

Hacia el cuidado global del niño. Una intervención en una zona urbano-marginal de Lima (Perú)

*Iris Pecho, Emma Rubín de Celis, Ruth Velarde,
Charles-Édouard de Suremain, Tom Hoérée & Patrick Kolsteren*

1. Introducción

En la zona urbano-marginal de Independencia (Lima), el problema del cuidado de la salud del niño menor de cinco años fue identificado por las promotoras de salud de la zona quienes, desde su labor de vigilancia nutricional domiciliaria, fueron las primeras en plantear las siguientes interrogantes: ¿Por qué algunos padres no valoran el estado nutricional de sus niños bajo los parámetros del peso y la talla? ¿Por qué los padres no llevan regularmente a sus hijos al Centro de Salud para su control de crecimiento y desarrollo? ¿Por qué cuando el niño enferma, no deciden llevarlo en primera instancia al Centro de Salud? El trabajo conjunto de las promotoras, los servicios de salud del Ministerio de Salud (MINSA), las Organizaciones No Gubernamentales, la Universidad y las Organizaciones Sociales de Base dieron origen a la fase de investigación exploratoria del Proyecto, orientada a conocer con mayor profundidad las explicaciones de los cuidadores acerca del crecimiento y desarrollo del niño antes de planificar cualquier proceso de intervención (véase Introducción General)¹.

1 Los actores sociales que trabajan por la salud en el Distrito participan en el Comité de Gestión de Salud del Distrito de Independencia, espa-

Las deficientes condiciones de vida de los pobladores de Independencia, entre las que destacan viviendas inadecuadas e insuficientes servicios básicos y de salud, reforzaron la necesidad de organizarse, con el fin de demandar y gestionar recursos para mejorar estas condiciones (véase Capítulo 1 [Suremain]). Como consecuencia, se han formado Organizaciones Vecinales y Organizaciones de Base; estas últimas constituyen redes sociales de amplia base que abarcan casi todo el Distrito².

La mayoría de los cuidadores de la salud del niño convocados a participar en la experiencia de intervención que se presenta en este Capítulo, pertenecen a estas Organizaciones de Base. Algo más del 50% de los participantes son promotoras de salud que vienen trabajando desde hace varios años como delegadas de salud o dirigentes de sus organizaciones en los Comités de Salud y de la Mujer de su zona y a nivel distrital.

El objetivo de la intervención desarrollada en el Proyecto es contribuir a mejorar el cuidado integral de la salud del niño por parte de los cuidadores de la zona de Ermitaño Alto del Distrito de Independencia.

El objetivo específico de la intervención apunta a lograr la integración de los conocimientos a partir de la iniciación y continuación de un proceso de reflexión sobre los conceptos y prácticas del cuidado de la salud del niño en todos los actores participantes. Los indicadores de éxito son la aceptabilidad, la voluntad y la continuidad de las acciones; la toma de iniciativas y decisiones por parte de los actores; y la energía y el entusiasmo para movilizar a otros miembros de la comunidad. La

cio de socialización, articulación y planificación conjunta de acciones de salud en base a los problemas identificados por sus integrantes, con Programas y Proyectos institucionales y de la comunidad organizada.

- 2 Vaso de Leche, Comedores Populares, Clubes de Madres, entre las principales. Son organizaciones dirigidas por mujeres que trabajan solidariamente para satisfacer la necesidad de subsistencia de los grupos más vulnerables, como los niños menores de cinco años, las madres gestantes y lactantes, y los ancianos.

intervención tendrá como efecto una nueva conceptualización y práctica en todos los actores (madres, personal de salud y científicos).

Presentaremos en este Capítulo el marco conceptual, la metodología, el desarrollo y los principales resultados de la intervención, poniendo énfasis en el proceso de intercambio e interacción entre los actores, y en los nuevos saberes generados. Los indicadores de que el proceso ha tenido efecto, se describen al final del presente Capítulo.

2. Marco conceptual de la intervención

2.1 El enfoque del desarrollo a escala humana

Para desarrollar la propuesta de intervención, asumimos el enfoque del “desarrollo a escala humana” (Max Neef & Elizalde *et al.* 1986) que se centra: (i) en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales; (ii) en la generación de crecientes niveles de autodependencia; (iii) en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología; y (iv) en las relaciones entre los procesos globales con los comportamientos locales, entre lo personal con lo social, la planificación con la autonomía y la sociedad civil con el Estado. En este enfoque, el desarrollo humano es el protagonismo real de las personas en la diversidad y en la autonomía de espacios.

2.2 Las necesidades humanas

Las necesidades humanas, vistas en sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, económicas y políticas, nos permiten valorar la vida del niño como “sujeto”, pues el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos, donde lo relevante es elevar la calidad de vida, siempre y cuando exista la posibilidad de satisfacer adecuadamente las necesidades.

Este enfoque nos permite combinar dos categorías de necesidades: las existenciales (ser, tener, estar y hacer) y las axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad), e identificar los satisfactores, que son todo lo que representa ser, tener, hacer y estar y contribuye a la realización de las necesidades humanas. Por ejemplo, tener alimentación significa satisfacer la necesidad de subsistencia, ser solidario significa satisfacer la necesidad de subsistencia, protección y afecto, como sucede con las organizaciones sociales de base cuando gestionan recursos para los grupos más vulnerables de la comunidad o cuando las promotoras de salud unen sus esfuerzos a los servicios de salud para mejorar el acceso de la población a éstos. Las acciones de cuidar, prevenir o curar satisfacen la necesidad de protección que todo niño o persona requiere; la estimulación precoz satisface la necesidad de entendimiento del niño; y la lactancia materna satisface simultáneamente las necesidades de subsistencia, protección, afecto e identidad.

2.3 Los satisfactores

En la intervención se trabajan diversos satisfactores, reconocidos por las cuidadoras con el nombre de "*necesidades*", ubicándolas en tres espacios en los cuales tienen lugar sus relaciones sociales: la familia, la comunidad y el país, sin dejar de considerar el sistema socioeconómico mundial. Los resultados de la investigación exploratoria permiten reconocer que los satisfactores están determinados culturalmente y que el proceso de intervención debe estar enfocado a facilitar una gradual integración entre los saberes tradicionales y modernos, promoviendo la creación de una nueva cultura en el cuidado de la salud del niño. Ésta llevaría a mejorar su calidad de vida, respetando su cultura, pero con autonomía suficiente como para enriquecerla, transformarla o cambiarla (véanse Capítulos 4 ([Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*]).

2.4 La sensación de carencia y la movilización de potencialidades

Otro concepto que sostiene el proceso de intervención es entender las necesidades humanas sentidas, como la sensación de carencia o de "falta de algo", pero principalmente como movilizadoras de las potencialidades de las personas para conseguir recursos de manera continua y renovada, estimulando su creatividad y autonomía suficientes para seleccionar los satisfactores más apropiados, observándose en el proceso de socialización de las experiencias de las participantes la identificación de satisfactores acordes a las necesidades reales y concretas del cuidado de sus niños en el contexto sociocultural y económico en el que viven. De este modo, se verificó que las necesidades humanas son estables y universales; lo que cambia son los satisfactores, debido a las relaciones dinámicas en las diferentes redes sociales que la persona establece durante su vida.

2.5 El niño como "sujeto"

Con relación al desarrollo del niño como "sujeto", como persona, el análisis de sus necesidades y derechos resulta ser el eje central en torno al cual giran todos los conocimientos, actitudes y prácticas de madres, promotoras de salud y del equipo técnico (Universidad y Ministerio de Salud), puesto que la necesidad, interpretada como fuerza que promueve el desarrollo de las potencialidades del ser humano para crear los satisfactores que permitan vivir las necesidades, cambia las estrategias de desarrollo de un asistencialismo dependiente hacia una participación creativa y autodependiente (véase Capítulo 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*]). Esta concepción, trasladada a la intervención, nos lleva a desarrollar estrategias que estimulen la creatividad y autodependencia en la creación o recreación de satisfactores adecuados a la realidad local de las familias y de los niños de la zona.

