

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

Cuidados que brinda la madre al niño de 1 a 3 años de edad, para fomentar su salud emocional, en un asentamiento humano del distrito de Lima, 2015

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud
Pública

AUTOR

Sara Espinoza Marquina

ASESOR

Luisa Hortensia Rivas Díaz

Lima - Perú

2017

**CUIDADOS QUE BRINDA LA MADRE AL NIÑO DE 1 A 3 AÑOS
DE EDAD, PARA FOMENTAR SU SALUD EMOCIONAL, EN UN
ASENTAMIENTO HUMANO DEL DISTRITO DE LIMA, 2015**

Dedicado a mi madre por su apoyo incondicional y por el ejemplo de perseverancia que siempre he visto en ella.

A mi hermana, que pese a su juventud me enseñó el valor de luchar por lo que uno quiere.

Agradezco enormemente a las madres informantes por su colaboración desinteresada, la cual ha hecho posible lograr los objetivos de este estudio.

A las autoridades del Asentamiento Humano por permitir cordialmente el acceso al campo donde se desarrolló el estudio.

INDICE GENERAL

RESUMEN	- 6 -
ABSTRACT	- 7 -
PRESENTACION.....	- 8 -
CAPITULO I.....	- 9 -
INTRODUCCION	- 9 -
1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA.....	- 9 -
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	- 14 -
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	- 14 -
1.4 OBJETIVO.....	- 15 -
CAPITULO II.....	- 16 -
MARCO TEORICO	- 16 -
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	- 16 -
2.2 BASES TEORICAS	- 21 -
2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS.....	- 38 -
CAPITULO III.....	- 39 -
METODOLOGIA	- 39 -
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	- 39 -
3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO	- 40 -
3.3 INFORMANTES.....	- 40 -
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	- 41 -
3.5 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION	- 42 -
CAPITULO IV	- 43 -
RESULTADOS Y DISCUSION.....	- 43 -
4.1 RESULTADOS.....	- 43 -
4.2 DISCUSION	- 70 -
CAPITULO V	- 76 -
CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	- 76 -
5.1 CONSIDERACIONES FINALES.....	- 76 -
5.2 RECOMENDACIONES	- 78 -
5.3 LIMITACIONES	- 78 -
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	- 79 -

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo “Describir los cuidados que brinda la madre al niño de 1 a 3 años de edad, para fomentar su salud emocional, en un asentamiento humano del distrito de Lima”. El enfoque metodológico es cualitativo, de alcance descriptivo, la población estuvo conformada por todas las madres de niños cuya edad oscila entre 1 y 3 años de edad, el número de informantes se definió por criterio de saturación y ascendió a 14 participantes. Para la recolección de datos se empleó la técnica de entrevista en profundidad y el instrumento fue una guía de entrevista que consta de 5 preguntas norteadoras.

Los resultados se plasman en tres categorías de análisis, la primera describe el cuidado que brinda la madre para fomentar la salud emocional de su niño, encontrándose que se basa en el contacto físico, búsqueda de relaciones familiares armoniosas, acompañamiento del niño para su aprendizaje y proceso de socialización.

La segunda categoría describe las emociones y sentimientos que acompañan el cuidado brindado por la madre al niño, hallando que las emociones como alegría y sorpresa se asocian con los logros del niño y el estado emocional de alegría del mismo, la cólera aparece frente al rol de separador ejercido por el padre, desobediencia del niño e “interferencia” de la familia en la crianza del niño. La tercera señala los elementos que favorecen o dificultan el cuidado del niño, entre los que resaltan la economía, participación del padre y apoyo de la familia en el cuidado del niño.

Palabras clave: cuidado, salud emocional, niño

ABSTRACT

The present research aims to "Describe the care provided by the mother to the child of 1 to 3 years of age, to promote their emotional health, in a human settlement in the district of Lima." The methodological approach is qualitative, with descriptive scope, the population was formed by all mothers of children whose age ranges from 1 to 3 years of age, the number of informants was defined by saturation criteria and amounted to 14 participants. For data collection, the interview technique was used in depth and the instrument was an interview guide consisting of 7 guiding questions.

The results are summarized in three categories of analysis: the first describes the mother's care to promote her child's emotional health, finding that it is based on physical contact, searching for harmonious family relationships, accompanying the child for learning and Process of socialization.

The second category describes the emotions and feelings that accompany the care provided by the mother to the child, finding that emotions such as joy and surprise are associated with the child's achievements and the emotional state of joy of the child, anger appears in front of the role of Separador exercised by the father, disobedience of the child and "interference" of the family in the child's upbringing. The third points out the elements that favor or hinder child care, such as economy, parent involvement, and family support in child care.

Keywords: care, emotional health, child

PRESENTACION

La mayoría de los estudios sobre el desarrollo del niño han enfocado en la madre su atención, esto se debe al hecho de que las madres son generalmente el primer contacto del niño con el mundo externo y son ellas en la gran mayoría responsables por los cuidados de los niños. En la actualidad, con la inserción de las mujeres al campo laboral, existe mayor presión sobre ellas al tener que desempeñarse tanto en el trabajo como en el hogar, ya que es a la madre que está atribuido el cuidado del niño y deberá responder a las señales que su hijo le emite y darles respuestas adecuadas de cariño, cuidado y atención. Es la madre que permite al niño vivir y desarrollarse, sobre una relación de seguridad y amor. Ella lo ayudará a construir un modelo que lo protegerá contra el peligro de las agresiones externas y le permitirá desarrollar relaciones sanas con los otros y con el medio ambiente.

Asimismo, mediante un apego seguro, es la madre quien sienta las bases para que el niño desarrolle autocontrol, seguridad, empatía, tolerancia a la frustración, autoestima, etc. Cualidades que le permitirán convertirse en un adulto emocionalmente saludable y prevenir problemas de salud mental como drogadicción, alcoholismo, depresión, etc.

Es entonces el abordaje del binomio madre-niño lo que permitiría favorecer la salud emocional del infante y en ese sentido existe un campo rico para la participación de enfermería mediante las consultas de niño sano, visitas domiciliarias y trabajo con familias puesto que como profesional especialista en el cuidado de la persona puede contribuir a mejorar la salud mental de la persona, familia y comunidad.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 SITUACION PROBLEMATICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, no es solo la ausencia de trastornos mentales. La salud emocional es un aspecto inherente a la salud mental y se refiere al manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores. Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de si mismos, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana. **(1)**

Sin embargo, en la actualidad existen serios problemas que aquejan la salud mental de la población entre ellos, la depresión que es considerada como el trastorno mental más frecuente, el cual afecta a 350 millones de personas de todas las edades, y es una de las principales causas de discapacidad. Otro problema serio es el suicidio pues cada año casi un millón de personas se quitan la vida en el mundo y alrededor de 63 000 en las Américas, por tanto el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. En América Latina y el Caribe los trastornos mentales que más aquejan a la población son : la depresión (5%), los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. **(2)**

En Perú, según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del 2013, las enfermedades mentales y del sistema nervioso ocasionaron el 2.4% de las muertes en el 2011, y las enfermedades neuropsiquiátricas son la cuarta causa de morbilidad (6,8%) general del país. A nivel local, la Dirección de Red de Salud Lima Ciudad (DRSLC), señala que en el año 2013, los problemas más marcados fueron: violencia familiar, trastorno depresivo, ansiedad y trastorno de consumo de alcohol. **(3)**

En el caso de los niños, las estadísticas publicadas por la OPS (2012) indican que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, de los cuales al menos la mitad se manifiestan antes de los 14 años de edad.**(4)** En Perú, en el 2013 el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” indica que la depresión en niños (as) y adolescentes constituye el primer problema de salud pública, no solo por el aumento de los casos sino también por sus consecuencias. Según los especialistas es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste

en la adultez y que los trastornos del comportamiento tienden a persistir de la adolescencia a la etapa adulta, asociándose a menudo a delincuencia, comportamiento antisocial, problemas conyugales, desempleo y deficiente estado de salud física. **(5)**

En relación con esta problemática, el psicólogo y pediatra Winnicott (1994) plantea que la salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona un ambiente facilitador, es decir, un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según sus potencialidades. **(6)** En esta etapa de vida, el ser humano está inevitablemente ligado a la madre, ya que en términos de Merleau Ponty, "...la madre constituye el medio de conocimiento para el niño". **(7)** En base a esto, Winnicott resalta la importancia de emplear "el tratamiento vincular de la díada madre-bebé/niño pequeño", para promover el desarrollo saludable, en lo físico y en lo psíquico, de los bebés o niños pequeños y prevenir la instauración de modalidades patológicas que podrían ser de un costo psíquico importante en el desarrollo emocional del niño. Por otro lado Tizón J. (2002) señala que los primeros años de vida de un niño son un período sensible a la desadaptación y propicio para el establecimiento de problemas en el plano emocional, donde uno de los elementos involucrados es el vínculo que se establece entre el bebé y las personas que cuidan de él así como el medio y las circunstancias comunitarias y sociales que rodean al infante y a sus cuidadores. **(8)**

Entre los estudios que vinculan la salud mental del niño con la crianza o el cuidado tenemos a Puga L. (2008) quien lleva a cabo una investigación en Lima-Perú, encontrando que los niños que recibieron castigo físico y emocional no respetan la autonomía de los demás, tienden a mantener actitudes hostiles en sus relaciones, presentan niveles elevados de agresión, sentimientos disfóricos, y que finalmente, no logran establecer patrones interpersonales

eficaces. **(9)** Asimismo, Gonzales A. (2005) encontró que adolescentes con antecedentes marcados de sobreprotección, permisividad, identificación e inconsistencia, entre otras actitudes que evidencian maltrato psicológico infantil, eran muchachos inestables, inadaptados, inseguros, dependientes, agresivos, poco comunicativos y, muchos de ellos eran incapaces de sostener amistades informales e incluso tener relaciones de pareja. **(10)**

En contraste, Daniela Pardo (2009) lleva a cabo una investigación sobre el desarrollo afectivo de niños (as) abandonados entre 2 y 4 años de edad de un orfanato privado de Quito”, hallando que *“.....un niño que recibe una atención de calidad, a pesar de no ser 100% individualizada como la de muchos recién nacidos que viven con sus madres, no tiene por qué presentar trastornos o traumas de socialización ni retrasos en su desarrollo...”* **(11)**. Así pues, este estudio rescata la importancia de la calidad del cuidado, aun si este no es brindado por la madre, y su impacto en la salud mental. Sin embargo este conocimiento no pertenece solo a la comunidad científica sino que las madres de manera quizás intuitiva o por sentido común, lo saben.

Uno de los tantos investigadores que demuestra ello es Mariana Turiani, quien en el año 2009 en Brasil, lleva a cabo una investigación titulada “El cuidado del niño: Representaciones y experiencias de la madre adolescente de bajos recursos”, encontrando testimonios como: *DSC8 "Para que el niño tenga salud es necesario darle bastante cariño, cuidarlo bien para que no se enferme. También es preciso darle de mamar bien, nutrirlo, educar al niño. Cuidar bien es no maltratarlo. Se tiene que jugar, él necesita de personas a su alrededor para darle atención... él va a tener salud, va a ser siempre amado. Lo esencial en la vida de un niño es tener alegría”.* **(12)**

Entonces la madre identifica la necesidad de cuidar la salud emocional del niño, sin embargo la puesta en práctica no es tan sencilla. Alrededor de ello, Dorothea Orem señala que las actividades de autocuidado (que en el caso del niño es ejercido por sus padres) son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece. Al respecto se sabe que resulta fácil para los padres identificar las necesidades físicas de sus hijos: alimentación, abrigo, llevarlos a dormir a una hora razonable, etc. Sin embargo, las necesidades mentales y emocionales de estos pueden no ser tan obvias lo que dificulta su satisfacción. **(13)**

Adicionalmente la teoría de Orem sustenta que algunos factores como la edad, estado de desarrollo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud; condicionan de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado.

Todo ello es perceptible para la enfermera en su quehacer diario, especialmente en áreas como crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, salud familiar, etc. Por ejemplo, durante un trabajo de campo realizado en un asentamiento humano de Lima, era frecuente oír frases como:

“...me ha dado más cólera, con sinceridad, es algo tonto pero es que a veces yo me siento un poco estresada, reniego con el más grande que no me quiere hacer caso y justo el chiquito hace algo y exploto”

“...es terrible, no me deja para nada, trato de controlarme para no pegarle pero a veces ya me saca de quicio”

Ante esta situación problemática, es inevitable preguntarse ¿Qué emociones experimenta la madre durante el cuidado de su niño pequeño? ¿Cómo influyen las emociones de la madre en el cuidado

que brinda a su niño? ¿Cómo cuida la madre a su niño para que este sano emocionalmente?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las preguntas formuladas anteriormente nos llevan a una pregunta central de investigación:

¿Cómo son los cuidados que brinda la madre al niño de 1 a 3 años de edad, para fomentar su salud emocional, en un asentamiento humano del distrito de Lima?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La salud emocional del ser humano tiene bases fuertes, aunque no determinantes, en la infancia. En esta etapa el cuidado de los padres y fundamentalmente el de la madre es decisivo para que el niño adquiera cualidades como: autoestima, seguridad, autonomía, sentido de responsabilidad, etc. No obstante, cuando la relación madre-niño y el entorno cuidador inmediato no han sido favorables, la persona puede presentar apego inseguro, dependencia e inestabilidad emocional, agresividad, entre otros. Incluso, se ha observado que en caso de que el niño haya sido violentado, a lo largo de su vida puede desarrollar depresión, ansiedad, adicciones, etc.

