que hacen que en algunos sectores que sea imposible el tránsito de vehículos automotores. hay carencia de un teléfono público, de espacios de recreación (parques) y de droguerías. A los moradores les toca de recurrir a la del sector mas próximo (Argelia) que se halla a más o menos 25 minutos del barrio donde además le recargan hasta el 75% del precio a los medicamentos.

3.1.3. CONCEPCIÓN Y EMBARAZO

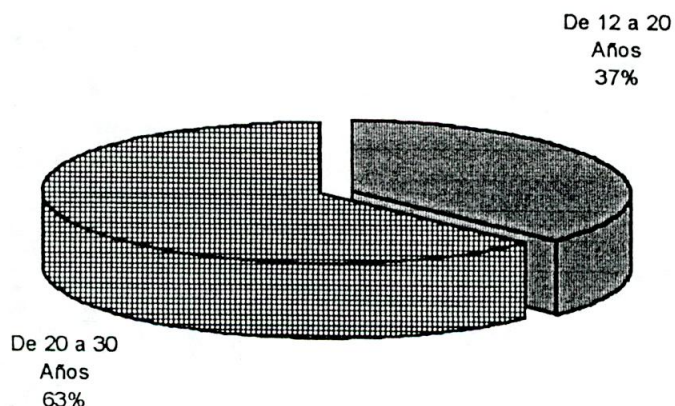


FIGURA N° 6: EDAD DE LA MADRE (Primer Embarazo)

El gráfico muestra que 63% de edad para el primer embarazo se encontraba en rangos de 12 a 15 años y de 15 a 20 años lo cual se halla vinculado al período de adolescencia.

Sólo el 37% se halla en un rango de 20 a 30 años. Debido a ello, y a la escasa preparación recibida se encuentra al interrogar a las madres más jóvenes vacilaciones en las respuestas en lo que al manejo del niño se refiere, algunas aducen haber aprendido a través de la crianza recibida por ellas mismas provenientes de sus respectivos padres o cuidadores, de la brindaba a sus hermanitos menores y en algunos casos de las señoras con las cuales trabajaron como domésticas, lo cual se constituye en un círculo repetitivo de patrones la mayoría de las veces desfavorables para la crianza del menor.

En lo relacionado con el control natal se encuentra que el 64 % de las madres afirman que sus embarazos fueron planeados sin embargo, el 83 % de ellas manifestaron no conocer o no utilizar ningún método de planificación familiar, lo cual incide en el proceso de crecimiento y desarrollo del menor por cuanto un hijo no deseado puede despertar rechazo del embarazo lo que más tarde se traduce desajustes físicos y emocionales del infante. Cabe anotar, que el tiempo entre un niño y otro en un 72 % es de aproximadamente 1 año o 1 año y medio algunas madres no conocen los métodos de anticoncepción, otras le tienen desconfianza por que los consideran nocivos y otras aconsejadas por amigas, vecinas o abuelas tienen una creencia que mientras estén lactando no tendrán nuevo embarazo, esto se constituye en un gran riesgo tanto para la salud de la

madre como para la del infante, ya que la primera sufre mayor desgaste físico y emotivo y a mayor numero de hijos con edades muy próximas, más desatención y mayor dilución del cuidado que amerita el menor.

TABLA 13. INGESTIÓN DE BEBIDAS CALIENTES

RESPUESTA	Nº	%
Si	46	46
No	48	48
No sabe	6	6
TOTAL	100	100

TABLA 14 EFECTO DE LA INGESTIÓN DE BEBIDAS CALIENTES

RAZÓN	Nº	%
Acelera el parto	30	65.2
Saca el frío	7	15.2
Nace sin problemas	9	19.6
TOTAL	46	100

Se encontró que el 46 % de las madres consumieron por consejos de sus mayores bebidas calientes con la creencia de que acelera el parto en un 65.2% saca el frío en un 15.2% algunas aseguran que sus madres o abuelas les enseñaron que durante los períodos de menstruación la mujer esta predispuesta a agarrar frío en la matriz y por ello se producen los cólicos menstruales y los dolores muy fuertes durante el parto por lo cual el ingerir bebidas calientes es de gran ayuda no obstante, el 48% no lo hacen por considerar que son muy calientes y que pueden ser nocivas para el niño y provocar abortos.

De igual forma, se conservan creencias sobre lo adecuado o no es de visitar un cementerio mientras se está en período de gestación. ver gráfico N° 7 y Tabla 15 . El 42% considerará que es inconveniente aduciendo que es dañino para el bebé por el frío que transmiten los difuntos 76%, por higiene 7% por que lesionan al niño 12% toda esta educación ha sido recibida de los mayores madres, tías, abuela, vecino.

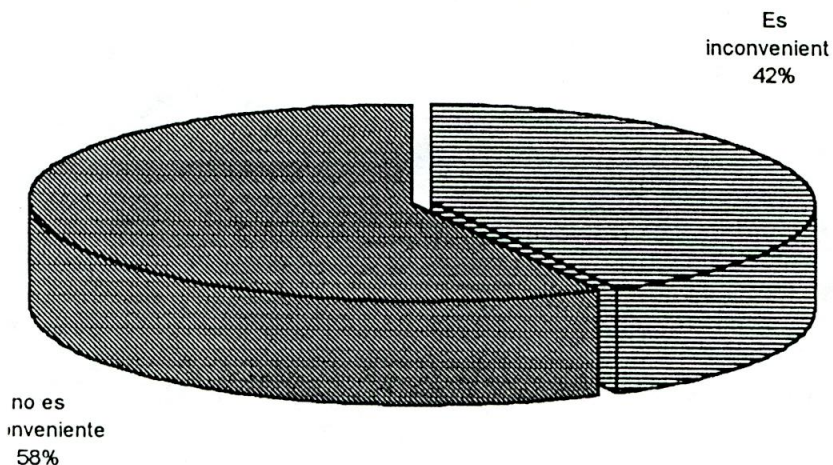


FIGURA 7. INCONVENIENCIA DE VISITAR UN CEMENTERIO DURANTE EL EMBARAZO

TABLA 15. RAZONES PARA NO HACERLO

RAZÓN	Nº	%
Son lugares fríos y dañinos	32	76
Por Higiene	3	7
Por la impresión de dolor	5	12
Porque el niño se puede morir	2	5
TOTAL	42	100

Cabe anotar, que no sólo consideran dañino visitar un cementerio sino también visitar el lugar donde fallece una persona o asistir a su novenario.

De otra parte, dentro del 17% de las que respondieron que no era perjudicial se hallan madres que por su convicción religiosa evangélicas, testigos de Jehová no creen que la muerte sea motivo de daño y consideraron eso como prejuicios sociales.

TABLA 16. INTERACCIÓN CON EL CÓNYUGE DURANTE EL EMBARAZO

CONDUCTA	Nº	%
Indiferente	9	9
Abandono	7	7
Cuidado	62	62
Compañía	22	22
TOTAL	100	100

Se encontró que el 62% de los cónyuges prestan cuidados a la compañera grávida mientras sólo un 9% toma una actitud de indiferencia y un 7% de las madres se vio abocada al abandono. Algunas manifestaron que aún cuando a los maridos no les había agradado mucho el anuncio del nuevo embarazo, nunca les propusieron la práctica del aborto y que incluso, cuando se hallan en estado de gravidez los maridos maltratantes se abstienen de hacerlo. Se sabe, que cada miembro de la pareja tiene capacidades, necesidades y expectativas distintas. El objetivo último en una unión es la relación satisfactoria por ello, han de decidir reflexivamente si quieren tener hijos, para cuando, si quieren uno o más y una aceptación responsable del papel

paternal, comprendiendo que semejante responsabilidad implica una serie de importantísimas obligaciones.

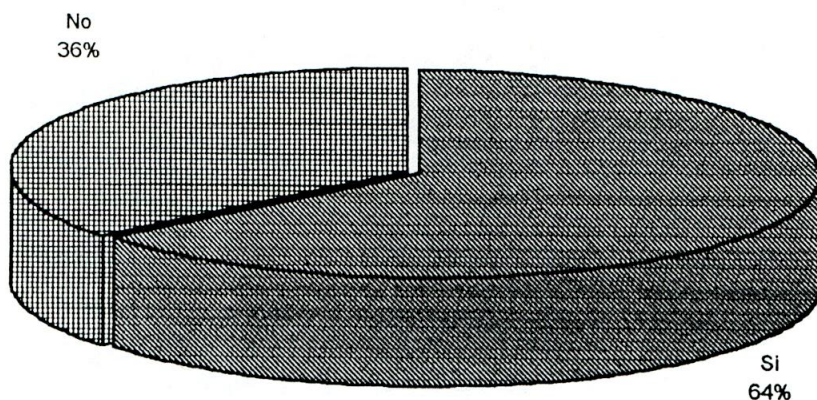


FIGURA 8. CONTROL DEL EMBARAZO

La mayoría de las madres 64% consideran importante el control prenatal más que por ellas mismas por el niño que va a nacer. Consideran que si se controlan existe menos riesgo de que el niño presente problemas y menos dificultades a la hora del parto. Algunas de las madres que hacen parte del 36% que no se controló piensan igual sin embargo, aducen la falta de dinero para ir hasta el hospital, al puesto de salud más cercano o al menos pagarle a la comadrona. Se encontró que el 78% de las madres no presentó problemas durante el embarazo y el 22% si tuvo de tipo hiperémesis gravídica, leves sangrados vaginales (manchas) y síntomas de preeclampsia dentro de este grupo todas buscaron asistencia especializada.

TABLA 17. RECURSO UTILIZADO PARA EL CONTROL PRENATAL

RECURSO	Nº	%
Puesto de salud	37	58
Médico Particular	4	6.2
Hospital	15	23.4
Comadrona	6	9.4
Caja Nacional de previsión	1	1.5
Seguro Social	1	1.5
TOTAL	64	100

Muy a pesar de las precarias condiciones por las que atraviesan las instituciones oficiales de salud, las madres siguen acudiendo a ellas así vemos como el 58 % acudió al puesto de salud más cercano (Argelia), 23.4 % utilizó como recurso el hospital, acudiendo a médico particular el 6.2%, a comadronas el 9.4% y el 3% restante fueron atendidas por otras entidades como afiliadas. Es de anotar, que las madres conceptúan, que estar en control hospitalario durante la gestación les brinda mayores recursos en casos de necesitarlos (medicina más especializada) además como se sabe los objetivos del control prenatal, no solo son los de prevenir enfermedades y muerte sino también preparar a la madre para el cuidado del hijo y ofrecerle las mejores condiciones para el desarrollo normal de éste. De las

madres que hacen parte del presente estudio un 91% se interesó por informarse sobre lo que sucedía con ellas a nivel orgánico. Lo cual demuestra el interés de la mujer en recibir orientación solo a un 9% les fue indiferente lo que sucedía dentro de ellas, tomándolo como algo que se debía asumir sin tanto remilgo. De las que mostraron interés por buscar información que les ampliara los conocimientos el 44% acudió al médico, el 29.6% a familiares y amigos, el 18.7% a libros, revistas, programas de televisión y el 7.7% a comadronas (ver Tabla 18).

TABLA 18. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO

FUENTE	Nº	%
Libros, revistas, TV.	17	18.7
Médico	40	44.0
Comadronas	7	7.7
Familiares o Amigos	27	29.6
TOTAL	91	100

Es importante resaltar que casi la totalidad de las madres consideraron que era perjudicial para la salud del niño el tomar licor, fumar, adición a las drogas, la desnutrición de la madre y la automedicación. Algunas

aseguraron que si la madre es drogadicta el niño sale con vicios, y que si la madre fuma, los pulmones del bebé se llenan de flema y se puede ahogar al nacer. Consideraron como normales y sin perjuicios de ser dañinas o sucias las relaciones sexuales de igual forma los ejercicios, siempre y cuando no sean pesados y requieran un gran esfuerzo por parte de la madre que atente contra la integridad del niño.

En lo relacionado con los hábitos alimenticios el 56% manifestó haber tenido cambios debido a haber tomado aversión a algunos alimentos, vómitos y náuseas frecuentes y aumento del apetito. Algunas aseguraron haber aumentado el número de ingestas sobre todo en las horas de la noche porque de no hacerlo la debilidad era tan grande que les imposibilitaba el dormir; otras que tenían que comer por dos, para que el niño naciese bien nutrido. Un 44% no creyó necesario cambiar de hábitos porque consideraron estar muy bien alimentadas normalmente. Hay la creencia en algunos, por educación recibida de los mayores que consumir algunos alimentos durante el período de gestación influye en la salud del neonato así por ejemplo: si consumen bananos el bebé pasará baboso (echando babas), si consumen mucha yuca (farinácea) demorará por cicatrizar el ombligo, cabe anotar, que este tipo de alimentos además de tener su valor nutritivo son de fácil acceso por su bajo costo y la abundante producción en la región de la Costa a la canasta familiar de los sectores menos favorecidos.

En cuanto a los achaques que afectan a la mujer durante el período de gestación el 81% dijeron haberlos experimentado (cansancio, aburrimiento, apatía, fastidio); el 19% no creen en eso, manifestaron no haber experimentado cambios que las hiciese sentir enfermas. Para algunas de las del primer grupo el embarazo es un trance difícil por el cual tiene que pasar la mujer, no lo miran como la grandeza de su yo creando, engendrando, siendo gestora de un potencial de vida humana y que la valoración de su capacidad se va fortaleciendo porque su cuerpo se impone al desfallecimiento y al agotamiento para dar paso al nacimiento de un nuevo ser.

Algo similar sucede con los antojos que experimentan y que no son otra cosa que la manera de desear sentirse mimada y complacida, de vivir la delicadeza experimentada por el compañero ante sus deseos, la forma de sentirse acompañada y comprendida y el evitar conjuntamente que el bebé le pase algo malo, sino se le realizan los deseos a la madre. De las 100 madres que participaron en el estudio el 92% manifestó haber experimentado antojos diversos, el 8% dijo no haberlos vivido. El gráfico N° 9 y la Tabla 19 muestran la creencia que existe acerca del daño que puede sufrir el bebé si no se satisfacen los deseos de la madre y la conducta del cónyuge ante la situación de deseos.

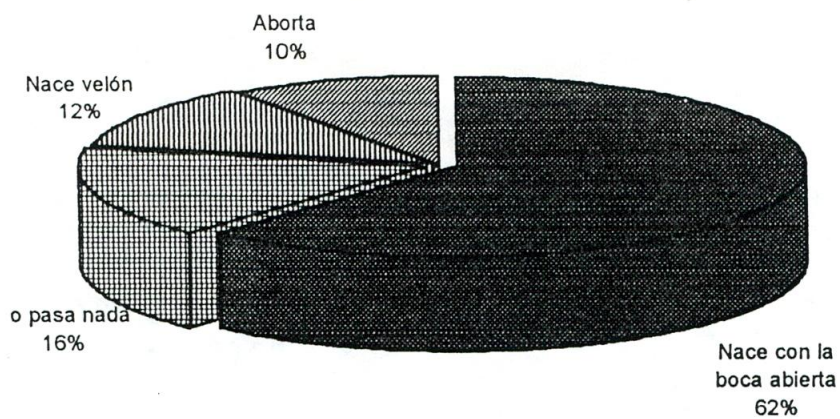


FIGURA 9. EFECTOS EN EL BEBE

TABLA 19. CONDUCTA DEL CÓNYPUGE

CONDUCTA	Nº	%
Los satisface siempre	48	52.2
De vez en cuando	16	17.4
No le presta atención	17	18.4
No se entera	11	12.0
TOTAL	92	100

Obsérvese en el gráfico que el 68% tiene la creencia que el niño nace con la boca abierta y así permanecerá durante toda la vida, el 18% cree que el niño será velón (deseará siempre lo que las demás personas coman) y un 14% piensa que puede suceder un aborto porque se considera como un rechazo del embarazo y por consiguiente del bebé el hecho de no satisfacerlos. La tabla muestra que el 52.2% de los padres estuvieron atentos a los deseos de la madre un 17.4% lo hizo sólo de vez en cuando, el 18.4% no prestó atención y el 12% ni se enteró. En estos dos últimos grupos las madres manifestaron proporcionarse ellas mismas las cosas deseadas ante la eventualidad de dañar al hijo.

3.1.4. NACIMIENTO Y CUIDADO DEL NEONATO

TABLA 20. LUGAR DEL NACIMIENTO

LUGAR	Nº	%
Hospital	65	65
Casa	33	33
Otro	2	2
TOTAL	100	100

La tabla sigue demostrando la confianza de las madres ante las instituciones de salud; el 65% acudió al hospital en miras de buscar una atención más especializada y oportuna sin embargo, sigue siendo alto 33% el número de

partos atendidos en casa. Sin tener en cuenta, los riesgos que esto implica; el 2% (madres provenientes de comunidades indígenas) manifestaron haber tenido el parto a su manera "sola y en el monte". En lo referente a la atención ver figura 10, el 58% fue atendida por médicos, el 27% por comadronas, el 8% por familiares, el 5% por personal de enfermería y el 2% sola. Evidentemente que el lugar ideal para el parto es el hospital y quien debe atenderlo es el médico. Esta es una regla ineludible para los partos anormales. En los partos normales si hay facilidades el parto puede atenderse en el hogar por el médico o comadrona (que tenga la debida preparación) más ello debe partir de la base que las condiciones del hogar ofreciera un mínimo de facilidades para el parto lo que en la comunidad en estudio no se da.

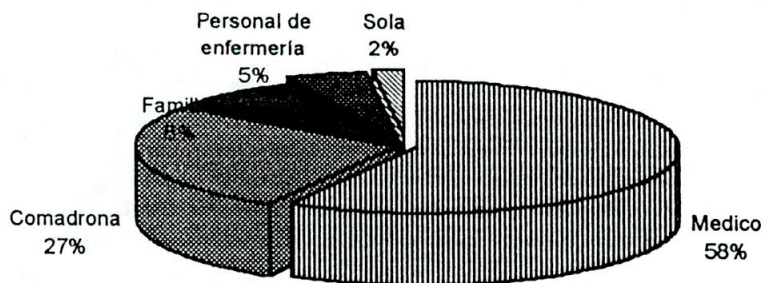


FIGURA 10. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO

Se encontró que el 73% estuvieron acompañadas por el cónyuge el cual fue quien las trasladó hasta el centro hospitalario o buscó quien las asistiera del

27% que no contó con este apoyo algunas manifestaron haberse encontrado solas por razones de trabajo del compañero (fuera de la ciudad) y otras por indiferencia o abandono del marido. Los que buscaron recursos más especializados temen por la compañera durante el parto, temen que sea un parto difícil y se complique que tenga necesidad de practicarle cesárea, que pierda mucha sangre que se muera. Así como temen por ellos mismos en cuanto a la disponibilidad de recursos económicos para la hospitalización y se sienta responsable por la atención de la madre y el niño.

En cuanto a la experiencia que tenía la madre en el cuidado del niño antes de su primer hijo un 78% manifestaron que sí tenían la mayoría, el 78.2% había sido enseñadas por sus respectivas madres el 7.7% por otra persona (generalmente las señoras con las cuales trabajaron como domésticas) y un 14.1% aseguró haber aprendido solo viendo lo que hacían otras personas. Lo cual convierte la enseñanza en una transmisión de conocimiento de una generación a otra, con la posibilidad de errores que repercutirán desfavorablemente en el adecuado cuidado del infante. Sin embargo encontramos que mezclados con creencias y costumbres se hallan una serie de conocimientos que se han ido abriendo espacios y mejoran el cuidado del neonato ejemplo de ello es la importancia que le dan las madres a la inmunización con toxoide tetánico durante su período de gravidez a fin de evitar el tétano neonatal que antes era tan frecuente y producía elevadas

cifras de morbilidad por mal manejo del cordón umbilical así mismo, la Tabla 21 muestra la forma como las madres en estudio cuidan el ombligo de sus hijos ocupando un primer lugar (52%) el alcohol yodado, en segunda instancia con un 22% el alcohol, 15% con medicamentos de tipo sulfacol y aún se conserva en un 13% el uso del aceite canime recomendado por las abuelas.

TABLA 21. CUIDADO DEL OMBLIGO

MEDICAMENTO	Nº	%
Alcohol yodado	50	50
Alcohol	22	22
Otro (sulfacol)	15	15
Aceite Canime	13	13
TOTAL	100	100

Aún se conservan la costumbre de guardar el ombligo del bebé al desprenderse el 85% lo hizo, un 6% lo regaló y un 4% lo enterró porque tiene la firme convicción que de esta manera el hijo no se alejará nunca de su lado un 5% al principio lo guardó, más tarde le restaron importancia terminando por ser comida para los ratones (en forma accidental). Algunas madres el 66%, utilizaron mates u otros objetos para proteger al niño del mal ojo (79%) consideran que cuando esto sucede al niño le da fiebre alta, se decae, se pone lloroso y si no se le hacen los rezos en la cabeza y en la espalda con retoños frescos del árbol de matarratón el niño puede morir; el

18% tiene relación con lo anterior, ya que lo hacen para protegerlo de enfermedades, 1.5% para alejar los malos espíritus y 1.5% (colocó un crucifijo) para que tuviese el sello de Jesucristo. Estas son costumbres transmitidas a través de generaciones y giran alrededor de la protección que los mayores desean brindar a los pequeños.

TABLA 22. RAZONES PARA COLOCAR EL OBJETO

RAZÓN	Nº	%
Evitar el mal de ojo	52	79
Protegerlo de enfermedades	12	18
Alejar los malos espíritus	1	1.5
Otros	1	1.5
TOTAL	66	100

La totalidad de las madres dijeron haber bañado a sus bebés desde los primeros días de nacido durante todos los días con agua tibia y jabón suave generalmente para esta labor recibían la ayuda de la persona que la acompañó durante los primeros días después del parto con 47% por la abuela del bebé, 20% por el compañero, 14% por familiar, un 9% por la hermana, 7% por una vecina y solo una estuvo sin ayuda de ninguna índole.

Para la protección de la fontanelas (mollera) el 86% usaron gorro, el 8% le unto aceite, el 1% le cuidó de que no cayera y el 5% no utilizó nada,

además de ello al acostar el bebé tienen en cuenta de variar la posición de la cabeza (algunas madres), para evitar que queden "cachureto" (cabeza deforme). Esto tiene mucho que ver con el hecho real de acoplamiento óseo que por su fragilidad y estado de maduración afronta la estructura ósea crece pequeño. No así sucede con nuestra cultura con los miembros inferiores, mientras en otras regiones se encuentra que las madres al dormir el hijo ajustan las piernas con lienzos para evitar que queden arqueados, en nuestro estudio el 96% le envolvía flojo, solo el 4% los envolvió de forma apretada para evitar corrientes de aire que le afectasen los pulmones.

Se tuvo en cuenta también ver figura 11. la forma de dormir al niño para observar la interacción afectiva Madre-Hijo hallándose que un 54% dormía a los niños en los brazos, un 39% en la hamaca para que se acostumbraran mansos y no dieran brega a la madre cuando esté ocupada (sentido de disciplina) y un 7% en la camacuna o corral para no mal acostumbrarlos.

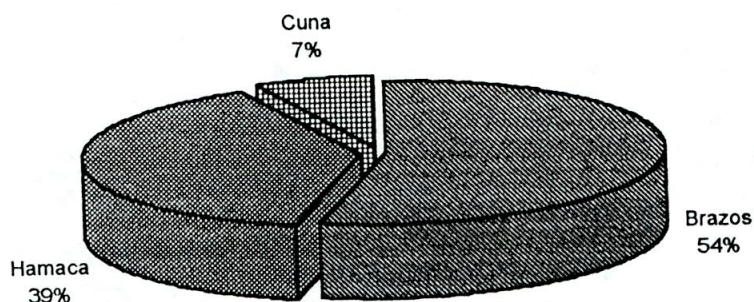


FIGURA 11. FORMAS DE DORMIR AL NIÑO

Las técnicas para evitar la pañalitis son diversas, algunas utilizaron cambios de pañales constantemente 46% otros los protegían con crema 32% otras por recomendaciones de la abuela o vecinas mayores los empolvan con una mezcla de almidón con alcanfor sin tener en cuenta, las afecciones respiratorias del pequeño y que el alcanfor produce resequedad a nivel de la piel. Los niños pequeños dentro del estudio, la mayoría se observa con salpullido, y algunos con brotes a nivel de ingles las madres justifican esto como el producto del calor y por ello los mantienen desnudos 12% sin embargo, la mayoría usan pañales de tela ya que no cuentan con dinero para comprar desechables, los lavan pero no los hierven (no los pasan por agua caliente) y los sacan al sol colgados de los alambres con púas o cañas que hacen de cerca a los pequeños patios quedando expuestos a recoger el polvo y toda la suciedad que transporta la brisa.

Como en la comunidad se encuentran familias con diversas creencias de tipo religioso el 81% manifestó no haber llevado a los niños al templo una vez finalizada la cuarentena. Cabe anotar, que dentro de este grupo se hallan también católicos no practicantes, sólo un 19% cumplió con este rito que hace más bien parte de la Iglesia católica.

3.1.5. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN:

Teniendo presente que la alimentación es el aspecto más importante dentro de los cuidados del menor, debido a que el crecimiento tiene en el lactante velocidad tal que no se compara con ninguna otra etapa de la vida es importante recordar que el metabolismo del lactante se caracteriza por las exigencias enormes de alimentos nutritivos en comparación con las del adulto y que cualquiera alteración en la proporción, manejo y preparación de los componentes nutritivos se traduce rápidamente en fenómenos patológicos, de manera que la mejor forma de alimentar al niño es la alimentación natural o materna; esto último parecen tenerlo muy claro las madres de la comunidad en estudio ya que el 98% alimentó sus hijos con leche de pecho considerando que es un alimento muy rico en sustancias nutritivas y que los ayuda a crecer fuertes y sanos; solo un 2% dijo no haberlo hecho por no desear hacerlo. Otro tanto sucedió con la administración de la primera leche, el 94% dijo haber administrado calostro a sus bebés sólo un 4% manifestó no haberlo hecho subvalorando el inmenso valor inmunológico del calostro, la Tabla 23 muestra la razón para hacerlo o no.

TABLA 23. RAZONES PARA ADMINISTRAR O NO EL CALOSTRO

RAZÓN	Nº	%
Es alimenticio	61	61
Limpia el estómago	33	33
Es antihigiénico	1	1
Da diarrea	1	1
Otro (son leches detenidas)	2	2
TOTAL	98	100

Las madres pensando en la calidad y cantidad de leche para suministrar a sus hijos acostumbran tomar y consumir diversos alimentos tales como agua de panela, leche con panela, malta (cebada) líquidos abundantes, chocolate, ajonjolí, carne asada y pescado salado; algunas manifiestan especial cuidado con la alimentación evitando consumir alimentos que les produzca a ellas trastornos digestivos porque de suceder esto, se daña la leche y al consumirla el bebé la madre le transmite el daño originando esto diarreas al pequeño. De aquí quizás se desprende el hecho de que de las 100 madres involucradas en la investigación, el 86% dijo no haber tenido problemas en su alimentación y el 14% si lo presentó. La Tabla 24 muestra el tipo de problemas que presentaron los niños, más no se descarta el hecho de que el desorden digestivo no sea transmitido al niño a través de la leche materna, sino, por la mala utilización de medidas higiénicas en el manejo del menor así por ejemplo: si una madre presenta un trastorno digestivo va al baño y

realiza sus deposiciones, luego sin haber realizado adecuada limpieza a sus manos, prepara el tetero del bebé; o le brinda otra clase este cuidado que amerite el uso de sus manos puede contaminar al bebé y producir desajustes a nivel digestivo.

TABLA 24. TIPO DE PROBLEMA DIGESTIVO

PROBLEMA	Nº	%
Enfermedad digestivo	5	36
Inapetencia	6	43
problema de succión	2	14
Otros	1	7
TOTAL	14	100

Para el manejo de los problemas algunas madres utilizan por recomendación de las mayores bebidas de agua de manzanilla (las ingieren ellas mismas), luego le dan el pecho al bebé para "sacarles el daño" esto parece tener la base de que todos los fármacos químicos o naturales atraviesan la barrera causando efectos favorables o desfavorables en el organismo del menor.

Al darle el pecho a los niños las madres asumen diversas actitudes unas les cantan y le arrullan, otras los acarician, otras los hablan y solo un 9% dijo a hacerlo sin tener ninguna interacción con el niño ver Figura 12 .

