

Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú

Emma Rubín de Celis, Iris Pecho & Charles-Édouard de Suremain

1. Introducción¹

La prevención y la promoción de la salud infantil han sido temas de inversión importantes por parte de los organismos internacionales. Tanto la OMS (Organización Mundial de la Salud) como la OPS (Oficina Panamericana de la Salud) han estimulado y orientado investigaciones, técnicas y procedimientos en las diferentes dimensiones de la salud infantil, especialmente en las áreas de la inmunización, nutrición, estimulación psicomotriz, del lenguaje, de la primera socialización y de la educación orientada hacia las madres. A estos esfuerzos se suman los de las numerosas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

Dentro de los servicios de salud y particularmente después de la reforma del sector que, en el Perú, se inicia en la década de los noventa (véase Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]), las intervenciones a favor de la salud infantil consisten en la aplicación de un Programa vertical (“Crecimiento y Desarrollo” o

1 Agradecemos a las madres de Ermitaño, Chocas y Río Seco que han contribuido a este capítulo, reflexionando con nosotros/as sobre sus saberes y prácticas. Agradecemos también los aportes de Nancy Suárez y Ruth Valverde, que nos acompañaron en todo el proceso, y a Eduardo Vidal por sus aportes en los aspectos teóricos.

CRED) que hizo suyos los objetivos y metas de los organismos internacionales. Ha desplegado extraordinarios esfuerzos para ampliar las coberturas de atención y mejorar, sobre todo a través de actividades educativas, individuales o de grupo, los comportamientos de las madres y fortalecer su rol de apoyo al buen crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Sin embargo, los esfuerzos por disminuir la desnutrición y las otras anomalías del crecimiento y desarrollo, especialmente de los menores de cinco años, no han tenido el éxito deseado. La desnutrición crónica y aguda sigue siendo un problema preocupante, y lo es también la poca concurrencia de las madres al control de crecimiento y desarrollo, sobre todo después del primer año en que los niños han terminado de recibir sus vacunas (véase Introducción General).

De manera general, estos problemas provienen del enfoque esencialmente biomedical del proceso salud/enfermedad que tienen los proveedores de la atención de la salud. Este enfoque se centra más en la enfermedad o el daño que en el enfermo. Considera los factores sociales, económicos o culturales como "factores de riesgo" y como si fueran únicamente datos o hechos, sin tomar en cuenta las lógicas o dinámicas sociales que los producen. Tampoco aprecian la complejidad y la dimensión humana de los problemas que enfrentan los niños. El otro problema radica en la relación entre el proveedor de la atención y el receptor de la misma. Esta relación se define por su carácter asimétrico (dominancia/subalternidad), que no permite ni un diagnóstico acucioso ni una orientación eficaz de la madre para la recuperación de la salud del niño.

A estas dos dificultades se añaden las exigencias de reforma del sector salud (véase Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]) que conlleva una serie de sustanciales cambios estructurales en: (i) la concepción del papel y las funciones del Estado con relación a la protección y promoción de la salud; (ii) la organización de los servicios de salud; y (iii) los términos de la relación entre los servicios de salud y las poblaciones. Esta reforma ha ido desarrollando muy paulatinamente un cuerpo conceptual

no muy claro de la misión del sector y las políticas, planes y programas que la concreticen, dando lugar a múltiples interpretaciones en su aplicación. Algunas de estas interpretaciones contradicen la propia visión de la población sobre su papel, sus derechos y su responsabilidad con relación a la salud del niño².

En el Perú, el Proyecto de investigación se basa en dos afirmaciones: (i) la salud de los niños menores de cinco años depende no sólo de la calidad técnica de los proveedores de atención de la salud sino del conocimiento y las prácticas de las madres³; y (ii) las relaciones médico/madre constituyen un espacio de interacción aún cuando la segunda parezca tener una actitud más pasiva que el primero.

Las actividades de investigación con las madres tuvieron como metas: (i) identificar/aclarar sus conocimientos y prácticas basadas en sus representaciones, y los significados que asignan al crecimiento y desarrollo del niño; y (ii) comprender cuál eran sus lógicas y cómo éstas influían en el crecimiento y desarrollo de los niños. La finalidad del estudio era contribuir a enriquecer los encuentros entre cuidadores y proveedores de la atención de la salud, dando mayor calidad al cuidado impartido al niño (véase Introducción General).

Este Capítulo presenta los principales resultados de la investigación socioantropológica orientada a comprender los significados y las representaciones de las madres de niños menores de cinco años con respecto al proceso salud/enfermedad y

2 El estudio de tres universidades (UPCH/UNAS/CHC) en cinco regiones del país encontró como rasgos comunes en la atención la predominancia de la racionalidad económica que hacía difícil mantener la calidad de la atención y determinó cuatro tipos de gestión: (i) patronal; (ii) burocrática; (iii) emprendedora; y (iv) regresiva. Salvo la tercera, se alejaban de la nueva visión de universalidad (eficiencia y calidad) que, como cuadro conceptual, proponía la reforma del sector (MINSAL & UPCH *et al.* 1996).

3 Para facilitar la lectura, utilizamos la palabra "madre" en vez de "madre y/o de otro/as cuidadores", excepto en los casos en que se trata de otro cuidador que no sea la madre (padre, abuela, tía, etc.).

a los cuidados especiales que deben darse al niño para apoyar su crecimiento y desarrollo. Globalmente, la investigación se interesó por las madres y otros cuidadores del niño, así como por el personal de los servicios de salud de las dos zonas de estudio. Enfatizaremos las lógicas de las madres y haremos una comparación entre las lógicas de los diferentes actores.

Nuestro objetivo no es sólo describir los significados y las representaciones que tienen las madres acerca de la salud de sus hijos y señalar las prácticas que desarrollan en su cuidado. Nos interesa, además, compartir las reflexiones a las que nos llevó el constante diálogo con estos cuidadores y las lecciones que sacamos de este diálogo.

2. Marco conceptual de la investigación

El enfoque conceptual sobre el que se fundamenta la investigación toma en cuenta tres teorías complementarias: el constructivismo, la teoría de las representaciones sociales y el interaccionismo simbólico.

2.1 El constructivismo

Del constructivismo tomamos la idea de que la realidad no es una verdad única, objetiva, externa al observador, regida por reglas naturales e inmutables, como lo señala el paradigma convencional positivista. Se trata más bien de una construcción social e histórica a la que se llega por consenso entre los diferentes observadores. Éstos tendrán una visión diferente de acuerdo a la posición que tengan con relación a la realidad que observan o dentro de la cual actúan. Según Guba & Lincoln (1989: 12-13):

La realidad es múltiple y socialmente construida, sin ley ni causa. La verdad sólo puede ser definida como construcción mejor informada (en cantidad y en calidad) y más sofisticada (según el poder disponible para comprender y utilizar la información) sobre la cual hay consenso.

También Allard señala (1991: 38-39):

Hay tantas verdades como actores comprometidos en un programa. El evaluador sólo será útil si contribuye a la construcción de un consenso entre los actores acerca de la concepción y la ejecución de un programa.

Aplicando esta teoría al presente estudio, entendimos los cuidados impartidos al niño como una "coproducción" que pone al personal de los servicios en relación con los diferentes cuidadores del niño. Cada uno de los actores tiene una percepción diferente sobre lo que es y cómo mantener la salud. Así, el supuesto básico fue que los padres o los responsables tienen sus propias percepciones, conocimientos y prácticas respecto al cuidado y desarrollo de los niños. Éstos prevalecerán frente a las del personal de salud. Se aplicó entonces un enfoque constructivista que permite a cada uno de los grupos expresar sus posiciones y llegar a un consenso respecto a este tema.

2.2 La teoría de las representaciones sociales

La segunda teoría es la de las representaciones sociales. Como dice Moscovici (1981: 183):

(...) los seres humanos son cualquier cosa menos receptores pasivos, piensan (...) y producen y comunican constantemente representaciones (...). [En todas partes] la gente está haciendo observaciones críticas, comentando, confeccionando 'filosofías' no oficiales, las cuales tienen una influencia decisiva en sus elecciones, forma de educar a sus hijos (...).

Y Jodelet destaca (1981: 9-10):

El concepto de representaciones sociales designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente (...). Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia

la comunicación, la comprensión y el dominio del ambiente social, material e ideal. Como tales, presentan características específicas en el plano de la organización de los contenidos de las operaciones mentales y de la lógica.

Esta teoría nos permitió encontrar la racionalidad y lógica de las diferencias y la distancia entre el conocimiento del personal de salud y el de las madres. Nos permite también comprender el sentido común no como una simple acumulación de creencias, sino como un proceso de construcción que puede tener sus bases en la herencia cultural, pero que va incorporando resultados de las propias experiencias o reflexiones y adecuándose en la mayor medida posible a las condiciones de vida y a los límites materiales. Como bien dice Blanch (1985: 4):

El ser humano (...) no es un reproductor de las informaciones que recibe y selecciona, sino un productor de informaciones y significados. No existe una ruptura tajante entre el mundo interior del sujeto y el mundo exterior en el cual éste se encuentra.

También Jodelet señala (1981: 182):

El sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos. Representarse algo es darse en conjunto, indiferenciadamente, el estímulo y la respuesta (...). Esto implica que siempre hay una parte de construcción y reconstrucción en el acto de representación.

En el marco de la presente investigación, esta teoría nos permite encontrar la coherencia: (i) entre lo que uno piensa y cómo actúa (es decir, entre las percepciones, los conceptos y las prácticas en materia de salud, crecimiento y desarrollo); y (ii) entre las percepciones y prácticas terapéuticas de los cuidadores del niño. Esto exige ir más allá de la descripción, con el fin de tratar de encontrar la racionalidad o lógica que está detrás de las percepciones y conceptos, y a observar la relación entre ellos.

Este marco teórico permitió controlar el sesgo que interpreta las diferencias de saberes y prácticas como únicamente

debidas a la falta de información y, por lo tanto, adaptar tanto la metodología de obtención de datos en la fase de estudio, como la metodología educativa en la fase de intervención.

2.3 El interaccionismo simbólico

Siendo otro de los objetivos de la investigación la descripción y la comprensión de las actitudes de los profesionales de salud frente a las percepciones y prácticas de las madres, la teoría del "interaccionismo simbólico" resultó útil en varios aspectos.

En el estudio de las actitudes se hallan varias dificultades que provienen de la naturaleza del concepto mismo y de su utilidad para entender las conductas. Tenemos en primer lugar que una actitud es algo que no se percibe directamente sino que debe someterse a un proceso de deducción de la conducta que le sigue. En segundo lugar, es imposible definir los elementos de la actitud de tal manera que podamos discernir cuáles se manifiestan y deben tomarse en cuenta y cuáles no.

En la aplicación del concepto de actitud al estudio de las conductas, surgen otras ambigüedades. Como concepto predominante, se denomina "actitud" a una predisposición a la acción: "*La actitud está concebida como una tendencia, un estado de preparación o disposición que antecede a la acción, la dirige y la moldea*" (Blumer 1982: 71). Se estima que si conocemos esa actitud, podemos predecir la conducta que seguirá y que, cambiando la actitud, cambiaremos la conducta. Sin embargo, es difícil diferenciar el concepto de actitud de otros conceptos tales como "impulso", "mecanismo", "apetito", etc. En otras palabras, no se sabe cuáles son los elementos empíricos que podemos considerar como "indicadores" de una actitud⁴.