2.6 El concepto de "autodependencia"

El proceso de intervención está guiado por el concepto de "autodependencia", generada por el protagonismo real de las personas en los distintos espacios y ámbitos, contraponiéndose a las pautas de consumo impuestas por la economía globalizante, la cual agudiza la dependencia y amenaza la identidad cultural de la población. De esta manera, la autodependencia en el plano individual estimula la identidad propia, la capacidad creativa, la autoconfianza y la demanda de mayores espacios de libertad. En el plano social, refuerza la capacidad de subsistir, la protección frente a fuerzas exógenas, la identidad cultural y la conquista de mayores espacios de libertad colectiva. La autodependencia, percibida en el trabajo de la promotora de salud en su barrio o de la madre de familia en el espacio de su hogar, son espacios menos burocráticos y más eficientes en la combinación entre crecimiento personal y desarrollo social. Es en estos espacios donde el desarrollo a escala humana cobra mayor nitidez. Es en los espacios grupales, comunitarios, locales (Asociación de Promotoras de Salud, Comités del Vaso de Leche, Comedores Populares, Comité de Salud local) donde se observa que lo social no anula lo individual, sino que lo individual potencia lo social. Es en estos espacios donde se generan los satisfactores sinérgicos, se estimulan los procesos de identidad sociocultural, de autonomía política y de autodependencia económica.

3. Metodología de la intervención

3.1 Marco conceptual de la metodología de la intervención

3.1.1 El enfoque constructivista

Para desarrollar los talleres educativos, tratamos de aplicar el enfoque constructivista de la educación, tomando conceptos de las teorías que le dieron origen. Así, de la teoría de

Piaget (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 83), recogimos el concepto de que en el aprendizaje la persona no reproduce el universo o se acomoda al mismo, sino que construye "formas" que le permiten conocer el mundo y transformarlo. De la teoría de Bruner (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 92), tomamos que el aprendizaje se produce por manipulación concreta y conceptual por parte de la persona y no por la exposición del profesor. El conocimiento se produce por "descubrimiento", siendo la recompensa haber resuelto un problema. De ahí que en los talleres educativos, las exposiciones fueron reemplazadas por la elaboración de hipótesis, formulación de preguntas, investigación y adquisición de capacidades que lograran motivar a las participantes a aprender sobre sí mismas y su ambiente. Se partió de las experiencias de las participantes ya que, según Ausubel (1973), la estructura cognitiva de una persona es el factor que decide sobre el significado del material nuevo, su adquisición y retención. El aprendizaje es significativo cuando la nueva información puede relacionarse con lo que la persona ya sabe, y el aprendizaje es funcional cuando puede utilizar esta información en una situación concreta para resolver un problema determinado.

3.1.2 La noción de aprendizaje

Para comprender el proceso de desarrollo de las personas a través del aprendizaje, Vigotsky (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 99) explica la relación entre los procesos de desarrollo y de aprendizaje. Dice que éste se debe al contacto del individuo con un determinado ambiente cultural, que despierta los procesos internos de desarrollo y que el proceso de enseñanza / aprendizaje incluye al que aprende, al que enseña y la relación entre ambos. El "alguien" que enseña, no ha de ser necesariamente una persona. Pueden ser objetos, situaciones, formas de organización de la realidad y en la propia lengua. El desarrollo de una persona sigue al aprendizaje

que posibilita el área de desarrollo potencial, con la mediación social e instrumental del alguien que enseña. De ahí la importancia de tomar en cuenta las relaciones de la familia, sus condiciones de vida, las características de la comunidad y cómo resuelven sus problemas para identificar el área de desarrollo potencial que puede ser movilizado con las experiencias de los talleres.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 100) nos dice que éste se desarrolla a través de modelos y que la conducta es aprendida, negando los rasgos de personalidad y el desarrollo de etapas evolutivas fijas. Según esta teoría, el ser humano tiene la propiedad de crear sus propios estímulos. Podemos comprender esto cuando pensando logramos excitarnos, estimularnos; el sujeto puede crear el estímulo exterior que a su vez le estimulará. De esta manera, el hombre con su conducta transforma el mundo, y el mundo así transformado influye sobre el sujeto. Entonces, el sujeto, a través de su acción, produce las condiciones ambientales que afectan su conducta de forma recíproca. Las condiciones internas (concepciones, creencias, autopercepciones) y la conducta actúan como determinantes unas de otras. De este modo, podemos deducir que el sujeto no puede atribuir su conducta a causas externas, sino a su propio poder, a su propia capacidad o a la realización de su conducta. Consecuentemente, las experiencias de los talleres ofrecen la oportunidad de que las participantes analicen sus condiciones internas y expliquen sus conductas en el cuidado del niño, así como las diversas maneras en que transformaron sus condiciones externas para lograr solucionar los problemas en el cuidado del niño, llegando a conclusiones sobre la mejor manera de solucionarlos a través de otros recursos y formas de acción, que a su vez transforman sus condiciones internas y externas, produciéndose nuevas conductas incorporadas en el desarrollo de sus vidas cotidianas. Se utiliza el pensamiento reflexivo, a través del cual empleamos símbolos para solucionar problemas, sin tener que verificar todas las alternativas de

solución de los problemas en discusión. De este modo, también podemos comprender que las etapas de desarrollo del ser humano se deben a procesos aprendidos y no a procesos pre-determinados biológicamente.

3.1.3 El desarrollo de la personalidad

La importancia de la autoestima en el proceso de desarrollo de la personalidad del ser humano es un aporte importante para desarrollar el proceso de aprendizaje. Para ello, las participantes del taller se exponen a un proceso de cambio inteligente, fundamentado y flexible, donde lo aprendido tiene significado porque guarda relación con sus expectativas y propósitos. Así participan con responsabilidad, sintiendo que lo que aprenden es lo que necesitan y quieren y, por tanto, las comprometen como persona en lo cognitivo, afectivo y volitivo, para que finalmente se conviertan en una nueva práctica. No reciben el conocimiento, sino que lo producen. Le dan la sensación de un descubrimiento desde el interior, incorporando el significado de lo que aprenden en su experiencia total.

3.2 Los talleres educativos como espacios de convivencia

Los talleres crean espacios humanos de convivencia social en los cuales se experimenta la formación humana como persona en un contexto sociocultural y económico. Crean espacios de acción en los que las participantes ejercitan las habilidades que desean desarrollar en la realidad de sus vidas como madres, mujeres y ciudadanas con relación al cuidado de la salud del niño. Para lograr estos procesos de análisis metacognitivo compartido que flexibilizan los pensamientos, se aprovechan las diversas experiencias de las participantes, multiplicando los puntos de vista y las soluciones en la resolución de problemas. Esto permite un aprendizaje constructivo, más profundo y crítico, lo que significa que las personas no reciben pasivamente información, sino que construyen sus propios

conocimientos y habilidades a través de actividades significativas que demandan esfuerzo por parte de las participantes. El aprendizaje se basa en lo que ya saben y pueden hacer, derivando nuevos significados y adquiriendo nuevas habilidades en el contexto en que se adquieren (promotoras de salud), y es autorregulado porque la participante monitorea, retroalimenta y emite juicios acerca de su propio proceso de aprendizaje. Por otra parte, el aprendizaje es colaborativo y cooperativo porque es un proceso social en el cual las participantes interactúan, negocian y cooperan en la construcción de nuevos conocimientos y habilidades. Sin embargo, el aprendizaje individual varía entre las participantes por las diferencias de sus experiencias previas, el interés, la autoestima y, sobre todo, la disposición afectiva de cada una.

El proceso de intervención realizado a través de talleres educativos se centró en el desarrollo personal y no sólo en el aspecto cognoscitivo, reconociendo el carácter activo del aprendizaje que es producto de una construcción personal en la que intervienen los sujetos que aprenden en un contexto cultural integrado en la enseñanza y el desarrollo. De este modo, la formación humana y la capacitación son procesos que se complementan en una concepción de desarrollo integral del ser humano.

3.3 Metodologías utilizadas

3.3.1 Metodología dialéctica

Partimos de la concepción metodológica dialéctica que concibe la realidad como una creación de los seres humanos quienes, con sus pensamientos, sentimientos y acciones, transforman la naturaleza y construyen la historia dándole sentido. La realidad es un todo integrado en el que lo económico, social, político, cultural, individual, local, nacional, internacional, lo objetivo y lo subjetivo no se pueden entender aisladamente, sino en su relación con el conjunto. La articulación interna de

los componentes está en permanente movimiento, generando tensiones, contradicciones y confrontaciones que producen el cambio.

Consiguientemente, las participantes (cuidadoras y facilitadoras) en el proceso de intervención son sujetos y objetos de conocimiento y transformación, porque nos aproximamos a la comprensión de los fenómenos o hechos relacionados con el cuidado del niño desde el interior de la dinámica, como sujetos partícipes en la construcción de los conocimientos y prácticas, involucrados en forma activa en el proceso de enseñanza / aprendizaje.