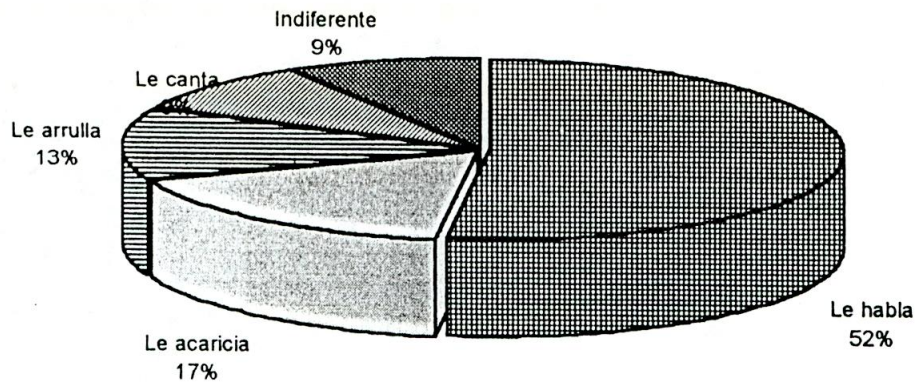


FIGURA 12. RELACIÓN AL DARLE EL PECHO

Sin embargo se observa, que hay algunas madres que aun cuando manifiestan determinado tipo de interacción, si el niño llora lo levantan y sin detenerse a pensar o buscar el motivo del llanto (puede estar mojado, con cólicos etc.) dan por hecho que es por hambre y apoya en niño en la mama como una forma de que calle. En dos de las madres con pezones umbilicados (romos) se observó que ni siquiera se tomaron el trabajo del autoestímulo previo para que el pezón aflorase sino que de una vez apoyaron los bebés en el seno, otra manifestó que para que el niño agarrara tenía que prensarlo contra ella firmemente lo anterior coincidió con el grupo de madres que manifestaron que sus hijos tuvieron problema de succión. El 86% dijo darle el pecho sentada, un 13% acostada y 1% realizando otra actividad para que le rindiese el tiempo, pero se observa que en la realidad algunas madres deambulan con el niño levantando en brazos apoyado en el

pecho, e incluso realizan otras labores (mueven alimentos depositados en ollas sobre el fogón, agarran al otro niño si lo amerita etc.), conversan con los visitantes perdiéndose casi en su totalidad el espacio enriquecedor para establecer un vínculo afectivo madre-hijo.

La Tabla 25 muestra la edad en que las madres destetaron al niño obsérvese que los porcentajes más elevados 23.3% y 27% se encuentran entre los rangos de edades de 9 meses a 1 año y de 13 a 24 meses. Este último el más recomendado e impulsado por las políticas de los programas de lactancia Materna no obstante, se encontró que en el rango de edad comprendido entre los 25 a 30 meses un 15% recibió y recibe aún alimentación lo cual puede repercutir en las necesidades de independencia y socialización de los niños. Así mismo, de las 98 madres encuestadas el 86%, casi la totalidad, manifestaron dar el pecho al menor al libre demanda. Solo un 14% tenía horarios para hacerlo; de los que alimentaron y alimentan al bebé a libre demanda hay algunas que ya aún cuando los niños rebasan el año siguen haciéndolo cual además de sus incomodo y esclavizante para la madre, tiene el inconveniente de que el niño nunca tiene hambre para la alimentación complementaria que si es necesaria desde el punto de vista nutricional. Las madres que tienen horario fijo lo hacen para evitar que el niño comience a tomar el pecho desordenadamente para hacerse atender y sin objeto de consentimiento.

TABLA 25. EDAD DEL DESTETE MATERNO

RANGO	Nº	%
Antes de 2 Meses	1	0.7
De 2 a 4 Meses	3	2.0
De 5 a 8 Meses	19	14.0
De 9 a 12 Meses	33	23.3
De 13 a 24 Meses	38	27.0
De 25 a 30 Meses	21	15.0
Aún toman Seno	25	18.0
TOTAL	140	100

La Tabla 26 muestra que el 30% desteta en razón a la edad del niño, el 21% por nuevo embarazo lo cual esta relacionado con el control natal el desconocimiento, el recelo, o la no utilización por descuido de algún método generalmente en este grupo de madres se hallan las que siguiendo consejos de sus mayores piensan que la lactancia las protege lo cual conlleva a retirar el pecho al niño de manera abrupta como mas adelante se vera en la FIGURA 13 o a utilizar métodos que produzcan repulsión en el niño. El 12% que muestra la tabla y que corresponde a enfermedades de la madre como razón del destete se refiere más que todo a debilidad general sentida por ella, pérdida de peso y " anemia" lo cual lleva a la conclusión que existe un desbalance nutricional en la ingesta de la madre ya sea por carencia algunas veces o por desconocimiento en relación con los nutrientes, su

distribución y las fuentes que los contienen. También, por mastitis y grietas en los pezones, aquí cabe recordar que el dolor es el inhibidor, más potente del reflejo de eyección fundamental para el éxito de la lactancia.

TABLA 26. RAZONES PARA EL DESTETE

RAZÓN	Nº	%
Nuevo Embarazo	24	21
El niño lo dejó	18	16
Enfermedad del niño	6	5
Trabajo de la madre	9	8
Ingestión de anticonceptivos	9	8
Edad del niño	35	30
Enfermedad de la madre	14	12
TOTAL	115	100

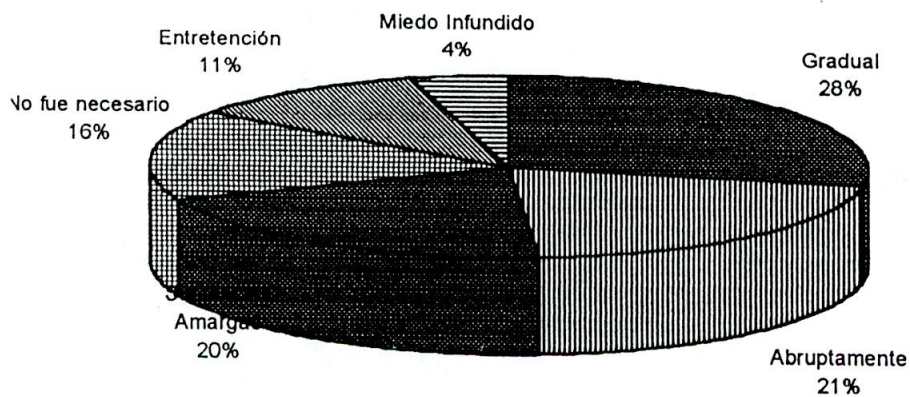


FIGURA 13. MÉTODO PARA EL DESTETE

Solo el 28% de las madres van gradualmente destetando al niño, un 11% utiliza métodos de entretención (chupos), que debido a las dificultades para su correcta higiene es un riesgo potencial para infecciones entéricas en los infantes.

En cuanto al uso del biberón ver Tabla 27, el 77% de los niños recibieron este tipo de alimentación desde los primeros días de nacidos y los 4 meses. Hay que recordar que el solo biberón, cualquiera que sea su contenido, tiene numerosos inconvenientes. El principal de todos es que cuando se usa precozmente desacondiciona al niño de la técnica instintiva de tomar el pezón, comprimir y succionar. El biberón solo requiere succión y cuando el niño aprende esto, pretende aplicarlo al pezón, con lo cual no logra obtener leche; se enfurece, echa la cabeza para atrás y rechaza el pecho por lo cual las madres generalmente piensan que el niño " aborreció el seno" no se lo ofrecen más y suplen la lactancia con biberón. La Tabla 26 y la Figura 13 da un claro ejemplo de ello el 16% de los niños lo dejaron, sin requerir ningún método sólo lo aborrecieron según expresiones de algunas madres.

TABLA 27. USO DEL BIBERÓN

RANGO DE EDAD	Nº	%
Recién nacidos a 4 meses	111	77
5 a 8 meses	17	12
9 a 13 meses	12	8
No le dio	5	3
TOTAL	145	100

De otra parte, el 69% de las madres lo suministró a libre demanda el 25% estableció un horario el 1% cuando lo consideraba necesario y un 5% no lo dio vale la pena decir que las madres que los suministraban a libre demanda lo hacían con una respuesta al llanto del menor esto implica una falta de educación en la madre de recordar que el niño pequeño llora por muchas cosas distintas de hambre entre ellas encontramos: deseo de contacto epidérmico con su madre al extrañar el acogedor ambiente intrauterino, cansancio en una misma posición, fastidio por la ropa que limita la respiración a los movimientos, suciedad de orina o heces, erupciones cutáneas probablemente pruriginosas o ardorosas (máxime si los pañales no fueron bien manejados higiénicamente) o desea sentir el afecto de la madre.

Las edades para retirar el biberón al niño fluctúan entre el año y el año y medio. La Tabla 28 muestra que un 35% aún lo toma, un 31% lo recibió hasta el año y medio, un 19% hasta los 2 años y con 15% hasta el año. Se

observa en las madres que aún dan el biberón que algunas de ellas guardan medidas higiénicas, como son el uso de agua caliente para el lavado y desinfección de los mismos, no así otras madres sobre todo la de niños lactantes mayores que solo los enjuagan con agua al clima, los llenan y se lo suministran a los niños sin la más mínima precaución incluso se observo que uno que otro niño sostenía él solo el biberón al caerse al suelo o colocarlo el mismo pequeño por haberle llamado la atención en el momento otro objeto y agarrarlo, luego volvía a retomararlo y continuaban bebiendo el contenido . También la falta de un sistema adecuado de protección al recipiente que contenía dicho elemento (falta de tapa en las ollas) o falta de protección a las tetillas las cuales en algunas ocasiones se observaban al descubierto, con contenido alimentario en el interior de los teteros y en espera que el niño lo solicitara para ser suministrado. Esto se originan por la carencia de recursos económicos para la adquisición de utensilios adecuados y de refrigeración así como de un mínimo de educación en materia de higiene alimenticia aumentando de esta manera el riesgo de diarreas y de paso la tasa de morbi-mortalidad.

TABLA 28. RETIRO DEL BIBERÓN

EDAD DEL RETIRO	Nº	%
Aún lo toman	49	35%
1 año y medio	43	31%
A los 2 años	27	19%
Al año	21	15%
TOTAL	140	100

En lo relacionado con la alimentación complementaria, o ablactación la figura 14 muestra que un 72% de los niños les fue suministrados alimentos diferentes a la leche materna desde recién nacidos hasta los 4 meses, un 26% entre los 5 y los 8 meses y un 2% entre los 9 y los 12 meses.

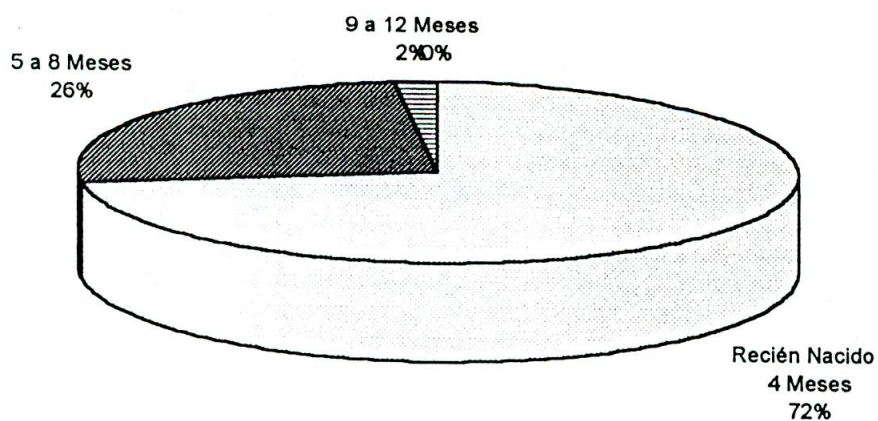


FIGURA 14. INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

La ablactación es una preparación para el destete; las primeras necesidades son las dietológicas, el niño necesita para consumir cierto tipo de alimentos aprender a ensalivar y masticar ya que los alimentos como por ejemplo los cereales, que necesiten de los enzimas salivales y .cualidades físicas de consistencias líquidas para poder ser asimilados además, para ablactar es necesario que el niño tenga una maduración neurológica, digestiva, renal e inmunológicas lo cual se alcanza solo alrededor de 4 meses. La ablactación antes de su tiempo puede producir desequilibrio metabólicos en el infante lo cual se traducen en desordenes digestivos de tipo diarreico que pone en riesgo el organismo del menor. el 76% del gráfico así como también el 2% el uno por abuso y el otro por carencia ya que se tiene el conocimiento de que a los 4 meses, las demandas del niño en vitaminas y minerales (A, D, B6 y hierro) no pueden ser íntegramente suplidas por la leche materna y se impone la alimentación complementaria demuestra la falta de educación de las madres en estos aspectos. Ello también se manifiesta en la gama de alimentos suministrados al niño desde los primeros días de nacidos donde las sopas, coladas, papillas, huevos, jugos ocupan lugares principales. Así como también aparecen las leguminosas como el frijol, banano, ahuyama y cereales así como el suministro de leche de vaca, sin modificar y esta, con su alto contenido en albúmina, grasas .saturadas, calcio y fósforo no es adecuada para seres humanos. Además, el uso precoz de una proteína heteróloga fomenta alergias cutáneas, respiratorias y gastrointestinales en

los niños que las reciben. Aparte de ello, desde hace tiempo se ha observado de que la leche íntegra ocasiona microhemorragias gastrointestinales capaces de determinar una anemia inexplicable en las lactantes menores que las reciben.

3.1.6. HÁBITOS HIGIÉNICOS.

En lo relativo a los hábitos de aseo se observó según se dijo anteriormente que el 70% de las viviendas presentan un mal estado higiénico, basuras dispersas en el espacio del patio que es el utilizado para recreación de los niños, aguas negras que corren paralelamente por el frente de las viviendas y donde generalmente juegan los menores sin calzado y sin camisa sumergiendo los pies en los charcos o en la corriente máxime cuando llueve, lanzándose pelotas de barro unas contra otras como una forma de divertirse y agredirse. Algunas veces se observa las caritas sucias al igual que el vestidito que llevan puesto. Es conveniente tener en cuenta, que las condiciones de salud y de limpieza de la piel están muy asociados con la salud del individuo. La piel no es solamente un órgano protector que cubre nuestro cuerpo, sino también un sistema de defensa contra los agentes físicos del medio ambiente, contra los microorganismos; es también un regulador de la temperatura del cuerpo a través de los mecanismos de respiración cutánea; así mismo, la cantidad y calidad de las ropas que

usamos especialmente los niños, tienen una relación importante de la salud. Desde el punto de vista de la higiene, tienen como función primordial mantener la temperatura del cuerpo evitando las pérdidas excesivas de calor cuando la temperatura externa es extrema y especialmente cuando es muy baja. También los vestidos tienen una función protectora contra el viento, el sol, la lluvia y los agentes traumatizantes. En aproximadamente seis viviendas se observó que la madre se dedicaba a "sacar los piojos" del cabello de los niños según el decir de las madres los habían agarrado en las escuelas y guarderías lo cual debía estar en lo cierto por cuanto estas viviendas se encuentran dentro del 30% que presentaban un adecuado estado higiénico.

Algunas madres aducen no enseñar a sus hijos el hábito del cepillado por que están muy pequeños (niños de 1 /2 y 2 años), otras porque la crema dental es costosa y si hay para una vez no hay para dos, más se encuentran otras que son conscientes de la necesidad de este hábito y le aprovisionan al niño los elementos necesarios. La mayoría de los niños se observan con las uñas de los pies y de las manos sucias llenas de tierra, las tabla 29 y 30 recogen la información sobre el lavado de las manos.

TABLA 29. LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE LAS COMIDAS.

RESPUESTA	Nº	%
Si le enseña	43	43
No le enseña	22	22
Algunas Veces	17	17
Es muy pequeño	18	18
TOTAL	100	100

Obsérvese que la mayoría 43% dice enseñarle al niño sin embargo, se observa que algunos de estos pequeños van hasta el expendio, compran panes o galletas y los ingieren con las manos sucias; algunas de las madres de las franjas del 22% o sea de la que no enseñan adujo como razón que "lo que no mata en gorda" muy folclóricamente.

TABLA 30. LAVADO DE LAS MANOS DESPUÉS DE HACER LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

RESPUESTA	Nº	%
Si le enseña	43	43
No le enseña	20	20
Algunas veces	19	19
Es muy pequeño	18	18
TOTAL	100	100

Algunas madres de las que dicen enseñarle al niño (43%) aseguran hacerlo pero no saben la razón otras hacen la claridad que por higiene ya que los desechos son sucios del cuerpo no obstante, ante la carencia de una adecuada forma de eliminación los arrojan al patio o a los solares vecinos sin tener en cuenta el problema de contaminación del ecosistema que rodea al niño y que puede revertirse a este y a la familia traduciéndose en enfermedad. En una cuidadora se observó que estando en presencia de unas de las investigadoras uno de los pequeños hizo una deposición en el espacio que hace las veces de sala, la cuidadora se levantó al darse cuenta cogió un papel recogió las heces y las arrojó a fuera al espacio del patio sentándose nuevamente a proseguir con la conversación con mucha vergüenza según ella, pero sin lavarse las manos y ni siquiera asear el pequeño.

Es frecuente encontrar a los niños sentados en el suelo (generalmente de tierra) con los platos de los alimentos e incluso con las ollas donde los preparan consumiéndolos es más uno de los hogares infantiles también realiza la misma práctica porque según se entiende el I.C.B.F solo proporciona de mesas y sillas una sola vez y luego el deterioro de esta lo debe asumir la madre comunitaria a su cargo y el dinero de la bonificación no alcanza para ello.

En cuanto al consumo de agua hervida, el 34% de las madres dijo realizar esta práctica y un 66% no aduciendo razones de carencia para ello (ollas, fogones apropiados) otras porque no les gustaba el sabor y otras por falta de costumbre. Sin embargo, niños hijos de las madres que aseguran hervir el agua consumen refrescos empacados en bolsas plásticas (boli, hielo) que adquieren el expendio sin preocuparse las madres sobre la calidad de su contenido. Así mismo, la Figura 15 muestra el cuidado que observa al consumir alimentos como las frutas el 49% dice lavarlas y el 51% no lo hacen; más se observa que unos niños adquieren frutas como mangos en las ventas caseras instaladas en las puertas y las consumen de una vez e incluso, las comparte dejando saborear a otros niños de la misma fruta.

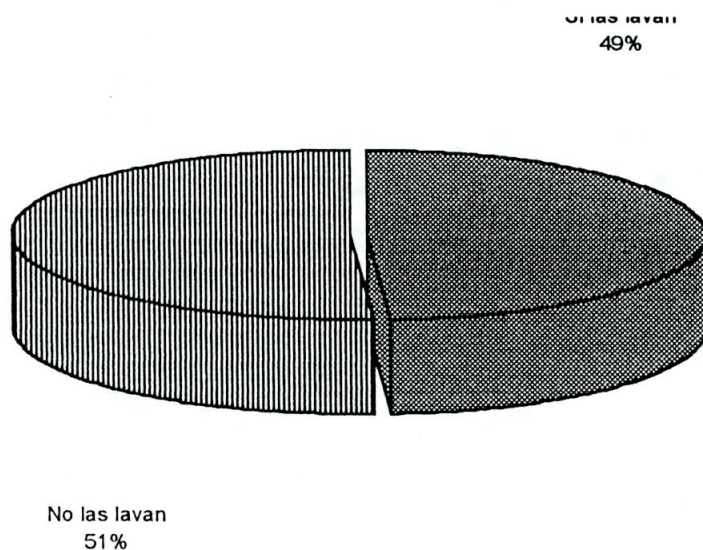


FIGURA 15. LAVADO Y CONSUMO DE FRUTAS

La incorporación de los métodos de higiene personal al modo de vida de un individuo es un proceso educacional y de formación de hábitos, proceso que los padres y luego los maestros deben iniciar tempranamente. Si la formación de hábitos no es conducida adecuadamente por los padres, se establecen definitivamente como factores desfavorables para la salud, por ello, los exámenes periódicos de salud ofrecen la oportunidad de investigar estas desviaciones en el niño o en el adulto y corregirlas. Muchos de los hábitos que tienen influencias sobre la salud individual son conscientes y están sujetos a la educación que tengan el individuo y pueden ser ejecutados con cierto control o modificados mediante un proceso de educación entre ellos tenemos la dieta, bebidas, técnicas de comer, ejercicios, reposo y sueño.

3.1.7. ASPECTOS PSICOSOCIALES

La concepción que se tiene de la infancia, las expectativas sociales que se generan sobre su desempeño, las actitudes y los comportamientos que caracterizan el trato que cada grupo social proporciona a sus niños, constituyen aspectos principales de la cultura de los pueblos. En la presente investigación se encontró que el manejo que se da al menor en la parte de psico-afectividad está influido poderosamente por el nivel cultural veamos lo que muestra los resultados obtenidos.

TABLA 31. APEGO A LOS PADRES

RESPUESTA	Nº	%
Mucho	92	63
Poco	34	23
Nada	9	7
Es muy pequeño	10	7
TOTAL	145	100

La tabla muestra que un 63% de los niños muestran apego por los padres, un 23% poco, corresponde a los niños que son cuidados durante el día por personas diferentes: tía, hermanos mayores, abuelos, por quienes los niños demuestran mayor afecto, un 7% de madres casi se podría decir que consideran al niño una tabula rasa cuando manifestaron que el "es muy pequeño" encontrándose en este grupo niños de 6 a 9 meses parece ser que por grado educativo desconocen que el niño desde que nace se halla equipado con una serie de conductas para entrar en actividad.

TABLA 32. IMITACIÓN DE COMPORTAMIENTOS

RESPUESTA	Nº	%
Sí	87	60
No	10	7
A veces	35	24
Es muy pequeño	13	9
TOTAL	145	100

La Tabla 23 y la figura 16 corroboran el desconocimiento por parte de algunas madres de las potencialidades del niño sobre todo de los bebés; en la tabla el 60% dijo que los niños los imitaba estos generalmente están dentro de un rango de 2 a 5 años, consideran imitación cuando los niños dentro de los juegos de roles simulan afeitarse, cocinar, o realizar algún tipo de trabajo similar al que realizan los padres; un 7% dijo que no, no tienen en cuenta que la manera como el niño se socializa es una clara de imitación de los patrones paternos. Igual sucede con el 24% correspondiente a veces y un 9% consideró que era muy pequeño sin percatarse que la sonrisa, el balbuceo etc. no son más que imitaciones y gestos aprendidos de las figuras paternas.

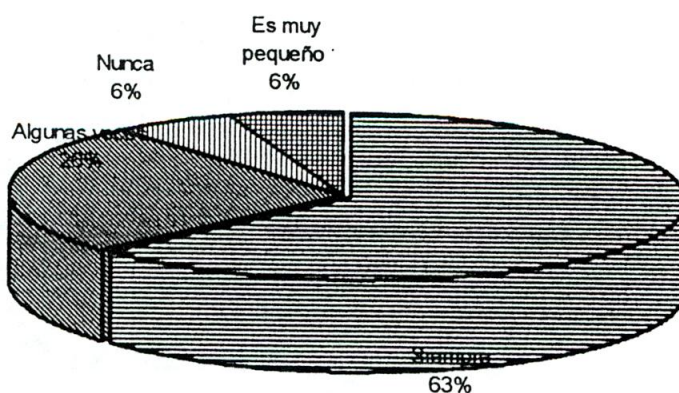


FIGURA 16. DEMOSTRACIÓN DE ALEGRÍA ANTE LA LLEGADA DEL PADRE

Según lo manifestado por la madre el 63% de los niños se alegran cuando llega el padre a la casa, un 26% sólo lo hace algunos veces. Un 6% nunca lo hace en este renglón se hallan algunos de los niños criados por otros cuidadores y un 5% respondió que los niños eran muy pequeños cabe anotar que algunas veces se escucho a algunas madres amenazan al niño ante alguna travesura o expresión de desobediencia, con el padre lo cual produce repercutir con una espera ansiosa de parte del niño no como expresión de alegría, sino con tensión y miedo.

Los padres demuestran el afecto al menor en la mayoría de los casos 38% jugando con él, un 32% mimándolo, un 29% atendiéndolo y un 1% de ninguna forma. El juego consiste en alzar el niño, hacerle cosquillas, jugar a los escondites etc. La participación del padre en la crianza del niño, es activo en lo referente a jugar con el niño y enseñarlo a hacer las cosas, mientras que actividades como levantarse por las noches cuando el niño llora o proporcionarle sus alimentos son menos frecuentes estas actividades son asistidas por la madre en un 85% de los casos, un 6% por el padre y un 9% por ambos progenitores. Algunas madres expresaron que en cuanto el padre esté en el hogar participa en la crianza del niño, cuando no lo hace en la mayoría de los casos, se debe a que no está presente, por razones de trabajo por abandono del niño en su mínimo porcentaje (4%).

TABLA 33. TIEMPO QUE LA MADRE DEDICA AL NIÑO

RESPUESTA	Nº	%
Tiempo disponible	20	20
Tarde	29	29
Noche	28	28
Todo el día	17	17
Manzana	6	6
TOTAL	100	100

La Tabla 33 muestra el tiempo que la madre dedica al niño, el 29% fue dedicarle la tarde, un 28% la noche, un 20% el tiempo disponible, un 17% todo el día y un 6% la mañana.

Las actividades que manifiestan realizar son diversas. Algunas dicen jugar con él, otras orientándolos con las tareas, cuidando, atendiéndolos en sus necesidades, los padres consideran que hay actividades dentro de la crianza del niño que deben ejecutarse con la madres específicamente o por cuidadores del sexo femenino. La actividad de los padres está más bien relacionada con vigilar que el comportamiento del niño este de acuerdo con las exigencias de su medio y las decisiones que tome generalmente la madre sobre lo que el niño debe o no debe hacer, con relación a esto último se encuentra que un 88% de las madres deciden siempre lo que el niño debe hacer y un 12% dijeron darle la opción al niño, sin embargo, se halla que dentro de este grupo, habían madres que amenazaban al niño de

alguna forma para que este desistiera de algún propósito o le prometían darle algo “si no te vas a la calle”, constituyéndose este en un tipo de chantaje que no es más que obligar al niño a interiorizar determinada parte de conducta, condicionando la entrega de un estímulo al sometimiento del infante a los dictados de los adultos, sometiéndolos, haciendo de la crianza una relación de autonomía, dificultándose de este modo la elección y el ejercicio de la libertad . La Tabla 34 recoge el dato sobre la manera como se refuerza positivamente los comportamientos en el niño.

TABLA 34. ESTIMULO DE LA CONDUCTA POSITIVA DEL NIÑO

RESPUESTA	Nº	%
Si	97	97
No	3	3
TOTAL	100	100

Un 97% de las madres expresaron que si, mientras que un 3% manifestaron un no hacerlo, deduciendo razones como “es malo premiar a los niños, porque deben hacer las cosas si les tocan, no por el premio”, porque deben hacer las cosas si les tocan, no por el premio”, “Si se premian mucho a los niños se vuelven malgeniados” la Figura 17 muestra la manera como las madres estimulan a los niños.

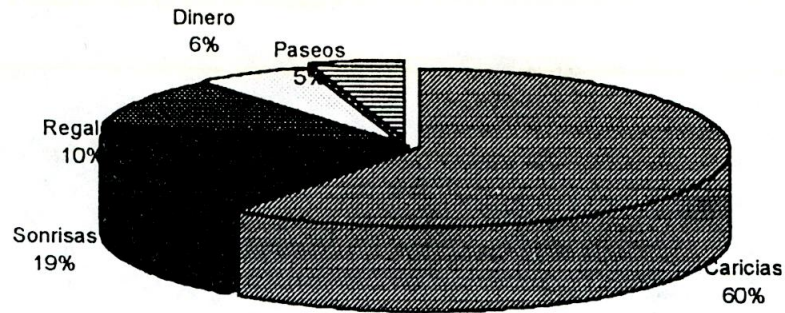


FIGURA 17. FORMA DE ESTIMULAR AL NIÑO

En la mayoría de las ocasiones, cuando los niños hacen algo bueno se les demuestra cariño mediante caricias en un 60% de los casos con sonrisas y estímulos verbales en un 19%, con dinero en un 6% (darle algo para que compren en el expendio) con regular en un 10% y sacándolos a pasear en un 5% como se ve, en la mayoría de los casos no reciben premios tangibles, sino estímulos sociales.

En lo relacionado con los métodos para disminuir conducta desadaptativas en el niño, un 71% de las madres manifestó que le pegaban al niño y el 29% dijo que no le pegaban si no que utilizaba métodos como la persuasión. La Tabla 35 y 36 muestra con que le pegan las madres a sus hijos así como las razones que aducen tener.

TABLA 35. OBJETO UTILIZADO PARA PROPINARLE EL CASTIGO

RESPUESTA	Nº	%
Mano	29	41
Corroa	17	24
Chancleta	19	27
Objetos	3	4
Rama	3	4
TOTAL	71	100

Obsérvese que el 41% corresponde a la mano, es decir el mismo elemento que da afecto, es el mismo que propina el castigo. Siguen en su orden la chancleta con un 27% y la correa con un 24% una de las madres que dijo utilizar "lo primero que tengo a la mano" pasó a hacer parte del 4% correspondiente a objetos lo que es claro índice del maltrato físico de los menores. Dentro del 4% que utilizan ramas se hallan madres que siguiendo el consejo de sus mayores utilizan la escobilla que es una planta silvestre de la región la cual dejan secar al sol para "sacarle la rebeldía" al menor.