Si bien es cierto, esta problemática es de conocimiento de las autoridades sanitarias e incluso existe en el marco de la promoción de la salud un eje temático de salud mental y cultura de paz; el abordaje es principalmente paliativo y aun no se está trabajando en base a un diagnóstico familiar sino individual, es decir a demanda. En ese sentido el campo de acción de la enfermera en Crecimiento y desarrollo, constituye un terreno con gran potencial para la promoción de la salud mental del niño a partir de la diada madre-niño.

Así pues, la importancia de este estudio radica en que permitirá a la enfermera acercarse a la perspectiva que tiene la madre sobre el cuidado de la salud emocional del niño y en función de ello se pueda desarrollar estrategias para la promoción de la salud mental en la infancia de manera culturalmente coherente y previniendo el antagonismo con la madre, lo cual puede generar incumplimiento de los cuidados propuestos por el personal de salud. Asimismo puede servir de base para incluir estrategias de capacitación del personal de salud y la implantación de módulos de atención especializada en salud mental al binomio madre-niño, además de promover acciones comunitarias de promoción de la salud mental.

1.4 OBJETIVO

Describir los cuidados que brinda la madre al niño de 1 a 3 años de edad, para fomentar su salud emocional, en un asentamiento humano del distrito de Lima.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Nacionales

Bautista Galindo L., en el año 2011 en Chiclayo-Perú realiza una investigación titulada “Experiencias de las madres, en el cuidado del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años”, el enfoque metodológico fue cualitativo con abordaje estudio de caso. El escenario fue el caserío el Potrero, donde se llevó a cabo 8 entrevistas en profundidad a las madres de niños menores de 2 años. Entre los hallazgos se encontró:

“Las madres experimentan emociones positivas (alegría y felicidad) y negativas (tristeza e impaciencia), que las fortalece para seguir adelante con sus responsabilidades como madres...”

“Las madres valoran la importancia de la participación de la familia en el cuidado del desarrollo de sus hijos, puesto que, tanto la madre como la familia son ejes principales de apoyo psicológico y emocional para el niño...” (14)

Lucía Puga V., en el año 2008 lleva a cabo una investigación en Lima-Perú titulada “Relaciones interpersonales en un grupo de niños que reciben castigo físico y emocional”, esta investigación busco comprender las características de las relaciones interpersonales en un grupo de niños en edad preescolar que han recibido castigos físicos y emocionales. El estudio fue descriptivo, diseño no experimental transeccional y con grupo de comparación. Se evaluó a los niños a través del Psicodiagnóstico de Rorschach, mediante el sistema comprensivo de Exner, los códigos agresivos de Gacomo y Meloy y la Escala de Mutualidad de Autonomía. Los principales hallazgos fueron:

“...los niños que viven en un ambiente de pobreza y marginalidad presentan dificultades para enfrentar eficazmente las exigencias de su entorno, ya que este obstruye el desarrollo de sentimientos de valía...los niños que recibieron castigo físico y emocional tienen el deseo de vincularse con otros pero presentan dificultades para establecer patrones de relación eficaces ya que no respetan la autonomía de los demás, tienden a mantener actitudes hostiles en sus relaciones, así como a sentirse vulnerables y temerosos ante la posibilidad de actos violentos, presentan dificultades para reconocer y expresar afectos negativos, a la vez que presentan una visión distorsionada del mundo, percibiendo su ambiente de manera pesimista y desesperanzadora...es claro que los niños que

recibieron castigos físicos y emocionales presentan niveles elevados de agresión, sentimientos disfóricos, y que finalmente, no logran establecer patrones interpersonales eficaces, lo que nos lleva a cuestionar el beneficio de tal práctica disciplinaria.”
(9)

2.1.2 Internacionales

Daniela Pardo Y., en el año 2009 en la ciudad de Quito-Ecuador, lleva a cabo una “Investigación sobre el desarrollo afectivo de 13 niños y niñas abandonados entre 2 y 4 años de edad de un orfanato privado de Quito”, con el objetivo de investigar como el ambiente de un orfanato afecta al desarrollo emocional de niños y niñas entre 2 y 4 años de edad. El enfoque metodológico fue cualitativo, las técnicas fueron, la entrevista informal y la observación pasiva y activa de la interacción de la muestra (13 niños y niñas) con su entorno. Dentro de sus conclusiones tenemos:

“.....los aspectos principales en el desarrollo afectivo de los niños abandonados entre dos y cuatro años de edad no son diferentes a los aspectos que un niño que se desarrolla en un entorno familiar más convencional. El estudio cualitativo probó al investigador que un niño que recibe una atención de calidad, a pesar de no ser 100% individualizada como la de muchos recién nacidos que viven con sus madres, no tiene por qué presentar trastornos o traumas de socialización ni retrasos en su desarrollo...cada niño muestra su afinidad y apego hacia personas con las que tiene más cercanía, sea una cuidadora, otro compañero o incluso un muñeco. Lo importante es que todos los niños puedan canalizar su necesidad de pertenencia y

seguridad con una persona o un objeto que sea relativamente consistente en sus primeros años.”

(11)

Mariana Turiani, en el año 2009 en Brasil, lleva a cabo una investigación titulada “El cuidado del niño: Representaciones y experiencias de la madre adolescente de bajos recursos”, con el objetivo de describir las representaciones y experiencias de la madre adolescente relacionadas al cuidado del niño. Fue una investigación cualitativa, donde se usó la técnica de entrevista en profundidad en ocho madres adolescentes. Sus narrativas fueron analizadas según la sistemática del Discurso del Sujeto Colectivo. Surgieron tres temas centrales, las experiencias iniciales, el cuidado cotidiano, y las prácticas de cuidado, encontrando en este último:

“Tema 3. Las prácticas de cuidado:

DSC8 "Para que el niño tenga salud es necesario darle bastante cariño, cuidarlo bien, cuidarlo para que no se enferme. Si va a dormir tengo que acostarme a su lado, con mi rostro junto al suyo. También es preciso darle de mamar bien, nutrirlo. Debemos educar al niño. Tener cuidado con la alimentación. Otra cosa es abrigarlo bien. Tenemos que ver todo lo que el niño hace. Cuidar bien es no maltratarlo. Se tiene que jugar, también es amor y cariño. El necesita de personas a su alrededor para darle atención. El va a tener salud, va a ser siempre amado. Lo esencial en la vida de un niño es tener alegría. Creo que cuidar bien del niño es llevarlo siempre al médico, a todas las consultas, vacunarlo siempre, seguir las orientaciones del médico" (IC8 - el desarrollo del

cuidado integral y cooperación para promover la salud del niño). (12)

Sonia López, en el año 2012 en España, lleva a cabo la investigación “Prácticas de crianza y problemas de conducta en preescolares: un estudio transcultural”, con dos objetivos: 1) Examinar la relación entre la procedencia cultural, los problemas psicológicos de los niños en edad preescolar y las prácticas de crianza parentales. 2) Determinar los factores que afectan la calidad de las prácticas de crianza parentales, al desarrollo socioemocional de los niños. El diseño del estudio fue cuasi experimental, ex post facto de tipo prospectivo; se empleó las técnicas de entrevista-encuesta y observación, aplicando instrumentos como la ficha de datos sociodemográficos, escala de comportamientos para madres y padres de niños pequeños, inventario de experiencia familiar, escala observacional de la conducta, entre otros. Estos cuestionarios se aplicaron a padres y niños españoles, marroquíes y ecuatorianos, encontrándose lo siguiente:

“1) La asociación entre una mayor frecuencia en el uso del castigo físico como estrategia disciplinaria y la presencia de mayores problemas en los niños a todos los niveles; 2) La relación entre una menor cantidad y frecuencia de las prácticas de cuidado y estimulación infantil y mayores niveles de estrés personal en los padres, así como mayores problemas de conducta, menos autorregulación y persistencia durante las tareas escolares, y menos conductas de tipo interactivo en los niños...” (15)

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Salud mental y salud emocional

Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, no es solo la ausencia de trastornos mentales. (1)

Salud emocional

La salud emocional es el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores. Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de si mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana. (2)

2.2.2 Situación de la salud mental en el Perú y el mundo

A nivel mundial, la depresión es considerada como el trastorno mental más frecuente, el cual afecta a 350 millones de personas de todas las edades, y es una de las principales causas de discapacidad. Otro problema serio es el suicidio ya que cada año casi un millón de personas se quitan la vida en el mundo y alrededor de 63 000 en las Américas, por tanto el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. En América Latina y el Caribe los trastornos mentales que más aquejan a la población son :

la depresión (5%), los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. (2)

Este escenario conlleva una creciente preocupación de los estados por la salud mental de sus pueblos en relación a dos aspectos: el primero es el incremento de la prevalencia de los trastornos mentales y de conducta desde la década de los 90, cuando estos representaban el 11% de la carga total de enfermedad en el mundo, cifra que se elevara a 15% para el 2020. El otro aspecto es el hecho de que el trastorno mental “en términos humanos significa sufrimiento” y en términos económicos implica importantes costos para las familias y para los Estados, ya que las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias (en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030).

Por otro lado, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. Además los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/SIDA, y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes. Por ejemplo, hay pruebas de que la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes, que a su vez aumentan la probabilidad de sufrir depresión.

En Perú, el compendio estadístico publicado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, en el año 2012, señala al episodio depresivo como el segundo diagnóstico más frecuente a nivel institucional y dentro de los diez primeros diagnósticos están incluidos los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, los trastornos de la conducta, anorexia y bulimia.(5) Por otro lado, en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del Perú 2013 se señala que las enfermedades mentales y del sistema nervioso ocasionaron el 2.4% de las muertes en el 2011, y las enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos son la cuarta causa de morbilidad (6,8%) general. (16)

A nivel local, la Dirección de Red de Salud Lima Ciudad (DRSLC), señala que en el año 2013, se registraron 5408 casos de violencia familiar, 3935 casos de trastorno depresivo, 816 trastorno de consumo de alcohol, 584 trastornos de consumo de otras drogas, 93 intentos de suicidio, 3176 casos de ansiedad y 200 casos de trastorno psicótico. Lo cual ubica a la violencia familiar como el problema psicosocial más marcado de la jurisdicción, siendo los distritos con mayores tasas de violencia familiar: Cercado de Lima (1243.5 caso por cada 100 mil habitantes), La Victoria (926.3 caso por cada 100 mil habitantes) y San Luis (498.5 caso por cada 100 mil habitantes). (3)

2.2.3 Salud mental de la familia en Perú y Lima Metropolitana

Al observar la salud mental desde el escenario de la familia, resalta la violencia familiar como un problema marcado ya que según resultados de la ENDES 2012, en el Perú el 37.2% de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, como

empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) en el 2014 registró 50 485 casos de violencia familiar, de los cuales el 87% se dio en mujeres y 13% en varones, por otro lado los grupos de edad comprendidos entre 18 y 45 años de edad (joven y adulto) concentran el 54.9% de los casos, siendo el grupo más afectado el de 26 a 35 años de edad. Del total de casos el 50% fue violencia psicológica, 39% física y 11% sexual; asimismo cabe resaltar que en el 74% de los casos el agresor estuvo sobrio.

En el departamento de Lima el nivel de violencia familiar alcanzo el 35.3% y en Lima Metropolitana el 34.5%. En la jurisdicción de la DRSLC, en el año 2012 se registró 6521 casos de violencia familiar, evidenciándose un incremento de 37.5 puntos porcentuales respecto al 2011. La violencia en las mujeres representa el 68.5% y en los varones el 31.5%. En la mujer la mayoría de los casos de violencia familiar se dio en la etapa de vida: joven (1434 casos) y adulto (1331 casos), mientras que en los varones la mayor proporción fue en la etapa de vida niño. (3)

En relación con la madre y/o mujer en edad fértil, los trastornos de salud mental más resaltantes son: el trastorno depresivo, el suicidio y la ansiedad, debido a que afecta mayoritariamente a las mujeres de los grupos etarios joven y adulto, es decir en edad reproductiva. Es así que según la DRSLC, la prevalencia del trastorno depresivo es casi el doble en la mujer que en el varón, siendo que en el 2012 se registraron 3677 casos de trastornos de depresión, 77% de ellos se dieron en mujeres y 23% en varones. Sobre esto se sabe que algunos factores estresantes vitales como el nacimiento de un hijo, la crisis de pareja, el abuso de sustancias toxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con el riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En las mujeres, los mayores casos se han

presentado en la etapa de vida joven (978 casos), adulto (1,181) y adultos mayores (431).

Respecto al intento de suicidio, en el 2012 la DRSLC registro 72 casos, mostrando un incremento de 50% respecto al año 2011; el 66.7% de los casos se dio en mujeres y el 33.3% en varones. Las mujeres pertenecían a la etapa de vida joven (14 casos) y adulto (22 casos). Asimismo se registraron 3277 casos de ansiedad, de los cuales el 70.4% se dio en mujeres y 29.6% en varones, ambos en las etapas de vida joven y adulto.

En el caso de los niños y adolescentes, en el 2014 el MIMP reportó 2460 casos de violencia contra niños de 0 a 5 años de edad, 6 334 en niños de 6 a 11 años y 6785 en adolescentes de 12 a 17 años. El tipo de violencia ejercida es principalmente psicológica en niños de 0-5 años (1152 casos), psicológica y física en niño de 6-11 años (2902 y 1918 casos respectivamente), en el adolescente es predominantemente psicológica y sexual (2440 y 2631 casos respectivamente).

