



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE POS GRADO ENFERMERÍA**

**LA EDUCACIÓN DIALÓGICA CON LA MADRE DEL
NIÑO CON PROBLEMAS NUTRICIONALES EN
CHIMBOTE, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Ms. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES.

ASESORA:

DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ DE GUZMÁN

CHIMBOTE – PERÚ

2015

HOJA DE FIRMA DEL JURADO

DRA. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ

Presidente de la comisión

DRA. SONIA MARY DEL ÁGUILA PEÑA

Secretaria de la comisión

DRA. CARMEN LETICIA GORRITTI SIAPPO

Miembro de la comisión

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres **ANA Y EUSEBIO**, por haberme dado la vida y guiado a través del camino de la vida, con valores y fe cristiana. Por apoyarme hasta ahora.

A mis hermanos **BETO, CARLOS, JORGE Y PILAR** que están siempre a mi lado alimentándome a seguir y recordándome la importancia de ser una profesional de calidad.

A la Dra. **YOLANDA**, por brindarnos los conocimientos necesarios para poder culminar la tesis.

A mis hijos **PIERITO Y NICOL** y a mi gran compañero de toda mi vida: Mi esposo **WALTER** por estar siempre a mi lado, por brindarme su apoyo y comprensión en todo momento.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por hacer de mis días, días productivos, donde siempre hay algo que aprender y sobre todo porque me ayuda a mejorar día a día; y que con cada prueba que me presenta, adquiero fortaleza de espíritu y ganas de seguir sobresaliendo.

En segundo lugar, agradecer a mis padres, que siempre han estado caminando junto a mi lado, guiándome, brindándome su apoyo incondicional y esforzándose por lograr hacer de mí una persona con metas y dispuesta a enfrentar los retos que se presenten a lo largo de la vida.

En tercer lugar agradecer a mi asesora Dra. Yolanda Rodríguez de Guzmán, y a mis dos grandes amigas de la universidad **CARMEN** y **PILAR** por su gran apoyo valioso para mi vida profesional.

Finalmente agradecer a mis hijos y mi esposo por su comprensión en el logro de mis metas profesionales.

RESUMEN

La presente Tesis de Doctorado tuvo como objeto de estudio. La educación dialógica con la madre del niño con problemas nutricionales en Chimbote. El abordaje teórico se basó en los conceptos sobre Conocimiento, Cuidado de enfermería, madre y niño. El abordaje cualitativo se ha desarrollado de acuerdo con el método creativo y sensible de Cabral, cuya dinámica de la creatividad y la sensibilidad el árbol de la ciencia y el almanaque. Las técnicas: entrevista colectiva, discusión grupal y observación participante. Se desarrollaron en cinco encuentros con las 12 madre de 20 a 35 años de las comunidades urbano-marginal de Chimbote, del niño mayor de seis meses y menor de dos años con problemas nutricionales, de cada comunidad escenario de la investigación. Para el análisis de resultados se utilizó el análisis de discurso de Orlandi, develando tres categorías: 1) Sentimientos encontrados con respecto al cuidado del niño y 2) Estrategias de la enfermera para enseñar la preparación de alimentos nutritivos y la 3) Aprendiendo a preparar alimentos nutritivos. La primera, con dos subcategoría: Sentimientos positivos y sentimientos negativos. La segunda con una subcategoría intervenciones claves efectivas y la tercera con dos subcategorías: Alimentos nutritivos y conservación e higiene de los alimentos. Los resultados muestran que el diálogo entre las madres y la enfermera da a conocer los conocimientos y prácticas inherentes a su estructura de atención en dos dimensiones: sociales, históricos.

Palabras clave: Conocimiento, Cuidado de enfermería, Niño y Madre.

ABSTRACT

This PhD thesis was to study object. Dialogic education with the mother of the child with nutritional problems in Chimbote. .The Theoretical approach was based on the concepts of knowledge, nursing care, mother and child. The qualitative approach has been developed in accordance with the creative and sensitive method Cabral, whose dynamics of creativity and sensitivity the tree of knowledge and the almanac. Techniques: group interview, group discussion and participant observation. They were developed in five games with the 12 mother of 20-35 years of urban-marginal communities in Chimbote, the child over six months and under two years with nutritional problems, each stage of the research community. For the analysis of results discourse analysis was used Orlandi, revealing three categories: 1) Mixed feelings regarding the care of the child and 2) strategies for teaching nurse preparing nutritious food and 3) Learning to prepare food nutritious. The first two subcategories: Positive feelings and negative feelings. The second with a sub key interventions effective and third with two subcategories: Nutritious and conservation and food hygiene. The results show that the dialogue between mothers and nurse discloses knowledge and practices inherent to their care structure in two dimensions: social, historical.

Keywords: Knowledge, nursing care, Child and Mother.

RESUMO

Esta tese de doutorado foi estudar objeto. Educação dialógica com a mãe da criança com problemas nutricionais em Chimbote. .A Abordagem teórica foi baseada nos conceitos de conhecimento, cuidados de enfermagem, mãe e filho. A abordagem qualitativa foi desenvolvido de acordo com o método criativo e sensível Cabral, cuja dinâmica de criatividade e sensibilidade da árvore do conhecimento e do almanaque. Técnicas: entrevista em grupo, discussão em grupo e observação participante. Eles foram desenvolvidos em cinco jogos com a mãe de 12 20-35 anos de comunidades urbanas de marginal em Chimbote, a criança mais de seis meses e menores de dois anos com problemas nutricionais, cada estágio da comunidade de pesquisa. Para a análise dos resultados de análise do discurso foi usada Orlandi, revelando três categorias: 1) sentimentos mistos em relação ao atendimento da criança e 2) estratégias para a enfermeira ensino preparando alimentos nutritivos e 3) Aprender a preparar alimentos nutritiva. As primeiras duas subcategorias: sentimentos positivos e sentimentos negativos. A segunda com um sub principais intervenções eficazes e terceiro, com duas subcategorias: nutritiva e de conservação e higiene alimentar. Os resultados mostram que o diálogo entre mães e enfermeira divulga conhecimentos e práticas inerentes à sua estrutura de atendimento em duas dimensões: social, históricos.

Palavras-chave: conhecimento, cuidados de enfermagem, criança ea mãe.

CONTENIDO

	Pág
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Resumo.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Problematización e importancia.....	1
1.2 Objeto de estudio.....	9
1.3 Pregunta orientadora.....	9
1.4 Objetivos del estudio.....	9
1.5 Justificación y relevancia del estudio.....	9
II. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes.....	12
2.2. Referencial conceptual.....	16
2.3. Referencial teórico filosófico.....	24
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.2. Método de estudio.....	36
3.3. Sujetos de la investigación.....	45
3.4. Escenarios de estudio.....	47
3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos.....	51
- Técnica de recolección de datos.....	51
- Procesamiento de datos.....	52
3.6. Consideraciones éticas y de rigor científico.....	53
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Presentación de resultados.....	56
4.2. Análisis y discusión de resultados.....	56
V. CONSIDERACIONES FINALES.....	92
Referencias bibliográficas.....	96
Anexos.....	106

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problematicación e importancia:

La OMS (1), afirma que " Las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de los servicios, pero, lamentablemente, en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores. Si miramos al futuro, a los diversos desafíos que plantea la creciente importancia del envejecimiento, el desarrollo urbano y los determinantes sociales de la salud, resulta evidente que hacen falta mayores capacidades para aprovechar este potencial. Ello explica que la promoción de unas políticas públicas mejores sea el tercer pilar de los progresos hacia la APS, junto con la cobertura universal y la atención primaria".

Por otro lado se conoce que el estado determina la política nacional de salud. El poder norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Constitución Política del Perú - Artículo 9°. El MINSA como entidad responsable de salud en nuestro país cumple con esta función permitiendo documentación normativa al respecto, documentación que es amplia, fuente que en algunos lugares no es posible tener a nuestro alcance, por lo que la óptica de este análisis y comentario, es posible que no contemple en su totalidad la visión y misión en lo referente a salud en nuestro país (2).

Del mismo modo el Perú no es ajeno a esta situación y el MINSA no solo reconoce la coexistencia de estos problemas nutricionales, sino que propone abordarla de manera multidisciplinaria e intersectorial, incluyendo oportunidades para el cambio en las prácticas de alimentación y la tendencia a una vida más activa y velando por la salud de toda la población. Frente al aumento en el nivel de sobrepeso y obesidad y la alta incidencia de cáncer,

diabetes e hipertensión, fomenta una agenda pública que genere medidas y políticas de salud mientras encara simultáneamente al latente nivel de desnutrición infantil en ámbitos pobres.

Asimismo el investigador brasilero Carlos Monteiro (3), señala que el desarrollo y la penetración progresiva de alimentos ultra procesados están desplazando a los alimentos naturales, a las tradiciones culinarias y a la “comida casera” sana, con una poderosa estrategia de publicidad que crea ambientes obesos génicos. Frente a este contexto, la Organización Mundial de la Salud ha subrayado la urgencia de proteger a los niños del impacto de tales mensajes publicitarios.

La problemática nutricional en nuestro país identifica la anemia por deficiencia de hierro, el retardo en el crecimiento, sobrepeso y obesidad y la deficiencia de vitamina A, lo cual puede afectar a nuestros niños, específicamente a los menores de cinco años y dentro de ellos a los niños mayores de 6 meses y menores de dos años y a los que viven en zonas urbanas marginales y rurales del país. El Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) implementó el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) el cual evalúa indicadores relacionados a la problemática nutricional del país (4).

Según la Endes, (5), 2013, de cada 1,000 niñas y niños que nacieron en Perú durante los 0 a 4 años anteriores a la encuesta, 16 murieron durante el primer año en comparación con 21 para el período 5 a 9 años anteriores y 25 para el período 10 a 14 años anteriores . Las estimaciones se consideran razonables si se tiene en cuenta el aumento del acceso de la población a los servicios de salud, principalmente en las áreas rurales. Los descensos observados en los tres últimos quinquenios son igualmente importantes en la mortalidad neonatal (de 14 a 11 defunciones por mil nacidos vivos) y post-neonatal (de 11 a 6 defunciones por cada mil nacidos vivos). Estos resultados, especialmente la mortalidad neonatal, tendrían mayor relación con las condiciones de salud

imperantes en el entorno de las niñas/niños. El nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: las/os niñas/os de madres sin educación tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (34 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios secundarios (15 por mil).

También en el Perú, hay una alta prevalencia de anemia en los niños y niñas menores de 5 años, a pesar de su reducción en 11 puntos porcentuales en los últimos 5 años: al año 2009, tiene anemia el 37% de los niños y niñas menores de 5 años y el 50% de los menores de 3 años. De desnutrición crónica del 18,5%, la cobertura de suplementación de hierro y yodo es baja, la deficiencia de vitamina A en niños de 6 a 35 meses afecta alrededor del 11,5%, los datos sobre consumo de alimentos, enfatizan la continuidad de la deficiencia en cuanto a la ingesta de energía, grasas y los micronutrientes (hierro y vitamina A) en los pequeños (6-35 meses). Se ha detectado que el consumo de sal yodada es bajo, en los hogares no se está consumiendo la sal que realmente necesitan y esto afecta la nutrición de los niños y de la familia entera, Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo (5).

Se menciona que la situación de salud y la seguridad alimentaria son precarias en los países de América Latina, donde reina la extrema pobreza, las malas condiciones de salubridad, la insuficiente producción de alimentos, la baja disponibilidad y el elevado precio de los productos alimentarios que impide el acceso a los mismos por parte de la población de forma segura y estable. Agudizándose esta situación aún más con el aumento de la población y los bajos ingresos de los sectores pobres.

También la desnutrición está presente en estos lugares donde no hay una seguridad alimentaria y nutricional, lo que trae consigo enfermedades como las infecciones respiratorias, diarreicas, que están estrechamente vinculadas a las

condiciones ambientales de las viviendas, la carencia de agua potable y los inadecuados hábitos higiénicos. Todo esto repercute en el aprovechamiento biológico de los nutrientes (2).

A través de esta experiencia, se puede evidenciar las políticas de salud pública dirigidos a la familia y la salud infantil en particular, en lugar de promover la universalidad y la aplicación de la equitatividad de los recursos económicos, han dado lugar a diferencias de clase social, y la mala distribución de los recursos públicos. Las políticas de salud, generadas por los entes rectores, diseñan estrategias fundamentalmente curativas, siendo menor la preventiva y en ínfima proporción promocionales. Como parte de un contexto más amplio, el cuidado de los niños también se ve influida por las variaciones de estas políticas, como las clases económicamente más desfavorecidas han recibido una atención de calidad cuestionable, ya que el servicio por el Ministerio de Salud (MINSA) en sus hospitales, centros y clínicas de salud pública se hace con los escasos recursos estatales. Las políticas promocionales se encuentran sesgadas por la miopía intelectual generada, a su vez, por el modelo médico reinante: cuando aluden a salud, su referente en verdad es la enfermedad.

También la extensión y magnitud de un problema nutricional, los grupos afectados, su importancia socioeconómica y su prioridad como problema de salud pública, son determinadas por los trabajadores de la salud especialmente en la enfermera, mediante la evaluación del estado nutricional del niño. En un equipo multidisciplinario, el especialista en educación será el responsable de conducir los aspectos relativos a la determinación del estado de nutrición de una comunidad, como las zonas urbano marginales.

En lo que es la alimentación, es uno de los problemas fundamentales que presenta el mundo contemporáneo. La crisis alimentaria desatada por el alza de los precios de los comestibles afecta cada vez más a los países pobres ocasionando disturbios. Esta situación de emergencia alimentaria trae aparejada hambre y deficiencias nutricionales, agudizándose aún más en los países que viven en extrema pobreza. Esta es una de las razones que atentan contra la

seguridad alimentaria y nutricional. Unido a esto tenemos el proceso de globalización que impone un nuevo modelo de alimentación mediante las multinacionales, promocionando comidas y bebidas rápidas, caracterizadas por su escaso valor nutritivo, dejando a un lado las costumbres, los hábitos alimentarios de cada país y las condiciones medioambientales de cada territorio (6).

Los primeros tres años de vida, dentro de ello los mayores de seis meses y menores de dos años, es una etapa única e irrepetible para el desarrollo físico e intelectual de una persona. Garantizar una buena nutrición es responsabilidad del padre y la madre, y va acompañada de una alimentación balanceada, controles de salud, higiene y afecto. Iniciándose el desarrollo del niño, donde los nutrientes, estímulos externos y las condiciones adecuadas de vida lograrán una salud óptima.

Sin embargo, también contribuyen las limitaciones en el consumo de productos alimentarios de origen animal para niños de hogares rurales, de verduras y frutas tanto en hogares rurales como urbanos, creando una situación de doble carga de enfermedad, desnutrición y obesidad a nivel poblacional, acentuada por el acompañamiento de patrones no saludables de alimentación que caracteriza un elevado consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono simples, de bebidas gaseosas y posiblemente de comida “chatarra”, así como una reducción en el consumo de alimentos naturales. Esto ocurre en un contexto nacional de una oferta alimentaria diversa y donde la gastronomía se manifiesta como un “boom” en los últimos 5 años (5).

También el mal uso de los alimentos disponibles y la toma de decisiones incorrectas sobre el consumo de los mismos está propiciado por factores socioculturales como: las tradiciones, los hábitos de vida, costumbres, por las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que repercuten en el problema de la alimentación y junto a ello tenemos la carencia de una educación alimentaria que promueva estilos de vida sanos. Existe mucha confusión y poca

divulgación, pues no se ofrece una información precisa y valiosa sobre la alimentación adecuada. Esto es un elemento importante para la subsistencia y en el que se invierte la mayor cantidad de dinero y esfuerzo por parte de la familia. A pesar de que muchas personas en los países pobres no poseen recursos para acceder a los diferentes alimentos de manera segura y estable, muchas familias por falta de información gastan sus pocos recursos en alimentos que no poseen ningún valor nutritivo. Tal es el caso de los refrescos embotellados, las comidas chatarra o en conservas de sabor fuerte que satisfacen el paladar pero engañan al organismo (7).

Hay en el Perú pocos estudiosos los que trabajan para desarrollar investigación cualitativa en el conocimiento y las prácticas con las madres de los niños. Como enfermera preocupada por la realidad de las condiciones de vida de los niños peruanos y, especialmente el cuidado de niños mayores de 6 meses y menores de 2 años, creo en la necesidad de reflexionar en la investigación presentada.

Así también en la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en la función docente trabajó en la salud del niño como miembro del equipo de enfermería, atención directa a la madre y los niños en las comunidades urbano marginales de Chimbote, el desarrollo de las estrategias en las áreas de la salud y del niño en el contexto de la familia y la comunidad. Incluye a los niños cuyas familias no tienen los recursos económicos para pagar los servicios de salud. Siendo uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil los problemas nutricionales que lo hace susceptible a enfermedades infecciosas, elevando las estadísticas de morbilidad y mortalidad en ellas y ocasiona problemas de salud y desarrollo personal en su vida futura.

No es ajena a esta problemática las comunidades urbano marginales de 10 de setiembre, San Miguel y Fraternidad, localizado en el Distrito Chimbote,

Provincia del Santa, Departamento de Ancash, ya que como es evidente en la mayor parte del mundo y también en el Perú, la tasa de morbilidad en los niños con problemas nutricionales ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en la enfermedad del siglo, y aún más se ha visto el incremento en la incidencia de desnutrición crónica y anemia, pasando a ser la segunda causa de muerte.

En las zonas de estudio las personas viven en miseria, sin posibilidad de acceder a las oportunidades, por ejemplo a estudiar, de tener una buena cobertura de salud, una vivienda digna ya que viven hacinados, no contando con servicios básicos todos, tienen actualmente letrinas. Si bien puede haber muchos factores y causas que lleven a una persona a la condición de marginal, la falta de trabajo resulta ser uno de los factores determinantes y más recurrentes a la hora de decretar la marginalidad de una persona. Viven en situación de estrés social manifestado por la privación económica, la inestabilidad familiar, la insalubridad de sus viviendas, y el ambiente y su seguridad. Condiciones que de manera aisladas y en conjunto influyen en los problemas nutricionales de los niños, especialmente en los mayores de 6 meses y menores de dos años.

Esta investigación tiene como objeto de estudio la educación dialógica con la madre de 20 a 35 años de comunidades urbano-marginales, del niño mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales: implicancias en la salud del niño, en las comunidades de 10 de setiembre, San Miguel y Fraternidad. La motivación para trabajar con las madres es el resultado de un proceso que he estado muy motivada desde el comienzo de mi vida profesional como enfermera, desde que realizo el trabajo comunitario en el Puesto de Salud Ana, en la que trabajo en la estrategia del articulado nutricional que es el cuidado integral al niño, especialmente en su alimentación junto a todo el equipo de salud de enfermería, Brindando la atención directa a la madre y el niño.

Por lo tanto con esta problemática enunciada permitió conocer lo sienten las madres cuando cuidan a su niños, como aprenden a cuidar al niño y como

aprendieron con respecto al cuidado en su alimentación de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años. Sin embargo para poder responder a eso es que aparece la respuesta lógica a esa pregunta que tenemos que estar convencidos de dos cosas: Lo primero es que ninguna acción que se realice desde un programa de desarrollo puede tener éxito sin la colaboración de la población beneficiaria. Y lo segundo es que los mensajes son siempre interpretados desde los propios parámetros de los receptores, del público. Es decir, para dar sentido a lo que se está escuchando, las persona usamos nuestros conocimientos, nuestros preexistentes “modelos mentales” sobre la realidad, nuestros temores y mitos.

Así el aprendizaje significativo según Ausubel (8), Es el proceso a través del cual una nueva información (un nuevo conocimiento) se relaciona de manera no arbitraria y sustantiva (no-literal) con la estructura cognitiva de la persona que aprende. El significado lógico del material de aprendizaje se transforma en significado psicológico para el sujeto. Para Ausubel, el aprendizaje significativo es el mecanismo humano, por excelencia, para adquirir y almacenar la inmensa cantidad de ideas e informaciones representadas en cualquier campo de conocimiento. El conocimiento previo sirve de matriz “ideacional” y organizativa para la incorporación, comprensión y fijación de nuevos conocimientos cuando éstos “se anclan” en conocimientos específicamente relevantes (subsumidores) preexistentes en la estructura cognitiva. Nuevas ideas, conceptos, proposiciones, pueden aprenderse significativamente (y retenerse) en la medida en que otras ideas, conceptos, proposiciones, específicamente relevantes e inclusivos estén adecuadamente claros y disponibles en la estructura cognitiva del sujeto y funcionen como puntos de “anclaje” a los primeros. Queda, entonces, claro que en la perspectiva Ausubeliana, el conocimiento previo) es la variable crucial para el aprendizaje significativo.

Por lo anteriormente, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Como las madres de 20 a 35 años de la comunidad urbano-marginal aprenden sobre el cuidado en la alimentación en niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales en el distrito de Chimbote, 2014?

1.2 Objeto de estudio

La educación dialógica con la madre del niño con problemas nutricionales.

1.3 Pregunta norteadoras/orientadoras

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, llevamos adelante esta investigación en la que se transmitió las siguientes preguntas:

- ¿Qué estrategias tienen las enfermeras para el proceso enseñanza aprendizaje de las madres de 20 a 35 años de las comunidades urbano-marginal en el cuidado del niño mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales?
- ¿Cómo interactúan dialógicamente las madres y la enfermera para obtener conocimientos para el cuidado del niño con problemas nutricionales?

1.4. Objetivos del estudio:

Para dar respuesta al problema, se ha planteado los siguientes objetivos:

- Analizar las dimensiones del conocimiento y de las prácticas adoptadas por las madres, de sus expresiones dialógicas con la enfermera en el cuidado al niño.

