

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERIA

**CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES
MULTIPARAS FRENTE AL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO, EN EL
BARRIO DE ATUCUCHO, AGOSTO-DICIEMBRE 2013**

**DISERTACION DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Elaborado por:

ERIKA MARCELA PEÑAFIEL MEJIA

Quito, FEBRERO 2014

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo cualitativo, explicativo y descriptivo en donde el objeto de estudio fueron las percepciones de las madres entorno al cuidado de sus hijos. El objetivo de este trabajo de investigación fue analizar las creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al cuidado del recién nacido del barrio de Atucucho.

Para la obtención de la información se utilizó como técnica el grupo focal y como instrumento la guía para el desarrollo del mismo, que fue validado mediante una prueba piloto realizado en el Subcentro de Salud de Pacto con el fin de evaluar y reestructurar las preguntas que posteriormente fueron aplicadas en el barrio de Atucucho.

Las creencias son ideas generales que funcionan como principios que guían a las personas en la vida diaria, es algo que se respeta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad, por otro lado las actitudes reflejan el actuar de las personas y el comportamiento frente a los hechos, mientras que las prácticas son acciones que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos que son adquiridos durante el tiempo y pueden ser empleadas en el momento que la personas crea necesario.

El cuidado del recién nacido debe fundamentarse en mantener su bienestar físico, biológico y emocional, satisfaciendo las necesidades propias de su edad, mediante la instauración de cuidados apropiados que le proporcione alimentación, calor, limpieza y una posición cómoda, contribuyendo de tal manera a su protección física como a su ajuste emocional.

Palabras claves: creencias, actitudes, prácticas, recién nacido, cuidado.

ABSTRACT

This investigation is a qualitative, explicative and descriptive research whose objective was the perception of the mothers with the care of their new born babies. The aim of this research work was to analyze the beliefs, attitudes and practices with new born by the mothers, with more than one birth, in Atucucho neighborhood.

In order to have the following information the focal group technique was used and the guide as an instrument for the development of the investigation was applied too. It was validated through a test in the health care in order to evaluate and restructure the questions that were applied previously in Atucucho neighborhood.

The beliefs are general ideas that work as principals and are guided by people in the daily life. It is represented as the true. On the other hand, the attitudes are how people behave with real facts while the practices are actions applied with the knowledge that are acquired by the time and they can be used whenever needed.

The newborn care must be focused on their physic, biologic and emotional well being of in accordance with their needs of their age, feeding, warm, cleaning and a comfortable care. The physic condition must be provided as well as their emotion condition.

Clue words: believes, attitudes, practices, new born, and care.

DEDICATORIA

*A **Dios** por darme la vida y la maravillosa familia que tengo, quién además supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas e inteligencia para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la fe ni desfallecer en el intento.*

*A mis padres **Alfonso y Gloria** quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles e hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, a Ellos dedico cada día de esfuerzo para lograr lo que hoy día soy, y lo que tengo.*

*A mi esposo **Daniel** por su paciencia y comprensión, quien prefirió sacrificar su tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío, gracias por tu infinito amor, el cual me inspira ser mejor para ti, a Él dedico cada sacrificio, esfuerzos y las alegrías más significativas de mi vida.*

*A mi hijo, **Alejandro**, por quien cada día tiene sentido, el testigo silencioso de mis luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, a Él dedico mi esperanza, mi alegría, mi vida y la culminación de este trabajo y lo que representa.*

*A mi hermano **Oscar** por su amistad, su cariño y su entusiasmo, que me dio coraje para seguir de pie en este camino, a Él dedico la lucha imparable y el cumplimiento de mis sueños.*

*A mi hermana **Diana**, quien ha sido un ángel en mi vida, el apoyo incondicional, el consejo sabio y oportuno, a Ella dedico mi cariño, mi fe y mi agradecimiento.*

*A mis **maestros** por enseñarme amar mi carrera y todo lo que dentro de ella comprende mediante sus consejos y su sabiduría, a Ellos les dedico mi crecimiento personal y profesional.*

*A mis **amigas**, por su incondicional amistad y los momentos maravillosos compartidos en las aulas, que hacían más llevadera la rutina, a Ellas les dedico las alegrías y retos compartidos durante nuestra vida universitaria.*

AGRADECIMIENTO

Quisiera que estas líneas sirvan para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento, a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

En primer lugar a Dios por darme la vida, la salud y las fuerzas necesarias para continuar con en el cumplimiento de mis sueños, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en los momentos difíciles.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Facultad de Enfermería, que desde el principio me abrieron las puertas, para que pudiera iniciar mi formación estudiantil, y de la misma manera que me brindó todas las herramientas para poder culminar con éxito dándome la sabiduría e inteligencia para enfrentar los retos de la vida.

Un especial agradecimiento la persona que me apoyo incondicionalmente, me brindó su tiempo, sus conocimientos y su amistad, mi director de tesis, el Licenciado Christian Juna, con quien hoy estoy en deuda por el ánimo infundido y la confianza depositada en mi, que hacen que hoy un sueño que parecía lejano se convierta en realidad.

De la misma manera a las Licenciadas Erika Guerra y Mónica López, lectoras de la presente disertación, por su paciencia, tiempo, consejos y oportunas sugerencias que me iluminaron en la realización de este trabajo de investigación.

A mis amigos y familiares por su apoyo, preocupación y cariño a lo largo de mi vida personal y profesional.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Justificación.....	6
1.3 Objetivos.....	9
1.3.1 General.....	9
1.3.2 Específicos.....	9
1.4 MARCO METODOLÓGICO.....	10
1.4.1 Enfoque, Tipo, Nivel de investigación.....	10
1.4.2 Operacionalización de variables (ver anexo 1).....	10
1.4.3 Característica de la población.....	11
1.4.3.1 Lugar de estudio.....	11
1.4.3.2 Población.....	11
1.4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	12
1.4.4.1 Instrumento de recolección de datos.....	13
1.4.4.2 Desarrollo del grupo focal.....	13
1.4.4.3 Fuentes de información.....	14
1.4.4.4 Plan de análisis de información: análisis cualitativo del discurso....	14
1.4.4.5 Procesamiento de la información.....	15
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO	
2.1 Características generales del recién nacido.....	19
2.1.1 Aspecto general y piel.....	20
2.1.2 Cabeza.....	20
2.1.3 Tórax.....	21
2.1.4 Abdomen.....	21
2.1.5 Extremidades.....	22
2.1.6 Genitales.....	22
2.1.7 Deposición y diuresis.....	23
2.2 Mortalidad infantil en el Ecuador.....	24
2.3 Cuidados generales del recién nacido.....	27
2.3.1 Alimentación del recién nacido.....	28

2.3.1.1 Lactancia materna.....	28
2.3.1.2 Situación de la lactancia materna en el ecuador.....	31
2.3.2 Higiene del recién nacido	33
2.3.2.1 Baño del recién nacido.....	33
2.3.2.2 Cuidado del cordón umbilical.....	35
2.3.2.3 Limpieza de cavidades en el recién nacido	36
2.4 Creencias, actitudes y prácticas.....	38
2.4.1 Influencias culturales en la atención sanitaria.....	41
2.5 Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural-MAIS.....	43
2.5.1 Objetivo del modelo de atención MAIS.....	44
2.5.2 Propósito del modelo de atención integral de salud familiar.....	45
2.5.3 Principios.....	45
2.5.4 Ámbitos.....	46
2.5.5 Enfoques de la atención.....	48

CAPITULO 3: ANALISIS Y PRESENTACION DE DATOS.

3.1 Comunidad de Atucucho.....	49
3.1.1 Nombre.....	49
3.1.2 Ubicación geográfica.....	49
3.1.3 Reseña histórica.....	50
3.1.4 Características demográficas.....	50
3.1.5 Servicios comunitarios.....	51
3.2 Análisis del discurso.....	54
3.2.1 Presentación inicial.....	54
3.2.2 Modalidad de la reunión.....	54
3.2.3 Aproximación a la temática sobre preguntas relacionadas con la salud y cuidados generales al recién nacido.....	55
3.2.4 Nivel de conocimiento y acceso a la información.....	55
3.2.5 Selección de las participantes.....	56
3.2.6 Resultados.....	57
3.2.6.1 Interpretación de los datos.....	57
3.2.6.1.1. Factores socioeconómicos: caracterización de la población.....	57
3.2.6.1.2 Salud.....	62
3.2.6.1.3 Lactancia materna.....	63
3.2.6.1.4 Higiene del recién nacido.....	64
3.2.6.1.5 Controles médicos.....	65
Conclusiones.....	68
Recomendaciones.....	70
Bibliografía.....	71
Anexos.....	77

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Tasa de Mortalidad Infantil en el Ecuador (muertes/1000 nacimientos normales).....	26
Grafico 2. Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por edades (Grupo Focal).....	57
Grafico 3. Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por estado civil (Grupo Focal).....	58
Grafico 4. Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por ocupación (Grupo Focal).....	59
Grafico 5. Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por número de hijos (Grupo Focal).....	60
Grafico 6. Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por Nivel de Instrucción (Grupo Focal).....	61