En la percepción de los hechos relacionados con el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño intervienen nuestros pensamientos, sentimientos y motivaciones, implicándonos como personas en los acontecimientos de la vida cotidiana, para luego pasar a un proceso de abstracción que permite encontrar las explicaciones de los mismos, analizando y desagregando los elementos, para luego encontrar sus relaciones o contradicciones que, a través de la síntesis, generan la construcción de conceptos y juicios que sean válidos para varios hechos o situaciones.

Por medio del proceso de análisis de los hechos, desagregamos sus componentes hasta ubicar la estructura interna, las características particulares de cada elemento. Mediante el proceso de síntesis, se obtienen conclusiones basadas en la relación entre los componentes encontrando los puntos comunes y sus diferencias; de este modo se ubican las partes en el todo, estableciendo prioridades y diferenciando lo fundamental de lo secundario.

3.3.2 Metodología inductiva

Utilizamos el método inductivo cuando partimos de los hechos que podemos observar y que luego analizamos hasta llegar a conclusiones. Es decir, partimos de lo concreto de las experiencias en el cuidado del niño hasta llegar a conocimien-

tos generales. También partimos de formulaciones teóricas, conceptos o leyes establecidas para ir deduciendo conclusiones específicas. Es decir, pasamos de lo abstracto a lo concreto. Pero es el pensamiento abstracto que permite encontrar las relaciones entre los componentes de la realidad como un todo, en este caso el cuidado integral de la salud integral del niño.

El pensamiento abstracto surge de la implicación en situaciones concretas, que permite interpretar la realidad desde la práctica, entendida como la manera de vivir de las personas, su cotidianidad en la que expresan toda su subjetividad como persona: sus pensamientos, sentimientos, creencias, valores y expectativas que dan a cada uno el sentido de vivir, una orientación, una razón de ser. El reconocimiento de lo subjetivo de cada uno y su relación con la sociedad permite decidir entre seguir la corriente y mantener la situación establecida o impulsar la propia creatividad e imaginación para transformar los propios pensamientos, valores y formas de vivir como individuo y en sociedad. En otras palabras, permite crear una nueva realidad.

3.4 Técnicas utilizadas

Las técnicas de trabajo utilizadas fueron varias.

- Lluvia de ideas: en cada tema, para identificar las percepciones, sentimientos y prácticas de las participantes, con la finalidad de descubrir el cuerpo de conocimientos básicos de las participantes sobre los cuales se deconstruirán y reconstruirán los nuevos saberes y prácticas;
- Grupo focal: para tratar las expectativas, motivaciones, roles, valores, profundizar conceptos y significados, y evaluar los talleres;
- Debate en grupo: para analizar y reflexionar los temas tratados y encontrar las semejanzas y diferencias que permitieran llegar a puntos de consenso y enriquecer los temas con los aportes individuales y de grupo;

- Plenaria: para socializar los debates en grupo y llegar a un consenso sobre la situación del cuidado del niño y a conclusiones;
- Juego de roles: cambio de roles para que las promotoras compartan procesos comunicacionales de educación con otras madres y sus familiares;
- Juegos de mesa: creados por el conjunto de participantes y el equipo técnico para que las promotoras de salud trabajen en primer lugar con sus familias y luego con otras madres de niños pequeños;
- Tareas de experimentación en casa: compartiendo con la familia para deconstruir y reconstruir con sus aportes nuevos conocimientos, actitudes y prácticas acerca del cuidado del niño;
- Demostraciones: para aquellos temas que requerían “hacer cosas”, como por ejemplo elaboración de juguetes y preparación de alimentos para los niños.

3.5 Los actores sociales de la intervención

3.5.1 *Las cuidadoras de los niños*

En la familia, la madre es identificada como la principal cuidadora de los niños, ya se trate de una familia nuclear o de una familia extensa, con o sin la presencia del padre. En la familia extensa, la abuela o la suegra, dependiendo si la familia vive en casa de los padres de la madre o del padre, es la que decide sobre la forma de criar al niño, aunque la ejecutora del cuidado sea la madre. Sólo en caso de que la madre trabaje fuera del hogar, el niño queda al cuidado de la abuela o algún familiar, incluyendo al hijo o la hija mayor que puede estar en edad escolar.

Por otra parte, en Ermitaño Alto existe una larga trayectoria de mujeres / madres organizadas que participan en programas sociales de base comunitaria, como el Vaso de Leche y los Comedores Populares, que les han permitido establecer redes

sociales en el ámbito del barrio, facilitando la comunicación con otras madres. Las mujeres participan en sus organizaciones como dirigentes a nivel de distrito, en el ámbito local. Otras lo hacen como socias o beneficiarias. Es relevante observar que forman grupos generacionales que van desde madres adolescentes, madres adultas (madres de hijos adolescentes) hasta madres adultas mayores (abuelas y suegras), lo que hace que sus experiencias generacionales como madres sean diversas y a la vez que conserven algunas costumbres y creencias debido a la influencia de sus culturas de origen (migrantes de la Costa, Sierra y Selva, hijas de migrantes, hasta la segunda generación).

Esta situación permitió convocar a dos grupos de participantes: las madres con experiencia como delegadas de salud de sus organizaciones o promotoras de salud de la localidad y las madres socias o beneficiarias de las organizaciones que, por lo general, son más jóvenes y tienen niños menores.

La existencia de diferentes generaciones, así como la diversidad de experiencias de acuerdo a los roles sociales dentro y fuera del hogar, permitió identificar las prácticas, costumbres y valores locales acerca del cuidado del niño.

Los dos grupos de participantes tuvieron como escenario de análisis, reflexión y práctica sus propios ámbitos familiares y, en la fase de experimentación del aprendizaje obtenido, las madres promotoras de salud trabajaron con otras madres del barrio a razón de cinco madres por promotora. En el grupo de madres con niños menores, el ámbito de la fase de experimentación fue su propio hogar, los miembros de su familia y, en algunos casos, vecinas amigas que compartían con ellas el ser madres de niños pequeños. Esto produjo una mayor cobertura del Programa de intervención y un medio favorable para reforzar la autoestima de las participantes, las cuales experimentaron una mayor valoración de sus acciones en el cuidado de sus hijos frente a sus parejas y otros miembros de la familia, así como una nueva valoración por parte de los vecinos y madres de familia de su comunidad, pertenecientes algunos de ellos a sus organizaciones sociales de origen.

3.5.2 *El equipo técnico*

El equipo de facilitadoras (equipo técnico) estuvo conformado por profesionales de la Universidad y de los servicios de salud del primer nivel de atención de la zona. Entre las y los profesionales de salud participaron cuatro enfermeras, una enfermera-psicóloga, dos nutricionistas, un médico y, entre los profesionales de ciencias sociales, una antropóloga, una asistente social y un comunicador social.

El aporte de los profesionales de la Universidad fue la coordinación de los talleres de trabajo, brindando el soporte teórico y metodológico, además de la experiencia de trabajo comunitario en la zona y la participación activa en las organizaciones comunitarias de salud a nivel local y distrital. El conocimiento de la situación de salud de la zona, especialmente de la situación de salud de los niños (investigación socio-epidemiológica y sociocultural) fue la primera condición para desarrollar la propuesta. Pero el elemento decisivo para armar el equipo de trabajo entre comunidad y técnicos fue la participación como actores sociales en los comités de salud de la zona y del Distrito, participación que venimos desarrollando desde hace ocho años para "*comprometernos*" en un trabajo conjunto (promotoras de salud de la comunidad, servicios de salud y Universidad) en un clima de confianza mutua, de respeto a los valores culturales y con una visión común de mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias que ha permitido manejar los conflictos propios de las relaciones humanas y las situaciones coyunturales como son los procesos de elecciones políticas nacionales y distritales o los cambios de dirigentes de las organizaciones o de funcionarios de los servicios de salud.

El equipo técnico realizó múltiples reuniones de trabajo para prepararnos como facilitadores a la luz del enfoque constructivista de la educación y manejar las técnicas participativas que nos permitieran facilitar el trabajo en los talleres. Fue básico el manejo de técnicas, como la lluvia de ideas, juego de roles, debates en grupo, entrevistas en profundidad, reuniones plenarias, visitas do-

miliarias y la supervisión del trabajo de campo. Se realizaron constantes reuniones de autoevaluación y reflexión de los facilitadores para ir rompiendo el paradigma vertical y autoritario de la comunicación entre emisor y receptor, entre el profesional que "sabe" y la comunidad que "no sabe". La técnica de la exposición fue prácticamente eliminada; sólo se utilizó como técnica complementaria a las técnicas participativas.