1.5. Justificación y relevancia del estudio

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud de la universidad Católica los Ángeles de Chimbote ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de los niños mayores de 6 meses a menores de dos años y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población de los niños en las comunidades

de 10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permite instar a los profesionales de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar los cuidados del niño, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de integralidad en el cuidado y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de los niños mayores de 6 meses hasta los menores de dos años de las comunidades de estudio

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las consideraciones finales contribuyen a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud del niño mayor de 6 meses hasta los menores de 2 años y reducir los factores de riesgo así como mejorar los cuidados, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: las autoridades regionales y municipales en el campo de la salud, así como para los usuarios de estas comunidades y la población de Chimbote en general que se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, y favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

En este sentido, la relevancia de este estudio es la necesidad de conocer cuáles son los conocimientos de las madres y cómo este conocimiento articulado en el cuidado de los niños involucra al articulado nutricional, de la comunidad de 10 de Setiembre, san Miguel y Fraternidad, en el contexto de la educación dialógica. Estrategia que ha guiado las acciones de la enfermera, siendo parte de un conjunto de acciones públicas de la intervención del Estado en temas de salud y la enfermedad en la infancia. Por lo tanto, la búsqueda de pistas concretas que hacen que sea posible y viable para todos los hombres y mujeres que dan su vida

todos los días en las propuestas de trabajo de salud, especialmente los destinados a las comunidades urbano marginales y periféricas como las comunidades de estudio.

II. REFERENCIAL CONCEPTUAL-TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Pacheco S (9), En su investigación titulada: “Gestión del conocimiento local de familias en niños con bajo peso: implicaciones para enfermería práctica social”. Encontró los siguientes resultados. La práctica discursiva de los cuidadores familiares revelaron tres contextos en la constitución del conocimiento y la práctica de la familia, en la gestión de la alimentación infantil: el hospital, el hogar y la sociedad. En el hospital, el orden del discurso institucional se basa en la unicidad profesional, señalando la lactancia materna exclusiva como práctica social. En casa, la diversidad de voces de la familia reveló dos prácticas sociales: la lactancia materna y alimentación infantil. Ambas prácticas fueron el conocimiento local de los grupos familiares, se materializó en forma de conocimiento web transmitida por creencias culturales intergeneracionales, ya sea dentro de la familia la interacción social, es la redefinición de las voces de los profesionales de la salud. La sociedad, la diversidad de voces indicó prácticas sociales similares a las del contexto del hogar. La práctica clínica de los profesionales de la salud a favor de la iniciación de la lactancia materna exclusiva; Sin embargo, el mantenimiento de la misma familia dependía de la motivación para negociar experimentos exitosos.

Barrial A (10), "La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional". Concluye que la madre juega un papel importante en la Educación Alimentaria la cual es responsabilidad tanto de ella como la

familia y de la escuela. La familia tiene un papel decisivo en la educación de los más pequeños de la casa para que adquieran adecuados hábitos alimentarios, pues es a través de la interacción con los adultos que los niños adquieren determinadas actitudes, preferencias, costumbres y hábitos alimentarios que están fuertemente influenciados por las prácticas alimentarias que realiza la familia. Por otra parte los círculos infantiles y las escuelas también poseen un rol importante en la Educación Alimentaria y Nutricional con el objetivo de mejorar la conducta alimentaria, para elevar la calidad de vida de la población. Ambas instituciones tanto la escuela como la familia forman parte de la comunidad y están estrechamente vinculadas, de ahí la importancia del trabajo comunitario para el desarrollo de nuestra investigación.

Silva J (11), “Atención habitual modificado en la vida diaria del niño cuidadores con necesidades especiales de salud: las interfaces con los conocimientos de enfermería” .Los resultados mostraron que los desafíos de los cuidadores familiares surgieron de las experiencias vividas por el contenido experiencial impregnados, desde el nacimiento del niño hasta la actualidad. En la medida en que llegó a la estandarización de los cuidados en la vida cotidiana, se produjo la superación de sus dualidades: Precaución igual y diferente, fácil y difícil, automática y natural. Atención habitual se modificaron debido a cambios en el crecimiento y desarrollo del niño y la complejidad de la demanda de atención. El aprendizaje se basa en los intentos de errores golpeados, con la familia o la salud Ocupacional. Se concluyó que las familias normalicen el cuidado en la vida del niño cuando los cambios en la norma modifican e incorpora en sus tareas diarias.

A nivel Nacional

Gandy D (12), En su investigación titulada “Atención materna durante la comida, en niños de seis a doce meses de edad, en el distrito de Cochamarca, Oyón, Lima” 2012. Encontrando los siguientes resultados: Que las madres representan la principal persona encargada de la alimentación. Mostraron una actitud desinteresada para con las prácticas de una alimentación responsiva, ya que las madres mostraron cierto interés y atención hacia su hijo(a) solo cuando el niño(a) no quería comer o cuando ya se estaba comenzando a aburrir, debido a que las madres estuvieron más preocupadas por los quehaceres del hogar. Llegando a las siguientes conclusiones: Las madres tuvieron poca atención a las señales de hambre o saciedad de su hijo(a), porque le dieron mayor prioridad a las labores de casa y otros miembros de la familia, demostrando poca paciencia y motivación para atender a su hijo(a).

Gamarra R (13), “Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima, 2011”. Obtuvo los siguientes resultados: 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Llegando a las siguientes conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.

Sandoval A (14), En su investigación “Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años”. Se encontró los siguientes resultados. Se obtuvieron datos de 605 unidades familiares, 445 controles y 160 casos. El modelo predictivo estuvo integrado por la escolaridad de la madre, hacinamiento, intervalo entre nacimientos, ingreso per cápita mensual y el tiempo destinado para actividades de crianza/cuidado de los niños. Llegando a las siguientes conclusiones. Las estrategias familiares de vida son determinantes para la ocurrencia desnutrición. Las características de la vida familiar deben considerarse en programas dirigidos a abatir el padecimiento en este grupo.

Correa A (15), En su investigación: “Comportamiento de la madre en relación con la lactancia materna y la alimentación complementaria del niño menor de quince meses, durante la enfermedad diarreica”. Se encontró que de 218 madres (72.7%) pertenecían a la clase socioeconómica baja; 17 (5.7%) eran analfabetas y sólo 19 (6.3%) habían

cursado la secundaria completa. De 207 (69%) niños que estaban entre cinco y doce meses. Ciento veinte madres (40%) amamantaban a sus niños y todas continuaron haciéndolo durante la diarrea; 16 (13.3%) disminuyeron y 50 (41.7%) aumentaron el número de tomas de leche. Los principales cambios se vieron con respecto al uso de leches industrializadas: sólo 66 de 295 madres (22.4%) las continuaron sin alteración; 89 (30.2%) las suspendieron, 83 (28.1 %) disminuyeron la cantidad administrada y 65 (22%) dieron a sus hijos preparaciones más diluidas.

Con respecto a la alimentación complementaria se hallaron dos modelos de comportamiento: algunos alimentos eran frecuentemente suspendidos y otros usualmente continuados; entre los primeros: dulces (77.2%), huevo (66.7%), leguminosas (65.8%), chocolate (60.7%), grasas (59.4%) y gaseosas (55.2%). Entre los segundos: carne (69%), plátano (85.6%), sopas (82%), Jugos (71.8%), verduras (73.4%), agua de panela (63.4%). Los cambios se mantenían usualmente más de 3 días lo que favorecía el deterioro nutricional. El principal argumento para hacerlos era evitar el aumento de la diarrea (52.2% de los casos). No se encontró correlación significativa entre el nivel de escolaridad de la madre o el sitio de procedencia y los cambios realizados en la alimentación de los niños durante la diarrea.

Butrón J y col (16), En su investigación titulada: conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva, en madres lactantes con niños menores de un año, INMP-2011. Obtuvo los siguientes resultados: El 67,6% de participantes fue adulta joven, 58,4% conviviente, 71,7% con estudios secundarios y 74,6% amas de casa. El 60,7% recibió consejería sobre lactancia materna; 61% tuvo un nivel de conocimiento medio sobre lactancia materna exclusiva. Solo el 31% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. El 47% estuvo de acuerdo con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. El 61% de las participantes se sentía parcialmente motivada cuando lactaba a su niño y existió un 20%

de ellas que estaba de acuerdo con algunos mitos. El 54,9% inició la lactancia materna inmediatamente después del parto. Llegando a las siguientes conclusiones: Es necesario afianzar conocimientos y revalorizar la confianza en los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

2.2. Referencial conceptual

Los conceptos que fundamentan la presente investigación, están relacionados con el objeto de estudio y son; educación, madre, niño mayor de 6 meses y menor de 2 años, problemas nutricionales. Asimismo la teoría que sustenta la investigación es la teoría de cuidado humano de Jean Watson.

El concepto de cuidar, ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, y las raíces del término de cuidar la podemos encontrar en los orígenes de la mitología y filosofía más antigua. Se observa que el término de *cura* (cuidar), en los escritos de la antigua Roma, tienen una utilización ambigua. Por un lado, el cuidar significaba preocupación, angustia, ansiedad, una carga, y por otro lado, era proporcionar atención a los otros con una connotación positiva como una dedicación.

Según Reich (17), el debate entre los significados opuestos del cuidar, el cuidar como una carga y el cuidar como una preocupación, junto a la gran importancia que se le daba al cuidar del ser humano, fueron los elementos que tuvieron una gran influencia en el mito Greco-Romano "Care". A través de los siglos, este "Mito del cuidar" Greco-Romano ha influido en la ideología expresada posteriormente en la literatura, filosofía, psicología y ética. La palabra "Cuidar" según Reich refleja el sentido heroico de una inspiración, una atenta preocupación que justifica el lado positivo del cuidar. Los filósofos modernos se han basado en el "Mito del Cuidar" mostrando las características principales del cuidar, la necesidad de afecto tan presente en los orígenes de la vida humana. Asimismo, la psicología moderna, ilustra que aquellos que han sido cuidados desde el nacimiento

pueden desarrollar el poder nutritivo (nurturing) para uno mismo y para otros mediante un cuidado solícito.

Kierlkegaard (18), fue el primer filósofo que introdujo el concepto del cuidado preocupación. También justificó y clarificó que el cuidar era un elemento central para la comprensión humana y la llave de su autenticidad, temas que habían sido tratados en el “Mito del cuidar” como en Goethe. Según Reich, el introduce nociones como el de preocupación, interés y cuidar para contrarrestar lo que considera como excesiva objetividad la filosofía y teología. Kierlkegaard recupera el significado individual de la existencia humana que consideró habían eliminado la abstracta filosofía moderna y las categorías universales. Del mismo modo que utiliza el concepto de preocupación para expresar la naturaleza del ser humano y sus elecciones morales. Considera que el ser humano tiene un gran interés o preocupación en la existencia. Y, finalmente Kierlkegaard señala que el cuidar de alguien no siempre es un arte amable.

Heidegger (19), muestra un pensamiento diferente en relación a Kierlkegaard, mientras este último concibe el cuidar o preocupación como una manera individual, subjetiva y psicológica, Heidegger utiliza el término de cuidar en un nivel más abstracto y ontológico para describir la estructura básica del yo humano, el significado moral existencial del ser humano. A través de su filosofía justifica la necesidad de la experiencia psicológica del cuidar, y considera el cuidar como una unidad, autenticidad y la totalidad del yo. En resumen, Heidegger enfatiza que nosotros somos cuidados, y que cuidar es lo que nosotros llamamos ser humano.

Mayeroff (20), filósofo americano proporciona una detallada descripción y explicación de las experiencias el cuidar y de ser cuidado por otro. Incorpora en su filosofía del cuidar varios conceptos ya mencionados a lo largo de la historia, y concibe el cuidar desde una perspectiva más personal. Muestra unas características de cuidar y expresa que el cuidar podría

ayudarnos a comprender mejor e integrar de forma segura nuestras vidas. Según Mayeroff, cuidar es ayudar a crecer, tanto si es una persona, una idea, un trabajo de arte o comunidad. Y ayudar a otras personas a crecer significa animarlos y asistirlos para que puedan ser cuidados por alguna cosa o persona aparte de nosotros mismos. También indica que es un proceso que implica confianza, paciencia, humildad, honestidad, conocimiento del otro, esperanza, coraje. Es un encuentro profundo e íntimo.

Buber (21), también consideró que el cuidar era una relación dialógica entre un «yo» y un «tú», y que la relación constituía el fundamento de la humanidad. Él nos aportó la descripción y explicación del contexto relacional en el que se produce el cuidado.

Marcel (22), en cambio, marca el concepto del cuidado con sus nociones de «presencia» y de «misterio». Define la «presencia» cuando la persona «es capaz de estar conmigo, con la totalidad de mi ser, cuando yo tengo necesidad», y el «misterio» en la búsqueda de una respuesta a la pregunta existencial: «¿Qué es el ser humano?».

La orientación de la teoría de Watson es existencial-fenomenológica y espiritual como veremos más adelante, ella afirma que su teoría se basa, en parte, en la filosofía oriental. También adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal. El pensamiento de Watson se fundamenta en filósofos como, Marcel, Buber, May, Mayeroff, Gilligan y Noddings. Según Neil Ruth¹²⁸ citado en Marriner, la teórica se inspira en autores como Maslow, Heidegger, Erickson, Witheaud, Sarte, Rogers, entre otros. También reconoce los trabajos de Nightingale, Henderson, Krueter, Hall, Leninger, Gadow, Hegel, Kierkegaard y Pepleau en el desarrollo de su filosofía del cuidar humanístico-existencial.

Según Barbara Sarter (23), es la única de las teóricas enfermeras que manifiesta claramente el concepto del alma y enfatiza la dimensión

espiritual de la existencia humana en la ciencia del cuidar.

Entre las teóricas Watson junto a Leninger, han sido las teóricas que han dedicado su carrera a estudiar y desarrollar, el cuidar, como significado más importante y foco central de la enfermera. Watson desarrolla su marco filosófico apoyándose en las ciencias y humanidades, ofrece una orientación del cuidar fenomenológica, existencial y espiritual. La orientación existencial es porque tiene en cuenta la experiencia de la persona en un momento específico de su existencia. La fenomenológica, porque cada persona posee un campo fenomenológico único, subjetivo y metafísico que le permite hacer frente a las diferentes situaciones de la vida. Y la espiritual, por considerar a la persona como un ser global, de cuerpo, espíritu y alma, una entidad en el que el cuerpo se sitúa en el espacio pero el espíritu y el alma trascienden en el aquí y en el ahora. Argumenta la necesidad del cuidar afirmando que si bien es cierto que los esfuerzos llevados a cabo por los profesionales de salud para controlar la enfermedad, prolongar la vida y aliviar el dolor mediante tratamientos sofisticados, han tenido resultados espectaculares, también las ciencias humanas y comportamentales han tenido un papel importante, ya que se han interesado en los valores más profundos como la calidad de vida y los problemas del final de la vida. Estas ciencias humanas cuestionan aspectos filosóficos, éticos, psicosociales y morales (24).

Ella indica los peligros que puede comportar el que sólo sea valorado la actividad científica y se relegue a un segundo plano los aspectos humanos. Dado que las experiencias humanas son validadas desde el interior, sin estar justificadas por criterios científicos. Watson señala que la práctica cotidiana de las enfermeras debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos, y que la enfermera tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanístico-científica constituye la base de la ciencia del Cuidar.

De acuerdo con el diccionario semántico: Educación es un sistema de formación destinado a conseguir el desarrollo de las capacidades intelectuales de las persona, es una enseñanza (25).

El concepto de madre es sin duda alguna uno de los más ricos y complejos de los conceptos relacionados con los seres vivos. El mismo puede ser abordado desde muy diversas perspectivas, tanto biológicas como sociales, individuales o grupales. La noción de madre es, además, esencial para la idea de supervivencia de una raza o grupo de seres vivos ya que es ella la encargada de asegurar la descendencia y ella quien además vive dentro de su organismo la gestación del nuevo ser vivo a nacer en el futuro cercano. Ser madre tiene poco que ver con la habilidad para cambiar, alimentar o bañar al bebé. Es un proceso mucho más íntimo y profundo, más primario, en el que se pone en juego la identidad femenina.

Según Barnard, K (26), El término madre se aplica tanto a la madre, biológica del niño como a la persona que lo cuide, junto con sus características más importantes Entre estas características se incluyen “los condicionamientos psicosociales de la madre, sus preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, las expectativas que despierta el niño en ella y, sobre todo su estilo de maternidad y capacidad de adaptación.

La madre del niño debe estar preparada física y psicológicamente, debe asumir una actitud madura, tiene la responsabilidad de cuidar, criar y alimentar a su niño para que crezca fuerte y sano en un ambiente adecuado. Para ello la madre debe tener un grado de instrucción el cual contribuya a su desarrollo intelectual y le permita brindar un cuidado de calidad a su hijo; pero ella además posee un marco cultural, como son sus creencias y actitudes que influyen en el cuidado de su salud y la de su niño (27).

Llanos (28), refiere que ser madres es un proceso evolutivo, dinámico alimentado por el deseo y necesidad de desarrollar la función maternal, fundamental para la supervivencia y desarrollo del hijo. Dicha función materna, es un proceso de aprendizaje continuo en el que el camino se hace al andar y que, como la vida misma, solo se termina con la muerte. El enlace maternal describe los sentimientos que una madre tiene por sus hijos, comúnmente la madre cumple un rol importante dentro del desarrollo de sus hijos, ella tiene la capacidad de despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en sus hijos para entregarse a la tarea de sus cuidados.

Darley (29), considera que el cuidado de la madre al niño dependerá del significado positivo o negativo que la madre tenga con respecto al crecimiento y desarrollo previo; los que tuvo en su niñez y transmitida por sus padres, estas percepciones dependerán de factores psicológicos básicos, además cada uno de nosotros percibimos el entorno de un modo único y específico hecho que permite a cada uno hacer nuestra propia contribución al mundo. Las expectativas maternas también dependerán de experiencias previas así como su deseo de adoptar algunos cambios de acuerdo al momento cultural, económico y social en que se encuentre.

Para efectos de la presente investigación se considera el concepto de Madre como la persona que cuida al niño(a), unidos por lazos biológicos de herencia, quien debe estar preparada física y psicológicamente para el cuidado de sus hijos tomando en cuenta sus características importantes donde se incluyen los condicionamientos psicosociales de la madre; sus preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, las expectativas que despierta el niño en ella y, sobre todo su estilo de maternidad y capacidad de adaptación, concluyendo que la madre tiene la responsabilidad de cuidar, criar y alimentar a su niño para que crezca fuerte y sano en un ambiente adecuado.

La primera infancia, de los 0 a los 5 años de edad, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento, puesto que es la etapa en la que los humanos muestran gran dependencia, motivo por el cual requieren especial protección. En esta fase se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. El amor y la estimulación intelectual permiten a los niños y niñas desarrollar la seguridad y autoestima necesarias. Para ello, su entorno y las condiciones de vida de la madre son fundamentales (30).

Cuidar se origina del latín cogitare, cogitaten, que es entendido como cogitar, imaginar, pensar, tratar de, dar atención, tener cuidado con la salud, curar y tiene la misma evolución temática para el cuidado. Así, la enfermería asistencial puede, epistemológicamente, decir que asistir es cogitar, imaginar, pensar, dando a su práctica de cuidar sentidos emocional y racional que están contenidos en la acción del cuidado (31)

Waldow (32), refiere que el cuidar desde la prehistoria es considerado, no solo como una actividad o tarea realizada en el sentido de tratar una herida, aliviar una molestia e ayudar en la curación de una enfermedad, buscar ir más allá, intentando captar el sentido más amplio: el cuidado es una forma de expresión de relación con el otro ser y con el mundo en fin, como una forma de vivir plenamente. El cuidar se inicia o se expresa predominantemente de dos formas: como un modo de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño. El primer modo se hace notar en todas las especies y sexos. El segundo modo ocurre entre los humanos, considerando predominantemente su capacidad de usar el lenguaje entre otras formas, para comunicarse con los otros. Al reflexionar sobre el desarrollo humano se percibe con cierta tristeza que los seres humanos alcanzaron un nivel de vida en el cual el bien debería prevalecer sobre el mal, lo que infelizmente no siempre ocurre.

Manifiesta que el cuidado humano es una actitud ética, en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos uno de los otros. Las personas se relacionan en una forma de promover el crecimiento y el bienestar de la otra. Así, se puede gestionar cuál es la ética que impera actualmente, cuidado humano involucra ética, involucra principio y valores que deberían formar parte sin solo de la enseñanza sino también de lo cotidiano del medio académico y evidentemente, de la práctica profesional (32).

Du Gas (33), nos dice con respecto al rol de educadora de la enfermera: “Por varias razones las enfermeras resultan figuras clave en la promoción de la salud. La enseñanza es una responsabilidad de la enfermera, que cumple con la importante misión de proporcionar información, asesoría sobre los medios y formas de promover la salud”.

2.3. Referencial teórico

El pensamiento de Freire pedagogía dialógica

El pensamiento de Freire se ocupó de los hombres y mujeres «no letrados», de aquellos llamados «los desarraigados del mundo», de aquellos que no podían construirse un mundo de signos escritos y abrirse otros mundos, entre ellos, el mundo del conocimiento (sistemizado) y el mundo de la conciencia (crítica). Porque para Freire el conocimiento no se transmite, se «está construyendo»: el acto educativo no consiste en una transmisión de conocimientos, es el goce de la construcción de un mundo común (34).

La educación de las masas es el problema fundamental de los países en desarrollo, una educación que, liberada de todos los rasgos alienantes, constituya una fuerza posibilitadora del cambio y sea impulso de libertad. Sólo en la educación puede nacer la verdadera sociedad humana y ningún hombre vive al margen de ella. Por consiguiente, la opción se da entre una educación para la domesticación alienada y una educación para la libertad. Educación para el hombre objeto o educación para el hombre sujeto. El autor considera que dentro de las condiciones históricas de la sociedad es indispensable una amplia concienciación de las masas que a través de una educación haga posible la autorreflexión sobre su tiempo y su espacio. Está hondamente convencido de que la elevación del pensamiento de las masas que se suele llamar apresuradamente politización. La educación dialógica de Freire, lleva al marco epistemológico de su pensamiento en la educación de las masas. Es un educador brasileño, humanista, creador de una visión liberadora de la educación. El autor critica el orden del sistema capitalista de los países en desarrollo y las concepciones y dominantes, tradicionales países las prácticas educativas, estableciendo un problema fundamental a la dominación y una tarea para crear conciencia de los oprimidos por su liberación y la transformación de la sociedad (35).