TABLA 36. RAZÓN DEL CASTIGO

RESPUESTA	Nº	%
Desobediencia	51	72
Se va para la calle	12	17
Mentira	2	3
Daña los objetos	2	3
No quiere dormir	2	3
Por travieso	1	1
Por Rebelde	1	1
TOTAL	71	100

Obsérvese que el 72% de las razones para castigar a los niños según aducen las madres son por desobediencia al cual se le podría sumar el 17%, de "se va para la calle", es conveniente recordar que anteriormente las madres habían expresado en un 88% que decidían siempre lo que el niño debía o no debía hacer lo cual corrobora la conducta de autoritarismo asumida por las madres y el niño, método de la protección y cuidado de los adultos, buscará gratificarlos para no perder su cariño dejándose conducir por el sentido común y la buena razón, aceptando la prescripción de un comportamiento y encadenado de paso sus deseos a razones y modelos ordenados e impuestos por los mayores.

Las amenazas al igual que las privaciones son frecuentes, siendo la más utilizada de ellas decirle al niño que cuando venga el padre le pondrán las quejas para que él le pegue cediendo de este modo el sentido de "autoridad" al

padre y cuando esto sucede, informan que el papá no sabe aplicarles el castigo a los menores, que tiene muy poca paciencia y cuando le pegan al niño "parecen que quisiera matarlo" y por eso ellas muchas veces dejan esto en simples amenazas y no le comentan nada al marido.

Así mismo, el 47% manifestó no mimar al niño luego de reprenderlo, porque "se pierde la autoridad" desconocen totalmente que la autoridad es educar para que en un momento cualquiera se pueda prescindir de ella, eligiendo el hijo el modo de vida que mejor se acomode a sus expectativas y que lo que ellas están imponiendo es mas bien un sentido de autoritarismo que es el que busca hacia la dependencia una condición insuperable, perpetuación de ningún sistema de propiedad, valoración o ideología que requieran súbditos, habiendo asumido su propia construcción y singularidad, sin querer convertir a nadie en apéndice de sus caprichos o necesidades, un 48% hacerlo en razón de que algunas veces "se les va la mano" (le pegan muy fuerte), un 1% dijo que solo aveces y un 4% dice que luego dialogan con el niño.

Las manifestaciones de agresión sobre los padres son bastante representativas, un 46% de las madres expresó que el niño respondía mal cuando lo reprendían y un 54% dijo que no. Pero en general, los padres no permiten que sus hijos los agredan o insulten. Ellos tienen todo el poder para agredir física y verbalmente pero no tienen en cuenta que niño al responderles mal se está defendiendo copiando de paso un patrón de repuesta enseñado por ellos mismos. Las

madres utilizaron expresiones tales como " prefiero cortarle la mano antes de permitirle que él me pegue" "como me levante la mano le doy su muenda" e incluso madres de niños lactantes opinaron que "cuando me manotea le pego".

La figura 18 muestra la manera como manifiesta la conducta agresiva obsérvese que un 43% insulta, casi siempre lo hacen con palabras ofensivas o vulgares, según lo reportado por las madres. También son altos los signos de agresión tales como, tirar las cosas cuando está disgustado (31%) remedar a su padres (9%) y tirarse al suelo y golpearse en un 12% conductas que han sido interiorizadas por el comportamiento de los padres.

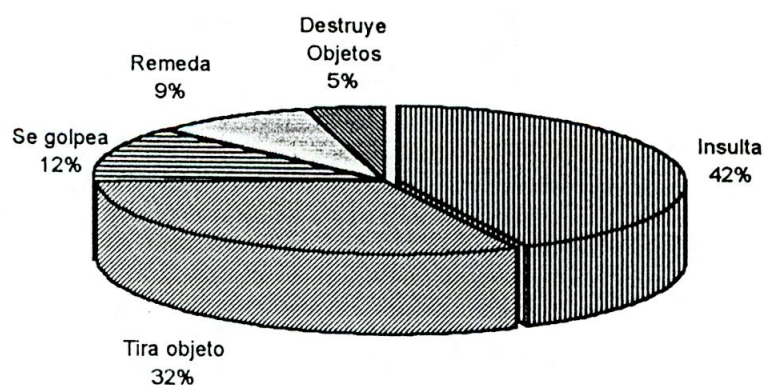


FIGURA 18. FORMA DE RESPONDER ANTE EL REGAÑO

Lo anterior está estrechamente relacionado con la persona a quien más desobedece el niño encontrándose que en un 37% corresponde a la madre, situación quizá incrementada por el hecho de la delegación que hacen estas de su autoridad al padre al amenazar al niño con este perdiendo de paso credibilidad ante sus hijos al no cumplir la amenaza por el temor que les despierta el maltrato que puede recibir el niño por parte del progenitor , un 14.5% desobedece a ambos, un 12% al padre y un 36.5% no desobedece a ninguno de los dos, en este último grupo se encuentra que ambos padres corrigen al niño, ambos le pegan cuando es necesario según ellos para que no se vuelvan luego unos bandidos o bandoleros.

La Tabla 37 muestra que al 56% de los pequeños les afectan mucho las discordias entre los padres, un 23% solo a veces y un 16% les es indiferente.

TABLA 37. AFECTA MUCHO AL NIÑO LAS DISCORDIAS ENTRE LOS PADRES.

RESPUESTA	Nº	%
Si	81	56
No (es muy pequeño)	23	16
A veces	41	28
TOTAL	145	100

El niño manifiesta esto de diferentes formas pero generalmente es el llanto la manifestación mas común 77.8%, marchándose de lugar en un 10%, agrediendo al padre en un 12.2% este último grupo esta bastante relacionado con el 16% de niños que desobedecen la figura paterna y generalmente tomar esta conducta cuando el padre golpea a la madre o la insulta.

Los niños tienen muy buenas relaciones con sus coetáneos sean estos hermanos o amigos compartiendo con ellos las cosas de su propiedad. La Tabla 38 recoge esta información, se observa que el 38% comparte siempre, un 23% casi siempre, un 23% a veces y un 16% nunca en este último grupo se encuentran los niños mas pequeños.

TABLA 38. COMPARTE JUEGOS CON HERMANOS Y AMIGOS

RESPUESTA	Nº	%
Siempre	56	38
Casi Siempre	33	23
A veces	33	23
Nunca	23	16
TOTAL	145	100

Las madres en un 63% manifestaron permitirle a sus hijos jugar fuera de la casa con otros niños para que se relacionaran, un 37% dijo que no por temor, expresando razones como " Hay niños malas" "pueden aprender travesuras" "el

papá no quiere que juegue con nadie". Este grupo consideran que el niño necesita mucha atención de parte suya. Además, la mayor preocupación existe con las niñas porque los varones si se escapan a la calle saben cuidarse solos. En el primer grupo se hallaron madres que estimulan a sus hijos a que se defiendan, anotando que esto es necesario dentro de su medio. Cabe anotar dos situaciones observadas. Una de ellas se refiere al manejo que una madre de un hogar Fami le da a su pequeño de aproximadamente 18 meses, para que no moleste dentro de la casa haciendo travesuras mientras ella hace los quehaceres o se vaya a la calle lo mete dentro de un chinchorro (Calado profundo) el niño da la impresión de estar dentro de una mochila donde lo mece para distraerlo. Otra situación fue la observada en una riña callejera por niños de aproximadamente 6 años, uno de los padres llegó y en vez de separarlos comenzó a estimular al hijo a que le diera al otro y acosado con términos soeces, un pariente del otro niño llegó y también incitaba a la pelea amenazando al niño a que si se dejaba ganar luego el le daría también, una de las madres comento "por eso no es bueno dejar ir los niños a la calle".



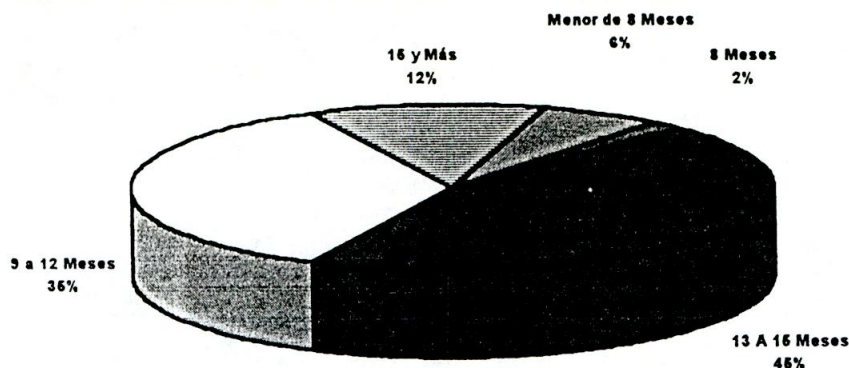


FIGURA 19. EDAD DE EMPEZAR A CAMINAR

En lo relacionado con la edad en que el niño empezó a mostrar mayor capacidad de independencia de ambulando solo, un 45% lo hizo entre los 13 a 15 meses, un 35% entre los 9 a 12 meses, un 2% opinaron las madres que a los 8 meses, un 12% de los 15 a los 18 meses a este grupo las madres por consejo de los mayores les deben calcio por su cuenta, vitaminas y minerales (Dayamineral) un 12% les hacia ejercicios (flexión y extensión) según afirman las madres para fortalecer los músculos. Un 26% le unto clara de huevos en la articulación de la rodilla porque según el concepto de ellos, allí hay una "baba" que lubrica los huesos y permite el movimiento y cuando esta falta entonces el niño se le dificulta caminar y la clara de huevo es bastante parecida y al frotar da fuerza para andar mas sin luego el niño recibe un rato de sol para que el calor ayude a penetrar por la piel, un 62% buscó ayuda médica lo cual

demuestra que lo científico, esta tomando cada ida mas fuerza ante lo natural, en algunos aspectos de salud.

En lo conveniente a los miedos infantiles un 60% de los niños miedosos y un 85% no dentro de este grupo hubo madres que manifestaron su deber de estar atenta cuidando de que el niño por su osadía, no fuese a agarrar un gusano, o un reptil que a menudo son frecuentes en los predios del patio que es el lugar de recreación más común que tiene el menor. Las tablas N° 39 y 40 muestran a que tienen miedo los niños y las reacciones de los padres ante el hecho.

TABLA 39. MOTIVO DEL MIEDO

RESPUESTA	Nº	%
Oscuridad	46	77
Diablo	6	10
Locos	1	2
Otros	7	12
TOTAL	60	100

TABLA 40. REACCIÓN DE LOS PADRES ANTE EL MIEDO

RESPUESTA	Nº	%
Le explica para que no tema	47	78
Le regaña	8	13
No le dice nada	5	9
TOTAL	60	100

La Tabla N° 39 muestra que el más alto porcentaje se refiere al miedo a la oscuridad, 77% temiendo algunos niños a salir de sus casas hacia el patio durante las horas de la noche e incluso según afirman las madres a “mirar para allá” un 10% al diablo figura que se han encargado los mayores con afianzar mediante las amenazas “te va a llevar el diablo” “te va a llevar el pata de cabra” cuando quiere que los niños no salgan a la calle, reciben los alimentos o sigan una conducta impuesta por ellos igual cosa sucede con el loco 2% o cualquier otro elemento (gusanos, cucarachas, ratones) que impacte a los pequeños, son diferentes las conductas que asumen los padres ante el miedo de los pequeños un 78% les habla y les explica para que no sientan miedo, un 13% les regaña para que no sean bobos y tontos y un 9% no les dice nada, para que los niños le “teman a algo y hagan caso”. Se observó en una jornada de recreación que se efectuó donde interiorizaron mimos, títeres y payasos que aún cuando algunos niños lloraban al ver al payaso o al mimo, y se replegaban hacia atrás, sus madres tiraban de ellos por el brazo mediante la fuerza tratando de arrastrarlos hasta el lugar donde se realizaba el acto situación que dio origen a intervenir a los investigadores delante de las madres para que no forzarán al niño hacia algo que les hacía llorar y huir por temor una de las madres expresó “parece un marica a todo le tiene miedo” y según ella misma había que enseñarle a relacionarse así mismo, la concepción que tienen las madres de sus hijos es diversa. El figura 20 consigna los resultados.

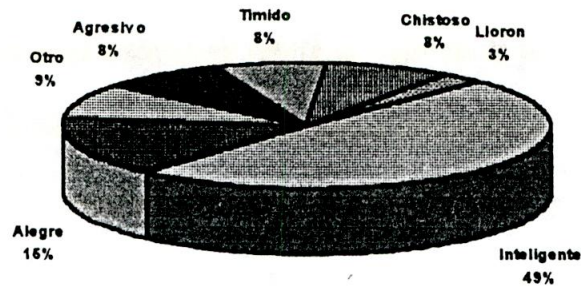


FIGURA 20. COMO CONSIDERA A SU HIJO

El 49% considera a sus hijos inteligentes, 15% alegres, 9% como un niño de "humor" un 85 agresivo, un 8% tímido, un 3% llora de estos 3 grupos se encuentran niños de hogares maltratantes y un 8% los considera chistoso aún cuando hay madres que consideran a sus hijos "fáciles" para aprender unas cosas y "duros" para aprender otra por tercios, despistados o descuidados desconociendo totalmente que un niño será persona en la medida que no sólo acumula a conocimientos, sino que aprenda el sentido que tiene la vida y desarrolle sus propias habilidades, destrezas y creatividad.

3.1.8. ATENCIÓN EN SALUD

Los aspectos de morbilidad y mortalidad dan un claro indicio de la situación de salud de una población sobre todo si se trata de infantes. En la comunidad en estudio el referido a morbi-mortalidad tuvo afortunadamente un resultado nulo

de 100 familias encuestados, visitadas y observados ninguna de ellas presento defunción alguna a nivel infantil no obstante, se dio el caso en una sola familia que no entra al estudio por tener niños pequeños, de un mortinato de 8 meses de gestación según afirman algunos vecinos por el maltrato físico por la madre por parte del padre. Aquí hubo intervención de las autoridades ya que por denuncias de los moradores el sector aledaño se les puso en conocimiento para que la madre recibiera atención oportuna debido a presentar un fuerte sangrado luego de expulsar un feto cuyo cráneo según afirman los vecinos estaba destrozado al igual que uno de sus miembros superiores. también es valedero tener en cuenta que el tiempo donde se produjo la inserción de los investigadores con la comunidad comprendió a la época seca (verano) y que la humedad, los frutos de cosecha (mangos, mamón) se dan entre los meses de mayo y junio aumentando el riesgo de transmisión de patologías por medio de agentes (moscas) que pululan con su carga de enfermedad y muerte las lluvias también arrastran todo el material contaminante que encuentren a su paso y luego quedan corrientes en las calles y charcas donde se observan generalmente a los niños sumergir los pies como única forma de distracción. También estos depósitos de agua se convierten en criadero de mosquitos.

En relacionado con la morbilidad, la Tabla 41 muestra que el 68% de las familias manifestó no haber enfermado nadie en el último mes y un 32% si tuvo algún tipo de patología sin embargo, es bueno anotar que las madres

no consideran como enfermedad el que el niño "viva con gripa" o que este decaído o rechace los alimentos, el que este por debajo del peso y talla normal, el que presente brotes en la piel, para ellas el sinónimo de enfermedad se refiere a fiebre, diarrea, vómitos o una fuerte gripa que no deje respirar al pequeño.

TABLA 41. MORBILIDAD EN EL ULTIMO MES

RESPUESTA	Nº	%
Si	32	32
No	68	68
TOTAL	100	100

Así mismo manifestaron, que la enfermedad fue leve en un 47%, moderada en un 34% y severa en un 19% requiriendo este ultimo grupo asistencia medica especializada por presentan patologías de tipo respiratorio tales como bronconeumonias, status asmáticos, traumatismos de tipo fracturas, quemaduras o síndromes diarreicos. La Tabla 42 y la figura 21 muestran el recurso de salud utilizado y el resultado de atención recibida respectivamente.

TABLA 42. RECURSO DE SALUD UTILIZADO

RESPUESTA	Nº	%
Remedio casero	13	40.7
Farmacia	6	18.8
Medico	8	25.0
Hospital	4	12.2
Tegua	1	3.3
TOTAL	32	100

Obsérvese que aun se utiliza en una proporción bastante alta los remedios caseros de tipo infusiones de hierba, masajes como unguento y mentoles, ingestión de bebidas calientes en un 40.7%, la medicación por medio del boticario en un 18.8% ; las madres aducen razones de índole tradicional y pocos recursos económicos para optar por una atención más especializada, a esta solo tuvo acceso un 37.2% por severidad del cuadro patológico presentado; al tegua solo acudió del 3.3%.

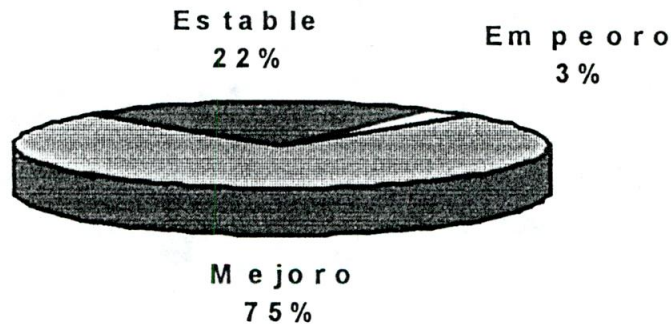


FIGURA 22. RESULTADO DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

El 75% mejoro con la atención recibida, un 22% se mantuvo estable y un 3% empeoro correspondiendo este ultimo a la asistencia recibida por el tegua.

El hospital es el centro mas utilizado para el caso de ameritar hospitalizaciones en un 95% acuden a el, por ser del estado y tener tarifas mas al alcance de sus pocos ingresos además de ello, cuenta con servicio de trabajadoras sociales que los ayudan para el caso de no tener como cubrir los gastos que acarrea la hospitalización según el decir de ellos; solo un 5% asiste a clínicas donde se hallan afiliados (Cajanal, I.S.S) donde reciben la atención correspondiente. De otra parte, solo un 28% de las madres mantienen a sus hijos en control de crecimiento y desarrollo en el puesto de salud de Argelia, en el hospital o en el I.S.S.. Un 72% no los llevan en su gran mayoría por desconocer la existencia del programa, otras por falta de tiempo, otras porque no cuentas con los recursos económicos para el pago del transporte cuando les toca la cita y otras porque de una cita a otra hay demasiado espacio de tiempo y eso lleva a olvido en el cumplimiento de las mismas.

En lo relacionado con las inmunizaciones, la Tabla 43 muestra que un 46% de las madres manifestó que sus hijos tienen la vacunación completa, un 35% tiene el cuadro incompleto y un 19% no recuerda; las madres cuyos hijos tienen la tabla de inmunización incompleta aducen razones como

reacciones muy fuerte en los pequeños (fiebre, tumefacción del lugar de aplicación, malestar general) lo cual ha originado en muchas ocasiones fuertes enfrentamientos con el cónyuge quienes en muchas ocasiones no están de acuerdo con esta medida de protección por considerar que enferman mas a los pequeños y que ellos mismos, no necesitaron de ello cuando eran niños y muy bien que crecieron y se criaron igual cosa objetan las abuelas y mayores; desconocen que el propósito de las inmunizaciones es desarrollar una resistencia específica en los individuos susceptibles contra las enfermedades y que están actúan sensibilizando al organismo, para que frente al mismo estímulo, los movilice o los produzca con rapidez de aquí que halla variaciones en la respuesta al niño ser vacunado.

TABLA 43. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES

RESPUESTA	Nº	%
Completas	46	46
Incompletas	35	35
No recuerdan	19	19
TOTAL	100	100

Las madres aun cuando no cuenten con la aprobación de los maridos, conceptúan que se deben vacunar a los niños porque las vacunas los protege contra las enfermedades y cuando los niños están vacunados no se enferman de nada sin embargo, se observan que no dan con precisión la

edad a la que el niño empezó a ser vacunado como tampoco el tipo de vacuna que se les aplico es más, desconocen para que enfermedades son la vacunas que recibe el niño se refieren a la Hepatitis B como a la de la "Fiebre Amarilla" o a la D.P.T. como la de "la nalguita" desconocen que esta protegiendo a los niños contra la Difteria, la Tosferina y el Tétanos así como el número de dosis necesario para la inmunización, es mas, algunas madres cuyos hijos presentan el esquema incompleto tienen la creencia que con la sola dosis recibida ya no necesitan más, lo cual demuestra que falta mayor información y educación por parte de las personas encargadas de estos programas hacia las madres usuarias que acuden a los centros y puestos de vacunación.

La Tabla 44 muestra la conducta asumida por las madres cuando los niños presentan diarrea, vomito, fiebre, resfriado, "se aprieta" (Insuficiencia Respiratoria Aguda), tiene parásitos, Dermatitis y otras.

TABLA 44. ASISTENCIA RECIBIDA POR EL NIÑO ENFERMO

RESPUESTA	Nº	%
Automedicación	67	67
Lo lleva al medico	32	32
No hace nada	1	1
TOTAL	100	100

Obsérvese que el 67% de las madres automedica a sus hijos, un 32% lo lleva al médico y un 1% no hace nada en razón a que lo que afecta al menor nunca es tan grave y generalmente nunca tiene dinero disponible para la droga ni pagar la asistencia. En el caso de la automedicación se encontró niños con I.R.A. cuyas madres les frotan el pecho y la espalda con sustancias mentoladas y además, le introducen de la misma sustancia en las fosas nasales. Otros que presentan igual patología llegando a la insuficiencia respiratoria y una de las madres dijo administrarle Prednisona, el niño a simple vista se observa por debajo del peso y talla adecuado para su edad; otra madre dijo administrarle Bricanyl expresando: " El corazón se le quiere salir del pecho pero me funciona el remedio " otra con dos pequeños que presenta la misma patología y viven en una de las casas cuyas paredes son de material plástico (costales) dice que cuando hay presencia de bastante mosquito hace una hoguera con hojas verdes de matarratón en la madrugada para que se alejen los mosquitos y dejen dormir, este último caso no se trata de automedicación, sino más bien se trae como ejemplo del manejo inadecuado que reciben los menores por falta de una educación sanitaria apropiada. Otra madre manifestó que su niña sufre de "diarrea con sangre" (la niña recibe leche de vaca desde los primeros días de nacida) y cuando esto se presenta le da Kaopectate de su cuenta. Otra madre comentó que cuando a su niña "le cae tos" ella sabe que tiene "parásitos en la garganta o en los pulmones" entonces le da un

purgante y todo acaba allí. La Figura 23 muestra las afecciones que padecen los niños mas frecuentemente.

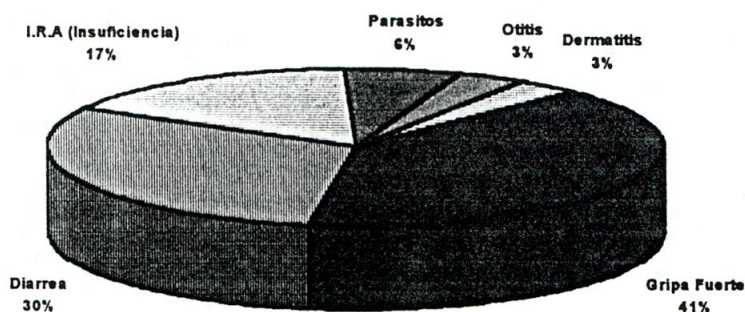


FIGURA 23. AFECCIONES QUE PADECEN LOS NIÑOS

Obsérvese que un 48% padecen gripas " fuertes" y un 13% de I.R.A. (en este porcentaje solo se tuvo en cuenta el cuadro mas grave de las afecciones respiratorias que afectan a los niños como es la Insuficiencia Respiratoria Aguda) o los niños que les da "fatiga" o "se aprietan" según el decir de las madres a lo cuales se puede sumar el 5% de las Otitis que generalmente son secundarias a las primeras. En síntesis, la Infección Respiratoria Aguda tiene el mas alto porcentaje entre las afecciones infantiles de la comunidad en estudio con un 67% lo cual es producto de la insalubridad del ecosistema que rodea a los menores como ya se a visto anteriormente donde además, se puede sumar el habito de algunos padres y madres a fumar, las malas condiciones higiénicas y estructurales de la vivienda y el inadecuado manejo que dan las madres a los niños afectados;

algunas madres aducen como motivo de gripa el hecho de que a los niños les estén saliendo los "colmillos" (caninos). Siguen en su orden las diarreas con un 24%, la parasitosis con un 5% productos de un mal manejo higiénico de alimentos, elementos de aseo (ropas, zapatos) y cuidado general del infante lo cual también se refleja en Dermatitis en un 5% agravadas por la contaminación del medio ambiente. Con relación a las diarreas, las madres muestran poco interés y les inspira poca confiabilidad el suero casero aún cuando en la comunidad en más de una ocasión les han realizado charlas educativas sobre ello, ellas prefieren comprar las sales que vienen empacadas por los laboratorios. Se observo del mismo modo que al comenzar a brotar los dientes al niño justifican el trastorno digestivo del menor como algo que debe pasar en razón de lo primero, desconociendo que la diarrea es producto del uso que hace el pequeño de objetos que lleva a la boca con el fin de frotar la encía y aminorar de esta manera la molestia que presenta, estos objetos la gran mayoría de las veces pueden estar contaminados afectando de paso el sistema gastrointestinal del pequeño.

3.1.9. CONCEPTOS GENERALES

La Tabla 45 muestra el concepto que tienen algunas madres sobre la razón para que nazcan niños discapacitados (anormales).

TABLA 45 RAZÓN DEL NACIMIENTO DE NIÑOS ANORMALES

RESPUESTA	Nº	%
Enfermedad de la madre	53	53
Vicios	21	21
Voluntad de Dios	12	12
Castigo de Dios	8	8
Otro (Maltrato)	6	6
TOTAL	100	100

Un 53% piensa que por enfermedades de la madre entre las que se mencionan desnutrición, o alguna afección sufrida durante el embarazo recalcando que por ello es importante el control médico, un 21% por vicios entre ellos están las drogas, el alcoholismo, el tabaquismo etc. un 12% dijo que por voluntad de Dios, un 8% piensa que por castigo de Dios por la conducta inadecuada de alguno o de ambos padres y un 6% por otras circunstancias generalmente se refirieron al maltrato recibido por la madre de parte del cónyuge durante el período de gestación.

En lo relacionado a los semejanza y diferencias de los patrones generacionales un 73% de las madres opino que antes era mejor que ahora afirmando que antes había más unión y amor familiar y los hijos respetaban más a los padres en la actualidad hay mucha corrupción, maldad y violencia. Hoy las madres tienen necesidad de trabajar, por lo cual los hijos no tienen un buen cuidado. Un 27% dijo que ahora es mejor que antes admitiendo que

la crianza antigua era muy sana pero simple, ahora los padres cuentan con mejor información y más recursos para procurar a sus hijos un mejor ambiente, algunos adujeron que la crianza de antes era salvaje y hoy hay métodos para educar y diálogo entre los padres y los hijos. La Tabla 46 y la figura 23 muestra las respuestas que dieron las madres cuando e les preguntó sobre si les gustaría que les instruyera como criar mejor a sus hijos y quien le gustaría que lo hiciera.

TABLA 46. LE GUSTARÍA QUE LE ENSEÑARAN A CUIDAR MEJOR A SUS HIJOS

RESPUESTA	Nº	%
Si	82	82
No	8	8
No sabe	10	10
TOTAL	100	100

Un 82% expreso sus deseos de recibir instrucción, un 8% dijo que no porque sienten bien criados a sus niños como hasta ahora, una de las madres adujo que si había funcionado con ella sin dejarla "perderse" podría funcionar con su pequeño y un 10% dijo no sabia este grupo esta casi conformado en sus totalidad por las madres más jóvenes que necesiten la aprobación del compañero para decidir.