El personal del Centro de Salud brindó el soporte técnico y normativo de la oferta de servicios de salud del Estado a través de los Programas de salud del niño, los que se caracterizan por brindar una atención de salud con un enfoque biomédico, en la que la relación que se establece es entre "sujeto" y "objeto", entre los que "saben" y los que "no saben", entre los que "enseñan" y los que "aprenden", con el manejo de recursos tecnológicos de la medicina occidental al servicio de la comunidad (vacunas, rehidratación oral, antibioticoterapia, detección del estado nutricional del niño y de problemas del desarrollo infantil).

Las coordinaciones entre el Centro de Salud y las promotoras estuvieron marcadas por el objetivo de difundir las atenciones preventivas (inmunizaciones) y recuperativas (abandono del tratamiento de la tuberculosis) del establecimiento de salud en la comunidad, charlas informativas sobre las medidas preventivas y recuperativas de enfermedades respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, con la finalidad de mejorar el acceso oportuno al establecimiento de salud donde la promotora de salud se convierte en una persona clave para realizar la referencia de pacientes.

El Centro de Salud, sede del Comité de Salud de Ermitaño Alto, puso a disposición sus instalaciones físicas para desarrollar algunas actividades de los talleres.

3.5.3 *Las instituciones religiosas*

Las promotoras de salud, miembros de las comunidades religiosas de la localidad, gestionaron la utilización de los am-

bientes físicos para el desarrollo de los talleres. La Parroquia Católica cedió sus ambientes para los talleres sobre el desarrollo del niño. La Iglesia Mormona prestó sus ambientes físicos para el taller sobre la alimentación del niño. De esta manera, se comprobó que la salud del niño es un tema que convoca y estimula la participación de los grupos religiosos que brindan sus recursos a favor del trabajo con la comunidad.

3.5.4 Las organizaciones vecinales

Las promotoras de salud que participan en las organizaciones vecinales de su localidad, son portavoces del trabajo a favor de la salud de los niños (que forman parte importante de la comunidad) y gestionaron el apoyo de la organización, la cual prestó los ambientes del local comunal de Ermitaño para algunos eventos que requirieron mayor espacio.

En conclusión, podemos afirmar que la salud y la niñez son temas que convocan a trabajar coordinadamente entre instituciones y organizaciones en una comunidad en la que las mujeres organizadas y promotoras de salud son capaces de gestionar y motivar el apoyo de los recursos comunitarios a favor de un trabajo articulado a favor de la niñez de su comunidad.

4. El proceso de intervención

4.1 El proceso de sensibilización y motivación

4.1.1 Con los servicios de salud local

La devolución de los resultados de la investigación sociodemográfica y epidemiológica, así como los de la investigación socioantropológica acerca de la percepción del crecimiento y desarrollo de los niños por parte de los cuidadores, se realizó en dos instancias:

- Los servicios básicos de salud de Comas, cuya función es administrar y distribuir los recursos que llegan del nivel regional al nivel local u operativo (Centro de Salud), así como supervisar y monitorear las acciones de salud realizadas a través de los programas de salud de atención a las personas y al medio ambiente;
- El Centro de Salud de la zona de Ermitaño Alto, que ejecuta los programas de salud, brindando servicios preventivos y recuperativos de salud a la población de acuerdo a la demanda.

Los profesionales de la salud de ambas instancias tuvieron la oportunidad de conocer los diversos significados que los cuidadores atribuyen a la salud y la enfermedad, así como las razones por las cuales deciden o no utilizar los servicios. Asimismo, reconocieron el tipo de "comunicación unidireccional" que mantienen en la atención individual y colectiva, lo que les impide conocer la racionalidad del otro (paciente o cliente) o de los otros (grupo de madres o de promotoras de salud), reflejada en el comentario de una funcionaria que dice: *"Ahora me doy cuenta por qué la madre no regresa a la consulta de control; es porque para ella esos signos no representan que el niño está enfermo con una infección"*.

La reacción del personal en ambas instancias fue analizar las posibles causas que hacen que no toman en consideración la racionalidad del paciente. El escaso tiempo para cada consulta y la necesidad de cubrir un número adecuado de consultas por hora y día (producción y productividad de los servicios) para ser eficientes y generar mayores ingresos económicos al Centro de Salud, son indicadores con los que evalúan su trabajo y de ello depende la renovación de los contratos del personal. También se analizó la formación profesional, que cuenta con vacíos curriculares en ciencias sociales, comunicación y educación.

En conclusión, encontraron pertinente buscar alternativas de solución para mejorar el acceso a los servicios de salud, pero

sobre todo mejorar la salud de la población infantil, pues la desnutrición, la anemia, las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas que afectan con frecuencia a la niñez de la zona, son consecuencia de los cuidados por parte de los cuidadores que finalmente tienen el poder de decisión, y de las condiciones socioeconómicas y culturales de las familias en las que viven los niños.

4.1.2 Con el Comité Zonal de Salud de Ermitaño Alto

El Comité Zonal de Salud es una instancia de coordinación del trabajo interinstitucional con la comunidad, representada por las dirigentes y delegadas de salud de las organizaciones sociales de la comunidad, los servicios de salud representados por la jefa de médicos del Centro de Salud, la asistente social responsable del trabajo con la comunidad (Programa de Participación Comunitaria) y la Universidad, que desarrolla actividades de docencia e investigación en la zona. La presentación de los resultados de las investigaciones mencionadas en este espacio tuvo como finalidad elaborar una propuesta de intervención, con un nuevo papel para la promotora de salud, cuya misión sería “promover la salud” en su comunidad, en este caso la salud del niño y la familia, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del niño.

El resultado fue la organización de las dirigentes para convocar a las promotoras de salud existentes y a las madres, con el fin de realizar talleres de formación sobre “la promoción del cuidado de la salud del niño menor de cinco años”, debido a la mayor vulnerabilidad de los más pequeños a sufrir daños provenientes de su ambiente familiar y comunitario.

4.1.3 Con las promotoras de salud y madres de niños menores

La convocatoria de las promotoras de salud de Ermitaño Alto fue realizada por líderes de las promotoras de salud de las organizaciones de Vaso de Leche y Comedores Populares.

Muchas de ellas habían participado en un Programa de vigilancia nutricional de niños menores de cinco años. Por lo tanto, conocían la situación de salud de los niños y sobre todo la situación familiar en el cuidado de los mismos, motivo por el cual tenían algunas interrogantes acerca de las razones del porqué algunos niños tenían problemas de salud, y sobre todo habían participado en la selección de los niños para el estudio socioantropológico en la etapa exploratoria de la investigación, visitando los hogares conjuntamente con las investigadoras de campo.

La presentación de los resultados de la investigación sobre las percepciones del crecimiento y desarrollo del niño las llevó a identificar y reflexionar sobre sus propios conocimientos y experiencias acerca de la salud y la enfermedad, pero también acerca de algunas diferencias o dudas, que generaron debates, llegando en algunos momentos a tomar consenso. En otros momentos surgieron interrogantes que condujeron a la necesidad de organizar reuniones de intercambio y discusión de temas "significativos" en la vida de las participantes, es decir, "talleres formativos", con la finalidad de compartir conocimientos y experiencias para encontrar las mejores alternativas de solución a los problemas de salud del niño en Ermitaño Alto.

4.2 Resultados del proceso de sensibilización: el pensamiento de los actores

La devolución de los resultados de la investigación exploratoria a los actores sociales permitió identificar la línea de base de los pensamientos, sentimientos y prácticas de las cuidadoras en el cuidado de la salud del niño, la cual condicionó la organización de los talleres: la secuencia de los temas, las técnicas a ser utilizadas y los resultados que podíamos esperar.

Perciben al niño como un ser que necesita cuidado, protección y cariño, pero les es difícil reconocer la posición que tiene como "sujeto", con sus propias percepciones y necesida-

des de acuerdo a la edad, que puede expresar sus sentimientos, pensamientos y voluntad; más bien establecen relaciones de poder, de dominio de los más fuertes (los adultos) sobre los más débiles: *"ellas que saben y los niños que no saben"*. En la cotidianidad de las relaciones con el niño, cuanto más pequeño (menor de cinco años), es considerado un objeto cuyas conductas son *"naturales"* o propias de su edad, pero que son interpretadas por los cuidadores desde el punto de vista de sus propias necesidades y no las del niño; por ejemplo, cuando dicen:

Yo fajo [envolver al niño desde los hombros hasta los pies, lo que les impide mover sus brazos y piernas] a mi niño desde que nace, para que no se asuste con el movimiento de sus manos [reflejo del moro] y no se despierte y llore; entonces no me va a dejar hacer mis cosas (Carmen 2000).