4 El uso de escalas de clasificación de actitudes se basa en: "(...) una idea preconcebida de lo que compone una actitud, que debe ser adaptada por añadidura, de forma que cumpla ciertos criterios de cuantificación" (Blumer 1982: 69).

La teoría del interaccionismo simbólico afirma que la “tendencia” y la “acción” no son sólo los dos elementos extremos del mismo acto, sino que entre ellos existe toda una serie de análisis y “cálculos” rápidos que realiza el individuo antes de actuar. Así, Mead (1934) demuestra que la actitud está constituida por un caudal de interacciones del individuo consigo mismo, el cual identifica diversas cosas y objetos, los define y valora. Reúne lo que ha seleccionado y se organiza para actuar. La actitud es entonces un proceso de alternativas de selección que hacen funcionar la tendencia “(...) a veces orientándola, otras configurándola y en ocasiones transformándola, bloqueándola o suprimiéndola inexorablemente” (Blumer 1982: 72). El ejemplo de tener hambre y comer ilustra como estos dos extremos están mediatizados por un proceso. Éste incluye la constatación que las molestias o inquietudes que afectan a la persona corresponden al hambre, hasta la definición de en qué circunstancias, lugar y tiempo se encuentra en ese momento. Finalmente, termina por decidir si va a comer o si espera y retrasa la acción o incluso elimina momentáneamente la tendencia.

3. Metodología

3.1 Técnicas de recolección de datos y cuadro interpretativo

El estudio considera la salud como el campo de interacciones entre por lo menos dos grupos de actores: los cuidadores y el personal de salud (profesionales y técnicos). Estos actores fueron investigados dentro de sus escenarios cotidianos (el hogar y los servicios de salud).

Se aplicaron varias técnicas de la etnografía para recolectar los datos. Así, las temáticas, preguntas y observaciones estuvieron orientadas no sólo a conocer el conjunto de percepciones, conocimientos y prácticas de estos actores, sino a descubrir cómo se traducen los elementos *emic* y cómo se ar-

ticulan con aquellos elementos *etic* que traducen los valores de la cultura dominante (Aguirre Batzán 1997).

A nivel de la población, se han investigado los siguientes temas:

- Las representaciones acerca de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño;
- Las prácticas cotidianas y domésticas con relación a la atención de la enfermedad;
- Las representaciones de la causalidad de las enfermedades;
- Las percepciones y opiniones con relación a los servicios de salud.

Los instrumentos de obtención de información empleados fueron: (i) la observación directa (relación médico/paciente); (ii) las entrevistas semi-estructuradas a personal de salud (12), madres de familia, padres y abuelas (125) que tienen la responsabilidad directa o complementaria de los menores de cinco años de edad; (iii) los grupos focales (12)⁵ con madres de familia, promotoras de salud y padres de familia; (iv) las reuniones de devolución de la información (para profundizar los resultados alcanzados); y (v) las reuniones mensuales (4) por grupo durante seis meses con un total de 100 madres de diferentes asentamientos poblacionales (fase de intervención).

A nivel de los servicios de salud, se han investigado los siguientes temas:

- Las relaciones cotidianas médico/paciente;
- Las representaciones del personal de salud acerca de los cuidadores;
- Las percepciones y opiniones del personal de salud sobre los otros sistemas de salud.

5 El objetivo central de los grupos focales fue descubrir las causas percibidas por los participantes del proceso salud/enfermedad.

Los resultados del estudio fueron devueltos al personal de los Centros de Salud⁶ y a las madres de ambas zonas de estudio.

Para definir el final del período de observación y el número de entrevistas, se utilizó la propuesta de "punto de saturación", considerando que las últimas entrevistas ya no aportaban nada nuevo. Sin embargo, la aplicación de la técnica de los grupos focales añadió nuevos descubrimientos a la problemática.

En la fase de análisis, los resultados han sido ordenados según el modelo de Kleinman (1980) quien clasifica el conjunto de elementos referidos en salud como "cultura médica tradicional", "cultura médica oficial" o "cultura médica popular". Este modelo nos permitió explicar cuál es el lugar de "subordinación" o "dominación" de los poseedores de esas culturas a nivel de las relaciones sociales y técnicas, y cuáles son sus efectos con relación a la salud infantil.

Estos elementos culturales (conocimientos, percepciones y sus referentes prácticas/conductas) tienen una articulación lógica con el estudio, la cual trata de identificar y entender los conceptos sobre salud, crecimiento y desarrollo según los diferentes actores. Para ello, los niveles explicativos del proceso de salud/enfermedad propuestos por Laurell (1994), Breilh (1994) y el modelo causal de Beghin ed. (1988) nos proporcionan una base de interpretación.

De Laurell y Breilh tomamos los tres niveles de explicación de la realidad: (i) el nivel inmediato o fenoménico (los hechos o las enfermedades); (ii) el nivel de las intermediaciones (el nivel de los actores, de sus condiciones y estilos de vida); y

6 En el escenario de las organizaciones de la Sociedad Civil, se devolvieron los resultados del estudio en la Coordinadora de Salud de Carabayllo y en el Comité de Gestión Local de Independencia. En la Universidad Cayetano Heredia fueron presentados en la Facultad de Salud Pública durante jornadas específicas (Pecho & Rubín de Celis 1999).

(iii) el nivel estructural (las reglas de juego y las situaciones generales que afectan a toda la sociedad). Durante los grupos de debate organizados con las madres y el personal de salud, las respuestas fueron ordenadas de acuerdo a estos niveles, usando como gráfico un árbol en el cual lo fenoménico estaba representado por las hojas, las intermediaciones por las ramas y el nivel estructural por el tronco. El ordenamiento se hizo tanto para las explicaciones respecto a la salud como a la enfermedad. Esta misma técnica se utilizó con el personal de salud, cambiando únicamente el árbol por columnas en los cuales el nivel intermedio fue calificado como causas directas y el estructural por causas indirectas.

3.2 Zonas de estudio

Los criterios de base para la elección de las zonas de estudio fueron:

- Diferencias en el contexto económico y sociocultural;
- Factibilidad de la fase de intervención.

Mediante estos criterios se eligieron dos Distritos de la ciudad de Lima (véase Capítulo 1 [Suremain]): (i) Independencia por sus características de zona urbana marginal⁷; y (ii) el Distrito de Carabayllo (y dentro de él, los anexos de Chocas Alto y Medio, y el poblado de Río Seco por sus características más rurales).

7 También porque la Universidad Peruana Cayetano Heredia interviene allí en un proyecto de desarrollo integral, interinstitucional e interdisciplinario (Ministerio de Salud, Organizaciones de Base y ONGs locales).

4. Resultados del estudio

4.1 Datos generales de las madres entrevistadas

4.1.1 En la zona de Independencia⁸

En las dos etapas de la investigación, se entrevistó a un total de 65 personas: 56 madres, cinco abuelas y cuatro padres, todos ellos directamente responsables del cuidado de los niños.

El promedio de edad de las madres es de 30 años. Las familias cuentan en promedio con 6.8 miembros, con, en promedio, tres niños menores de cinco años.

El 63.3% de las madres han nacido en la zona. Un 26.6% proviene de zonas rurales del país y el resto de otras zonas urbanas de Lima. Se trata de una población de larga permanencia en la zona (23 años en promedio).

El 40% de las madres están casadas, el 30% son convivientes y el 30% son madres sin pareja (solteras o separadas).

El 16.6% de las madres sólo han realizado estudios primarios. El 70% realizó estudios completos o incompletos de secundaria y el 13.4% estudios superiores.

En Independencia, el 53.3% de las madres se dedican únicamente a las actividades domésticas y al cuidado de los hijos. El 30% son además pequeñas comerciantes. El 10% se dedica a prestar servicios a terceros (lavado de ropa o cuidado de niños). El 6.7% trabaja en los Comedores Populares a fin de recibir a cambio raciones de alimentos para ellas y sus familias. El ingreso general de la casa depende en un 53.3% de los casos exclusivamente del hombre, en el 30% sólo de la madre y en el resto del aporte conjunto de la pareja o de otros miembros de la familia (cuando se trata de familias extensas).

Las mujeres que trabajan en el comercio lo hacen a tiempo parcial, lo que les permite, además, hacerse cargo personal-

8 Los datos cuantitativos presentados en esta sección provienen de MINSA (2000).

mente del cuidado de los niños. Cuando los ingresos no cubren los gastos de la familia, reciben el apoyo de sus padres o de otro familiar. Esto ocurre principalmente en casos de gastos imprevistos por concepto de recuperación de la salud. El número de mujeres que mantienen solas a sus hijos coincide con el número de mujeres que no tienen pareja. Esto pareciera indicar que, una vez que se separa, el progenitor pocas veces se hace cargo económica y afectivamente del niño.

La vivienda de la mayoría de las entrevistadas en Independencia es de ladrillo: solamente el 16.6% vive en cuartos de estera o adobe. El 23.3% son propietarias de la vivienda y el 63.3% vive en la casa de sus padres o de su cónyuge. El resto habita casas o cuartos alquilados.

Generalmente, las familias que viven en casa de algunos de los padres de la pareja ocupan sólo una habitación (el dormitorio) y comparten la cocina y el baño con los otros habitantes (hermanas o hermanos casados con sus respectivas parejas e hijos). Este hacinamiento influye en la salud de los niños al: (i) relativizar el poder de decisión de la madre; y (ii) proporcionar a la madre recursos humanos y económicos de apoyo para criar a los hijos.

4.1.2 En la zona de Carabayllo

En las tres subzonas (Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco) se entrevistó a un total de 60 personas: 52 madres, seis abuelas y dos padres, todos responsables directos del cuidado de los niños.

En Carabayllo rural, la edad de las madres es de 20 años en promedio. Las familias cuentan con 6.1 miembros en promedio, de los cuales dos son hijos menores de cinco años.

El promedio de tiempo de residencia es de 21.5 años en Chocas Medio y de 10.8 años en Chocas Alto. Chocas Medio es una comunidad que ha consolidado un tipo de organización sociocultural y económica definida, mientras que Chocas Alto es una comunidad en construcción. En Río Seco, casi la totalidad de las madres han nacido allí o en otras localidades cerca-

nas. Encontramos sólo dos madres que habían llegado hacía un año (2001) desde localidades fuera de la comunidad.

El 35.7% de las madres están casadas; el 50% son convivientes, el 7.1% abuelas viudas y el 7.1% son madres solteras. El bajo porcentaje de madres solas en Carabayllo se debe a que, especialmente en la zona de Chocas Alto, los hombres migrantes llegan primero y sólo traen a la esposa o conviviente y a los hijos cuando tienen un trabajo más o menos constante.