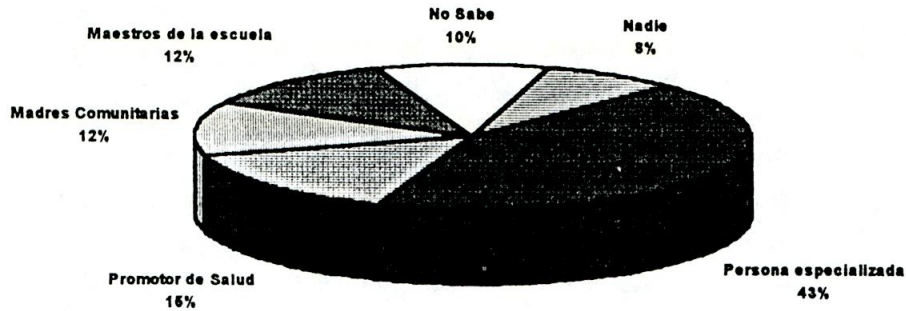


FIGURA 24. PERSONA DE QUIEN DESEARÍA RECIBIR INSTRUCCIÓN

El 43% expreso sus deseos de recibir instrucción por parte de personas especializadas, un 15% por parte de un promotor de salud, llama la atención que el sector tiene una asignada pero según lo observado es tu inoperante sólo se limita a asistir a inmunizar a los niños de los hogares comunitarios y los niños que no asiste a ellos quedan desprotegidos, además, por la ignorancia que demuestran las madres sobre hábitos adecuados de limpieza y otros parece ser que no hay educación en salud; un 12% dice que peronas maestro de la escuela sin embargo, algunos padres y madres manifestaron que los maestros de la escuela ameritan también que se les eduque para que no maltraten a los niños. Además de ello, la escuela tiene poca credibilidad dentro de la comunidad y algunos padres enviar a sus hijos a otras escuelas por cuanto la del barrio no tiene un cercado, los niños deambulan libremente fuera de sus predios e incluso se van hasta sus casas sin control alguno; un 12% dijo que por madres comunitarias más se

observa que solo una de ellas demuestra deseos de capacitarse y hacer parte del proceso de gestión y organización cuando el grupo esta conformado por siete hogares tradicionales y 3 de 0 a 2 años (hogares Fami) al parecer, el señor que tiene como presidente, por los celos políticos obstaculiza toda labor que quiera adelantarse con ellos aún cuando se trata de su tiempo libre, muestra de ello es que cuando las investigadoras planean una reunión con ellos (Tardes, Sábados) que son sus ratos libres él inmediatamente planea una a la misma hora con algún pretexto; se ha dialogado con él exponiendo las razones del trabajo pero manifiesta estar de acuerdo con todo más luego toma otra actividad bloqueando las actividades. Se pasó carta al jefe inmediato de la Regional del I.C.B.F. donde se le solicitaba que interviniera pero parece que hizo caso omiso de ello. De otra parte, algunos padres manifestaron que la madres comunitarias no brindan adecuado cuidado a los hijos y por ellos no los dejan ir hasta el hogar, porque cuando van se llenan de piojos o agarran gripas ya que en algunos hogares los niños hacen filas y con un mismo vaso toman todos, también que no les suministran en forma completa las raciones alimenticias y en otros imponen la disciplina con una regla para evitar que los niños deambulen libremente por la casa o los amedrentan haciéndoles coger miedo con algún objeto.

En cuanto a los problemas más importantes de la comunidad se encontró que un 100% considera como tal la falta de alcantarillado, hubo algunos que además de ello mencionan también como problema las vías de acceso, la falta de buenos líderes. Falta de un parque infantil, la carencia de un teléfono público, la falta de una droguería estos en un 55% otros dijeron que además del determinado, la pobreza y la falta de todo.

La Tabla 47 recoge la información sobre la participación de la familia en grupos de organización comunitaria.

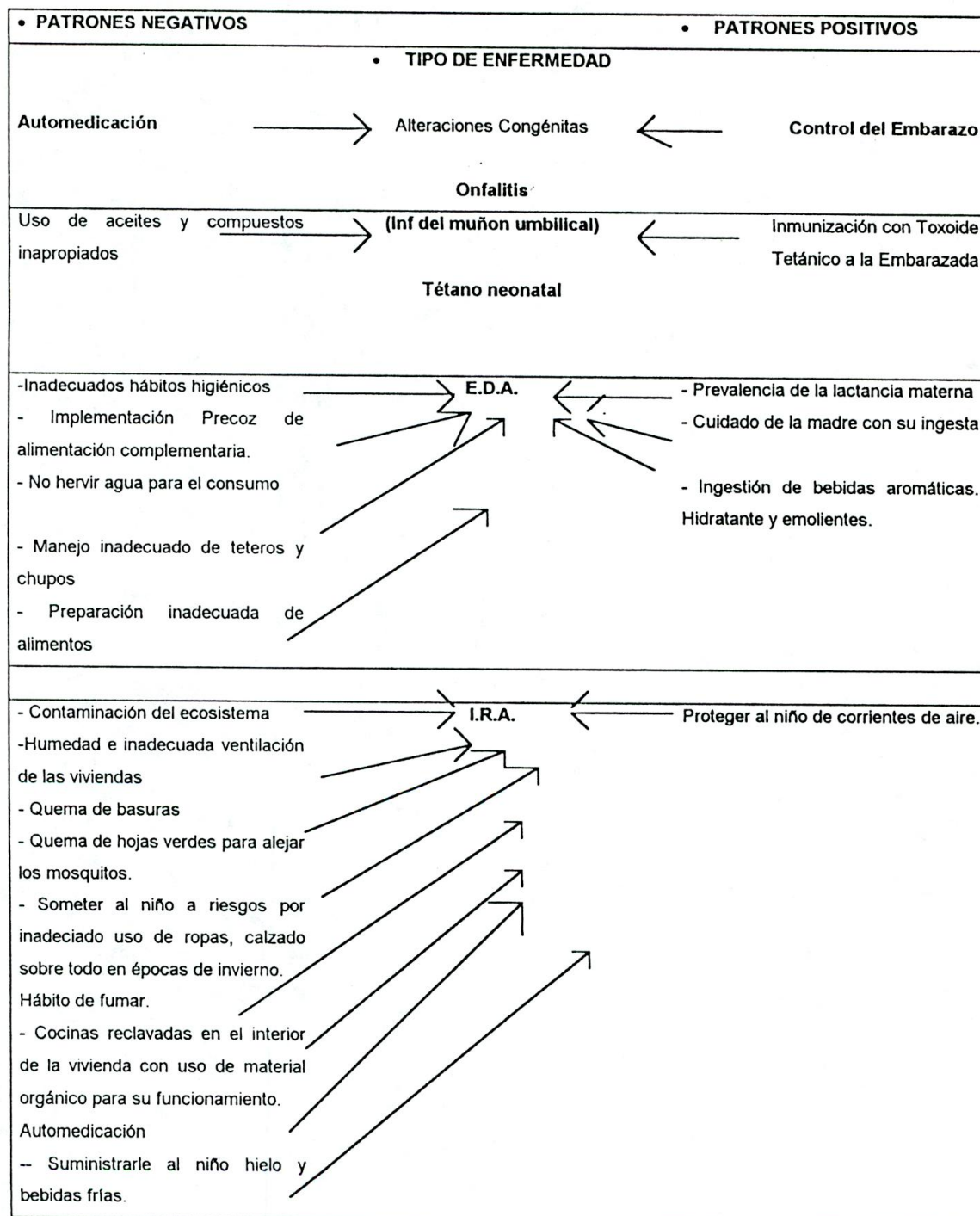
TABLA 47. PARTICIPA USTED O SU ESPOSO EN ALGÚN GRUPO DE LA COMUNIDAD

RESPUESTA	Nº	%
Si	13	13
No	87	87
TOTAL	100	100

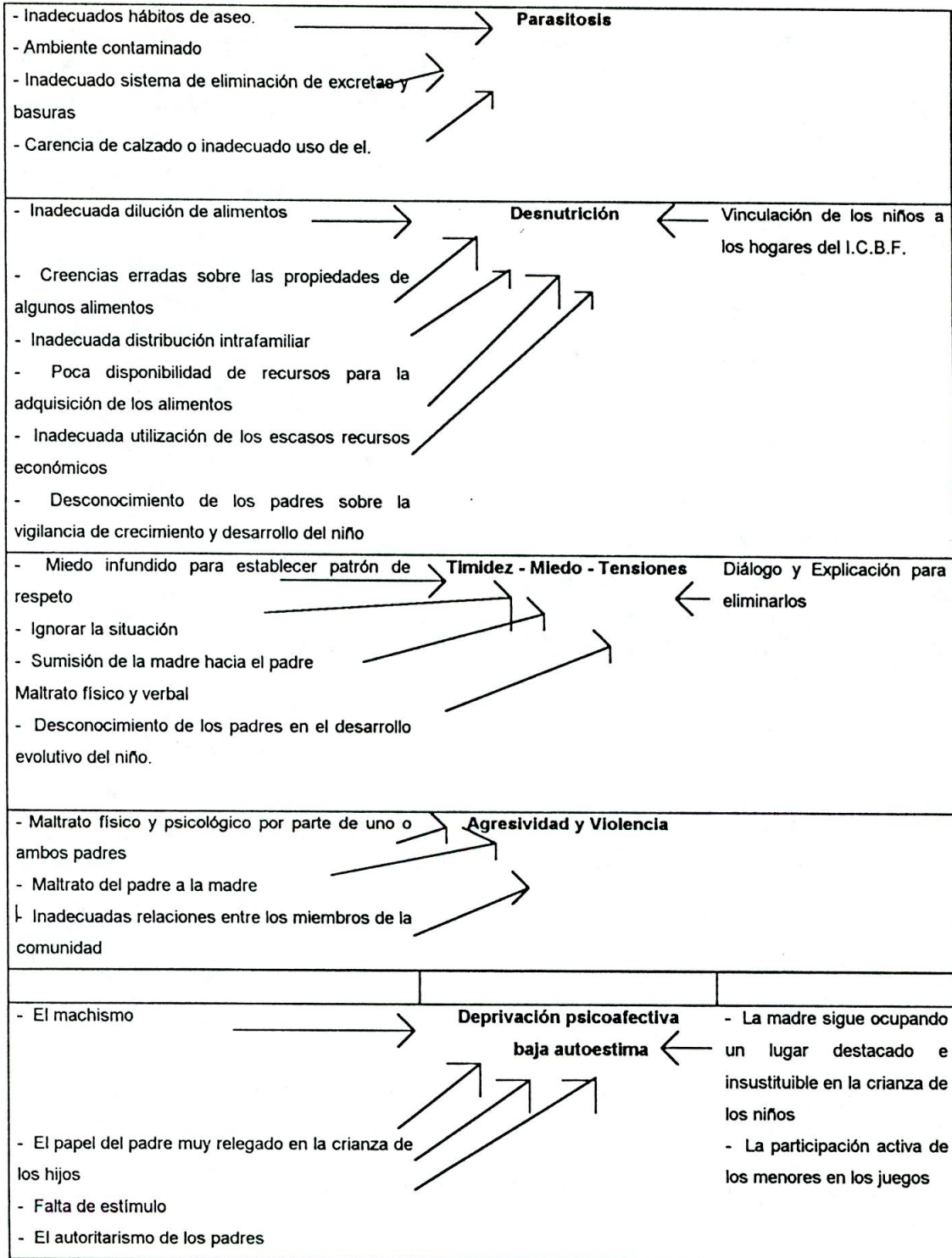
Llama la atención, que aún cuando todos conocen los problemas que por carencia atraviesa la comunidad, sólo un pequeño porcentaje 13% participa en algún tipo de organización comunitaria, un 87% se abstiene de hacerlo aduciendo la falta de tiempo. o por desconfianza, hacia los líderes existentes ya que en anteriores oportunidades los han manipulado

utilizándolos luego para sus fines políticos quedando los problemas sin solución.

3.2. RESUMEN EJECUTIVO



Continuación



Vinculación de los niños a los hogares del I.C.B.F.

Diálogo y Explicación para eliminarlos

- La madre sigue ocupando un lugar destacado e insustituible en la crianza de los niños
- La participación activa de los menores en los juegos

4. PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA EN EL BARRIO SINAI DE LA CIUDAD DE SINCELEJO

4.1. JUSTIFICACIÓN

El nivel de salud de una comunidad, expresa los resultados de los diversos factores que tienen influencia en su mantenimiento y en la producción de la enfermedad, de los traumatismos, en la duración de la vida, en la fertilidad y en el bienestar físico mental de un determinado grupo.

Como en el caso que nos ocupa, es el período comprendido desde el nacimiento hasta aproximadamente los 5 años, la etapa de mayor trascendencia en el crecimiento y desarrollo del niño. Estas dos características están íntimamente ligadas a una serie de factores que influyen directamente sobre ellas: Enfermedades de causa perinatal por un inadecuado control prenatal, junto con la enfermedad diarreica aguda (EDA), la infección respiratoria aguda (IRA), la desnutrición y el maltrato infantil siguen siendo los primeros y más importantes causas de **morbi-mortalidad**

en los sectores más marginados. Todas estas entidades tienen una etiología y factores de riesgo muy bien conocidos y modificables en buena proporción mediante la implementación de prácticas de enseñanzas adecuadas las cuales bien podrían adquirirse con un buen programa educativo coadyuve en el proceso para el mejoramiento de dichas prácticas domésticas disminuyendo de esta forma las altos índices de riesgo agravados por la precariedad del medio, ya que dentro de las patología comunes que afectan la salud del infante tienen fundamental importancia los factores medio ambientales y de estilos de vida tales como:

Pobre higiene ambiental, de las personas, objetos y alimentos.

Malas condiciones de la vivienda: Hacinamiento, falta de agua en cantidades y calidad.

Disposición inadecuada de excretas y otros contaminantes.

Pobre preparación y distribución de alimentos.

Carencia de alimentación materna o destete precoz o inadecuada.

Bajo nivel educativo.

Prácticas familiares y factor socio cultural que generan o agravan los cuadros patológicos.

Inaccesibilidad a una atención medica adecuada por carencia de recursos o de conocimiento.

Malas relaciones intrafamiliares.

Como sabemos, la familia es el ambiente social más importante, en el que ocurre y el resultado una patología, cada familia transmite circunstancias y hábitos que son generadores de salud y enfermedades. Las prácticas familiares respecto a las alteraciones que son factores de riesgo bien importantes en la prevención y manejo de estas, sin embargo, hay un gran desconocimiento acerca de los cuales son esos factores en nuestra comunidad, lo cual en buena medida explica el porque no se ha logrado el éxito esperado en muchos programas orientados al control de dichas alteraciones debido a ello, se hace necesario que los programas de salud se deben formular específicamente para el grupo al que están destinados, concediendo la debida importancia a las necesidades de la gente, a sus creencias, actitudes y a sus hábitos generales de vida teniendo presente, que todo programa de salud debe

modificar favorablemente la cultura de la población de acuerdo a la aceptación social de las innovaciones que se proponen en una comunidad.

De acuerdo a los resultados de la investigación adelantada, lo anteriormente citado no escapa a la comunidad en estudio por ello, luego de un proceso de inserción en la comunidad y con participación de miembros de la misma se plantea la presente pregunta como una alternativa de solución ante la problemática que quizás por desconocimiento referente en la calidad de atención y cuidado que brinda al menor.

4.2. OBJETIVOS

4.2.1 . OBJETIVO GENERAL. Promover un proceso educativo y en lo posible de organización comunitaria alrededor de las necesidades del infante, para prevenir alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo del mismo y contribuir a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad mejorando las prácticas empleadas por las madres mediante talleres educativas, seminarios, educación incidental, reuniones comunitarias etc.

4.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Brindar educación en salud, haciendo énfasis en nutrición , normas higiénicas, relaciones intrafamiliares, inmunizaciones, prevención y manejo de enfermedades más comunes.

Orientar a las madres embarazadas para promocionar los métodos de control natal, lactancia materna, sustitución y complemento alimenticio adecuado, así como un correcto manejo del infante.

Motivar a los jóvenes a programas educativos para que ellos sean multiplicadores dentro de la comunidad en aspectos de salud física y mental.

Orientar a las madres sobre la importancia de la vinculación a los servicios que prestan los organismos de salud, con el fin de lograr la participación activa de la familia, en la conservación y/o recuperación de la salud del menor.

Concientizar a las madres comunitarias sobre la importancia de la valoración del proceso de crecimiento y desarrollo en los niños menores de cinco años así como de las técnicas y elementos usados en su estimulación psicosensorial.

Cuadyuvar en el proceso de organización comunitaria de acuerdo a las decisiones de la comunidad para orientarlos y apoyarlos.

4. 3. METODOLOGÍA

4.3.1. POBLACIÓN

Se trabajará con un total de 100 familias; inicialmente se había hecho un cálculo de aproximadamente 115 familias con niños desde los primeros días de nacido

hasta los cinco años, pero se descontaron familias en los cuales los cuidadores son transitorios (no dan datos concretos), una familia en la cual el cuidador es un niño de 12 años que se apoya en los vecinos para resolver las dificultades, familiares que por su convicción religiosa (el fin esta cerca) se negaron a colaborar o familias que utilizaron sus viviendas solo para dormir por las noches ya que durante el día se van hacia otras comunidades lo cual, arroja un grado de cumplimiento de 86.5% .

4. 3.2. TIEMPO

El programa educativo en el cual intervendrán directamente los investigadores se desarrollará entre la segunda quincena de abril y finales del mes de junio lo cual puede ser objeto de reajustes. Las sesiones educativas con la comunidad se realizarán cada 8 días, los viernes a las 3. p.m. el trabajo con las embarazadas se hará los días jueves a la misma hora coordinando acciones con las madres de los hogares FAMI no obstante, este programa puede ser continuando por DASALUD de Sucre el I.C.B.F. y el grupo de estudiantes de Reingeniería Educativa que actualmente trabaja en el sector así como también retomar determinadas acciones por parte de Profamilia una vez finalice el período de intervención planeado por el equipo investigador para lo cual se adelantarán los contactos correspondiente con los funcionarios a cargo. El proceso de organización comunitario se inició desde finales de la primera quincena de marzo y estará sujeta a la disponibilidad y apertura de los

miembros de la comunidad de continuar con el proceso alrededor de las necesidades que originan en cierto grado de problemática de salud una vez que ya no este equipo investigador.

4.3.2.1. ESPACIO

Las sesiones educativas, seminarios y reuniones comunitarias se llevarán a cabo en los salones de la escuela oficial del sector dado a que es el único espacio con que cuenta el barrio para estos eventos, los talleres a realizar con las madres comunitarias se realizarán en uno de los hogares infantiles.

4.3.3. MARCO CONCEPTUAL

Ningún ser vivo, sea éste animal o vegetal, viva aislado en el ambiente en que habita. Todos están relacionados de tal forma que animales y vegetales están sometidos a influencias mutuas y también con los factores no vivientes que los rodean de tal modo que debemos compartir el mundo que nos circunda entre todos los seres vivos. El hombre no hace excepción a esta regla ecológica, vivimos en un mundo repleto de seres vivos y muertos supervivencia está condicionada al tipo de relaciones con ellos y con nuestro entorno, es así, como al alterar de alguna forma el ecosistema alteramos de paso nuestro medio ambiente interno o el de nuestros semejantes trayendo como consecuencia el desajuste físico, síquico o social.

Salud o enfermedad son los resultados del éxito o fracaso del organismo para adoptarse física, mental y socialmente, a las condiciones variables del ambiente por lo tanto, un individuo sano es aquel que muestra armonía física y mental y adaptación al ambiente físico y social y a sus variaciones de forma tal que pueda contribuir al bienestar de la comunidad donde habita.

Tradicionalmente, se ha vinculado el concepto de salud con el término medicina entendiéndose esta, como la ciencia y el arte de prevenir y curar las enfermedades con este fin, la medicina ha desarrollado tres acciones básicas como son: Prevención de la enfermedad mediante técnicas de medicina preventiva que para el caso que nos ocupa es la más importante y fundamental ya que allí se asientan las bases de todo programa educativo; diagnóstico y tratamiento mediante técnica de medicina curativas y restauración de la capacidad de trabajo del individuo luego de la enfermedad mediante técnicas de rehabilitación. Sin embargo, hoy se observa que la medicina social y la salubridad actúan sobre los diferentes factores que producen el desajuste físico y síquico de una comunidad mejorando la adaptación entre el hombre y su ambiente, disminuyendo los riesgos que los factores adversos del medio presentan al individuo máxime si se trata de sus primeros años de vida mediante la implementación de acciones de carácter educativo y organizativo en una comunidad en riesgo.

Los que llamamos Medicina social es una actitud de la medicina que, abarca todos los aspectos de ella, colocando el mayor énfasis en el hombre, considerado como persona y como ser social y en las interrelaciones del individuo y su grupo con el ambiente total y la forma como esta interrelación influye en la salud y enfermedad. Así mismo, la salubridad puede a su vez ser definida como un programa comunal destinado a prologar la vida eficiente y gozaría plenamente, abarca actividades específicas planeadas para el propósito de protección de la salud, pero reconoce que otras fuerzas y acciones contribuyen al proceso de salud sin ser parte de ellas directamente, es decir, tiene en cuenta el proceso organizativo de las comunidades abarcando el campo más amplio de las ciencias sociales y del servicio público o incorpora las acciones médicas como de sus componentes sin menoscabar la importancia de la ingerencia de las otras disciplinas medico-sociales en el proceso. Teniendo como objetivo directo la organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reponer la salud de una comunidad.

Hoy por hoy, el problema, el concepto y la responsabilidad de las ciencias médico-sociales son mucho más amplios porque como anteriormente se ha dicho, la ecología humana demuestra que los estados de salud y enfermedad no son simples estados antagónicos sino, diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive, y que los mismos factores que fomentan esta adaptabilidad están contenidos en el entorno, en la herencia biológica, en

la cultura, etc. por ello, el nivel preventivo ha adquirido gran importancia no solo la sociedad y la medicina han cambiado exigiendo formas nuevas de organización, sino también la incidencia de la enfermedad ha variado completamente en muchos países y está cambiando en todas partes debido a la acción cada vez más extensa del trabajo preventivo; lo ideal será que el médico de mañana se involucre al proceso practicando una medicina muy diferente de la actual, donde la prevención se desarrolle mucho más que actualmente y las ciencias medicas y sociales que afortunadamente ya lo están haciendo, se ocupan más de ella que de tratamientos más de salud que de enfermedad, más de educación sanitaria que de drogas y medicamentos.

El factor educativo es pues de suma importancia en la prevención sobre todo cuando se enfrenta a comunidades con bajo nivel sociocultural y económico; estadísticamente se ha comprobado que la mayor parte de las enfermedades prevenibles y de los programas sanitarios que puedan ser evitados tales como el mal saneamiento ambiental, la desnutrición económica, las diarreas, las infecciones respiratorias agudas y enfermedades transmisibles agudas y crónicas permanecen concentradas en zonas de marginalidad de nuestras ciudades, situación que se ha incrementado en los últimos años debido al éxodo de campesinos del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida o azotados por la violencia no solo la salud es deficiente allí, sino también la existencia es miserable, las viviendas son inadecuadas, la alimentación es

precaria, la vida domestica se desarrolla sin ninguna comodidad, el trabajo diario es inverso y mal remunerado; razones políticas y económicas mantienen esta situación tan grave desde el punto de vista sanitario utilizándola "los políticos promeseros" año tras año con fines electorales y una vez que son elegidos se olvidan del problema y de las promesas quedando las comunidades sometidas a todos los riesgos que conllevan un mal saneamiento ambiental por falta de un adecuado sistema de eliminación de basuras y excretas por ejemplo, trayendo como consecuencia que toda la educación preventiva impartidas a estas comunidades caigan en la inoperancia y en consecuencia no se logren los objetivos esperados.

De todas formas, la base de todas las actividades preventivas sigue siendo la educación indudablemente acompañadas de un examen integral periódico de salud del individuo sano, no del enfermo, haciendo énfasis en el aspecto educativo. Es claro entonces que el papel de la ciencias medicas se violen antes de circunscribiere del tratamiento de las alteraciones se debe descubrir la intensidad de acción de factores como saneamiento ambiental, dotación de servicios públicos adecuados, hacinamiento, hábitos etc., sobre la salud y enfermedad del individuo y comunidad y formular lineamientos médico-sociales adecuados tales como métodos de prevención y eliminación de las influencias que no solo se plasmen en bonitos programas, sino que tengan la aplicabilidad en la comunidad.

4.3.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para la evaluación de los talleres y demás actividades educativas se utilizarán cuestionarios ver anexo B; pregunta de discusión ver anexo C ; así como de los compromisos adquiridos por los participantes en cada evento como respuesta a la asimilación del contenido de los mismos y la apertura hacia un proceso de cambio cada ponente las utilizará como considere conveniente (en forma verbal o escrita) al término de cada sesión el proceso de organización se evaluará de acuerdo a la respuesta de la comunidad en especial de sus dirigentes, de tomar parte activa en el mismo gestionando su propio desarrollo así como de la colaboración obtenida para la realización de los eventos educativos en lo que a motivación y divulgación se refiere.

4. 3.5. ACTIVIDADES

Se realizarán las siguientes actividades para el desarrollo de la propuesta.

Reunión previa con miembros de la comunidad.

Reunión con líderes comunitarios.

Reunión con líderes y otras personas de la comunidad que quisiesen vincularse al proceso.

Reunión con las madres comunitarias.

Reuniones con los padres de familia organizada mediante la asociación de padres de familia y directivas de la escuela.

Seminario sobre organización y participación comunitaria.

Reunión con los jóvenes para su vinculación al programa " Jóvenes para el mañana".

Elaboración de los talleres educativos con las personas a cargo (Especialistas) dirigidos a las madres de la comunidad

Elaboración de talleres en coordinación con las madres Fami dirigidas a la población de madres embarazadas y madres de niños lactantes.

Reuniones con el comité de salud.

Reunión con los funcionarios de salud encargados del programa para jóvenes y del programa de educación en salud para trazar acciones conjuntamente.

Establecimiento de contacto con funcionarios de otras instituciones (I.C.B.F, profamilia, sena etc.) para la coordinación de acciones.

Reunión con miembros de la comunidad para evaluar las actividades realizadas.

4.3.6. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.

Se utilizaran las siguientes estrategias metodológicas:

Trabajo con equipo

Trabajo individual

Actividades recreativo-educativas

Aplicación de talleres ver anexo D

Seminario

Aprender a Enseñar (Dialogo de saberes) ver anexo E

4.3.7. CONTENIDO DEL PROGRAMA

Partiendo del análisis de los resultados, así como de las impresiones recogidas entre los miembros de la comunidad mediante diálogos individuales y opiniones emitidas en el desarrollo de reuniones se plantea el siguiente programa que incluye actividades de tipo educativo y organizativo dando prevalencia a las situaciones que aumentan prioridad así como a la disponibilidad del recurso a utilizar.

4.3.7.1. Jornada educativa-recreativa dirigida a los niños

4.3.7.2. Seminario de organización y participación comunitaria

4.3.7.3. Taller educativo sobre infección respiratoria aguda

4.3.7.4. Talleres elaboración material didáctico con madres *comunitarias*

4.3.7.5. Taller educativo manejo nutricional del niño Rn hasta 5 años

4.3.7.6. Taller valoración peso y talla

4.3.7.7. Taller educativo sobre valores y comunicación

4.3.7.8. Taller educativo sobre inmunizaciones

4.3.7.9. Taller educativo de sensibilización al maltrato infantil

4.3.7.10. Taller educativo sobre hábitos higiénicos

4.3.7.11. *Talleres dirigidos a las embarazadas* usuarias de los programas Fami sobre la importancia y cuidados del antes, durante y después del embarazo y cuidados del menor.

4.3.8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGÍA	RESPONSABLES
V-18-96	9- 12:30	Presentar a los niños del sector nuevas alternativas de participación tomando como base los actos culturales y a la vez, observar las reacciones de las madres ante el evento para ver la forma de transmitir los valores a los pequeños.	JORNADA CULTURAL EDUCATIVA Recreativa: Enfatizando en los valores humanos de los niños, así como al valor de la cultura , en la transmisión de mensajes educativos.	Actuación de mimos, payasos, títeres y grupo infantil de danzas	Mirian Estrada, Yenny Vitola, Leidy Vizcaino. y Grupo Cultural Fundación Hijos de la Sierra Flor.
V-26-96	9-4p.m	Concientizar a los miembros de la comunidad de hacer parte activa del proceso organizativo y promover dicho proceso en miras de buscar soluciones a los problemas que afectan a la comunidad y repercuten mayormente en la población infantil.	SEMINARIO DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA - Que es la organización comunal - Que es la participación comunitaria. - Ventajas y Desventajas de ello. - Proceso para ello. - Importancia de ser miembro activo de la organización. - Peligros de someterse a los efectos de la calidad y la apatía. Todos debemos ser participes del cambio.	Seminario, Carteles ilustrativos.	Doctor Francisco Alvarez coordinador Departamento Desarrollo Comunitario SENA.
V-28-96	41/2-6-	organizar a las madres comunitarias para la realización de los talleres educativos.	REUNIÓN CON LAS MADRES COMUNITARIAS PARA PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES. - Invitación a las madres biológicas la realización de los talleres. - Hacer entrega del listado de materiales necesarios para los talleres de manualidades.	Reunión informal.	Licenciada Yenny Vitola.
V-28-96	6-71/2- pm	Trazar acciones con el comité de salud en miras de realizar actividades para recolectar los fondos para iniciar la implementación de la botica,.	REUNIÓN CON LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE SALUD. Organización de una rifa rápida - Organización de las actividades del comité. -Determinación de normas para manejar la botica.	Reunión informal.	Licenciada Yenny Vitola.