Así mismo el enfoque de Freire sobre la educación de la salud puede contribuir a la búsqueda de la comprensión y el conocimiento por parte de los profesionales de la salud y de enfermería en particular, que todavía está impregnado de la postura neutral del discurso formación y la política pública, y eso no impidió el análisis de los problemas por sí mismos o que participan en su formación y experiencia como educadores. La educación, es y seguirá siendo el elemento que incide en la transformación y crecimiento de los seres humanos, y el papel de los educadores es tan importante como esa presencia de la realidad y su relación con los contenidos educativos (35).

Freire ha experimentado cambios notables. Su carácter militante y comprometido, sus fuertes vínculos con el Movimiento Cultura inicial Popular (MCP) y el Movimiento de Educación de Base (MEB) de la Iglesia Católica, entre otros que surgieron a finales del sesenta, están siendo matizada por otros enfoques de política - por ejemplo, el Movimiento de los Sin Tierra (MST) Mezclándose con los matices de los más diversos movimientos sociales populares final de este milenio con manifestaciones en varios continentes. La educación continua popular tiende a caracterizarse por sus vínculos con grupos populares. Entendido, tales como segmentos poblaciones marcada por la discriminación formas parte de la exclusión. Por lo tanto, es la educación que ha ocupado los "pobres" y, como diría Freire, de los oprimidos (36).

En este sentido, el autor afirma que: Que la conciencia no puede detenerse en la inauguración de la etapa de la realidad social. Su autenticidad es cuando la realidad práctica de la revelación es una unidad dinámica y dialéctica con la práctica de cambiar la realidad. Según Freire, la conciencia es un compromiso histórico, ya que es una inserción crítica en la historia, por lo tanto, el hombre y la mujer tienen una posición de sujetos que hacer y rehacer el mundo. La conciencia se basa en la conciencia-mundo esta

relación, sin separación entre ellos, con actitud crítica de personas en la historia, como un proceso de cambio continuo de la realidad transformadora por la reflexión-acción, porque la praxis humana es la unidad indisoluble entre la acción y la reflexión sobre el mundo (37).

Menciona además que la conciencia rompe con la idea de la opresión y muestra la liberación como una posibilidad, que lleva a la persona a tomar una posición utópica ante el mundo. Utopía visto como dialéctica de actos para terminar la estructura deshumanizante y anunciar la estructura humanizante. La utopía como un compromiso histórico. Para informar de que se necesita una estructura deshumanizante en ella, conocerla y criticarlo. Considerando la opinión de Freire, es importante tomar en cuenta que la educación en los distintos ámbitos debe ser considerada con prioridad para que la formación humana que se proporciona a una persona le permita el desarrollo de las habilidades y capacidades indispensables para no perder en su caminar diario ese aspecto humanitario que tanto recalca el pensador brasileño (38).

En lo que es Educador-educando: Freire nos dice que “cualquiera que sea la calidad de la práctica educativa, autoritaria (la prescripción tradicional) o democrática (la educación como quehacer), es siempre directiva”. Sólo cuando la dirección del educador interfiere con la capacidad creadora del educando, su labor se convierte en manipulación. El hipertexto proporciona enlaces directrices que potencian la capacidad creadora del educando. Estos enlaces deben incluir la posibilidad de salir fuera de la estructura creada por el autor o prefijada por el educador, de modo que el educando pueda tener acceso igualmente a posiciones encontradas que puedan enriquecer su propia pronunciación del mundo. Es decir, la dimensión política y directiva de la educación es un hecho. Nuestro deber, añade Freire, “en cuanto uno de los sujetos de una práctica imposiblemente neutra la educativa, es expresar mi respeto por las diferencias de ideas y de

opciones. El acto de enseñar, pues, “no puede reducirse a un mero enseñar a los alumnos a aprender” como si “el objeto del conocimiento fuese el acto mismo de aprender (38).

El enseñar a aprender sólo es válido cuando los educandos aprenden a aprender, al aprender la razón de ser del objeto o del contenido. Esto es lo que facilita el hipertexto. Por una parte, la variedad de las posibles estructuras del hipertexto proporcionan cierto control sobre el texto y sobre los posibles trayectos a seguir; por otra parte, aunque los enlaces colocados estratégicamente aseguran que se puedan subrayar los aspectos que el educador considera fundamentales, el educando es quien opta por seguir o no un enlace en un momento determinado. Lo que el hipertexto dificulta, sobre todo si es abierto, es que, en palabras de Freire, “el profesor o profesora, subrepticamente o no, imponga a sus alumnos su propia ‘lectura del mundo’ [el papel del educador] que no puede ni debe omitirse, al proponer su ‘lectura del mundo’ es señalar que existen otras ‘lecturas del mundo’ diferentes de la suya y hasta antagónicas en ciertas ocasiones”. He aquí la función de los enlaces que llevan a estructuras de hipertextos fuera de la propia y permiten al educando, si así lo desea, aventurarse en otras formas de pensar (39).

El análisis de los fundamentos filosóficos de la educación dialógica de Freire sentado en el proceso de conciencia, lo que lleva a la transformación de la realidad, son los seis tipos de fuerzas método educativo crítico y reflexivo:

La primera idea demuestra que para ser válida toda la actividad educativa necesariamente debe ir precedida de una reflexión sobre el ser humano y su forma de vida concreta, porque es un espacio temporales raíces, que estaba destinado a ser sujeto y no objeto. El hormigón es que se encuentra en el tiempo y en el espacio que está presente.

La segunda idea, dice la intervención de la realidad que tiene lugar desde la toma de conciencia y el desarrollo de una actitud crítica; Por lo tanto, estos dos aspectos son fundamentales para la salida de la condición objeto a ser sometido. El ser humano no viene sino para ser sometido a reflexionar sobre sus condiciones espacio-temporales en las que se sumerge, y las medidas de gravedad.

La tercera idea, dice que, en la medida en que el ser humano es parte del contexto, reflexionar sobre ella y está de acuerdo, está construido de todos modos por la acción, y viene a ser sometido por su criterio y la confrontación con los desafíos que emergen del contexto de la vida de la realidad. Discernimiento significa reconocer que es la realidad y no sólo en la realidad. El ser humano toma conciencia de su temporal y entiende que no se vive en un eterno presente, pero en un momento hizo ayer, hoy y mañana. Puede sólo ese descubrimiento al establecer relaciones con la realidad y afrontar los desafíos que requieren respuestas únicas, ya que no había ninguna típicas respuestas modelo. La respuesta tendrá que asignar un desafío cambia la realidad que enfrenta y cambia a sí mismo, cada vez un poco más, y siempre diferente. Las respuestas requieren su reflexión, la crítica, la invención, elección, decisión, organización, acción; todo demuestra que el ser humano no sólo incorpora adapta a su contexto social.

La cuarta fuerza idea apunta a la necesidad de integración del hombre y la mujer con su contexto de vida, la reflexión y la respuesta a los desafíos, que lo llevó a crear la cultura. Cultura entendida como cualquier resultado de la actividad humana, el espacio creativo y re-creador, de su trabajo para transformar y establecer relaciones de diálogo con los demás. Es la adquisición sistemática, pero crítico y creativo de la experiencia humana, no una yuxtaposición de declaraciones almacenados en la inteligencia o la memoria, no "incrustado" en ser plena y satisfactoria vida.

El quinto contiene la idea de que el ser humano hace historia al establecer relaciones y las respuestas resultantes de los desafíos que enfrenta. Freire analiza que el hombre hace historia en la que, la captura de los mismos problemas de su tiempo, puede cumplir tareas específicas que suponen la realización de temas. También hace que la historia cuando, donde los nuevos temas, si buscan nuevos valores, sugiere una nueva formulación, un cambio en la manera de actuar, actitudes y comportamientos. Este proceso de captura de los temas lleva a los seres humanos para hacer su propia historia.

Y, por último, la sexta idea fuerza, para él, el proceso educativo que debe permitir al ser humano a desarrollar su vocación de ser sujeto, para construir a sí mismo como una persona, para cambiar el mundo, crear cultura, hacer historia y cambiar la realidad. La realidad no se puede modificar, pero cuando descubrimos que es modificable y que él puede hacerlo (39).

En este sentido, la educación dialógica de Freire, tiene como característica la crítica reflexiva clave de la realidad y cuya función es la de transformar la sociedad y para atender las necesidades de la gente, el cambio oponerse activamente a la injusticia social, la maldad y la corrupción. El carácter humanista, dialógico, reflexivo, crítico, participativo educación (democrática), basado en problemas y hace que el estudiante es un sujeto activo al convertirse en el responsable de su propia educación, siendo el educador y facilitador que le ayuda a encontrar las respuestas a los problemas con los métodos de enseñanza que promueven el diálogo abierto y horizontal (40).

Hay que resaltar que la aspiración de Freire es llegar a un encuentro del hombre consigo mismo, a partir de la mencionada situación límite de los analfabetos. La liberación del oprimido es la liberación de todos los hombres. Certeramente, lo afirma: “La pedagogía del oprimido, que busca la restauración de la intersubjetividad, aparece como la pedagogía del

hombre.” Porque no hay liberación si no es con los demás y por eso se educa (para la libertad) con el otro, en el diálogo y la interacción. En realidad, la educación liberadora practica y prepara para la expresión de los sujetos que ha de ser necesariamente en relación con los demás hombres, sin coacciones, sin la verticalidad que se interpone a menudo entre ellos (40).

En este sentido, el pedagogo Freiriano hace un enorme esfuerzo por colocarse en el lugar ajeno y adoptar una visión del mundo tal vez novedosa para él. Esto supone la eliminación de las barreras que impiden la comunicación con el prójimo, la humildad socrática de asumir que el otro enseña, que el otro también es maestro. Maestro porque dona su faz humana al educador, porque le proporciona, en la relación, su humanidad y su existencia. En esto, la pedagogía de Freire debe mucho a autores como Buber, Marcel, Mounier, Jaspers, enfatizan que, frente al individuo que se educa en soledad, el hombre es fundamentalmente relación. La cualidad más específicamente humana en él es la cualidad relacional, su carácter dialógico, como dirá el pedagogo brasileño.

La educación dialógica, en primer lugar, el requisito de superar la contradicción profesor - alumno. Sin esto, la relación dialógica no es esencial para la comprensión de los sujetos conscientes, todo el mismo objeto cognoscible. Así es como la educación, a fin de lograr la liberación dice dialogicidad y es dialógica. Es a través del diálogo que opera superar y un proceso de cambio en la educación dialógica que establece el "profesor-alumno con el alumno-educador". Por lo tanto, el profesor ya no es sólo los que educan, pero que en ese mismo tiempo educar es educado a través del diálogo con el estudiante, y se convierten en sujetos del proceso de crecer juntos y en la que los "argumentos de autoridad" en el proceso de educar ya no existen. Proceso en el que la autoridad requiere para estar con las libertades y no contra ellos. Así, en este enfoque, "nadie educa a nadie, nadie educa a sí mismo, los hombres se educan entre sí, mediado por el mundo" (41).

Para Freire, el hombre se realiza y se encuentra a sí mismo como ser en relación con. La necesaria presencia del otro frente a una radical soledad sustenta el énfasis de la pedagogía freiriana puesto en una suerte de diálogo horizontal cuyo aspecto fundamental es la escucha. Es sólo así que el hombre puede salir de sí y mejorar su existencia, más allá de las meras necesidades empíricas, perfeccionándose: “Esta transitividad de la conciencia hace permeable al hombre. Lo lleva a vencer su falta de compromiso con la existencia, característica de la conciencia intransitiva, y lo compromete casi totalmente.” Y esta transitividad, como apertura a la relación y realización de la misma, es lo normal en el hombre, lo que se adecua a sus necesidades y naturaleza profunda. “El diálogo como encuentro de los hombres para la ‘pronunciación’ del mundo es una condición fundamental para su verdadera humanización.” Sólo desde el diálogo puede el hombre ir conociéndose como ser en permanente reconstrucción en un mundo también en continua reelaboración (41).

En la práctica social, la resolución de problemas, los estudiantes desarrollan su poder para capturar y comprensión del mundo, en sus relaciones con él, se presenta no como una realidad estática, sino como una realidad en transformación, en el proceso.

Freire y Nogueira. Reportan que la práctica social es la esencia de la educación, la práctica liberadora con la oposición a la práctica opresiva; y el educador profesional es aquel que educado hace un acto político, liberadora, y que contribuye a la transformación de una realidad opresiva de las clases sociales. Una transformación en la búsqueda de una base común para el diálogo. El diálogo permite al alumno a expresar sus ideas y puntos de vista sobre el mundo más allá de los lazos de opresión y establecer un diálogo que tiene lugar en una relación horizontal abierto, crítico, y no empalagoso, que permite acercarse a una relación de afecto, simpatía y humildad, que no considera la cultura o el contexto histórico y social de la población (36).

La cultura, a Freire, tiene muchas definiciones, tales como: conocimientos, valores, costumbres y creencias populares, festivos y religiosidad. La idea de Freire era demostrar que todo ser humano produce cultura, con su forma de pensar, sus acciones, entre otros. En este sentido, hace hincapié en la urgente necesidad de que el educador o educadora progresista para entender su cultura con respeto, como derecho y familiarizarse con la sintaxis, la semántica de los grupos populares, para entender cómo hacen su lectura del mundo, a darse cuenta de sus "trucos" necesarios para la cultura o el conocimiento popular de resistencia que constituirá y sin el cual no pueden defenderse de la violencia a la que son sometidos, y que el diseño de Gramsci es el sentido común (42).

Jean Watson

Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería (43).

Una visión de la filosofía y teoría de Watson

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), los que serán examinados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación: El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación

interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí (44).

El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos. El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente. Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso. La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica (45).

Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco de conocimientos respecto al cuidado e implica una transformación de nuestro ser y nuestras prácticas (37).

La iinteracción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”. A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida (43).

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y

poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

- Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).
- Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona (37).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación es un estudio cualitativo, porque responde a las preguntas y preocupaciones particulares sobre la realidad de que no se pueden cuantificar, ya que se ha trabajado con el universo de significados, motivaciones, aspiraciones, creencias, valores y actitudes que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a operacionalización de variables (46).

3.2. Método de estudio

Método de Investigación

El método de investigación utilizado fue el creativo – sensible desarrollado por la Dra. I. CABRAL, donde el objeto de estudio emerge de la experiencia y práctica del trabajo, el contexto lo coloca como un problema social importante y prevenible. Así mismo la problemática en exposición y el objeto de estudio conservan internamente algunas particularidades que se revelan más claramente en el plano colectivo y en el proceso grupal. el uso de la creatividad dinámico y sensibilidad (DCS), tomando como eje el método combinado con la producción artística de la que forma parte. En DCS se da en conferencias de prensa, discusión en grupo, observación participante, mediadas por el enfoque crítico y reflexivo de Freire, para producir los datos relevantes para el objeto de estudio (47).

Marco teórico – metodológico del método de estudio:

En el método creativo y sensible sus fundamentos se basan en la discusión de grupo, la dinámica de la creatividad y la sensibilidad y la observación participante. Cabral destaca el uso de la Dinámica de Creatividad y Sensibilidad (DCS) como la fuerza impulsora del método. DCS ocurre en el espacio de reuniones de grupo en las que despiertan la sensibilidad y la creatividad de los miembros del panel, favorece el proceso de producción de datos para la investigación. En DCS, los sujetos se sienten cómodos con sus experiencias de socialización, la generación de materiales empíricos y validación de los datos y el análisis ya producidos.

Los DCS crean un área de producción de datos, cuya riqueza y diversidad representan el surgimiento del conocimiento. Para el autor, la dinámica de la creatividad y la sensibilidad a favor de la liberación parcial de los sentidos reprimidos de las palabras que no dicen nada. Aquí los sentidos y hablar cruzan para generar conocimiento que es colectivo (48).

El método creativo y sensible tiene la dinámica de la creatividad y la sensibilidad de su producción de datos dispositivo central para la investigación científica cualitativa, ya que, mientras que la combinación de las discusiones de grupo con la producción artística (con su imagen, texto y de expresión), conferencia de prensa semiestructurada y la observación participante como Cabral declara. El método en cuestión ya ha sido validado en Brasil. (49).

La conferencia de prensa se establece por Minayo, como una técnica y una conversación entre dos o más personas, con propósitos claros y, en un primer nivel, se caracteriza por una comunicación verbal que aumenta la importancia de la lengua y significado de la palabra; y, en otro nivel, sirve como medio de recolección de información (objetiva y subjetiva)

sobre un tema científico en particular en relación con el objeto de estudio y de ser semi-estructurada y abierta. En cuanto a las discusiones de grupo, parte inmanente de la dinámica que tiene la dialogicidad su primer principio fundador, permitió a surgir el conocimiento de las familias y el equipo de salud, en el curso de la dinámica de la creatividad y la sensibilidad, guiado por la generación de un tema de debate y producción artística creada por el grupo como Cabral declarado (50).

Para Minayo (51), discusiones de grupo deben tener un número limitado de participantes; un papel específico del facilitador o coordinador del grupo, que localiza y profundiza la discusión; selección intencional y voluntaria de los participantes, que son libres de expresar sus ideas y opiniones; programar más de una reunión cuando los temas son integrales.

En vista de estas recomendaciones, su aplicación se llevó a cabo en tres sesiones, en grupos de 10 a 12 personas, siendo la enfermera investigadora que actúa como facilitador, siendo un total de 33 participantes, con mediadores intervenciones durante los debates. Se coordinó con los participantes su participación. Se realizó la discusión en grupo, más allá de la conferencia y se complementa con la observación participante. La observación participante se produjo dentro de la dinámica. Al registrar el comportamiento de los participantes, la expresión tácita tenía su lugar y su valor en la comprensión del habla, así que también hizo parte de las condiciones de producción del habla de enunciantes sujetos en el espacio dialógico (52).

La observación participante se llevó a cabo a través del contacto directo entre el investigador y el fenómeno observado, para obtener información sobre la realidad de las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años en sus propios contextos. Como observador, era parte del contexto de la observación y se estableció una relación con ellos

cara a cara. En este proceso, se trabajó en el modo observador como participante.

El uso de estos dispositivos el enfoque proporciona una mejor comprensión de la realidad objeto de estudio, así como ofrecer una mayor integración y organización entre el investigador y los participantes en el estudio, lo que confirma la relación dialéctica dialógica establecida entre los sujetos y el investigador que es el aspecto central tanto de las discusiones de grupo como la dinámica.

Cabral informa que, sistematizar y explicar la dinámica de la creatividad y la sensibilidad como método de investigación, fue influenciado principalmente por Freire, Gauthier, Lima y Guattari. La filosofía de Freire trajo el concepto de crítica reflexiva; Gauthier, el concepto de la democracia en la investigación y el papel activo del sujeto de investigación como co productor de conocimiento; Lima, el enfoque de talleres de creatividad y sensibilidad; y Guattari, el concepto de subjetividad en forma de relaciones sociales. El conocimiento y las prácticas de las madres que colectivamente emergieron encuentran únicamente en el método creativo y sensible de su eje, a través de la dinámica de la creatividad y la sensibilidad que se describe.

La dinámica de la creatividad y la sensibilidad

La dinámica de la creatividad y la sensibilidad utilizados fueron el árbol de la ciencia y el almanaque, desarrollados e implementados por Cabral y validados por Santos, Alvim, Cunha, Gonçalves, entre otros, siendo respetada organización, los tiempos y otras recomendaciones para su aplicación.

a) árbol del Conocimiento

Esta dinámica se llevó a cabo con el objetivo de rescatar el conocimiento de las madres sobre el cuidado de los niños mayores de 6 meses y

menores de 2 años con problemas nutricionales que participan en el articulado nutricional. Se tuvo en cuenta la referencia Cabral, cuando dice que esta dinámica permite una analogía entre el hormigón y los fenómenos abstractos o latente, facilitar el establecimiento de relaciones entre los diferentes conocimientos adquiridos con el fin de expresar un conocimiento nuevo o mejorado, generada por la discusión en grupo. En nuestro caso, fue provocada por la analogía entre el árbol y el niño, desde la generación de los temas de debate, destinado a los madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales: De ¿cómo cuidan los Niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales ? En tanto, los problemas de generación tenían intencionalidad para mover el grupo a la construcción de las producciones artísticas colectivas para relacionar el árbol con el sano crecimiento del niño. Esta idea se basa en la premisa de que, de la misma manera que un árbol necesita de elementos naturales como el agua, la tierra, los fertilizantes, el aire y la luz, que crecen y se convierten en grandes y frondosos; el niño también necesita elementos dentro del conocimiento de las prácticas corporales y personas para crecer y desarrollarse.

Para activar este sentido, comenzó a discutir con ellos al igual que el crecimiento de los árboles desde la germinación hasta la formación completa con ramas, hojas, flores y frutos; siempre asociarse con el crecimiento del niño, desde la concepción hasta la edad adulta. Apuntar su subjetividad con palabras clave que colocan el árbol **(Figura 01)**. **(Anexo N° 1)**

Es esencial en este tipo de investigación, capturar la mayor cantidad de puntos de vista sobre el tema y el entorno de producción discursiva, con libertad y espontaneidad. Se elaboró el árbol de dinámica del conocimiento con grupos separados en las madres, con la base epistemológica de la intención, evitar la contaminación, la intimidación y

la confrontación ideológica entre grupos de sujetos, por ser la primera dinámica realizado.

En la primera reunión, se llevó a cabo con las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales y el investigador, donde se observa un alejamiento de las madres por ser la primera reunión. La segunda reunión se desarrolló de manera similar a la primera, en el Puesto de salud Santa Ana, cuando se observó el grupo ya más relajados, con más participación; ya que este era un sitio más accesible y mejor conocido por ellos como su escenario, por lo que se sentían más a gusto, con el mayor confianza dentro del grupo y con más libertad para expresarse durante la producción de discurso. En la tercera reunión fue igual a la primera y segunda intercambiando conocimientos.

De hecho, el cambio de contexto ha facilitado en gran medida la creación de la empatía necesaria para obtener los datos, en un ambiente más libre y un papel activo del sujeto de investigación como co-productor de conocimiento, como se dijo Gauthier y Santos (53) y facilitar la objetivación subjetividad como señaló Guattari (54).

En cuanto al material utilizado en esta dinámica consistió en un árbol dibujado en una hoja de papel sabana, cinta maskensting, papeles y un plumón marcador de color. Además de colocaron los solaperos para la identificación de los participantes.