En Carabayllo, el 17.8% de las madres no han realizado ningún tipo de estudios; el 32.1% sólo cuenta con estudios primarios; el 42.6% ha realizado estudios completos o incompletos de secundaria y el 7.4% estudios superiores. Casi la totalidad de las madres sin estudios viven en Chocas Alto y Río Seco, mientras que la mayoría de las que atendieron la secundaria son de Chocas Medio.

En la zona, el 35.7% de las madres desempeñan únicamente actividades domésticas; el 42.8% trabaja, además, en actividades agrícolas; el 7.1% son pequeñas comerciantes y el 14.3% trabaja en servicios para terceros. Entre ellas hay una promotora de salud y una encargada del PRONOEI⁹.

La actividad principal de las mujeres en Carabayllo es la agricultura. No obstante, sus condiciones de trabajo son desiguales. Así, en Chocas Medio, la totalidad de las madres son propietarias de sus parcelas. En cambio, las madres de Chocas Alto o de Río Seco son jornaleras eventuales. Esta situación ofrece a las primeras la ventaja de contar con horarios flexibles y de un mayor poder de decisión frente a las últimas¹⁰.

9 El PRONOEI o "Programa no Escolarizado de Educación Inicial" tiene como finalidad estimular el desarrollo psicomotor de los niños entre dos y cinco años. El PRONOEI proporciona a las madres un espacio donde pueden dejar a sus niños cuando tienen que ausentarse del hogar y no tienen con quien dejarlos.

10 Esta diferencia fue tema de reflexión en los grupos focales. Las madres analizaron la situación de precariedad de ocupación e ingresos en Chocas Alto y Río Seco, en comparación con la seguridad y comodidad de la misma ocupación en Chocas Medio. Relacionaron esta situación con la lactancia y ablactancia de sus niños.

En Carabayllo, antes de la reforma agraria de 1968, la localidad de Chocas Medio era una hacienda (véase Capítulo 1 [Suremain]). La población actual ocupa lo que fue la casa de hacienda y las viviendas de los trabajadores asalariados (peones). Consecuentemente, casi la totalidad de las casas son de adobe. En Chocas Alto, la mitad de las entrevistadas vive en casas hechas de esteras. En Río Seco, sólo existen tres casas de material noble y el resto es de tablones de madera, adobe o esteras. En Chocas Medio y Río Seco, las parejas viven casi siempre con sus padres o suegros. Las parejas de Chocas Alto viven prácticamente sin parientes por su condición de inmigrantes recientes. Como veremos más adelante, este hecho repercute en las facilidades o dificultades de cuidar a los menores.

4.2 Representaciones y prácticas acerca de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño

4.2.1 Responsabilidad general sobre los niños

Este aspecto es el primero que encontramos en el que el discurso difiere de la práctica, especialmente en Chocas Medio. En efecto, las madres, e incluso los padres y otros parientes, en respuestas espontáneas señalan que la madre es la principal responsable del cuidado de los niños. Todos afirman que siempre tiene consigo al niño si es menor de dos años, incluso cuando sale del hogar por poco tiempo. Un escrutinio más acucioso, a través de preguntas repetidas sobre situaciones precisas, nos muestra que las otras actividades de la madre que tiene que realizar fuera de la casa, la obliga a dejar a sus hijos menores bajo la responsabilidad temporal de otra persona. Las diferencias entre los comportamientos, según zona, se relacionan con tres criterios.

4.2.1.1 *La facilidad o dificultad que tienen las madres para dejar al niño bajo el cuidado de otras personas*

El cuidado del niño por otra persona es más fácil y se practica con mayor frecuencia en Chocas Medio donde, por vivir

dentro de una familia extensa, las madres siempre cuentan con las abuelas, tías o primas mayores del menor. Éstas se hacen cargo del niño cuando las madres salen por períodos cortos (hacer compras, ir a trabajar a la parcela, etc.). También para las madres de la zona de Independencia es relativamente fácil confiar el cuidado del niño a otra persona ya que tienen parientes directos o a la suegra en las proximidades, aunque generalmente viven en familias nucleares. Sin embargo, algunas madres, incluso las que trabajan como vendedoras ambulantes o en casas particulares por horas, pueden llevarse al menor, especialmente si están en el periodo de lactancia.

Por el contrario, las madres de Río Seco tienen menos facilidades debido a que no cuentan con parientes en los alrededores o si los tienen, éstos también tienen que salir a trabajar en el campo. En esta zona, la situación de pobreza es el factor que más dificulta la ayuda de parientes mayores, razón por la cual las madres llevan a sus niños a la parcela. Si los propietarios no lo permiten, los dejan al cuidado de sus hijos mayores. Por último, las madres de Chocas Alto, que casi no tienen familiares por haberse asentado recientemente y por su situación de pobreza, se ven obligadas a usar la misma estrategia que las de Río Seco.

4.2.1.2 La capacidad que tiene la persona encargada de asumir esta responsabilidad

La capacidad de la persona que reemplaza temporalmente a la madre es considerada mayor en Chocas Medio y en Independencia que en Chocas Alto y Río Seco, ya que en estos dos últimos lugares, el responsable es un hijo mayor que, en ocasiones, no tiene más de cinco años. Las madres aseguran que los menores son muy responsables. No obstante, la mayoría de los accidentes que reportan los periódicos ocurren porque la madre salió por un corto tiempo dejando a menores cuidando a los más pequeños. Podemos considerar estos casos como situaciones de riesgo. Un escaso número de madres

de Chocas Medio y Alto deja a sus hijos que ya tienen dos años y medio (o más) en las guarderías (Wawa Wasi o PRONOEI)¹¹. Las opiniones sobre este tipo de estrategia varían entre las que desconfían de los cuidados que esas “*personas extrañas*” puedan darles a sus hijos y las que lo perciben como una ventaja porque les permite trabajar.

4.2.1.3 *El grado de influencia que la persona encargada puede tener en la formación de valores del menor y de la iniciativa para solucionar posibles riesgos*

Es en Chocas Medio donde las reemplazantes ejercen mayor autoridad sobre el menor y tienen la mayor influencia en la formación de los valores, dado que son las abuelas (maternas o paternas) que con más frecuencia reemplazan a la madre.

En ambas zonas de estudio, pocas veces las madres dejan a sus hijos menores al cuidado de los padres. Cuando lo hacen, es porque no tienen otra opción. Las madres dicen: “*Porque el padre trabaja*”. Una explicación más profunda demuestra la coincidencia con lo señalado para el caso de Bolivia (véase Capítulo 5 [Suremain]): en ambos países, los hombres y las mujeres tienen roles claramente definidos y socialmente determinados que conducen a que ambos consideren “*normal*” o “*natural*” el hecho que sea la madre y no el padre quien se responsabiliza del cuidado del niño. Las características de la primera socialización que analizaremos más adelante, mostrará que las madres y las abuelas son las encargadas sociales de transmitir esta diferenciación y la subordinación de las mujeres.

4.2.2 *Conceptos y prácticas con relación a la salud del niño*

Es interesante comprobar que en ambas zonas de estudio, las madres coinciden en definir el concepto de salud por el

11 El Wawa Wasi es una guardería que fue creada para permitir a la mujer de escasos recursos económicos dejar a sus niños y poder trabajar.

estado anímico del menor, el cual se refleja en su conducta. Las madres conceptualizan la salud también por su negación. En las tres localidades de Carabayllo señalan: "*Un niño que no está aburrido es un niño sano*".

En este sentido, el buen humor es un signo de buena salud: "*Cuando están inquietos, alegres, traviosos, están sanos*". El hecho de observar y anotar lo visible es comprensible, puesto que la madre no tiene otros recursos, como una balanza, un tallímetro o un termómetro que le permita tener acceso a otros indicadores. En esta representación del bienestar o malestar anímico del infante, encontramos cierta "sabiduría": un niño enfermo es triste, así como un niño desnutrido es apático. Por otra parte, el niño sano no fastidiará a la mamá, no llorará ni querrá que ella lo cargue y atienda constantemente.

Sin embargo, si cruzamos el discurso de las madres con la observación directa, notamos que consideran sanos a sus hijos aunque sea visible que estén con un resfriado o con episodios de diarrea. En casos de enfermedad crónica (epilepsia), los consideran sanos en los períodos en los que no tengan una crisis.

La racionalidad de estos conceptos muestra que no se trata de un desconocimiento de lo que es "normal", sino que las madres se refieren a su propia capacidad para resolver el problema de salud. ¿Por qué dicen "sanito, pero..." y añaden una dolencia?: "*Es que no es algo grave*" o "*Es algo que nosotros lo curamos, con hierbas u otros remedios*" o "*No necesitamos llevarlo al Puesto por eso*". Esa misma lógica aparece en la respuesta de una madre cuyo niño tiene epilepsia. En el momento de las convulsiones está enfermo, pero cuando se le da pastillas que le permiten no convulsionar y estar anímicamente bien, considera que su niño está sano. En ambas zonas, mientras el niño continúe activo y siga jugando, no necesita ir al Puesto o a otro curador externo, está sano. En resumen, los dos aspectos más importantes para definir el estado de salud son el juego y el hecho de que el malestar sea manejable dentro del ámbito doméstico.

Solamente las madres (de Independencia y Chocas Medio) que han seguido algún curso de capacitación en el cuidado de

los niños o que se han formado como promotoras, añaden a esta representación de la salud el peso y la talla (de acuerdo a la edad) como otros indicadores del estado de salud. En estos casos, los conocimientos biomédicos se añaden al sistema de representaciones de las madres, sin transformar el núcleo central de éste.

Sintetizando las representaciones de las madres de ambas zonas respecto a los conceptos de salud y enfermedad, se puede distinguir entre tres tipos de respuestas para el primero y una precisión para el segundo:

- Están sanitos cuando están alegres, juguetones, comen bien, son traviesos;
- Están sanitos, aunque tienen "moquitos", tos, gripe, estómago flojo o están bajos de peso;
- Están sanos mientras no presenten alguna crisis (epilepsia);
- Están enfermos cuando son fastidiosos: no comen, lloran o son renegones, o cuando los "bronquios" o las diarreas les dura varios días y que están acompañadas de "calentura" (fiebre).

4.2.3 Acciones y conductas para mantener la salud de los menores

En las representaciones de las madres, los aspectos fundamentales para mantener la salud son la alimentación y la limpieza. A nivel del discurso, es la madre la responsable de realizar las actividades que aseguren estos aspectos. En la práctica intervienen las abuelas o las hijas mayores, sobre todo si la madre trabaja fuera del hogar

4.2.3.1 La lactancia

Las madres perciben la importancia fundamental de la lactancia materna. El término de "lactancia exclusiva" es utilizado

por las madres de ambas zonas que tienen contactos continuos con los servicios de salud. Los términos de "*comida sana*" o "*comida sin condimentos*" son utilizados por las madres de reciente inmigración o por las que no utilizan los servicios de salud. La costumbre de dar otros líquidos a los niños a partir de los dos meses (agüitas) y de añadir alimentos cocidos y aplastados desde los cuatro meses, prolongando la lactancia hasta los dos años, indica la gran distancia entre los consejos del personal de salud y la práctica de las madres, incluso cuando éstas aceptan y utilizan los términos y conceptos de los primeros¹².