Continuación

FECHA	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RESPONSABLES
V- 31-96	3-51/2 -pm	Instruir a las madres sobre como manejar al niño que presenta infección respiratoria aguda así como la importancia de las mínimas preventivas para eliminar este tipo de afecciones.	<p>INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Qué es la I.R.A - Cuáles son los síntomas -Qué peligros ofrecen las I.R.A -Cómo se transmiten -Prevención de las infecciones Respiratorias agudas. - Tratamientos que se deben dar en el hogar -Signos y conductas a seguir ante una infección aguda de alto riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller Educativo -Folleto Educativo de Refuerzo. 	<p>Doctora Ruth Verónica Solorzano.</p> <p>Especializada en el Área Pediátrica</p>
VI-01-96	4-01 -pm	Buscar la concientización de las madres de los hogares comunitarios de la importancia de los elementos para la estimulación psico-sensorial del menor.	<p>PRIMER TALLER DE MANUALIDADES.</p> <p>(Elaboración de material didáctico dirigido a madres comunitarias).</p>	Taller de elaboración.	<p>Docente Carla Jaraba</p> <p>Pedagoga infantil</p>
VI-07-96	3-51/2	<p>Brindar educación a las madres sobre la importancia de la Lactancia Materna.</p> <p>Edad para la alimentación complementaria, alimentación del niño y los cuidados que se deben tener para evitar alteraciones físicas en el menor.</p>	<p>MANEJO NUTRICIONAL DEL NIÑO DESDE RN HASTA UNA EDAD PREESCOLAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuál debe ser la alimentación del niño en el primer año de vida. La alimentación complementaria cuando empezaría. -característica de la alimentación del niño. -Alimentación del niño de los 2 a los 6 años. - Importancia de una alimentación balanceada. 	<p>Taller Educativo</p> <p>Cartilla Educativa de refuerzo</p>	<p>Doctora Ludmila Patrón. Nutricionista</p> <p>Dietista. Área de Pediatría Caja de Compensación Familiar de Sucre.</p>

Continuación

FECHA	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RESPONSABLES
VI-21-96	3a 5 pm	Brindar educación a las madres sobre la importancia de la vacunación como forma de proteger a los menores.	INMUNIZACIÓN -Que sabe usted sobre las vacunas. - Que tipos de vacunas existen -Esquemas de vacunación en los niños. -Ventajas y beneficios de las vacunas.	Dialogo de saberes (aprender a enseñar)	Lic. Yenny Vitola Coordinadora programas preventivos Caja Compensación Familiar.
VI-22-96	9 a 1 p.m.	Concientizar a las madres de los hogares comunitarios de la importancia de los elementos para la estimulación sicosensorial del menor.	SEGUNDO TALLER DE MANUALIDADES - Elaboración de móviles diversos.	taller de elaboración.	Docente Carla Jaraba. Pedagoga Infantil.
VI-25-96	3 a 5 p.m.	Brindar educación a las madres sobre lo que es el maltrato infantil así como el daño que origina en el hombre del mañana.	SENSIBILIZACIÓN AL MALTRATO INFANTIL -Que es el maltrato infantil - Forma de maltrato infantil -Repercusiones en la salud mental del menor. -Conducta que asumen los niños maltratados.	Diálogo de saberes (aprender a enseñar).	Doctora Leydy Vizcaino. Psicóloga.
VI-27-96	2:30 3:30	Brindar educación a las madres embarazadas sobre cuidados antes y durante el embarazo.	EMBARAZO -Cuándo planear un embarazo. -Riesgos, cuidados que debe tener la embarazada . -Higiene de la embarazada.	Taller educativo, Folleto educativo. Vídeo educativo.	Lic. Yenny Vitola. Enfermera programas preventivos Caja de Compensación Familiar de Sucre.
VI-29-96	2:30 a 3:30	Brindar educación a las embarazadas sobre cuidados del puerperio, métodos de Planificación familiar y cuidados del Neonato.	CUIDADOS DEL PUERPERIO, MÉTODOS DE CONTROL NATAL CUIDADOS DEL RN	Taller educativo, Folleto educativo. Vídeo educativo. Contracepción.	Lic. Yenny Vitola. Enfermera programas preventivos Caja de Compensación Familiar de Sucre.

Continuación

FECHA	HORA	OBJETIVOS	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RESPONSABLES
VII-05-96	3-5 pm.	Concientizar a las madres sobre la importancia del control de peso y talla como indicadores de salud o desequilibrio en el infante.	VALORACIÓN DE PESO Y TALLA EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS. - Manejo y utilización de rejillas de control, -Importancia de los controles y registros periódicos.	Aprender enseñar (diálogo de saberes) Rejillas de control.	Doctora Miriam Estrada. Nutricionista Área de protección I.C.B.F.
VII-09-96	3 - 5 pm	Brindar a las madres sobre la importancia de la comunicación intrafamiliar padres e hijos así como la educación en valores como una forma de favorecer el crecimiento personal y el auto estima.	VALORES Y COMUNICACIÓN -Que son los valores por que es importante la transmisión de valores a los hijos. -Cómo debe ser la comunicación entre la pareja padres e hijos y entre hermanos.	Diálogo de saberes.	Doctora Aixa Elena Mendoza Sicóloga Área programas Preventivos COMFASUCRE.
VII-11-96	3 a 5 p.m.	orientar e ilustrar a las madres sobre la importancia de la higiene en la conservación y preservación de la salud.	HÁBITOS HIGIÉNICOS -Importancia de una adecuada higiene -Cómo influyen los malos hábitos en la aparición de enfermedades y su difusión (diarrea,, gripas, parasitosis). -Cuáles son los hábitos higiénicos básicos. - Hábitos de saneamiento del medio ambiente.	Diálogo de saberes.	Señor Julio Roberto Nieves. Educatador de Saneamiento Ambiental DASSSALUD de Sucre y Doctora Miriam Estrada Nutricionista I.C.B.F.

4.3.9. RECURSOS

4.3.9.1. HUMANOS

Equipo de recreacionistas (mimo, payasos, danzas, títeres)

Especialista en desarrollo e integración comunitaria

Terapista respiratoria

Docente para las manualidades

2 Nutricionistas

1 Psicóloga

1 Enfermera

1 Promotor de saneamiento

Como uno de los objetivos específicos del anteproyecto (Nº 4) es la vinculación de entidades gubernamentales y no gubernamentales para la realización del proyecto se contactará con : Sena, DASSSALUD de Sucre, I.C.B.F Profamilia,

Comfasucre, Fundación Hijos de la Sierra Flor para la vinculación de los agentes educativos al proceso educativo

4.3.9.2. FÍSICOS

Aulas del colegio oficial del sector.

Dependencias de unos de los hogares comunitarios.

4.3.9.3. MATERIALES

Tablero

Tiza

Papel para cartel

Marcadores

Block de papel

Lapiceros

Videos Educativos

Televisor

Betamax

Folletos educativos

Equipo de sonido cassettes de música infantil.

4.3.9.4. LOGÍSTICO

Almuerzo y refrigerio para el día del seminario.

Refrescos, galletas, dulces y juguetes para las rifas de la jornada recreativa educativa.

Refrigerio para los talleres educativos.

Transporte para los especialistas.

Transporte y refrigerio para el equipo de recreacionista.

4.3.10. COSTOS DEL PROYECTO

Equipo de recreacionistas	\$ 65.000
Equipo de especialistas (Agentes educativos)	\$ 620.000
Almuerzo y refrigerios	\$ 150.000
Dulces, Galletas, Refrescos y Juguetes	\$ 44.760
Refrigerios para las sesiones educativas	\$ 150.000

Transporte de recursos humanos	\$ 48.200
Material Educativo (folletos y Tallímetros)	\$ 75.000
Material Educativo (hojas de papel periódico, marcadores, lapiceros, block de papel tiza etc.	\$ 25.000
TOTAL	\$ 1.177.960

El equipo investigador tendrá a su cargo los gastos relacionados con recursos materiales y logísticos contando también con la colaboración de laboratorios tales como Wyeth, Nestlé; Best y Grunenthal en lo que a algunos juguetes se refiere y a material educativo (tallímetros de pared y folletos educativos).

4.4. IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las acciones del equipo investigador con la participación de la comunidad se iniciaron en marzo 19 con reuniones llevadas a cabo con la comunidad, los líderes de las diferentes organizaciones comunales (asociación de padres de familia, Acción comunal, Junta cívica, madres comunitarias y habitantes del sector con capacidad de liderazgo) de allí surgió la necesidad de organizarse, haciendo partícipe al resto de la comunidad del proceso de organización y de educación mediante talleres, seminarios visitas puerta a puerta etc. razón por la cual se elaboró la anterior propuesta, llevándose a la práctica a partir de Mayo

18 a julio 11 del 96 en lo concerniente a lo educativo, trabajándose hasta la fecha en lo referente a la organización y otras acciones de tipo asistencial.

Las actividades adelantadas incluyeron una jornada educativa recreativa, un seminario de organización y participación, 9 talleres educativos sobre aspectos prioritarios de salud y 2 talleres de manualidades, (material didáctico y de estimulación sicosensorial) que fueron solicitados por las madres comunitarias con el fin de contar con elementos para su trabajo diario. A continuación se incluyen los correspondientes informes para el proceso de evaluación, en donde se tendrá en cuenta, la motivación de la comunidad para la asistencia a los diferentes eventos, su participación activa, los requerimientos que vayan surgiendo a través del proceso educativo, el cambio de actitudes (largo plazo) y la concientización que tomen sobre la necesidad de organizarse y trabajar para solucionar los problemas que les aquejan.

4.4.1. INFORMES PARA EVALUACIÓN.

4.4.1.1. INFORME N° 1

Actividad: Jornada Educativa - Recreativa.

Fecha: V - 18 - 96.
Responsable: Equipo investigador
Lugar: Espacio destinado al Parque Infantil del sector.

DESARROLLO:

Llegamos al lugar a las 9:am aún no había llegado ninguna de las madres aún cuando previamente se había mandado a cada una un volante de invitación donde se indicaba hora y lugar; las madres comunitarias previamente habían barrido y organizado el lugar.

Las madres y algunos padres empezaron a llegar a las 9:30. y estuvieron llegando hasta las 10:00 a.m. en ese transcurso de tiempo el equipo investigador y algunas madres comunitarias se dedicaron una parte del primero a desplazarse por el sector recordando a las madres sobre la realización de la actividad, algunas madres adujeron no poder ir por tener los niños muy enfermos (diarreas, gripas) otras porque la vivienda no contaba con la seguridad adecuada y no podían exponerse a dejarlas solas, otras porque ni el padre ni la madre se encontraban presentes y no habían dado autorización para asistir.

Otra parte del equipo investigador y algunas madres comunitarias se dedicaron a organizar las actividades, las cuales se iniciaron a las 10:00 a.m. previamente

a cada madre se le había hecho entrega de un paquete de 3 fichos que correspondía a reclamar con cada uno de ellos la gaseosa para el niño, la de la madre, y las galletas según el distintivo correspondiente. El payaso adulto, ayudado por los dos niños distribuyeron los dulces en forma organizada. La actuación del mimo y el resto del equipo estuvo referida a mejorar trato del niño, hábitos de aseo, y dinámicas infantiles varias; los danzas representaron aires autóctonos de la Región, a este respecto llama la atención que al inicio de la programación como oportuna se había hecho sonar un caset con música infantil (el ratón Japonés a la rueda etc.) y algunas madres objetaron que eso no animaba a los niños (lo que más tarde se comprobó que no era así ya que los niños cuando se colocaban los cassetes seguían la mímica de quien hacía la dinámica) y que más bien les colocaran " música champeta ". (Un de lo To, Dame tu fuerza pegaso, etc.). Se explicó a las madres que los juguetes serían por rifas y concursos organizados por el equipo recreacionista más todos querían que sus hijos tocaran. El payaso colocó en una bolsa de tela fichos en blanco y fichos con el distintivo de un regalo, luego los presentaba a las madres con el fin de ellas sacaran de dentro de la bolsa, si salían blancas el niño no ganaba nada, si salía con distintivo tenía derecho a un obsequio, más se observaron madres que tan pronto sacaban el ficho en blanco se la ingeniaban para desplazarse hasta el lugar donde estaba el payaso presentando la bolsa a otras y ayudaban a introducir la mano sin resignarse a la pérdida ante lo cual nos preguntamos es esa la forma de transmitir a los hijos valores?. Otras cuyos

niños lloraban y mostraban temor ante el mimo y los payasos los introducían al grupo casi arrastran, tirándolos de los brazos la actividad concluyó a las 12:45 a.m. con manifestaciones de agradecimientos por parte de algunos padres y la inconformidad de otros. De lo que trataba era de abrir un espacio recreativo a los niños y mostrar alternativas diferentes a los padres y se cumplió el objetivo.

4.4.1.2. INFORME N° 2

Actividad: Seminario sobre organización y participación
Fecha: V - 26 - 96.
Responsable:. Doctor Francisco Alvarez
Lugar: Aula del colegio

DESARROLLO

Empezamos el seminario a las 10 A. m previamente se había mandado volantes a los padres de familia de la escuela de los niños aprovechando la colaboración de los directivos del plantel, el resto de la comunidad mediante las madres comunitarias y el presidente de la acción comunal donde se les indicaba la hora, lugar y objetivo de la actividad.

Asistieron un total de 55 personas el seminario estuvo enfocado inicialmente a la motivación en una primera instancia se hizo devolución de la información a la comunidad presente, de allí surgieron propuestas para la implementación de acciones educativas las cuales vinieron a corroborar opiniones emitidas en reuniones verificadas con los padres de familia en el mismo lugar. En abril 26 y marzo 3 donde se escucharon opiniones sobre la necesidad de que los padres recibieran educación por medio de películas o temas tratados por especialistas. El seminario estuvo enfocado inicialmente a la motivación que debe tener el individuo como miembro de una comunidad en la solución de problemas que afectan a la misma tomando como punto de partida lo expuesto en la evaluación.

Posteriormente se efectuó una exposición magistral siguiendo un esquema sobre los tipos de organización comunitaria que existían, ventajas y desventajas, explicando y ejemplarizando cada una de las etapas que corresponden a dicho proceso. Durante el transcurso del mismo los miembros presentes expusieron sus puntos de vista y sus opiniones sobre las razones por las cuales no había progresado el interés de los líderes actuales de mantener sumido en la problemática sin soluciones que al parecer es puro utilitarismo político. También la forma que tienen los líderes de bloquear todo indicio de progresos que llegue al sector mediante las amenazas, amedrantamiento o incitando a la



desconfianza a los más débiles. Expresaron que ello era la razón para que la mayoría de los habitantes no asistieran a eventos de esa naturaleza.

El ponente retomo toda esta información y volvió a trabajar sobre la necesidad de que los líderes trabajen con la comunidad y no "para la comunidad" proponiéndoles la realización de dos jornadas de medio día que fueran domingo (él tiene otros compromisos laborales durante la semana). En donde se trabajaron dos temas a saber: formación de líderes y elaboración de proyectos que debería ser coordinados por un pequeño grupo de los presentes con mediación de la investigadora que mantiene el contrato con el SENA.

Los asistentes quedaron motivados tanto así que se consolido el comité de salud y le solicitaron asesoría para la financiación de la botica comunal. El presidente de la acción comunal expreso sus deseos de organizar los dos mini seminarios e invitar y motivar a toda la colectividad. Hubo un grupo que solicito información al ponente sobre la posibilidad de desarrollar dentro de la misma comunidad cursos de capacitación en modistería como forma de armar una microempresa más adelante para lo cual recibieron orientación en la elaboración de la solicitud para ser presentada ante el doctor Remberto Pérez Coordinador del Departamento del Desarrollo Empresarial del SENA.

Finalizó la actividad a las 4:30 p.m. en el intermedio se brindó almuerzo y refrigerios a los asistentes.

4.4.1.3. INFORME N° 3

Actividad: Reunión de coordinación con madres comunitarias.
Fecha: V - 28 - 96.
Responsable: Doctora Yenny Vitola Montalvo
Lugar: Hogar comunitario de la señora Blanca Toro

DESARROLLO

Llegue a la comunidad a las 4:20 p.m. ya se encontraban algunas madres allí, tres habían enviado excusas para no asistir se inició la reunión a las 4:45, con asistencia de 10 madres comunitarias faltaron una fami que nunca asiste a ninguna reunión (esposa del presidente de las madres comunitarias) y tres de hogares tradicionales:

Se le solicitó la colaboración para motivar e invitar a las madres biológicas para los talleres educativos que se iniciaron el viernes 31. Se excusaron de no poder asistir ellas ya que ese día correspondía a la elaboración de la minuta pero manifestaron estar interesadas en la asistencia de las madres al próximo taller

por cuanto en algunos de los hogares habían niños que sufrían de “asfixia y gripas” constantemente y cuyas madres eran negligentes en su cuidados.

Se organizó el taller del sábado sobre elaboración del material educativo tomaron anotaciones sobre los elementos que requieren para ello. Una de las madres fami se excuso de no poder asistir de acordó que se celebrase allí mismo de 9 a 12 a.m.

4. 4.1.4. INFORME N° 4

<i>Actividad:</i>	Reunión de comité de salud
<i>Fecha:</i>	V - 28 - 96.
<i>Responsable:.</i>	Doctora Yenny Vitola Montalvo
<i>Lugar:</i>	Residencia de uno de los miembros

DESARROLLO

Iniciamos la reunión a las 6 p.m. por solicitud de los miembros del comité asistieron cinco de los miembros dos enviaron excusa por cuanto estudian en horas de la noche.

Previamente ellos se habían reunido para estudiar dos alternativas:

1. Quedar como parte integrante de la junta de acción comunal y tomar esta como centro de acciones variando sus directrices hacia un gran comité de participación comunitaria.

2. Determinar la forma de financiación para la implementación de la botica.

Su objetivo en esta reunión era poner en conocimiento de la investigadora lo que había acordado:

1. Como habían pensado en obtener un fondo que les permitiera comprar algunos medicamentos más esenciales para iniciar con la botica mediante actividades como rifas y la junta de acción comunal no les permitían esto aduciendo que cualquier fondo hecho por el comité debía pasar a las arcas de la acción comunal decidieron independizarse de esta y organizar ellos mismos sus actividades.

2. Decidieron no meterse de una vez en ningún empréstito o financiación hasta tanto la comunidad hubiese respondido a las expectativas creadas alrededor del primer pequeño intento, a la investigadora le pareció bien la idea y les manifestó que aportaría algunos pequeños lotes de drogas que había recibido como muestras médicas completas para que mediante la venta se fueran creando los fondos, la donación consistía en antibióticos, anticonceptivos, antipiréticos,

antiparasitarios, sales hidratantes. Recalco que esto debía estar a cargo para la venta de uno de los miembros que estuviesen capacitados para ello. Cabe anotar que dentro del comité hay una auxiliar de enfermería y una de las madres comunitarias que aplica inyecciones y tiene bastante manejo de ello, además manifestaron apoyarse en el vademécum y vender las drogas de riesgos sólo con orden médica, se hizo énfasis además en concientizar a la comunidad sobre el hecho de no ser donación, sino compra a través de los cuales se seguiría alimentando la botica.

Se organizo la primera actividad que fue la rifa de un mercadito donde cada uno de los miembros se hará responsables del determinado número de boletas uno de los miembros planteó la idea de elaborar afiches pequeños y colocarlos en las esquinas para invitar al seminario sobre I. R.A. a desarrollar el viernes dado a que ya se había metido las lluvias y había ya muchos niños lo cual fue acogido por el resto del grupo.

La reunión finalizó a las 7: 45 P.m.

4.4.1.5. INFORME N° 5

Actividad: Taller sobre infección respiratoria aguda.

Fecha: V - 31 - 96.

Responsable: Doctora Ruth Verónica Solorzano

Lugar:

Aula de la Escuela

DESARROLLO

Se había citado al personal a las 3 p.m. hora a la cual llegamos, se inició a las 4:00 p.m. dando tiempo a que llegasen asistieron un total de 28 madres es bueno anotar que todas tienen niños con problemas de orden respiratorios sin embargo, tres de las madres a quien más se habían hecho énfasis en que asistieran se excusaron una por tener un trabajo transitorio como doméstica y no llegar si no a las 9:00 de la noche a su casa, otra por que el marido no le dio permiso para ir y otra por que luego se perdía la novela de la tarde según dijo una de las vecinas. Estas tres madres suman cinco niños con dificultad respiratoria y son manejados con automedicación (Corticoides, broncodilatadores etc.) y sometidos a técnica de mala salubridad ambiental (contaminación de aires con humo para espantar los mosquitos en la noches).

Se inició distribuyendo entre los asistentes las preguntas, las madres que se sentían más dispuestas las contestaban y casi inmediatamente exponían su caso buscando respuestas a sus inquietudes y expectativas, todo lo cual iba retomado la especialistas y luego de analizarlo conjuntamente con los asistentes sacaron las conclusiones, haciendo énfasis en mensajes de refuerzo y educación sobre el manejo adecuado con niños con I.R.A.

Se observó durante el taller, la disparidad de criterios que según las madres han recibido por parte del personal médico y otras que habían aprendido de sus mayores algunos de los presentes manifestaron que a ese taller debían haber asistido las madres comunitarias ya que ellas las mandarían allí para que aprendiesen pero que sin embargo en los hogares es donde más mal manejo se daba al niño y que se tenía que tener presente que allí es donde él pasaba la mayor parte del tiempo y que además ellas en sus casas podrían aplicar lo aprendido allí, pero luego iba el niño al hogar y allí se enfermaban porque agarraban las gripas debido a que en algunos las madres comunitarias para evitarse el trabajo de lavar utensilios le daban de beber a todos en los niños en un mismo vaso.

La especialista estuvo de acuerdo en hacer una sesión educativa solo con las madres comunitarias.

Finalizó el taller con un pequeño resumen de lo tratado y se hizo entrega de un folleto educativo ver Anexo F los asistentes se comprometieron a motivar a otros para la asistencia al del próximo viernes.

4.4.1.6. INFORME N° 6

Actividad:

Taller de elaboración material educativo.

Fecha: VI -1 - 96.
Responsable: Carla Jaraba
Lugar: Hogar infantil de la señora Blanca Toro

DESARROLLO

A las 9:10 a.m. llegamos al hogar, ya se encontraban allí 6 de las 12 madres comunitarias del sector a las 9:25 habían llegado ya las que iban a asistir antes de iniciar con la parte práctica se explicó a las madres la finalidad de las ayudas educativas así como la importancia de otras con la estimulación psicosensorial de los niños, la combinación de colores etc. Así como el mundo de los colores desde el punto de vista de los niños (cabellos pintados de verde, rojo, etc.).

Las madres manifestaron estar solicitando esta capacitación desde hace bastante tiempo al I.C.B.F. pero sin recibir respuesta.

La profesora les dio diferentes modelos de móviles, apliques infantiles de pared y otras ayudas se inició con la elaboración de apliques y móviles como no se concluyó; las madres propusieron una segunda sesión para el sábado siguiente al taller de valoración de peso y talla.

Finalizó el taller a la 1:30 p.m.

4.4.1.7. INFORME N° 7

Actividad: Manejo Nutricional del Niño
Fecha: V - 7 - 96
Responsable: Doctora Ludmila Patrón
Lugar: Aula de la Escuela

DESARROLLO

Llegamos al sitio de reunión a las 3 Pm ya habían llegado 3 madres organizamos el material mientras se esperaba que llegasen otros asistentes se dio inicio a la sesión a las 4 Pm con una asistencia de 18 personas más tarde se acercaron 6 dando un total de 22 personas.

Se organizaron los asistentes en 4 microgrupos a cada uno de los cuales se les hizo entrega de 2 o 3 preguntas según la complejidad sobre el tema a tratar se dio un espacio de 15 minutos para el debate interno; se brindo un refrigerio luego del cual se inicio la plenaria; cada grupo mediante un representante contestaba las preguntas que les había correspondido el resto del grupo mostraba sus acuerdos y desacuerdos hacían también sus preguntas y las

especialista retomaban la información, la organizaba, hacia la ilustración y sacaban las conclusiones así hasta que expusieron los 4 microgrupos.

Se plantearon inquietudes sobre la alimentación del niño, hábitos, formas de balancearla, razones por las cuales un niño come y no gana peso también discrepancias en cuanto al manejo pediátrico se refiere ya que algunas de las madres dicen que los médicos y enfermeras recomiendan de entrada la leche de pote al recién nacido, así como la implantación en la alimentación del bebé de jugos y sopas desde los primeros días de nacido la especialista explico porque no se debía seguir estas conductas partiendo de la maduración del organismos del pequeño.

Como quitaron el fluido eléctrico lo cual no permitió que grabando la sesión, ni colocar el vídeo educativo la doctora Patrón hizo un refuerzo utilizando carteles educativos al finalizar se hizo entrega a los asistentes de un folleto instructivo sobre la importancia de la alimentación durante los primeros años de vida del niño (ver anexo G).

La sesión termino a las 5:45 P.m.

4.4.1.8. INFORME N° 8

Actividad: Taller sobre Inmunización

Fecha: V -21 - 96

Responsable: Doctora Yenny Vitola

Lugar: Aula de la Escuela Oficial

DESARROLLO

Se inicio la sesión a las 3:30 con una asistencia de 20 personas alrededor de las 4:00 p.m. se unieron al grupo 8 más. Se utilizo la técnica educativa de aprender a enseñar (Diálogo de saberes) con lo cual se puso de manifiesto el desconocimiento total de la mayoría presente del mecanismo como actúan las vacunas en el organismo para producir defensas. Se hizo con base en una serie de preguntas de discusión (ver anexo C) luego que el agente educativo anoto en el pizarrón los conceptos emitidos por los presentes se dio paso al Consultemos. Allí el agente expuso en forma breve que era la inmunización, sus efectos, sus beneficios así como el nombre y la protección específica de cada una de las vacunas que las madres conocen la triple (DPT) pero no conocían que enfermedades combatían al aplicarla a sus hijos también, la confusión que existía entre la triple viral (sarampión, papera y rubéola) y la triple bacteriana (Difteria, Tosferina y tétanos) se hizo énfasis además en la importancia de vacunar a la embarazada con el toxoide tetanico. En el reflexionemos una de las madres manifestó tener un niño discapacitado por haber padecido de Polio aún cuando ella había vacunado otras dos manifestaron haber vacunado a sus niños en repetidas ocasiones con la BCG y no habían obtenido respuesta (vesícula) una de las madres comunitarias

comentó la negación de algunas madres biológicas de vacunar a sus pequeños anunciando que así los niños se enfermaban más. En el comprometamos, las madres se comprometieron a revisar el esquema de vacunación de sus niños y compararlos con los esquemas que se le entregaron y vacunar a los niños con los biológicos que les faltan teniendo en cuenta el rango de edad, guardan celosamente el certificado de vacunación, y las madres comunitarias educan a las madres biológicas de los niños a cargo así como de exigir el certificado de vacunación al ingreso de un niño a cargo así como de exigir el certificado de vacunación al ingreso de un niño.

Llama la atención para los organismos de salud, el manejo adecuado de los biológicos y la cadena de frío para su conservación en los casos de polio y BCG aplicados sin obtener la respuesta esperada.

Finalizo la sesión a las 5:00 p.m. con la entrega de un folleto educativo de resumen (ver anexo H).

4.4.1.9. INFORME N° 9

<i>Actividad:</i>	2 Talleres de Manualidades
<i>Fecha:</i>	V -22 - 96
<i>Responsable:</i>	Carla Jaraba
<i>Lugar:</i>	Hogar comunitario de la señora Blanca Toro

DESARROLLO

Llegamos al lugar a las 9:30 por motivo de lluvia y la dificultad del terreno de acceso para deambular, llegaron 6 de las madres comunitarias, una envió excusa por cuanto sus padres habían llegado de otra provincia y la visitaban ese día. Otras 3 por no tener materiales y otras 3 nunca toman parte activa en ninguna activa. Se comento la importancia de los colores fuertes y los estímulos psicosensoriales de las ayudas para los niños. Se trabajaron móviles con lana , algunas madres habían comprado, el agente educativo investigador también apporto, cascaras de huevo, bolitas de pin-pon, se hizo rifas entre los presentes de afiches educativos con motivos infantiles para los pequeños hogares, solicitaron la enseñanza de la elaboración de cadenas de colores para la decoración de los mismos cuando se celebraron eventos infantiles especiales lo cual se hizo con papel de seda que ellas mismas aportaron.

Finalizo la sesión a las 2:30 p.m., no hubo espacio para enseñarles plegados y títeres.

4.4.1.10. INFORME N° 10

Actividad:

Tallerer de Sensibilización al Maltrato infantil

Fecha: V -25 - 96
Responsable: Leidy Vizcaino
Lugar: Escuela Oficial del Barrio

DESARROLLO

Se dio inicio al taller a las 3:15 p.m. con la asistencia de 14 personas; iniciando con la ejecución de la dinámica titulada "No hagas a otro lo que no quieres que hagan contigo" la cual consistía en entregarle a los participantes unas muñecas para que cada uno ejecutará la acción que deseará, finalizada esta fase se procedió a que el compañero del lado izquierdo le realizo al compañero correspondiente la acción que este había ejecutado a la muñeca.