Asimismo, el MIMP señala que el hogar es el escenario donde se da con más frecuencia la violencia contra el niño y el adolescente. La violencia familiar que se ejerce contra sus miembros más vulnerables tiene todavía un alto nivel de aceptación en los adultos en tanto es vista como una forma válida y efectiva para educar y corregir. Por otra parte, estas conductas violentas, al ser realizadas por personas que las víctimas reconocen como sus familiares más cercanos, protectores y objeto de su cariño, llevan a las niñas, niños y adolescentes maltratados a aceptar y justificar el castigo, sintiéndose muchas veces culpables de que estas conductas ocurran. De acuerdo con las estadísticas de los CEM, los principales ejecutores del maltrato físico y psicológico a niños y adolescentes son los progenitores, les siguen en menor proporción otros familiares allegados o vinculados al hogar. El castigo que reciben los

niños de sus padres generalmente se da en el contexto del castigo, los progenitores asumen que es su legítimo derecho castigar y/o corregir al niño mediante agresiones físicas. (17)

En relación al maltrato de niños de 0 a 5 años de edad, este es el grupo en el que se reportan menos casos de maltrato, sin embargo, no necesariamente implica menos maltrato ya que es muy probable que la situación se relacione con menores niveles de denuncia debido a la temprana edad y a la mayor dependencia con los padres, quienes no siempre toman en cuenta las diferencias físicas y la vulnerabilidad del niño o niña. En este grupo de edad, la madre aparece como la principal agresora, la que golpea con más frecuencia y al parecer en ello influye el mayor contacto con el niño pequeño, más dependiente de ella que en otras etapas de vida. El daño físico a los niños no siempre se genera de manera intencional y activa, la omisión de cuidados y atenciones puede ser tan nociva como los maltratos físicos. Los niños son particularmente vulnerables al descuido y negligencia de sus padres, situaciones que generalmente son de conocimiento de alguna institución cuando este ha tenido consecuencias infortunadas en la salud y vida de estos niños. (17)

2.2.4 Determinantes de la salud mental

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias. (2)

La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados. En muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de la mujer.

2.2.5 Relación madre niño y la salud emocional

El psicólogo y pediatra Donald Woods Winnicott (1991), quien centró sus estudios en la relación madre-lactante y la evolución posterior del sujeto a partir de tal relación, señala que la salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona un ambiente facilitador, es decir, un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé

y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según sus potencialidades.

Afirma, además, que la madre, no solo conforma las bases de la salud mental del individuo, sino de la fuerza de carácter y de la riqueza de la personalidad del individuo. En base a esto, el autor resalta la importancia de emplear “el tratamiento vincular de la díada madre-bebé/niño pequeño”, para abordar las patologías infantiles pues a través de esta estrategia se lograría promover el desarrollo saludable, en lo físico y en lo psíquico, de los bebés o niños pequeños en riesgo. Con ello se estaría evitando la instauración de modalidades patológicas que podrían ser de un costo psíquico importante en el desarrollo emocional del niño.

Este autor plantea que el ser humano se enfrenta al problema de la relación entre lo que es objetivamente percibido y lo que es subjetivamente creado y esto último se da en la relación que el niño tiene con madre; entonces si el niño ha tenido un buen inicio gracias a su madre, el espacio intermedio establecido por el niño será producto de la “creatividad primaria” y de la percepción objetiva basada sobre la realidad. En otras palabras, si la madre ha sido “suficientemente buena”, le proporcionará al niño la ilusión de que una “realidad exterior existe” porque corresponde a la propia capacidad del bebé de crearla (instituir), luego que ella misma lo haya desilusionado. Entonces, nuestra relación con lo imaginario no está, según el autor, en una relación directa con el conocimiento, sino con nuestra existencia, con una especie de “conciencia emocional”. En efecto, el medio es un medio afectivo y la emoción es desde el nacimiento una manera de ser y lo imaginario tiene su fuente en ella. (6)

La diada madre-hijo

“La presencia de una relación en ambas direcciones cumple la condición mínima y definitoria para la existencia de una díada: una díada se forma cuando dos personas prestan atención o participan cada una en las actividades de la otra”. Es con la madre que el bebé forma su primera díada. La madre es como una fuente de seguridad en el ambiente, el niño busca proximidad con ella y la usa como una especie de factor reconfortante cuando se siente en situaciones de estrés. (18)

Padres y niños interactúan para regular las funciones biológicas, pero también para que el niño aprenda las funciones sociales y emocionales. En el primer año de vida, una relación de apego positiva es parte integral del proceso de desarrollo de la díada. El niño aprende a través de la dinámica interacción de la díada madre-hijo una serie de aprendizajes interpersonales que le ayudarán en el proceso de separación/individualización y le darán condiciones para determinar cuáles objetos son de aproximación y cuáles deben ser evitados. De esta forma la díada madre-hijo, depende no sólo de su entorno más próximo, la familia, sino también de otras personas, y la buena interacción del niño con la madre permitirá al niño desarrollar un modelo positivo de interacción que le posibilitará enfrentar el ambiente y desarrollar una identidad más compleja, con la cual puede ocupar nuevos roles y aprender a funcionar como hijo, hermano, amigo, alumno, ciudadano etc.

Betancourt L. explica la relación madre – niño desde la perspectiva de tres autores:

John Bowlby, quien considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce. La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la

madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar. El padre aporta la determinación de la estabilidad emotiva de la madre y la ayuda a mantenerse en el estado de euforia que constituye el mejor clima moral para el desarrollo del niño.

El autor citado anteriormente, denomina a la ausencia de esa relación materno-filial "privación materna", término muy amplio que comprende varias situaciones. Se considera que un niño sufre esta privación cuando vive en el mismo hogar de su madre y ésta es incapaz de proporcionarle el cuidado amoroso que necesita o cuando por cualquier motivo se separa de su madre, como sucede en algunos casos de adopción si la madre sustituta es inadecuada. Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad y conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente. La perturbación en la organización psíquica resultante de esos estados genera una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad.

Además, Bowlby señala la existencia de otros problemas que pueden surgir: a) la actitud inconsciente de rechazo oculta bajo la apariencia de otra de afecto, b) la excesiva exigencia de cariño y de confianza requeridos por el padre o la madre y c) la satisfacción inconsciente y sustitutiva obtenida por uno de los padres como consecuencia de la conducta del niño, a pesar de condenarla abierta y conscientemente. En resumen, las nociones centrales expuestas por Bowlby son tres.

1. Existe un comportamiento instintivo que evoluciona durante el ciclo vital y no se hereda, destinado a la conservación del

individuo. Lo que se hereda es el código genético que permite desarrollar sistemas de comportamiento o estrategias.

2. El concepto de vinculación que consiste en la capacidad de la madre para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y que ocurre en la interacción madre- hijo. El vínculo cumple una doble función: una función de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño, y una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto con su madre si lo desea y en el momento que lo desee, y llegar a ser capaz de explorar su entorno.

3. Debe establecerse una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad con la edad, aunque, ante una amenaza de pérdida se crea la angustia y ante una pérdida real aparece la aflicción e, incluso, la depresión. Para Bolwby, esta angustia vinculada al miedo a la pérdida forma parte del desarrollo normal y sano de cada individuo. Sin embargo, el autor señala situaciones en las que se presenta lo que él llama “vinculación angustiante”. Es el caso de una madre presente físicamente pero insensible a las necesidades de su hijo; una madre ausente, a veces de manera temporal, con duración soportable acorde con la edad, y a veces definitiva como ocurre en el duelo o en las situaciones en las que la madre amenaza con el rechazo, el abandono y la deserción de la familia.

El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes es un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado puede “hipotecar” el establecimiento de su autonomía y sus capacidades

de adaptación social. Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas importantes.

Winnicott D. definió las características de la salud mental con un nombre clave: dependencia. En este sentido, el autor estima que el potencial innato de un niño sólo puede convertirse en niño si se le unen los cuidados maternos. Los cuidados maternos permiten prevenir las distorsiones precoces. El yo de la madre suple al yo del niño que todavía no está constituido, ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo. Al comienzo, son necesarios unos cuidados maternos suficientemente buenos, que despierten en el bebé el placer de vivir, que susciten el placer de las sensaciones y el autoerotismo, pues la tendencia innata al placer es variable de un ser a otro y, sin la madre, la tendencia al placer no puede tomarle la delantera a otras tendencias. (6)

De la identificación de la madre con el lactante surge la preocupación maternal primaria como un sentimiento continuo de existir suficiente, sin que se haya interrumpido por reacciones a intromisiones exteriores. La madre también cumple un papel de espejo para el niño. Se trata de la función de soporte que el yo de la madre aporta al yo del niño. Para muchas madres no es fácil desempeñar este papel; entonces, la madre refleja su propio estado de ánimo y la rigidez de sus propias defensas, e incluso, no responde a lo que el bebé le está dando. Por lo tanto, se atrofia la propia capacidad creativa del niño, que no tiene ningún reflejo de sí mismo, haciendo imposible el comienzo de un intercambio con el mundo exterior. (19)

Winnicott señala que, paralelamente a los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, aparece la capacidad de estar solo. Es la continuidad de

la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado. El bebé escapa de la aniquilación en el estado de descanso y reposo, mientras que el yo se fortalece por las experiencias instintivas reflejadas en el rostro materno. Así, el niño puede descubrir su vida personal. Para Winnicott, esta relación con el yo es la base futura para la amistad y es la matriz de la transferencia. Más adelante, el niño progresa hacia la independencia y su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia de las relaciones interpersonales. (6)

Mahler M. propone tres grandes etapas sucesivas del desarrollo, que son: la fase autista, la fase de simbiosis normal y la fase del proceso de separación e individuación. La fase autista, cuya duración sería de 4 semanas según la autora, da lugar al proceso de maternaje que favorecerá gradualmente el desplazamiento de la energía desde el interior del cuerpo del bebé (sobre todos los órganos abdominales) hacia la periferia, aumentando la sensibilidad a los estímulos exteriores. En el siguiente período, el simbiótico, madre e hijo forman una unidad dual. No hay diferencia entre el yo y el no yo. Durante esta fase se realiza la transición de una organización biológica a una psicobiológica.

Finalmente, se pasa a la fase de separación e individuación. La separación implica la evolución hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre. La individuación da cuenta de las funciones autónomas como percepción, memoria y capacidades cognitivas. La garantía para que este proceso ocurra es el medio representado por la madre, cuya disponibilidad física y emocional debe adaptarse perfectamente a la evolución del niño.

Según Mahler cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única, cuya especificidad está determinada por las características de

la interacción madre-hijo. La selección recíproca de sus señales depende, a la vez, del talento innato del niño y de la madre con su inconsciente. Así, pues, las primacías del yo corporal se elaboran en relación con el cuerpo de la madre y los inicios de la diferenciación se realizan por extensión fuera de la esfera simbiótica. En este período el niño se separa físicamente de su madre, pero siempre sujetándose. Luego evoluciona libremente de pie y sin apoyo. De esta manera, se establece la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar el mundo permaneciendo próximo a su madre. El niño modifica gradualmente su comportamiento en función de su madre, al cual éste se ajusta. Si tenemos una madre ansiosa, inconstante e imprevisible, el niño en vías de individualización no podrá hacer contrapruebas perceptivas y emocionales tranquilizantes y la estructuración de su personalidad puede perturbarse gravemente. (19)

2.2.6 El cuidado

Las experiencias del niño(a) en sus primeros años son fundamentales para su progresión posterior y dependen en gran parte de su primer entorno social, que es la familia, al interior de la cual, los padres son, idealmente, los principales cuidadores.

Para Dorothea Orem, los cuidadores vienen a ser los agentes de autocuidado al dependiente, en este caso la niña o niño. Esta teorista expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece. Al respecto se sabe que resulta fácil para los padres identificar las necesidades físicas de sus hijos: alimentación, abrigo, llevarlos a dormir a una hora razonable, etc. Sin embargo, las necesidades mentales y emocionales de estos pueden no ser tan obvias lo que dificulta su satisfacción. Ello puede afectar el desarrollo del niño, principalmente a nivel social, dado que los problemas emocionales

tienden a impactar la habilidad del niño(a) pequeño(a) de controlar su comportamiento, perjudicando las relaciones y el desarrollo social del niño. Adicionalmente la teoría de Orem sustenta que algunos factores condicionan de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado; de particular interés; cita factores relacionados con la edad, estado del desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud. (20)

Desde el punto de vista filosófico, Álamo M. menciona que Leonardo Boff, definirá el cuidado como “una actitud fundamental, un modo-de-ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud”. El cuidado se entiende como una actitud que implica acción y que trasciende necesariamente el yo y que convierte al otro en el centro de nuestras preguntas y preocupaciones. Heidegger considera el cuidado como “modo-de-ser-en-el-mundo”, es decir, como aquello que estructura el modo en que el hombre se relaciona y convive con el mundo que le rodea. Sin embargo, nos dirá Boff que hay dos maneras básicas de “ser-en-el-mundo”: el trabajo y el cuidado, de las que surge todo “el proceso de construcción de la realidad humana”. (21)

2.2.7 Representaciones sociales que orientan prácticas de cuidado de la salud en la primera infancia

Osess R. (2014), menciona que las prácticas de cuidado de niños en contextos locales tiene una dimensión cultural, la cual es ineludible a la hora de comprender la manera en que construyen las relaciones entre los niños y quienes se encargan de su cuidado. Se concibe la cultura como dimensión estructural y transversal de la vida cotidiana y propone acercarse a su comprensión a través del estudio de las representaciones que de los niños y las niñas, de 0 a 6 años, tienen los adultos responsables de su cuidado. (22)

Existen dos concepciones que marcan los procesos educativos y las relaciones entre los niños/as y los adultos: una, en que se les concibe como menores; es decir, desprovistos de autonomía y otra en la que se les reconoce como sujetos que pueden ser protagonistas. Dichas representaciones dan lugar a formas de educación e interacción centradas en el autoritarismo o en el humanismo. Asimismo hay representaciones que consideran a los niños como objetos, esto en dos sentidos concretos: tanto en el sentido de ser beneficiarios pacíficos de políticas como de personas carentes de emociones y pensamiento, y en la otra orilla, la identificación de los niños como sujetos de interés superior para las comunidades y la sociedad; esto es, como sujetos de derecho.