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales Causas de Mortalidad Infantil en el Ecuador 2011.....	25
Tabla 2. Tasa de Mortalidad Infantil 2012 por año.....	27
Tabla 3. Población de Atucucho por edad y sexo.....	51
Tabla 4. Composición de los Grupos Focales en la Comunidad de Atucucho.....	56

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración N 1. Limpieza del Cordón Umbilical.....	22
Ilustración N 2. Modelo De Atención Integral de Salud-MAIS.....	44
Ilustración N 3. Modelo de Atención de Salud: Sistema de Salud.....	47

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.	Operacionalización de las variables.....	77
ANEXO 2.	Prueba pilotaje a realizarse en la comunidad de pacto: planificación del grupo focal.....	84
ANEXO 3.	Informe de la prueba piloto realizada en el Subcentro de salud de pacto.....	86
ANEXO 4.	Planificación del grupo focal a realizarse en la comunidad de Atucucho.....	89
ANEXO 5.	Guía para el desarrollo del grupo focal (papel del moderador).....	91
ANEXO 6.	Papel del observador: preguntas orientadoras.....	94
ANEXO 7.	Transcripción de la reunión.....	97
ANEXO 8.	Consentimiento informado.....	108
ANEXO 9.	Plan de trabajo.....	110
ANEXO 10	fotografías del grupo focal.....	111

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud 1948, define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; convirtiéndose en un derecho de todas las personas, en especial de las más vulnerables de la sociedad como son los niños y ancianos, ya que están más expuestos a enfermedades y a las complicaciones que estas conllevan.

Cuidar es una actividad que tiene un componente no profesional asumido la mayoría de veces por familiares, amigos o personas contratadas, las cuales están orientadas a satisfacer las necesidades físicas, biológicas y emocionales de una persona. El nacimiento de un niño, es un cambio obligatorio de ambiente, en donde todo recién nacido tiene que pasar por un proceso de transición para subsistir y adaptarse a la vida extrauterina, mientras que las personas que están a su cuidado son los responsables de proporcionarle calor, alimentación, abrigo y comodidad, y así disminuir el trauma que sufre el niño al cambiar de entorno.

La atención al neonato es un excelente indicador de la calidad y capacidad técnica de la atención de salud de un país, que se refieren a parámetros de salud como accesibilidad, disponibilidad o calidad, los cuales se ponen a prueba cuando un recién nacido requiere de atención médica urgente. Para promover la salud del recién nacido es importante reconocer la dimensión cultural, en la cual hay amenazas y oportunidades, las mismas que deben ser evaluadas para brindar una atención oportuna, eficaz y efectiva, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad infantil en el Ecuador, que en el 2010 se ubicó en 19,06 muertes por cada 1000 nacidos vivos según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Según un dato publicado por la OMS, la mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia, la gran mayoría de los fallecimientos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud.

Reconociendo al Ecuador como un país, multicultural, pluricultural y multiétnico, las creencias, actitudes y prácticas forman parte de la identidad cultural de los ecuatorianos, siendo practicadas por la mayoría de la población, como una alternativa a ciertas enfermedades que la medicina moderna no puede curar.

La medicina popular es practicada en todas las regiones del país, las personas mayores son las encargadas de transmitir esos conocimientos a sus hijos, las mismas que están en la capacidad de “curar” mediante la utilización de plantas medicinales, y la invocación a las fuerzas internas y externas del cuerpo, para sacar los malos espíritus del cuerpo enfermo y que la persona recupere su bienestar.

Un sin número de creencias existen en torno al cuidado del recién nacido, las cuales han sido practicadas por décadas y no existen estudios científicos que mencionen que dichas prácticas son perjudiciales para la salud del niño. Sin embargo con el transcurso de los años y el avance científico y tecnológico en el sector de la salud, esas creencias populares han perdido fuerza y cada día son menos practicadas por la población, pese a que el estado garantiza el respeto a dichas prácticas ancestrales e intenta rescatarlas mediante políticas de inclusión.

CAPITULO I: ASPECTOS BASICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Según un dato publicado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en el 2010, de 29.000 niños y niñas menores de cinco años, veinte y uno de ellos mueren por minuto, especialmente por causas que pueden evitarse, representando así un problema de salud pública a nivel mundial, lo que sugiere realizar trabajos investigativos sobre el manejo y cuidados de las madres a sus hijos para conocer las causas, efectos y de esta manera trabajar en pro de la salud mundial de los niños y niñas, haciendo mayor énfasis en el cuarto objetivo del milenio para el 2015 que se orienta a reducir la mortalidad en la infancia en dos terceras partes.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia es una organización que trabaja en pro de la salud de los niños, y que busca mejorar las prácticas de atención familiar, especialmente en los países en desarrollo, debido a que aproximadamente el 80% de la atención de la salud¹ se presta en el hogar, y la mayoría de los niños y niñas que mueren lo hacen en casa, sin que los examine un trabajador de la salud, además tomando en cuenta que muchas madres no brindan una alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida como lo recomienda la organización mundial de la salud, y que al menos la mitad de las muertes infantiles podrían evitarse mejorando la atención familiar y comunitaria.

A nivel mundial la tasa de mortalidad infantil arrojó la cifra de 49,4 muertes por cada 1000 niños menores de cinco años, según las Naciones Unidad en el 2010, cuya causa principal fue la desnutrición, lo que representa uno de los principales problemas de Salud Pública, por

¹ La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que

los efectos inmediatos en la vida de los niños, así como por las consecuencias futuras que se verán reflejadas en la calidad de vida en la edad adulta.

Según un artículo publicado por una enfermera de la Universidad de Veracruz en el 2009, señala que el aumento en la tasa de mortalidad infantil posiblemente se encuentra relacionado con las prácticas hogareñas y tradicionales de cuidado de la madre al recién nacido, que es común en algunas culturas a pesar de que el modelo médico señale que la atención inmediata y oportuna ante cualquier señal de peligro en la salud del recién nacido prevendría complicaciones posteriores.

En los años cincuenta se formuló el Modelo de Creencias de Salud, por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum (1958, citado en Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) considerado como el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos individuales con efectos en la salud, en el cual se propuso explicar y predecir el comportamiento preventivo de ciertas creencias que tienen las personas con la intención de encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter social especialmente relacionado con la educación en salud, como un intento de comprender porque se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas, como chequeos médicos con el fin de detectar tempranamente muchas enfermedades.

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, ha implementado cambios estructurales en el sector de la Salud, estableciendo políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de la vida de toda la población, y replanteándose nuevos desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad-el entorno, permitiendo la integridad en los niveles de atención en la red de salud. (Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, 2012, pág. 53)

Las creencias, actitudes y prácticas forman parte de la identidad cultural de los ecuatorianos, siendo practicadas por la mayoría de la población, especialmente mestiza que está representada por el 79,1% de los ecuatorianos según el último Censo de Población y Vivienda del 2010, las cuales tienden a estar arraigadas y están influenciadas por los

contextos desde la cosmovisión², lengua, religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), política (o ley), educación, economía, tecnología y entorno de una cultura en particular.

Durante experiencias pre profesionales en hospitales públicos como la Maternidad Isidro Ayora, Hospital Enrique Garcés y en el área comunitaria como en las poblaciones de Romerillos y comunidades urbano marginales de la ciudad de Quito, se ha observado la percepción y actitudes de las madres en relación a las creencias, actitudes y prácticas que aplican a sus hijos para su cuidado, higiene, protección, alimentación y crecimiento como por ejemplo el uso de plantas medicinales para aliviar ciertas molestias como cólicos, irritaciones de la piel o relajación del cuerpo, durante sus primeros días de vida y para las cuales no existe una evidencia científica o estudios avanzados que afirmen o rechacen la influencia de estas prácticas sobre la salud de los niños.

² Manera de ver e interpretar el mundo y que permiten analizar y reconocer la realidad a partir de la propia existencia.

1.2 Justificación

El nacimiento de un niño es un cambio obligatorio de ambiente, del intrauterino al extrauterino en el cual se enfrentará a modificaciones dinámicas que ocurren en una transición rápida, acompañada de ajustes fisiológicos que ayuda a la madre a diferenciar los signos de enfermedad respecto de lo normal.

Cuidar es una actividad que tiene un componente no profesional muchas de las veces asumido por familiares, amigos o personas contratadas; este desplazamiento del cuidado más que técnico se convierte en afectivo. Todo recién nacido sano o enfermo, maduro o inmaduro, tiene que pasar por un proceso de transición para subsistir y adaptarse a la vida extrauterina, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad que en este período se hace necesaria la detección precoz de los recién nacidos potencialmente en riesgo durante este momento de la vida.

Sólo una vez que los cambios funcionales y de reorganización evolucionan en forma satisfactoria, el recién nacido está en condiciones de seguir adelante con su cometido principal de crecer y desarrollarse.