La adopción del árbol del conocimiento como recurso simbólico ofreció al investigador la oportunidad de crear un espacio de interacción verbal entre los participantes, a partir de la creación de imágenes gráficas que facilitaron la comprensión para la codificación, descodificación y recodificación o síntesis de los conocimientos y prácticas de las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas

nutricionales, de sus situaciones existenciales concretas que surjan de su realidad.

Las relaciones educativas construidas socialmente mostraron negociaciones, intercambios, acuerdos, desacuerdos, apropiaciones, expropiaciones, los movimientos de los grupos e instituciones, sobre sus conocimientos en lo que respecta Gadotti (55).

El árbol de la ciencia, como imágenes gráficas creadas por los participantes, tiene su fundamento filosófico, esta actividad humana absolutamente creativa, en cuanto a Gramsci (56), y entender que la vida humana es un mundo de procesos de conocimiento cuya subjetividad se objetivado a través del árbol, como señala Maturana (57).

b) Almanaque

Esta dinámica se utilizó con el fin de profundizar en el conocimiento de las madres niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales, en el cuidado de los niños sobre la base de lo que se discutió en las reuniones anteriores. Aplicado por Cabral, como una manera de expresar la alianza de conocimientos sobre el cuidado y los problemas nutricionales en los niños mayores de 6 meses y menores de 2 años en el espacio colectivo del grupo.

En nuestro caso, se desató un debate, diseñados para las madres: ¿A dónde las madres aprendieron a cuidar los niños mayores de 6 meses y menores de 2 años? La materia generativa de debate fue la intencionalidad para mover el grupo a la construcción de las producciones artísticas colectivas que mostró donde aprendemos el conocimiento común y el conocimiento científico, basado en discursos iniciados en reuniones anteriores.

Además, este espacio estuvo destinado a buscar y analizar la producción de significados indicados a las formaciones discursivas y las pausas que se producen en el contexto de la educación dialógica en las madres sobre el cuidado de los niños que participan en la estrategia del articulado nutricional.

Esta dinámica se produjo en la cuarta y quinta reunión. En la cuarta reunión, después del contacto con el material (imágenes de niños con otros niños y con la familia, recortes de revistas y periódicos, cartón, pegamento y afiches), las madres construyeron los almanaques (**Figura 02**) (Anexo 2) de cómo cuidar a los niños, movilizados por la generación de una cuestión de debate.

La reunión se realizó con doce madres y la investigadora. Observando una mayor relajación del grupo, un ambiente alegre, de solidaridad y compromiso en las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales. El grupo de madres construyó dos almanaques. Seleccionaron figuras y otros dibujos hechos. Las madres hicieron la selección, los recorte y el intercambio de ideas.

Los almanaques contruidos por las madres presentaron aspectos similares y diferentes en forma y contenido: se organizó el conocimiento de las madres en el cuidado de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales, en los dos almanaques, que se han registrado como: El aprendizaje dado por la enfermera . En el quinto y último encuentro, en el mismo escenario y el mismo grupo, los almanaques se presentaron en el espacio intra-grupo para la profundización de los temas emergentes. En este espacio, la intención de fomentar también el proceso de reflexión colectiva, buscando las conclusiones claras sobre los temas tratados en reuniones anteriores, la generación de la adquisición de conocimientos, en un esfuerzo colectivo de interpretación, análisis y síntesis.

Descripción de los momentos dinámicos:

Para aplicar la dinámica en el estudio, fue respetando la secuencia de momentos recomendados por Cabral, que se presenta en la **Tabla 01 (Anexo 3)**. En todas las dinámicas de creatividad y sensibilidad, se produjeron las presentaciones entre las madres, una técnica de relajación, el contacto con el material que se usó y la explicación acerca de las dinámicas. Luego se aplica el tema de generación de debate y un cuestionario de preguntas acerca del cuidado del niño (**Anexo 4**), que se puso en marcha el diálogo entre las madres y la enfermera / investigador, por lo que se lograron los objetivos propuestos para el estudio.

En el árbol de dinámica del conocimiento, hubo tres reuniones que se llevó a cabo con las 12 familias: La primera reunión fue el 12 de setiembre, la segunda reunión fue el 26 de Setiembre y la tercera reunión fue el 10 de octubre del 2014 en cuatro momentos. En los primeros y segundos momentos de la DCS, el grupo trabajó en la producción artística, discuten colectivamente y en el tercer tiempo, era el análisis colectivo del árbol producido y en el cuarto momento fue la síntesis temática.

El almanaque dinámico se llevó a cabo junto con las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales, en dos reuniones. En la cuarta reunión, después de la presentación de las madres y el contacto con el material, cada grupo trabajó en la construcción del almanaque, con el material elegido del tema de generación de debate. En la quinta reunión que fue el 31 de octubre del 2014, las producciones artísticas se presentaron en el espacio intra-grupo para el análisis colectivo y la síntesis de almanaques producidos. La cuarta reunión, con doce madres y el investigador en el Puesto de salud Santa Ana. La quinta reunión fue 31 de octubre del 2014 de Octubre del 2014, en el mismo escenario y el mismo grupo.

3.3. Sujetos de la investigación

Sujetos del estudio: Madres de 20 a 35 años de las zonas urbanas marginales de las comunidades de 10 de Setiembre, San Miguel y fraternidad.

Los sujetos de investigación.

Los sujetos del estudio fueron las madres de los niños mayores de 6 años y menores de 2 años con problemas nutricionales que participaron en la estrategia del articulado nutricional que desarrolla el Puesto de Salud Santa Ana, de las zonas urbanas marginales de las comunidades de 10 de Setiembre, San Miguel y fraternidad.

Actualmente, el Puesto de salud Santa Ana cuenta con 20 trabajadores de la salud: tres enfermeras, dos médicos, seis técnicos en enfermería, dos obstétricas, una odontóloga, una trabajadora social, dos de limpieza y 3 vigilantes. El Puesto de Salud atiende todos los días en dos turnos. En el turno de la mañana: 7:00-13:00 horas. Por la tarde: 13:00-20:00 horas.

En la **primera reunión**, el grupo estuvo formado de doce madres de 20 a 34 años (**Tabla 02 Anexo 5**). En la **segunda reunión**, el grupo de investigación estuvo formado por once madres (**Tabla 03 Anexo 6**). La **tercera** reunión, hubo nuevamente doce madres. Por lo tanto, se llevó a cabo tres reuniones con tres grupos de madres.

En cuanto a la disposición de las madres de niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales a participar en el estudio se respetó los principios éticos y legales en el desarrollo de la investigación en seres humanos, como una advertencia Cabral. Para ello, se utilizó un formulario de consentimiento libre e informado (**Anexo 7**), que aseguró el anonimato, la confidencialidad de la información sensible

que puede ser transportado en el contexto de la investigación y la libertad de denegación o retirada de participar en cualquier fase de la investigación. Como parte de los trámites necesarios para analizar la ética de la investigación, la investigación fue sometida al Comité de Ética en Investigación de la escuela profesional de enfermería.

Por otra parte, para formar el grupo final como criterios de inclusión fueron: las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales pertenecen a la estrategia del articulado nutricional y que vivan en las comunidades de 10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad, que aceptaron participar voluntariamente en la investigación. A continuación se presenta la caracterización de los sujetos del estudio.

Muestra la composición del grupo heterogéneo y la edad de las madres, que osciló entre 20 y 35 años, el grado de instrucción, la ocupación y los ingresos económicos.

El aspecto homogéneo del grupo se refiere a la situación de la madre cuidadora de los niños mayores de seis meses y menores de dos años con problemas nutricionales, todos están vinculados a la misma institución de salud, los niños son parte de la estrategia del articulado nutricional, son de la misma clase social y viven en la misma área geográfica, por lo tanto, se insertan en el mismo contexto social e histórico. En la **Tabla 03**. Se llevó a cabo la segunda reunión de nuevo con los madres de los niños, esta dinámica estuvo conformado 11 madres, ocho de la primera reunión del grupo y 3 nuevas madres.

Se muestra una composición heterogénea del grupo y la edad de las madres, que osciló entre 20 y 35 años, el nivel de educación, la ocupación, y la participación en la composición de los ingresos económicos. El aspecto homogéneo del grupo se refiere a la situación de

la madre de los niños mayores de seis meses y menores de dos años con problemas nutricionales, todos están vinculados a la misma institución de salud, los niños son parte del articulado nutricional, son de la misma clase social y que viven en la misma área geográfica, por lo tanto, se insertan en el mismo contexto social e histórico.

Ambos grupos de madres que participaron en la primera, segunda y tercera reunión, están plenamente constituidas por mujeres, cuyas características apuntan a la materialidad de la formación discursiva derivado de sentido común. Sus discursos están impregnados de una ideología representante del grupo cultural, la condición femenina, el primer y segundo nivel de la educación incompleta, las mujeres sometidas a prácticas de trabajo de exploración y responsable del sustento familiar. Son las madres que cuidan de niños mayores de seis meses y menores de dos años.

3.4. Escenarios de estudio

El estudio se llevó a cabo en el puesto de salud Santa Ana en la ciudad de Chimbote; es una comunidad urbano marginal constituida por familias pobres, se caracterizan por tener nivel educativo y recursos económicos bajos.

El ámbito del estudio fueron las comunidades de 10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad, Provincia de Santa, Departamento de Ancash, al norte de Perú, como se muestra en **la Figura 04 (Anexo 7)**.

Se eligió las comunidades de 10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad, porque es un contexto de pobreza en la que se viene trabajando muchos años en las estrategias de salud del MINSA. Esta integración ha creado las condiciones operativas favorables para el desarrollo de la investigación.

Se consideró importante presentar una historia de un residente fundador de las comunidades urbano marginal de estudio:

10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad, fueron creados en los meses de Setiembre, Octubre y Diciembre respectivamente en 1992, en la que se iniciaron con invasiones de material de esteras y con apoyo del Padre Juanito se fueron gestionando para poder tener los servicios básicos de salud como es agua, desagüe y luz, cuentan ya un porcentaje de 78% de pobladores con estos servicios, los que no cuentan hacen uso de piletas, pozos ciegos, chavos, recolectan agua del carro, etc. Sus autoridades muy comprometidas en el avance de sus comunidades siguen trabajando hasta la fecha. Tienen una población 1345, 2367 y 1879 habitantes respectivamente, lo que se evidencia una sobrepoblación. Los problemas sociales como alcoholismo, drogadicción, embarazo no deseados han aumentado, las madres y los niños en estudio se ven afectado por estos problemas sociales, viéndose afectada la salud mental de ellos, lo que predispone a presentar problemas nutricionales en los niños. Figura 5 (Anexo 9).

Los lugares en los que la investigación se llevó a cabo fue en la capilla Santa Ana, que está dentro del local de la Posta Santa Ana. **(Figura 06)** **(Anexo 10)**, Puesto de salud Santa Ana **(Figura 07)** **(Anexo 11)** y los hogares de las familias participantes, que son espacios de trabajo de la vida cotidiana de las familias.

3.5. Procedimientos de recolección de datos

En cuanto a los procedimientos del estudio de investigación como enfermera investigadora y encargada del Puesto de salud Santa Ana:

- El 10 de Julio del 2014 se coordinó con el gerente de la Asociación Civil Apoyo Familiar (ACAF), para la ejecución del trabajo de

investigación. En ese momento, se presentó la propuesta de estudio de investigación, solicitando autorización para su ejecución, fácilmente aceptado por la institución.

- Se hizo uso del padrón nominal del articulado nutricional para tener el acceso a la información del registro de las madres de niños mayores de seis meses y menores de 2 años con problemas nutricionales y que tengan una edad comprendida entre 20 y 35 años.
- Con la lista de nombres de las madres, fecha de programa de atención integral, fecha de nacimiento, diagnóstico y dirección de los niños mayores de seis meses y menores de dos años con problemas nutricionales, se realizó una selección aleatoria de 12 madres.
- Se invitó a las madres de niños mayores de seis meses y menores de 2 años con problemas nutricionales y que tengan una edad comprendida entre 20 y 35 años, indicándole la fecha, la hora, el lugar de las reuniones. También se invitó a otras madres más por si faltaba alguna de ellas a la reunión.
- A través de las visitas domiciliarias se les hizo entrega de las invitaciones, para que participen en las reuniones programadas.

En la primera reunión se llevó a cabo en un local de la comunidad, se observó algunas reservas en las madres, quizás por el lugar muy público, por las estrategias participativas que se usaron. Así que para la próxima reunión y, a petición de las madres se programó trabajar en el Puesto de salud Santa, donde generalmente acuden al control de CRED. Cuando se les informo de la investigación a realizarse se solicitó la autorización de un consentimiento informado y los datos de identificación, ya que se tuvo que realizar la recolección mediante el uso de un medio de grabación de los procedimientos realizados en la recopilación de datos, las fotografías durante las discusiones dinámicas y grupales, para las observaciones de las madres. Al final de la DCS, los datos se transcribieron y se agrupan en forma de informes, que eran las principales fuentes de esta investigación.

Estos informes se formaron en textos, el campo del análisis del discurso de los grupos de investigación, vinculado a las fuentes documentales. Además se completó un cuestionario con los datos de identificación **(Anexo 4)**.

Las estrategias adoptadas en la investigación tuvieron un papel decisivo en la consecución de los objetivos del estudio. Una de estas estrategias fue haber elegido como panorama de la investigación las comunidades urbano marginales de 10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad. Esto llevó a que en el proceso dialógico, dialéctica y plural de la dinámica de la creatividad y la sensibilidad, la creación de un entorno interacción que facilitó la expresión de visiones del mundo, experiencias y vivencias de las madres, empatía, espontaneidad y el intercambio de conocimientos. Además, la motivación y el compromiso de las madres en el proceso de fabricación de su realidad, lo que facilitó en gran medida la realización del estudio.

Se consideró importante destacar en el momento de la dinámica de la organización, con el acuerdo previo del entorno físico, la conversación y el refrigerio, así como para garantizar la comodidad y el bienestar de los sujetos de la investigación, ética y cuestiones humanas esenciales para una mejor acogida y participación. Al final de cada dinámica, se unieron fuerzas, fomentando el diálogo y organización de la siguiente dinámica.

Implementado las tres dinámicas en cinco encuentros. Entre las reuniones, se hizo la distancia crítica para la evaluación y análisis de los datos producidos por el grupo, en comparación con el marco teórico. En la última reunión, ha sido el DCS, ratificar el compromiso de volver con las conclusiones del estudio, por lo que con ellas podemos promover algunos cambios en beneficio de la comunidad.

El conocimiento y las prácticas de las madres que colectivamente surgieron de forma única, encontraron en el método creativo y sensible, sobre todo en la dinámica de la creatividad y la sensibilidad en la piedra angular de la producción de datos.

3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos:

Técnica de recolección de datos

A. Técnicas a utilizar:

a) Entrevista Colectiva: Se hizo uso de la entrevista colectiva, para Minayo (50) es una conversación entre dos o más personas, con propósitos bien definidos, se caracteriza por ser una comunicación verbal que sirve como medio de recolección de información (objetiva y subjetiva) sobre el trabajo de investigación.

b) Observación Participante. Según, se realizó a través del contacto directo del investigador observador, con el fenómeno observado, para obtener información de los sujetos de estudio en sus propios contextos de observación. Las que fueron registradas. Para el estudio se trabajó con la variación de observador como participante, porque los sujetos de investigación conocieron la identidad del investigador y los objetivos de la investigación.

c) Discusión de grupo: La discusión de grupo permitió emerger el saber de las madres de niños mayores de seis meses y menores de dos años y fueron desarrolladas durante las dinámicas creativas y sensibles, orientadas por la pregunta generadora de debate. Su aplicación se hizo en una sesión con un pequeño grupo de 12 madres, con la investigadora que hizo de observadora participante, con capacidad de dirección, coordinación, interacción y selección de participantes.

B. Dinámicas de Creatividad y Sensibilidad: La dinámica de creatividad y sensibilidad (DCS) que se utilizó fue el almanaque.

- Procesamiento de datos

Análisis y validación de los datos

Para el análisis de datos, se trabajó los principios del análisis del discurso según Orlandi (58), de codificación y decodificación situaciones problemas del universo cultural de las personas (madres) insertados en la pedagogía crítico reflexiva de Freire emergentes, sistematizado y operado por Cabral.

La pregunta generadora de debate en cada ejercicio realizado, dio a conocer el universo cultural de las madres, problemas de situaciones mediadas o situaciones existenciales concretas. La presentación de las palabras claves en las producciones artísticas fomentó el debate colectivo y la reflexión crítica. Los temas principales fueron codificados como resultado del análisis de las situaciones existenciales concretas, decodificados y los subtemas recodificados como síntesis. En este sentido, ambas producciones artísticas como los discursos fueron fundamentales para la interpretación de los resultados. En la codificación de temas, delimitar el objeto de interés para el grupo y la decodificación promueve la profundización de un tema dado y el paso de lo abstracto a lo concreto, de una parte a un todo, y luego de nuevo a las partes. Por último, el grupo llevó a cabo una síntesis temática o recodificación de subtemas.

El análisis realizado en las dinámicas, fue la principal fuente de datos de la investigación, se ha desarrollado a través del análisis del

discurso, las producciones artísticas que se generan en la dinámica y las producciones escritas y verbales producidos por ellos y en la observación participante el investigador.

3.6. Consideraciones éticas y de rigor científico

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un informe de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos (59). Los investigadores, al estar amparados en el paradigma cualitativo, deben ser conscientes de que cuando se exploran fenómenos humanos, las realidades que observan o analizan con múltiples explicaciones y significados se convierten en realidades tangibles y singulares reconstruidas a través de la versatilidad del investigador. Esto hace que el rigor adquiera un valor, ya que no solo se trata de la adherencia a las normas y reglas establecidas, sino que se relaciona con la preservación y la fidelidad del espíritu del trabajo cualitativo (60).

La fiabilidad

El estudio de investigación cualitativa no ha empleado los mismos métodos o estrategias de recolección de datos de otra investigación ni obtenido resultados similares siendo los resultados verdadero e inequívoco.

La validez

Se ha realizado la interpretación correcta de los resultados de la investigación cualitativa. Se ha recogido los datos, captando los sucesos y las experiencias desde un puntos de vista, llegando analizar e interpretar la realidad a partir de un bagaje teórico y experiencial y se ha sido tenido mucho cuidado en revisar permanentemente los hallazgos, ofreciendo un rigor y una seguridad en los resultados (61).

Credibilidad o autenticidad

Es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se ha aproximado a los resultados teniendo en relación con el fenómeno observado, lo que permitió tener conjeturas a priori sobre la realidad estudiada.

La veracidad

Ha permitido conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o las madres.

Los criterios éticos dentro del rigor científico de la investigación cualitativa

La investigación cualitativa reconoce la subjetividad de las personas como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades y los elementos de la cultura impregnan todas las fases de la investigación. La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio (62).

Consentimiento informado

Se informó de la confidencialidad de la información, estando de acuerdo con ser informantes y, a su vez, conocieron tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación (63). La finalidad del consentimiento fue que las madres acepten participar en la investigación sin que signifique algún perjuicio moral (**Anexo 2**).

La confidencialidad

Se mantuvo en Anonimato la identidad de las madres participantes en el estudio, como a la privacidad de la información, para identificarlas se

asignó un número a las madres, lo cual permitió que se sienta en confianza en el proceso y tenga credibilidad en la confidencialidad en los resultados de la investigación.

Manejo de riesgos

Se aplicó los principios de no maleficencia y beneficencia establecidos para hacer investigación con las madres.

Observación participante

Se asume una responsabilidad ética por los efectos y las consecuencias que pueden derivarse de la interacción establecida con las madres participantes del estudio.

Entrevistas

Se realizó la interacción social donde no se provocar actitudes que hayan condicionado las respuestas de las madres.

Grabaciones de audio o video

Se resguardo las evidencia en archivos confidenciales y se fue muy cautelosa anteponiendo la confidencialidad, el respeto y el anonimato de las madres.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados

La presente investigación, es un estudio que ha permitido Identificar las situaciones del conocimiento de las madres en el cuidado de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales en el contexto de la educación dialógica; es así que los madres participantes de esta investigación han manifestado, que sienten cuando aprenden, como aprendieron el cuidado del niño en su alimentación, que aprendieron.

Este estudio de investigación se inicia con las madres que acuden a la estrategia del articulado nutricional, y aprenden como cuidar a su niño mayor de 6 meses y menor de 2 años, con problemas nutricionales en la alimentación del niño.

Dentro de la educación dialógica con la madre del niño con problemas nutricionales encontramos 3 categorías.

I. Sentimientos con respecto al cuidado del niño: (Sentimientos encontrados)

- a). Sentimientos positivos
- b). Sentimientos negativos

II. Estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos

Estrategias claves efectivas

III. Aprendiendo a preparar los alimentos nutritivos para el niño

- a). Alimentos nutritivos
- b). Conservación, preparación e higiene de los alimentos.

4.2. Análisis y discusión de resultados

Para el análisis de la discusión, se ha seguido las herramientas indicadas por Orlandi, tales como: una reflexión crítica sobre las condiciones de

producción y de la aprehensión del significado de los textos producidos, entender el funcionamiento del discurso, los principios de su organización y formas de producción social del significado de las palabras que las madres dieron una determinada acción o concepto relacionado con el cuidado de sus niños. El objetivo del análisis del discurso es más de describir la operación del texto. En otras palabras, su propósito es explicar cómo un texto produce significado, es decir, la comprensión de cómo funciona un texto. El analista del discurso debe mostrar los mecanismos de procesos de significación que se basa la textualización del discurso y reconoce la imposibilidad de acceso directo al significado oculto en el texto. El análisis del discurso tiene el texto como una unidad. Desde la perspectiva del análisis del discurso, el texto se ajusta de manera pragmática como la compleja unidad de sentido, teniendo en cuenta las condiciones de su producción. Por consiguiente, el texto es el proceso de interacción con una palabra simple, un conjunto de frases o incluso un documento más grande. Por lo tanto, el texto difiere del discurso que es el lenguaje en la interacción, es decir, son las relaciones establecidas en el contexto de la lengua (58).