Los estudios sobre representaciones en el campo específico de la salud han sido asimilados a la identificación de conocimientos, actitudes y prácticas. Desafortunadamente los servicios de salud ignoran los conocimientos que se transmiten en el seno de las familias, y se centran sólo en aquellas informaciones que ofrecen los profesionales de la salud hacia los pacientes. Adicionalmente, se observa un distanciamiento entre las visiones de los profesionales de la salud y los participantes, que en muchos casos son beneficiarios de planes educativos o de promoción.

En lo que respecta a las prácticas de cuidado, destaca el rol asignado a las madres en la responsabilidad del cuidado de la salud de los niños y niñas, asociado a ello, el nivel educativo y la ocupación de las madres, así como la importancia de las redes familiares y sociales en las condiciones del cuidado. El cual se concentra en cuatro prácticas en las que se concentrará la indagación: alimentación, salud oral, juego y participación.

Alimentación y nutrición

“La alimentación es una construcción social y cultural. Los alimentos para ser susceptibles de consumo, pasan por un proceso de

transformación que expresa normas culturales de clasificación y combinación”. En la primera infancia, la alimentación constituye una práctica privilegiada en la que se conjugan posibilidades de aprendizaje, intercambio social, construcción de autonomía, participación y creación de vínculos, así como la apropiación de destrezas y habilidades claves en el desarrollo integral de los niños y niñas. Incluso se concibe la alimentación como una estructura compleja de significación con dimensiones emocionales, psíquicas, fisiológicas y socioculturales, donde se evidencia centralidad de la madre en la estructuración de hábitos alimentarios de los niños y niñas, así como la existencia de redes familiares que permiten que en los entornos, muchas veces violentos, se obtengan resultados más favorables en términos de nutrición.

Juego

Osess R. (2014) asume el juego como una actividad estructurada, resultado de un aprendizaje social que se desarrolla en la interacción y por lo tanto es producto de la cultura. Así mismo, se nutre la mirada con la acepción de tercera zona como ese espacio propicio para que los niños exploren la creatividad, la libertad, la imaginación, el asombro y la diferencia.

Actualmente las investigaciones sobre este punto se centran en tres enfoques: el primero considera al juego como una herramienta transformadora o facilitadora de procesos constitutivos del desarrollo de los niños y niñas. El segundo se refiere al rol del juego en los procesos educativos como escenario esencial de encuentro e intercambio social con los pares. El tercero reconoce una identificación del juego como espacio potencial para el reconocimiento de la diferencia, la inclusión y el ejercicio de derechos y como vehículo para desarrollar capacidades y habilidades como la posibilidad de imaginar y modificar la realidad, la capacidad de unión y de participación, la organización y ayuda

mutua, así como el sentido de comunidad, relevantes para la formación de ciudadanía.

Participación

De acuerdo con Hart la participación es: “*la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y a la vida de la comunidad en la que uno vive*”. La participación de niños y niñas que se ha denominado participación infantil, juega un rol central en el desarrollo integral de los niños y niñas dada la importancia que tiene para su construcción como sujetos sociales y la condición de posibilidad para que su desarrollo se realice en condiciones dignas y óptimas.

En esta perspectiva, cada niño y niña ejerce su ciudadanía cuando puede hacer parte de los espacios familiares, sociales, comunitarios y públicos; la participación constituye un canal de escucha, espacio, acceso, buen trato y las limitaciones que para la participación imponen formas de vida global individualizante y crecientemente violenta. (22)

2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Cuidar: Asistir al niño en la satisfacción de todas sus necesidades.

Salud emocional: calidad de vida subjetiva, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo percibido por el niño a raíz de los cuidados de su madre.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El abordaje metodológico de la presente investigación es cualitativo y de alcance descriptivo.

Como sabemos, la investigación cualitativa busca el entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo rigen explorando las relaciones sociales y describiendo la realidad tal como la experimentan los actores sociales. En este estudio se pretende poner en claro el “cómo” la madre cuida la salud emocional de su niño y para ello nos servimos de la metodología cualitativa porque nos permite la observación del conjunto de formas o fenómenos que posibilitan que “algo sea lo que es” (el cuidado), los cuales pueden entenderse, de este modo, como constituyentes del objeto de investigación.

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el domicilio de las madres informantes, en el AAHH Ramón Cárcamo, cuya área geográfica se encuentra ubicada en Conde de la Vega Baja, en la margen izquierda del río Rímac, distrito Lima. Desde el punto de vista demográfico, existe un ensanchamiento de la parte central de la pirámide poblacional correspondiente a las edades de 15-24 años de edad, por otro lado tiene una base angosta, es decir hay menor participación de la población infantil; en el caso específico del AAHH Ramón Cárcamo existen 89 niños de 0-3 años de edad.

En el aspecto social, este asentamiento humano se caracteriza por presentar problemas sociales marcados como: consumo de drogas, alcoholismo callejero, prostitución femenina, delincuencia, desempleo. Adicionalmente hay otros problemas como: desnutrición, madres adolescentes, centros de salud mal equipados, falta de títulos de propiedad, ocupación de viviendas y espacios públicos por personas en situación de indigencia; etc.

3.3 INFORMANTES

La población estuvo constituida por las madres de niños de 1 a 3 años de edad, que viven en el AAHH Ramón Cárcamo. El número de informantes fue 14 y se definió por criterio de saturación, el cual Martínez C. define como el punto en el que se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse. Es decir que consiste en dejar de recoger información en el instante en que el material cualitativo deja de aportar datos nuevos a la investigación, luego de la realización de un determinado número de entrevistas.

Criterios de Inclusión

- Madre que exprese su libre decisión de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- Madre cuyo hijo o hija tiene una edad cronológica entre 1 a 3 años.

Criterios de Exclusión

- Madre cuyo tiempo de residencia en el AAHH Ramón Cárcamo sea menor a 6 meses.
- Madre cuyo hijo (a) padezca alguna enfermedad crónica o condición discapacitante.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se usó la técnica de entrevista en profundidad y el instrumento fue una lista de preguntas norteadoras o guía de entrevista. (Ver anexo B)

El fundamento para la utilización de esta técnica, según Robles B., descansa básicamente en el hecho de que su intencionalidad principal es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, siguiendo el modelo de plática entre iguales, “encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes”, reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

La validez en la investigación cualitativa es el grado en el cual los hallazgos son interpretados en la vía correcta. Los principales tipos de validez en este enfoque metodológico son: descriptiva,

interpretativa, teórica y externa. En el presente estudio se procuró la validez mediante la solicitud de opinión de 4 expertos en metodología de la investigación cualitativa y 2 expertos en cuidado del niño, a fin de prevenir la inducción de respuestas por errores de redacción de las preguntas. Así mismo durante las entrevistas se buscó recolectar los datos sin contaminar la información, sin condicionar las respuestas.

Así mismo se llevó a cabo una prueba piloto con 3 madres de familia con características similares a las informantes.

3.5 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Luego de la desgravación de las entrevistas se llevó a cabo el análisis de contenido de tipo categorial temático. El cual, según Minayo M., es un conjunto de técnicas de análisis de comunicación tratando de obtener, por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes. Consiste en ir descomponiendo el texto en unidades para luego proceder a su agolpamiento en categorías, considerando las similitudes que existan entre estas, en función de criterios preestablecidos según los objetivos de investigación y de análisis. Este proceso se da en tres etapas consecutivas: pre análisis, codificación y categorización.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

Antes de describir los cuidados que brinda la madre al niño para fomentar su salud emocional es importante describir, desde el punto de vista de las informantes, los siguientes aspectos: cuidar, necesidades básicas del niño y características que tiene un niño emocionalmente sano. Para ejemplificar lo encontrado se señalan algunos testimonios con el seudónimo de la informante y la edad de su hijo.

Cuidar: Las madres han relacionado el término “cuidar” con los verbos amar, trabajar, proteger, atender, brindar un buen trato, asumir responsabilidades y evitar la sobreprotección. Asimismo se refieren al “cuidar” como una labor continua, que está implícita en sus actividades cotidianas.

“...cuidarlos significa que desde que me levanto, tengo que servirles su desayuno en la mesa y mirarlos que no se quemen porque en un segundo pasan los accidentes...cuidar en una palabra es amar” **(Crisantemo: 3 años y 4 meses)**

“...cuidar es ¡uf! trabajo, recontra trabajo...un trabajo con cariño y que me gusta, es un trabajo que me agrada” **(Rosa: 1 año y 2 meses)**

“...a mi hijo al cuidarlo lo cuido con amor, darle amor, el cuidado para mí significa darle amor a mi hijito...” **(Margarita: 2 años y 11 meses)**

“...cuidar, es quererlos, tratarlos bien, no maltratarlos” **(Violeta: 2 años y 4 meses)**

Cuando las madres hablan de cuidar como “proteger” se refieren a aspectos como: lesiones físicas, enfermedades y personas que le pueden hacer daño al niño, pero también aluden a los valores es decir a que “no se vayan a otros caminos”, ejemplo:

“Cuidar a que no se enferme, a que viva tranquila, a que no le hagan daño, a que no se vayan a otros caminos, a guiarlos, a defenderse” **(Orquídea: 1 año y 9 meses)**

“...cuidar es responsabilidad, estar ahí con ellos atento a lo que hacen, ver lo que agarran, lo que pueden tocar, se pueden hacer daño” **(Amapola: 2 años)**

“Osea cuidarla a que no se caiga o no se haga ninguna herida o no se golpee mucho la cabeza” **(Jazmín: 2 años y 2 meses)**

“Cuidar es proteger de cualquiera, de cualquier cosa y de cualquier persona sobre todo y de que no se enfermen” (Girasol: 1 año y 6 meses)

Finalmente las madres relacionan el cuidado con la satisfacción de necesidades del niño como por ejemplo:

“...cuidado se refiere en todo, su alimentación, su vestido, su educación, en todo aspecto...” (Loto: 1 año y 9 meses)

Pero también demuestran tener un conocimiento quizás pragmático respecto a la necesidad de brindar al niño espacios para que logre su independencia, como se observa en el siguiente testimonio:

“...cuidar es no sobre cuidar... porque ellos tienen que saber que es el dolor, porque si tú los vas a cuidar desde chiquitos en el momento en que caen y lloran y decirle ¡hay no no! ellos mismos ya no van a querer hacer nada...hay momento de cuidar y hay momento de que ellos hagan sus propias cosas porque si no ellos no van a experimentar y se van a quedar” (Begonia: 2 años y 6 meses)

Necesidades básicas del niño

Centeno M. refiere que Abraham Maslow define una necesidad como la exigencia biológica o psicológica que motiva a una persona a emprender la acción hacia una meta. Desarrolló una jerarquía de necesidades: (1) las necesidades fisiológicas (hambre, sueño, sed), (2) las necesidades de seguridad (libertad del peligro, ansiedad o amenaza psicológica), (3) las necesidades de pertenencia y amor (seguridad, afecto y atención de los demás), (4) las necesidades de estima (sentirse bien acerca de uno mismo) y (5) las necesidades de autorrealización (realización del propio potencial). De esta forma, teorizó cómo debemos satisfacer ciertas necesidades básicas antes

de que podamos satisfacer necesidades más altas, es decir, a menos que las necesidades inferiores sean satisfechas, las necesidades superiores pueden no ser apreciadas siquiera.