Finalizada la dinámica y creado un clima de confianza se procedió a desarrollar el objetivo del taller el cual estaba dirigido a sensibilizar a los presentes ante el maltrato infantil, para esto fue necesario organizar a los participantes en grupos pequeños para el análisis del plegable (ver anexo Y) e intercambio de experiencias, recogiendo más tarde al punto de vista de todos, expresando así situaciones familiares, reconociendo las madres que ellos e algunos momentos si han maltratado a sus hijos, manifestando inquietudes en cuanto a su comportamiento y como mantener el control en esos momentos de ira y rabia para no maltratar a sus hijos, finalizando así el taller se empleo la metodología del diálogo de saberes. (Aprender a enseñar).

4.4.1.11. INFORME N° 11

Actividad: Taller sobre el antes y 1.era parte del durante el embarazo

Fecha: V - 27 - 96

Responsable.: Lic. Yenny Vitola Montalvo

Lugar: Aula Escuela Oficial Barrio Sinai

DESARROLLO

Esta actividad estuvo dirigida a las usuarias embarazadas y madres lactantes de los hogares FAMI. Se inició a las 2:30 pm el agente educativo hizo una introducción acerca de la importancia de planear los hijos a tener (antes) los métodos existentes para ello, así mismo, los antecedentes socio-familiares tales como: Edad del hijo por el padre, por la madre, por ambos, repercusiones para el feto de violencia y maltrato intrafamiliar. Con el fin de ampliar lo anterior se presentó un Vídeo Educativo sobre Sexualidad y contracepción lo cual llamó la atención a algunos transeuntes masculinos y femeninos y se acercaron al aula para verlo. Al término del mismo se hicieron preguntas sobre inquietudes suscitadas por el contenido de la cinta educativa mostrando los presentes un gran interés sobre los métodos de anticoncepción y su negación con la disminución del apetito sexual en alguno de ellos, como es el caso de la

Salpingectomía, así también como la contraindicación entre la ingestión de anovulatorios y la lactancia materna; todas estas preguntas fueron respondidas por el agente solicitando este también a los presentes la exposición de sus propios puntos de vista.

Concluyó la sesión a las 4:15 p.m., invitando a los presentes para la siguiente sesión a realizar el día 29 a las 2:00 pm. en el mismo lugar y haciendo entrega de un folleto educativo (ver anexo J).

4.4.1.12 INFORME N° 12

Actividad: 2. Parte taller sobre cuidados durante el embarazo, después del parto para la madre y el hijo.

Fecha: V - 29 - 96

Responsable: Yenny Vitola Montalvo

Lugar: Aula de la Escuela Oficial del Barrio Sinai

DESARROLLO

Llegué a la comunidad a las 2:00 pm, junto con una de las madres gestantes que ya había llegado al lugar, me dediqué a arreglar el salón donde es iba a realizar la actividad. En el pizarrón se adhirió el cartel educativo para la sesión

a desarrollar llamado instrumentos educativos para la vigilancia del desarrollo del niño y el control de la gestión en la madre. Los asistentes fueron llegando y a las 2:40 e inició la sesión con preguntas del agente educativo al grupo asistente sobre la interpretación que le daban al cartel, que significado tenía para ellas, si era claro en los mensajes que quería transmitir etc. Una vez que el grupo manifestó su opiniones el agente educativo las retomó, las organizó y se dirigió a explicar el cartel partiendo de una enseñanza de refuerzo de antes del embarazo, luego los periodos (periodo ovular, embrionario, fetal temprano, fetal tardío, parto) así como los cuidados que deben tener las madres con la asistencia a mi buen control, la alimentación, la gestión de fármacos sin prescripción médica, bebidas estimulantes, fumar o adición a las drogas y preparación de las mamas para la lactancia materna, la formación del niño en el ambiente intrauterino día a día se explicó también los cuidados de la madre después del parto y el adecuado cuidado del neonato, cuidados con el muñón umbilical, lactancia materna, uso e higiene del biberón haciendo énfasis en que idealmente al bebé se le debía suministrar los alimentos complementarios antes con biberón con cucharitas o vasitos adecuados la importancia del lavado de las manos por parte de la madre antes de manipular al bebé; higiene de los pañales y ropas del pequeño y estimulación sensorial, finalizó la reunión a las 4:30 luego de aclarar dudas y responder interrogantes de los miembros asistentes y haciendo entrega de folletos educativos sobre cuidado personal durante el embarazo, y cuidados del niño en los primeros días (anexo K).

4.4.1.13 INFORME N° 13

Actividad: Taller sobre Valoración de peso y talla en los menores
Fecha: VII -5 - 96
Responsable: Miriam Estrada.
Lugar: Aula Escuela Oficial Barrio Sinaí

DESARROLLO

Teniendo en cuenta la metodología empleada (diálogo de saberes Ver anexo L) los participantes se organizaron en pequeños grupos, para analizar e intercambiar conceptos relacionados con el tema, posteriormente se adelanto la plenaria donde los participantes pudieron dar a conocer sus puntos de vista con relación a las experiencias (reflexionemos y compartamos) los cuales fueron confrontados con los conceptos teóricos y prácticos que les permitieron ampliar los conocimientos (consultemos) en lo referente a peso, talla, curva de crecimiento, factores que inciden en el desarrollo de los niños (económicos, ambientales, personales, sociales, culturales, afectivas, educativos, nutricionales y de salud). Seguido al anterior paso metodológico se generó un debate con relación al estado nutricional de sus hijos; finalmente trajeron a colación las prácticas utilizadas por los padres especialmente referidos a la distribución intrafamiliar de los alimentos; siendo estar suministradas en mayor

cantidad y mejor calidad al padre, por ser este quien aporta los recursos económicos y sea la autoridad en el hogar, lo cual incide directamente en el desarrollo de los niños,

Cada madre de familia dejó traducir el inminente interés por la vigilancia nutricional de sus hijos.

4.4.1.14. INFORME N° 14

Actividad: Taller Educativo sobre los hábitos (saneamiento básico ambiental y personal).

Fecha: VII - 11- 96

Responsable: Julio Roberto Nieves (DASSSALUD) Y Miriam Estrada.

Lugar: Escuela del Barrio Sinaí.

DESARROLLO

Los participantes en pequeños grupos reflexionaron y compartieron sobre el tema partiendo de la experiencia; posteriormente se ampliaron los conocimientos con la intervención del funcionario de DASSSALUD, quien profundizo sobre manejo de los alimentos, vivienda, tratamiento del agua,

contaminación dando a conocer las consecuencias de un ambiente contaminado y las manifestaciones de la contaminación por basuras.

Algunos participantes manifestaron sus experiencias en su sector lo cual conlleva a que se incrementen los índices de morbilidad, especialmente en la población infantil. Finalmente se acordó por parte de los miembros de la acción Comunal, el comité de salud y el funcionario de DASSSALUD, para educar a las personas; así mismo, el funcionario en mención se comprometió con los presentes a elaborar un pequeño proyecto para la conservación de las tazas sanitarias en la entidad a cargo (DASSSALUD), se hizo entrega del folleto material de análisis (Ver anexo M).

4.5. INFORME FINAL

4.5.1. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

Para dar cumplimiento al objetivo general se realizó en primera instancia de seminario de organización y participación comunitaria como una forma de motivar a la comunidad a organizarse para la solución de los problemas más prioritarios tales como la falta de alcantarillado, la disposición de excretas y basuras, lo cual se constituye en un factor de alto riesgo sobre todo para la población infantil por la insalubridad del ambiente así como la carencia de una droguería o botica en el sector y la falta de una zona de recreación para los

niños; de aquí surgió también la idea de realizar otros dos seminarios ante lo cual el Dr. Francisco Alvarez especialista en desarrollo comunitario del SENA se mostró muy de acuerdo siendo asumido esto para su organización por la acción comunal y el equipo de investigadoras en fechas que ellos mismos coordinaron los temas para los seminarios serían: Una sobre forma de líderes y otro sobre elaboración de proyectos comunitarios; estos eventos están pendientes de programar por cuenta la junta de acción comunal (Asumió primero la tarea de organizar las festividades del barrio los días 13 y 14 de julio con motivo de las Fiestas de la Virgen del Carmen; el día 25 de llevara a cabo la reunión para fijar las fechas de estos eventos. De la misma manera, allí se gesto la creación del comité de salud que sería el encargado de solicitar y organizar ante las entidades pertinente lo relacionado con la realización de talleres educativos sobre los tópicos que afecten en este aspecto a la comunidad en un momento dado, así como la organización de brigadas de salud y la organización de la botica comunitaria. El comité se conformó en forma provisional mas tarde, adelantando actividades como una rifa para recolectar fondos para la adquisición de drogas de uso frecuentes (antipiréticos infantiles, antibióticos, sales hidratantes etc.) también para ello, uno de los miembros del equipo investigadora solicitó la colaboración a algunos laboratorios quienes donaron algunos medicamentos de consumo básico (antiparasitarios, anticonceptivos, analgésicos, antibióticos) y elementos terapéuticos tales como jeringas, todo esto con el fin de ser vendido a precios accesibles al usuario y

volver a adquirir lo gastado cabe anotar que uno de los miembros del comité es auxiliar de enfermería y otro tiene un servicio de inyectología domiciliaria. En la actividad esta pendiente de la consolidación del mismo.

La junta de acción comunal, asumió también las actividades para la dotación de un pequeño parque infantil ya que la comunidad cuenta con el espacio destinado para ello, con el apoyo del equipo investigador el cual dono un premio para una rifa inicial con el fin de obtener fondos para tal objeto así como la solicitud elevada por la organización comunal ante entidades de la industria y comercio para el logro de tal fin aprovechando las relaciones de los miembros del equipo con varias de estas entidades.

Se llevaron a cabo también para cumplir con este objetivo talleres educativos dirigidos a los padres tomando con base la incidencia de las patologías y alteraciones a las que se ven sometidos los niños de la comunidad los cuales se cumplieron casi en su totalidad. El taller de valores y comunicaciones que había sido programado para su dirigido por la doctora Aixa Mendoza, Psicóloga de los programas preventivos de la caja de compensación familiar debió ser aplazado debido a inconvenientes de orden familiar que tuvo que afrontar la responsable, se espera poder retomar más adelante con el grupo de reingeniería educativa ya que quedo preparado el tema y el material (ver anexo LL). No se programo taller sobre manejo del niño con EDA por cuanto

DASSSALUD de Sucre realizó uno sobre el tema y el manejo y prevención del cólera, sin embargo, en los talleres relacionados (hábitos higiénicos, manejo nutricional del niño etc.) se recalco sobre las formas de prevención de la misma, aparte de la educación incidental (investigador-madre) que se hizo siempre que la situación lo ameritaba. Los funcionarios de Profamilia, el I.C.B.F., el equipo investigador y DASSSALUD, conceptúa que hay necesidad de un taller sobre crecimiento personal y autoestima, dado alto grado de sumisión de la mujer al marido. En esta comunidad donde impera el maltrato físico y verbal llegando la mujer a no asistir a reunión algunas (aún cuando sea para mejorar su formación) sin la anuencia del marido por la cual se piensa que DASSSALUD, o el grupo de Reingeniería Educativa podría asumirlo dado a que algunos de sus miembros han planteado la posibilidad de contar con la colaboración del equipo investigador para el desarrollo de actividades dentro de su estudio, y motivar aún más a la comunidad a tomar parte de él; el taller en mención sería dirigido para la doctora Aixa Mendoza, para darle continuidad a la participación de la Caja en el proceso.

Así mismo, se realizaron dos talleres con las madres embarazadas de los hogares FAMI y madres de niños lactantes en donde se les suministró herramientas para un adecuado manejo del infante; en estos talleres surgió la idea partiendo de la educación recibida sobre los métodos de control natal de conformar un grupo de madres que desearán hacerse la Salpingectomía

(Ligaduras de trompas) y tramitar ante Profamilia la posibilidad de un descuento dado a lo alto de la tarifa estipulada por ellos para este procedimiento (\$ 25.000) la investigadora a cargo se encargo de adelantar la gestión llegándose a un acuerdo de \$10.000 siempre que hubiese un grupo de 10 solicitantes, dos de las madres comunitarias se encargaran de inscribirlas y hay un grupo de 14 solo se espera coordinar con ellas la fecha para ser emitidas a ese centro.

Contrato con la colaboración de los adultos se vínculo un grupo de cinco jóvenes al programa "Jóvenes para el mañana" dirigido por la DASSSALUD de Sucre para que luego ellos fuesen multiplicadores dentro de la comunidad de los conocimientos adquiridos allí; en un inicio los coordinadores del programa habían planeado realizar los talleres educativos en la sede de DASSSALUD pero debido a las circunstancias de carencia de dinero de los jóvenes para desplazarse así como a la negligencia se vieron obligados a descentralizar los talleres y hoy el promotor encargado cuenta con un grupo de 15 jóvenes inscritos para el programa en el sector, con las madres comunitarias se trabajo al igual que con el resto de madres, todos los temas educativos, además se realizaron dos talleres educativos sobre manualidades como elementos prácticos y esenciales en la estimación psicosensoorial de los menores.

4.5.2. RESPUESTA DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS

Es importante resaltar que aún cuando las actividades se habían programado para toda la comunidad en especial para madres con niños recién nacidos hasta niños con 5 años de edad que fueron el motivo del estudio y que solicitudes habían surgido de ellas mismas, no todas asistieron a los talleres programados; en ellos la asistencia oscilo entre 15 en algunos y 30 en otros. Al seminario asistieron 50 personas y a la jornada recreativa -educativa asistió un volumen bastante grande de madres y niños, sin embargo, dentro de estos grupos que se mantuvieron constantes (el que asistió a los talleres educativos) se encontró personas muy colaboradoras y con mucha capacidad de liderazgo capaces de sus multiplicadores de los conocimientos adquiridos.

4.5.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos utilizados fueron lo suficientemente claros y bien elaborados hubo un pequeño impase en el relacionado con inmunizaciones por cuanto la comunidad había escuchado el termino en anteriores ocasiones pero desconocía a que se refería debido a ello, el agente educativo encargado explicó lo que significaba quedando solucionado el hecho. En la técnica del diálogo de saberes una manera de evaluar fueron los compromisos adquiridos

por los participantes, sin embargo, los instrumentos utilizados no permiten conocer ni ver resultados inmediatos sino a mediano y largo plazo para poder observar si hubo proceso de cambio no y determinar los reajustes y refuerzos necesarios.

4.6. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PRÁCTICAS

4.6.1. OBSTÁCULOS

Uno de los obstáculos presentados fue la falta de credibilidad en alguno líderes comunales dentro de la misma comunidad, lo cual origino el hecho de tener que contactar otras personas con características de liderazgo para llevar a cabo el proceso sin embargo, según el decir de estas personas gran parte de la comunidad se cohibe y no participa de las actividades por el amedrantamiento de que son objeto por parte de los líderes que tienen apoyo de grupos políticos, los cuales los amenaza con no suministrales prebendas en el tiempo de elecciones (mercaditos, cemento etc) además, ha sido una comunidad muy utilizada por diferentes grupos los que a lo postre solo recopilan la información inrumpiendo en la privacidad de los hogares, luego se marchan sin trabajar con ellos y plantear alternativas de soluciones otro obstáculo fue la negativa de dos de los líderes de organizaciones comunitarias a colaborar: El Presidente de las madres comunitarias y el presidente de los comedores escolares de la

zona los cuales son hermanos; el primero de ellos; pensando que el equipo investigador, aún cuando previamente se había conversado con él puesto presente el objetivo, del trabajo, motivado por el interés politiqueros bloqueo la labor inicialmente dificultando las actividades (reuniones de coordinación etc) que se había planeado con las madres comunitarias, aún cuando estas había acordado realizar el equipo conjuntamente con las madres a horas no hábiles de trabajo de ellas (tarde de 4:30 p.m en adelante y sábado por la mañana), de tal forma que si el equipo organizaba una reunión para una fecha y hora determinada, en esa misma fecha y hora el citaba a las madres a no hacer nada muchas veces. Esta situación originó que el equipo investigador se dirigiera a la jefe inmediata del mencionado señor en el I.C.B.F. quien teniendo conocimiento de la labor que se estaba adelantando dijo tomaría cartas en el asunto cosa que no hizo, más tarde ante nuestros nuevos requerimientos solicito que cada actividad que se fuera a adelantar se le comunicase no en una forma verbal, sino por escrito al mencionado señor aún cuando no fuese en horas laborales parece ser que la razón de esto son intereses y celos políticos. Algunas madres adujeron que ellas colaborarían porque era en beneficio de ellas y era su tiempo libre y así se inicio el trabajo. Solo 2 madres de hogares tradicionales y una FAMI (la esposa del presidente) que se muevan solo si él da la orden se abstuvieron de tomar parte en las actividades, es de anotar que la esposa del presidente solo asistió al primer taller de cuidados de la EMBARAZADA, esta situación también se comunicó una vez que no fue posible

lograr nada con la jefe inmediata al director de la institución en el momento el Doctor Rafael Montalvo pero todo continuó igual a los talleres asistieron solo los más interesados en capacitarse también, el desinterés de algunas madres de asistir a las actividades aduciendo falta de tiempo, preferir la telenovela, o por la inseguridad de sus viviendas ya que algunas carecen se sistema de seguridad adecuado (puertas) vale decir que las actividades se realizaban en horas de la tarde de 3 en adelante que fue lo acordado con la comunidad cuando ya habían realizado gran parte de sus actividades cotidianas. Otra dificultad fue el grado de sumisión de la mujer a asistir a las reuniones lo cual depende en gran parte de la aprobación del marido.

4.6.2. *FACILIDADES*

Se contó con la colaboración de las instituciones a las cuales se les solicitó apoyo: El SENA, LA FUNDACION HIJOS DE LA SIERRA FLOR, LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE, PROFAMILIA, DASSSALUD y en menor medida el I.C.B.F. las cuales tomaron parte del proceso. También algunos laboratorios se sumaron a él facilitando el material que se les requirió en el momento determinado algunas madres comunitarias en especial la señora Blanca Toro, trabajaron mancomunadamente con el equipo prestando una valiosa colaboración. Así mismo, algunas madres de la comunidad se encargaron de motivar a otras constituyéndose en multiplicadoras del proceso.

5. CONCLUSIONES

Desde hace mucho tiempo se han observado, que las condiciones de vida de una comunidad, su grado de educación y los recursos de que disponen, influyen poderosamente en la salud de sus miembros, sobre todo de los que hacen parte del grupo infantil. La forma en que habitualmente vive el grupo social y el modo como satisface las necesidades elementales de la vida parecen ser los factores más importantes que condicionan el estado de salud de una comunidad a un determinado nivel de vida corresponde una determinada realidad de salud colectiva.

Como todos los demás fenómenos sociales, el nivel de vida de una comunidad está determina por muchos factores y la comunidad en estudio no hace exapción a ello, digamos de dichos factores son de naturaleza sociológicas tales como costumbres, cultura, educación, tipos de producción etc, otros son psicológicos entre los que se cuentan, hábitos, inteligencia, madurez emocional pero tienen considerable importancia los factores económicos ya que de ellos depende la infraestructura familiar y la forma

adecuada o no de satisfacer las necesidades o sea, que si bien los dos primeros pueden influir en las modalidades externas del nivel de vida, son el salario o ingreso y el costo de vida los que determinan correctamente el nivel básico de vida del individuo, de la familia y del grupo.

La comunidad en estudio es un claro ejemplo de ello. Tienen tan pocos ingresos lo cual los conlleva a satisfacer sus necesidades sólo de manera parcial de allí se desprende que tenga un bajo nivel socio-cultural que reprsente en la calidad del cuidado que se brinda sobre todo a los infantes. La morbi-mortalidad infantil es uno índicios más fieles para representar aisladamente el nivel de vida de un grupo, porque en sus variaciones intervienen muchos factores sociales y en las comunidades pobres estos índices son elevados y casi se podría decir se convierten en un círculo vicioso haciendo las condiciones de vida para los niños difíciles porque el ambiente les presentan demasiados riesgos.

Los problemas a los que numerosos niños de comunidades de bajo nivel socio-cultural deben hacer frente son de gran magnitud. Máximo cuando a los padres con tan escasa preparación se les dificulta llegar a un nivel económico educacional y socialnecesario para controlar la tasa de mortalidad y brindar un cuidado atento y adecuado a los pequeños como es el caso del pesente estudio. Vivir en un barrio de esto equivale a estar

confinado en un espacio muy pequeño y en una situación de hacinamiento extremo donde las enfermedades intestinales, respiratorias y demás se diseminan fácilmente en estas condiciones bien se podrá decir, que la contaminación del aire por el mal saneamiento ambiental dentro y fuera de las casas tiene un impacto importante dentro del presente estudio sobre la salud de los lactantes, niños que empiezan a andar y preescolares, dado que las primeras pasan un 80% de su tiempo en habitaciones cerradas y frecuentemente ventiladores y los segundos, cuando no están dentro de este ambiente e hallan en la callea medio vestir y sin calzado totalmente desprotegidos de todas los factores externos que pueden originarle patologías. En algunos casos, el humo de los cigarillos que es el más importante de los contaminantes domésticos, aumentando incidencias de asma, infección respiratoria y otitis, además de ello, un cierto número de gases, como el dióxido de nitrógeno y el óxido de carbono, provienen de las combustión del gas, o el dióxido de azufre desprendido de las estufas que utilizaron petróleo, que pueden alcanzar niveles tóxicos si la ventilación interna es inadecuada provocan la exacerbación de broncoespasmos en los niños asmáticos y un aumento a la frecuencia de infecciones respiratorias en los niños menores de dos años como es el caso que nos ocupa, donde la mayoría de las viviendas no cuentan con un sistema de ventilación adecuado y las cocinas están enclavadas dentro el espacio correspondiente

a la sala en algunos casos y en otros son fogones de leña improvisados en el pequeño patio.

Reviste también especial cuidado el desconocimiento o la no utilización de adecuados hábitos de aseo personal y ambiental lo cual conlleva a la polución y presencia de vectores y roedores que junto con el inadecuado manejo de los alimentos se convierten en grandes pozos de contaminación para los infantes principalmente originando trastornos de tipo enterico. Se suma a esto una cobertura insuficiente de vacunaciones así como la falta de conocimiento o disponibilidad de los padres de incluir a los pequeños en los programas de salud dirigidos a ellos por el estado, a lo cual se agregan las costumbres y creencias de los abuelos y mayores sobre como debe ser la forma correcta de criar al niño.

La pobreza, falta de poder y la existencia precaria acelera la erosión de los valores tradicionales y arruinan la esperanza de las familias y de la comunidad de seguir adelante, ejemplo de ello es el estado de apatía de los moradores al no hacer nada por resolver los problemas que los afectan. Todo ello contribuye a una ruptura social y cultural, al alcoholismo, a la violencia y a los malos tratos de la mujer y de los hijos.

Parecería que una conclusión de todo lo dicho es que la medicina y la salubridad aún cuando tienen hoy recursos para evitar enfermedades y

muerres y que lo están haciendo, incluso en los países de bajo nivel de vida, no pueden corregir los factores que condicionan el nivel de vida cuya influencia sobre la salud y la enfermedad es permanente. Sin embargo, esto no debe debilitar los argumentos para la organización de programas adecuados que tengan como base las necesidades vividas y expresadas por las comunidades para la protección de la salud principalmente, la de los infantes lo que es importante entender es la participación que le cabe a los factores, nivel de vida y programas de salud así como a los participantes del proceso: Comunidad y OEquipo de salud en el mejoramiento de la salud comunitaria, por ello, los programas de salud no pueden planearse en el vacío sino que deben ser respuestas a una necesidad sentida dentro de un grupo. Las acciones de todo programa de salud debe planificarse en relación con los niveles de producción, educación, alimentación, vivienda y saneamiento general del ambiente.

Con base en lo anterior se recomienda:

Adelantar un programa educativo orientado a las madres y padress de familia de la comunidad basados en los aspectos prioritarios detectados con el fin de mejorar el trato integral que e le da a los menores; este programa de tipo preventivo y lo realizará el equipo de investigadores en combinación con Instituciones que se hallan trabajando en el momento en el sector, como

son: DASSALUD, I.C.B.F. y un gran número de estudiantes de Reingeniería Educativa y estableciendo contactos con otras Instituciones como san SENA, y PROFAMILIA.

Que DASSSALUD de Sucre como organismo encargado tome en cuenta la necesidad de educación en el aspecto preventivo y le de continuidad a los programas no de forma esporádica sino con una programación secuencial y responsable.

A instituciones como el I.C.B.F. una mayor supervisión y control de los programas comunitarios establecidos tales como hogares comunitarios tradicionales y hogares FAMI a fin de que se cumplan los objetivos propuestos.

Seguir motivando a los líderes comunitarios, especialmente al comité de salud que solicitan ante las instituciones pertinentes talleres educativos sobre los tópicos que afectan en un momento dado a la comunidad y la realización de brigadas de salud.

Que el I.C.B. F. en coordinación con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales apoyaron el proceso de organización, participación comunitaria que se ha iniciado en esta comunidad, para que esta continúe

autogestando su desarrollo y mejore sus condiciones de vida lo cual ha de incidir directamente en el estado de salud de los niños.

A los jóvenes que adelantan su gestión como multiplicadores de su proceso educativo tomando como base los conocimientos que están adquiriendo en los talleres del programa "Jóvenes para el Mañana".

A las madres comunitarias ser más abiertas a los procesos de cambio, liderando ellas mismas dicho proceso lo cual redundará en beneficio del material humano que es la parte esencial de su trabajo.

Que la DASSSALUD ejerza un control más estricto que los elementos preventivos de tales como biológicas (vacunas) a fin de evitar la pérdida de credibilidad en estas comunidades de estos programas ante la ineficacia presentada en algunos casos bien podría ser por mal manejo en la conservación o transporte de los mismos.

Que la comunidad, especialmente los líderes tomen conciencia de que hay que trabajar moncomunadamente para poder obtener logros en beneficio de todos.

A los estudiantes de Reingeniería Educativa y la Asociación de Padres de Familia la necesidad urgente de organizar la escuela de padres. Vincular al núcleo familiar en el proceso de organización y gestión que se ha iniciado, motivando también a los padres (másculos) a tomar parte activa y eficaz en una promoción del desarrollo integral del niño, tomando conciencia de su propio valor, consoliden su autoestima y logren un adecuado crecimiento personal mediante talleres de crecimiento personal y autoestima. Ver anexo Ñ.

Que la Secretaría de Salud Municipal, quien tiene a cargo la Administración del plan obligatorio de salud (POS) mediante el régimen subsidiado para los sectores de los estratos bajos en cumplimiento de la ley 100 ejerza un mejor control y una efectiva y rápida carnetización a los moradores de este sector a fin de que empiezan a disfrutar de la garantía sobre todo en esta época que es de alto riesgo debido a la humedad por las fuertes lluvias y a lo insoluble del ambiente.

Desarrollar con los niños en edad escolar un programa educativo que despierte su interés y al mismo tiempo tenga carácter educativo para hacer de ellos multiplicadores en los aspectos de enseñanza de salud física y mental este programa bien podría ser como el que se describe en el anexo N: actividades lúdicas como parte esencial dentro del aspecto de la salud.

Vincular a los abuelos al proceso educativo aprovechando el vasto conocimiento que poseen, así como el sentido de autoridad y respeto del cual gozan como una forma de aprovechar su experiencia, y sentido de liderazgo y contar con su apoyo para el desarrollo de los programas.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, C. DACARET, DEIK, A.M. Estudio descriptivo sobre las pautas de crianza en niños de 0 a 4 años en un barrio de la ciudad de Barranquilla. En : Anuario Científico de la Universidad del Norte de Barranquilla. Vol. 3 (1984) p. 167-171.
- AMAR, J.J. Y DE LA ESPRIELLA María M. Proyecto de atención al preescolar Costa Atlántica. En : Libro de investigación básica Universidad del Norte 1983. p. 125 -134.
- et al. Cuidado y atención del niño : Programa de educación para madres de sectores más desfavorecidos. En: Anuario científico de la Universidad del Norte. Vol. 2, (1983) p. 165 -169.
- Los primeros años : el papel de la familia y la comunidad en la formación del niño. En : Anuario Científico de la Universidad del Norte. Vol. 3, (1983) p. 173 -181.
- ARDILA, Rubén. Aprendizaje temprano, pautas de crianza y desarrollo del comportamiento. Bogotá : Siglo XXI, 1972. 236 p.
- La Psicología del hombre colombiano. Bogotá : Planeta, 1986. 227 p.
- BERNAL DEL RIESGO, A. Errores en la crianza de los niños. La Habana. Imprenta Nacional. 70 p.

CALDAS, Francisco José. Obras completas de Francisco José de Caldas. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Semanario 22-30 (mayo-julio 1908).

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La carga de la enfermedad en Colombia. Santafé de Bogotá : El Ministerio, 1994, 187 p.

DANNA, Isabel Cristina de y KING ROCHA, Ruth. Descripción del proceso de crecimiento del niño y su relación con el sistema nutricional. En: Malnutrición. Programa nacional de capacitación. Ministerio de salud. Bogotá : El Ministerio, 1986, 100 p.