Se tomó el discurso de las madres en los diferentes momentos de interacción, tratando de señalar las contradicciones, sentimientos y emociones presentes en los diálogos. De ahí que se analizaron los modos de producción de los discursos, sus condiciones de producción en inter discursos, juegos de relaciones y la ideología que impregna.

Orlandi (58), afirma que el texto debe tener la materialidad lingüística para que el lector pueda seguir el movimiento del diálogo, lo más cerca posible, lo que sucedió en el momento en que se enuncia. En este sentido, se ha usado los siguientes recursos lingüísticos: guión (-) en el comienzo de la expresión dialógica; pregunta en las preguntas, dudas (?); exclamación de sorpresa, admiración (!); Los puntos suspensivos (...) en el pensamiento inacabado; coma (,) cuando hay breve pausa en el discurso, pero con las

siguientes continuidad; (.) Punto indica el final de una expresión dialógica; entre otros, que reflejan la entonación y la ideología del lenguaje expresado en dinámica y registrados en los diferentes discursos de la tesis.

I. Sentimientos con respecto al cuidado del niño: (Sentimientos encontrados).

Categoría que tuvo como punto de partida para el análisis, la codificación del tema generador de debate, a través del dialogo establecido entre la investigadora y las madres de 20 a 35 años de niños mayores de 6 meses y menores de 2 años con problemas nutricionales; con las siguientes preguntas generadoras de debate: ¿Qué siente usted cuando le enseña la enfermera en cuanto a la alimentación de su niño? A partir de esta pregunta, las participantes del estudio elaboraron sus producciones artísticas, con los materiales e indicaciones previamente proporcionadas, organizando el árbol y sus almanaques, utilizando imágenes que expresaban sentimientos; las dinámicas fueron desarrolladas en el espacio de la educación dialógica, en 5 encuentros, con 12 participantes, elaborando 3 árboles y 2 almanaques, donde surgió un tema y 2 subtemas **(figura 8) (Anexo 12).**

Las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de 2 años, al recibir las enseñanzas u orientaciones de las enfermeras manifiestan sentimientos de felicidad y a la vez de tristeza porque ellas refieren no tener tiempo para el cuidado de su niño, así mismo manifestaron que están aprendiendo más de lo que conocen, aplicando y enseñando a otras madres de lo que aprendieron tal como evidencia en los testimonios.

En la raíz se ha colocado las prácticas cotidianas de atención de las madres que están en el campo de la atención esencial al niño, sistematizadas como afecto, amor, alimento, cuidado, y la conversación. Expresa también la atención que se relaciona con el primer momento de la

vida del niño, entendiéndolos como raíces espacio-temporales, históricas y existenciales, formación fundamental y crianza de sus hijos.

En el tronco, las palabras clave más constantes eran cuidar, amar y concepciones de cuidado de cómo aprender, evitar accidentes y la comunicación, lo que muestra un aumento de conocimiento para la atención esencial, con un crecimiento progresivo y el desarrollo de los niños, de la misma manera como lo hace el crecimiento de un árbol. En el diseño de Maturana (57). El árbol del conocimiento, sostiene que los seres vivos y el mundo están interconectados, de modo que no se puede entender por separado; que el conocimiento no es pasivo, sino construido por vivir en sus interacciones con el mundo. Además, él dice que la transaccionalidad entre el observador y lo que observa, además de mostrar que uno no está separado del otro, es indispensable para la consideración de la subjetividad del observador, es decir, la comprensión de la forma en que la experiencia de lo que observa.

En la copa, se encuentran las palabras clave que expresan la preocupación de las madres en el crecimiento y desarrollo físico, social y cultural de los niños, registrándose como la educación, la conversación, la orientación, la conducción que debe de tener la madre.

En este marco, la madre adulta se presenta como un mediador del proceso de aprendizaje, por lo tanto, es un modelo de referencia para el desarrollo próximo, ya que su buen ejemplo traduce una buena conducta asumida. En el diseño de este grupo de madres, juega un papel clave en el crecimiento y desarrollo de los niños, dentro de ello la alimentación a su niño.

El conocimiento de la madres sobre el cuidado de los niños, representada en los árboles, tiene su base fundamental en las prácticas cotidianas de cuidado de sus hijos, en relación con la cultura peruana, que se encuentran en el campo de la atención esencial, sistematizado como potencia, el afecto

y el amor, siempre a lo largo de la vida del niño, porque se ve en la raíz, tronco y copa. Esto muestra el trasfondo social y cultural del niño, que son propias de la mujer en el diseño, el conocimiento popular y la cultura en las palabras de Freire. Además, la madre no pierde de vista un poco de conocimiento popular, como la vacunación que se encuentra en la corteza de los árboles.

El afecto, el amor y la paciencia ocuparon las raíces y troncos de los árboles y surgieron en el diálogo con el grupo de madres como la atención básica para la supervivencia del niño, actuando como integradores de ejes del ser humano, con el fin de vivir, porque la comida y el amor son fundamentales para la existencia humana. Como bien dice Maturana (57), que sin comida y sin amor no hay vida, porque son la biológica y la emoción del elemento existencia social. También indica que el amor es la aceptación del otro lado de nosotros en la vida, es la manera particular de vivir juntos, como seres sociales, trabajando de esta manera como un principio integrador del ser humano.

Las madres saben sobre el amor y el afecto como el cuidado esencial y vital para el niño así Boff (64), cuando relaciona el cuidado y el amor estados que cuidan como una forma de ser impregna toda la existencia humana y tiene resonancias en varias actitudes importantes, como el amor, la ternura vida, afecto, caricias, afecto, entre otros. La ternura vital es sinónimo de cuidado esencial. La ternura es el afecto, es el amor que dedicamos a las personas y el cuidado que se aplica a situaciones existenciales. El afecto no existe sin la caricia, la ternura y cuidado. La caricia es una de las máximas expresiones de la atención.

En Brasil, Cabral (52), también discutieron la relación emocional de la madre y el padre con el niño prematuro, dando al niño el amor de resistencia orgánica elemento generador y la fuente de energía que irradia de los padres el niño y el niño para ellos. En Perú, Lázaro (65), también

discutió la relación emocional de la madre y el padre con el niño recién nacido pre- término en el hospital, dando al amor el elemento básico para la vinculación afectiva entre ellos.

Ante la presencia de sentimientos encontrados que presentan las madres durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de sus niños aplicamos la teoría de Watson (37), quien refiere que debemos brindar cuidados humanizados, al paciente en este caso la madre que experimenta dolor, tristeza, pena, preocupación etc, el cuidado brindado a las madres debe ser con valores como respeto, solidaridad, comprensión, amor donde se pueda rescatar en ellas la fe y la esperanza de poder mejorar el crecimiento y desarrollo de sus niños, a través de la relación de ayuda y confianza entre la madre y la enfermera que evalúa a sus niño. Ayudándole a participar de los cuidados recomendados individualizados para cada niño, dependiendo de su evaluación en el Crecimiento y desarrollo.

a). Sentimientos positivos

Tal como demuestra los siguientes testimonios:

***Madre 1.** _Me siento feliz ya que debo alimentar a mi niño con mucha paciencia, importante para mi niño.*

***Madre 5.** _Me siento satisfecha ya que estoy aprendiendo, para poder mejorar su salud de mi niño aprendo muchas cosas porque así no se va a enfermar*

***Madre 6.** _Siento que todo lo que aprendo tengo que aplicarlo en sus cuidados, todo lo que la enfermera me dice tengo que hacerlo por el bien de mis hijitos.*

***Madre 7.** _Aprendo mucho, me siento bien ya que estoy conociendo y aprendiendo más , me sirve para poder cuidar a mis hijos a que no se enfermen , me siento bien porque aprendo cosas nuevas y puedo enseñar a otras madres.....*

Madre 9. *_Me siento feliz ya que estoy aprendiendo mucho, hay cosas que no se, aprendo y me voy contenta ya que hago cosas que no sabía en mejora de la salud de mi hijo y así mi hijo no se enferma y.....*

Madre 10. *_Me siento responsable del cuidado de mi hijito, que estoy siendo mejor y cómo voy aprendiendo más me gusta, incluso enseño a mis amigas.*

Madre 11. *_Me gusta aprender, me enseñan dinámicas que de paso me relajo cuando aprendo, olvidándome de tantos problemas, me ayuda para el cuidado de mi niño...*

Madre 12. *_Me siento feliz, tranquila, y satisfecha ya que aprendo nuevas cosas, me gusta cómo me enseñan, entiendo y así mejoro la salud de mis hijos.*

Podemos observar que la felicidad es uno de los elementos simbólicos de las representaciones sociales expresado en esta categoría, de donde emanaron aspectos positivos y negativos. Se incluyen aquí las expresiones..... *Alegre, feliz, satisfacción en cuidar a mi niño...me siento responsable en estar cuidando de mi hijo que sé que necesita de mi para su alimentación.* De otra forma, miramos que hay también contraposiciones en los sentimientos de las madres tales como... *triste, me siento mal.* Es aquí que la mayoría de los papeles sociales terminan, no ofreciendo oportunidad a los niños para su crecimiento adecuado. Esos sentimientos sean positivos, sean negativos, implican una diversidad de acciones frente a la representación de la práctica de las madres. Los sentimientos positivos evocan motivaciones para cuidar, pero los negativos generan apenas una sensación de cumplimiento de las tareas.

Los sentimientos y actos humanistas altruistas proporcionan, por un lado, la base del cuidar humano y del mejor cuidado profesional. Y por otro lado, permiten descubrir lo que es significativo e importante para la persona cuidada. Por lo tanto constituye el primero y más básico factor para la ciencia y la ética del cuidar.

Watson (43), propone la práctica de los diez factores de cuidados: formación de un sistema humanístico altruista de valores, inculcación de la fe esperanza, cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás, desarrollo de una relación de ayuda confianza, promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones, promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal, provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o de corrección mental, física, socio cultural y espiritual, asistencia con satisfacción de las necesidades humanas, y tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos porque implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser honesto, genuino y auténtico.

La empatía sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla, una postura relajada, abierta y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales. y la comprensión emocional de una situación son diferentes. Relaciona la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos como una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos y debe reconocer la comprensión intelectual y la emocional de una situación distinta de las demás (43).

En la presente investigación las madres opinaron que dar amor, afecto y ternura durante el cuidado, brinda confianza, promueve y acepta la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos; es una experiencia donde se involucran y se comparten muchas situaciones. Indicando que la expresión de sentimientos positivos y negativos significa centrar la relación en las sensaciones y en los aspectos no racionales de un

acontecimiento. Esto ayuda a canalizar la carga emocional, a despejar la mente, a ver las cosas desde otro prisma y a tomar decisiones que van a optimizar la calidad de vida. Bajo estos planteamientos, se debe reflexionar sobre la importancia de las relaciones interpersonales en el vínculo de la enfermera con los pacientes y en la esencia de su práctica profesional: los cuidados de enfermería. Cuidar desde esa perspectiva implica necesariamente una relación de y entre personas. Las enfermeras identifican el momento de cuidado, están pendientes del estado de ánimo del paciente, de sus necesidades para poder actuar, acudir oportunamente y cubrir las necesidades tanto físicas como psicológicas. Watson insiste en que la enfermera necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

Bowlby J (66), en la teoría del apego tiene una relevancia universal, la importancia del contacto continuo con el niño, sus cuidados y la sensibilidad a sus demandas están presentes en todos los modelos de crianzas derivados de los diferentes medios culturales.

Los estilos de apego se desarrollan tempranamente y se mantienen generalmente durante toda la vida, permitiendo la formación de un modelo interno que integra por un lado creencias acerca de sí mismo y de los demás, y por el otro una serie de juicios que influyen en la formación y mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida de individuo. Por esto resulta importante la figura del primer cuidador, generalmente la madre, ya que el tipo de relación que se establezca entre ésta y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. No obstante, otras figuras significativas como el padre y los hermanos pasan a ocupar un lugar secundario y complementario, lo que permite establecer una jerarquía en las figuras de apego.

La receptividad materna ha sido considerada como fundamental para la comprensión del crecimiento y desarrollo del niño y este concepto se ha vinculado a la teoría del apego, una referencia valiosa para la investigación

sobre la interacción madre-hijo y capacidad de respuesta de la madre.

Para Bowlby (66), la activación de estos comportamientos producto de la información es procesada por los sistemas de regulación de seguridad, también llamado sistemas de control. Éste autor distingue cuatro sistemas de control y establece que, en caso de la conducta de apego de los sistemas de control, los sensores indican los siguientes eventos: Mostrar la presencia de un peligro potencial o el estrés y aquellos relacionada con la localización y la accesibilidad de la figura de apego. La función de este sistema de control sería asegurar que los niños tengan acceso a las personas con las que puede obtener atención y protección.

Ainsworth y Bowlby (67) señalan, ambos tenían interés para conocer el papel de las interacciones entre adulto-niño en el desarrollo de las relaciones del apego. La teoría del apego considera que la calidad de las relaciones de apego depende de las interacciones entre la díada madre-hijo. En palabras de Bowlby, la salud mental de los niños depende de lo que ella tiene: la experiencia de una relación cálida, íntima y continua con su madre, permanentemente una persona que juega regularmente y constantemente, el papel de la madre en la que tanto encuentra la satisfacción y el placer.

Sub categoría:

b). Sentimientos negativos

Madre 2. Me da pena ya que a veces no tengo paciencia, no tengo tiempo o no me alcanza el dinero para comprar todo lo que yo desearía para su alimentación.

Madre 3. Me siento triste, responsable que no le doy su alimentación como debe de ser, y a veces puedo hacerlo, solo que vengo muy cansada y no tengo ganas de hacerlo y sé que mi niño necesita alimentarse bien, por todo eso me siento culpable.

***Madre 4.** Me siento que debo dedicarme más tiempo a mi hijo, pero por el trabajo no lo hago, deseo tener un esposo que me dé para mi comida, para que yo no salga a trabajar y dedicarme a mis hijos, debo de tener más paciencia, ya que las enfermeras explican con mucha paciencia y si entiendo lo que me explica.*

***Madre 8.** Me siento mal a veces que no lo doy como me explicaron y me siento tan mal porque dejo a mi niño al cuidado de otras personas y no me siento como una madre responsable.*

La polifonía o múltiples diálogos proporcionada por las madres que trabajan dentro y fuera de la casa revela las difíciles condiciones de vida de estas madres que tienen que hacer frente a la vida diaria de sus hijos, y, con el fin de trabajar, utilizar sus conocimientos, sus prácticas y estrategias, ya que estas son las mujeres proveedoras con muchas responsabilidades. Dentro de la casa, relativamente pocas madres cuidan a sus hijos. La gran mayoría del trabajo de cuidado con los niños se lleva a cabo principalmente por mujeres (abuela, madre o hija), tanto en las zonas urbanas y en las zonas rurales y periféricas. Las responsabilidades relacionadas con la alimentación, el vestido, la vivienda, los servicios sanitarios, la educación de los niños, llevado a término de manera aislada. Los métodos tradicionales que requieren muchas horas de dedicación, esfuerzo, doble turno, la reducción o cancelación de su tiempo libre y días de descanso. Las tareas del hogar y el trabajo fuera del hogar les dan poco valor social.

Las emociones y/o sentimientos son estados que constan de reacciones fisiológicas (la tasa cardiaca o en la presión sanguínea), estados cognitivos subjetivos (que son las propiamente llamadas emociones) y conductas expresivas (señales externas de estas reacciones internas). Todos los seres humanos tienen las mismas emociones básicas –sentimientos subjetivos como la tristeza, la alegría y el miedo, los cuales surgen como respuestas a situaciones y experiencias. Pero las personas difieren en cuanto a la

frecuencia con la cual sienten determinada emoción, en los tipos de estímulos que las producen y en la forma como actúan como resultado. Las reacciones emocionales ante los eventos y las personas, que están íntimamente ligadas con las percepciones cognoscitivas, forman un elemento fundamental de la personalidad.

El Programa Nacional de Promoción de la Mujer (68), Señala que, de acuerdo con datos del Censo, el 23% de los hogares en el Perú es dirigido sólo por mujeres, situación que se agrava cuando la mujer se encuentra con el mismo tiempo con la responsabilidad de generar ingresos familiares para la casa, porque tiene que complementar los recursos financieros para la familia, o porque sus esposos la dejaron, manteniéndose como el único aporte en el sustento en la casa. En ambos casos, se busca estrategias para poder cumplir con sus responsabilidades, cómo delegar tareas a otros (incluso sus niños) de la familia o vecinos. Por falta de tiempo para los trabajos de la casa hacen uso de los comedores populares, dejar a los niños en los cuna más de la zona, tal como mencionan las madres del estudio.

Por lo tanto, la responsabilidad del cuidado está a cargo de la madre con una atención, preocupación y compromiso por parte de ellas durante los juegos, los controles, vacunas y hasta en el trabajo, para los medios de vida, la vida de los niños. Según Boff (64), La atención debe entenderse en consonancia con la esencia humana, por lo tanto, cubre más de un momento de atención, cuidado y dedicación; representa una actitud de la ocupación, el interés, responsabilidad y compromiso con el otro. También coincidiendo con Waldow (69), Cuando dice que el cuidado humano es un medio de vivir, de ser, de expresarse; es una actitud ética y estética hacia el mundo; es un compromiso, una preocupación, la responsabilidad de estar en el mundo y contribuir al bienestar general, la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; está contribuyendo a la construcción de la historia, el conocimiento, la vida.

I. Estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos nutritivos en el niño.

Subcategoría: Estrategias claves efectivas

Las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años aprendieron los cuidados en su alimentación de su niño en las charlas educativas, en videos educacionales, sesiones demostrativas, láminas de alimentos, en concurso de platos típicos, con afiches, folletos y mensajes dados en los mercados, en interacción con otras madres en el mercado, por la radio del mercado, en las visitas domiciliarias que hace el personal de salud. **Fig.9 (Anexo 13)**

***Madre 1.** _Aprendí cuando me explicaron en la consulta de mi niño, en charlas educativas que me dan en las reuniones que nos llaman a la posta.*

***Madre 2.**_ Aprendí cuando atienden a mi niño, en una charla con alimentos demostrativos, en el cuna más cuando van las enfermeras.*

***Madre 3.** _Aprendí cuando voy al control del niño sano, cuando dan charlas y en mi casa cuando van, también me enseñaron en e l comedor ya que también van a dar charlas hay.*

***Madre 4.** _Aprendí en la posta cuando explican con láminas, en el control, en el cuna más en las charlas con alimentos, en mi casa.*

***Madre 5.** _Aprendí en el control de mi niño, en las charlas que dan en las comunidades en una sesión demostrativa en el comedor cuando van las enfermeras.*

***Madre 6.** _Aprendí en el control del niño, en las charlas que dan en la posta, en el comedor con alimentos. Con láminas.*

***Madre 7.**_ Aprendí en el control que me explico la enfermera, en la misma posta dan sesiones demostrativas con alimentos, van a mi casa y me explican hay también. Preparando alimentos en platos nutritivos, en folletos.*

***Madre 8.** _Aprendí cuando ellas me explican cuando atienden a mi niño*

en las charlas que escucho, también me invitan cuando hay en las tardes con demostración de alimentos que debo darle a mi niño.

Madre 9. *_Aprendí cuando voy al control del niño, cuando paso control me explican, me enseñan con unas láminas los alimentos. Con alimentos en vivo.*

Madre 10. *_Aprendí cuando voy al control, también cuando voy al mercado, escucho en la radio, cuando voy a las demostraciones con alimentos en la posta.*

Madre 11. *_He aprendido cuando van a mi casa y me explican con unas láminas, me orientan como dar los alimentos y cuando voy a la posta. En videos que ponen en las charlas.*

Madre 12. *_Aprendo cuando me explican, cuando llevo al control a mi hijo, cuando escucho las charlas que dan y cuando me visitan. En grupos con las madres con alimentos cocinados.*

Continuando con la argumentación de la tesis, se presenta en este capítulo la **Estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos nutritivos en el niño**, a fin de dar respuesta a la pregunta orientadora y objetivos referentes al tema en mención. Se rescató las situaciones existenciales concretas del saber de las madres sobre las estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos, en el contexto de la educación dialógica, se analizó como la visión técnica, guía sus prácticas y se discutió la producción de sus formaciones discursivas. En relación a la visión técnica de las estrategias de la enfermera para enseñar, Capra (70), afirma que la mayoría de los profesionales de la salud contemporáneos suscriben la visión técnica, mecanicista o biologicista de la vida y tratan de reducir el funcionamiento de los organismos vivos a mecanismos celulares y moleculares bien definidos. La concepción técnica o mecanicista se justifica hasta cierto punto, pues es verdad que los organismos vivos se comportan, en parte, como máquinas, y esto quizá se deba a que un funcionamiento de tipo mecánico les resultaba ventajoso en su evolución. Ahora bien, esto no significa que los organismos vivos sean máquinas, porque los

mecanismos biológicos son simplemente casos especiales de unos principios de organización mucho más amplios; de hecho ninguna de las funciones de un organismo consiste enteramente en estos mecanismos.

El mismo el autor, señala que solo se logrará una comprensión más completa de la vida desarrollando una “biología integral”, que vea al organismo como un sistema viviente y no como una máquina, porque la visión integral de la vida considera al mundo desde el punto de vista de las relaciones y las integraciones. Los sistemas están todos integrados y sus propiedades no pueden reducirse a las de unidades más pequeñas. En vez de concentrarse en los componentes básicos o en las sustancias fundamentales, el enfoque integral hace hincapié a los principios básicos de la organización. Con el propósito de argumentar la visión técnica del cuidado de enfermería a al niño a través de su madre , utilizando el método creativo sensible y la dinámica del almanaque, a través del dialogo establecido entre la investigadora y las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años de las zonas urbano marginal de Chimbote, y conducida por la siguiente pregunta generadora de debate: ¿ Cómo le enseño la enfermera los cuidados del niño en su alimentación?, las participantes del estudio elaboraron sus producciones artísticas, con los materiales e indicaciones previamente proporcionadas, organizando sus almanaques y utilizando imágenes que expresaban como le enseño la enfermera; dinámicas que fueron desarrolladas en el espacio de la educación dialógica, en dos encuentros, donde elaboraron 04 almanaques, que se presenta uno a continuación **(Figura 8)**:

El cuidado de los niños como un fenómeno esencial y vital

El cuidado de los niños se ve como un fenómeno esencial y vital de las familias, ya que, por detallar los elementos que intervienen en el cuidado de la salud del niño y prevenir los problemas nutricionales, se convirtieron en más explicaciones en el conocimiento de la experiencia realizada, en la práctica diaria del quehacer.