Tomando como referencia la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow, las necesidades identificadas por las madres se agrupan de la siguiente manera: necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación y de autorrealización. Entre las necesidades fisiológicas señalaron la alimentación y el descanso (recreo):

“...la alimentación, la salud, calzado y vestido, recreación, el recreo, también brindarle amor” (Margarita: 2 años y 11 meses)

Dentro de las necesidades de seguridad identificaron la educación, la salud, vestimenta, higiene y familia. Cuando se refieren a la salud, se refieren a que el niño no esté enfermo, también a aspectos preventivos como los controles en el establecimiento de salud y las inmunizaciones mas no mencionan la salud mental o emocional, aluden únicamente a la salud física. En lo que respecta a la familia resaltan la necesidad de que ambos padres estén en el núcleo familiar, que protejan al niño pero también aluden a un ambiente tranquilo, es decir no solo importa para las madres la presencia de la figura paterna sino también la funcionalidad familiar. Por ejemplo:

“...que los cuiden, su alimentación, educación, darles cariño, vestimenta, su salud” (Dalia: 3 años)

“...para mí la necesidad básica es alimentación y el amor...también su salud, de que sirve que le alimentes si está mal. También necesitan que sus padres estén juntos” (Clavel: 2 años y 6 meses)

“...sus vacunas, el buen trato en la casa...cuando empieza a caminar tapar todos los huequitos de la electricidad, cariño, un ambiente tranquilo” (Rosa: 1 año y 2 meses)

Entre las necesidades de afiliación se identificó el amor y el buen trato, por ejemplo:

“...se debe tener buen cuidado, osea tratar de no maltratar al niño, criarle con cariño...” **(Violeta: 2 años y 4 meses)**

“...el niño necesita atención, amor, cariño, protección de los padres...” **(Hortensia: 2 años y 6 meses)**

Finalmente la madre reconoce también la necesidad de autorrealización de su hijo, al referirse por ejemplo a la felicidad, motivación y desarrollo:

“...un niño necesita atención y ayuda para hacer cosas nuevas, hay que guiarlos mientras aprenden...en su desarrollo mental incentivándolo a explorar cosas nuevas y darle cariño y amor, ayudándolo en su desarrollo” **(Orquídea: 1 año y 9 meses)**

“...otra necesidad es la felicidad, que vea que la casa sea armoniosa, feliz, alegre, creo que viendo eso el también crece feliz viendo que hay cariño, amor en la casa” **(Azucena: 1 año y 8 meses)**

Características del niño emocionalmente sano

Para las madres, el niño emocionalmente sano evidencia la emoción de alegría, por ejemplo a través de la risa, el juego, la conversación, la actividad física (corre) y la exploración de su entorno (travesuras). Por ejemplo:

“...mi hijito es emocionalmente sano porque para contento, feliz, se para riendo, jugando con sus juguetes, si hace su berrinche como cualquier niño normal pero no está triste, decaído, pensativo, él te conversa, te habla. **(Rosa: 1 año y 2 meses)**

“...mira los dibujos, se ríe, está jugando, por la sala está correteando, haciendo cualquier travesura, es como un robotito, le das cuerda y no para hasta que se le acaban las pilas” (Hortensia: 2 años y 6 meses)

Según los testimonios de las madres, el niño también evidencia salud emocional en la interacción con otras personas ya que demuestra afecto a través del contacto físico con besos, abrazos y caricias. Asimismo se comunica verbalmente, expresando sus sentimientos con seguridad, sin timidez, es sociable, comparte con otros y se relaciona con personas de diferentes grupos etarios. Por ejemplo:

“... baila, me habla, me acaricia, me besa, es bien cariñosa solo que a veces un poquito tosca” (Loto: 1 año y 9 meses)

“...al niño emocionalmente sano se le ve sonreír, correr, saltar alegre y se expresa sueltamente, se expresa quizás hablando, comunicándonos, no le vemos reprimido, no le vemos solitario. Mi hija por ejemplo es muy sociable, no es tímida, no es cohibida, es libre y ella misma se expresa...yo pienso que ella es así porque todos acá le damos amor y cariño” (Azucena: 1 año y 8 meses)

“...el niño sanito no es cohibido, no es aislado, porque yo veo en los niños que cuando tienen problemas o carecen de cariño son aislados, no quieren que te les acerques o les des un beso... entonces lo que yo hago en mi hijo es que él sea cariñoso con todos, el emocionalmente si está bien, es un niño alegre, que se relaciona con todos los niños, él se relaciona con todos, grandes, chicos, adultos” (Margarita: 2 años y 11 meses)

“...el niño emocionalmente sano se nota porque se desenvuelve, se expresa hablando las cosas, expresando las cosas que siente,

siendo sociable, hablando con seguridad...” (Orquídea: 1 año y 9 meses)

Además, las madres consideran que un niño emocionalmente sano no evidencia conductas violentas, se refieren específicamente a la agresión verbal y física por ejemplo:

“...el niño es cariñoso, no es malcriado, por ejemplo en otros sitios escucho que hablan muchas lisuras...yo he visto niños que son pegalones, que ni bien ven un chiquito “pla” tienen la costumbre de jalar el pelo” (Violeta: 2 años y 4 meses)

“...un niño que está bien emocionalmente está contento, duerme tranquilo en las noches, no pega a otros niñitos, no insulta, no pellizca como hacen otros niñitos” (Clavel: 2 años y 6 meses)

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

El análisis de contenido dio como resultado las siguientes categorías y subcategorías:

Categorías	Subcategorías
1. Descripción de los cuidados	A. Cuidando la salud emocional como tal B. Cuidando la salud emocional durante la alimentación C. Cuidando la salud emocional durante la enseñanza/educación D. Cuidando la salud emocional a través de la vestimenta e higiene E. Cuidando la salud emocional en la esfera “salud”
2. Elementos que	A. Estado emocional de la madre

influyen en el	B. Condición laboral de la madre
cuidado del niño	C. Participación de la familia en el cuidado
	D. Participación del padre en el cuidado

CATEGORÍA 1: DESCRIPCIÓN DE LOS CUIDADOS

Subcategoría A: Cuidando la salud emocional como tal

De acuerdo con los testimonios, en lo relacionado a la salud emocional, las madres identificaron como necesidades: amor, felicidad, buen trato, atención, protección y motivación.

Cuando las madres se refieren al cuidado orientado a satisfacer las necesidades emocionales del niño, se basan principalmente en el contacto físico (abrazo, beso, caricias) acompañado de palabras que denotan afecto, asimismo consideran como cuidados: el castigo, el premio, el acto de engreír, el juego que implique la presencia de otros niños dentro o fuera de casa, sacar al niño fuera de casa a espacios recreativos en familia, uso de la tecnología para tranquilizar al niño y la paciencia, esta última acompañada de elementos distractores para el niño cuando la madre requiere “descanso”.

“...le digo que lo amo, igual papa, también le dice “te amo” al dormir, cuando vengo corro a abrazarlo, lo cariño, le digo “hola papi”, lo abrazo, lo beso para que el sienta que también esta querido”
(Margarita: 2 años y 11 meses)

“...la apapacho, le hablo bonito “bebita” “amorcito” o la abrazo, le doy su besito” **(Amapola: 2 años)**

“...otra necesidad es la felicidad, que vea que la casa sea armoniosa, feliz, alegre, creo que viendo eso el también crece feliz

viendo que hay cariño, amor en la casa” (Azucena: 1 año y 8 meses)

En este punto es posible observar que la madre ha relacionado la felicidad directamente con la emoción innata de alegría, y recurre a la familia “armoniosa” como medio para “transmitir” la felicidad al niño, es decir que toma en cuenta no solamente el cuidado que ella da al niño de forma individual sino también las características del entorno familiar como parte del cuidado.

Las madres también tomaron en cuenta “**el juego**” como parte del cuidado de la salud emocional del niño, por ejemplo:

“...la atiendo con paciencia, con amor, compartiendo con ella que juegue, dándole cariño. Su papa juega con ella, la tiene en sus brazos” (Jazmín: 2 años y 2 meses)

“...haciéndole jugar, dándole cariño, sacándole al parque a que se divierta con sus papas, le damos cariño abrazándole, besándole, le decimos que lo queremos, le hacemos jugar”. (Rosa: 1 año y 2 meses)

Así mismo incluyeron el **uso de la tecnología** como parte de este espacio de socialización con el niño y ven al juego como un estímulo para que su hijo aprenda a socializar. Esto se puede apreciar en los siguientes comentarios:

“...lo saco a las Malvinas, ahí al parque para que juegue, a veces lo llevo con sus primas... sino tiene unos amiguitos que viven acá a la espalda que lo llevo ahí o los traigo a los chiquitos, pido permiso para vengan a jugar con él...lo hago porque él tiene que socializarse con todo tipo de niños, agresivos, niños tranquilos para que él pueda desarrollarse también así. (Margarita: 2 años y 11 meses)

“...llevándolo a jugar a recrearlo. Ella es juguetona con nosotros, cuando está conmigo, estamos ahí jugando, mirando tele, está jugando con el celular o mira su dibujo y esta tranquilita” (Hortensia: 2 años y 6 meses)

Otro aspecto señalado por las madres como parte importante del cuidado es el **premio/castigo**, vistos ambos como mecanismos que permiten “ayudar” al niño a actuar según lo que la madre considera que está bien o mal. Como forma de castigo señalan el hecho de impedir el acceso del niño a algo que le gusta o le causa placer al mismo tiempo que se le explica al menor la causa del castigo; por ejemplo:

“...a veces quiere tener sus cosas de ella, no quiere prestar a su primita y le decimos ¡porque no compartes tus cosas!, entonces le prohibimos que vea su dibujo y ya, se siente mal, después viene y dice ¡mami, mami porque me quitas!, y yo le digo ¡porque no compartes, tienes que aprender a compartir!, pide disculpas y ya paso todo el lio” (Azucena: 1 año y 8 meses)

“...la corrijo hablándole, más le hablo porque mi esposo me dice que esta chiquita para que le ponga la mano porque ella no va a entender, cuando ya esté más grande ya, ahí si ya hay que corregirla bien, ahorita ella no entiende pues, que me va a entender” (Loto: 1 año y 9 meses)

Respecto al premio, este puede ser material o no, lo que implica otorgar al niño aquello que pide o alternativamente verbalizar frases motivadoras y reforzadoras de las conductas positivas, por ejemplo:

“...le premio con algo cuando se porta bien, osea lo que me piden, dentro de mi posibilidad le premio con algo cuando se porta bien...como ha aprendido a pedir pichi, “bravo” le aplaudimos, “muy bien” y ahora ya se acostumbró, ahora cada vez que va al bacin

dice “bravo” y todo mundo tiene que aplaudirle si no, ya se acostumbró, todo mundo tiene que aplaudirle” (Violeta: 2 años y 4 meses)

Además del premio, las madres consideran como parte del cuidado de la salud emocional, el acto de “engreír”, entendido como aquel estímulo positivo que se le da al niño pero sin que éste haya hecho algo para merecerlo. Implica satisfacer al niño brindándole algo que él desea, lo que no necesariamente significa brindarle algo beneficioso para su salud, por ejemplo:

“...jugando con él, su papa y yo, algunas veces engriéndolo, comprándole alguna cosa, lo que quiere así”. (Dalia: 3 años)

“...yo les doy a mi alcance lo que yo puedo, son unos niños que están acostumbrados a que quieren una cosa, otra cosa y si yo puedo darles les doy” (Crisantemo: 3 años y 4 meses)

Finalmente las madres señalaron “**la paciencia**” como parte del cuidado de la salud emocional de sus niños, relacionándola con el término “aguantar” lo que hace el niño y que le puede resultar irritante. Sin embargo también se observa que la madre realiza acciones para evadir las situaciones estresantes con el niño como cuando hace una rabieta, es decir le dan algo que desea, aunque no sea saludable, a fin de “deshacerse” del niño. Por ejemplo:

“...la paciencia le demuestro porque la tolero, le aguanto todo lo que hace esa niña, ella bien inquieta, bien traviesa es, se sube encima de mi mesa de comedor, encima de mi sillón en el filo, acá ha roto las botellas de vidrio, uy es bien terrible es mi hija y me aguanto para no pegarle”. (Camelia: 2 años)

Mientras Camelia daba este testimonio, durante la entrevista, se acerca la niña insistiendo en que su mamá se levante del asiento,

ante esto la señora le dice a su hija adolescente: “...*anda cómprale unas papitas para que no joda...es una conchasumadre*”.

Subcategoría B: Cuidando la salud emocional durante la alimentación

Los testimonios de las madres muestran que ellas buscan alimentar a sus hijos sin generar tensión emocional en el niño a través del juego y el uso de la tecnología, en ocasiones el alimento se convierte en una forma de recompensa y buscan motivar al niño a ser independiente durante la alimentación. Asimismo se aprecia la presencia de distractores audiovisuales para el niño durante la alimentación. Ello se observa en los siguientes testimonios:

“...ella tiene su mesita y ahí le damos su comida para que coma, pero yo veo que ella más se distrae mirando el dibujo entonces no quiere comer, yo le doy pero si coge, coge la cuchara todo, no le gusta el babero, no agarra el chupón, no le gusta el biberón; va a ser bien independiente mi hija, de una parte está bien que desde chiquita comience así. (Hortensia: 2 años y 6 meses)

“...para que coma le hago figuras, por ejemplo le gusta el dinosaurio, si es una comida verde le digo “papi vamos a comer comida de dinosaurio”, tengo que hacer el avioncito, jugar así...” (Margarita: 2 años y 11 meses)

“Su papa le trae fruta, a ella le llama la atención la fruta y el yogurt “papi um” señala las cosas ya, no pronuncia bien pero señala por ejemplo panetón “ton” “ton” le dice a su papa y el le engríe, le da, le satisface, la fruta también cuando a mí me pide le doy, a veces estamos yendo por ahí y ve huevitos de codorniz y me señala “mami mira” y le compro y le doy, en esa parte ya se lo que a mi hija le gusta”. (Hortensia: 2 años y 6 meses)

Subcategoría C: Cuidando la salud emocional durante la enseñanza/educación

La enseñanza aparentemente es vista por la madre, en esta etapa de vida, como una especie de acompañamiento al individuo (niño) frágil, por ejemplo:

“...le pongo canciones, le hago cantar canciones que tengan para que aprenda las vocales o de marchar, le hablo, le pongo un juego, le pongo cositas y ella más o menos tiene que ver la forma en que lo arma, o armando torrecitas, le ayudo a subir escaleras, como es chiquita recién está aprendiendo”. **(Orquídea: 1 año y 9 meses)**

Este proceso de enseñanza, incluye el hecho de que la madre busca que su niño aprenda valores o pautas de conducta que sean socialmente aceptadas y beneficiosos para el niño, por ejemplo:

“...me levanto temprano, cambiarle y llevarle a su nido que está yendo, ahí juegan, le enseñan a cantar sus canciones. En la casa les digo que sean ordenadas, que estén haciendo sus cosas, todo lo que agarran a su sitio también” **(Amapola: 2 años)**