El cuidado que se da al recién nacido dentro del hogar es fundamental, ya que depende de este la influencia negativa o positiva en su vida futura, además tomando en cuenta que la cultura se inclina a ciertas prácticas hogareñas como herencia familiar, basándose principalmente en creencias de salud, valores y prácticas.

El conocer las creencias, actitudes y prácticas permite identificar las diferentes tradiciones de la comunidad y compararlas con el avance técnico científico al establecer un puente de comunicación entre los cuidados propios que tienen las personas y el conocimiento técnico científico que se tiene a través del cuidado en el hogar.

Para promover la salud del recién nacido, es importante reconocer la dimensión cultural, en la cual hay oportunidades y amenazas; las primeras se pueden preservar, así como es posible negociar o reestructurar las últimas, dándole sentido a las costumbres, los valores y los mitos que se asocian con el cuidado del recién nacido, permitiendo ofrecer acciones de cuidado sensitivo con la cultura a la que pertenecen cada círculo familiar.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) ha estructurado el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural cuyo propósito es:

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano. (MSP, 2012, pag48)

Además de conocer a fondo el desarrollo del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural y a sus actores, este presente trabajo investigativo tendrá un impacto multiplicador, ya que brindará información importante sobre las creencias y costumbres de madres que viven en zonas urbanas marginales las mismas que representan la interculturalidad del Ecuador.

Por otra parte los beneficiarios de la presente investigación se encuentra el barrio de Atucucho, que conocerán una percepción diferente de la salud basado en creencias y costumbres en el cuidado de la salud de los niños y también se beneficiarían las madres y los recién nacidos ya que crearán un vínculo de confianza con los proveedores de salud al promover y combinar el cuidado cultural y en científico para el bienestar de los niños.

Por ello es necesario la realización de este tema de investigación, ya que las estudiantes formadas en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador poseen un fuerte componente comunitario como parte de su formación estudiantil lo que les permite involucrarse aún más con los modos de vida y cultura de las madres habitantes en el barrio de Atucucho y a la vez encaminarse a brindar una atención integral, oportuna y eficaz para brindar la oportunidad de rescatar las prácticas ancestrales³ que con el peso de la tecnología se han desvanecido durante los últimos años, y también significaría la oportunidad de aportar información sobre la perspectiva cultural de las creencias, actitudes y prácticas en el manejo del recién nacido ofreciendo un contenido teórico y empírico⁴ para interpretar lo observado y percibido de las personas, además que permita implementar programas de cuidado para toda la población con un enfoque cultural.

³ De origen remoto o muy antiguo.

⁴ Está basado en la experiencia y en la observación de los hechos

Para el presente trabajo investigativo se eligió el barrio de Atucucho conjuntamente con la Corporación de salud del mismo, ya que en esta área de salud no existen investigaciones anteriores que relacionen las costumbres y creencias a la influencia de la salud de los niños, también por ser una población que se originó de la organización de sus dirigentes hace 25 años y recientemente fue reconocida legalmente por el Ministerio de Salud en el año 2003.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Analizar las creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al cuidado del recién nacido del barrio de Atucucho.

1.3.2 Específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población de las madres multíparas que participan en el estudio
2. Describir las creencias del manejo del recién nacido de madres multíparas del barrio de Atucucho
3. Determinar las creencias, actitudes y prácticas que benefician o perjudican la salud del recién nacido.

1.4 MARCO METODOLÓGICO

1.4.1 Enfoque, tipo, nivel de investigación.

El enfoque de estudio a realizarse para esta investigación es de tipo cualitativo,⁵ porque se recolectarán las percepciones de las madres multíparas en el cuidado de sus hijos, y será observacional ya que permitirá identificar las diferentes creencias, actitudes y prácticas, mediante la descripción de prácticas, técnicas y actividades que aplican las madres en relación a la alimentación, higiene, vestimenta y en general a la salud del recién nacido, por lo que este trabajo no se limitará a la recolección de datos sino a explicar si estas creencias, actitudes y prácticas son adecuadas para el cuidado del recién nacido.

El método a utilizarse para esta investigación será de corte transversal porque los datos van a ser recolectados en un determinado momento del tiempo de Agosto-Diciembre 2013, en el barrio de Atucucho ubicada en el noroccidente de la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha.

El nivel de investigación a utilizarse será explicativo, descriptivo y analítico debido a que buscará describir la causa que origina el comportamiento de las madres y relacionarlo con alguna base teórica científica.

1.4.2 Operacionalización de variables (VER ANEXO 1)

⁵ El estudio cualitativo es una metodología de investigación que requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y que busca como fin explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento

1.4.3 Característica de la Población

1.4.3.1 Lugar de estudio

El lugar donde se realizó el estudio es en el “La Corporación de Salud de Atucucho”, sector urbano marginal ubicado en el noroccidente de la ciudad de Quito.

Atucucho de acuerdo al sistema de regionalización de salud pertenece al área de salud N° 10, siendo así accesible para toda la población.

Presta servicio de medicina general, medicina general, pediatría, medicina interna, ginecología y obstetricia, odontología, servicios de vacunación, botiquín con medicamentos básicos, laboratorio, servicio de electrocardiogramas, servicio de ecosonografías, y servicio de nebulizaciones

1.4.3.2 Población

En este trabajo investigativo no existe población diana, ya que la selección de la misma se realizará al azar debido a que la técnica a utilizarse es un grupo focal y no permite dar un número exacto de habitantes, ya que se aplicará a grupos pequeños de madres correspondientes al barrio de Atucucho (dos grupos de siete madres multíparas), localizada en la ladera oriental del Pichincha al noroccidente de la ciudad de Quito, la población accesible serán las madre multíparas que asistan a la centro de salud del barrio de Atucucho y para determinar la población elegible se tomarán en cuenta los siguientes criterios de exclusión e inclusión:

Criterios de inclusión

- a. Madres que asistan a la consulta médica del barrio de Atucucho.
- b. Madres que oscilen entre los 14 y 45 años de edad.
- c. Madres multíparas.
- d. No tener relaciones de parentesco entre las participantes.
- e. No haber participado anteriormente en grupos focales.
- f. No trabajar en instituciones vinculadas con la salud.

Criterios de exclusión

- a. Madre nulíparas.
- b. Madres primíparas.
- c. Madres con alguna deficiencia mental.
- d. Madres menores de 14 años y mayores de 45 años.

Además, se realizó previamente una prueba piloto, aplicando la técnica del grupo focal en la parroquia de Pacto, en el Subcentro Rural Pacto, área de Salud N18, con madres pertenecientes al mismo, con el objetivo de realizar una reevaluación y reestructuración de las preguntas planificadas destinadas a realizarse con la población de madres del barrio de Atucucho. (VER ANEXO 2)

1.4.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó es el grupo focal⁶ con las madres multíparas pertenecientes al barrio de Atucucho, para la obtener las distintas percepciones de las madres acerca de creencias, actitudes y prácticas en el manejo del recién nacido. Además que los grupos conformados para el desarrollo de esta técnica fueron de siete personas que acudieron a la consulto en la Corporación de Atucucho, la cuales con un modalidad de entrevista grupal abierta pudieron expresar su experiencia personal y familiar en el cuidado que brindan a sus hijos.

1.4.4.1 Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó fue una guía de grupo focal, para la obtención de información predictiva, ideológica y retórica mediante la formulación máxima de diez preguntas que se ajustaron acorde a la necesidad en el trascurso del desarrollo de los grupos focales, el cual tuvo una duración de 30 minutos.

⁶ técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación

La guía para el desarrollo del grupo focal constó de diez preguntas, las cuales fueron claras y amplias, de tal manera que se logro llevar la discusión de lo general a lo específico, y así obtener resultados factibles para el desarrollo de esta investigación.(VER ANEXO 5)

1.4.4.2 Desarrollo del Grupo Focal

La reunión se inicio con la bienvenida por parte del moderador, el cual indicó al grupo la actividad que se llevaría a cabo, además de los objetivos y el fin investigativo de los resultados.

Posteriormente, se inició con una pregunta general acerca de la percepción de la salud de las madres, seguidamente con la importancia de la salud en los niños, los factores que podrían beneficiar al bienestar físico del recién nacido, experiencias personales en el cuidado del recién nacido, alimentación, higiene, vestimenta y la visión que tengan de los cuidados brindados como factores que podrían poder desencadenar un peligro en la salud de los mismos.

Para la recolección de datos se capacitó a tres personas, la primera quien cumplió el papel de moderador y dirigió la reunión utilizando la guía de entrevista grupal para mantener el enfoque y el control del grupo el cual cumplió con ciertas características como poseer habilidades comunicacionales, saber escuchar, darse a entender claramente tanto verbal como no verbalmente, saber interpretar conductas comunicacionales, manejo de dinámicas de grupos, control eficiente del tiempo, asertividad.