Las prácticas del cuidado del niño son explicadas sobre la base de creencias, costumbres, valores, transmitidos de generación en generación, que permanecen vigentes por la influencia de las abuelas, suegras y hermanos/as mayores, sobre todo si viven con las cuidadoras formando familias extensas: *"Cuando nació mi hijita, mi mamá me dijo que le ponga una cinta roja en su muñeca, porque hay personas que tienen el ojo fuerte y la pueden ojear y entonces se va a enfermar"* (Linda 2000).

La valoración cultural y económica desigual favorece la subordinación femenina a lo masculino, haciendo que la niña esté en desventaja frente al varón, atribuyéndole roles tradicionales que invisibilizan sus potencialidades de desarrollo. Aceptan que el hombre tenga el rol productivo y público, mientras que la mujer tiene el rol reproductivo y privado. Sin embargo, cuando la mujer trabaja fuera del hogar para obtener ingresos que mejoren la satisfacción de las necesidades de los hijos y de la familia, o porque el varón no consigue trabajo, no se distribuyen las tareas del hogar: siguen siendo de su responsabilidad, incluyendo el cuidado de los hijos:

Cuando llego de mi trabajo [empleada doméstica], así esté cansada tengo que ponerme a cocinar; en cambio, mi marido cuando llega del trabajo quiere descansar, que le sirva su comida y que los chicos no le hagan bulla (Delia 2000).

La información recibida sobre salud a través de los medios de comunicación social (radio, televisión) y del personal de los servicios de salud forma parte de la red explicativa individual y colectiva acerca del proceso salud/enfermedad, junto a sus creencias, valores y experiencias particulares: *“A mi hijo le ha dado diarrea porque comió cebolla y se le pegó en el estómago; eso me dijo mi suegra, pero también porque juega en el suelo y come con sus manos sucias”* (Miriam 2000).

La vida afectiva del niño en su desarrollo como persona es esencial porque tiene que ver con su bienestar, su confianza en sí mismo y en los demás. Es una necesidad que la madre, el padre y los demás familiares deben satisfacer:

El niño cuando nace necesita sus vacunas, su control en el Centro de Salud y bastante afecto, cariño” (Juana 2000); La madre que le da cariño a su hijo; ese niño va a tener confianza, cuando sea grande le va a contar sus cosas y va a ser seguro en hacer las cosas, porque al niño que uno no le da cariño, es un niño que va a ser inseguro, tímido; también demora en desarrollár sus habilidades, pero aquel que uno le demuestra cariño, es más seguro el niño (Amelia 2000).

4.3 Etapas del proceso para desarrollar los talleres

Para desarrollar los talleres, se organizó un proceso de trabajo concebido como una sucesión de momentos de análisis, reflexión, elección de cambios, prueba y retorno al análisis para la toma de decisiones individuales y colectivas, respetando los consensos y las diferencias. Se pueden sintetizar en los siguientes momentos:

- Proceso de deconstrucción y análisis grupal: se expresan las experiencias vividas acerca del tema que se va a tratar

en los talleres, deconstruyendo los saberes y sentimientos. Luego se comparte en el grupo, se analizan las semejanzas y diferencias;

- Proceso de re-construcción: se produce la etapa de confrontación para llegar al consenso y luego construir colectivamente el nuevo conocimiento acompañado de nuevos sentimientos que incluyen cambios en ambos actores del proceso (facilitadores y participantes);
- Proceso de experimentación: se ponen a prueba los nuevos conocimientos y sentimientos dentro del entorno familiar y vecinal, volviendo a deconstruir y construir colectivamente los nuevos saberes y sentimientos, iniciándose la experiencia de probar la viabilidad y factibilidad de las propuestas de acción acerca del cuidado del niño;
- Proceso de evaluación y síntesis: se presenta la síntesis, explicando los procesos vividos al poner a prueba los nuevos conocimientos, sentimientos y acciones, evaluando los logros y dificultades de manera individual y colectiva, reafirmando o modificando los nuevos conocimientos y prácticas.

En el caso del equipo técnico, su labor de “facilitador” significa que es un participante más porque realiza el mismo proceso de deconstruir y reconstruir durante los talleres y luego entre el grupo técnico propiamente dicho, evaluando los logros y dificultades, de manera que permanentemente se están elaborando propuestas con los enfoques conceptuales y metodológicos adoptados para la intervención, estimulando la creatividad, capacidad de autocrítica y construcción de equipo.

4.4 Desarrollo del proceso según temas

4.4.1 *Los derechos y necesidades del niño*

El tema de inicio fue el taller sobre “derechos y necesidades del niño” para posicionarlo como “sujeto” protagonista de

su desarrollo, con participación de los padres, de la familia y de la comunidad. Al abordar esta temática, se pretendió revalorar el rol de la maternidad de la mujer que, por tradición, asume la responsabilidad directa en el cuidado de los hijos, pero a la vez la tarea más importante de la sociedad: formar a un nuevo ser o a un nuevo ciudadano. También se revaloriza la función de los padres (hombre y mujer) como progenitores y responsables de la creación de un ambiente familiar saludable en el que crecerán y se desarrollarán los niños, resaltando que *"la familia"* es el primer espacio social en el que el niño aprende a conocer el mundo y donde comienza a ejercitar el desarrollo de sus potencialidades físicas, psicológicas, sociales y afectivas para transformar con creatividad y autodependencia la realidad que lo rodea. Es fundamental la intervención de *"la comunidad"* como sistema organizado de vecinos, instituciones y organizaciones sociales, cuya misión es crear un ambiente comunitario saludable, con calidad de vida para sus ciudadanos, entre ellos los niños, reconociéndolos como sujetos que tienen derechos. En este espacio se revaloran los derechos y deberes de los ciudadanos.

4.4.2 El proceso de deconstrucción de saberes

Para llevar a cabo el proceso de "deconstrucción" de saberes y experiencias con relación al tema de los derechos y necesidades del niño, planteamos las siguientes preguntas.

4.4.2.1 ¿Qué necesidades tiene el niño menor de cinco años?

Mediante la lluvia de ideas y el debate en grupo, los participantes presentaron desde sus propias experiencias todo lo que conocían acerca de las necesidades de los niños, identificando la *"alimentación"* como una necesidad básica para que el niño crezca sano y fuerte, necesita *"vacunarse"* para que no contraiga enfermedades como la polio, necesita una *"vivienda"* para vivir con su familia; *"vestido"*, *"salud"*, referida a la

atención que necesita el niño cuando se enferma; "educación", "recreación" que, si bien son reconocidas como necesidades, vienen a ser satisfactores de las necesidades de subsistencia, protección, entendimiento que conjugan con las necesidades de tener y de estar.

Reconocieron que el niño necesita "jugar" para entretenerse (necesidad de ocio), observando que el niño tiende a imitar en sus juegos las actividades que realizan los mayores. Por ejemplo, quieren barrer, lavar y cuidar a un niño, actividades que no son identificadas como la necesidad de participar que tiene el niño y que también aprende a través del juego a desempeñar los diferentes roles que la sociedad asigna tanto al hombre como a la mujer (véase Capítulo 5 [Suremain]). Asimismo, la curiosidad del niño que desarma su juguete o el reloj de papá, es interpretada como que el niño es "destructor" o "malcriado", siendo muchas veces castigado por esta razón, limitando su necesidad de entendimiento, de hacer, de desarrollar su creatividad y autonomía que le permiten descubrir el mundo y transformarlo:

Mi hija que tiene tres años, cuando me ve lavar la ropa, ella también quiere lavar; yo a veces le dejo lavar sus medias, pero que no se moje no más, porque sino le da tos, los bronquios (Edith 2001); Un día mi hijo desarmó el reloj de la casa; cuando lo encontré le di en las manos y le dije que cuando venga su papá se va a molestar y seguramente lo castigaría (Norma 2001).

Todas estas necesidades fueron discutidas, utilizando la evocación de vivencias infantiles de las participantes, lo que llevó a que sacaran sus propias conclusiones, como por ejemplo que el juego es para el niño lo que el trabajo es para el adulto y que el niño aprende lo que ve hacer a los adultos.

Otro tema que concitó la atención de las participantes fue que el niño necesita mucha "paciencia", "dedicación", "comprensión", "estimulación" y "comunicación", lo que significa "necesidad de amor": "Si el niño siente que lo quieren, lo apoyan con paciencia, entonces se va a sentir alegre, feliz" (Rosa 2001). De esta manera,

expresan el desarrollo de la autoestima del niño, es decir, que satisface su necesidad de "ser" una persona digna de ser amada, ser escuchada, tolerada, tomada en cuenta, llegando el grupo a acuñar la frase: "*el niño y niña necesitan amor, tiempo y paciencia*", explicando que cuando hay amor, uno se da tiempo y tiene paciencia para con el niño.