“...llevándolo al nido, ver si se porta bien en clase, en la casa le enseño de sus libros” **(Dalia: 3 años)**

La madre no solo enseña al niño como relacionarse con otros sino que también busca ayudarlo a reconocerse a sí mismo; por ejemplo:

“...Estimularla, desde que conozca los colores, los números, las vocales y en primordial su nombre” **(Begonia: 2 años y 6 meses)**

Subcategoría D: Cuidando la salud emocional a través de la vestimenta e higiene

La madre busca que su niño este aseado y bien arreglado, pero además favorece la independencia y el autocuidado del niño motivándolo a realizar aunque sea parcialmente actividades cuyo fin es satisfacer sus necesidades básicas. Ello se evidencia en los siguientes testimonios:

“...yo a mi hijita no la dejo sucia para nada, la mantengo limpia, la visto tres veces al día porque como para en el suelito...la baño y la tengo bien arregladita” (Loto: 1 año y 9 meses)

“...ella cuando se levanta agarra el cepillo y se deja cepillar o a veces cuando yo me estoy cepillando junto con ella, ella agarra el cepillo y se cepilla, me ve a mí y quiere hacer lo mismo, me imita. En una parte es bueno, primero lo hizo su papa y ahora yo, sé que tengo que hacerlo y ella me imita, me lavo la cara y ella también se lava su cara y quiere peinarse, yo le peino, ella no se puede peinar pero le hago que se pase su peine” (Hortensia: 2 años y 6 meses)

“... él se cepilla solo los dientes también, ¿eso también es salud bucal no?, él tiene un hábito, él sabe a qué hora se va a bañar, se baña en las noches o en las tardes que llego le lavo el cabellito, pero él ya sabe que se tiene que lavar en la mañana la carita, en la tarde se cepilla los dientes y para dormir lo mismo; es un habito que él, si yo no lo hago, el reniega “mama dientón dientón”. (Margarita: 2 años y 11 meses)

Subcategoría E: Cuidando su salud emocional en la esfera “salud”

El cuidado de la salud propiamente dicha desde el punto de vista de la madre se basa en prevenir enfermedades físicas, no se ha observado que la madre incluya la salud emocional dentro de su concepto de salud. Los cuidados incluyen el contacto con el

establecimiento de salud tanto en lo curativo como en lo preventivo y actividades de promoción de la salud como la actividad física.

“...llevándole a sus controles, control de desarrollo y crecimiento que es cada tres meses y al médico según como lo requiera...también lo llevo a que haga ejercicios en las Malvinas a que corree, para que se canse y no esté en la casa solo, cuando está en la casa quiere ver tele nada más” (Margarita: 2 años y 11 meses)

“...con mis dos pequeñas si trato de que se metan a alguna actividad, yo sé que el deporte no hace que mucho la deje enfermar” (Clavel: 2 años y 6 meses)

“...llevarlo a sus chequeos en el centro de salud y a su pediatra cuando tiene que ir por sus vacunas que les toca” (Hortensia: 2 años y 6 meses)

CATEGORÍA 2: ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO DEL NIÑO

Subcategoría A: Estado emocional de la madre

El ser humano, a través de su comunicación verbal y no verbal, es capaz de transmitir las emociones que experimenta a las personas con las que interactúa. En la relación madre niño esto es muy importante ya que el estado emocional de la progenitora influirá positiva o negativamente en la calidad del cuidado que brinde a su hijo. Por tanto en este punto se describirán los cuidados en relación con las emociones y sentimientos identificados por las informantes, los cuales se han agrupado como sigue:

- a. Cólera/temor/preocupación/culpa:** Las madres manifiestan que su emoción más resaltante es la cólera cuando el niño: aparentemente prefiere al padre, desobedece, hace travesuras, hace rabietas, daña objetos valiosos para la madre,

desordena la casa, no quiere comer o se distrae mientras lo alimentan, no se duerme pronto y es de noche o la madre tiene pendientes; empieza a caminar y requiere vigilancia continua de la madre, dificultando que ella cumpla con sus demás actividades; finalmente la madre refiere tener cólera cuando se siente agredida por su hijo ya sea física o verbalmente. Asimismo la ira se combina con temor y preocupación cuando el niño hace algo que pone en riesgo su integridad como subir a muebles altos, bajar sólo las escaleras, etc.

Frente a la emoción de cólera, presente durante el cuidado del niño, se han identificado el uso de técnicas de control de la ira como contar hasta 10 y respirar profundo pero también sanciones al niño, ya sea con llamadas de atención verbales o castigos físicos, por ejemplo:

“...un poco de cólera también porque a veces no hace caso cuando le llamo y le llamo y “ya”. Me da cólera cuando le digo baja del sillón, no quiere bajar, o le digo no subas la escalera, no quiere bajar y “baja” le digo y en ese momento respiro hondo nomas” (Orquídea: 1 año y 9 meses)

“...mi hijo es inquieto, él se va, una cosa no le compras y llora, y su papa dice que mucho lo tengo engreído y al verlo así me siento mal, al verlo llorar así me da cólera y le levanto la voz” (Dalia: 3 años)

“...cuando ella quiere una cosa y no le doy, le da berrinche y se tira al suelo lo único que a veces le doy una palmadita en su poto o sino le aviento a la cama, “ya ahí llora” le digo y la dejo ahí” (Violeta: 2 años y 4 meses)

Por su parte, la cólera de la madre por la agresividad del hijo, va ligada al pensamiento de estar siendo rechazada por el bebe o de no ser querida por este. Por ejemplo:

“...a veces me saca de quicio esta niña cuando se tira al suelo, me tira las cosas en la cara, eso no me gusta, siento que mi hija no me quiere, que me rechaza” (Loto: 1 año 9 meses)

Según los relatos, hay ocasiones en que la madre observa a su niño realizar actos indebidos y se lo permite para que el menor este entretenido y “no la moleste”, sin embargo posteriormente ella castiga esa conducta, que inicialmente consintió, y es allí donde sobreviene la culpa por el castigo infligido al menor. Esto se evidencia en el siguiente ejemplo:

“...en esos momentos le castigo pero después cuando le veo que llora, me da pena y le abrazo a mi hija; es tipo como culpa porque a veces cuando estoy haciendo unas cosas para que no me moleste yo dejo que haga, la consiento que haga y después cuando yo ya estoy renegando ahí ya le llamo la atención, osea la culpa es mía pues porque yo primero le doy y después le estoy quitando, cuando yo ya estoy de mal humor y voy y le digo “deja eso” “no se hace eso” (Violeta: 2 años y 4 meses)

Las madres que tienen más de un hijo se expresan más ampliamente respecto a la emoción de cólera , también mencionan términos como desesperación y estrés, algunos ejemplos son los siguientes:

“...a veces te sacan de quicio, a la hora de dormir mayormente, no quiere dormir, quiere ver prendida la luz, el otro chiquitito quiere ver su dibujo no nos deja ver lo que nosotros queremos, se pone inquieto y ella le sigue también, se copia todo de su

hermanito, empiezan a pelear a veces y ahí es donde te aturden”. **(Rosa: 1 año y 2 meses)**

“...Yo tengo mi estrés, son tres también pues...he perdido la paciencia pero no me desquito con mis hijas, conmigo misma de repente, grito, me aloco conmigo misma, pero no les pego... reniego a veces cuando me dejan todo tirado, encima mi esposo ha comprado unos perros y tengo que renegar ahora porque se orinan por aquí y por allá y cansa...siento cansancio, sueño, quiero dormir, yo por mi duermo todo el día y no puedo”. **(Girasol: 1 año y 6 meses)**

Finalmente, la edad de la madre es percibida como una ventaja en relación con la tolerancia que la progenitora tiene con el niño, así la madre más joven tendría más energía y más paciencia mientras que la mujer que posterga su maternidad aparentemente tendría más dificultad para adaptarse a su rol de madre.

“...después de tantos años recién he tenido mi primera niña, y para mí era difícil porque a mi edad tengo que tener mucha paciencia como me dijo la doctora y trato de ser paciente pero me saca de quicio esta niña” **(Loto: 1año y 9 meses)**

“...otra ventaja es ser un más joven, yo creo que cuando una mama lo tiene a los 30 se estresa más porque está en el trabajo, no saben con quién dejarlos, en cambio una joven tiene más energía y más paciencia” **(Begonia: 2años y 6meses)**

Alegría/ternura/emoción/tranquilidad/sorpresa: Estas emociones y sentimientos se presentan cuando: el niño está sano, juega, sonríe, hace muecas, abraza y/o besa a su madre, dice palabras afectuosas dirigidas a la madre, tiene logros como

pararse, caminar, hablar, bailar, imita a los adultos, imita a personajes de la televisión.

La madre transmite en el cuidado estas emociones placenteras a través de manifestaciones de afecto hacia su hijo, como palabras que denotan cariño, abrazos, besos, sonrisas, juegos, por ejemplo:

“...me da alegría y la abrazo diciéndole que la quiero mucho, nos reímos, jugamos, compartimos a veces un momento en el cuarto, o en la cocina estamos jugando...” **(Azucena: 1 año y 8 meses)**

“...en ese momento tengo cólera y al rato estoy que me río, porque me da risa lo que hace por la edad que tiene mi hijita, es muy despierta, acá en la casa de mi mamá le dicen la mujer araña porque se sube a donde sea, ella no le halla impedimentos” **(Camelia: 2 años)**

Por otro lado parece influir el hecho de que el niño haya sido deseado o no, ya que en relación con ello puede existir en la progenitora la sensación de que su hijo “ha cubierto un vacío”, con la consiguiente sensación de bienestar y alegría, por ejemplo:

“...yo me siento bien con mi hija...después de diez años he tenido mi bebe también porque me faltaba algo, mi hijo esta grande, me faltaba algo” **(Violeta: 2 años y 4 meses)**

Sin embargo cuando la llegada del niño no fue planificada, la madre no habla directamente de alegría sino que menciona otras emociones o sentimientos que la acompañan como la responsabilidad:

“...uno nunca se prepara, peor si viene de un momento a otro, uno trata de sobrellevar nomas lo que viene, lo que uno hace...me siento con bastante responsabilidad, estoy contenta en parte porque es un regalo que me han dado pero con bastante responsabilidad” (Orquídea: 1 año y 9 meses)

Tristeza/preocupación/temor/desesperación/impotencia:

Aparecen cuando la madre desconoce la causa del llanto de su hijo, hay llanto de dolor, el niño está enfermo o lastimado físicamente (caídas, golpes, etc.) y cuando hay ausencia temporal o definitiva del padre.

Si bien es cierto este grupo de emociones y sentimientos son inherentes al ser humano y son incluso necesarias para la supervivencia, en ocasiones pudieran pueden perjudicar el cuidado del niño, por ejemplo frente a la ausencia del padre, la madre que da de lactar no logra concentrar su atención en el bebé debido a su estado emocional, esto puede ver en el siguiente ejemplo:

“...al momento en que el papa tiene que irse a trabajar a la obra, ella era tan bebida y la deja, entonces ahí es donde me entra la pena y dicen que todas las emociones una las da de lactar y quizás a mi hija le habré pasado tanta pena creo porque lactaba y a la vez yo pensaba y lloraba porque el papa ya no estaba...” (Clavel: 2 años y 6 meses)

El temor generalmente se ve relacionado con cuidados orientados a la protección, aunque frente al llanto o la enfermedad la madre puede no saber cómo cuidar al niño, por ejemplo:

“...no dejaba de llorar, me daba tristeza porque no sabía porque lloraba, hasta me ponía a llorar yo” (Orquídea: 1 año y 9 meses)

“...también he sentido tristeza porque a veces cuando esta malita con la gripe o con los bronquios, la desesperación de que uno no puede hacer nada, cuando eres primeriza, eres sola, no tienes a quien recurrir, estas desesperada, no sabes que hacer, te pones a llorar, te da una impotencia de no saber hacer nada” **(Azucena: 1 año y 8 meses)**

El temor aparece también frente a la posibilidad de que el niño sufra algún daño o se encuentre enfermo y en este caso las madres cuidan al niño mediante vigilancia continua y palabras que ayuden a tranquilizar emocionalmente al niño en situaciones estresantes, por ejemplo:

“...miedo que le pase algo, como son bebitos, que se caiga de la cama así, no le dejo un ratito, ahí estoy viéndolo al toque” **(Rosa: 1 año y 2 meses)**

“...Yo me desesperaba cuando la veía mal y la bebe también se ponía nerviosa, gritaba, lloraba y nosotros no sabíamos porque, se me ahogaba con la flema, se me ahogo dos veces y yo me asuste dije ¡mi hija, mi hija! ¡Se ahoga! La primera vez me paso así, a la segunda ya me calme más, le decía “Danna despacio” “respira” pero se ahogaba entonces le decía “tranquila”, despacito ya, ahí viene, vótalo. Ahora ya aprendió a votar cuando se atora...en esos tiempitos que mi hija se ha enfermado yo no podía dormir, no podía comer, me baje de peso bastante”.... **(Hortensia: 2 años y 6 meses)**

Por otro lado se observa que el cuidado que la madre brinda responde en parte a las exigencias que ella percibe del entorno

familiar y la sociedad, existiendo temor a ser juzgada por su “calidad de la crianza”, ello se aprecia en el siguiente testimonio:

“...tengo que corregirla también porque cuando vaya a otro lugar me va a hacer quedar mal, lo primero que habla la gente “esta niña está mal criada”, por ejemplo mi familia son de gente antigua, cuando yo me voy para el norte “¿así la crías?, malcrías a tu hija” es lo primero que dicen, así que a ella tengo que llevarla bien sino “ucha, imagínate”. (Loto: 1 año y 9 meses)

Aunado a la presión social, la madre afronta un cambio importante en su estilo de vida proveniente de la responsabilidad que ella percibe producto de la llegada de su hijo. Las informantes señalan cambios como, disminución de las horas de sueño, reducción de las horas de descanso diurno e incremento de las tareas domésticas; todo ello conlleva el agotamiento mental y físico de la madre:

“...por ratos obviamente estoy cansada, porque yo mayormente sufro de estrés...siento cansancio, sueño, quiero dormir, yo por mi duermo todo el día y no puedo” (Girasol: 1 año y 6 meses)

“...cuando nace un hijo toda tu vida cambia ¿no?, ya no puedes dormir en las noches, ya en las tardes si quería descansar tampoco puedo porque tengo que verlo a él, tengo que atenderlo, lavar la ropa de él, no es como en el adulto que yo meto la ropa a la lavadora y se lava sola, en ellos hay que lavarla con jaboncito y todo” (Margarita: 2 años y 11 meses)

“...me siento con bastante responsabilidad encima, me siento contenta en parte porque es un regalo que me han dado pero con bastante responsabilidad...uno nunca se prepara para esto” (Orquídea: 1 año y 9 meses)

Subcategoría B: Condición laboral de la madre

La madre desempleada también manifiesta tener necesidades económicas e inquietud por hallar un empleo, sin embargo manifiesta que su limitante es que no hay disponibilidad de una persona que cuide al niño y que sea de su confianza. Por otro lado considera una ventaja el no trabajar ya que le permite cuidar todo el tiempo de sus hijos y disfrutar de ellos.