Existen varias explicaciones dadas para la lactancia prolongada. Las madres dicen: "*Me da pena que llore, es tan chiquito*" o "*Para que no llore de hambre*". La lactancia prolongada es más frecuente en las zonas de Río Seco y Chocas Alto y coincide con la mayor pobreza de las familias. La situación económica es la que rige estas conductas, aunque a ella se une la creencia de que los menores no deben comer comida recalentada. No obstante, es lo que practican las familias en las que la mujer trabaja o cuando los recursos económicos sólo permiten cocinar una vez al día. Es posible que el deseo de la madre de prolongar el contacto juegue un papel en ello. El destete significa desprenderse del niño, viniendo a ser el primer signo de autonomía con relación a la madre. A la edad de un año, el niño generalmente come la comida de los adultos, aunque siga recibiendo adicionalmente leche materna.

4.2.3.2 *La alimentación complementaria y la comida adulta*

Entre las zonas, el tipo y la calidad de los productos difieren por su utilidad percibida (véase Cuadro 1).

12 Entre las razones por los que "*les hacen probar*" lo que están comiendo los adultos, están: "*Para que no se antoje*" o "*Para que su estomaguito se vaya acostumbrando de a poquitos con lo que comen los mayores*". Estos datos coinciden con aquellos presentados en el Capítulo 5 [Suremain].

Cuadro 1: Alimentación complementaria y utilidad percibida por zonas

Productos	Utilidad percibida	Zonas
Menestras	<i>Para que su estómago lo haga más fuerte, sino cuando están grandes, les da diarrea; Para que crezcan; Tienen bastante vitamina y alimentan bastante.</i>	Chocas Ermitaño
Huevos	<i>Para su crecimiento, para que se formen bien sus huesecitos; Tiene un poco de calcio, tendrá pues vitaminas.</i>	Chocas Ermitaño
Manzanilla	<i>Es fresco, es bueno para el calor interior; Cuando le duele la barriga, para los gases; También es buena cuando el bebé no puede orinar.</i>	Chocas Ermitaño
Fideos	<i>Eso llena nomás; Para que lo sostenga.</i>	Chocas Ermitaño
Arroz	<i>Es cereal, harina nomás, llena; Es un cereal que da fuerzas.</i>	Chocas Ermitaño
Pan	<i>Para engordar, será... Es mucha harina, no es alimento; Aunque parezca mentira, es alimento, me dijo el doctor.</i>	Chocas Ermitaño
Zanahoria	<i>Para la vista es bueno.</i>	Chocas
Mantequilla	<i>Es bueno, porque es de leche; Desgasta mucha energía, es bueno para que recupere sus grasitas.</i>	Chocas Ermitaño
Plátano	<i>Tiene vitaminas; con leche es bueno para los pulmones; Tiene bastante vitaminas para que complemente las comidas.</i>	Chocas Ermitaño
Verduras	<i>Tiene vitaminas, para que crezcan fuertes; Para que vaya amoldándose el estomaguito a la comida de nosotros.</i>	Chocas Ermitaño
Papa	<i>Es alimento; Para que le llene nomás; No es alimento.</i>	Chocas Ermitaño
Leche	<i>Para que crezca, tiene vitaminas.</i>	
Quaker	<i>Porque el agua sola no llena; Es pura harina.</i>	Chocas
Pescado	<i>Es bueno para que tenga buenos dientes; Es bueno para el fortalecimiento de los huesos y si es en Chilcano* sirve para el cerebro.</i>	Chocas Ermitaño
Hierba Luisa	<i>Le limpia el estómago; Corta la grasa; Para la digestión.</i>	Chocas Ermitaño
Papa amarilla	<i>Tiene un poco de vitaminas; Es más suave para el estómago del niño.</i>	Chocas
Orégano	<i>Para que no le haga mal las comidas pesadas.</i>	Ermitaño
Pollo	<i>Tiene muchas hormonas; Lo crían a base de medicinas; Lo comemos para decir que uno come carne, no es como la gallina de casa que es mejor.</i>	Chocas
Frutas: manzana, naranja, mango	<i>Para que el sistema nervioso se relaje y duerma bien; Al tener bastante sodio son buenos para la garganta y las amígdalas; La naranja no es buena para el niño, irrita la garganta.</i>	Ermitaño Chocas
Anís	<i>Para que le baje la barriguita que se le empacha por la leche; Para que le ayude a botar su chanchito.</i>	Chocas

* *Chilcano*: sopa o caldo que preparan las mujeres, haciendo hervir las cabezas de pescado con determinadas hierbas, y a la que atribuyen un gran poder nutritivo. Lo usan para evitar la anemia y sobre todo para favorecer el desarrollo de la memoria y de la inteligencia.

Las madres llaman comida "*sana*" o "*balanceada*" a aquellos alimentos que contienen energía y proteínas, o a productos "*naturales*" como la carne, el huevo y las menestras. Las madres en la zona rural mencionan también las verduras¹³, mientras que en las zonas urbanas sólo lo hacen cuando se les repregunta. Hasta que aparecen los primeros dientes, los alimentos consisten en papillas (papa, camote, zapallo, plátano) u otra fruta y aquellos que contienen calcio y calorías. Después de un año de edad, la base fundamental de la alimentación siguen siendo los líquidos y alimentos ricos en calorías. Las enfermeras del Programa CRED de los servicios de salud han intentado corregir la práctica que favorece los líquidos frente a los alimentos ricos en nutrientes, aconsejando a las madres que dejen la sopa para después del "*segundo*" (plato sólido). El mensaje ha sido entendido pero no integrado, como lo señala una madre:

Cuando despierta le doy su agüita, después a las nueve de la mañana le estoy dando su huevo sancochadito. Después, ella misma empieza a mamar, porque ella no toma biberón. Yo me tomo una taza de quaker regular y ella empieza a amamantar hasta las once de la mañana más o menos, que le doy su sopa de cabellito de ángel con papa amarilla, con un pedacito de carne gallina. Siempre ha comido sopa o segundo. Después, al mediodía, está comiendo su mazamorra de maicena o soya, con su taza de agua; toma un litro, litro y medio de agua. Cuando ella despierta, lo primero que busca es agua; luego, a la una, una y media, se levanta, descansa, reposa una hora, hora y media, de nuevo se levanta, toma su agua, y a las tres o cuatro, le estoy dando su sopa, luego su segundo y a las siete de la noche le doy de mamar y se duerme hasta el amanecer.

Las capacitaciones recibidas han cambiado las terminologías, manteniendo las diferencias entre los conceptos acerca de la alimentación "*balanceada*" o "*sana*". Según el relato, tam-

13 El cultivo principal de la zona de Chocas son las verduras (véase Capítulo 1 [Suremain]).

bién se mantiene la antigua creencia de que la "*bien alimentada*" debe ser la madre para que luego, a través del pecho, ella alimente al hijo aunque esté en edad de poder y deber alimentarse directamente. En la zona urbana, las madres prefieren las sopas espesas, con el criterio de llenar el estómago a pesar de la escasez de dinero. Una de ellas explica:

En una olla pequeña sancocho un pedacito de hígado con un pedazo de zapallo y un pedazo de papa amarilla chica. Se hace un poquito nomás para su comida. Entonces a la hora de servir bien aplastadito, con el mismo caldito, le hago un purecito; todo lo cielo y sale algo cremoso.

El uso de verduras es más frecuente en Carabayllo que en Independencia. La razón expuesta por las madres de Independencia es que las verduras exigen mucha limpieza y el agua que tienen en la zona no la garantiza.

El agua contaminada, siendo un riesgo para la salud, es destinada únicamente al riego de los vegetales. Las casas de la zona cuentan en su mayoría con agua entubada o tanques que no garantizan su potabilidad. Los mensajes de los Programas del MINSA (MINSA & UPCH *et al.* 1996) enfatizan la necesidad de hacer hervir el agua "*para que mueran los microbios*", pero ésta no es una práctica generalizada. Una madre explica:

Yo tenía por costumbre tomar agua del caño hasta que un día que tenía bastante sed, abrí el caño y vi los microbios; como gusanitos en el agua; yo misma descuidada, a pesar de que en el Puesto nos han hablado de los microbios, a veces del agua cruda les hacía el refresco a mis hijos, pero ya les he dicho que si toman, se van a morir porque el agua tiene gusanos; lo hacía para ahorrar el gas y por el tiempo que ocasiona tener agua disponible para consumirla; tenía que hacer hervir el agua, esperar que se enfríe, porque para hacer hervir el agua tenía que hacerlo un día antes.

Este testimonio permite relacionar dos temas importantes sobre los factores de riesgo percibidos respecto a la salud de los niños.

En primer lugar, el concepto de microbios no se refiere al de una entidad invisible o sólo visible por el microscopio, sino a entidades pequeñas que son perceptibles. La mujer creyó en la contaminación del agua sólo cuando ella misma vio los microbios, es decir los gusanitos.

En segundo lugar, parece que no es suficiente conocer las recomendaciones del sistema de salud para practicarlas, lo que comprueba la teoría interaccionista (véase Acápita 2.3). La madre también toma en cuenta los factores de costo y tiempo antes de decidirse a seguir las recomendaciones. Evidentemente, hace un rápido "cálculo" entre la actitud y la acción (véase arriba).

El escaso uso de verduras en la comida de los niños y de la familia en general se debe también a que buscan algo que llene el estómago, lo que no logra el consumo de vegetales.

En Chocas y Río Seco, el pollo es otro caso en el que los conocimientos sobre su importancia nutritiva están en contradicción con las creencias; salvo si se trata de pollos criados en casa. La razón que exponen es que los pollos criados en granja son alimentados con hormonas que afectan a la virilidad de los menores varones: *"El pollo no es bueno, especialmente para los hombres, porque los hace más débiles como hombres"*.

Podría pensarse que, por su contacto con los servicios de salud, las madres consideraban el término *"hormonas"* como un elemento puramente femenino. La lógica subyacente sería que si le dan al varón algo femenino, éste, al crecer, será menos varonil. Sin embargo, testimonios de profesionales de las ciencias médicas y de industrias alimentarias coincidieron en que, hace diez años, en Chile y Perú se observó una alteración física en los niños varones relacionada con la ingesta de pollo¹⁴. Obviamente, en estos casos no estaba comprometida la "virilidad" propiamente dicha, pero sí hubo una consecuencia física, como es el temporal crecimiento mamario que se asocia a

14 En el Perú existen normas que restringen el uso de ese tipo de hormonas aunque no existen estrategias eficaces para su control.

lo femenino. Las madres que observan los efectos dan una explicación lógica. Consecuentemente asumen conductas que para el personal de salud radican más en su ignorancia que en cierto sentido común.