La necesidad del niño de "vivir en un hogar armónico" se refiere a un ambiente sin peleas, donde los padres se llevan bien, conversan para solucionar sus problemas, no se gritan, insultan o golpean delante de los niños. Entonces, el niño tendrá seguridad y confianza en sus padres, lo que no siempre sucede en su hogar, donde los conflictos llegan a situaciones de agresión física o psicológica delante de los niños o a una agresión hacia ellos. Reconocen que el maltrato hacia los niños a veces es consecuencia del maltrato entre los padres. En este tema, mediante las experiencias de las participantes, se llegó a recomendar que cuando surge un conflicto, se tiene que buscar el mejor momento para conversar entre los padres y escuchar las razones de ambos, para luego ponerse de acuerdo.

La necesidad de tener una identidad, expresada como la necesidad de "*tener nombre y apellido*", es analizada por la experiencia de que a veces los padres no quieren reconocer a sus hijos, es decir, darles su apellido y registrarlos en la municipalidad, lo que trae como consecuencia que el niño tenga dificultades para ser inscrito en el seguro de salud o en un centro educativo por no contar con su partida de nacimiento. Esto afecta su autoestima y sus derechos a la alimentación y seguridad física y emocional. Al mismo tiempo, esta situación afecta la autoestima de la mujer, debido a que el hombre duda de la paternidad del niño.

La igualdad de derechos del niño en la familia es otra necesidad bastante analizada por las participantes, quienes refirieron varias experiencias de discriminación por "*raza*", género y parentesco: "*Como mi hijo nació más oscurito que sus hermanos, mi esposo y mis suegros le decían '¿este negro, hijo de quién será?'*". Cuando los suegros manifiestan una clara preferencia por los

hijos de sus hijas frente a los hijos de sus hijos, como si dudaran que fueran sus nietos, o cuando los papás prefieren tener hijos varones, insinuando que son más fuertes e inteligentes que las mujeres, son situaciones que no satisfacen la necesidad de afecto de la niña, produciéndose una discriminación por género.

El reconocimiento de las necesidades de los niños, realizado desde la perspectiva de las participantes y expresado con sus propias palabras, permitió no sólo revelar los principales problemas de los niños en la zona, sino identificar los principales espacios de actuación de los responsables del cuidado de los niños y de la satisfacción de sus necesidades.

4.4.2.2 *¿Quiénes son los responsables de satisfacer las necesidades de los niños?*

Todas las participantes coincidieron en señalar en un primer momento a la madre como la responsable principal de satisfacer las necesidades del niño, porque ellas han traído a sus hijos al mundo. Mientras tanto, consideran al padre como un proveedor de recursos que no se involucra en el cuidado directo del niño, sobre todo cuando es pequeño. Incluso cuando el padre no puede manejar la conducta de los niños, tiende a librarse del cuidado diciéndole a la madre: *“¡Mira lo que tus hijos están haciendo!”* (Delia 2001), como si no fueran también sus hijos. Esto nos llevó al análisis de la concepción del niño, que es producto de la relación física y afectiva del hombre y la mujer, poniéndolos a ambos en igualdad de condiciones en cuanto a derechos y deberes en el cuidado de los hijos. Sin embargo, la mujer tiene el privilegio de ser la única persona que puede gestar una nueva vida, por lo que llegan a decir: *“Si no fuera por las mujeres, no existirían los hombres...”*, expresión que ratifica el poder de la mujer en la vida familiar y social.

La consecuencia de este análisis condujo a las participantes a mejorar su sentimiento de autoestima, reflejado en la valoración de su maternidad y en la concepción de la igualdad de responsabilidades con el varón frente al cuidado de los hijos.

Cuando analizaron las razones de por qué a veces era difícil satisfacer algunas necesidades del niño en el ámbito de la familia, señalaron que había otros responsables (llamémoslos indirectos), personas e instituciones que están fuera del hogar, es decir en la comunidad y aún en el ámbito del país. Por ejemplo, señalaban que a veces no había suficiente dinero para adquirir alimentos, por falta de empleo o porque estaban muy caros y fuera del alcance de la economía familiar; reconocieron que la falta de carreteras influye en el encarecimiento de algunos productos, porque los transportistas suben el precio debido a las dificultades para sacarlos desde el campo a las ciudades.

Identificaron que el maltrato y la negligencia del personal de los servicios de salud en la atención de los niños atentan contra sus derechos, al igual que la discriminación que a veces sufrían en los colegios por no contar con recursos económicos suficientes para ir uniformados y con útiles escolares completos. Señalaron al gobierno local y a la policía como responsables de satisfacer las necesidades de salud, protección y recreación de los niños, por ejemplo cuando no recogen la basura, no cuidan los parques y no brindan vigilancia policial para evitar accidentes o el robo de menores. Con relación a las Organizaciones de Base como el Vaso de Leche y los Comedores Populares, reconocieron que prestan un gran apoyo a las familias con escasos recursos económicos porque satisfacen en parte la necesidad de alimentación de los niños.

4.4.2.3 ¿Cuáles son los espacios o ámbitos en los cuales se satisfacen las necesidades de los niños?

El tratamiento del tema de las necesidades y derechos del niño y los responsables permitió identificar los espacios de intervención (véase Cuadro 1): la familia, la comunidad y el Estado/país, analizados a través de los hechos observados, los actores sociales involucrados y las normas y valores que rigen las instituciones y organizaciones sociales.

Cuadro 1: Las necesidades del niño y los espacios donde se satisfacen

Prioridades	Familia	Comunidad	Estado/País
1. Lactancia Materna	X	X	
2. Vivir en hogar armónico	X	X	
3. Comunicación	X	X	
4. Educación	X	X	X
5. Confianza	X	X	
6. Seguridad	X	X	X
7. Protección	X	X	X
8. Unión Familiar	X	X	
9. Alimentación	X	X	X
10. Estimulación	X	X	
11. Ser respetado	X	X	X
12. Comprensión	X	X	
13. Nombre y apellido (Padre)	X	X	X
14. Amor	X	X	
15. Orientación adecuada	X	X	X
16. Vivir feliz	X	X	
17. Vestido	X	X	
18. Apoyo	X	X	X
19. Alegría	X	X	
20. Vivienda	X	X	X
21. No ser maltrato	X	X	
22. Dedicación	X	X	
23. Recreación	X	X	
24. Paciencia	X	X	
25. Salud	X	X	X
26. Socialización	X	X	
27. Juego	X	X	
28. Valores	X	X	X
29. Vacunas	X	X	X
30. Control de CRED	X	X	X
31. Limpieza	X	X	X

4.4.3 El proceso de construcción de nuevos conocimientos

La construcción de nuevos conocimientos se fue produciendo a lo largo de los debates en grupo, en los cuales se comparaban las experiencias y conocimientos de las participantes, trabajados a través de las siguientes preguntas: ¿Cuál es la situación del cuidado del niño y la satisfacción de sus necesida-

des en los tres espacios (familia, comunidad y país)? ¿Cómo creen que deberían ser esos espacios y cómo se relacionan? ¿Qué hacer para acercarnos al ideal en cada espacio?

Con relación a la necesidad de "comunicación" al interior de la familia, las participantes reconocieron que los padres se comunican con los hijos para dar indicaciones, aconsejar, sin preguntar qué piensan o sienten ellos. Cuanto más pequeño es el niño, menos importancia tiene lo que él diga o exprese:

Yo siempre le decía lo que debía hacer, sin preguntar qué piensa él; a veces cuando no encontraba hecho algo que había ordenado que hagan, entonces de frente les castigaba, sin preguntar que había pasado; ahora comprendo que uno tiene que escuchar lo que piensa el niño, para comprender mejor a los hijos; antes nos criaron así, uno calladita no más tenía que hacer lo que nos habían ordenado, sino nos castigaban (Norma 2001).

En la comunidad, los vecinos repiten la misma conducta que los padres en el hogar. En las instituciones públicas como el Centro de Salud, no acostumbran a buscar un diálogo con el niño y con el padre o la madre. Se comunican para recibir información sobre el niño y darle indicaciones o recetas para que cumpla.

Con relación a cómo deberían ser estos espacios, concluyeron que hay que aprender a escuchar a los niños. Es parte del respeto que merecen y del cariño ("*amor*") que le brindamos, tanto en el hogar como en la escuela, el Centro de Salud y en cualquier lugar donde se encuentre el niño.

Para acercarse a ese ideal, señalaron que los padres, los maestros, los médicos y todos los que traten con los niños, deben en primer lugar reconocer los derechos y las necesidades del niño para poder comprender y apoyar su desarrollo normal. De este modo, el conocer los derechos y necesidades del niño se convierte en una necesidad.