DESNUTRICION en Colombia. En : Nutrición y salud : Revista médica vol. 2, N° 6. (jun. 1995) p. 15 -16.

DURAN S, Ernesto. Niños y jóvenes en la Colombia de hoy. En: Memorias del encuentro "Niñez y Juventud una Mirada desde la Universidad". Bogotá : Ascopar, 1995. p. 60 - 65.

KOZIER-DUGAS, Beverly. Valoración de las necesidades del hombre. En : Tratado de enfermería práctica. Ciudad México : Interamericana, 1974. 437 p.

LINTON, R. El individuo y su sociedad. México : Fondo de la Cultura Económica, 1961. 210 p.

LLANOS, M. La niñez en América Latina: realidad y perspectiva. En : Congreso Interamericano de Psicología (20°). Pautas de Crianza. p. 1-9.

MARTORELL, R. RIVERA, J. Y KAPLOWITZ, H. La nutrición infantil sus consecuencias a largo plazo. En : Anales Nestlé. Revista Institucional. Vol. 46, N° 2 (1990). p. 109 - 118

MC MICHEL, Anthony. Contaminantes industriales y agrícolas, modificaciones del ecosistema y salud pública : una visión de conjunto

- En : Anales Nestlé. Revista Institucional. Vol. 50, Nº 3. (1992) p. 197 - 108.
- MONTERO, M. La clase social : sus derivaciones psicosociales. En: Psicología Social. México : Trillas, 1980. 195 p.
- MONCKEBERG, B. Fernando. Prevención de la desnutrición. En: Congreso colombiano de pediatría.(19º Barranquilla, 1995.) MEMORIAS p. 70 - 71.
- MUSSEN, P. CONGER, L. y KAGAN, J. Desarrollo de la personalidad en el niño. 3ª de. México : Trillas, 248 p.
- LA NUTRICIÓN como indicador económico. En : Galenus: Revista de Medicina. Vol. Nº 7, (ago.1990). p. 36.
- ORTIZ, Nelson. Hacia el pleno desarrollo de la niñez. En : "Juego juguete y desarrollo infantil". s.l. 1. n. 1995. Libro en revisión para publicación.
- PARADA, P. María Inés y UTRERA, Eduardo. Educación y estructura social : sociedad de clases. En : Educación y sociedad. Pamplona. FEADEC, 1991. 130 p.
- LA PSICOLOGÍA social y el desarrollo de comunidades en América Latina. En : Revista Latinoamericana de Psicología. Nº 12, (mayo 1980). p. 159 -170.
- RAMIREZ, Humberto. La puericultura como una propuesta de salud de vida. En : Congreso Colombiano de Pediatría (19º Barranquilla, 1995). Memorias. p. 50 -51
- ROSEMOND, John. El plan de 6 para criar hijos sanos y felices. Bogotá: Atlántida e Intermedio, 1993, 237 p.
- SAN MARTIN, Hernando. Salud y enfermedad. 3ª ed. México : Prensa Médica Mexicana, 1975. p. 819.

SIERATZKI, HARRY J. La vida en las ciudades y el niño : problemas de hábitat y ambiente social. En : Medio ambiente y salud infantil. Anales Nestlé. Revista Institucional Vol. 50, N° 3. (1992) p. 11 -124.

UNDA, M. P, AVILA P. Y ORTIZ, N. Interacción intrafamiliar y creencias sobre crianza. Diseño de un instrumento de diagnóstico y evaluación. Bogotá : Ceden-Fepec, 1982 . 225 p.

VARGAS-RUBIANO, Alfonso. La desnutrición enfermedad de clase social. Conceptos sociológicos. En : Apuntes históricos Universidad Nacional y Pediatría Colombiana. Bogotá : Signio, 1994. 276 p.

ANEXO A ENCUESTA

Investigación sobre las prácticas de crianza y su incidencia en la morbi-mortalidad infantil.

INSTRUCCIONES GENERALES

1. El cuestionario será utilizado únicamente por la persona que entrevista o sea, no debe dársele a la persona entrevistada para que ella lo realice.
2. El cuestionario se realizará con la madre de familia únicamente.
3. El cuestionario se hará en dos sesiones, por ello, se debe comenzar planeando con la madre estas dos sesiones. (Hora).
4. Las preguntas se harán sin mencionar las respuestas. En caso de duda, la aclaración se hará en forma general.

5. Algunas preguntas referidas a la vivienda las contestará usted mismo con base en la observación, es decir no es necesario hacersela a la persona entrevistada.

6. Es importante incluir en las observaciones generales, la disposición y el comportamiento (postura, gestos) de la persona entrevistada, así como la actitud de ella con respecto a los hijos y con el ambiente general.

PRÁCTICAS DE CRIANZA

INSTRUCTIVO

3. Parentesco	Padre	P
	Madre	M
	Hijo	H
	Otro	O
5. Sexo	Masculino	M
	Femenino	F
6. Escolaridad	Analfabeta	A
	Primaria Incompleta	PI
	Primaria Completa	PC
	Bachillerato Incompleto	BI
	Bachillerato Completo	BC
	Universitario	U

	Otro	O
7. Estado civil:		
	Casado	C
	Unión libre	UL
	Separado	S
	Viudo	V
	Familia Recompuesta	FR
8. Ocupación		
	Estudiante	E
	Dependiente	D
Continuación		
	Independiente	I
	Eventual	EV
9. Ingreso		
	Menos salario Mínimo	<SM
	Salario Mínimo	SM
	Mayor Salario Mínimo	>SM
10. Enfermedades		
	Frecuentes:	F
	Gastrointestinales	GI
	Infección respiratoria	IR
	Dermatológicas	DE
	Desnutrición	D
	Mal nutrición	MN
	Cardiopatías	C
	Inmunoprevisibles	IP
	Infectocontagiosas	IC
11. Vinculación Organización de Salud.		

12. Lactancia Materna

Exclusiva	E Hasta 4 Meses
Complementaria	C Hasta 4 Meses otros alimentos
Incompleta	I < 4 Meses
No suministró	N

13. Alimentación Complementaria

Inadecuada	I < 4 Meses
Adecuada	A 4 Meses
Retardada	R > meses

1. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

DISPONIBILIDAD:

Propia _____ Arrendada _____ Prestada _____ Cedida _____

PAREDES

Material _____ Bahareque o barro _____ Cartón _____ Otro _____

PISO

Cemento _____ Baldosa _____ Tierra _____

TECHO

Eternit _____ Zinc _____ Palma _____

DEPENDENCIAS

Sala _____ N° dormitorios _____ Cocina _____ Baño _____ Patio _____

SERVICIOS PÚBLICOS**ABASTECIMIENTOS DE AGUA**

Red Interdomiciliaria _____ Acarreo ____ Otros _____

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

Sanitario ____ Poza Séptica ____ Letrina _____ Campo Abierto _____

ELIMINACIÓN DE BASURAS

Aseo Público _____ Quema _____ Enterrada ____ Arrojo _____

ABASTECIMIENTO DE LUZ

Luz eléctrica _____ Lampara de Gas ____ Otros _____

ESTADO HIGIÉNICO DE LA VIVIENDA

Limpio ____ Sucio _____

CONDICIONES DEL BARRIO**CALLES**

Pavimentadas ___ En arena ___ Aguas Estancadas ___ Destapadas ___

2. CONCEPCIÓN Y EMBARAZO

Qué edad tenía al iniciar su primer embarazo

La Concepción fue: Planeada ___ Accidental ___

Qué método utilizaba para el control (planificación)

Asistió usted a Controles del Embarazo Si ___ No ___ Por qué?

Dónde asistía para realizar esos controles:

Seguros Social _____ Médico Particular _____ Hospital _____

Puesto de salud _____ Comadrona _____ Otro _____ Cuál _____

Tuvo usted problema durante el embarazo Si ___ No ___

Cual

Cuando tuvo problema a quien acudió:

Médico ___ Comadrona ___ Adivino ___ Tegua ___ Otro ___

Cuál _____

Durante su embarazo usted se interesó por informarse sobre su estado (como está o estaba usted y su niño) Si ___ No ___

En que medios busco la información: Libros y revistas ___

Periódicos ___ Radio ___ T.V. ___ Médico ___ Comadrona ___

Familiares o amigos ___ Otros ___ Ninguno ___

Cambio sus hábitos alimenticios durante el embarazo Si ___ No ___

Por qué? _____

Cuales cree usted de las siguientes acciones pueden afectar al niño si las realiza la madre durante el embarazo o en forma habitual.

Desnutrición de la madre ___ Tomar licor ___ Fumar ___



Tener relaciones sexuales _____ hacer Ejercicio _____ Tomar medicamentos sin receta _____ Drogadicción _____ Otros _____

Cuales _____

Cree usted en los achaques y malestares que se presentan en la mujer embarazada Si _____ No _____ por que?

Cree que la mujer embarazada padece de antojos Si _____ No _____ por qué?

Cuando una mujer se antoja de una cosa debe conseguirla, por qué: Nace el niño con la boca abierta _____ tiene un niño velón _____ puede ser dañino para el bebe _____ No pasa nada _____ Aborta _____

Qué hacía su esposo o compañero con relación a los antojos? Se los conseguía siempre _____ solo de vez en entrar _____ Otros _____

Cree conveniente tomar bebidas naturales (Linaza, manzanilla, Canela, Hojas de limón té) antes del parto? Si _____ No _____ no sabe _____

Qué efectos tiene? Acelera el parto ____ Saca el frío ____ el niño nace sin problemas ____ No tiene ningún efecto ____ no sabe ____

Cree que es dañino para la mujer visitar un cementerio cuando esta embarazada? Si ____ No ____ No sabe ____

Por qué cree que la mujer embarazada no puede visitar un cementerio?

Porque esos lugares son fríos y dañinos ____ por higiene ____ porque la impresión de dolor que causan estas visitas dañan al niño ____ porque el niño se puede morir ____ otro ____ cuál ____

3. NACIMIENTO, LACTANCIA, ALIMENTACIÓN Y OTROS CUIDADOS.

El niño nació en? Casa ____ Hospital ____ Otros ____

Fue atendida por? Medico ____ Enfermera ____ Comadrona ____ otros ____

Su cónyuge estuvo acompañándola? Si ____ No ____ por qué?

Tenía usted experiencia en cuidados de niños antes del nacimiento de su primer hijo? Si ____ No ____

Quién le había instruido? _____

Quién la acompañó durante los primeros días después del nacimiento de su hijo? Su madre ___ Su hermana ___ su cónyuge ___ la suegra ___ una vecina ___ un familiar ___ estuvo sola _____

Qué objeto le puso al niño cuando nació para que lo protegiera? Medalla de un santo _____ Lazo rojo _____ Mate _____ otros _____ cuál _____

Qué usó para el cuidado del ombligo de su bebé? Alcohol ___ Alcohol yodado _____ Aceite canime ___ Alcanfor ___ Agua y jabón ___ Se lo calienta ___ otro _____

Qué hizo con el ombligo de su bebé? lo regaló? _____ lo tiró al mar? _____ lo guarda? _____ lo enterró? _____ otro _____

Cree necesario alimentar al bebe con leche materna? Si ___ No _____ por qué? _____

Alimentó usted a su bebe con la primera leche de pecho? Si ___ No
 _____ por que? _____

Cuál era el horario para lactar al bebé? _____

Qué tomaba usted para producir más leche? Agua de panela _____
 Abundantes líquidos _____ Leche con panela _____ Agua de masa _____
 Malta ___ Agua de arroz ___ Ajonjolí _____ Chocolate ___ Borraja _____ Se
 alimentaba mejor _____ Carne asada y Pescado salado _____ otro ___ Cuál

Bañaba o baña todos los días al bebe? Si ___ No ___ por qué? _____

Después de la cuarentena llevó usted a su hijo en el templo? Si ___ No ___

Dónde dormía usted a su niño? en su brazos _____ en la cama o cuna
 _____ en la hamaca _____ otro _____

De qué forma envuelve o envolvía a su bebe cuando lo lleva a dormir ?
 Apretado _____ Maneado _____ Flojo _____ otra forma _____ por
 qué? _____

Qué hacía usted para evitar que su hijo se irritaba con los pañales? usaba algún tipo de crema o medicamento _____ le cambia los pañales constantemente _____ No le ponía pañales _____ otros _____Cuál _____

En que posición le da el seno al niño: Sentada _____ Acostada _____

Paseando _____ De pie _____ Haciendo otra actividad simultáneamente _____

Qué hace cuando le da el seno al niño? le sonríe _____ le habla _____ le arrulla _____ Le canta _____ Lo acaricia _____ indiferente _____

Tuvo problemas el recién nacido en la alimentación si _____ No _____

De qué tipo? Enfermedades Digestivas _____ Inapetencia _____ problemas de succión _____ Otro _____ Cual _____

USO DEL BIBERÓN

A qué edad inició la alimentación con biberón?

Cuál fue el horario de alimentación con biberón?

En qué posición le da el biberón al niño? sentada _____ acostada _____

Paseando _____ De pie _____ Haciendo otra actividad _____ Lo toma solo _____

A qué edad le quita el biberón al niño?

A qué edad inicio la alimentación complementaria?

Qué tipo de alimento le preparaba a su bebé? Papilla _____ Frijoles _____

Huevos _____ Sopas _____ Guineo _____ Ahuyama _____ Maizena _____

Carne __ Otro __ Cual _____

DESTETE

A qué edad destetó usted al niño ? _____

Por qué destetó al niño ? Nuevo embarazo _____ El niño lo dejó _____

Enfermedad del niño _____ Trabajo de la madre _____ Ingestión de

anticonceptivos _____ Edad del niño enfermedad de la Madre _____

Qué método utilizó para el destete?

Sustancias amargas _____ abruptamente _____ Gradual _____ entretención

_____ Castigo físico _____ El niño lo dejó _____ Miedo infundido _____

Cuál es su comportamiento suyo cuando el niño derrama la comida?.

Indiferente ____ Castigo Riesgo ____ Regaño ____ Lo limpia ____

Le enseña a su niño a:

No hablar con la boca llena Si ____ No ____

No derramar la comida Si ____ No ____

No comer en el suelo Si ____ No ____

Lavarse las manos antes y después de cada comidas Si ____ No ____

Cuántas veces recibe el niño alimentación en el día?.

1 ____ 2 ____ 3 ____ Mas ____ Cuántas ____

Enseña a su hijo a lavarse las manos después de hacer sus necesidades

Fisiológicas? Si ____ No ____

Lavan las frutas antes de Consumirlas? Si ____ No ____ Por qué? ____

Consumen agua hervida? Si ____ No ____ Por qué? ____

4. ASPECTOS PSICOSOCIALES

El niño es muy allegado a los padres? Mucho ____ Poco ____ Nada ____

Los imita en muchas cosas? Si _____ No _____ A veces _____

El Niño se alegra cuando llega el papá? Siempre _____ Algunas veces _____

Nunca _____

Al niño le demuestran afecto: mirándolo _____ atendiéndolo _____ Jugando

con él _____ Ninguna forma _____

Qué tiempo le dedica usted al niño? 1 hora _____ 2 Horas _____ La

mañana _____ La tarde _____ La noche _____ Todo el día _____

Que tipo de actividades realiza usted con el niño en ese tiempo: Lo orienta

con las tareas _____ Juega con él _____ Lo escucha _____ Lo entiende

Cómo lo manifiesta? Llanto _____ Se va del Lugar _____ Golpea al Padre _____

Otro _____

A quién desobedece el niño? Padre _____ Madre _____ ambos _____

Ninguno _____ otros _____

Decide usted siempre lo que el niño debe hacer? Si _____ No _____

Le pega usted al niño? Si _____ No _____

Con Qué le pega: mano _____ Correa _____ Chanclita _____ Objetos _____

Palo _____ Otros _____

Porque le pega al niño? Desobediencia _____ Mentira _____ Daña lo
objetos _____ se va para la calle _____ No quiere dormir _____ Otro _____

El niño(s) responde mal cuando lo regaño ? Si _____ No _____

Como lo manifiesta? Tira los objetos _____ Insulta _____ Destruye los objetos
_____ Remeda _____ Se golpea

El niño(s) comparte con hermanos y amigos juegos u objetos? Siempre _____

A veces _____ Nunca _____

Estimula al niño cuando sale algo bien? Si _____ No _____

Como lo estimula? Regalos _____ Caricias _____ Dinero _____ Sonrisa _____

A qué edad comenzó su hijo(a) a caminar solo? _____

En caso de que su hijo(s) halla(n) demostrado atrasos al caminar qué hizo usted? Pagar una misa ___ Untarle clara de huevos ___ Lo llevo al medico ___ Otro ___ Cuál _____

Deja usted que su hijo(s) jueguen fuera de la casa? Si ___ No ___ Por qué _____

Deja que su hijo juegue con otros niños? Sí ___ No ___

Por qué? _____

Qué piensa usted que pasa con la relación Madre - Hijo(s) cuando la madre trabaja fuera del hogar?

Que cree que puede pasarle al niño si no está bautizado? Las brujas lo arañan ___ No va al cielo si muere ___ No crece ni engorda ___ Se enferma con frecuencia ___ Otro ___ Cuál _____

Su niño(s) es miedoso Si ___ No ___

A qué le tiene miedo su hijo? A la oscuridad ___ Al coco ___ Al diablo ___ A las brujas ___ Otros _____

Qué hace usted cuando su hijo(s) siente miedo ? Lo regaña _____ Le habla y le explica porqué no debe tener miedo _____ No le dice nada _____ Le dice cosas para que sienta más miedo _____

Cuando su hijo tiene problemas por las noches quien se levanta a atenderlo? Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Un hermano _____ Abuelo _____ Otros _____ Nadie _____

Como considera que es su hijo? Inteligente _____ Tímido _____ flojo _____ Alegre _____ Agresivo _____ Chistoso _____ Tonto _____ Pasmado _____ Triste _____ Llorón _____ Otros _____

Cree usted que la crianza de los niños era mejor antes que la de ahora? Si _____ No _____ Por qué? _____

Cree que hay diferencias entre la educación que le dieron a usted sus padres y la que usted le da a sus hijos Sí _____ No _____

Cuales diferencias cree que existen? _____

Quien le enseñó a usted a educar a sus hijos? Su Madre _____ Sola _____ Otras personas _____ Nadie _____

Le gustaría que le enseñaran a criar mejor a sus hijos? Sí _____ No _____

Quien le gustaría que le enseñara a criar o educar mejor a sus hijos? Una de la mujer de la comunidad _____ El maestro de la escuela _____ El promotor de salud _____ Otro _____ Cual _____
Nadie _____

5. ASISTENCIA MEDICA

Alguien de la familia se ha enfermado el último mes? Sí _____ No _____

De qué enfermó? _____

La enfermedad fue: Leve _____ Moderada _____ Severa _____

Qué recurso de salud utilizó? Remedio casero _____ Farmacia _____ Tegua _____ Médico _____ Hospital _____ Otro _____ Ninguno _____

Resultado del recurso utilizado: Satisfactorio _____ No satisfactorio _____

Resultado de la atención : Mejoró _____ Estable _____ Empeoro _____

En caso de hospitalización donde acude? Hospital ___ Clínica ___ I.S.S
___ Casa _____ Otro _____

Están sus niños vinculados a programas de salud? Si _____ No _____

Cada cuanto lleva usted a su hijo para los controles de salud?

Ha vacunado a su hijo? Si _____ No _____

Cuales vacunas le ha puesto a su hijo?

Desde qué edad le empezó a vacunar? _____

Para qué cree usted se vacunan a los niños ?

Que hace usted cuando su hijo tiene algunas de las siguientes enfermedades?

DIARREA _____

VOMITO _____

FIEBRE _____

RESFRIADO _____

"SE APRIETA" _____

PROBLEMA DE LA PIEL _____

PARÁSITOS _____

Han muerto personas en esta casa en este año? Si _____ No _____

Causa de la muerte _____

Recibió atención el difunto? Si _____ No _____

Por qué cree usted que nacen niños anormales? Castigo de Dios _____ Por
vicios __ Enfermedades de la madre _____ Voluntad de Dios _____ Otro _____

Cuál _____

Cuales cree usted que son los problemas más graves en su comunidad

Participa usted o su compañero en algún grupo de la comunidad (religioso,
comunal) ? Si _____ No _____

Por que? _____

Les gustaría les orientaran sobre formas de organizarse? Si ___ No ___

Aceptaría que le dieran instrucciones sobre formas de mejorar la salud usted, su marido y sus hijos? Si _____ No _____

Qué cree que le deberían enseñar? _____

OBSERVACIONES GENERALES

ANEXO B.
CUESTIONARIO N ° 1

A continuación por micro grupos haremos unos ejercicios que pueden ser respondidos verbalmente por un representante sobre lo que ustedes conocían sobre I.R.A. (infección respiratoria aguda) y lo aprendido aquí en esta sesión educativa.

a. Qué conocen ustedes por infección respiratoria aguda? _____

b. Cómo creen ustedes se transmiten las infecciones respiratorias?

c. Son peligrosas las infecciones respiratorias agudas. Por qué?

d. Como pueden prevenirse las infecciones respiratorias?

e. Cuales son los síntomas de las infecciones respiratorias agudas?

f. Qué tratamientos se debe dar en el hogar al niño con infecciones respiratoria aguda?

g. Creen ustedes que los hábitos de higiene y el mal saneamiento ambiental tienen Infecciones respiratorias agudas?

h. Saben lo que significa la palabra " Hacinamiento" ?

i. Que conducta se sabe seguir, o sea, que se debe hacer cuando un niño "se aprieta" o le "da fatiga"

ANEXO C.
PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

Señoras madres de familia, después de haber leído los documentos sobre inmunización que se les entregó a cada micro grupo, necesitamos responder unas preguntas que deben ser contestadas de acuerdo a las conclusiones. A las que halla llenado el micro - grupo con base a los conocimientos que ya tenían sus miembros y a lo consultado en el material de consulta para establecer los compromisos.

1. Qué entendemos por Inmunización?

2. Están o no de acuerdo con la inmunización. Por que?

3. Creen que las vacunas enferman al niño. Porque?

4. Que vacunas conocen ustedes, cuáles son las más importantes. Por qué?

5. A que edad se debe empezar a vacunar a los niños?

6. Se debe vacunar una embarazada, Por qué?

7. Cuales son las ventajas y benéficos de las vacunas?.

ANEXO D.
TALLER N° 2

<i>GRUPO</i>	Madres Barrio Sinaí
<i>Fecha</i>	VI - 7 - 96
<i>Lugar</i>	Escuela del Barrio Sinaí
<i>Responsable</i>	Doctora Ludmila Patrón

1. TEMA

Manejo nutricional en el niño desde los primeros días de nacido hasta la edad pre-escolar.

2. OBJETIVOS

2.1. Brindar educación sencilla a las madres partiendo de sus conocimientos sobre normas y principios de la Alimentación Infantil.

2.2. Instruir a las madres sobre cuál debe ser la edad adecuada para la alimentación complementaria y las razones de ello.

2.3. Brindar asesoría sobre lo que debe ser un menú balanceado utilizando alimentos formadores, energéticos y las protectores así como su importancia en los requerimientos nutricionales del infante.

3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

3.1. Se divide el macrogrupo en microsursos de 5 a 6 personas.

3.2. Cada microgrupo tiene un moderador y un secretario cuyas funciones principales son las de elaborar las concesiones de las preguntas correspondientes y presentarlas luego al macrogrupo.

3.3. ORIENTACIÓN

3.3.1. Las preguntas son entregadas para debatirlas internamente, Es necesario que cada microgrupo las analice con atención y las relacione con experiencias de la vida cotidiana.

3.3.2. No se deben hacer comentarios entre los microgrupos.

3.3.3. Todos los miembros de los microsucos deben aportar sobres las preguntas echas.

3.3.4. Si algún miembro no interviene en la discusión debe ser anotado.

3.3.5. Si un microgrupo no entiende algún punto de las preguntas deben preguntar a la coordinadora de faltar la Doctora Lusmila Patrón.

4. CONTENIDO TEÓRICO

Des de tiempos muy remotos se sabe, que la leche materna es el mejor regalo que le ha dado la naturaleza al hombre. Es a través de la lactancia materna como la madre además de transmitirle defensas al pequeño, una gran medida a través del calostro y tener un niño creciendo sano y fuerte. Transmite amor a su bebe estrechándose así aún más los lazos de amor entre la madre y el hijo, por ello es necesario que se le de durante el primer año de vida o por lo menos hasta los seis primeros meses en caso que la madre por razones de trabajo debe dejar a su pequeño.

Es el alimento de más fácil preparación, nunca hay que calentarla ni prepararlo porque ya esta listo para ser dado. Lo único que la madre debe hacer es suministrarlo y tener algunos cuidados con ella misma en caso que

los pezones se agrieten tales como exponer los pezones al sol y al aire cuando sea posible o amamantar más seguido en caso que se llenen muchos los senos o sumergirlos en agua tibia y realizar un suave masaje hacia el pezón, nunca se debe ofrecer al pequeño tetero a cambio de pecho porque pierde el reflejo de succión y luego por comodidad rechazan el seno materno. Así mismo, es necesario que si la madre esta sudada, o no se ha realizado su higiene personal diaria se limpie un poco la mamá con un paño húmedo y luego se dispone a darle el pecho al bebé.

En lo relacionado con la alimentación complementaria es necesario que para que el niño transforme los alimentos en sustancias útiles en su crecimiento y desarrollo su organismo pase por etapas de maduración y preparación esto se cree lo empieza a tener el pequeño del 4º mes hacia adelante ya que a medida que el niño crece y se moviliza empieza a tener mayor requerimiento alimenticio y la leche materna ya no es suficiente para sus necesidades; estos alimentos deben irse integrando poco a poco a los horarios de alimentación iniciando con jugos de frutas mezcladas con agua administrando con cucharaditas y sopas de verdura e ir incrementando a los cinco meses los purés, compotas, sopas de verduras con trocitos pequeños de carne, pequeñas cantidades de plátano o papa y así sucesivamente ir suministrando los granos al 6º mes, la yema de huevo al 7º mes y los

granos y leguminosas de sopas solo hasta el 8º mes cuando el niño ya tiene una mayor maduración en su sistema digestivo.

Es importante tener en cuenta que los momentos de alimentación son importantes para el niño porque además de nutrido, le ayudan a crear buenos hábitos alimenticios y contribuyen a la integración familiar estrechando los lazos de unión entre los familiares fortaleciendo los vínculos afectivos.

La edad entre los dos y los cinco años representa una etapa importante en la vida del niño ya que es principalmente aquí cuando el niño desarrolla su inteligencia y su sentido de autoestima es una edad en la cual el niño se vuelve un pequeño explorador por lo cual consume mucha energía y además con un alto riesgo de adquirir infecciones por lo que se hace necesario tener muy claro los requerimientos nutricionales del infante de tal manera que cubran o satisfagan las necesidades de crecimiento del pequeño; Estos alimentos, deben suministrar al niño las sustancias que ayudan a la formación del cuerpo (alimentos formadores) la energía necesaria para sus alrededores (alimentos energéticos) y le ayuden a proteger su salud (alimentos protectores) hay que tener en cuenta que esta es la edad donde más se presenta la desnutrición para una alimentación variada, suficiente y nutritiva garantiza el buen desarrollo físico, mental y social del niño.

Para cubrir las necesidades nutricionales en el proceso de crecimiento y desarrollo se recomienda que el niño consuma las siguientes cantidades de alimento diariamente.

Leche y Derivados	2 o 3 vasos
Carne	1 porción pequeña
Huevo	1 unidad
Granos o bienestarina	2 o 3 cucharadas
Verduras	: 2 porciones
Fruta	1 Unidad
Arroz o pasta	4 cucharadas
Pan o arepa	1 o 2 unidades
Papa, yuca o plátano	1 unidad pequeña
Aceite o mantequilla	1 cucharada
Azúcar, panela, otros	2 1/2 cucharadas.

Es importante recordar que la bienestarina bien fue de suplir parcialmente la falta de un día de carne o huevo. Así mismo que debemos tener ciertos cuidados higiénicos en el manejo de los alimentos como son:

Deben ser guardados en un lugar fresco

Deben ser protegido de moscas, cucarachas y otros animales

Lavar con agua y jabón los utensilios, cucharas y tazas que se van a utilizar

Los alimentos que vayan a dar al niño deben ser lavados especialmente frutas , Vegetales.

Siempre deben usarse alimentos frescos y bien cuidados

El agua debe ser hervida.

Debemos lavarnos las manos antes y después de preparar los alimentos.

ANEXO E.

DIALOGO DE SABERES

PRIMER PASO

REFLEXIONEMOS Y COMPARTAMOS

Presentar, un gráfico, relatar una historia, un chiste, un refrán o una serie de interrogantes a ver cuanto saben los participantes o sea tener el punto de vista de los otros. Averiguar lo que cada uno opina y los por qué? Luego se pasa a agrupar las respuestas ya que siga normalmente todas las opiniones de los participantes no son iguales aquí se va a encontrar las semejanza y las diferencias esto se escribe en un pizarrón o en una hoja de papel periódico con marcadores y se diga allí se confrontan luego las distintas opiniones que piensa cada uno, de las opiniones de los otros? y se procede a averiguar que cambios produjo la discusión: Hubo cambios de opiniones? se afirmo su concepto? Tiene dudas?.