El cuidado de los niños como un fenómeno esencial que según Boff (64), señala que la atención es la manera de ser esencial, por lo que una persona sale de sí mismo y se centra en otro con cuidado y preocupación, ya que es algo más que un acto, una actitud; es una forma de ser que es esencial en la primera raíz del ser humano entra en la naturaleza y la constitución del ser humano. Sin el cuidado, que deja de ser humano.

Si la persona no recibe la atención desde el nacimiento hasta la muerte, puede morir ya que es un ser humano esencial, primordial. Por lo tanto, la preocupación debe entenderse como una esencia humana, con responsabilidad, cuidado, preocupación, diligencia, celo, atención.

Una comunicación eficaz comprende unas respuestas verbales cognitivas, un comportamiento no verbal y respuestas afectivas. Los seres humanos emiten y reciben mensajes por tres procesos diferentes el cognitivo, afectivo y comportamental. A través de estos tres procesos las personas se relacionan los unos con otros. La enfermera que rechaza a los tres procesos no puede comunicarse.

El cuidado de los niños como un fenómeno fundamental, teniendo en cuenta la conceptualización de Freire, implica necesariamente que el cuidado de los niños es sinónimo de vida, en la vida diaria de la familia, como grupo social articula el contexto histórico, social y cultural que lo rodea. Debido a la inclusión de las familias en este contexto es un proceso continuo de histórico, social y cultural, fundamentalmente en base a la población de la cultura que es de sentido común o saber popular de la experiencia pura hecha. Conozca socialmente construido en la práctica comunitaria, pasando la curiosidad ingenua a la curiosidad epistemológica de la crítica reflexiva.

Una dimensión histórica y social de cuidado infantil

Las ideas de Freire muestran que el diseño de la educación dialógica, el

proceso de reflexión crítica sobre la realidad sujeto a la acción, ya que lleva a los hombres y mujeres que se someten, las personas creativas de la cultura y la historia de la construcción, lo que permite la transformación de la realidad. A partir de la formulación de reflexión-acción dialéctica, Freire se abre un concepto liberador de la educación, que requiere una revisión de los sistemas tradicionales de educación en el contexto de la salud, por ejemplo, así como sus programas y métodos. En este sentido, la dimensión histórico-social del cuidado de los niños, como una de las piedras angulares de esta tesis, se encuentra el contexto social, cultural, político y económico, agregada con cuestiones biológicas.

Por lo tanto, es necesario colocar en ese contexto histórico-social, a la madre, mientras que los personajes de la historia de la vida cotidiana, participan y ese contexto surge la producción del habla del discurso social.

Comprender la dimensión histórica y social del cuidado del niño requiere del pensamiento de Waldow (69), sobre la evolución de los seres humanos y la génesis de la atención. Desde el origen de la humanidad hasta nuestros días, las costumbres y los comportamientos de diferentes culturas reflejan el cuidado humano durante la búsqueda de la supervivencia en relación con el medio ambiente y entre los propios seres humanos. Relación que es un proceso histórico-social, de generación en generación, la transmisión de sus conocimientos a través de sus vivencias y experiencias, ya sea a través del lenguaje u otras formas de comunicación.

La codificación de los temas principales la atención esencial para la salud de los niños; y la atención esencial a la enfermedad del niño, como de los voltajes opuestos - producciones artísticas mediadas y las situaciones existenciales concretas. Ambos revelaron las acciones diarias de las familias en el sentido común y los técnicos en la práctica profesional, mediada por un movimiento dinámico, dialógica y plural de la dinámica de la creatividad y la sensibilidad.

El conocimiento de las madres en el cuidado de los niños (sano o enfermo) fue mediado en el espacio de la educación dialógica, la primera y tercera reuniones del árbol, dinámica del conocimiento, llevaron a cabo mediante la generación de un tema de debate: cómo las madres aprendieron a preparar los alimentos?, Presentado en la producción artística colectiva N°. 1 (**Tabla 5, Figura 6**) y N°. 2 (**Tabla 6, Figura 7**), mediada a través de expresiones dialógicas. Mediante esto, se ha respondido a la primera pregunta guía del estudio, refiriéndose a las madres, de los conocimientos sobre el cuidado de los niños involucrados en el articulado nutricional en las comunidades urbanas marginales de Chimbote, y cumpliendo con los objetivos de rescatar a las situaciones existenciales concretas desveladoras de conocimiento de los hogares en la atención de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años, que participan en esta estrategia en el contexto de la educación dialógica; y analizar las dimensiones del conocimiento y las prácticas adoptadas por las madres de sus enunciados.

En el discurso las madres muestra que aprendieron el cuidado a su niño con problemas nutricionales por medio de la educación y prevención de enfermedades, lo que nos señala que las enfermeras del Puesto de salud Santa Ana, tienen una concepción técnica, biológica, lineal, sobre la salud del niño, coherente con la afirmación de Gramsci, cuando refiere que los profesionales, en este caso los profesionales de salud, la enfermera, se encuentran impregnadas de la filosofía institucional lineal, expresadas en las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, aprendidas en el contexto de la formación académica e influenciadas por el direccionamiento técnico de las políticas del Estado. Agrega, que romper con este paradigma, es difícil, y más aún cuando los profesionales no se detuvieron en el análisis de los problemas propios o inherentes a su práctica y experiencia, vinculándose ideológicamente solo al saber técnico, científico, lineal, desarticulado del saber popular y de la problemática social de la población.

Las madres participantes organizaron sus respuestas sobre el cuidado de los niños en las diferentes áreas de los árboles, que van desde la raíz hasta la corona, revelando aspectos de como aprendieron la alimentación del niño mayores de 6 meses y menores de dos años con problemas nutricionales. la educación nutricional cumple una función determinante al contribuir a la solución de problemas nutricionales en el individuo, mediante un conjunto de actividades que propician la adopción de prácticas saludables en alimentación y nutrición.

Por ello, los discursos de las madres son coherentes con lo referido por Freyre, donde afirma que toda acción educativa debe necesariamente estar precedida de una reflexión y de un análisis del medio de vida concreto del ser humano, como es tener alimento, agua, desagüe, educación, etc. situación que no depende del personal de salud, ni solo del MINSA, sino del Estado que debe trabajar con Ministerios articulados, de lo contrario se corre el riesgo de adoptar métodos educativos que reduzcan al ser humano a la condición de objeto. Porque la concientización no consiste en estar frente a la realidad, asumiendo una posición falsamente intelectual; la concientización no puede existir fuera de la praxis sin un hecho acción-reflexión, es un compromiso histórico: es la inserción crítica en la historia, implica que los seres humanos asuman el papel de sujetos que hacen y rehacen el mundo. La concientización no está basada sobre una conciencia, de un lado, y realidad (mundo) de otro; no pretende una separación, al contrario está basada en la relación conciencia-mundo.

La metodología pedagógica denominada “aprender haciendo” (learning by doing), establece que los contenidos teóricos son necesarios para avanzar en el aprendizaje de cualquier área de conocimiento, pero para lograr retenerlos y dotarlos de utilidad es mejor experimentar con ellos, este proceso pervive en el tiempo, de acuerdo con la siguiente cita atribuida a Aristóteles: Lo que tenemos que aprender a hacer, lo aprendemos

haciendo.

Como se puede constatar tenemos una serie de hábitos alimentarios que forman parte de nuestra historia, de nuestras tradiciones, de nuestra cultura y por ende están muy arraigados. Muchas de estas costumbres están distanciadas de lo que se considera una dieta sana, incapaz de garantizar una mejor calidad de vida. Tenemos que luchar por las prácticas alimentarias saludables pues no estamos exentos de procesos como la Globalización que bombardean a todos los países con sus propagandas publicitarias y sus productos industrializados. Estos ya se han hecho extensivos a los países subdesarrollados donde las madres prefieren un refresco embotellado a un jugo natural a darles a los niños.

La invasión de comidas y bebidas rápidas o chatarra de escaso valor nutritivo puede ser deslumbrante para los niños mayores de seis meses y menores de dos años con problemas nutricionales. El Perú no queda fuera de esta situación que lejos de ser una solución a los problemas de la alimentación los agudiza aún más.

En la educación alimentaria dada a las madres no solo se limita a realizar acciones educativas y brindar información para elevar el conocimiento en cuanto a nutrición y alimentación, esta debe tener como finalidad el mejoramiento de la conducta alimentaria. La adquisición de conocimientos y la adopción de actitudes positivas. El comportamiento de las madres se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que se sabe y lo que se cree afecta la manera de cómo se actúa. El conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambios del comportamiento; mucho más cuando se trata de hábitos, costumbres y conductas alimentarias arraigadas y transmitidas de generación en generación. El cambio de comportamiento es un proceso y no un acto (71).

El asumir nuevos hábitos alimentarios en las madres de niños mayores de seis meses y menores de dos años con problemas nutricionales, implica un proceso a largo plazo donde hay que tener en cuenta los factores culturales como son las costumbres culinarias que devienen de las migraciones, los procesos de colonización y los productos que se cosechan en cada región. También las creencias religiosas juegan un papel importante pues sus adeptos tienen prohibido comer determinados tipos de alimentos.

En sentido general las prácticas alimentarias se ven influenciadas por factores individuales como motivaciones, gustos, creencias, conocimientos, experiencia; y por factores sociales como la familia, los amigos, las normas sociales, políticas locales, estatales. Unido a ello se encuentra la disponibilidad de los alimentos y la posibilidad económica que posee el individuo, la familia, la comunidad o el país para adquirir o producir los alimentos necesarios (72).

Por todos los argumentos anteriores mencionado se asume como concepto de Educación Alimentaria al “ Proceso Educativo de Enseñanza-Aprendizaje permanente, dinámico, participativo, integral, bidireccional que tiene por finalidad promover acciones educativas tendientes a mejorar la Disponibilidad, Consumo y Utilización de los alimentos, con un perfil epidemiológico de potenciar y/o reafirmar los Hábitos Alimentarios Saludables y neutralizar o reducir los erróneos, respetando las tradiciones, costumbres e idiosincrasia de las comunidades, contribuyendo al mejoramiento del Estado Nutricional y por ende a la Calidad de Vida de una región o país” (71).

Para llevar a cabo una adecuada educación sobre la alimentación es necesario insertarse plenamente en el contexto histórico-social con aptitudes para reflexionar e identificar junto con la población objeto los

problemas, sus causas y posibles soluciones. Además de que debe existir un respeto hacia todas las personas y grupos, en cuanto a conocimientos, tradiciones, creencias, hábitos de vida, prácticas, tabúes, cultura, normas sociales, etc. que se han ido conformando a través de las distintas generaciones y que no tenemos ningún derecho de modificarlos sin una investigación que permita validar o no sus comportamientos en referencia a la alimentación y nutrición (72).

También los trastornos de la conducta alimentaria que conllevan a las enfermedades son el motivo de la promoción de la Educación Alimentaria, que compete a las madres de los niños mayores de seis meses y menores de dos años con problemas nutricionales, tratando de trabajar con niños desde estas dos dimensiones su casa y la madre para el mejoramiento de los hábitos alimentarios.

Las estrategias de enseñanza de la enfermera por enseñar la preparación de alimentos tiene como resultados la apropiación de conocimientos sobre alimentación por parte de las madres. Las madres son capaces de identificar los alimentos según el grupo al que pertenecen y aprenden hábitos alimentarios saludables. Esta iniciativa incluye intervenciones continuas en las casas de las madres, el diseño de materiales informativos dirigidos a las madres de los niños juega un papel fundamental en el fomento de los hábitos alimentarios.

El Ministerio de Salud cuenta en su haber con múltiples intervenciones en el campo de la alimentación y nutrición, encontrándose entre ellas el Proyecto de Salud y Nutrición Básica y el Plan de Intervención Educativo Comunicacional en Alimentación y Nutrición, los que han establecido y desarrollado las bases para prevenir y promover la nutrición, abordando la raíz educacional del problema a través de un conjunto de actividades educativas, entre ellas las sesiones demostrativas de preparación de

alimentos, sesiones realizadas en el establecimiento de salud o en espacios de la comunidad, donde se trabajan mensajes básicos dirigidos a la población materno-infantil y se elaboran preparaciones adecuadas para la alimentación de la niña o niño menor de tres años, gestantes y mujeres que dan de lactar (73).

La FAO ha desarrollado y está desarrollando materiales para educar a las madres sobre alimentación y nutrición. La estrategia del articulado nutricional recomendó educar a la población con un nuevo enfoque, que se considerara la formulación de guías basadas en alimentos, con enfoques basados en nutrientes. También, se destacó que las guías alimentarias, sesiones demostrativas, deberían ser de carácter nacional, considerando la situación de salud y nutrición. Esto se ha llevado a cabo en los países de América Latina y Perú no queda exenta de esto pues también se ha elaborado guías alimentarias para la orientación de la población en materia de alimentación y nutrición (74).

La Educación Alimentaria es responsabilidad de los padres, juega un papel decisivo en la educación de los más pequeños de la casa para que adquieran adecuados hábitos alimentarios, pues es a través de la interacción con sus madres es que los niños adquieren determinadas actitudes, preferencias, costumbres y hábitos alimentarios que están fuertemente influenciados por las prácticas alimentarias que realiza la madre. Para una adecuada nutrición infantil la base está en el mensaje que la madre comprende. Es necesario que las madres delante del niño no hagan rechazo a los alimentos de alto valor nutricional, ni por el contrario den tanta importancia a aquellos alimentos que poseen un bajo valor nutricional. Las madres deben ser capaces de estimular a los niños para que participen de alimentos sanos y nutritivos. Estas actividades se deben ajustar a la edad y desarrollo del niño (75).

La educación como formación humana integra varios aspectos formativos, que le darán al individuo las herramientas necesarias y suficientes para lograr en su momento la interpretación del mundo en el que se desenvuelve y sobre todo, observar detenidamente aquello que puede aportar a fin de lograr una transformación de la realidad, transformación que tendrá como punto de partida, la formación humana que ha recibido con anterioridad.

Por lo general estas actividades la realizan las madres, sin darle participación a los niños, sin embargo se ha comprobado que dándole participación a los más pequeños se sienten más a gusto e importantes, pues se les tiene en cuenta en el núcleo familiar. Es fundamental rescatar y promover la costumbre de comer en familia, pues de esta forma se puede influir positivamente sobre los hábitos alimentarios en los niños que integran el hogar. Esta práctica permite informar a los más pequeños sobre la importancia de consumir una alimentación balanceada y cómo obtenerla a través del consumo de alimentos que aportan los nutrientes que el organismo requiere. Además permite orientar el comportamiento de los niños y jóvenes en la mesa, sus actitudes, modales, así como el uso adecuado de los cubiertos.

La intervención del CENAN, con el plan de intervención educativo comunicacional en alimentación y nutrición y, CARE PERU, a través de la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento del Programa Redes Sostenibles para la seguridad alimentaria (REDESA) implementado con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), está orientada hacia esta línea de acción: informar y educar. Para ello, se desarrollan actividades dirigidas a lograr cambios de comportamiento en la alimentación y nutrición de la gestante y la madre del niño menor de tres años. Se incluye estrategias educativo comunicacionales de tipo interpersonal, grupal y masivo, como la consejería nutricional, sesiones demostrativas en alimentación y nutrición, ferias, concursos, teatro, pasacalles, difusión

radial y el trabajo de abogacía con aliados estratégicos para potenciar los resultados de estas actividades (76).

La experiencia de los dos últimos años, ha demostrado el beneficioso e insuperable efecto que tienen las acciones interpersonales, el desarrollo de una educación nutricional que no se limita a un mensaje aislado y que ofrece a las personas la posibilidad de incorporar mejor el porqué de las recomendaciones y la importancia y beneficios de su aplicación. De esta forma se logra un sustento racional que favorece la sostenibilidad de la práctica.

Las estrategias que ha implementado el Ministerio de salud para poder comprender mejor el cuidado al niño en su alimentación han permitido tener una mejor comprensión por parte de las madres así por ejemplo como las sesiones demostrativas que son una actividad educativa que permite **aprender haciendo**. En esta, las/os participantes aprenden a preparar comidas con alimentos nutritivos de la zona, y adquieren y ejercitan conocimientos fundamentales de una alimentación balanceada y apropiada a lo largo del proceso de crecimiento del niño en cuanto a cantidad, calidad, consistencia y variedad de los alimentos. Una sesión demostrativa es, básicamente, una clase práctica sobre alimentación y nutrición dirigida a gestantes y madres de niños menores de tres años. Estas sesiones pueden realizarse en el establecimiento de salud, en un salón comunal o en casa de una de las madres, siempre y cuando cuente con las condiciones necesarias.

Consiste en reunir a un grupo no mayor de 15 madres, quienes aprenderán con tu ayuda- a identificar alimentos nutritivos y a prepararlo adecuadamente para su familia, en especial para sus hijos (77).

Las sesiones demostrativas, consejerías u otras actividades orientadas a modificar las prácticas alimentarias, deben de tener en consideración los

alimentos con los que cuenta cada una de las comunidades. De acuerdo al piso ecológico, las huertas o chacra huertas de las familias que ofrecerán una variedad propia de hortalizas, cereales, leguminosas y frutas, al igual que alimentos de origen animal. Teniendo los en cuenta para garantizar su uso (77).

Las estrategias comunicacionales promueven el uso de los alimentos nutritivos de la localidad; permitiendo conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada; Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales; Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia; Adoptar buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos.

Posiblemente es mucho más sencillo y cómodo convocar a las madres al centro de salud para darles una charla con los mismos contenidos. Sin embargo, el nivel de eficacia y recordación que se logra en una sesión demostrativa es, de lejos, superior. El gran objetivo es fortalecer, mediante la práctica, conocimientos fundamentales para una buena alimentación de la familia, en especial de los niños y madres gestantes. Nunca será lo mismo escuchar una exposición por muy dinámica y participativa que esta sea que **aprender haciendo**,

Un enfoque sobre Trabajo Comunitario.

Según González (78), La comunidad es un grupo humano que habita en un territorio determinado, con relaciones interpersonales, historia, formas de expresiones y tradiciones y sobre todo con intereses comunes. Es portador de tradiciones, historia, e identidad propia que se expresan en identificación de intereses y sentido de pertenencia que diferencian al grupo que integra dicho espacio ambiental de los restantes. La comunidad es el espacio idóneo para potenciar estrategias encaminadas al desarrollo local con el apoyo de todos los factores o elementos que la integran, reinando siempre la participación.

El trabajo comunitario concebido como un proceso de transformación desde la comunidad pretende potenciar los esfuerzos y la acción de la comunidad para lograr una mejor calidad de vida para su población y conquistar nuevas metas dentro del proyecto social socialista elegido por nuestro pueblo. El mismo debe partir de los intereses y necesidades de la propia comunidad, donde sus miembros sean los protagonistas en la solución de los problemas, satisfacción de sus necesidades y en la proyección de su futuro desarrollo. Debe reinar el respeto a la diversidad de tradiciones y características culturales producidas por la historia, así como a las peculiaridades propias de cada comunidad que hace de cada una un marco irrepetible. Además la comunidad está constituida por personas, individualidades a las cuales debe llegar el trabajo comunitario de modo directo y personal (79).

Las enfermeras comunitarias se proyectan directamente a la comunidad en la que brinda educación a las personas, en esta investigación está dirigida a las madres en las que brindan una atención integral, se dirigen a ellas con el fin de concientizarlas en el cuidado del niño y principalmente en el cuidado en su alimentación.

III. Aprendiendo a preparar los alimentos nutritivos para el niño

Las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de dos años, aprendieron que deben de darle hígado de pollo, sangrecita, bazo, riñón, corazón, pescado, menestras, huevos, etc. Cinco veces sus alimentos al día. A mezclar los alimentos que hacen crecer y dan fuerza al niño. Lavar los alimentos cuando se preparan, darles poco a poco conforme vaya creciendo. Cubrir los alimentos para evitar las diarreas y tener mucha paciencia cuando se le brinda el alimento. No darle sopas y otras medidas de higiene. Fig 10 (Anexo 14)

Subcategorías:

Alimentos nutritivos

Madre 1. *_Aprendí cuando me explicaron que debo de darle todos los días una víscera o sea hígado, bazo, sangrecita.*

Madre 2. *_Aprendí que debo de darle sus alimentos de 3 a 5 veces al día, el bazo, la sangrecita todos los días.*

Madre 3. *_Aprendí a mezclar los alimentos los que hacen jugar al niño y los que hacen crecer.*

Madre 4. *_Aprendí que el pescado tiene hierro y especialmente la parte negrita, debo de darle a mi hijito hígado de pollo y mezclarlo que quede espeso.*

Madre 5. *_Aprendí que conforme el niño va creciendo en edad, vamos agregándole más alimentos, debo darle huevos, pescado, sangrecita.*

Madre 6. *_Aprendí que debo de alimentarlo cinco veces al día, a la hora de levantarse, a la media mañana, al medio día, a la media tarde y en la cena.*

Madre 7. *_Aprendí que debo darle alimentos como las vísceras, menestras 3 veces a la semana, diariamente frutas y verduras. Darle bastante líquido como refresco de frutas. No debo de darle alimentos chatarras.*

Madre 8. *_Aprendí a que debemos darle pescado la parte negrita, también debemos darle las menestras.*

Madre 9. *_Aprendí que debemos dar solamente el pecho de alimento hasta los seis meses y de ahí debo darle papillas espesas, no debo de darle sopas. Debe de consumir carnes (vacuno, cerdo, cordero, ave, pescado), leche, vísceras, quesos, huevos, granos, leguminosas.*

Madre 10. *_Aprendí que debo de darle machucado y triturado sus alimentos durante los 6 a 12 meses. Después debe de comer la mitad de un adulto.*

Madre 11. *He aprendido los alimentos energéticos que dan energía como la papa, yuca, camote, etc. Y los que van hacer crecer que son las proteínas como leche, carnes, vísceras.*

Madre 12. *Aprendo que los alimentos deben de darse con mucho cariño y paciencia ya que mi hijo lo va aceptar mejor, además deben de estar bien*

presentables para que a él le llame la atención, debo cantarle y debo demostrarle como comer los alimentos y así debe de comer él. Debo ir explicándole porque son importantes los alimentos.