“...ahorita quiero trabajar pero no puedo, me impide mi hija es que no puedo dejar a cualquier persona a mi hija, no tengo confianza”

(Violeta: 2 años y 4 meses)

“...la ventaja es tener vivienda, comodidades que le pueda dar a mis bebitos y que no trabajo, es la mejor ventaja para poder estar con ellos todo el día” **(Rosa: 1 año y 2 meses)**

“...es una emoción linda, que no la compartí con mi primer hijo porque yo trabajaba, a mi hijo le deje desde los 2 años, no lo gocé mucho a él como a mi hijita menor” **(Hortensia: 2 años y 6 meses)**

La madre que trabaja señala que lo hace por necesidad económica, ya que el dinero del esposo no alcanza o porque es madre soltera; asimismo el objetivo de insertarse al trabajo es cubrir las necesidades del niño y darle calidad de vida. En el caso de las madres que tienen un trabajo dependiente, el cuidado del niño recae sobre un cuidador, generalmente familiar de la informante, quien a su vez experimenta sentimientos de culpa por el tiempo que deja a su hijo; en cambio la madre que trabaja de manera independiente, expresa menos cargo de conciencia pese a que el tiempo destinado al cuidado de su pequeño se ve mellado; esta modalidad de trabajo es percibida por la informante como una forma de cuidar al niño toda vez que “no está abandonando al menor” . Veamos algunos ejemplos:

“...en las mañanas estoy con niños más pequeños que él, de un año, y a veces si me daba penita ¿no? Cuidar un niñito y mi hijo no

pero de ahí ya tuve que afrontarlo, que ya ahora las mamás también tienen que trabajar por darle una mejor calidad de vida a los bebés, que no les pase nada y que no les falte nada tampoco” (Margarita: 2 años y 11 meses)

“...un tiempo yo quería trabajar pero no podía porque no había con quien la dejara, decía “no mejor no, ya pe la cuido nomás caballeros”, pero me dedico a hacer otras cositas así que me den tiempo para estar con ella...no trabajo en un sitio estable pero ya pues tengo un negocio” (Hortensia)

De manera complementaria, en relación al aspecto económico y su repercusión en el cuidado del niño, la madre señala como ventajas: tener casa propia, nivel de ingresos que permita satisfacer las necesidades básicas del niño como la alimentación y la salud, recibir manutención proveniente del padre, apoyo económico de parte de los familiares, el poder trabajar, y como desventajas se identifica el sueldo bajo, la inestabilidad laboral del padre y la ausencia definitiva del mismo.

“...en la alimentación, mi mamá siempre nos ha apoyado, mi papá también, económicamente también o sea que mi mamá cocinaba a veces, como pasamos por un problemita de trabajo” (Margarita: 2 años y 11 meses)

“...yo alquilo en el segundo piso, ya pues ahí se va casi la mitad del sueldo de mi esposo y lo que sobra la plata es ya pues para la comida, para los pasajes, para la lonchera” (Crisantemo: 3 años y 4 meses)

Subcategoría C: Participación de la familia en el cuidado del niño

De acuerdo con los testimonios, la madre percibe la participación de la familia como ventaja pero también como desventaja, de acuerdo a la situación.

La familia constituye una ventaja en la medida en que colabora económicamente, brinda consejos o da respuesta a las dudas de la madre, los miembros son afectuosos con el niño, favorece la enseñanza de costumbres propias de su cultura, constituye un apoyo emocional para la madre o cuando uno de los miembros de la familia representa la figura paterna para niño en ausencia de su padre biológico. Ello se puede apreciar en los siguientes comentarios:

“...con mi familia, todos nosotros compartimos siempre en una reunión pequeña y mi bebe ve todo eso. Yo también crecí igual, siguiendo la costumbre de nuestra tierra, esas costumbres ella aprende, mira y como es niña quiere hacer, quizás bailar, participar en las danzas” (Azucena: 1 año y 8 meses)

“...lo que me ayuda es que acá tengo apoyo en mi casa, me apoyan mi papa, mis hermanos porque la ven a mi hija, la engríen...mi hija ve en mis hermanos el lado paterno” (Orquídea: 1 año y 9 meses)

“...tengo a mi mama, cuando tengo que ir a recoger a los otros, se queda con ella, va haciendo la comida, la sopa, va terminando lo que yo ya comencé, le da de comer a ella, venimos ya está el almuerzo, ella me ayuda bastante” (Crisantemo: 3 años y 4 meses)

Constituye una desventaja cuando la familia quita autoridad a la madre frente a su hijo por ejemplo cuando ella quiere corregir al niño y los familiares no se lo permiten o la juzgan por ello. Otra desventaja señalada por las informantes se da cuando alguno de los miembros demanda el cuidado de la madre ya que se duplica el

esfuerzo que ella debe realizar e incluso mella el tiempo que la señora dedica a su pequeño, por ejemplo:

“...cuido a mi papa, es una persona enferma, él se rompió el cráneo; y yo tengo que ir todos los días y a cada rato” (Amapola: 2 años)

“...pierdo la paciencia cuando llora a veces por gusto, es que es demasiado engreído; vivimos con sus tías, con sus abuelos entonces todos lo consienten entonces me da cólera en el momento porque yo digo una orden y el abuelo, la abuelo, los tíos, las tías, todos dicen “no le hagas así”, se meten ¿no?, entonces ahí empiezo a perder la paciencia y les digo ¡no pero es mi hijo!” (Margarita) 2 años 11 meses

Subcategoría D: Participación del padre en el cuidado del niño

La madre rescata la importancia de la presencia paterna para satisfacer las necesidades emocionales del niño, al brindarle la seguridad de tener una familia completa; pero también señala la importancia que tiene para ella contar con la pareja como soporte emocional, protector y como proveedor de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades del niño. Veamos los siguientes ejemplos:

“...Que el papa viva con nosotros le ayuda bastante a él...mi esposo esta acá, llega de trabajar, lo ve a su hijo y los días que él trabaja en casa entonces pasa mayor tiempo con él, salimos, no como otros niñitos que no salen o salen solo con la mama, él sale con los dos, entonces él nos ve a los dos juntos, los tres estamos como familia” (Margarita: 2 años y 11 meses)

“...mi esposo me ayuda con mis hijas, me ayuda a cocinar, me ayuda a hacer de todo; cuando voy al doctor me da el alcance

porque sabe que no puedo con las tres tampoco, ni para cruzar la pista, el me ayuda bastante” (Girasol: 1 año y 6 meses)

“...sobre todo el amor de mi esposo, que él me tiene a mí, vivimos felices y esa felicidad me hace seguir feliz con mi hija, el amor que él me tiene y la confianza para estar bien en mi hogar” **(Loto: 1 año y 9 meses)**

“...bueno nosotros estamos los dos con su papa, tener algo económico para satisfacer sus necesidades de ellos, su papa consigue la plata” **(Dalia: 3 años)**

Cuando hay ausencia temporal del padre, la mamá busca compensar, lo que considera déficit del afecto paterno, aferrándose al hijo; pero cuando la ausencia es definitiva surge la búsqueda de la figura paterna en otros miembros de la familia y el temor sobre cómo manejar la situación con el niño.

“...el papa trabaja en provincia, y por ese lado se me hace muy difícil porque para mí es una necesidad que el papa este, así sea media horita en la noche después de trabajar, pero saben que está presente. Eso hace que yo me aferre mucho a mis hijas y el amor que yo les tengo de madre creo que yo lo doy mucho más, como de madre y de padre, por eso las protejo contra todo”. (Clavel: 2 años y 6 meses)

“...más pena me da por ella, pena me da porque me puede preguntar por su papa y lo que le pueda decir le vaya a causar pena, se vaya a sentir mal; su papa desapareció” **(Orquídea: 1 año y 9 meses)**

Finalmente es necesario poner en claro que las madres no solo señalan la importancia de la presencia del padre sino también la

calidad de las relaciones que se generan entre él y su hijo y entre él y la madre. Por ejemplo:

“...el niño debe tener un ambiente tranquilo, sin violencia, sin pelear o discutir; cuando hay una discusión en privado, fuera de, que no escuchan, además hablando también, conversando para evitar que los bebitos vean una intranquilidad” (Rosa: 1 año y 2 meses)

“...la presencia de mi esposo es a veces ventaja o a veces desventaja porque cuando él está, mi hija hace lo que le da la gana y después cuando está conmigo quiere hacer lo mismo pero yo no la dejo...de noche si lo busca a su papa obligado, tiene que dormir en la cama, no la puedo botar, ella duerme en la cuna pero se pasa al centro de la cama a buscarlo y ahí duerme, en la mañana se tira ahí en medio y ahí se queda” **(Camelia: 2 años)**

4.2 DISCUSION

Cuando la madre habla del cuidado, lo identifica como una labor ininterrumpida que implica trabajar, proteger, atender las necesidades, asumir responsabilidades, poner límites, acompañar y enseñar valores. Todo ello teniendo como centro el amor que siente por su hijo, el cual es descrito por ella como un sentimiento que no tiene comparación con nada. Al respecto Álamo M. menciona que el cuidado, es una forma de ser en el mundo, entendido como una actitud que implica acción, que trasciende necesariamente el yo y que convierte al otro en el centro de nuestras preguntas y preocupaciones. Asimismo señala que el cuidado se basa no en la razón sino en el afecto, lazo por el cual uno da valor a las personas y es entonces que nos sentimos responsables de ellas y somos capaces de brindarles nuestro cuidado.

Dentro de todo lo que implica cuidar, la madre resalta la importancia de atender las necesidades de su hijo y aún más allá, de enseñarle

a cuidar de sí mismo. Pero si bien es cierto ella identifica una amplia gama de necesidades a ser atendidas en el niño, en esta etapa de vida da mayor énfasis a las necesidades fisiológicas, de seguridad y de pertenencia, tomando como referencia la clasificación jerárquica de necesidades de Abraham Maslow, señalada en el trabajo de Centeno M. Según esta clasificación, debemos satisfacer ciertas necesidades básicas antes de que podamos satisfacer necesidades más altas, como estima y autorrealización. Es decir, a menos que las necesidades inferiores sean satisfechas, las necesidades superiores pueden no ser apreciadas siquiera.

Así, la satisfacción de las necesidades descritas, según la percepción de la madre, debe favorecer a que el niño crezca saludable, en el sentido amplio de la palabra y dentro de ello debiera ser un humano emocionalmente sano, caracterizado por la progenitora como una persona alegre, activa, creativa, asertiva, afectuosa, solidaria y no violenta. Sin embargo al apegarnos a la definición de salud emocional, se observa que la madre no considera los aspectos de sentirse bien consigo mismo, ser hábil para afrontar problemas, la práctica de valores ni el control asertivo de sentimientos, pensamientos y comportamientos.

Betancourt L. explica la relación madre – niño citando a John Bolwby, quien considera esencial para la salud mental del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar. La madre es como una fuente de seguridad en el ambiente, el niño busca proximidad con ella y la usa como una especie de factor reconfortante cuando se siente en situaciones de estrés. (17) Cuando las madres se refieren al cuidado orientado a satisfacer las necesidades emocionales del niño, destacan el contacto físico acompañado de palabras que denotan afecto, al respecto se sabe que el abrazo y la caricia estimulan la

producción de la hormona oxitocina, también llamada “la hormona del apego”, con ello se reduce el nivel de estrés, aporta seguridad, mejora el estado de ánimo, mejora la autoestima. Asimismo el abrazo favorece la liberación de dopamina, lo cual produce una mayor motivación así como una mejoría en la atención y, por tanto, en el aprendizaje y la memoria.