Con el propósito de afianzar la importancia de la construcción de los nuevos conocimientos sobre las necesidades y derechos del niño, hicieron una comparación entre las necesi-

dades y derechos trabajados por ellas y la Declaración Universal de los Derechos del Niño, producto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Ginebra, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1942). En el ejercicio encontraron muchos puntos de coincidencia entre ambos, lo que repercutió en el mejoramiento de la autoestima de las participantes.

4.4.4 La experimentación o puesta en práctica

La fase de experimentación fue realizada a través de la construcción conjunta de un juego de mesa sobre las necesidades de los niños, en base a los resultados del análisis de las participantes. Éstas jugaron con sus familiares y con madres de niños de su vecindario u organización. Esta experiencia permitió afianzar sus conceptos y actitudes frente a las necesidades y derechos del niño, así como compartir sus vivencias, conocimientos y actitudes con los demás, estableciéndose una nueva forma de relacionarse de las madres y promotoras de salud con su propia familia, así como con su comunidad. Además, la cobertura del Proyecto se extendió de 50 promotoras a 250 miembros de sus familias y a 150 madres de niños que participaron en los talleres organizados por las promotoras de salud, beneficiándose un promedio de 200 familias con niños menores de cinco años.

Los resultados obtenidos fueron que cada promotora sintió que era capaz de dirigir una reunión educativa con su familia y con sus pares (otras madres) sobre temas tan importantes para ellas como el cuidado de sus hijos, con un enfoque más amplio al que estaban acostumbradas a tratar:

Me sentí nerviosa, pero fui perdiendo el miedo, porque al inicio se reían de mí, pero luego fueron tomando en serio lo que les pedía que pensarán sobre las necesidades de nuestros niños; mi suegro me dijo 'nunca te había oído hablar de estos temas, te felicito' (Rosa 2001); Yo ensayé antes, sola en mi cuarto; cuando vinieron mis hermanos mayores y sus esposas, les pedí que nos reuniéramos para conversar sobre un tema que les va a intere-

sar; en un inicio no me prestaron mucha atención, pero luego fueron participando más hasta que me felicitaron por conversar esos temas tan importantes que nunca antes los habían escuchado (Edith 2001).

De estas citas podemos deducir que el conocimiento construido por las promotoras sirvió para mejorar su imagen personal ante sus familiares, su pareja y los vecinos, iniciándose un proceso de liderazgo tanto en su familia como en la comunidad.

4.4.5 Seguimiento y evaluación

Para finalizar esta primera etapa del taller sobre el desarrollo del niño, se realizaron dos actividades: (i) el seguimiento a través de visitas domiciliarias para entrevistar a las personas (familiares, vecinos o socias de las organizaciones sociales a las que pertenecen las promotoras) que habían participado en el juego; y (ii) preguntar qué les había parecido la experiencia. Además de la opinión acerca de la actividad realizada por la promotora, comenzamos a recoger la observación de los cambios de comportamiento que venían produciéndose en las participantes en relación con sus parejas y con sus hijos:

Yo le dije, 'qué tienes, por qué le hablas al bebé, si él no te entiende'; ella me contestó que era la forma de transmitirle cariño y atención; ahora conversamos más; ya no grita; por eso le digo que no falte a sus clases, porque veo que ahora está de mejor carácter, más tranquila, más comprensiva (Carmen 2001).

En otro caso, la hermana manifestó su asombro al decir: *"Ya no reniega mucho; antes renegaba y paraba gritándole o pegándole a su hijo; ahora veo que le pregunta y conversa con Miguelito"*.

En la evaluación grupal del taller sobre las "necesidades y derechos del niño", identificaron que habían empezado a *"mirar con otros ojos a sus hijos"*, refiriéndose al respeto que merecen como personas: *"Cuando no quiere ponerse la ropa que le al-*

canzo, le pregunto por qué o qué quiere ponerse; antes yo me amargaba, le ponía a la fuerza y hasta le pegaba para que obedezca". Escuchan antes de ordenarles a los niños, observan sus juegos con más tolerancia, porque el niño necesita entretenerse, aprender, investigar, y no lo consideran mal criado: "Cuando me quiere ayudar a barrer, le doy otra escoba, claro me demoro más, pero ella se siente feliz y yo también".

4.4.6 Actividades complementarias de soporte: reflexión del decálogo del desarrollo

Simultáneamente, se desarrolló el taller sobre el "decálogo del desarrollo"³, con la finalidad de reflexionar desde las experiencias de las participantes los valores que dirigen el comportamiento humano y que son necesarios para el desarrollo como personas, miembros de una familia y ciudadanos. Consideramos que para valorar la vida de los niños desde una perspectiva de desarrollo humano, era necesario hacer un análisis de nuestros comportamientos y de los valores que transmitimos en nuestra vida cotidiana personal, familiar, laboral, comunitaria y como nación, para llegar a conclusiones acerca de qué y cómo modificar nuestros comportamientos individuales y sociales que son modelos para el niño en formación.

La revisión paralela de los valores del "decálogo del desarrollo" reforzó la actitud positiva de las participantes frente a la creación de un ambiente "armónico" de buenos modelos para el desarrollo del niño. Se identificaron aquellos valores

3 El "decálogo del desarrollo" fue un encarte preparado por un Organismo No Gubernamental (Instituto de Desarrollo Humano) con colaboración del diario "El Comercio" (Lima) y varias empresas peruanas e internacionales publicado a lo largo de diez semanas en el año 2000. El objetivo de esta publicación fue difundir las actitudes y principios de comportamiento para salir del subdesarrollo y la pobreza. Estos son: orden, limpieza, puntualidad, responsabilidad, deseo de superación, honradez, respeto al derecho de los demás, respeto a la ley y los reglamentos, amor por el trabajo y afán por el ahorro y la inversión.

que son trastocados cotidianamente en el hogar, el trabajo, la comunidad, las instituciones y las organizaciones, como son la honestidad, la veracidad, la responsabilidad, la puntualidad, entre otras, dando testimonios de la vida diaria donde se vivían dichos valores, y otros donde se ponía de manifiesto la necesidad de cambiar. Reconocieron que los valores son los cimientos sobre los cuales se construye la vida familiar y social de la persona, en otras palabras, su bienestar y felicidad.

4.4.7 El nuevo concepto de desarrollo

Después de haber situado al niño como "sujeto" con necesidades y derechos, se trabajó el tema del "desarrollo del niño menor de cinco años" para construir, desde las experiencias, intereses y conocimientos previos de las participantes, el concepto de desarrollo que permitió integrar, modificar y establecer relaciones entre los diferentes esquemas de conocimiento de las promotoras y facilitadoras.

En un primer momento, asociaron el desarrollo del niño con el control del crecimiento (medición de peso y talla), la aplicación de vacunas, la lactancia materna y la buena alimentación. Sin embargo, durante el análisis, fueron agregando otros elementos como la educación, el juego, la recreación, la socialización, la comunicación con la familia y con los que rodean al niño, y la necesidad de darle amor y comprensión para que crezca feliz. Como dice una participante: "*¿De qué vale darle de todo si no es feliz en el hogar?*", explicando que la felicidad se logra en "*un hogar bien formado*", lo que significa que entre la pareja y los miembros de la familia con los que vive el niño, debe haber comunicación y comprensión para que no tenga problemas, no sea receloso o tímido, concluyendo que los niños se desarrollan bien cuando ven a los padres alegres y tranquilos. En estas explicaciones sobre el desarrollo del niño, vemos la importancia que atribuyen a las relaciones familiares como creadoras de un ambiente tranquilo y afectuoso en el que el niño se sienta seguro y feliz. Integran el contexto de la

vida familiar como medio para un desarrollo deseable del niño en lo social y en cuanto a su autoestima, expresada como seguridad y falta de timidez.

El concepto de evolución, de pasar etapas en el desarrollo, está presente cuando dicen: *"El desarrollo del niño se puede decir que es un crecimiento o un adelanto del niño a una nueva etapa de su vida, que es lo que todos hemos pasado desde niños"*. La idea de *"adelanto"* refleja que el niño mejora en sus capacidades de aprendizaje, ligadas a la capacidad de desarrollar su autonomía, expresada en la siguiente cita: *"La estimulación física se refiere a que el niño aprende lo que se le enseña; por ejemplo, si desde pequeño se le enseña el aseo y la limpieza, entonces él va a crecer así y más adelante él solo va a asearse y a ser limpio"* (Berta 2001).