4.2.3.3 Limpieza, lavado y orden

La limpieza, el lavado de la ropa y el orden son nociones relacionadas con la salud de los niños y valoradas por las madres, sobre todo de la zona urbana de Independencia. La observación directa mostró que este valor no siempre se convierte en práctica cotidiana debido a las condiciones de la vivienda y del entorno. Los niños juegan en el suelo, recogen lo que encuentran o incluso se acercan a objetos filosos u oxidados. La madre se limita a decirles: "*¡No agarres eso!*" o "*¡No te acerques ahí!*" No se apresura a retirar el objeto o a vigilar al niño. Hay en ello una especie de adaptación a las condiciones de vida que hace que perciban el entorno como "*normal*" y que influye también en las prácticas de crianza. Cuando se trata de madres verdaderamente cuidadosas, el interior de la vivienda está limpio, pero el entorno de la casa puede representar un permanente factor de contaminación. La basura frente a la casa o en las aceras, los caminos de tierra, el polvo, la contaminación por las fábricas o pequeñas empresas cercanas son factores difíciles de controlar y que las familias aceptan finalmente como "*normales*".

En Independencia, el valor de la limpieza señalado en el discurso, está en contradicción con las posibilidades que les brinda el entorno y con las condiciones de vida para ponerlo en práctica. En cambio, en la zona rural de Carabayllo, donde las condiciones de vida son aún peores, algunas madres han llegado a relativizar el valor de la limpieza, que no pueden practicar, con frases tales como: "*En verdad, señorita, si uno cuida mucho al niño, que esté limpiecito, que no se ensucie, peor es, porque el niño es más enfermizo*".

Las otras dimensiones del desarrollo del niño, como la estimulación psicomotriz temprana, el desarrollo del lenguaje

y la socialización, son dimensiones que las madres no reconocen como necesarias de ser apoyadas y menos aún por ellas. En ambas zonas, aunque con mayor frecuencia en las zonas rurales, asumen que son funciones de los centros educativos, como el PRONOEI o las escuelas. No obstante, sin ser conscientes de ello, en su relación con los niños las madres las practican.

En las tres localidades de Carabayllo, el juego aparece como un elemento importante en la relación madre/n niño: ellas juegan con sus bebés, los llevan en brazos, los levantan y les hablan. Más tarde, los pequeños comparten los juegos con sus hermanos mayores o con vecinos. Cuando el niño es mayor de cinco años, especialmente cuando tiene un hermanito o una hermanita menor, el juego se convierte en un obstáculo y fastidio para las madres. En esa etapa, la madre necesita al menor como apoyo o ayuda para diferentes tareas, tales como ir de compras a la bodega cercana o ayudarle a llevar cosas. Si el juego impide esta ayuda, la madre lo percibe como algo negativo, reprime y hasta puede llegar a castigar al menor.

No sólo son las ocupaciones de la madre las que limitan sus posibilidades de apoyar el desarrollo psicomotor de sus hijos, también intervienen algunas creencias sincréticas. El caso de un niño que comenzó a levantar la cabeza y a sentarse cuando tenía aproximadamente nueve meses, puso de manifiesto una creencia con relación al bautizo como protector de la salud. La falta de bautizo obliga a las madres a limitar las salidas del niño del hogar, porque puede ser llevado por "*el duende*" o "*diablo*". Las madres que no conocen las prácticas que disminuirían el peligro (hacerlos dormir con una tijera en cruz cerca de la cama), prefieren no mover mucho al bebé. Las explicaciones, aparentemente no relacionadas con la salud del niño sino referidas al bautizo, revelan también la importancia de la elección del padrino como estrategia de supervivencia, no sólo del bautizado sino incluso de la familia entera (véase Capítulo 5 [Suremain]). El proceso de elección de un buen padrino explica por qué la familia decide postergar el bautizo, lo que conlleva las consecuencias descritas para el desarrollo del niño.

La necesidad de tener al niño seguro sin que ello impida la libertad de acción de la madre cuando no dispone de ayuda para vigilarlo, provoca el uso temprano e inadecuado de las andadoras. El niño no gatea y está más expuesto a accidentes, especialmente si la casa y su entorno inmediato tienen una topografía irregular (laderas de los cerros, por ejemplo).

4.2.3.4 *El lenguaje y el reconocimiento de su cuerpo por parte del niño*

Las madres dicen que el reconocimiento de los nombres y partes del cuerpo se enseñan a los hijos mediante preguntas ("¿Cuál es tu nariz, boca, oreja?"). Si el niño tiene dificultades para hablar (tartamudeo o mala pronunciación), las madres y abuelas usan generalmente el castigo para corregir el problema.

En Chocas Medio consideran que un niño está desarrollándose bien cuando: *"Está atento, va conociendo los objetos y llevándolos a su boca"*. Las madres practican, sin mencionarlo explícitamente, la estimulación temprana: *"Enseñándole... Por ejemplo, mi niña ya sabe las partes del cuerpo que a su edad ya debe conocer"* o *"Llamándole, diciéndole que no agarre, se le enseña que hay otras personas también"*.

Las madres de Independencia y de Chocas Medio que han tenido mayor contacto con los servicios de salud, mencionan como práctica importante el periódico control médico: *"Hay que cuidarlos, llevando a su control"*; *"Las enfermedades se previenen a través de las vacunas"*; *"Los niños tienen un control especial, es el control de niño sano"*.

Este control debe ser regular: *"Desde el mes hasta los cinco años"*; *"Allí ven al niño, su crecimiento y desarrollo"*; *"Le evalúan de la edad, lo que va creciendo de peso, crecimiento, su desarrollo y sus movimientos, movimientos de pies"*. Mencionan que el crecimiento se relaciona con el peso, la edad y el físico del niño mientras que se desarrolla mentalmente: *"Su crecimiento físicamente, su desarrollo puede ser mentalmente"*. Pese a estas afirmaciones, el personal de salud señala que usualmente las madres

llevan al niño al control sólo hasta cuando tenga un año momento en que concluyen sus vacunas.

4.2.3.5 La afectividad

La estimulación afectiva también es considerada importante, pero se practica sólo hasta el destete o hasta que nazca un hermano menor. Globalmente, las madres pasan bruscamente del amor al castigo, a la disciplina y obediencia, especialmente si el niño es varón. Por una parte, su discurso destaca la importancia del afecto en frases como: *"El cariño es importante para su adecuado desarrollo"*; *"Cuando no hay cariño, un niño no puede desarrollarse bien, están tristes... dicen, hay mi papá, hay mi mamá"*. Por otra parte mencionan:

Señorita, la letra con sangre entra, si no los castigamos, se vuelven desobedientes, especialmente si son hombrecitos; A mi hija le doy cocachos, pero a mi varoncito con correa tengo que darle para que obedezca y curtido nomás se vuelve.

A menudo, las madres no encuentran otra opción para incentivar a los niños a ayudarles con sus quehaceres domésticos.

4.3 Prácticas para la recuperación de la salud e itinerarios terapéuticos

Como ya hemos señalado (véase Acápite 4.2.2), el niño está enfermo cuando sus molestias y los signos de las mismas impiden a las madres poder resolverlos en casa. Definen el estado de enfermedad, el tiempo de duración de la dolencia y los signos como la *"fiebre alta"* (comprobada generalmente por el tacto y no mediante la utilización de un termómetro), las náuseas, los vómitos y las convulsiones.

Cuando el niño tiene un episodio de enfermedad, es la madre la que generalmente se da cuenta y que le proporciona

sus primeros cuidados. Excepcionalmente, es el padre o la abuela materna los que observan primero la alteración del estado de salud del menor. En Carabayllo existen algunas diferencias entre subzonas con relación a quién observa primero esta alteración. En Chocas Medio y en Río Seco puede ser cualquier miembro de la familia extensa el que detecta un estado de enfermedad, con frecuencia la abuela materna o paterna. En Chocas Alto, en cambio, es sólo la madre (que vive más aislada) la que identifica el malestar.

Si bien el diagnóstico "*está enfermo*" no representa el inicio de la enfermedad (salvo que los signos sean muy serios), tampoco corresponde necesariamente al momento de acudir al servicio de salud. La madre, sola o por sugerencia de los miembros de la familia (su propia madre, su suegra y excepcionalmente el esposo), inicia un recorrido terapéutico de diferentes etapas. Generalmente, éstas son independientes del grado de acercamiento que tengan las madres con los servicios de salud. El itinerario varía en función de las alternativas de las cuales la madre dispone desde el punto de vista de su cultura, de acuerdo a su nivel de vida y según el resultado de la estrategia elegida. No siempre termina en los servicios. Las madres usan simultáneamente los recursos de la biomedicina, de la medicina popular y de la medicina "tradicional".

En Independencia, la madre, al darse cuenta de las molestias o cambios de conducta del niño, tiende al uso de terapias de la medicina tradicional o a la medicación con productos farmacéuticos que ella conoce y considera apropiados. Sólo en tres de los casos estudiados, la madre acudió de inmediato al Puesto o al Hospital. Cuando el remedio popular o tradicional no tiene efecto, en la mayoría de los casos piensan y acuden a los profesionales de la medicina moderna, sea a los del sistema privado o a los servicios públicos. Una minoría acude a la farmacia o al uso de una receta utilizada en episodios anteriores de la misma dolencia en otro miembro de la familia. La mayoría de los itinerarios en esta zona consisten en dos o tres pasos (uno llegó a seis pasos).

El itinerario terapéutico en toda la zona rural contiene más pasos. Se utiliza la opinión del farmacéutico como alternativa cuando fracasó la medicina tradicional. Casi siempre el último paso es el de la biomedicina, trátase del médico particular o de los puestos de salud. En esta zona, dos elementos definen los itinerarios terapéuticos: (i) la determinación de la gravedad de la enfermedad; y (ii) la presunción diagnóstica de su causa.

4.3.1 *Determinación de la gravedad de la enfermedad*

Las madres construyen el itinerario terapéutico según el estado de gravedad percibido de la enfermedad del niño, tomando en cuenta las características de su conducta y la presencia de ciertos signos:

- El niño carece de apetito, se aburre, está enojado o molestando a la mamá, es llorón o está decaído y con insomnio;
- Los cambios físicos como palidez, hundimiento de los ojos (frecuentemente mencionado en Chocas Alto), hundimiento de la cara (también lo denominan "*cabeza chiquita*") y enrojecimiento (por la fiebre);
- El malestar del cuerpo, el cuerpo hundido (relacionado con la diarrea), la disminución de peso, la debilidad (no poder sostenerse en pie), el ponerse amarillo por el asma o el frío acompañado del aumento de la presión ("*escalofríos*", aunque no mencionan el término).

Estos síntomas por sí solos no necesariamente indican un malestar grave, sino una condición de enfermedad. Sin embargo, su combinación o suma con otros signos representan un agravamiento de la enfermedad y una indicación para tomar otras medidas. A partir de este momento, la madre dice: "*Se agravó*" o "*Se puso grave*". Si el niño sólo tiene tos o dolor de garganta, la enfermedad es "*leve*", pero si se añaden la fiebre o la gripe, será percibida como "*grave*", como en el caso de los "*bronquios*". Si tiene sólo diarrea, no es "*grave*", pero si se añaden

de el hundimiento de los ojos, el malestar del cuerpo será "grave".

Otra señal de gravedad es la persistencia de uno o varios de estos signos. Si dura mucho tiempo, la enfermedad es "grave". El tiempo de duración va de una o dos semanas a un año. Sin embargo, cuando se habla de lapsos muy prolongados parece más bien que diferentes episodios independientes de una misma enfermedad son considerados como una sola enfermedad de larga duración. Por ejemplo, si el niño se enfermó con gripe, todas las veces siguientes que se enferma de lo mismo, son consideradas como una sola enfermedad. Finalmente, el costo del tratamiento y la duración de la estadía en los servicios de salud son considerados como signos de gravedad.