La segunda persona actuó como relator y anotó las respuestas y observó las reacciones de los participantes, y la tercera persona actuó como observador, quien apoyó al relator anotando las respuestas pero principalmente observando las reacciones y los mensajes encubiertos de los participantes. (VER ANEXO 6)

Es importante mencionar que la persona que llevó a cabo la reunión no fue el investigador principal del trabajo, sino se contó con la colaboración de personas particulares, las mismas que con ética profesional llevaron a cabo el desarrollo de los grupos focales para la recolección de la información y aplicó de manera adecuada las preguntas e interpretaciones simbólicas de los asistentes y de esta manera no hubo sesgos en recolección de la información.

Como apoyo en esta técnica se utilizó equipos de grabación de audio y video, que sustentarán la veracidad de la información obtenida durante la reunión

1.4.4.3 Fuentes de información

En el proceso de la recolección de los datos se utilizó fuentes primarias y secundarias que son las personas que intervinieron contestando las preguntas planteadas en los grupos focales, y el material bibliográfico que se utilizó para sustentar las respuestas obtenidas.

Es importante mencionar que las personas que participaron en los grupos focales, tienen conocimiento de la manipulación que se dará a la información recolectada, y dieron su consentimiento mediante la firma o huella digital para la publicación de los mismos.

1.4.4.4 Plan de Análisis de información: Análisis cualitativo del discurso

El análisis se realizó en base a los resultados obtenidos que tengan mayor concurrencia en los grupos y se compararán con los de menor frecuencia. Se realizó la transcripción total de la actividad, con exactamente las mismas palabras utilizadas por los participantes, esto se realizó de manera inmediata con el fin de que la discusión efectuada este lo más fresca posible. Dicho procedimiento se llevo a cabo escuchando la grabación pregunta por pregunta con el formato sugerido, para buscar tipos de respuestas que indiquen opiniones, las cuales pueden mostrar consenso entre los participantes, valores, prácticas, normas, creencias, sentimientos, prioridades, contradicciones, etc. (VER ANEXO 7)

De la información obtenida del relator, se realizó una primera lectura de las notas para entender la conversación y anotar las impresiones generales. Luego se prosiguió con una segunda lectura que debe realizarse teniendo en cuenta las cuestiones a ser estudiadas y se intentara descubrir las principales opiniones expresadas por los grupos así como su actitud durante la reunión.

1.4.4.5 Procesamiento de la información

Para el procesamiento de información se contó con la ayuda de las personas involucradas en el desarrollo del grupo focal, que son el moderador, relator y observador, quienes aparte de recolectar la información procederán a la tabulación de los datos.

Para la presentación de los hallazgos se realizará descripción y comparación con estudios realizados, que rechacen o apoyen la teoría descritas por las madres en el cuidado del recién nacido.

Finalmente, el análisis de la información será de forma univariable ya que las variables serán analizadas, descritas e interpretadas por separado.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

La reproducción humana es un mecanismo biológico por el cual se perpetúa la especie humana, donde se transmiten los caracteres de la especie de generación en generación, esta reproducción es de tipo sexual, lo que quiere decir que existen dos sexos con características morfológicas y fisiológicas diferentes.

El desarrollo del nuevo individuo se realizan en el interior de órganos especializados de la madre, este proceso de desarrollo de una nueva vida comienza cuando se unen dos células⁷ sexuales, la masculina y la femenina, denominadas genéricamente gametos⁸, y al proceso de unión se le denomina fecundación.

Este fenómeno natural es lo que constituye el embarazo, en donde la mujer albergara a un nuevo ser por aproximadamente 37 a 40 semanas. Este período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo⁹ fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Según el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en el 2007 definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del ovulo en la mujer y que se inicia en el momento de la nidación¹⁰ y termina con el parto.

⁷ Es la unidad morfológica y funcional de todo ser vivo. De hecho, la célula es el elemento de menor tamaño que puede considerarse vivo.

⁸ Célula reproductora propia de los seres vivos con reproducción sexual: en los seres humanos, el gameto masculino es el espermatozoide y el femenino el óvulo

⁹ células sexuales o gametos femeninos. Son células grandes, esféricas e inmóviles. Desde la pubertad, cada 28 días aproximadamente, madura un ovocito en uno de los ovarios y pasa a una de las trompas de falopio, durante el denominado ciclo menstrual, este cuando se fecunda por un espermatozoide se convierte en un óvulo

¹⁰ Es la implantación endometrial del huevo fecundado que ocurre entre 7 y 10 días después de la fecundación.

Cuando el feto se encuentra en su máximo desarrollo, se presenta un fenómeno natural muy importante y a la vez complicado tanto para la madre como para el feto que es el parto, en donde ocurre una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa el producto de la concepción y que se produce cuando el feto tiene la madurez suficiente para afrontar las condiciones extrauterinas, pero no demasiado grande como para ocasionar dificultades mecánicas durante la expulsión.

Un recién nacido en los brazos instala la responsabilidad de cuidar, expresa todo el potencial humano, las expectativas y los desafíos de la crianza, la ignorancia, los aprendizajes, las alegrías y los miedos. La vinculación con ellos es exigente, necesitan paciencia y contacto, sin los cuidados maternos o quienes sustituyan no pueden sobrevivir. (Bustos, G, 2010, pág. 123)

Para poder enfrentar a este fenómeno natural el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Coordinación Nacional de Nutrición 2011, creó un manual de normas, protocolos y consejería para la atención nutricional durante el embarazo y parto, en donde hace énfasis a la Atención Integral del parto mediante la Implementación de Prácticas Integrales del Parto dirigidas al personal de salud principalmente a los protagonistas del parto que son los padres o familiares del recién nacido que, en ejercicio de sus derechos, deben conocer estos protocolos con el fin de verificar su total cumplimiento.

Este protocolo establece 3 prácticas básicas

- a. Pinzamiento oportuno del cordón umbilical¹¹
- b. Apego¹² precoz madre-hijo
- c. Inicio inmediato de la lactancia

Estas prácticas previenen la morbilidad neonatal, al ser practicadas en unidades médicas por profesionales calificados, incluso podrían ser ejecutadas en viviendas, con parteras¹³ capacitadas.

¹¹ Es un cordón que une un embrión en vías de desarrollo o feto a su placenta. Contiene arterias principales y venas (las arterias umbilicales y vena umbilical) para el intercambio de sustancias nutritivas y sangre rica en oxígeno, entre el embrión y la placenta.

¹² Vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección.

¹³ Persona que tiene por oficio asistir a las mujeres en el parto; antiguamente solo ejercían este oficio las mujeres y en la actualidad requiere una titulación.

El objetivo principal de este protocolo es incrementar las capacidades y conocimientos del personal de la salud para la implementación de prácticas integrales al atender un parto y contribuir a:

- a. Mejorar el estado del hierro sérico en RN (prevenir anemia)
- b. Facilitar la tercera etapa del parto.
- c. Asegurar un inicio apropiado de la lactancia materna.
- d. Asegurar el vínculo madre-hijo desde el nacimiento.
- e. Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte en la mujer y en RN

Promover una vida con calidad mediante la adecuada atención intrahospitalaria del parto.

El parto generalmente constituye una serie de eventos físicos y emocionales que atraviesan los padres, como el miedo de una mala atención que genera esta nueva etapa así como el temor de un niño con alguna enfermedad o discapacidad.

Pero luego de culminar con el proceso del parto, el temor se agudiza con mayor fuerza al enfrentarse a la crianza y cuidado que demanda el recién nacido desde su primer día de vida hasta el último.

Este periodo de tiempo que sigue al momento del parto durante el cual los cambios fisiológicos del embarazo, trabajo de parto y parto se resuelven y la mujer retorna al estado pregravídico¹⁴ y en la glándula mamaria se producen una serie de cambios fisiológicos que permiten la lactancia se denomina puerperio. Usualmente este periodo de tiempo es de 6 semanas y cronológicamente se divide en:

- a. Puerperio¹⁵ inmediato: Primeras 24 horas posparto.
- b. Puerperio mediato: desde el segundo hasta el décimo día posparto.
- c. Puerperio tardío: desde el día 11 hasta el día 42 posparto

En el recién nacido la salud constituye uno de los retos más difíciles para los padres, ya que el niño o niña debe acoplarse a la vida fuera del vientre materno, a los cambios

¹⁴ Antes del embarazo

¹⁵ Período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario, para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

ambientales, sociales y físicos de su entorno para poder crecer normalmente una vez que es separado de su madre.

Por lo tanto, desde los primeros días de vida, las condiciones del medio y las experiencias tienen impacto en el desarrollo, conducta y capacidades ulteriores.

Los neonatos llegan al mundo externo con gran potencial de crecimiento en su repertorio emocional, en su desarrollo físico y motor, e intelectual. Aunque la herencia genética impone límites al nivel definitivo de potencial intelectual, el neonato posee una amplia gama de posibles realizaciones, y muchas personas nunca realizan el nivel de función intelectual potencial que tenían en el nacimiento.

Durante la vida intrauterina el feto esta calentito, protegido y seguro en intimidad que le da todo lo que necesita. En el medio intrauterino esta posiblemente a salvo de molestias y recibe todas las cosas esenciales para prepararlo a la difícil tarea de adaptarse a la vida extrauterina.