SEGUNDO PASO

CONSULTEMOS

Se trata de conocer otros puntos de vista para enriquecer al nuestro. La consulta se puede hacer leyendo libros o invitando a un especialista para que nos dé una charla (médico, nutricionista, trabajadora social, enfermera, sicólogo etc.).

Los libros nos permiten conocer las ideas a personas que se encuentran lejos; la lectura nos permite tener mucha información en nuestro cabeza.

TERCER PASO

DEBATAMOS

Es la confrontación de los distintos saberes de resume el punto de vista leído o escuchado (emitido por los expertos) o sea, el correspondiente al **CONSULTEMOS** y se escribe en una cartelera o en una hoja de papel periódico, colocando al lado de los puntos de vistas de los participantes con el fin de tener presente las distintas opiniones durante el debate.

Se confrontan las diferentes opiniones de la misma forma como se hizo en la confrontación del punto de vista de los participantes se pregunta que se piensa de lo presentado en el **CONSULTEMOS**, con quien estamos de acuerdo y con que no y porque?

Finalmente debemos averiguar que cambios produjo el debate en cada uno de las partes ; el objetivo es comparar la opinión con la que lleguemos, con la opinión con que salimos.

CUARTO PASO

COMPROMETÁMONOS

Después de reflexionar, consultar y debatir lo que sigue es comprometerse, es decir, adquirir compromisos poner en práctica los nuevos puntos de vista. El compromiso debe ser individual.

Cada participante ha quedado con un punto de vista particular y el compromiso debe realizarse desde lo que cada uno esta convencido por ello los compromisos serán diferentes. *NO TODOS LOS COMPROMISOS TIENEN QUE SER IGUALES, LOS COMPROMISOS TIENEN QUE QUEDAR HECHOS A LA MEDIDA.*

El verdadero aprendizaje se realiza cuando lo conocido se lleva a la práctica. Existen varias tipos de prácticas:

- a. Aplicar, usar lo nuevo.
- b. Comprobar, mirar a aún sí...
- c. Observar y preguntar
- d. Leer

Los compromisos deben ser:

- a. Individuales, personales
- b. Definir por lo menos, el qué, dónde, cuándo, con quién.?

QUINTO PASO

EVALUEMOS

Debido a que los compromisos que durante el proceso educativo se van transformando, el punto de llegada último con respecto a un tema, puede ser contenido conjuntamente, por ejemplo, si los libros nos dicen que muchos niños cuando tienen lombrices charrasquean los dientes, pero las madres lo comentan y se comprueba que realmente es un síntoma, el punto de llegada deberá contener un aporte de las madres.

El punto de llegada último mientras no se hagan nuevos descubrimientos, sería entonces contruidos con base en aportes, tanto de los saberes de las madres, como la de los saberes de los libros.

Lo que se sugiere para llevar a la práctica el paso de evaluar sería entonces:

1. Revisar si los compromisos que cada uno se impuso, se ampliaron o no.
2. Averiguar porqué no se cumplieron o porqué sí.
3. Hacer nuevos compromisos (si es necesario).

ANEXO F.

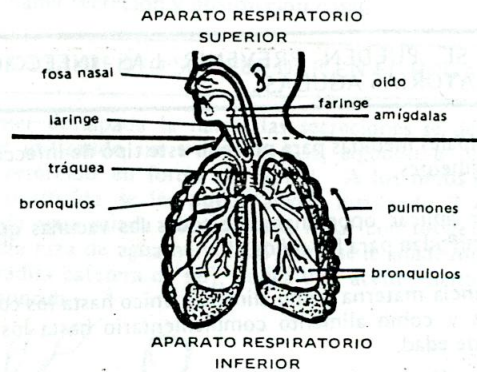
Folleto Educativo sobre I.R.A.



INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

QUE ES UNA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA ?

Es una enfermedad causada por microorganismos infecciosos que atacan repentinamente cualquiera de los órganos del aparato respiratorio como la nariz, el oído, la faringe, la laringe, los bronquios, los bronquiolos y los pulmones.



CUALES SON LOS SINTOMAS DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA ?

Los síntomas más frecuentes son: molestia en la garganta, dolor de oído, nariz obstruida, secreción nasal, tos, fiebre, aumento de veces que la persona respira por minuto. Estos síntomas se pueden presentar juntos o separados.

QUE PELIGRO OFRECEN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ?

Hay infecciones respiratorias de bajo riesgo y de alto riesgo. Estas últimas causan gran mortalidad en los niños.

Cuál debe ser la alimentación del niño en el primer año de vida ?

I

MENOR DE 4 MESES
LECHE MATERNA ÚNICAMENTE



LECHE MATERNA

Es el mejor alimento para que su hijo crezca sano y fuerte, protegiéndolo contra las infecciones. Por esto es necesario que se le de durante el primer año o por lo menos hasta los 6 primeros meses.

Si por algún motivo no le puede dar leche al pecho suminístrele de 6 a 7 teteros con 5 onzas en los 5 primeros meses utilizando leche maternizada o leche de vaca diluida de la siguiente forma: hasta los 2 meses mitad leche mitad agua, del 3 a 4 mes 3 partes leche y una de agua, del 4 mes en adelante puede darle pura y hervida.

Recuerde que por cada mes de edad que cumpla aumente 1 onza.

ALIMENTANDO A TU BEBE CON LECHE MATERNA LE REGALAS



Tu amor y tu cariño

Y así estrechas la relación afectiva con tu hijo.

Amamantar es cómodo y fácil.

La leche siempre está lista y nunca se agria ni se contamina.

RECUERDA

La leche materna es el mejor alimento que le puedes dar a tu bebé. El no necesita ni agua, ni aromática. Sólo necesita tu leche.

Mientras más amamantes, más leche tendrás.

HASTA QUÉ EDAD PUEDO AMAMANTAR AL BEBÉ

Debes darle como único alimento hasta finales del cuarto mes, y con otros alimentos complementarios hasta los dos años.

La leche materna puede darse el mayor tiempo posible, preferiblemente por dos años.

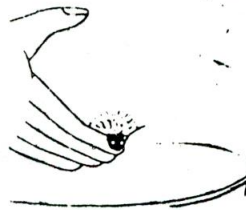
SI TUS PEZONES ESTÁN AGRIETADOS



También te ayudará dejar unas gotitas de leche materna sobre el pezón, después de amamantar al niño.

Debes exponer los pezones al sol y al aire, cuando te sea posible.

QUÉ HACER SI SE TE LLENAN MUCHO LOS SENOS



Sumerge los senos en agua tibia y haz suave masaje hacia el pezón.

Amamanta más seguido.

Con tu leche proteges a tu hijo de enfermedades e infecciones y le aseguras un crecimiento adecuado porque es un alimento completo.

La lactancia hace que tu útero vuelva a su estado normal.

ALIMENTACION DEL NIÑO DE LOS 2 A LOS 6 AÑOS

Características de la edad preescolar.

LA EDAD PREESCOLAR

La edad entre los dos y cinco años, representa una etapa importante en la vida del niño ya que en ésta el niño desarrolla su inteligencia y personalidad.

Es una edad con alto riesgo de adquirir infección de la cual la desnutrición puede ser causa indirecta o directa.

LA ALIMENTACIÓN PREESCOLAR



De la manera como se eduque al niño en la alimentación, dependerá su aceptación de los diferentes alimentos y sus costumbres cuando joven y adulto.

Los alimentos no deben usarse como premio ni castigo, ya que los niños desarrollan malos hábitos alimentarios e inapetencias caprichosas.

NECESIDADES NUTRICIONALES

Para cubrir sus necesidades de crecimiento y desarrollo, y de protección contra enfermedades, se recomienda que el niño consuma las siguientes cantidades de alimentos diariamente.

Leche y derivados: 2 a 3 vasos ó queso ó cuajada.

Carne: 1 porción pequeña.

Huevo: 1 unidad.

Granos o Bienestarina: 2 a 3 cucharadas

Verduras: 2 porciones.

Fruta: 1 unidad.

Arroz o pasta: 1 cucharadas.

Pan ó arepa: 1 a 2 unidades

Papa, yuca ó plátano: 1 unidad pequeña.

Aceite ó mantequilla: 1 cucharada

Azúcar, panela, otros: 2-1/2 cucharadas

Cuando no se le pueda dar al niño carne o huevo, use por lo menos una preparación con 2 cucharadas de BIENESTARINA

RECUERDA

- El desarrollo del niño preescolar depende de las condiciones de vida: él necesita de cariño, protección y de una alimentación nutritiva.

- Más de la mitad de los preescolares colombianos sufren de desnutrición; protéjalos para que puedan crecer sanos, fuertes e inteligentes.

- Los alimentos dan al niño las sustancias para la formación del cuerpo, la energía necesaria para moverse y le ayudan a proteger su salud.

- La Alimentación variada, suficiente y nutritiva garantiza el buen desarrollo físico, mental y social del niño.

- Cuando los padres y las personas que rodean al niño le hablan, juegan con él, lo mantienen limpio, lo tratan con cariño, le dan comidas en horas adecuadas, están formando un niño sano e inteligente.

- Si el niño escolar no se alimenta bien disminuye su capacidad para el estudio, el deporte y la resistencia a las enfermedades.

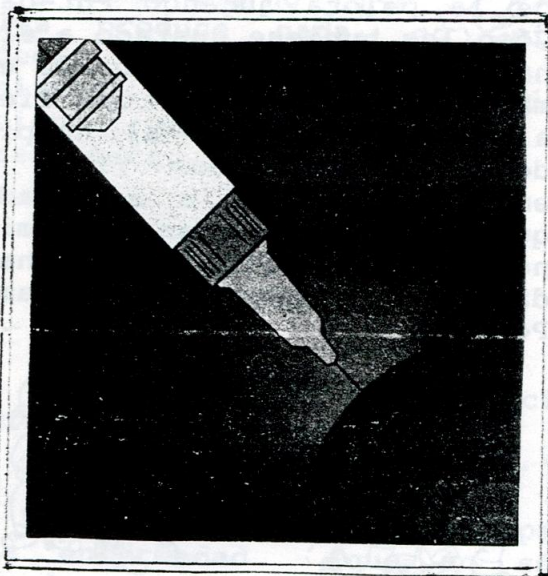
- Toda la familia debe procurar que sus hijos crezcan sanos, bien alimentados e inteligentes.



ANEXO H.

Folleto Educativo Sobre Vacunas

VACUNAS



**Es mejor prevenir
que curar**



ANEXO I.

Folleto Educativo Sobre Sensibilización al Maltrato infantil

REFLEXIONEMOS
Y
COMPORTAMOS

Leamos la siguiente Fotonovela.



NIDIAN

Nidian una joven de escasos 16 años, le cuenta a Rosa su historia familiar:

Momentos gratos, desagradables, tristes e incluso algunos que no quisiera recordar vividos durante su infancia y que de una forma han influido en la manera como actualmente piensa, siente y actúa.

Rosa mi padrastro me odiaba, me pegaba y cuando no hacía lo que él quería me decía que yo no servía para nada.

ANEXO J.

Folleto Educativo "Ahora que está embarazada"

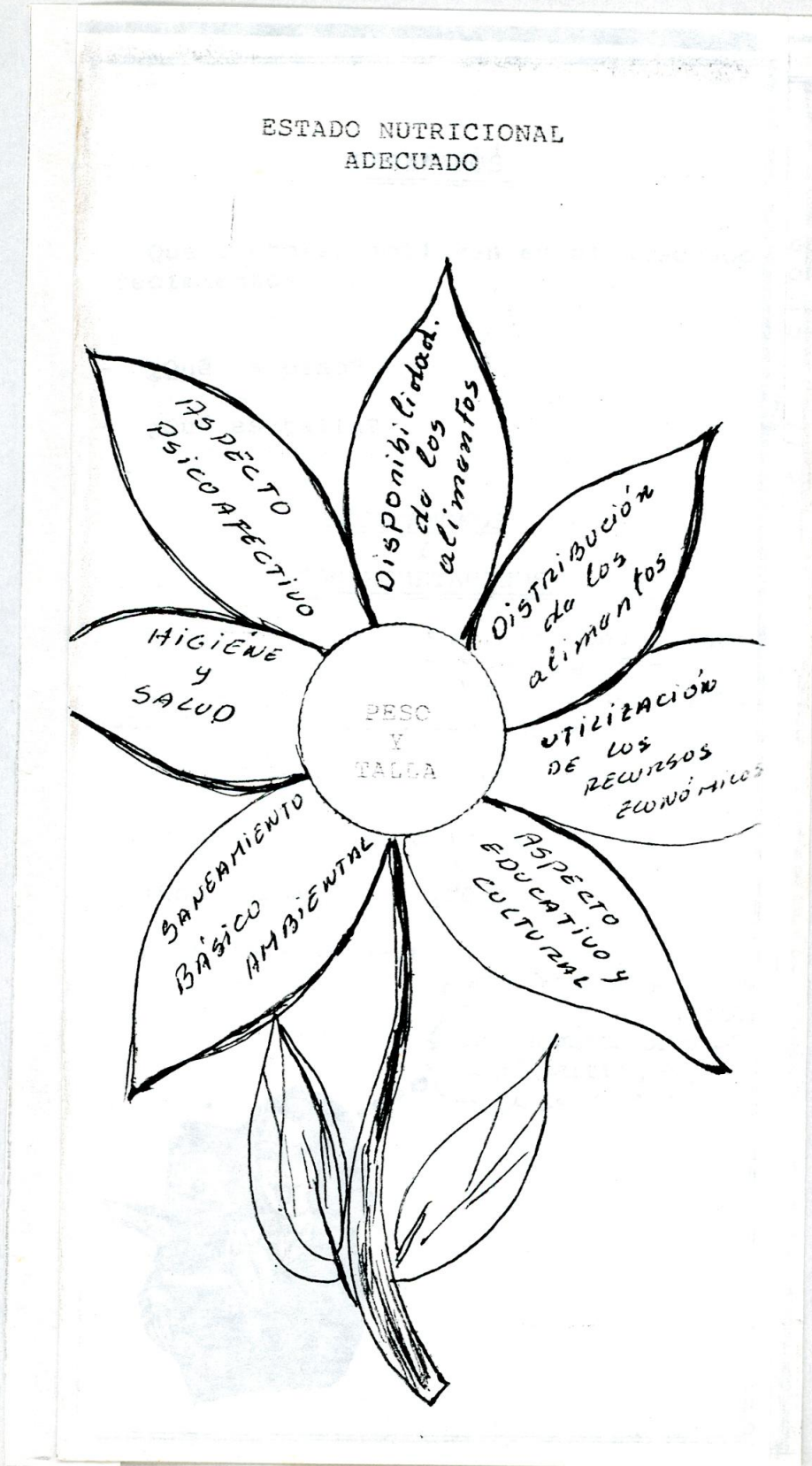


ANEXO K.

Folleto Educativo "Cuidado personal durante el Embarazo" y "los primeros días de su bebé"


ANEXO L.

Folleto sobre Importancia de la valoración de peso y talla.



ANEXO LL.

Folleto Educativo sobre la formación de valores y comunicación.


 DEBATAMOS

¿Somos consecuentes entre lo que pensamos, sentimos, hablamos y hacemos?

¿La comunicación es sólo mensajes en palabras o la comunicación es algo más, gestos de la cara, de las manos o del cuerpo?.

- En qué condiciones se encuentran nuestras familias para propiciar una buena comunicación?

- Cómo debemos integrar a la vida cotidiana lo que pensamos, sentimos, hablamos y hacemos?

- Pillate abre Ostras que usa la madre comunitaria con la señora Carmen para motivarla a asistir a una reunión de padres de familia.

MADRE COMUNITARIA: Señora Carmen, cómo está? Que bueno verla porque quiero hacerle una invitación especial.

MADRE: Si seño? Qué será?

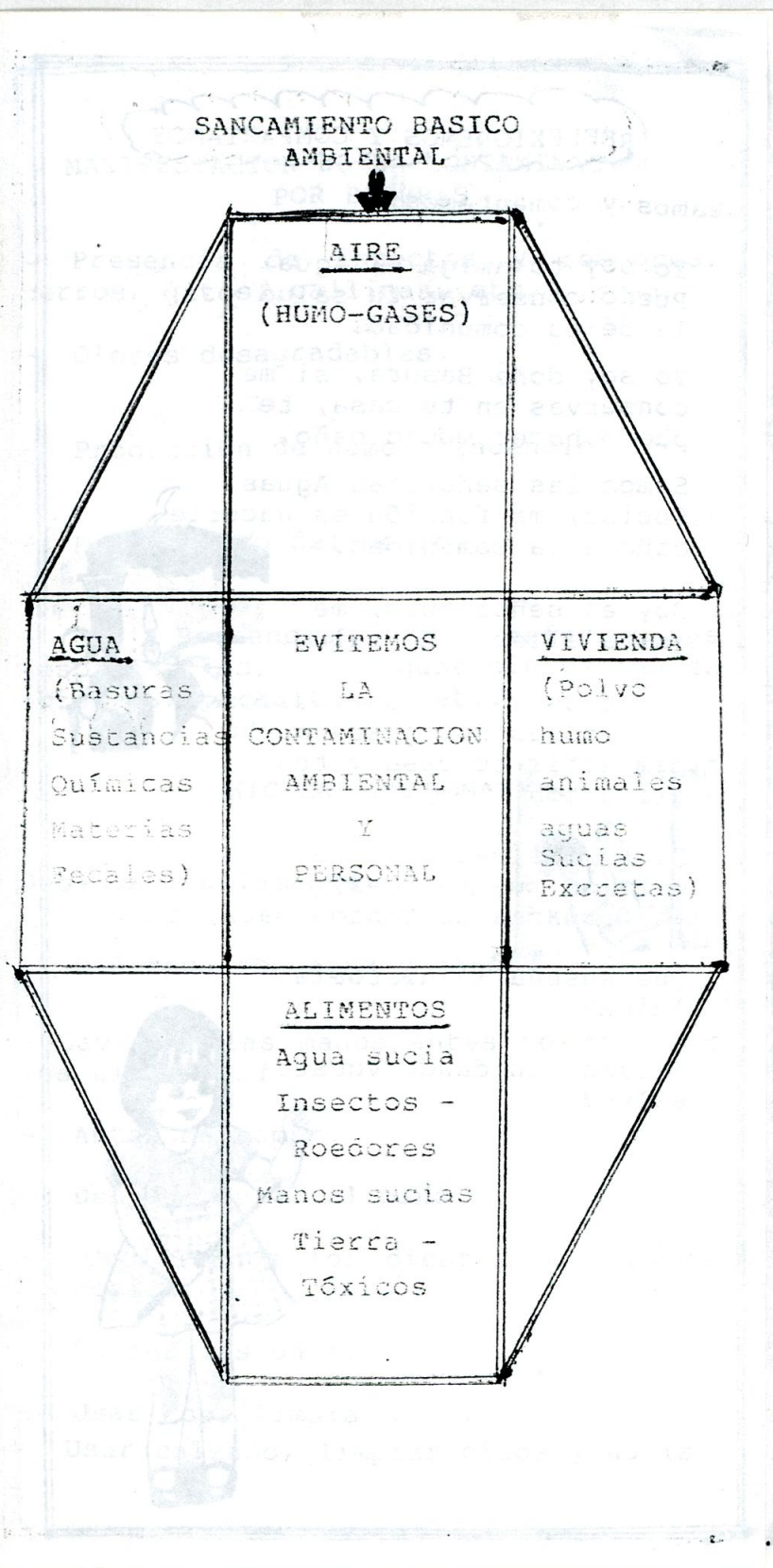
MADRE COMUNITARIA: Señora Carmen, el próximo domingo hay una reunión de padres de familia y me gustaría que usted asistiera.

MADRE: Este domingo? Andale seño es que si usted, supiera todo lo que tengo que hacer.

MADRE COMUNITARIA: Yo se señora Carmen que para usted no es fácil, criar usted sola a los niños no es tarea fácil, sin embargo su asistencia a la reunión será muy importante para mi y otros Padres,

ANEXO M.

Folleto Educativo sobre hábitos de higiene.



ANEXO N.

ACTIVIDADES LÚDICAS COMO PARTE ESENCIAL DENTRO DEL

ASPECTO DE LA SALUD

1. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que el juego, permite que el niño ejercite las habilidades que necesitará para convertirse en un individuo hábil y competente y que es una experiencia multidimensional, que involucra prácticamente toda una capacidad perceptiva, motora sensorial y cognitiva de un niño, es probable que algunos aspectos de educación en salud, podrían bien enseñárseles a los menores. Utilizando esta técnica dentro del marco de un enfoque constructivista ya que como ninguna otra constituye una experiencia de aprendizaje total, siendo el medio y al mismo tiempo el catalizador del crecimiento durante la primera y segunda infancia.

Estudios recientes han demostrado la importancia de un tiempo suficiente de recreación para el desarrollo de una personalidad íntegra y actitudes sociales sanas. Los niños que se privan de tiempo libre para jugar con creatividad e imaginación tienen una gran predisposición hacia la agresividad o la depresión; además, las actividades lúdicas ofrecen al niño un entorno en el cual puede explorar y comenzar a comprender el mundo de

los adultos (convivencia en comunidad por ejemplo) es a través de la fantasía del juego que los niños logran comprender y elaborar cosas que, de otra forma, serían confusas para ellos, como por ejemplo: el enojo de sus padres, la muerte, etc.

Ayuda además a descargar el estrés y a desarrollar un sentido del humor, pero sobre todo es un medio de aprendizaje importante, especialmente para aprender cómo hacerlo. A través del juego, un niño formula preguntas, explora su entorno, adquiere las nociones básicas de cómo solucionar problemas, practica los diversos roles sociales y en general refuerza todas las facultades elementales que le posibilitarán tomar conciencia de su propio potencial.

2. DEFINICIÓN.

Es una propuesta de educación en salud que utiliza como metodología la recreación para enseñar a los niños con edades comprendidas entre 6 y 14 años, comportamientos de prevención en salud.

3. OBJETIVOS.

3.1. GENERAL. Aportar elementos de prevención en salud a los niños con edades comprendidas entre los 6 y 12 años del Barrio Sinaí por medio de actividades recreativo-educativas para mejorar hábitos de vida que redunden en beneficio de su salud física y mental y la de los demás.

3.2. ESPECÍFICOS.

Educar a los niños acerca de medidas que pueden adoptar para la prevención de enfermedades.

Responsabilizar al niño de su propio cuidado.

Establecer por medio de la recreación una metodología más participativa de educación en salud.

Enseñar a los niños a reconocer factores de riesgo para la prevención de accidentes.

Fomentar la higiene oral y corporal de los niños.

Motivar a los niños para que sean multiplicadores de salud.

Fomentar el buen trato con sus compañeros.

Educar a los niños sobre la importancia de los valores como forma de lograr una convivencia armónica con el entorno que les rodea.

4. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.

La propuesta está orientada a capacitar grupos de escolares. En edades comprendidas entre los seis y los 12 años para el logro de mejoramiento de hábitos de vida propia y de los demás miembros de su comunidad. Constituyendo así a disminuir índices de morbilidad mediante los siguientes aspectos.

Conocimiento de adecuado hábitos de higiene

La recreación como parte de la salud

La importancia de aplicar adecuadas normas de higiene dentro de la comunidad

Accidentes y formas de prevenirlos

Fomentar el autocuidado

La auto estima y la formación de valores.

5. LIMITES

a. NORMAS DE ATENCIÓN

Este programa estará a cargo de un equipo multidisciplinario, conformado por: Recreacionista, Sicóloga, Enfermera, Nutricionista, un educador, un medico y una higienista oral.

Se realizarán inscripciones previas. El cupo máximo será de 40 niños.

Se conformarán sus grupos de niños para trabajar un día a la semana, estos niños formarán el grupo de promotores de salud niño-niño

Cada sesión educativa tendrá una duración máxima de 30 minutos.

b. TIEMPO

Se desarrollará en 20 sesiones con una duración de 30 minutos por sesión una vez por semana lo que equivale a un total de 10 horas en 5 meses.

Además habrá 2 sesiones de integración grupal con número de 20 niños por sesión de 6 horas de duración.

c. ESPACIO

Se llevará a cabo en las dependencias de la escuela del barrio en la sede recreativa los Campanos de la Caja de Compensación familiar y en el Club Social de la Policía Nacional.

5. METODOLOGÍA

Existen dos opciones para la realización de las actividades teniendo presente las edades de los niños:

Intercalando contenido educativo con actividades recreativas para lo cual se pueden utilizar rondas, canciones y juegos.

Por medio de una actividad recreativa tales como:

Escalera, cartas, lotería, sociodramas, cuentos, representaciones, títeres, cintas de video para canalizar el mensaje educativo en salud

Que actividades de integración grupal en la sede recreativa los Campanos y Club social de la policía con fines recreativos y educativos.

6. CONTENIDO

a. Conozco mi cuerpo y hago buen uso de él.

Higiene personal

Alimentos nutritivos para ayudar a crecer mejor

Higiene mental.

b. El medio que nos rodea beneficia o perjudica mi salud

Adecuado uso de tazas sanitarias

No debemos contaminar el ambiente

Consumamos agua hervida

Las reacciones violentas afectan nuestro cuerpo y nuestras relaciones con los demás

El tabaco y el alcohol destruyen nuestro cuerpo y nuestra salud.

c. Evito accidentes que dañen mi cuerpo y puedan lastimar a los demás.

Prevención de accidentes

Primeros auxilios básicos



d. Recrearme adecuadamente ayuda a mantenerme sano.

e. Puedo ser maestro de mis mayores y de mis compañeros.

6. RECURSOS

a. HUMANOS

Para la realización del programa se contará con un equipo multidisciplinario que incluirá:

1 Recreacionista

1 Sicólogo

1 Enfermera

1 Nutricionista

1 Médico

1 Higienista General

b. LOCATIVOS

Dependencias de la escuela, sede recreativa los Campanos, Club Social de Policia.

MATERIALES

Juegos de mesa infantiles

Cuentos

Televisor

Cinta de video educativas

Títeres

Cassette con rondas y cantos

Grabadora

Elementos de primeros Auxilios

Golosinas

Papelería en general (folletos, cartillas, modelos educativos etc.).

8. PRESUPUESTO

CONCEPTO	VALOR \$
Juegos de mesa infantiles	100.000
Cuentos	50.000
Cinta de video educativas	100.000
Elementos de primeros Auxilios (Vendas, Gasas, Algodón, Alcohol, inmovilización etc).	100.000
Trabajo de médico x sesión 20.000	400.000
Trabajo Higienista x sesión 10.000	200.000
Golosinas	250.000
Papelería en general	70.000
Trabajo de recreacionista x sesión \$ 15.000	300.000
Trabajo de educador x sesión \$ 15.000	300.000
Trabajo de sicólogo x sesión \$ 20.000	400.000
Trabajo de enfermera x sesión \$ 20.000	400.000
Transporte a sedes recreativas	20.000
Costo de entradas sedes recreativas	76.000
Almuerzo	611.000
Costo total	\$ 3.877.000

9. EVALUACIÓN

Se evaluará con base en el impacto del proyecto en la familia y comunidad y simultáneamente se evaluaría el cambio de actitud de los miembros de la comunidad y de los mismos niños en el transcurso del desarrollo del proyecto y se por el niño como agente educativo de salud teniendo presente:

La posibilidad de ubicar lo que se le propone en un proyecto que para ellos tenga sentido.

En la capacidad de recurrir a su bagaje experiencial para asignarle significado.

En la modificación de ese propio bagaje como consecuencia de las resistencias que eventualmente puede presentar el contenido que va a aprender.

En las nuevas relaciones que permite.

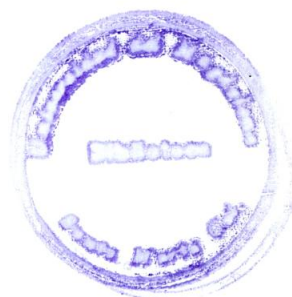
En la posibilidad de utilizar lo aprendido de manera autónoma en una multiplicidad de contextos para continuar aprendiendo.

ANEXO Ñ.

CRECIMIENTO PERSONAL Y AUTOESTIMA

CARTILLA EDUCATIVA NUTRIR (1)

FUNDACION COLOMBIANA
PARA LA NUTRICION INFANTIL



CRECIMIENTO PERSONAL
Y
AUTOESTIMA

Para que la familia pueda participar en forma activa y eficaz en la promoción del desarrollo integral del niño, es indispensable que sus miembros adultos y particularmente la madre, tomen conciencia de su propio valor, consoliden su autoestima y logren un adecuado crecimiento personal.

Esta publicación es posible gracias al
auspicio de
NESTLÉ DE COLOMBIA S.A.