4.3.2 Las causas de la enfermedad y los itinerarios terapéuticos

El primer diagnóstico se sitúa dentro de un mundo de explicaciones tradicionales. La madre piensa primero en "susto", "mal de ojo", "volteada de estómago" o en la influencia de algún fenómeno natural como "el cerro", "el sereno"¹⁵ o en el desequilibrio corporal por la influencia del ambiente (frío/calor) o "aire", etc. Estos primeros diagnósticos explican el uso extendido de hierbas y de otras terapias tradicionales (pasado de cuy o huevo, uso de ladrillos calientes o los rezos). Las madres que conocen la biomedicina utilizan, además, los medicamentos que le sirvieron en situaciones que, según ellas, fueron parecidas.

15 El "susto" es el efecto de un acontecimiento inesperado o accidente. El "mal de ojo" es la acción, voluntaria o no, de una persona que tiene "ojo fuerte". En ambos casos se debe recurrir a especialistas de la localidad. En Chocas Medio, algunos miembros de la familia han aprendido a tratarlo. Los términos "el cerro" (*apu* en quechua) y "el sereno" designan la relación del hombre con elementos de la naturaleza. En el primer caso es la influencia dañina de algún cerro al que el niño no ha sabido respetar (ejemplo pasar o bajar jugando). En el segundo caso es la influencia de la humedad de la noche, en especial cuando se expone la ropa lavada del niño a esa humedad.

El fracaso de la medicina popular o tradicional hace pensar a la madre en el posible "acompañamiento" de otras causas que son conocidos por los médicos. Se dirigen entonces a éstos.

Cuando acuden a la biomedicina, no siempre prefieren el Centro de Salud más cercano, sino al médico particular o un servicio de salud más grande. Algunas veces transcurren más de dos días entre el inicio de las molestias, el tratamiento popular o tradicional y la decisión de la madre de llevar al niño al servicio o al médico particular. Las razones que dieron para la demora son el costo de la atención, la distancia o la escasa confianza en el personal de salud.

El saber tradicional o popular sigue guiando las conductas de las madres aún en los momentos en que deciden acudir a un servicio de salud. Así, una madre joven cuenta:

Regresando del Puesto con la receta que me dieron, mi mamá me dijo que era mejor la violeta genciana. Entonces se envolvió el dedo con un algodón y lo empapó la boca con violeta genciana; hasta la lengua le dolía, pero fue bien y se curó.

Hay casos en que utilizan los dos tipos de conocimiento y de terapia simultáneamente. Entonces el resultado satisfactorio será atribuido por la madre a la terapia tradicional. Una madre dice:

Mi hijito tenía fiebre alta y estaba que saltaba; lo llevé al Hospital y allí la enfermera le puso una inyección y me dijo que me quede cuidando, que entre de una media hora le iba a bajar la fiebre. Pero cuando ella se salió, yo le pasé el huevo por todo su cuerpecito, rezando. A los pocos minutos, mi hijito comenzó a sudar y a bajarle la fiebre. La enfermera que entró me gritó bien fuerte: '¿Qué le has dado a tomar a tu hijo?', me dijo, 'cuidado que le hayas dado algo por la boca'. Yo le aseguré que no le di a tomar nada. Pero mi hijito se sanó con el huevo que le pasé.

Las abuelas, especialmente las maternas, influyen en las decisiones de las madres, creando conflictos entre los conoci-

mientos biomédicales adquiridos y los saberes tradicionales. Una madre explica:

Mi niñito tenía empacho y yo iba a ir a la farmacia para comprar algunos laxantes, esos tipo chocolatitos, pero mi mamá me dijo 'para qué vas a gastar en remedios, eso se cura con un enema'. Yo no quería porque es hombrecito, pero ella puso en esos pomos que hay para enemas medio litro de agua caliente de manzanilla con jabón para lavar ropa; esperó que se entibie y se lo puso por el ano. Después, lo samaqueó de cabeza bien fuerte. A mí me asustó y pensé que se le iba a salir hasta por las orejas. Mientras mi hijo lloraba, ella lo envolvió en una sábana y siguió samaqueándolo cargado por toda la casa hasta que el niño pidió desesperado el bacín; botó una gran cantidad. Así mi mamá lo ha hecho botar las cáscaras de mandarina, de naranja, pedazos de envoltura de galletas.

En ambas zonas, las opciones para recuperar la salud son muy variadas y las mujeres hacen uso de ellas. Los recursos económicos de los que dispone la madre en el momento de escoger una opción médica es un factor importante¹⁶. Cuando la gravedad de la enfermedad y el fracaso de las primeras opciones implica la necesidad de acudir a recursos biomédicales, la madre se dirige en primer lugar a la farmacia si no tiene suficiente dinero.

4.3.3 Representaciones sobre la causalidad de las enfermedades del niño

Durante los talleres, en los cuales se aplicó la técnica del gráfico del árbol (véase Acápite 3.1), los grupos de madres de familia, padres y promotoras ordenaron las causas directas e indirectas de las enfermedades de los niños en varios niveles.

16 Cuando el niño está en un colegio estatal (jardín o inicial), la madre hace uso del seguro escolar gratuito y acude al Puesto o Centro médico estatal más cercano.

4.3.3.1 El nivel fenoménico

En ambas zonas, se han identificado las diarreas ("*estómago sucio*", "*fiebre*" o "*infección al estómago*" según la gravedad percibida), los "*bronquios*", la tos, el escorbuto, el sarampión y el "*susto*" como principales enfermedades infantiles. El grupo de padres añadió: oxiuros, acarosis y salpullido en la piel. Las madres consideraron la acarosis como "*alergia*". El "*susto*" es percibido como enfermedad o como causa asociada a diarreas u otras molestias (inapetencia, cambio de carácter, etc.).

Los cuidadores del niño distinguen más de un tipo de diarreas, diferenciadas por el color y la consistencia de las deposiciones. Cada tipo tiene causas inmediatas diferentes y, consecuentemente, terapias distintas. Existe la diarrea por frío, la diarrea por "*susto*" y la diarrea debida a conductas "*incorrectas*" (manos sucias o frutas o verdura mal lavadas). En Chocas, la denominación de la enfermedad ya va indicando la causa inmediata. Se denomina "*estómago flojo*" cuando es sólo diarrea; "*Su barriga se ha bajado*" cuando está acompañada de vómitos; "*Su barriga se le ha venido para arriba*" o "*Se le ha movido*" cuando está acompañada de fiebre. La "*barriga hinchada*" es signo de presencia de parásitos o "*bichos*".

Los cuidadores mencionan "*bronquis*" y las "*neumonías*" para las infecciones respiratorias agudas. Los diferencian de la tos o gripe que es un estado de enfermedad leve a la cual casi no prestan atención, sólo untan el pecho del niño con pomadas comerciales o mates y lo frotan con eucalipto. En Chocas consideran que el asma es un agravamiento por descuido en la atención de la tos que afecta los pulmones. Los "*bronquios*" o "*bronquis*" es una enfermedad más grave que también se origina en la tos, pero que afecta a los bronquios y que se caracteriza por la presencia de otros síntomas (secreción, disnea o fiebre). Según una madre:

La tos afecta a los pulmones; los bronquios no es igual; la tos es más leve, pero tampoco quiere decir que vamos a descuidar.

Cuando está tosiendo se le puede complicar; puede venir el asma cuando está mal curada la tos; la enfermedad pasa a los bronquios. Se agita, le falta la respiración, tiene ronquido, bronquitis, así ronca el pecho... Los bronquios debe ser tos fuerte, ya hay flema. De la tos pasa a los bronquios, es más grave.

En la zona rural, algunas madres consideran a los "bronquios" como una enfermedad crónica. La primera vez que le da al niño, es percibida como inicio de una enfermedad constante y los nuevos episodios como agravamiento: "A los pocos días de nacidita le dio los bronquios y así sigue hasta ahora".

Como enfermedades de la piel y mucosas reconocen en ambas zonas a los granos, el escorbuto ("paco") y a las manchas en la piel llamadas "canchas". Las familias procedentes de zonas de la Sierra denominan esta enfermedad "aras" o "kcara". Tiene como causa inmediata "el daño" (la influencia de una persona enemiga).

La varicela y el sarampión son enfermedades "naturales" de la piel y su gravedad depende del entorno en el que se adquirió. Es "varicela del aire" si se inició cuando el niño jugaba afuera y es "varicela de la casa" si se inició dentro del hogar. La primera es "leve" y casi no necesita cuidados, mientras que la segunda es más "grave". El niño tiene que estar bien abrigado y no debe salir.

Finalmente, el "susto" y el "mal de ojo" son enfermedades que afectan a todo el cuerpo, provocando fiebres y diarreas.

4.3.3.2 El nivel de las intermediaciones

La causa intermedia de los "bronquios" se sitúa en el ámbito de las condiciones de vida (el polvo de la casa) y de la contaminación ambiental (humo proveniente de los vehículos y fábricas). Dice una madre:

Por decir, hay carros que botan humo, o sea humo negro... Mayormente también por la contaminación de las fábricas en las ciudades, las fábricas; y por el acumulo de desperdicios en la vía publica. Hay otros que por botar... a veces dejan la basura, se

acumula en una esquina de una calle; entonces el niño va a veces, juega con esa suciedad de la basura.

En ambas zonas, las causas directas de la *"infección del estómago"* o diarreas se deben a la ingesta de tierra o papel, de alimentos o frutas sucias, a la ausencia de higiene personal de la madre y a la manera de ser del niño (*"Es que no saben"; "Son traviesos e intranquilos"; "Juegan con tierra"; "Tienen manos sucias"*). Las madres que han recibido algún tipo de capacitación de los servicios añaden: *"No tienen muchas defensas"*.

Raras veces se menciona el descuido de la madre o *"dejadez"* (refiriéndose al desorden) y siempre se refiere a otras madres. Las promotoras enfatizaron el *"desconocimiento"* de las madres acerca de la crianza de los niños. Para algunas se trata de la falta de información proporcionada por los servicios de salud sobre las formas de cuidar a los niños, mientras que para otras significa la falta de comunicación de las madres jóvenes con sus propias madres, depositarias del saber y que poseían la experiencia: *"Porque no salen de ser hijos y ya son miamás y no comunican con sus propios padres"*.

4.3.3.4 El nivel general o el nivel de las estructuras

Las principales condicionantes indirectas o estructurales de las enfermedades que las madres de familia de Independencia señalan, son las siguientes:

- El factor climatológico: el frío que ocasiona los *"bronquios"* (*"El cambio de clima y porque mi niño no se acostumbra al invierno"*);
- La contaminación ambiental (*"Los motores de las fábricas botan todos esos tóxicos"*) y la acumulación de desperdicios (*"La Avenida Tupac, todo está de basura"*).
- La falta de control por parte de las autoridades municipales (basura en las calles) y el insuficiente número de camiones de basura;

- El incremento de la población ("*Hay mucha gente*") que ocasiona desorden y congestión;
- El Gobierno que es responsable de la falta de trabajo y del escaso poder adquisitivo de las familias.