Desde el punto de vista fisiológico, el niño sano nacido a termino está listo para vivir en el mundo exterior, tiene la capacidad de funcionar independientemente e indicar sus necesidades a otros, sin embargo, el nacimiento es un riesgo, pues un nuevo ser llega a un mundo de nuevas experiencias, la mayor parte de las cuales no son placenteras, por ejemplo la aspiración traqueal, exposición a luces brillantes, el descenso de la temperatura corporal, y la instilación forzada de gotas a los ojos. El recién nacido reacciona con llanto y los movimientos de lucha. El cuidado intimo y constante invariablemente disminuye esta tensión. (Waechter. E, 1978, pág. 128)

La mayoría de madres dan estímulo táctil acariciando y mimando a sus pequeños, cuando estos expresan su desason. las madres que están enfermas, incapaces de responder a sus pequeños o inhibidas, ya sean por los reglamentos del hospital o por ideas preconcebidas sobre la disciplina inicial, tiene mayor probabilidad de reducir la tensión de sus hijos y proporcionar su estado de quietud.

2.1 Características Generales del Recién Nacido

El período de recién nacido desde el parto hasta la caída del cordón umbilical o desde el parto hasta los 28 días después, sufrirá transformaciones evidentes en su apariencia física, tales como:

2.1.1 Aspecto general y piel

Aspecto general y piel, en donde es tibio y la piel está cubierta de una sustancia grasa y blanquecina que se llama vérnix caseosa (es producida por la piel del feto en la última etapa del embarazo y sirve para proteger la piel). Presentan también una fina capa de vello en brazos, piernas y espalda llamado lanugo. Tanto la vérnix caseosa como el lanugo irán desapareciendo con el tiempo.

El color al nacer puede ser ligeramente azulado, irá volviéndose rosado durante los primeros minutos. Las manos y los pies pueden tener un tono blanquecino o azulado durante unas horas más.

Es importante mantener bien abrigado al recién nacido y mantener un contacto piel con piel con la madre ya que son tan frágiles todavía no saben a regular la temperatura y pueden enfriarse muy rápido.

La piel, que también se está adaptando a un entorno diferente que el útero materno, suele descamarse durante los primeros días, en forma de pequeñas láminas, en la cara pueden aparecer unos puntitos blanquecinos que se llaman millos que desaparecerán al cabo de unos días y la cabeza es proporcionalmente más grande que el resto del cuerpo. En los partos sin cesárea la cabeza puede adoptar una forma alargada debido al paso del niño por el canal del parto. En unos días recuperará su forma normal.

2.1.2 Cabeza

La cara puede estar un poco hinchada, sobre todo los ojos y los labios que poco a poco disminuirán su volumen, además en la cabeza se pueden tocar unas zonas más blanditas que se llaman fontanelas, esto es así porque el cráneo no se ha cerrado completamente (se cierra por completo a los 18 meses de vida). En algunos casos las suturas craneales pueden estar acabalgadas, debido a que el cráneo se ha amoldado durante el paso por el canal del parto.

El cabello del bebé es fino y suave y cae progresivamente durante las primeras semanas de vida, los ojos tienen un aspecto azulado, aunque el color definitivo no lo podremos saber hasta los 6-12 meses. La mayoría de recién nacidos no conjugan la mirada, es decir, que los

dos ojos no van a la una y puede parecer que son bizcos. Con los días madura la visión y la mirada ya es normal

2.1.3 Tórax

El tórax del recién nacido es casi circular, porque los diámetros anteroposterior y lateral son iguales. Las costillas son muy flexibles, y durante la inspiración, resultan a menudo visibles pequeñas retracciones intercostales, algunos niños tienen una inflamación de la glándula mamaria, incluso puede observarse alguna gotita de leche; no tiene mayor importancia y desaparece con los días.

Los recién nacidos respiran muy deprisa y de manera irregular. Hacen unas 40 respiraciones al minuto. El corazón también va muy deprisa, entre 80 a 180 latidos por minuto (en función si está dormido o despierto)

2.1.4 Abdomen

En el abdomen, el cordón umbilical está sujeto con una pinza de plástico, que al nacer aparece azulado, blanco y húmedo. Después de pinzarlo empieza a secarse y se vuelve de color marrón apagado y amarillento, con el tiempo se arruga y adquiere un tono negro grisáceo, que en una o dos semanas se caerá y dejará una cicatriz que es el ombligo.

Ilustración N°1
LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL



Fuente: S/N (2010).
Elaborado por: Autora

2.1.5 Extremidades

Sus extremidades suelen estar flexionadas, el recién nacido está como acurrucado, en posición fetal, durante las primeras semanas de vida. Los pies y las manos pueden tardar más que el resto del cuerpo en adquirir un color rosado tras el nacimiento. Las uñas son finas y muy frágiles. Hay recién nacidos que nacen con las uñas de las manos muy largas.

La postura normal es en completa flexión, como resultado de la posición intrauterina. La mayoría de los lactantes nacen con una presentación en vértice, con la cabeza flexionada y la barbilla sobre la parte superior del pecho, los brazos flexionados con las manos cerradas, las piernas flexionadas en las rodillas y en las caderas y los pies en flexión dorsal. (Whaley & Wong, 1995, pág. 160)

Hay que observar con cuidado la conducta del lactante, en especial el grado de vigilia, de somnolencia y de irritabilidad, pues pueden evidenciar problemas neurológicos.

2.1.6 Genitales

Con referencia a los genitales están siempre un poco hinchados. Durante la primera semana de vida, es normal observar una descarga de flujo vaginal. Esta pseudomenstruación es una manifestación de la disminución brusca de las hormonas maternas y casi siempre desaparece a las 2 o 4 semanas.

En los niños se palpan los testículos dentro del escroto que puede estar ligeramente hinchado. Alrededor del glande, por debajo del prepucio, es frecuente encontrar una sustancia blanca espesa, el espegma.

2.1.7 Deposición y diuresis

La primera micción del recién nacido debe ser en las primeras 24 horas, es un signo de que sus riñones funcionan bien y de que está recibiendo el alimento adecuado. Las primeras heces son muy negras y pegajosas (como alquitrán o brea) y se llaman meconio.

El primer meconio debe producirse en las primeras 48 horas; está formado por moco, sales biliares y restos epiteliales que el bebé ha ido tragando dentro del útero materno. Una vez que haya expulsado todo este contenido, las heces tendrán un color entre amarillo y verde, grumosas y líquidas.

A todos estos cambios significativos durante las primeras semanas de vida del recién nacido hay que permanecer alertas ya que si uno o más se altera o aparecen aspectos inusuales, puede significar que el niño no goza de una buena salud como debería y necesitaría atención médica inmediata para evitar eventualidades que empeoren la situación del mismo.

Las cifras de mortalidad neonatal en el Ecuador confirman que en el país hay dificultades en el manejo hospitalario del tema. La estadística del 2009 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) revela que la tasa de muertes de niños de hasta 28 días de nacidos es la quinta de Sudamérica.

2.2 Mortalidad Infantil en el Ecuador

La mortalidad infantil se liga las con condiciones económicas, sociales y culturales además de evidenciar las altas deficiencias en temas de servicios de salud y educación especialmente en las aéreas rurales. Es también de vital importancia el analizar el rol que desempeña el estado y las familias dentro del contexto, por eso, siempre que un recién nacido fallezca constituye un problema de salud que tiene mucha relevancia, por lo que debe estar sometido constantemente al análisis y seguimiento de los motivos por los cuales ocurrió el lamentable hecho. La mortalidad infantil reflejan varias situaciones de salud ligadas a la madre y su atención durante el embarazo, el parto (teniendo en cuenta el estado nutricional, la presencia de enfermedades virales, o dificultades en el nacimiento), el lugar de residencia, y los niveles de educación que mantiene. Pero sobretodo refleja el estado de salud del niño durante el primer año de vida: crecimiento y desarrollo, nutrición, condiciones adecuadas de vivienda, acceso a agua potable, detección temprana de enfermedades contagiosas u anomalías congénitas, lactancia materna, vacunación; al menos durante los primeros seis meses de vida

Podemos definir a la mortalidad infantil como el número de decesos en aquellos niños que comprenden de cero a un año de edad, en cuanto a las causas de los fallecimientos.