Explican el proceso de socialización del niño desde el momento en que la madre está embarazada, señalando como ejemplo que cuando la madre se acaricia la barriga y conversa con el niño, éste responde por medio de las *"pataditas"*, o se contrae cuando escucha la voz del padre que le toca la barriga a la madre para acariciarlo. Dan mucha importancia a la relación afectiva que el niño recibe primero en el hogar y luego en la vecindad, en el nido (centro de educación inicial) o en instituciones como los *"Wawa Wasi"*⁴. Concluyen que esto hará al niño confiado y seguro.

A través del proceso de reflexión y de compartir sus experiencias, las promotoras construyeron un concepto más amplio del desarrollo del niño con un enfoque integral, desde la alimentación para su buen desarrollo, hasta la afectividad y la socialización iniciada en el hogar y continuada en la comunidad a través de las instituciones para niños. La integración de lo físico y psicológico en el desarrollo es notoria en la siguiente cita:

4 Wawa Wasi es un Programa de casas para niños menores de cinco años del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano. Cuando la madre trabaja, el local es la casa de una mujer de la comunidad que es capacitada y acepta cuidar niños de su comunidad por una remuneración mínima (la alimentación es subsidiada por el Estado).

Para mí, el desarrollo de un niño es el crecimiento tanto físico como emocional, psicológico; es la transformación tanto de los huesos como de los sentimientos, desde que el niño nace, más claro desde la gestación del niño hasta la muerte... Va cambiando físicamente como psicológicamente; uno de los requisitos o necesidades para que un niño tenga un buen desarrollo físico es tener una buena alimentación; para el desarrollo psicológico, brindarle amor, confianza, tener una buena comunicación (Irma 2001).

La experiencia de cuidar a sus hijos las lleva a reconocer que el desarrollo del ser humano se inicia en un estado de total dependencia y que gracias al cuidado que le ofrece su familia, progresa gradualmente como un ser único, diferente de los demás. Esto se expresa en la siguiente cita:

Estimular física y mentalmente es bañarlo y enseñarle que cuando entre a una casa salude, que digan gracias, que se le tenga paciencia al enseñarle y no mandarlo al diablo como hay veces lo hacemos; estar pendiente de él y el niño aprende lo que ve. Al año más o menos ellos no pueden hablar, pero te miran y hay veces con una sonrisa te dicen todo; el niño se da cuenta desde que está en el vientre de la madre; el niño se da cuenta, por ejemplo, cuando hay peleas en el hogar; el niño está que llora y llora (Samita 2001).

Finalmente, podemos interpretar que la estimulación en la concepción del desarrollo del niño es comprendida por las promotoras de salud como un proceso de humanización en la que el niño se convierte en una persona digna e inteligente, que adquiere símbolos y formas para lograr comunicar sus ideas y sentimientos, valores y normas de convivencia. Dan importancia al medio en el cual se desarrolla el niño. Es el proceso de interacción social lo que posibilita el desarrollo de su inteligencia, de sus habilidades y capacidades, lo que fundamentalmente le permite aceptar a los otros y ser aceptado por ellos.

4.4.8 Las etapas del desarrollo y su estimulación

Sobre la base la construcción colectiva de las necesidades y derechos del niño, así como del concepto de desarrollo y de las condiciones básicas para este proceso en la vida del niño, se trabajaron las diferentes etapas evolutivas del niño menor de cinco años.

Se partió de la observación directa y del recuerdo del cuidado de los hijos para ubicar las diferentes etapas del desarrollo. Analizaron sus observaciones de lo que hace un niño según su edad, cómo se comunica con su familia y con su madre, y cómo se relaciona con su familia. Este recordatorio y la observación directa de los niños en sus diferentes edades permitió socializar conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado del niño.

Reconocieron el desarrollo psicomotor a través de la observación de los movimientos y conducta del niño, así como el desarrollo del lenguaje (desde los sonidos que emite un recién nacido hasta las palabras y oraciones que producen los niños de cinco años de edad) y el proceso de socialización a través de la manera de relacionarse con su madre, padre y demás familiares de su entorno.

Como productos del trabajo colectivo, se elaboraron dos juegos educativos para que las promotoras pudieran utilizarlos en su trabajo con otras madres o familiares: uno se refiere al desarrollo del niño y las condiciones favorables y desfavorables para el desarrollo; el otro se refiere a la estimulación del desarrollo en cada etapa del niño.

Actualmente, estamos elaborando los "módulos del desarrollo del niño", utilizando las palabras y significados que las madres les atribuyen, integrando los conocimientos y prácticas de ambos saberes, el tradicional y el moderno (técnico).

En los talleres sobre el desarrollo del niño, las participantes elaboraron juguetes apropiados para el desarrollo de los niños de acuerdo al desarrollo de sus habilidades y edades, utilizando materiales de reciclaje a muy bajo costo, explicando

ellas mismas qué habilidades podían desarrollar sus hijos mediante el uso de estos juguetes.

La fase de experimentación también fue realizada con sus familiares y vecinas, que llegaron a fabricar sus propios juguetes, según las edades de sus hijos.

Aún no ha terminado la ejecución de los talleres, pues falta desarrollar los talleres sobre alimentación y sobre la prevención de frecuentes problemas de salud en los niños menores de cinco años, los que se realizarán siguiendo los mismos enfoques conceptuales y metodológicos.

5. Conclusiones

A manera de conclusión, podemos subrayar los siguientes puntos.

- El análisis de las necesidades y derechos del niño a partir de las vivencias de las participantes resulta central para dar inicio a los talleres sobre el cuidado de la salud del niño con un enfoque de desarrollo humano, porque se consigue que valoren la vida del niño como "persona" e identifiquen a los actores responsables en el ámbito familiar, comunitario y del país, estableciendo los límites y las relaciones entre cada espacio, así como la capacidad de intervención en cada uno de ellos;
- La identificación de la responsabilidad "compartida" entre el padre y la madre sobre el cuidado del niño es clave para "empoderar" a la mujer, cambiando la actitud sumisa frente al varón por una actitud más autónoma y segura para solicitar apoyo de la pareja, para brindar atención al niño y, por tanto, compartir las tareas del hogar;
- El reconocimiento de los derechos y necesidades del niño por todos los actores que tratan con los niños, sitúa al niño en la posición de "persona", sujeto de atención en los diferentes espacios sociales (la familia, la comunidad, el país) en los que transcurre su vida hasta hacerse adulto;

- El tema de los derechos y necesidades del niño sitúa mejor el concepto de cuidado “integral”, pues considera al niño en su totalidad, como un ser biológico, psicológico, social y espiritual;
- Tratar el tema de los valores desde las experiencias de la vida cotidiana, resalta la importancia práctica de los mismos en la construcción de modelos de vida familiar y social que lleven a mejorar la calidad de vida de manera individual y social;
- La construcción colectiva de nuevos conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado de la salud del niño garantiza cambios “desde adentro” de los sujetos, siendo reforzados en la interacción con los otros, encontrando puntos de encuentro entre lo cultural y lo técnico-científico, integrándose en un nuevo conocimiento basado en saberes anteriores;
- Los escenarios de aprendizaje experimental y continuo son: el ámbito familiar y el comunitario, espacios en los que se desarrolla la vida cotidiana de las participantes y los niños;
- La elaboración de instrumentos y estrategias educativas son la consecuencia de un proceso de interacción social entre participantes y equipo técnico;
- El enfoque constructivista de la educación permite un encuentro más humano, más real entre la comunidad y la Academia, produciendo un crecimiento personal en todos de manera continua y dinámica, porque el contexto social no es estático y la vida cotidiana se enfrenta a estos cambios, frente a los cuales hay que estar permanentemente poniendo a prueba nuestra capacidad de aprendizaje y la oportunidad de poder experimentar soluciones viables y factibles.

Referencias bibliográficas

AUSUBEL, D.P.

1973 *La Educación y la estructura del conocimiento*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

- BARRETO, L. & SOTO, J. & RAMÍREZ, E.
1997 "Las huellas de la violencia", *Centro Proceso Social* (CEDIB/ UNICEF/ Terre des Hommes Independencia Lima), número especial: 139-140.
- CAPELLA RIERA, J. & SÁNCHEZ MORENO IZAGUIRRE, G. (ed.)
1999 *Aprendizaje y constructivismo*. Lima: Ediciones Massey y Vanier.
- MAX NEEF, M. & ELIZALDE, A. & HOPENHAYN, M.
1986 *Desarrollo a escala humana*. Estocolmo: Edición Cepaur/ Fundación Daghammerkjöld.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2000 *Boletín epidemiológico servicio básico de salud Comas - Documento interno*. Lima: Ministerio de Salud.