En la zona rural mencionan:

- El bajo poder adquisitivo ("*Los bajos ingresos económicos*" o "*Por falta de dinero; no ganamos bastante*");
- La situación económica a nivel mundial que influye en la economía del país ("*Todos estamos así a nivel mundial*");
- El Gobierno, la política de privatización y la "*falta de apoyo al sector agrícola*".

En ambas zonas, las poblaciones relacionan fácilmente los problemas concretos con un nivel de explicación global.

4.4 Percepciones y posiciones de las madres con relación a los servicios de salud

Fue muy difícil aplicar la técnica de observación directa a las relaciones médico/paciente ya que los primeros no permiten la presencia de terceras personas durante las consultas. Las nuevas reglas de trabajo les obligan a cumplir con la mayor cantidad de atenciones posible, lo que ha disminuido notablemente el tiempo que dedican a cada paciente¹⁷ (véase Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]).

En general, las madres no están totalmente satisfechas con la atención que brindan los servicios, aunque sus valoraciones dependen del lugar al cual acuden regularmente.

En Independencia, sólo el 23% de las madres entrevistadas recurren regularmente al Centro de Salud de Ermitaño y

17 Sólo en dos ocasiones se pudo observar la actitud del profesional cuando una paciente interrumpió la entrevista para preguntar algo al doctor. En ambos casos el profesional reaccionó con fastidio.

lo hacen para cualquier enfermedad que afecta a sus hijos. El 15% lleva a sus hijos únicamente para las vacunaciones y al control del crecimiento. El resto lleva sólo a sus hijos que están en edad escolar, porque se benefician del seguro escolar gratuito. Un 13% que antes llevaba a sus hijos, ya no lo hace porque ahora cuentan con otro tipo de seguro o porque estaban muy descontentas con la atención la última vez que los llevaron.

De manera general, las quejas principales de las madres se refieren al horario de atención, al tiempo de espera y a la antigüedad del equipamiento. Tienen que sacar el ticket de atención temprano en la mañana, y la espera por la consulta puede demorar hasta tres o cuatro horas. La consulta misma es tan rápida que el médico no examina detenidamente a los niños. Afirman que, en comparación con un médico particular, éste se toma más tiempo y hace más preguntas.

Otro motivo de queja son las medicinas. En la opinión de las madres, la medicina que les recetan no es lo suficientemente "fuerte" y no cura al niño, por lo que se ven obligadas a buscar la curación en otra parte, habiendo hecho un gasto que consideran inútil.

Las recomendaciones acerca del trato son generales y se refieren a que a veces el personal pierde la paciencia, aunque el trato es mejor que antes. Las peticiones o sugerencias se centran en el pedido de incorporar a más profesionales médicos y mayor y mejor equipamiento para el Centro.

En Chocas, el Puesto es de reciente creación y el personal debe atender adicionalmente otro Puesto de Salud. La escasa duración de las consultas y el constante cambio de personal no logran ganar la confianza de la población. Frente a esta situación, existen ventajas que la población reconoce como tales, como su accesibilidad, la rapidez de la atención, los bajos costos de los medicamentos (señalados especialmente en Chocas Medio) y el buen trato que reciben (especialmente por parte de la doctora). En Chocas Medio, están menos satisfechos respecto al trato por parte de las enfermeras.

Al igual que en la zona urbana, las madres tienen poca confianza en la efectividad de los medicamentos. Aseguran que las medicinas de la farmacia del Puesto son de baja calidad ("*No son de laboratorio*") y que, por ser baratas, no son buenas. También reclaman una mayor especialización del personal. Aseguran que los médicos especialistas (obstetriz, pediatra, odontólogo) casi nunca se aparecen, y cuando lo hacen hay una cola larga. Otro motivo de queja es la falta de equipamiento. Las madres piden que los análisis se efectúen en el Puesto. Otro problema es el horario de atención que es sólo en las mañanas, cuando la mayoría de las madres están trabajando en las parcelas.

5. Síntesis de los resultados

5.1 Los conceptos de salud, de crecimiento y desarrollo del niño

Las nociones de salud y enfermedad se distinguen, pero sus límites difieren de los que establece el discurso biomedical. Las narraciones sobre los procesos de enfermedad y los itinerarios terapéuticos permiten definir el complejo concepto de gravedad e identificar los factores que entran en juego en los procesos de decisión de las madres con relación a la salud de sus niños.

Las representaciones del proceso salud/enfermedad, definitivamente no se refieren únicamente a la entidad biopsicológica que constituye el niño. Tampoco se limitan a una percepción que integra estos estados en el contexto social y natural (clima y condiciones de vida). Lo más significativo del estudio ha sido descubrir que en las representaciones interviene también el cálculo de la capacidad de manejo de la situación del niño. Las diferentes situaciones que presentan los niños calificados como sanos y que no lo estarían según el lenguaje biomédico, así como la apreciación de los niveles de gravedad, de-

muestran que el punto central del discurso es la posibilidad o no de manejar la situación o problema sin tener que recurrir a una ayuda externa. Este manejo no sólo implica el cálculo de los gastos, sino que incluye la incertidumbre y la incomprensión que inciden en la ausencia o limitación del diálogo durante los contactos con el personal de salud.

5.2 El complejo concepto de "gravedad"

El concepto de gravedad se aprecia según cuatro dimensiones complementarias.

- La presencia de señales físicas combinadas como fiebre, ahogo y dolor de garganta y señales bronco-pulmonares. También incluye las señales psicológicas tales como el mal humor, la inactividad, el cansancio, el insomnio y la "*depresión*" (mencionado con este término por las madres). La depresión se manifiesta en que el niño se refugia con su madre durante la noche;
- La terminología de los médicos que queda grabada en la memoria de la madre: tener bronconeumonía o tener bronquitis, que no es lo mismo que sufrir de "*bronquios*" o de una infección respiratoria. La mención del diagnóstico médico remite a experiencias previas (personales o de terceras personas, generalmente parientes) con estas enfermedades;
- Las medidas que se tuvieron que tomar para curar al niño y el tiempo del proceso: llevarlo al Hospital, a la clínica particular o al Puesto, si tuvieron que aplicarle ampollas o inyecciones, si tuvieron que internarlo, si tuvieron que hacer una transfusión de sangre. Estas medidas "*explican*" por sí solas el grado de gravedad de la enfermedad;
- El elevado gasto en medicinas, consultas, análisis, etc.: un mayor gasto en salud remite a una enfermedad de mayor gravedad, que requiere una mayor atención.

5.3 Percepción del estado de gravedad y de la acción terapéutica

En primer lugar, es la cuidadora principal o aquella persona que tiene influencia sobre dicha cuidadora (la abuela materna o paterna y excepcionalmente el padre) la que hace el diagnóstico.

La percepción de las causas del estado de salud del niño se traduce en la inacción o acción inmediata, según la percepción del estado de gravedad. Esto explica los casos en los que no se tomaron medidas al principio, en que se aplicaron remedios tradicionales (hierbas, emplastos, pasada de huevo o de cuy) o se recurrió a la automedicación (pomadas, pastillas e uso de antibióticos recetados por farmacéuticos o por los cuidadores mismos de acuerdo a experiencias anteriores).

La representación que la madre tenga de la causalidad de la enfermedad determina el tratamiento inicial impartido al enfermo. El estado de gravedad define los otros pasos a seguir. Es en este segundo momento que se presentan factores causales de otros sistemas conceptuales, los cuales intervienen en la toma de decisiones.

Antes de realizar los otros pasos del itinerario, las madres toman en cuenta: (i) la situación económica (falta de dinero para el tratamiento y el transporte)¹⁸; (ii) el tiempo (incluye la distancia, la espera en el servicio y la espera para la compra de las medicinas); (iii) las otras ocupaciones que tiene la madre en el hogar o fuera de él; y (iv) el apoyo de familiares (para que cuiden a los demás hijos o para que ayuden en el pago del tratamiento).

18 La situación económica influye en el tratamiento diferencial que realizan para los casos de enfermedad de sus niños cuando algunos de ellos pueden gozar del derecho de seguro escolar. Es indudable que este seguro ha aumentado la posibilidad de atención curativa y preventiva.

5.4 Predominancia y articulación de los modelos explicativos de la causalidad de las enfermedades

El supuesto inicial de que entre las dos zonas de estudio existen representaciones distintas sobre la salud o la enfermedad del niño a causa de la procedencia o el tipo de ocupación de las madres, no se confirma completamente. Las madres han construido explicaciones sobre la causalidad de las enfermedades que corresponden a los tres modelos explicativos de Kleinman (1980): el modelo "oficial" de salud, el modelo "tradicional" y el modelo "popular" (que incluye aspectos de uno y otro modelo; véase Acápita 3.1). Las zonas se diferencian por la predominancia de uno u otro modelo.

La predominancia de un modelo se basa en el tiempo de residencia en una zona. En Independencia, más de la mitad de las familias son inmigrantes de cuarta generación y muy pocas de reciente inmigración. En cambio, en la zona rural de Chocas existen familias que se asentaron hace poco. Si bien todas han tenido alguna relación con los servicios de salud, la aceptación de sus normas y sugerencias respecto al cuidado de los niños no es total. En la mayoría de los casos, éstas no se convierten en prácticas. En primer lugar porque el saber biomédico no desplaza necesariamente al saber tradicional sobre el mismo tema. En segundo lugar, no son sólo los conocimientos los que definen las conductas¹⁹.

El saber médico convive sin conflicto con los conocimientos locales, aunque a veces cambia de significado en la práctica. Es el caso del concepto de "*dieta balanceada*" percibida sólo como dieta espesa, sin tomar en cuenta la calidad nutricional del alimento.

Algunas prácticas no responden tanto a conocimientos sino al cálculo de las propias necesidades de los cuidadores, como

19 Es el ejemplo del bautizo como práctica protectora y estrategia económica de supervivencia, pero que limita a la vez la estimulación psicomotriz.

por ejemplo la lactancia prolongada y el uso de andadoras a partir de los tres meses.

Los diferentes modelos se presentan conjuntamente, aunque no se puede hablar de un sincretismo o hibridación. Por el contrario, mantienen un paralelismo a veces convergente, a veces divergente. Estas tendencias se manifiestan en los itinerarios terapéuticos.

Las divergencias conceptuales a nivel de las causalidades de la enfermedad entre las madres y el personal de salud pueden entorpecer la acción terapéutica de este último. Si la madre no está convencida de la terapia propuesta, se opondrá a ella o no cumplirá las indicaciones (por ejemplo, bañar al niño en agua fría para bajar la fiebre).

La dualidad y no-integración de estas diferentes maneras de concebir la enfermedad y sus causas provocan a veces conflictos al interior de la familia: *"Yo no quería pero mi mamá ha insistido..."*. Esto ocurre especialmente entre las madres que fueron formadas como promotoras y entre aquellas que recibieron charlas sobre diferentes aspectos del cuidado del niño.