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC en el 2011, las principales causas de mortalidad infantil en los últimos 5 años son las siguientes:

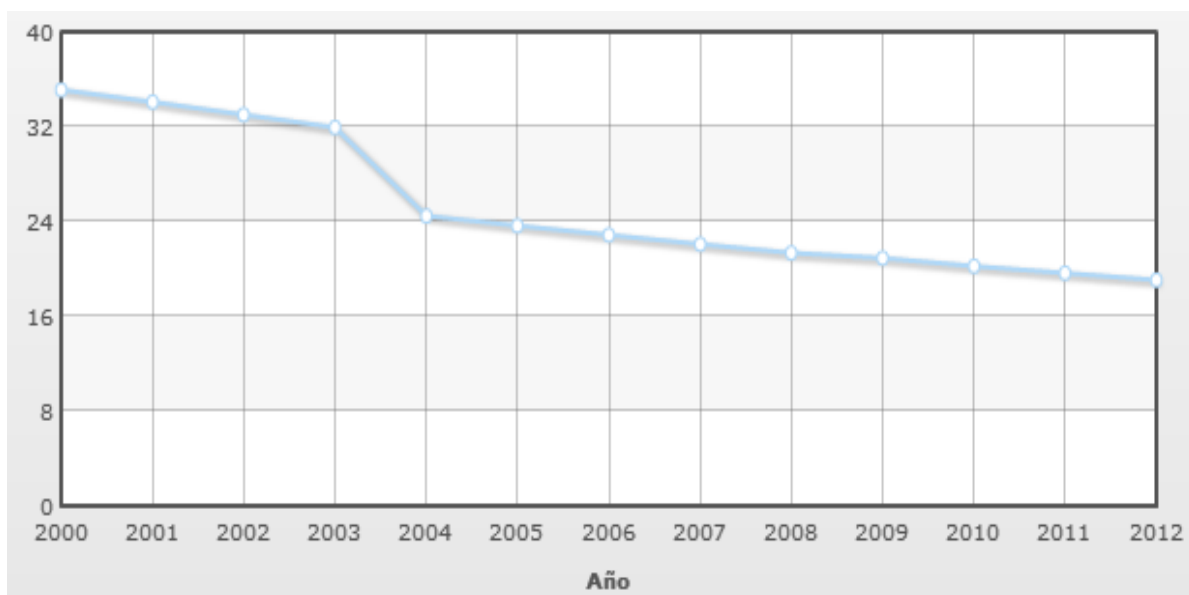
TABLA 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL ECUADOR 2011

Causas de Mortalidad Infantil	Sexo		Total	Tasa x 1.000 Nacidos Vivos 1/	%
	Hombres	Mujeres			
Total de Defunciones de menores de 1 año	1.659	1.387	3.046	13,26	100%
P07 Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	310	271	581	2,53	19,07%
J18 Neumonía, organismo no especificado	102	88	190	0,83	6,24%
P36 Sepsis bacteriana del recién nacido	102	100	202	0,88	6,63%
Q24 Otras malformaciones congénitas del corazón	77	51	128	0,56	4,20%
P23 Neumonía congénita	76	52	128	0,56	4,20%
P22 Dificultad respiratoria del recién nacido	49	42	91	0,40	2,99%
P24 Síndromes de aspiración neonatal	47	32	79	0,34	2,59%
P21 Asfixia del nacimiento	46	27	73	0,32	2,40%
Q89 Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	45	62	107	0,47	3,51%
P29 Trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal	35	17	52	0,23	1,71%
P20 Hipoxia intrauterina	27	30	57	0,25	1,87%
P26 Hemorragia pulmonar originada en el período perinatal	26	20	46	0,20	1,51%
A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	22	26	48	0,21	1,58%
Q25 Malformaciones congénitas de las grandes arterias	21	1	22	0,10	0,72%
W84 Obstrucción no especificada de la respiración	20	19	39	0,17	1,28%
P28 Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal	18	15	33	0,14	1,08%
P77 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	18	19	37	0,16	1,21%
Q79 Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	17	17	34	0,15	1,12%
P02 Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	16	9	25	0,11	0,82%
P52 Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	15	14	29	0,13	0,95%
Q90 Síndrome de Down	14	15	29	0,13	0,95%
R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificadas en otra parte	117	99	216	0,94	7,09%
Las demás causas de mortalidad infantil	475	394	869	3,78	28,53%
Total de Nacidos Vivos 2/	229.780				

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Censo 2011

Elaborado por: Autora

Grafico N° 1: Tasa de Mortalidad infantil (muertes/1000 nacimientos normales)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Censo 2011

Elaborado por: Autora

La tasa de mortalidad infantil arrojó importante cifra de 19,06 muertes por cada 1000 nacidos vivos, según el último Censo de Población Y Vivienda del 2010.

La tasa de mortalidad es la estadística regional que indica que el país necesita trabajar más en la atención a los neonatos, en especial en el sector público.

La atención al neonato es un excelente indicador de la calidad y capacidad técnica de la atención de salud de un país que se refieren a que parámetros de salud como accesibilidad, disponibilidad o calidad se ponen a prueba cuando un recién nacido requiere de atención médica urgente, sobre todo, porque un bebé de hasta 28 días de edad tiene un sistema de defensas débil y vulnerable, y si no se tienen todas las medidas de bioseguridad, asepsia y antisepsia las probabilidades de que un neonato tenga una infección es mayor.

TABLA 2: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2012 POR AÑO

Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ecuador	35,13	34,08	33,02	31,97	24,49	23,66	22,87	22,1	21,35	20,9	20,26	19,65	19,06

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Censo 2011

Elaborado por: Autora

2.3 Cuidados Generales del Recién Nacido

(Ministerio de Sanidad y Política Social) 2010 señaló que “el cuidado del recién nacido es la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud del recién nacido”. El cuidado que se debe darse al recién nacido debe fundamentarse en mantener su bienestar físico, biológico y emocional, satisfaciendo las necesidades propias de su edad.

Las actividades relacionadas con el cuidado físico del recién nacido tienen gran importancia y debe tomarse en consideración al describir las necesidades del desarrollo saludable intelectual y de la personalidad. Es ver como la atención cuidadosa del recién nacido al proporcionar calor, limpieza alimentos, pañales secos y una posición cómoda, contribuyen a su protección física como a su ajuste psicológico. Si estos procedimientos se realizan con delicadeza y preocupación de las necesidades del momento, ayudará a los pequeños a separarse del medio y a tomar confianza en el mundo externo.

El cuidado del recién nacido debe darse de manera muy minuciosa, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos sobre todo de la correcta instauración de la alimentación y la aplicación de cuidados evitando en lo mayor posible errores que perjudiquen su bienestar, seguridad y salud. Teniendo en cuenta el tamaño de un niño cuando nace y los temores que este genera en la familia.

La intervención de profesionales de salud es fundamental, ya que proporcionaran a la familia una guía apropiada para manejar al recién nacido en las diferentes actividades que lo involucran como por ejemplo, la manera correcta de cargarlo, la posición de la lactancia, el baño, etc.

2.3.1 Alimentación del Recién Nacido

Desde el periodo neonatal¹⁶, la comida y la alimentación no solo satisfacen las necesidades nutricionales y de energía sino también forman la base del desarrollo saludable de la personalidad. El proceso de succión está íntimamente relacionado con el comienzo del desarrollo intelectual con la formación de una relación materno-infantil, la necesidad de satisfacción del niño y su bienestar.

La alimentación también constituye la base para la primera exploración del pequeño con el medio que lo rodea y para superar su primera tarea de desarrollo en la vida, es decir que confíe en sí mismo y en el mundo que lo rodea. (Waechter, E, 1978, pág. 151)

(Martínez) 2006 señaló que “la alimentación del recién nacido es fundamental para su crecimiento y desarrollo, ya que posee tiene necesidades nutricionales variables durante el periodo de adaptación postnatal, principalmente durante la primera semana”. (pág. 55)

Todo recién nacido debe ser alimentado al pecho debido a los reconocidos beneficios que se consiguen en la nutrición y el sistema inmunológico del niño, como lo proporciona el calostro¹⁷ que es la primera leche, la misma que brinda protección contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido, además de proteger al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes; así como también existen ventajas para la mujer al disminuir la hemorragia posparto, la anemia, la mortalidad materna, disminuir el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios, y beneficio para la familia al ahorrar dinero.

2.3.1.1 Lactancia Materna

La lactancia materna y la alimentación complementaria oportunas han sido identificadas como dos de las tres intervenciones de prevención más eficaces, disponibles para prevenir la mortalidad infantil. Estas intervenciones son también esenciales para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio –ODM– relacionados con la

¹⁶ Es un periodo que comienza al nacimiento y termina 28 días completos después.

¹⁷ El calostro es el líquido precursor de la leche materna, segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los días inmediatamente posteriores al parto, está compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas, carbohidratos y otros componentes, conformando un líquido seroso y amarillo que proporciona al niño todo lo necesario para sus primeros días de vida

supervivencia infantil, erradicación del hambre y prevención del VIH. (Iniciativa Mundial sobre tendencias de la Lactancia Materna, MSP, 2012, pág. 17)

Hace aproximadamente 100 años los niños eran amamantados por nodrizas, las cuales cumplían un papel clave en las clases altas de muchas civilizaciones. Por ejemplo, en la Grecia clásica, el Imperio Romano, en la Inglaterra del siglo XVIII. Considerando el efecto anticonceptivo de la lactancia, las clases populares tenían una fecundidad limitada, por lo que las nodrizas pertenecían a este segmento. Sin embargo, en las clases altas la fecundidad no estaba controlada y tenían una descendencia que rondaba los 15 ó 20 hijos. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, p.50)

La leche materna contiene más de 200 componentes esenciales para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, siendo el seno el envase ideal, a la temperatura adecuada y ayuda al desarrollo los músculos de la cara que son esenciales para hablar, tragar y respirar.