La primera infancia es una oportunidad fundamental para el desarrollo del ser humano, pues influye directamente en su salud, aprendizaje y conducta a largo de su vida. En los tres primeros años del niño, el crecimiento del cerebro alcanza el 70% del peso del cerebro adulto y casi completa su total crecimiento en estructura. La velocidad de este desarrollo exige responder a necesidades nutricionales únicas, además de las necesidades ya elevadas para su mantenimiento. El fin de nuestra intervención es garantizar que todos los niños y niñas mantengan un buen estado nutricional y se desarrollen adecuadamente. Es alarmante que el 62%³ de los niños menores de cinco años tenga anemia por deficiencia de hierro; que solo un 33%⁴ de los niños y niñas menores de tres años reciba los beneficios de una alimentación complementaria apropiada y que solo al 33 %⁵ de los niños se le incremente la alimentación durante y después de procesos de enfermedad (79).

Siendo importante la objetivación del trabajo articulado y complejo de las enfermeras en las comunidades de 10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad que muestra la articulación de conocimientos y prácticas entre las madres y la enfermera. En este sentido, esta forma de trabajo parece ser la forma más importante de la verdadera articulación de estos conocimientos y prácticas ya que, como **Freire** se refiere, son los movimientos populares organizados que ocurren los cambios más importantes, pero no reducir el proceso de sensibilización a ciertos métodos y técnicas de enseñanza. Además, el discurso muestra la importancia y la forma de trabajo interdisciplinario e intersectorial fuera de las murallas en la práctica comunitaria.

Por lo tanto, debe de haber transformación de una práctica basada en intervención y la transmisión del conocimiento a otro, con la mediación en la atención, donde se considera el conocimiento de la enfermera y de la madre. Desde esta perspectiva, es depende de nosotros, técnica y profesional, a pensar en la relación de estos conocimientos, participando activamente en la construcción de un proyecto de salud que mejor se articule con los objetivos de la familia.

Así también el derecho a la vida consagra integridad moral, ser humano mental y física y su libre desarrollo y bienestar. El derecho a la salud se establece la protección, promoción y defensa de la salud, el ambiente familiar y la comunidad. El componente de salud, del derecho a la vida, es considerado un bien público, y por lo tanto su conservación debe ser prioritaria en los programas de gobierno de nuestro país. Se establecen que el Estado es responsable de la política de salud, que facilitan todo el acceso equitativo a los servicios de salud y reconoce el derecho universal a la seguridad social, a través de leyes y decretos. La Ley General de Salud (Ley General de Salud, N °26842) y su ley número 27657, que regula la organización de la Ley del Ministerio de las funciones de salud considerado el enfoque de la población en general y los niños en particular, como una prioridad en la definición de políticas de salud pública por sus condiciones mayor riesgo, en la que el niño debe de ser primordial en la aplicación de estos derechos.

También la Constitución es la ley fundamental de un Estado y supremo, que contiene normas para la formación de gobierno, la distribución de poderes, derechos y deberes de los ciudadanos. En Perú, la Constitución establece que toda persona tiene derecho a la vida, la salud, el acceso equitativo a los servicios de salud y reconoce el derecho universal a la seguridad social, a través de las políticas de salud. Las decisiones de política pública de salud a menudo condicionadas por el modelo capitalista dominante y generaron no democrática, con jugadas verticales y

burocráticos, restringido a biológica y socialmente excluyente. Este aspecto ideológico el mundo andino y popular, sus prácticas sanitarias y sus dimensiones de sentir, pensar y hacer salud, ya que lo ven como distante y peligroso.

El modelo capitalista genera un condicionamiento ideológico en estructuras organizativas formales del Estado. El Ministerio de Salud, dentro de esta perspectiva, establecer programas, normas y criterios técnicos que crean las políticas de salud pública a nivel nacional, que son normativas, centralizada, vertical y autoritario. Así, un modelo lineal servicio, homogénea, idealista, desprendido del contexto histórico, social y cultural, que no corresponde a las condiciones concretas de salud de las poblaciones analizadas y la cantidad, la calidad y las necesidades de los trabajadores de salud que llevan a cabo los programas.

Los Lineamientos de salud son políticas para garantizar el universal de Acceso a los Servicios y salud pública Atención individuo, dando prioridad a los sectores defectuosos pobres vulnerables para modernizar y reestructuración del sector en Función de una accesibilidad competitiva y de calidad en la atención, control y así prevenir problemas de Salud evitables de los niños, promoviendo estilos de vida Saludables (80).

Es, sin embargo, de las políticas de salud pública que den prioridad a los sectores más pobres y vulnerables, centrados en la prevención y control de enfermedades y no de las condiciones estructurales que conducen a ellos. Contrariamente al derecho a la ciudadanía de la población. No es suficiente confiar en los discursos de los líderes por la preocupación por los pobres, por sus dificultades y sufrimientos. Es esencial entender que la pobreza es una de las manifestaciones de la desigualdad de oportunidades que tiene la población para ampliar sus capacidades, habilidades y talentos individuales. En otras palabras, la desigualdad genera pobreza y en esa medida se convierte en un factor perverso y erosivo de la cohesión y la

viabilidad del sistema social en el que se cierra un círculo vicioso que sólo puede escapar al atacar sus raíces. Estos supuestos implican la transformación de la población en los ciudadanos, no sólo con los derechos y deberes políticos, sino también con los derechos y deberes sociales (81).

El Manual de Atención Integrada de las Enfermedades El Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico indica un enfoque centrado en el cuidado de niños, perspectiva integrada. Sin embargo, la guía de organización y funcionamiento para el tratamiento de enfermedades, la identificación precoz de los signos y síntomas, por lo tanto, el enfoque más curativo para la promoción de la prevención de la salud. Con la implementación de las políticas en un enfoque no integrado y, desvela un error conceptual porque los medios Integrales completa, total, global y se refiere al ser humano como un todo; mientras integrado significa integración, asociación de las partes que se unen, es decir, sólo las actividades de integración. En el cuidado de niños menores de cinco años, la AIEPI en Organización Panamericana de la Salud trata de reconocer que puede presentar más de un problema físico o una enfermedad, más se orienta al aspecto biológico de que el pleno; como parte única, las acciones de los programas de salud en las unidades básicas de salud. Estos programas requieren una consideración práctica para la salud integrado y centrado en la enfermedad, huyendo del modelo de atención integral, preventiva y de promoción, las instituciones de salud de atención primaria propias de la comunidad (81).

El lenguaje técnico y profesional se expresa mediante la expresión de términos tales como hierro, alimentos, anemia, bajo peso, baja talla, que no pertenecen al mundo de sentido común, pero que forman parte de las madres de vocabulario universo culturales por parte de las interacciones de la madre y el profesional. En este sentido, hubo aprendizaje social que llevó a formar la alianza del conocimiento en las palabras de Cabral, la fusión de la sabiduría popular adquirida en la experiencia adquirida en el

discurso de Freire, con la práctica los conocimientos científicos.

En el contexto del diálogo del grupo, la situación existencial concreta de las madres que trabajan fuera del hogar, sus conocimientos y sus prácticas resaltar las estrategias de vida eminentemente social y, al mismo tiempo, imbuido de concepciones contradictorias de la enfermedad.

Subcategoría:

b) Conservación, preparación e higiene de alimentos.

Madre 1. *_Aprendí que debo de lavarme las manos para no contaminarlos, ya que así le voy a dar a mi niño.*

Madre 2. *_Aprendí que no debo de toser no estornudar en los alimentos, no debo de fumar, si tengo una herida debo de cubrirla.*

Madre 3. *_Aprendí que debo de preparar los alimentos, al momento de consumirlos. Las verduras crudas como la lechuga hay que lavarlas hoja por hoja, Las hojas más oscuras, no hay que botarlas ya que son las que tienen más vitaminas.*

Madre 4. *_Aprendí que las verduras que si se cortan no se puede lavar ya que pierden sus nutrientes que alimentan a mi niño.*

Madre 5. *_Aprendí que las frutas tienen muchas vitaminas que se encuentran en toda la fruta en la cascara y en alimento. Debo darle crudas, por lo que se tienen mayor proteína.*

Madre 6. *_Aprendí que los alimentos se pueden contaminar como dejarlos al ambiente, sino tengo refrigeradora tengo que comprar para el día nomás.*

Madre 7. *_Aprendí que debo de consumir los huevos antes de que pasen 15 días. Que tengan una cáscara íntegra, sin rugosidades, con una clara transparente, y una yema dura y que no presente olores.*

Madre 8. *_Aprendí que los cuchillos, tabla de picar debo escobillarlas bien después de su uso.*

Madre 9._ Aprendí en que debo lavarme las manos constantemente cuando preparo los alimentos.

Madre 10._ Aprendí que debo de usar agua potable para preparar los alimentos y desinfectarla para poder tomarla.

Madre 11. _He aprendido que cuando cocino no debe de haber perros, gatos, ni chanchos, y que debo lavarme las manos repetidamente.

Madre 12. _Aprendí que debo cubrir los utensilios que uso para dar de comer a mi niño estén limpios.

Los índices epidemiológicos altos, relacionados con el problema en el contexto de la comunidad, tales como la falta de higiene, la falta de acceso y la manipulación del agua como consecuencia de las prácticas diarias que desarrollado para hacer frente a este problema. La estrategia de visita a las casas permite identificar los problemas relacionados con el medio ambiente de la familia que ayudan a explicar la falta de higiene y de agua permanente.

La prestación de las políticas públicas, carecen de la visión crítica, esto se debe a la ausencia de una política de saneamiento básico público para esta comunidad. Las consecuencias de las prácticas de higiene inapropiadas, constataremos que solo el 25.89% de las madres refiere lavarse las manos en momentos críticos, propiciando una incidencia de diarrea de 16.18% en menores de tres años. Conscientes de que las prácticas adecuadas en el cuidado del niño pueden determinar su estado nutricional, estamos convencidos de que si informamos y educamos a las madres en prácticas óptimas de alimentación infantil y en la utilización de los servicios de salud preventiva, lograríamos una importante repercusión en el bienestar nutricional de los niños y niñas que viven en la pobreza (82).

Es esencial tener conocimiento de los problema de salud del niño no sólo es el micro contexto responsabilidad y microestructura social y familiar,

sino también la responsabilidad del Estado, la macro estructura. En la medida de Gramsci menciona sobre la intervención en la realidad. Para él, la naturaleza sólo puede ser transformada por el hombre a través de su obra, su práctica, su filosofía de la praxis. Esta filosofía comprometida con la práctica de acuerdo con la concepción marxista de Gramsci, se trata de una actitud polémica y crítica, como la superación de la anterior forma de pensar del ser humano y el desarrollo de una nueva cultura. Es decir, para innovar y hacer práctica crítica y coherente existente. El saber del arte no es sólo en teoría, sino también en la práctica y en la política histórica, ya que tiene, en el campo del pensamiento, la misma función que en los diversos campos de la ciencia que los expertos.

Los modelos de políticas públicas que han guiado el cuidado de los niños y las prácticas de los profesionales de la salud. Se orientan hacia una dimensión técnica del fenómeno sobre el enfoque social, creando así una brecha entre lo recomendado por el discurso oficial y los conocimientos y prácticas populares de cuidado de la salud. Por lo tanto, es necesario reflexionar sobre el entorno epidemiológico del problema del niño en este contexto.

El cuidado de los niños de las madres con escasos recursos económicos, como es la situación en la Comunidad de 10 de Setiembre, San Miguel y Fraternidad, además de vivir con una política pública de manera injusta la salud está influenciada por las condiciones de vida inadecuadas de la población que han interferido con su proceso de salud y enfermedad. Como se muestra por los indicadores del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI, 1999), que registra la falta de empleo y el subempleo (51,5%), el salario mínimo vital escaso (750.00 nuevos soles), que toman la posibilidad de proporcionar recursos financieros para que puedan vivir con dignidad. Además, no son capaces de tener acceso a un patrón de alimentación nutricionalmente equilibrada, para evitar los problemas nutricionales. En estas comunidades, la malnutrición afecta a 65

de cada mil niños, según un informe del puesto de salud (82).

Además, el bajo nivel de educación de los padres, la deficiencia de saneamiento y la periferia pobre de las condiciones de las poblaciones que viven, como se ilustra en la tabla con las características de las comunidades, que culminó con el establecimiento de prácticas de cuidado que guían más por la necesidad de resistir y sobrevivir que una preocupación con un estilo de vida guiado por un modelo preventivo promocional. Sin embargo, lo mismo no se ve en las familias con mejores condiciones económicas o que están cubiertos por la seguridad social, que influyen en una mejor atención a los niños.

V. CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados de la investigación están presentados en tres categorías temáticas: La primera categoría temática comprende sentimientos con respecto al cuidado del niño: (Sentimientos encontrados); en la que se describen dos subcategorías como son: a). Sentimientos positivos, b). Sentimientos negativos; La segunda categoría enseñanza es estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos, con su subcategoría, Estrategias claves efectivas y cómo tercera categoría está Aprendiendo a preparar los alimentos nutritivos para el niño, con sus dos subcategorías; a). Alimentos nutritivos, b). Conservación, preparación e higiene de los alimentos.

Las madres de niños mayores de 6 meses y menores de 2 años , cuyos niños o niñas presentan problemas nutricionales, objeto de estudio, pertenecen a la jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana, unidad de Red de Salud Pacifico Norte de Chimbote.

La primera categoría temática obtenida está referida a los sentimientos con respecto al cuidado del niño: (Sentimientos encontrados); en la que se observa que dentro de su subcategorías a). Sentimientos positivos, b). Sentimientos negativos, la mayoría de las madres manifiesta sentimientos positivos y también presentan sentimientos negativos como detallan los testimonios, se evidencia que los sentimientos positivos que presenta es por lo que aprenden y pueden aplicarlos en sus niños, transmisión sentimientos que ayudan en su alimentación para poder disminuir los problemas nutricionales. Estos sentimientos sean positivos o negativos implican una diversidad de acciones frente a la representación de la práctica de las madres. Los sentimientos positivos evocan motivaciones para cuidar, pero los negativos generan una sensación de cumplimiento de las tareas.

En la primera subcategoría: Sentimientos positivos vemos que la mayoría de las madres manifiestas sentimientos positivos de felicidad, satisfacción, siente que aprende, se siente responsable del cuidado, le gusta aprender, tranquila. Siendo positivo para poder brindar un cuidado adecuado ya que una carga emocional

positiva ayuda a despejar la mente, a ver las cosas dentro de otro punto de vista y a tomar decisiones que van a optimizar la calidad de vida. La receptividad de la madre ha sido considerada como fundamental para la comprensión del cuidado del niño y este concepto se ha vinculado a la teoría de apego una referencia valiosa para la investigación sobre la interacción madre-hijo y capacidad de respuesta de la madre.

En la segunda subcategoría: Sentimientos negativos vemos que algunas madres presentan refiriendo que tienen pena, no tienen paciencia, no tienen tiempo, sentimiento de culpa por no cuidar del niño, se sienten mal por no cuidar del niño. Estos testimonios que brindan las madres que trabajan dentro y fuera de la casa revelan las difíciles condiciones de vida de estas madres que tienen que hacer frente a la vida diaria de sus hijos y con el fin de trabajar, utilizan sus conocimientos, prácticas y estrategias en la medida de lo posible de sus tiempos ya que son proveedoras de mucha responsabilidad.

En la segunda categoría enseñanza es estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos, con su subcategoría, Estrategias claves efectivas. Todas las madres refieren que aprendieron de diversas maneras como en una explicación en la consulta, en charlas educativas, en sesiones demostrativas de alimentos, en videos que les coloco la enfermeras, en las visitas domiciliarias, con folletos, con dibujos, con láminas, siendo ellas las que manifiestan todas las estrategias que conocen, que las enfermeras les ha enseñado en la preparación de alimentos, que en el contexto de la educación dialógica vemos que la enfermera ha brindado conocimiento adecuado ya que ellas han captado, utilizando el método creativo sensible y la dinámica del almanaque, a través del dialogo establecido entre la investigadora y las madres.

En la tercera categoría está Aprendiendo a preparar los alimentos nutritivos para el niño, con su primera subcategorías; a). Alimentos nutritivos, en la que las madres aprendieron que deben de darle hígado de pollo, sangrecita, bazo, riñón, corazón, pescado, menestra, huevos, etc, manifestando que deben de darle

alimentos ricos en hierro, podemos darnos cuenta que la educación dialógica con la madre es una estrategia importante a través del método creativo sensible, siendo esta forma de trabajo de la enfermera la verdadera articulación de estos conocimientos y prácticas. Por lo tanto hay transformación de una práctica basada en la intervención y la transmisión del conocimiento a otra persona. En la segunda subcategoría: Conservación, preparación e higiene de los alimentos. En que todas las madres manifiestan que aprendieron a lavarse las manos, a no estornudar cuando cocinan, no cortar las verduras horas antes, que las frutas tienen muchas vitaminas, que deben de consumir huevos, usar agua potable. Las madres han aprendido de los alimentos nutritivos y de la manipulación para el consumo en los niños, viendo que ha sido muy provechoso para ellas ya que siendo ellas de una condición económica deficiente, no contando muchas de ellas con servicios de saneamiento, también las enfermeras están en constante monitoreo del cumplimiento de las medidas de prevención a través del programa de promoción de la salud que establece consejerías nutricionales.

En términos generales el presente estudio permitió saber lo que las madres sienten cuando aprenden en el cuidado del niño, así como también conocer las estrategias de como aprendieron las madres en el cuidado del niño con problemas nutricionales, también finalmente saber que conocen de los alimentos nutritivos y con conservan, preparación e higiene de los alimentos , asumiendo que las madres de toda la información, consejería y educación que reciben por parte de la enfermera han sido aprendidas por las madres a través del método creativo sensible, otorgan mayor importancia a los aspectos del, alimentación nutritiva, conservación, preparación e higiene, por lo que es necesario rescatar este aspecto y ponerlo en consideración al momento de evaluar , aconsejar y educar en relación a la alimentación del niño a fin de tener como resultado un niño más inteligente, emocionalmente estable y socialmente aceptable. Además es necesario considerar que las madres necesitan un apoyo emocional por los sentimientos negativo, y necesitan un cuidado más humanizado.

Los resultados encontrados muestran que, es necesario hacer una reformulación del modelo tradicional de atención a los niños, más sí tenemos en cuenta que, las enfermeras tienen un papel fundamental dentro del proceso de cuidado integral y multidisciplinario, el cual es el de integrar y conciliar los intereses de las necesidades de los niños. El uso de la teoría del cuidado de Jean Watson es una posibilidad para el cuidado de enfermería en casa con el niño, pasando a ser eficaz. Para ello, es necesario el auto-conocimiento y el apoyo teórico-filosófico de la enfermera; por otra parte, tiene que estar dispuesto a tomar posesión de este conocimiento y aplicarlo, haciendo que la enfermería de rutina genuino y menos pasee ser práctica.