La percepción del estado de enfermedad siempre está acompañada de una presunción de su causalidad. Las madres inmediatamente dan una o varias causas de las molestias observadas. Estas causas directas pueden ser las condiciones de vida, las conductas de los cuidadores o, sobre todo en el caso de las enfermedades digestivas, las relaciones con la naturaleza o con otras personas (desequilibrio térmico, *"susto"*, *"mal de ojo"*, *"volteada del estómago"*, etc.).

La percepción de la causalidad siempre va relacionada a una terapia. Consecuentemente, todas las madres combinan los remedios modernos o inyecciones con remedios domésticos, el uso de hierbas, la pasada de huevo, el rezo y las visitas al Puesto o el consultorio médico.

Aún en aquellas madres que llegaron muchos años atrás o que han nacido en el lugar, en aquellas que han recibido capacitación en el cuidado de sus hijos o que han sido formadas como promotoras, subyacen percepciones de causalidades pro-

venientes de su cultura de origen. La percepción causal tradicional no se aplica solamente a las enfermedades raras o complicadas, sino a las más comunes y frecuentes o a las infecciones contagiosas.

Es este tipo de enfermedades y de acciones preventivas que expresa mejor el paralelismo explicativo que se ha mencionado en párrafos anteriores. Todas las madres aceptan que las vacunas previenen o disminuyen las enfermedades contagiosas. Sin embargo, para ellas, la causa no son los virus sino las condiciones del ambiente, o consideran la enfermedad como algo natural, sin causa. Es el ejemplo del sarampión y de la varicela, denominados "*enfermedades naturales*" con tipos diferentes, de acuerdo al ambiente que las produjo. Si se analiza el discurso sobre causalidad y práctica, es difícil entender por qué estas madres hacen vacunar a sus hijos. Una posible explicación podría ser que la observación de la efectividad de las vacunas hace que se acepte su uso, pero no que se modifiquen las representaciones de la causalidad. Es posible que este hecho también se deba a que los servicios no se han orientado a enfatizar la información sino más bien a imponer la práctica, en algunos casos en alianza con otras instituciones del Estado.

Si bien la representación de la causalidad es importante para definir la acción terapéutica, existen otros factores que intervienen en las decisiones: el tiempo de asentamiento en la zona, la presencia o no de familiares influyentes (madre o suegra) y los recursos económicos disponibles.

La coexistencia de diferentes explicaciones causales para un mismo conjunto de molestias o síntomas no es sólo patrimonio de la población. También la casi totalidad del cuerpo de técnicos y profesionales de salud conocen y reconocen como válidas causas tradicionales de la enfermedad. Algunos incluso participan en diagnósticos y tratamientos tradicionales. La diferencia entre el personal técnico y la población consiste en que ésta la convierte en práctica, acudiendo a los curadores de la medicina tradicional o apropiándose ella misma de estas especialidades, mientras que el personal de salud reconoce la

causalidad tradicional, pero no admite la posibilidad de tomarla en consideración en el tratamiento, ni trabajar en coordinación con los especialistas en “medicina tradicional”.

5.5 Similitudes y diferencias en los modelos explicativos entre cuidadores de niños y profesionales de la salud sobre las causas de la enfermedad

El análisis de las similitudes y diferencias entre los modelos explicativos de los cuidadores y de los profesionales sobre las causas de la enfermedad reveló los siguientes procesos (véase Cuadro 2).

Cuadro 2: Percepciones diferenciales sobre las causas de las enfermedades entre el personal de salud y los responsables del niño

Personal de salud	Responsables del niño
Descuido de la madre	Conductas del niño
Virus, bacteria	La naturaleza (<i>apus</i> o <i>cocha</i>) o fuerza magnética de otro (<i>ojo fuerte</i>)
Frío por aspectos climatológicos “cambios” bruscos de temperatura	Frío directo: jugar o dormir en el suelo, tocar agua, consumo de chupetes, lactancia materna
Para las enfermedades respiratorias: descuido de la madre, hacinamiento	Consumo de chupetes, se bañan en el río o se mojan la ropa
Destete prematuro	No lo consideran
Agua, abastecimiento, almacenamiento y uso de “agua cruda”	No le dan importancia, no creen en microbios
Causa de la desnutrición: Ignorancia, idiosincrasia, falta de dinero que no permite una alimentación balanceada	Aparte de la mala alimentación, consideran el <i>susto</i> , parásitos, el consumo de dulces
Defensas bajas	Sólo las que tienen contacto con los servicios
Hacinamiento	No lo consideran
Falta de vacuna	La vacuna es causa de la fiebre, de la hinchazón de las nalgas y de otras enfermedades del niño
No lo consideran	<i>Susto</i> , <i>mal de ojo</i> , <i>estómago volteado</i> por caídas, juegos
Casa húmeda	No la consideran causa
Causa de la gripe: falta de vitaminas	No la consideran
Causa de parasitosis: crianza de animales domésticos	La ingestión de tierra o de muchos dulces. Efecto: pérdida del apetito

Ambos actores adscriben una causa directa a cada conducta o enfermedad, pero la diferencia está en que los profesionales las sitúan en el ámbito de los cuidadores (*"El descuido de la madre"*), mientras que las madres mencionan la conducta de los niños: *"Juegan en la calle hasta altas horas de la noche"*; *"Juegan en el suelo y con agua fría"*.

El personal de salud prioriza como causa el desconocimiento de los cuidadores y la falta de información sobre la "verdad médica". Desvaloriza los saberes populares. Los responsables, por temor o vergüenza, no confían en los médicos cuando se trata del "susto" o el "mal de ojo": *"¿Qué me va a creer la doctora?"* Esta desconfianza induce al médico a pensar que las explicaciones de los cuidadores son muy escasas o que no existen.

La población comunica estas explicaciones más al personal técnico de los servicios (enfermeras o promotores) que a los médicos. Los técnicos escuchan estas expresiones no sólo en el Centro de Salud, sino también durante su trabajo de campo (visitas domiciliarias). Consecuentemente, existe un mayor acercamiento entre las madres y el personal técnico, el cual, por otra parte, practica también algunas de las terapias tradicionales.

En la población existe una mayor percepción respecto a las causas indirectas o estructurales de la enfermedad que entre los profesionales de la salud. Considerando la enfermedad como "objeto de trabajo", éstos pierden de vista los factores estructurales, mientras que la población los vive directamente.

5.6 Ventajas y dificultades

Las similitudes entre los modelos explicativos de unos y de otros ayudan en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Permiten al personal dar una buena orientación a los cuidadores. Entonces, la población cumple mejor los consejos proporcionados. Existe una continuidad en el tratamiento y, sobre todo, en las medidas preventivas cuando ambos grupos de actores están de acuerdo respecto a las causalidades de las enfermedades.

Cuando existen divergencias de percepción con relación a las causas de las enfermedades, puede ocurrir el rechazo a la medicación por no creer en ella o por pensar que causará mayores daños, especialmente si recuerdan alguna experiencia anterior negativa. Estas divergencias influyen en la relación entre el personal de salud y la población. Crean desconfianza y dificultan las actividades de prevención: la madre no acude con regularidad al servicio de salud y sólo lo hará en casos de emergencia.

El grado de confianza se basa fundamentalmente en el éxito de la curación del niño. Si la madre se da cuenta que la medicina recetada no hace efecto, recurre a otra y si ésta tampoco funciona a otra, hasta encontrar la cura. La confianza se construye también a partir de experiencias propias de eficacia del tratamiento con terceros cercanos a la madre: *“Si mi niña no se cura con el tratamiento de hierbas que le estoy dando, entonces la llevaré al centro médico municipal porque allí el profesional curó a su hermanito”*.

6. A manera de conclusión: algunas lecciones para una intervención en educación de la salud

Las representaciones y los significados asociados al estado de salud/enfermedad son el complejo producto de conocimientos, saberes, experiencias y la adecuación a los contextos. Orientan principalmente las prácticas de atención y cuidado de la salud de los niños. En este tema, los cambios son posibles si se toma en cuenta este cuerpo de significados y representaciones. La información o la capacitación no es suficiente.

Las formas y los estilos del cuidado de la salud de los niños hace que una capacitación vertical que prioriza la transferencia de conocimientos y no el descubrimiento y el intercambio de saberes, sea inadecuada y hasta inútil. Conduce a la necesidad de aplicar enfoques educativos que mejoren el intercambio de saberes en un clima de respeto y comprensión,

de tal manera que se garanticen los procesos de cambio, no solamente en los cuidadores sino también en los proveedores de la atención, lo cual hará que los instrumentos utilizados por los servicios, tales como el Carnet de Salud Infantil, logren sus objetivos (véanse Capítulos 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*], 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 8 [Hoérée & Sejas *et al.*]).

La planificación, la programación y la elaboración de materiales educativos deberían recoger la "sabiduría" de las estrategias de los cuidadores, que tiene como característica principal su adaptación a las condiciones de vida y a los recursos (económicos y humanos) con los que cuentan las familias (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]). Si el proceso de acción educativa toma en cuenta a los cuidadores como "coproductores" del proceso, tendrá mucha mayor probabilidad de sostenerse en el tiempo que cualquier método que sólo esté orientado a eliminar las distorsiones de un mensaje pretendidamente universal.

Referencias bibliográficas

AGUIRRE BAZTÁN, A.

1997 "Emica, ética y tranferencia". En: *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural* (Aguire Baztán, A. ed.): 85-105. México: Alfaomega Marcombo.

ALLARD, D.

1991 *Pourquoi une quatrième génération de l'évaluation ?* Montréal: Département de Santé Communautaire/Programme de Santé au Travail/Hôpital du Sacré-Cœur.

BEGHIN, I. (ed.)

1988 *Guide pour le diagnostique nutritionnel*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

BLANCH, M.

1985 "Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo", documento editado por el Departamento de Psicología Social de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.

- BLUMER, H.
1982 "Las actitudes y el acto social". En: *El interaccionismo simbólico* (Blumer, H. ed.): 69-76. Barcelona: Ediciones Hora.
- BREILH, J.
1994 *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: CEAS.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S.
1989 *Fourth generation evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- JODELET, D.
1981 "Représentations sociales: un domaine en expansion". En: *Les représentations sociales* (Jodelet, D. ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- KLEINMAN, A.
1980 *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- LAURELL, A.C.
1994 "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad". En: *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud* (OPS ed.): 1-11. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- MEAD, G.H.
1934 *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2000 *Boletín epidemiológico servicio básico de salud Comas-Documento interno*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD & UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA & UNIVERSIDAD NACIOANL DE SAN AGUSTÍN & CONSORCIO HOSPITALARIO CATALUÑA (MINSA/UPCH/UNSA/CHC)
1996 *Análisis situacional de la gestión de los servicios de salud y propuesta estratégica-Documento interno*. Lima: Ministerio de Salud.
- MOSCOVICI, S.
1981 "On social representations". En: *Social cognition* (Forgas, J. ed.): 180-194. London: Academic Press.
- PECHO, I. & RUBÍN de CELIS, E.
1999 "Hacia un enfoque integral de la salud infantil: Resultados de un estudio interdisciplinario en Independencia y Ca-

rabaylo", ponencia en 'Martes de Salud', Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, doc. mimeo.