Solamente por medio de la leche materna la madre puede transmitir al bebé las defensas para protegerlo de enfermedades como: diarreas, gripes, infecciones y alergias. Con la leche materna se asegura el crezca sano, fuerte e inteligente de los niños y sin duda crea un lazo de amor entre madre e hijo.

La leche materna proporciona nutrientes de alta calidad que el recién nacido absorbe fácilmente y utiliza con eficacia, también contiene toda el agua que el niño necesita por lo que no requiere ningún otro líquido, además que es un fluido cambiante, que se adapta a las necesidades del recién nacido, además que representa una nutrición natural por las ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas, se convierte en el alimento idóneo y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los seis primeros meses de vida, ya que contiene anticuerpos (defensas) que le protegen frente a enfermedades infecciosas (catarros, otitis, neumonías, diarreas), e incluso frente a posibles enfermedades futuras como pueden ser obesidad, asma o alergia.

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2005, p.50)

La leche materna contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas, se encuentran en la concentración ideal para el óptimo crecimiento del recién nacido y en la exacta proporción entre los componentes, además contiene elementos

esenciales que el recién nacido aún no está capacitado para sintetizar y que no recibiría de otra fuente como ácidos grasos, hormonas, enzimas.

El calostro es el alimento ideal para el recién nacido, y su administración debe iniciarse en la primera hora de vida. Además se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida, ya que contienen grandes nutrientes, proteínas y vitaminas que el niño necesita al exponerse por primera vez a medio ambiente y seguidamente su alimentación debe ir incorporando otros alimentos hasta los dos años de vida. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Otro punto importante que abarca una adecuada alimentación, durante los primeros días de vida, es dada por la posición correcta para amamantar, en donde la correcta posición debe ser tanto para la madre como para el niño, con el objetivo que los dos se encuentren en una posición cómoda. El amamantar no duele y debe ser una experiencia placentera que favorezca el vínculo entre la madre e hijo.

El niño debe estar cerca del cuerpo de la madre, bien apoyado y agarrado, teniendo la boca por debajo del pezón mientras se prepara para colocarse al pecho. Una vez colocado, lo que se debe es acercar el bebé al pecho, asegurando que tenga un espacio suficiente para poder respirar.

Las prácticas actuales de lactancia materna y alimentación complementaria en la población ecuatoriana, distan mucho de las recomendaciones internacionales. A pesar de que en el Ecuador el 96.7 % de la población inicia la lactancia materna, la duración promedio de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional es de 2.7 meses y tan solo el 39,6 % de las niñas y niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, es decir, existe una introducción temprana de otros líquidos y alimentos no adecuados o necesarios, que están desplazando a la lactancia materna y alentando la producción de enfermedades y malnutrición de los infantes. (El ciudadano, 2010, p.15)

2.3.1.2 Situación de la Lactancia Materna en el Ecuador

La lactancia materna es la mejor forma para alimentar al infante desde el momento de su nacimiento porque su cuerpo está preparado específicamente para recibir los nutrientes de la leche materna, como primero y único alimento hasta los seis meses de vida.

La práctica de la lactancia materna exitosa es esencial para el infante y la madre ya que aumenta el vínculo de madre-hijo y disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario en la madre, sin embargo la defunción prematura de 1.45 millones de infantes es atribuida a insuficientes prácticas de lactancia materna en países de desarrollo (Laueret all, 2006) y se ha comprobado que existe 25 veces más riesgo de mortalidad en infantes que no han lactado desde el primer mes de vida que los que han recibido lactancia materna exclusiva por los seis meses.

Según la última Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004), en el Ecuador la lactancia materna es una práctica generalizada durante las primeras 24 horas de vida, ya que el 96.7% de los recién nacidos reciben lactancia materna; sin embargo apenas el 26.4% de las madres amamantaron a su hijo dentro de la primera hora de vida y el otro 73.6% durante el primer día.

La proporción de niños y niñas amamantados¹⁸ en la primera hora de vida es más elevada en la sierra (31.7%) que en la costa (20.4%), y el área donde mayor se pone en practicas la lactancia materna es en el área rural

a. Ley Orgánica de Salud

Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño/a o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad. (Ley Orgánica de Salud Vigente, 2006, pág. 6)

¹⁸ Dar de mamar. En los mamíferos, acción de dar alimentos en forma de leche por parte de la hembra a sus crías

b. Código de la Niñez y Adolescencia 2003

Art. 24.- Derecho a la Lactancia Materna: “Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna”. (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003, pág. 15)

c. Ley de Fomento Apoyo y Protección a la Lactancia Materna (1995)

Art 1.- “La lactancia materna es un derecho natural del niño/a/a y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo” (Ley de Fomento, Protección y Promoción de la Lactancia Materna, 1999, pág.4)

d. Política Nacional de la Lactancia Materna

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como organismo rector de la salud en el ámbito nacional, a través de la Dirección de Protección y Atención Integral a las Personas, es responsable de proteger, promover y apoyar la lactancia materna en todas las instituciones públicas y privadas que presten servicios materno infantiles, implementando el apego precoz dentro de la primera media hora de vida y alojamiento conjunto del recién nacido y su madre, además brindando educación a la comunidad sobre la lactancia materna como un derecho de los niños y fortalecer los bancos de leche humana.

Las políticas de la Lactancia Materna están orientadas a brindar una mejor nutrición a los niños y niñas durante los seis primeros meses de vida mediante:

- a. Fomentar la práctica de la lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familia y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva, la incorporación de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad, adecuación e implementación del marco legal que proteja y fomente la práctica de la lactancia materna y mediante información sobre la extracción y conservación de la leche materna.
- b. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante el cumplimiento del apego precoz dentro de los primeros treinta minutos de vida, cumplimiento del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud pública, brindando capacitación continua de la lactancia materna, asesoría en lactancia materna y cuidado infantil, promoción de alternativas a la lactancia materna en casos de VIH, Hepatitis B y C, citomegalovirus y fortalecimiento de los bancos de leche humana existentes.

- c. Impulsar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche Materna (CICSLM) mediante fortalecimiento de las herramientas e instrumentos para la aplicación del CICSLM (Política Nacional de Lactancia Materna, 2011, pág. 15)

2.3.2 Higiene del Recién Nacido

La piel del recién nacido tiene unas diferencias anatómicas y fisiológicas con la del adulto, que es necesario conocer para establecer unos cuidados apropiados, siendo las principales diferencias la contextura ya que es más delgada, tiene menos pelo, falta de desarrollo del estrato corneo, disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis, produce menos cantidad de sudor, y el PH de la piel es neutro. (Salcedo y Ribes, 2010, pág. 305)

Por lo mencionado anteriormente el cuidado de la piel del recién nacido debe realizarse con cuidado y delicadeza, poniendo especial atención a la limpieza del ombligo y el pañal.

(García) 2011 señaló que “la higiene del recién nacido es importante y necesaria: contribuye a que el pequeño se sienta más fresco, lo relaja y forma parte de su rutina diaria y, además, juega un papel importante en su salud. El aseo del niño es necesario para una buena salud”.

2.3.2.1 Baño del Recién Nacido

El baño del recién nacido es muy importante y necesario, no sólo porque hace que el pequeño se sienta más fresco y limpio, sino también porque es uno de los pilares para mantenerle sano y evitar muchos trastornos”. (S/N, 2000, párr.)

En el recién nacido se deben usar jabones neutros o discretamente ácidos y no perfumados, y aplicarlos en pequeñas cantidades con la mano o con una esponja suave. La piel sana tiene mecanismos de auto limpieza inherentes¹⁹, por lo que en excepto en determinadas zonas, no parece necesario el baño o la ducha diaria. Las zonas ano genitales, los pliegues axilares e inguinales, las manos, las secreciones orales y nasales se limpian

¹⁹ Esencial y permanente en un ser o en una cosa o no se puede separar de él por formar parte de su naturaleza y no depender de algo externo

cuantas veces seas necesario. El abuso de jabones y la excesiva temperatura, frecuencia o duración de los baños favorecen la aparición de sequedad cutánea o dermatitis irritativa²⁰.

La limpieza diaria constituye una oportunidad excelente para profundizar el vínculo de madre a hijo, además es en donde la madre empieza a conocer las partes de su bebe y se familiariza con sus características como el peso, la talla, la presencia del cordón umbilical y alguno otra característica que lo identifique. La frecuencia del baño debe ser diaria para proporcionar al recién nacido una armonía física además que ayuda a disminuir el riesgo de enfermar.

Para el baño del recién nacido cada madres desarrolla una manera personal de bañar a su hijo según su destreza manual, tamaño, actividad del lactante y los materiales a utilizar, sin embargo no es conveniente usar jabones fuertes ni aceites perfumados o talco por la sensibilidad de la piel del recién nacido.