La investigación cualitativa deja abierto el campo a la experiencia, tiene una vocación claramente social e interactiva, permite profundizar en los aspectos concretos de la realidad de las madres, constituyéndose así en un complemento ideal de las investigaciones más centradas en los aspectos cuantitativos, caracterizadas por la simplificación y el control de las variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Boletín de la reforma: Las prioridades de liderazgo. Mayo 2014
2. Ministerio de Salud - CARE PERU: Manual alimentación y nutrición Infantil.2004
3. Monteiro CA, Gomes FS, Cannon G. The snack attack. American Journal of Public Health 2010, 100: 975-981
4. Instituto Nacional de salud. MINSA. Encuesta demografía y de salud familiar – ENDES 2013. Perú; 2014. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf>
5. CENAN - Dirección ejecutiva de prevención de riesgo y daño nutricional. Plan de Intervención Educativo Comunicacional en Alimentación Nutrición, Perú.2005.
6. CENAN – Dirección ejecutiva de prevención de riesgos y daño nutricional. 2005 Plan de Intervención Educativo Comunicacional en Alimentación Nutrición.
7. Ministerio de Salud - CARE PERU: Participación comunitaria SIVICO Manual del Facilitador en Salud Módulo2: Proyecto Multisectorial de Población – PMP I.
8. Ausubel, D.P; Novak, J.D. y Hanesian, H. Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo. México, Editorial Trillas. Traducción al español, de Mario Sandoval P., 1983.
9. Pacheco S, En su investigación titulada: “Gestión del conocimiento local de familias en niños con bajo peso: 2009; XXVI(2);11-12 [Revista en Línea]

Disponible

en:http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii2_1.pdf Consulta

Marzo, 2011

10. Barrial Martínez, A: "La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, diciembre 2011, www.eumed.net/rev/cccss/16/
11. Silva Pinto Joelma- "Atención habitual modificado en la vida diaria del niño cuidadores con necesidades especiales de salud: las interfaces con los conocimientos de enfermería". 2011.
12. Gandy Dolores, Doris Delgado. En su investigación titulada "Atención materna durante la comida, en niños de seis a doce meses de edad, en el distrito de Cochamarca, Oyón, Lima" 2012.
13. Gamarra Atero Raquel. "Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima, 2011".
14. Sandoval Aracely Amada y col. "Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años".2011.
15. Correa Ana, Mora Ethel. : "Comportamiento de la madre en relación con la lactancia materna y la alimentación complementaria del niño menor de quince meses, durante la enfermedad diarreica".2011
16. Butrón J y col. En su investigación titulada: conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva, en madres lactantes con niños menores de un año, INMP-2011

17. Reich WT. History of the Notion of care. En: Warren Reich (ed) Enciclopedia of Bioethics. 2º ed. Vol 1 New York: Simo & Shuste /Mac Millan.1995, p.319-331.
18. Bouchard C, Kean Butil B. Le caring: Vers une conception interactionniste. Canadian. Journal of Nursing Research.1991; 25(2): 69-83
19. Gasull M. La ética del cuidar y la atención de enfermería. Trabajo Final de Carrera, Licenciatura Humanidades UOC.2005. Consultado el 17 de diciembre de 2006.
Disponible en: http://www.xina.uoc.es/docs_elec/protegit/TFC/31802.pdf
20. Mayeroff M. On caring. New Cork: Harper&Row, Publishers; 1971.
21. Buber M. Yo y tú. Madrid: Caparrós Editores Colección Esprit. Madrid; 1993.
22. Marcel G. Le mystère de l'être. Vol. 1. Reflexion et mystère. Paris: Aubien; 1961. En :Bouchard C, Kean Butil B. Le caring: Vers une conception interactionniste. Canadian. Journal of Nursing Research.1991; 25(2):38.
23. Sarter B. Philosophical Sources of Nursing Theory. En: Reed PG, Shearer NC, Nicoll LH. Perspectives on Nursing Theory, 4.^a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Willkins; 2004.
24. Cohen J A. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leninger and Watson.Journal of Advanced Nursing. 1991;16: 899-909.
25. Echeverri, E. La enfermería una profesión de servicio. Colombia: 1998.
26. Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. 4 Ed. Madrid- Toronto: Harcourt Brace; 2010.
27. Flores Y, Ortiz R, y Cárdenas V. Percepciones Maternas del Cuidado del Niño

Sano .Rev. Latino-Am. Enfermagem. [revista en internet] 2012; 20 (2)
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200009&script=sci_arttext&tIng=es

28. Llanos G. Vivencias de ser madre de un recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales .Tesis para optar el grado de maestra en ciencias de enfermería. Nuevo Chimbote: Universidad nacional del santa; 2011.
29. Darley J. Psicología .España: Hispanoamericano; 1990.
30. Humanium. Ayuda a los Niños; Declaración de los Derechos del Niño. Suiza; 2008. Disponible en:
http://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino_texto-completo/
31. Bustamante S. Concepto, Sujeto, Objeto y Método de Enfermería. Enferm. investig. desarro. 2002; 4(1-2):2-8 Disponible en:
<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/download/64/61>
32. Waldow. V. Cuidado Humano: O Rescate Necesario. Edit .Porto Alegre. Brasil :El Sagra Luzzatto-Novak; 1998.
33. Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica.4 ed. México:Mc Graw Hill;2000.
34. Freire, P. La educación como práctica de la libertad. Madrid, Siglo XX. 1989
35. Freire, Paulo. La educación como práctica de la libertad. [1969] México: Siglo Veintiuno, 1990
36. Freire, Paulo ¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural. [1973] México: Siglo Veintiuno, 1993.
37. Freire, Paulo Pedagogía de la esperanza. Un reencuentro con la Pedagogía del

- oprimido. México: Siglo Veintiuno, 1993.
38. Freire, Paulo. Cartas a quien pretende enseñar. México: Siglo Veintiuno, 1996. 2001, p.172.
39. José Luis Gómez-Martínez. Revista Sociedad Latinoamericana con la autorización de su autor. [**Fuente:** José Luis Gómez-Martínez. “La pedagogía liberadora del brasileño Paulo Freire y el hipertexto”. Hispania 86.1 (2003): 9-16]
40. Gaggi, Silvio. From Text to Hypertext. Decentering the Subject in Fiction, Film the Visual Arts, and Electronic Media. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1997.
41. Gómez-Martínez, José Luis. Más allá de la posmodernidad. El discurso antrópico y su praxis en la cultura iberoamericana. Madrid: Mileto, 1999.
42. Gramsci, fundador del Partido Comunista Italiano, 'encontró la fe' antes de morir, en el diario El Mundo.1999.
43. Watson J, Watson's theory of transpersonal caring. En: P.H. Walker & B. Neuman (Eds). Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration (pp 141-184) New York: NLN Press. 1996
44. Sánchez Herrera, B. Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas. Aparentemente sanas. Avances en Enfermería. [Revista on-line], 2008 junio. [acceso 9 de enero de 2009]; 26(1): 65-74. Disponible en: www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_7.pdf
45. Marriner Tomey, A. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier. 2007. p.145-156 y 94

46. Minayo M.C. 1996. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: HUIITEC / ABRASCO
47. Cabral, I. E. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. 1997. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997
48. Cabral, I. E.; Gauthier, J. H. M.; Figueiredo, N. M. A.; Oliveira, I. C.; Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1998. 298p.
49. Cabral, I. E. O método criativo sensível: alternativa da pesquisa na enfermagem. In: Gauthier, J. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.177-203
50. Cabral, I. E. et al. Legislação básica de proteção à infância: uma abordagem para a prática da enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 6, dez. 2002. Suplemento 1, p. 41-52.
51. Minayo, M.C. Pesquisa social. Teoría, método e criatividade. Petrópolis: Vocês, 1994. 80p.
52. Cabral, I. E. O método criativo e sensível na produção do conhecimento de enfermagem
53. Gauthier, J.; Santos, I. Construindo a sócio-poética: pesquisando novos caminhos na construção do conhecimento. Escola Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro. v.3, n.2, out. 1995.
54. Guattari, F. Cadernos de subjetividade. 2 ed. São Paulo. v. 1, n. 1, mar./ago.

1993. Publicação em 1996.

55. Gadotti , M. Um legado de esperança São Paulo: Cortez, 2009. 110p.
56. Gramsci, Fundador del partido comunista italiano, se convirtió antes de morir, en Religión en Libertad.1999
57. Maturana, H.; Varela, F. A árvore do conhecimento. As bases biológicas da compreensão humana. 4. ed. São Paulo: Palas Athena. 2002, 283p
58. Orlandi, E. P. Discurso e leitura. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996. 118p
59. Selltiz C, Wrightsman L, Cook S. Research methods in social relations. New York: Holt Rinehart and Winston. En: Denman, C, Haro, JA, compiladores. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. México: El Colegio de Sonora; 2000. p. 57.
60. Sandelowski M. Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. 1993 ; 16(2):1-8.
61. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico. Caracas: Texto SRL; 1991.
62. Gastaldo D, McKeever P. Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? En: Mercado J, Gastaldo D, Calderón C, compiladores. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. México: Universidad de Guadalajara; 2002. pp. 475-479
63. Christians CG. Ethics and politics in qualitative research. En: Denzin N, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. Londres: Sage; 2000. pp. 133-155.
64. Boff, L. Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra. 5 ed.

Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes. 1999. 199p.

65. Lázaro, D. Nivel de riesgo neonatal en la comunidad de Victor Larco. Trabajo de Habilitación de Ingreso a la Docencia Categoría Auxiliar. Trujillo: U.N.T. 1989.
66. Bowlby, J. (1980). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós, 1984
67. Alfredo Oliva Delgado. Estado Actual de la teoría de apego. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología. Universidad de Sevilla. Avda. San Francisco Javier, s.n., 41005. Sevilla. Universidad de Sevilla.
68. Red Nacional de promoción de la salud de la mujer. Programa nacional de promoción de la mujer 1996 - 2001. Lima, 1996.174p.
69. Waldow, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. 2. ed. São Paulo: Sagra: Luzzatto, 1998. 202p.
70. Capra, F. O ponto de mutação: a ciencia, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1994. 447p.
71. Colectivo de Autores. Educación Alimentaria, Nutricional e Higiene de los Alimentos. Manual de Capacitación. Ministerio de Salud Pública, Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana, Cuba, 2004, p-59; 69.
72. PESA Centroamérica. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria. Proyecto de Educación en Seguridad Alimentaria Nutricional. Tegucigalpa, Honduras. Octubre. 2007. <http://www.pesacentroamerica.org>
73. Ministerio de Salud. El desafío del cambio de milenio: un sector salud con

- equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000. Lima, 1996. 120p
74. FAO. Informe Mundial sobre alimentación escolar. Programa Mundial de Alimentos. Abril del 2003, p-11
75. Viviant, Viviana. La educación alimentaria es básica. (s/f). <http://www.salud.bioetica.org/educalimentaria.htm>
76. Moreno García, David. Cultura Alimentaria. Revista Salud Pública y Nutrición. Vol.4, No.3, julio-septiembre 2003. <http://www.respyn.uanl.mx>
77. XI Encuentro Nacional de Técnicas Gastronómicas. Platos Típicos de la Cocina Pinareña. Filial Provincial. Asociación Culinaria. Dpto. Prov. de Gastronomía, Pinar del Río. 1986.
78. González Rodríguez, Nydia. Memorias del Primer Encuentro Nacional de Experiencias Comunitarias. 1998. Graciela, Bustillos. Selección de Lecturas sobre Trabajo Comunitario. CIE. Asociación de Pedagogos de Cuba. La Habana, Cuba, 2000.
79. Instituto Nacional de estadística. Geografía e Informática. Tasas de mortalidad en la mujer. Perú. 2010
80. Ministerio de Salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Lima, 1997. 120p.
81. Organización Panamericana de la Salud. La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en países de América Latina. Informe de la Reunión. Quito, 1998. 180p.
82. CAIEPI. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

(AIDPI) “ Conversando con las madres”. Bogotá, 1999. 120p

83. Instituto Nacional de Estadística. 2012. Disponible en: infoinei@inei.gob.pe
Disponible en:
<http://censos.inei.gob.pe/cenagro/tabulados/?id=CensosNacionales>

ANEXO 01

Figura 01. Producción artística del árbol en la dinámica del conocimiento



ANEXO 02

Figura 02. Producción de almanaque artístico de las madres



ANEXO 03

Tabla 01. Descripción de los momentos dinámicos

Dinámicas	Días de reuniones y número de participantes	Primer momento	Segundo momento	Tercer momento	Cuarto momento
Primer árbol del conocimiento	Fecha:12/09/14 Hora:3.00pm N° participantes 12	Muestra Organiza relajación (conversación)	Explica la dinámica y lugares de trabajo Colectiva.	Presentación de la producción artística	Análisis colectivo y Síntesis de la temática.
Segundo árbol del conocimiento	Fecha:26/09/14 Hora:3.00pm N° participantes 11	Muestra Organiza relajación (conversación)	Explica la dinámica y lugares de trabajo Colectiva.	Presentación de la producción artística	Análisis colectivo y Síntesis de la temática.
Tercer árbol del conocimiento	Fecha:10/10/14 Hora:3.00pm N° participantes 12	Muestra Organiza relajación (conversación)	Explica la dinámica y lugares de trabajo Colectiva.	Presentación de la producción artística	Análisis colectivo y Síntesis de la temática.
Almanaque	Fecha:24/10/14 Hora:3.00pm N° participantes 12	Muestra Organiza relajación (conversación)	Explica la dinámica y lugares de trabajo Colectiva.	-----	-----
Almanaque	Fecha:31/10/14 Hora:3.00pm N° participantes 12	saluda Organiza relajación (conversación)	-----	Presentación de la producción artística	Análisis colectivo y Síntesis de la temática.

ANEXO 04

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

DINAMICAS

FECHA:

LUGAR:

GRUPO:

TIEMPO DE DURACION:

PREGUNTAS:

¿Cómo se siente usted cuando la enfermera le enseña el cuidado en la alimentación de su niño?

¿Cómo aprendió usted los cuidados del niño en su alimentación?

¿Cómo le enseñaron los cuidados del niño en su alimentación?

ANEXO 05

Tabla 02: Caracterización de las familias participantes de la primera reunión

1ª DINÁMICA	caracterización
<p>Árbol del conocimiento. Fecha: 06/09/14 Número: 12 madres participantes: el investigador. Total: 13</p>	<p>Madre 1: 29ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Su Casa I. Económico: 250.00 Estado Civil : Conviviente</p>
	<p>Madre 2: 33ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación : Su Casa I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 3: 22ª Grado de instrucción : S. Incompleta Ocupación: Su Casa I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 4: 28ª Grado de instrucción :S. Incompleta Ocupación : Su Casa I. Económico: 180.00 Estado Civil: Conviviente</p>
	<p>Madre 5: 23ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación: Vendedora I. Económico:230.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 6: 32ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Vendedora I. Económico:250.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 7: 31ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: T. De Junco I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 8: 32ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Vendedora I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 9: 25ª Grado de instrucción: S. Incompleto Ocupación: Vendedora I. Económico: 250.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 10: 30ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación: Su Casa I. Económico: 210.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 11: 24ª Grado de instrucción: S. Completa Ocupación: Su Casa I. Económico:</p>

	250.00 Estado Civil: Conviviente
	MADRE 12: 27ª Grado de instrucción: S. Completa Ocupación: Madre Guía I. Económico: 200.00 Estado Civil : Madre Soltera

ANEXO 06

Tabla 03. Caracterización de las familias participantes de la segunda reunión

2° DINAMICA	
Árbol del conocimiento. Fecha: 20/09/14 Número: 11 madres participantes: el investigador. Total: 12	Madre 1: 29ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Su Casa I. Económico: 250.00 Estado Civil : Conviviente
	Madre 2: 33ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación : Su Casa I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera
	Madre 3: 22ª Grado de instrucción : S. Incompleta Ocupación: Su Casa I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera
	Madre 4: 28ª Grado de instrucción :S. Incompleta Ocupación : Su Casa I. Económico: 180.00 Estado Civil: Conviviente
	Madre 5: 23ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación: Vendedora I. Económico:230.00 Estado Civil: Madre Soltera
	Madre 6: 7: 32ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Vendedora I. Económico:250.00 Estado Civil: Madre Soltera
	Madre 7: 31ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: T. De Junco I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera
	Madre 8: 28ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación: Casa I. Económico:200.00 Estado Civil: Madre Soltera
	Madre 9: 26ª Grado de instrucción: S. Completa Ocupación: Vendedora I. Económico:220.00 Estado Civil: Conviviente
	Madre 10: 33ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación: Casa I. Económico:200.00 Estado Civil: Madre Soltera
	Madre 11: 30ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Vendedora I. Económico:230.00 Estado Civil: Conviviente

ANEXO 07



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO

**LA EDUCACION DIALOGICA CON LA MADRE DEL NIÑO CON
PROBLEMAS NUTRICIONALES, CHIMBOTE-PERU**

Yo,.....

Acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de participar en las fechas que me proponen.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

.....

ANEXO 08

Tabla 04. Caracterización de las familias participantes de la tercera reunión.



3° DINAMICA	
<p>Árbol del conocimiento. Fecha: 20/09/14 Número: 12 madres participantes: el investigador. Total: 13</p>	<p>Madre 1: 29ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Su Casa I. Económico: 250.00 Estado Civil : Conviviente</p>
	<p>Madre 2: 33ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación : Su Casa I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 3: 22ª Grado de instrucción : S. Incompleta Ocupación: Su Casa I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 4: 28ª Grado de instrucción :S. Incompleta Ocupación : Su Casa I. Económico: 180.00 Estado Civil: Conviviente</p>
	<p>Madre 5: 23ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación: Vendedora I. Económico:230.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 6: 32ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Vendedora I. Económico:250.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 7: 31ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: T. De Junco I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 8: 32ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Vendedora I. Económico: 200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 9: 25ª Grado de instrucción: S. Incompleto Ocupación: Vendedora I. Económico: 250.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 10: 33ª Grado de instrucción: S. Incompleta Ocupación: Casa I. Económico:200.00 Estado Civil: Madre Soltera</p>
	<p>Madre 11: 30ª Grado de instrucción: Primaria Ocupación: Vendedora I. Económico:230.00 Estado Civil: Conviviente</p>

ANEXO 10

Figura 06

POBLACIÓN	10 DE SETIEMBRE	SAN MIGUEL	FRATERNIDAD
LOS NIÑOS MAYORES DE SEIS MESES Y MENORES DE DOS AÑOS	Cuenta con 35 niños	Cuenta con 55 niños	Cuenta con 48 niños
ZONA	Urbano marginal	Urbano marginal	Urbano marginal
PERFIL ECONÓMICO	Presenta una economía baja	Presenta una economía baja	Presenta una economía baja
SALUD	Se encuentra el Puesto de salud Santa Anna	Se encuentra el Puesto de salud Santa Ana	Se encuentra el Puesto de salud Santa Ana
EDUCACIÓN	Secundaria incompleta	Primaria	Primaria
INTRA Y EXTRA AGUA A CASA	Cuenta con Agua, desagüe y luz	Cuenta con luz y parcialmente con agua , hay piletas y juntan de los vecinos	Cuenta con luz y parcialmente con agua , hay piletas y juntan de los vecinos
LA RECOLECCIÓN DE BASURA	Cuenta esporádicamente con el carro basurero de la municipalidad de Chimbote	Cuenta esporádicamente con el carro basurero de la municipalidad de Chimbote	Cuenta esporádicamente con el carro basurero de la municipalidad de Chimbote
CALLES PAVIMENTADAS	Cuentan con veredas y sin asfaltados	Sin veredas y sin asfaltados	Sin veredas y sin asfaltados
TRANSPORTE PÚBLICO	La zona cuenta con transporte público de automóviles (Colectivos) y moto taxis	La zona cuenta con transporte público de automóviles (Colectivos), moto taxis y motos lineales	La zona cuenta con transporte público de automóviles (Colectivos), moto taxis y motos lineales
POLICÍA	La zona es resguardada esporádicamente por patrulleros de la policía nacional y el serenazgo de Chimbote (seguridad ciudadana)	La zona es resguardada esporádicamente por el serenazgo de Chimbote (seguridad ciudadana)	La zona es resguardada esporádicamente por el serenazgo de Chimbote (seguridad ciudadana)
CENTROS RELIGIOSOS	Católica	Católica	Católica


ANEXO 11


<p>II. Sentimientos con respecto al cuidado del niño: (Sentimientos encontrados)</p> <p>1. Problemática:</p> <p>RAIZ: (biológica y social): Alimentación. Afecto, amor, paciencia, cariño, tiempo.</p> <p>TRONCO:(biológico-social) Afecto, amor, cuidado especial, tengo paciencia para alimentarlo, lo llevo a su control</p> <p>COPA:(social) Niño saludable, bien nutrido, no se enferma, no anémico.</p>	
<p>¿Qué siente usted cuando le enseña la enfermera, en cuanto a la alimentación de su niño?</p> <p>Las madres de los niños mayores de 6 meses y menores de 2 años, al recibir las enseñanzas u orientaciones de las enfermeras manifiestan sentimientos de felicidad y a la vez de tristeza porque ellas refieren no tener tiempo para el cuidado de su niño, así mismo manifestaron que están aprendiendo más de lo que conocen, aplicando y enseñando a otras madres de lo que aprendieron.</p>	


En la Fig 7. Las participantes organizaron sus respuestas a partir de la pregunta ¿Qué siente usted cuando le enseña la enfermera en cuanto a la alimentación de su niño?.; Sentimientos con respecto al cuidado del niño: (Sentimientos encontrados) y enfatizando con figuras y textos, que los sentimientos de felicidad y a la vez de tristeza.


ANEXO 12

Figura 8

<p>CATEGORIA 2</p>	<p>Estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos nutritivos en el niño.</p>
	<p>¿Cómo le enseñó la enfermera los cuidados del niño en su alimentación?</p> <p><i>En la consulta de mi niño, en charlas educativas. En una charla con alimentos demostrativos, en el cuna más cuando van las enfermeras. Cuando voy al control del niño sano, cuando dan charlas y en mi casa cuando van, también me enseñaron en el comedor ya que también van a dar charla. Me explican con láminas, en el control, en el cuna más en las charlas con alimentos, en mi casa.</i></p>


<p>CATEGORIA 2</p>	<p>Estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos nutritivos en el niño.</p>
	<p>¿Cómo le enseñó la enfermera los cuidados del niño en su alimentación?</p> <p><i>En el control de mi niño, en las charlas que dan en las comunidades en una sesión demostrativa en el comedor cuando van las enfermeras. En el control del niño, en las charlas que dan en la posta, en el comedor con alimentos. Con láminas. En el control que me explico la enfermera, en la misma posta dan sesiones demostrativas con alimentos, van a mi casa y me explican hay también. Preparando alimentos en platos nutritivos, en folletos.</i></p>

<p style="text-align: center;">CATEGORIA 2</p>	<p>Estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos nutritivos en el niño.</p>
	<p>¿Cómo le enseñó la enfermera los cuidados del niño en su alimentación?</p> <p><i>Las enfermeras me explican cuando atienden a mi niño en las charlas que escucho, también me invitan cuando hay en las tardes con demostración de alimentos que debo darle a mi niño.</i></p> <p><i>Cuando voy al control del niño, cuando paso control me explican, me enseñan con unas láminas los alimentos. Con alimentos en vivo.</i></p> <p><i>Cuando voy al control, también cuando voy al mercado, escucho en la radio, cuando voy a las demostraciones con alimentos en la posta.</i></p>


<p style="text-align: center;">CATEGORIA 2</p>	<p>Estrategias de la enfermera para enseñar en la preparación de alimentos nutritivos en el niño.</p>
	<p>¿Cómo le enseñó la enfermera los cuidados del niño en su alimentación?</p> <p><i>Cuando van a mi casa y me explican con unas láminas, me orientan como dar los alimentos y cuando voy a la posta. En videos que ponen en las charlas.</i></p> <p><i>Cuando me explican, cuando llevo al control a mi hijo, cuando escucho las charlas que dan y cuando me visitan. En grupos con las madres con alimentos cocinados.</i></p>

ANEXO 13

ALIMENTOS NUTRITIVOS

<p>CATEGORIA 3</p>	<p>Aprendiendo a preparar los alimentos nutritivos para el niño</p>
	<p><i>¿Cuáles son los alimentos nutritivos en el niño?</i> <i>Debo de darle todos los días una víscera o sea hígado, bazo, sangrecita.</i> <i>sus alimentos de 3 a 5 veces al día, el bazo, la sangrecita todos los días.</i> <i>que el pescado tiene hierro y especialmente la parte negrita,</i></p>

CONSERVACIÓN PREPARACIÓN E HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

<p>CATEGORIA 3</p>	<p>Aprendiendo a preparar los alimentos nutritivos para el niño</p>
	<p><i>¿Cómo conserva, prepara y lava los alimentos?</i> <i>lavarme las manos</i> <i>no debo de toser</i> <i>debo de preparar los alimentos, al momento de consumirlos</i> <i>que las verduras que si se cortan no se puede lavar ya que pierden sus nutrientes que alimentan a mi niño</i></p>