Otro cuidado señalado por la madre para favorecer la salud emocional de su niño es mantener relaciones armoniosas con la pareja ya que considera que si el bebe ve felices a sus padres y familiares también es feliz. Al respecto existe evidencia científica de que es posible “transmitir” emociones ya que el ser humano es capaz de experimentar como si fueran propias las emociones de otro ser humano al cual observa, a través de las neuronas espejo. Sobre este punto, Acarin N. menciona que las neuronas espejo, cercanas al área de Broca, o de la corteza premotora o del lóbulo parietal inferior, se excitan cuando la persona observa una acción de otro individuo, de forma parecida a si actuasen ellos. En el humano, además, el sistema se activa también con la observación de una acción imitada, cuando el experimentador aparenta que agarra un objeto sin que éste exista, incluso las neuronas espejo son capaces de codificar y discriminar la intención con la que se lleva a cabo un determinado acto. (18)

El castigo es considerado por la madre como un cuidado que le brinda al niño ya que le permite inculcar valores y prevenir que “vaya por caminos equivocados” o que se lastime físicamente; las sanciones aplicadas por la madre son: llamadas de atención verbales con elevación del tono de voz, palmadas en las nalgas, lanzar al niño a la cama o quitarle algo que le gusta. Por su parte el premio constituye un estímulo que refuerza una conducta favorable del niño, y consiste en brindarle algo que le gusta al margen de que sea bueno o malo para su salud, por ejemplo golosinas. En relación a este tema Villamizar R. sostiene que muchas personas piensan

que “disciplina” es sinónimo de “castigo” o al menos creen que el castigo es la manera de disciplinar a la gente. La palabra disciplina, sin embargo viene del latín “discípulo”, que significa seguidor de la verdad, de los principios o de un maestro venerado. El niño no será seguidor de la verdad y de los principios hasta que su motivación no provenga de un punto interno de control, es decir hasta que aprenda autodisciplina; el castigo y el premio son puntos externos de control. La disciplina con amor les enseña a los niños la autodisciplina y responsabilidad, mientras que el método de control excesivo es el sistema de premio y castigo, en este sistema los adultos deben “pillar” a los niños comportándose “bien” para recompensarlos y deben pillarlos comportándose “mal” para castigarlos. Por su parte Winnicot sugiere que lo que está bien o lo que está mal surge de dentro de la persona, para que esto suceda, deben darse ciertas condiciones, si el ambiente ha sido estable y confiable provee al niño su capacidad innata para diferenciar lo que es bueno de lo que es malo.

Así estamos frente a un niño cuya subjetividad ha sido respetada y valorada por otro humano que lo trata como humano, con sus diferencias, con sus cualidades y los aspectos negativos que puedan emanar de su persona. Es la madre al principio quien reconoce todas estas diferencias, quien acepta que su hijo cumple con muchas de sus expectativas, pero otras no, y aun así lo ama, lo cuida y le ayuda a crecer. Este autor resalta que en un hogar en el cual las conductas moralmente aceptables son las que rigen el desenvolvimiento de ese hogar, lo más probable es que no sea necesario enseñarle al niño que es lo que está bien y que es lo que está mal, ya que el niño está perfectamente capacitado para aprenderlo por sí solo.

Entonces “disciplinar” al niño se convierte en uno de los más grandes retos de ser padres ya que implica equilibrar el amar, comprender, ayudar y disciplinar a los hijos de tal forma que se les

permita adaptarse a la sociedad, tener autocontrol y seguridad en sí mismos.

Un cuidado importante señalado por la madre fue el juego, ya sea que implique la presencia de los padres u otros niños, dentro o fuera de la casa. Respecto al juego, Mejía A. cita a Donald Winnicot para explicar que los niños juegan básicamente porque les produce placer, para expresar agresión, controlar ansiedad, adquirir experiencia, establecer contactos sociales, lograr la integración de personalidad y promover la comunicación con la gente. Es importante retomar cómo el juego le permite al niño escenificar sus fantasías y asuntos inconscientes. Es así como el infante proyecta en su juego aquellas situaciones de su vida que le provocan sufrimiento o que no puede entender, para intentar comprenderlas y elaborarlas mediante la actividad lúdica, reduciendo así las ansiedades y los conflictos que están en juego, los cuales son diferentes en cada edad y momento evolutivo, asunto que también caracteriza el tipo de juego. En esta medida el juego reflejaría muchos elementos importantes del niño tales como su habilidad física, el nivel de desarrollo del yo, su capacidad intelectual y cognitiva, su capacidad de relación, su desarrollo libidinal, entre otros. (26)

Si bien es cierto los principales cuidados señalados por la madre hasta el momento han resultado en su mayoría beneficiosos, se halló en los testimonios que el niño hace uso de la tecnología, juega con celulares, computadoras o ve la televisión, incluso la madre manifiesta que el niño está tranquilo cuando ve la tele. Sobre este tema, en el año 2014 el Instituto de Salud Ambiental de la Universidad Nacional de Taiwán, realiza un estudio en el que se demuestra que las pantallas de dispositivos electrónicos emiten cinco veces más luz de onda corta que puede deteriorar irreversiblemente la retina, especialmente en los niños pequeños cuyo cristalino aun no filtra esta luz de forma eficiente. (27)

Se observa en los testimonios la madre concibe el comportamiento del niño como una evidencia de la calidad de sus cuidados y se ve evaluada a través de ellos por los familiares. Al respecto Vergara C. menciona que en la actualidad, producto de la extensa y variada información que por diferentes medios reciben acerca de la educación y crianza de los niños, los padres y madres de las familias de nuestra cultura han visto aumentar las presiones que de ellos se tiene en lo que respecta a la responsabilidad por la conducta de sus hijos.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONSIDERACIONES FINALES

- Según los testimonios de las madres “cuidar” significa amar, satisfacer las necesidades del niño, asumir responsabilidades, trabajar, proteger y evitar la sobreprotección.
- Las necesidades identificadas por las madres se agrupan de la siguiente manera: necesidades fisiológicas (alimentación y descanso), de seguridad (educación, salud, vestimenta, higiene y familia), de afiliación (amor, buen trato) y de autorrealización (felicidad).
- Para las madres, el niño emocionalmente sano evidencia la emoción de alegría a través de la risa, el juego, la conversación, la actividad física (corre) y la exploración de su entorno (travesuras), así mismo demuestra afecto a través del contacto físico con besos, abrazos y caricias; se comunica verbalmente, expresando sus sentimientos con

seguridad, sin timidez, es sociable, comparte con otros y se relaciona con personas de diferentes grupos etarios. Además, las madres consideran que un niño emocionalmente sano no evidencia conductas violentas.

- Los cuidados que brinda la madre para favorecer la salud emocional de su niño consisten en: contacto físico, búsqueda de relaciones familiares armoniosas, acompañar al niño en el juego y en aprendizaje, poner en práctica una dinámica de castigo/recompensa, tener paciencia, crear condiciones para que el niño socialice con otros niños y con adultos, busca mantenerlo aseado y con ropa limpia, busca ayudarlo a ser independiente, en lo que respecta al cuidado de la salud, se orienta básicamente a la salud física, no incluye la salud mental en su concepto de salud.
- Las madres que manifestaron sentir alegría y sorpresa, las relacionaron con lo que ellas consideran “logros del niño” (acciones nuevas) y cuando ven al niño “contento” (sonriendo, jugando). La cólera aparece frente a la relación del niño con el padre, cuando este último cumple el rol de separador, cuando el niño desobedece y cuando los familiares restan autoridad a la madre al contradecir las decisiones que ella toma respecto del niño.
- La madre considera como elementos relevantes para el cuidado del niño, la economía, la participación del padre como soporte emocional y apoyo de la madre así como para satisfacer las necesidades emocionales del niño. También la participación de la familia en el cuidado del niño es visto como necesario y está íntimamente relacionado con la actividad económica de la madre.

5.2 RECOMENDACIONES

- Llevar a cabo un estudio sobre las vivencias de la madre durante el cuidado del niño ya que ello permitirá una mayor comprensión de este fenómeno.
- Estudiar los cuidados que brinda la madre al niño para favorecer su salud emocional, en otras poblaciones o regiones del país para comprender la influencia de la cultura sobre el cuidado.
- Incorporar al estudio del cuidado de los niños, la variable de espiritualidad de la madre.

5.3 LIMITACIONES

- El tiempo de permanencia en el escenario de estudio fue corto por lo que no se pudo observar el fenómeno con mayor profundidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la salud. (2004). Promoción de la Salud Mental. Ginebra: OMS.
2. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental. Suiza: Ediciones de la OMS.
3. Ministerio de Salud - DRSLC. (2015). Análisis de la Situación de Salud Dirección de Red de Salud Lima Ciudad. Lima.
4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2012). Plan Nacional de Acción por la infancia y la adolescencia 2012-2021. Lima: J&O EDITORES IMPRESORES S.A.C.
5. Tizón, J. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Pediatría de atención primaria*, 4, pp. 81-106.
6. Puga, L. (2008). Relaciones interpersonales en un grupo de niños que reciben castigo físico y emocional. 13 noviembre, 2014, de Pontificia Universidad Católica del Perú Sitio web: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/398/puga_villanueva_lucia_relaciones_interpersonales_grupos_ni%C3%91os.pdf?sequence=1.
7. OPS-GIR. (2012). Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades. Lima: SINCO Editores SAC.
8. Mansilla K. (2013). La génesis del individuo en Maurice Merleau Ponty. Lima: PUCP.

9. Bautista L.(2012). Experiencias de las madres en el cuidado del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años, caserío El Potrero, Reque 2011. Lambayeque: USAT.
10. Pardo, D. (2009). Investigación sobre el desarrollo afectivo de 13 niños y niñas abandonados entre 2 y 4 años de edad de un orfanato privado de Quito. octubre 25, 2014, de Universidad Tecnológica Equinoccial Sitio web: http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/10228/1/37967_1.pdf
11. Winnicott D. (1994). Conozca a su niño. España: Editorial Paidós.
12. Vega, O. (2012). Teoría del déficit de autocuidado. Ciencia y Cuidado, 4, pp. 28-35.
13. Paez M. (2008). Aplicacion de la teoria de Dorotea Orem en el cuidado del paciente oncologico. Bogota: PUJ.
14. Alamo M. (2011). La idea de cuidado en Leonardo Boff. Revista Tales, vol. 4, pp 243-253.
15. Osses R. (2014). Representaciones sociales que orientan prácticas de cuidado de la salud en la Primera Infancia: Una aproximación al estado del arte. 10/10/15, de academia Sitio web: <http://www.academica.com/sandra.liliana.osses.rivera/2>
16. Molessini A. (2010). El funcionamiento materno y el vínculo madre-hijo-padre. Aconcagua: UDA.
17. Betancourt L. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. Universitas Medica, vol 48, pp 271-296.

27.Shang Y. (Marzo 2014). White Light–Emitting Diodes (LEDs) at Domestic Lighting Levels and Retinal Injury in a Rat Model. *Environmental Health Perspectives*, 122, 269-276.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MADRE DEL NIÑO O LA NIÑA

Presentación

Soy la enfermera Sara Espinoza Marquina, estudiante de la especialidad de Enfermería en Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; estoy realizando la investigación titulada *“Cuidados que brinda la madre al niño de 1 a 3 años de edad, para fomentar su salud emocional, en un asentamiento humano del distrito de Lima”*.

A continuación le voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación; no tiene que decidir hoy si participar o no en el estudio y, si desea, antes de decidirse puede comunicarse con la Mg Luisa Hortensia Rivas Díaz, asesora de este proyecto, al número 993894859. Puede que haya algunas palabras que no comprenda, en ese caso, usted puede detenerme, para darme tiempo a explicarle y aclarar cualquier duda que tenga.

Introducción

El cuidado que los padres y en particular la madre brinda al niño en sus primeros años de vida influirá en su salud mental y en gran parte determinará si se convierte en un adulto sano y feliz o si tendrá algún problema de salud mental. Por ello estamos invitando a todas las madres de niños (as) de 1 a 3 años de edad, de ésta comunidad, para participar en esta investigación, la cual incluirá una visita a su domicilio, donde se le entrevistara en un tiempo máximo de 1 hora, quedando abierta la posibilidad de realizarle una segunda visita solo si fuera estrictamente necesario.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo, puede cambiar de idea

más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Puede que no haya beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación y que las futuras generaciones se beneficien.

La información que obtengamos de ésta investigación se mantendrá confidencial. Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio.

Formulario de consentimiento:

He sido invitado a participar en la investigación sobre *“Cuidados que brinda la madre al niño de 1 a 3 años de edad, para fomentar su salud emocional, en un asentamiento humano del distrito de Lima”*. Entiendo que recibiré 1 visita en mi domicilio y que existe la posibilidad de recibir una segunda visita solo si es necesario, donde se me entrevistara por un tiempo máximo de 1 hora. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el número de teléfono que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente ser parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante:

Firma del Participante

Fecha: __/__/__/

ANEXO B

GUIA DE ENTREVISTA

Fecha: __/__/__/

DATOS GENERALES

Seudónimo: Edad la madre: Edad del niño:

Condición laboral: Ocupación:

Grado de instrucción

Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Sup. Técnica ()

Sup. Univ. ()

Estado Civil

Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Conviviente ()

Separada ()

Número de hijos:

Edad de los hijos:

PREGUNTAS NORTEADORAS

1. ¿Cómo cuida a su niño?

2. ¿Qué sentimientos ha experimentado durante el cuidado de su niño?

3. ¿Cuáles serían los aspectos favorables, que le ayudan a cuidar de su niño?

4. ¿Qué significa cuidar para usted?

5. ¿Cómo es un niño que está bien emocionalmente?