Reeder, (1995) señala los siguientes principios para el baño del recién nacido:

Principios fundamentales al bañar al recién nacido

1. Tener a la mano todo el equipo, la ropa y el material necesario. También tener a la mano recipientes para colocar la ropa sucia, las bolas de algodón, etc.
2. Cuidar que el medio esté libre de corrientes de aire y a una temperatura agradable (24 a 27°C). Cerrar todas las puertas para no tener que interrumpir el baño. El agua del baño debe de estar de 37 a 38°C. cuando el agua se siente tibia al probarla con el codo, se encuentra de manera aproximada a esa temperatura.
3. Proceder del área "más limpia" a la "más sucia". Así se lavan primero los ojos, la cara, oídos, cuero cabelludo, cuello, extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores y por ultimo glúteos y genitales. Se lava bien cada una de estas áreas, se enjuaga bien y se seca. Se presta especial atención a limpiar y secar el cuero cabelludo y los pliegues del cuello, detrás de las orejas, debajo de los brazos, las palmas de las manos y entre los dedos de las manos y de los pies, atrás de las rodillas, en el área de las ingles, los glúteos y los genitales. Ya que si alguna de estas partes se encuentran húmedas, sería un lugar idóneo para la proliferación de bacterias.

²⁰ La dermatitis de contacto irritativa se desarrolla por una exposición prolongada y repetida de agentes caústicos o detergentes

4. No dejar al niño sin atención, aunque el área de trabajo sea grande, es preciso mantener una mano sobre el todo el tiempo, y si se desea salir de la habitación, dejarlo en la cuna o en algún lugar seguro. (p. 716)

2.3.2.2 Cuidado del Cordón Umbilical

Parte fundamental dentro del baño del recién nacido, es el cuidado que se debe dar al muñón del cordón umbilical, evitando la aplicación de colonias, polvos o cremas que resequen la piel del niño y no favorezcan a la cicatrización del cordón umbilical. Es importante mencionar que la utilización de ombligueros o vendas no están contraindicadas, porque no aceleran la curación y cicatrización del ombligo, pero pueden provocar lesiones en la piel, y facilitar el vómito debido a la presión abdominal o asfixia.

La colonización bacteriana umbilical se ha relacionado con onfalitis²¹, sepsis²² y otras infecciones neonatales, sobre todo de etiología estafilocócica. Por esto, el cuidado del ombligo es necesario para evitar algún tipo de infección. La caída del cordón se produce como consecuencia de un doble proceso de deshidratación y putrefacción. Los antisépticos más potentes suelen retrasar los procesos de putrefacción y con ello el desprendimiento del cordón y por tanto ofrecen a los microorganismos resistentes a su acción un medio idóneo para su desarrollo durante un mayor periodo de tiempo. (Salcedo y Ribes, 2010, pág. 306)

La aparición de polvos talco en la zona umbilical se debe evitar, ya que pueden dar lugar a granulomas²³, cuerpos extraños o a una desecación excesiva mente rápida con riesgo de hemorragias y de onfalitis.

Es importante mantenerlo limpio y seco, doblando la parte de arriba del pañal hacia abajo, destapando el ombligo y el muñón para que quede expuesto al aire y no esté en contacto con la orina o compra pañales para recién nacidos que ya vienen recortados por delante para dejar el cordón al aire.

²¹ Es una infección bacteriana aguda que rodea el anillo umbilical y se caracteriza por presentar signos de enrojecimiento alrededor del muñón y tejido periumbilical, con o sin secreción purulenta.

²² Es la infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad

²³ Es una anomalía benigna de la cicatrización del ombligo, que consiste en la presencia de tejido de granulación hipertrófico en la zona donde estaba inserto el cordón umbilical. No está presente desde el nacimiento, sino que aparece una vez caído el cordón.

La limpieza del ombligo consiste en limpiarlo con una torunda de alcohol a la unión entre el muñón y la piel, en cada cambio de pañal para favorecer a la cicatrización. Se considera innecesario colocar una venda sobre el cordón porque la exposición al aire favorece el proceso.

Por lo general el cordón umbilical se separa del cuerpo del quinto al octavo día después del nacimiento, pero en algunos casos tarde de 14 días o más. Se debe tener cuidado de no desprenderlo hasta que se separe por sí solo. Cuando esto ocurre, el ombligo debe de quedar libre de evidencia de inflamación, por lo que el uso continuo de alcohol en torno al área umbilical durante algunos días le mantiene limpia y seca hasta que termina de cicatrizar. (Reeder, 1995, pág. 720)

2.3.2.3 Limpieza de cavidades en el Recién Nacido

La limpieza de las cavidades del recién nacido son fundamentales para prevenir alteraciones e infecciones que desequilibren la salud del recién nacido. Estos procedimientos se deben realizar con mucho cuidado, evitando errores y otorgando confort al niño.

En los primeros años de su vida, los niños producen mucha más mucosidad que los adultos, tanto de nariz, como de sistema respiratorio y ojos, debido a la mayor producción de mucosidad, es habitual que, incluso en ausencia de una conjuntivitis²⁴ o de una obstrucción del lagrimal, algunos niños se despierten con bastantes legañas, por lo que necesitan un cuidado diario por su especial sensibilidad, y requieren una higiene aséptica e inocua.

Para evitar la transmisión de posibles infecciones, es importante utilizar una toallita o una gasa para cada ojo (o una parte distinta de la misma toallita). El movimiento de limpieza debe ser desde la parte interior de los párpados (el ángulo interno, el lagrimal) hacia el ángulo externo del ojo.

Estas acciones pueden realizarse dos veces al día, una por la mañana al despertar cuando se han acumulado más legañas, y otra tras el baño. De este modo podemos prevenir las infecciones en la mayor parte de los casos.

En cuanto, se refiere a la limpieza de nariz y oídos no es conveniente emplear aplicadores con punta de algodón para limpiar el interior de la nariz u oídos del recién nacido porque puede dañar los delicados tejidos. En general la nariz no requiere limpieza porque el niño estornuda para limpiar las vías nasales. En caso de que sea necesario retirar moco seco

²⁴ En una afección del ojo más frecuentes y tratables en niños y adultos. Es una inflamación de la conjuntiva, el tejido fino y transparente que cubre el interior del párpado y la parte blanca del ojo. Esta inflamación hace más visibles los vasos sanguíneos, lo que le da al ojo un color rosado o rojizo.

de la nariz, conviene utilizar un pedacito de algodón que se retuerce y se humedece con agua. Un algodón o una toalla de baño suave también pueden emplearse para limpiar el oído externo. No se debe introducir nada al interior del oído”. (Reeder, 1995, p. 718)

La limpieza de la boca de igual manera se procede a limpiar con un algodón en el contorno de los labios, en especial si existen manchas blancas producto de la alimentación.

Referente a la higiene de los genitales requiere cierta dedicación. En las niñas se deben entreabrir los labios cada vez que se higieniza, eliminando todos los elementos extraños que se hayan acumulado. En el varón la higiene es más sencilla; sólo en etapas posteriores se deberá considerar la liberación del prepucio para efectuar una correcta higiene.

En los varones no circuncidados se recomienda con frecuencia retraer el prepucio para limpiar la zona cubierta, unos días después del nacimiento. Como en la mayor parte de los varones recién nacidos, el prepucio aun esta en desarrollo y se conecta de forma continua con la epidermis del glande, no se puede retraer. Si se retrae con fuerza puede desarrollarse adherencias. Al efectuar la retracción, el prepucio no debe empujarse más allá de la zona hasta la cual llegue con facilidad y debe volverse a colocar sobre el glande después de la limpieza para que no se produzca edema. En las niñas se acumula una secreción caseosa que se denomina “esmegma” entre los pliegues de los labios, la cual se limpia de manera cuidadosa con pedazos de algodón húmedo en dirección anteroposterior y se emplea un trozo limpio de algodón cada vez que comienza la limpieza por adelante. (Reeder, 1995, p. 720)

La ropa a utilizarse debe ser holgada, cómoda para el niño y para quien lo manipula, de materiales suaves y no alergénicos como el algodón, evitando en lo posible el roce de lanas o tejidos acrílicos contra el cuerpo. El recién nacido tiene que llevar el mismo número de prendas de vestir que el de las personas que vivan con él, y se adaptará a las condiciones ambientales (frío, calor) con un abrigo correcto. Debemos guiarnos de la temperatura del cuerpo, no de la de las manos y los pies, ya que éstas son las partes más frías de su cuerpo.

López, (2011) señala los siguientes principios para cuidado de la ropa en el recién nacido:

- a. Características de la ropa: Las ropas deben ser de fácil colocación, con abrochado por detrás, con pocos botones y holgadas para no impedir los movimientos activos del niño.
- b. Cuidados especiales de la ropa: No guardarlas con productos insecticidas, ni desodorantes. En su lavado se debe evitarán jabones muy fuertes.
- c. Accesorios: Procurar no colgar medallas, o adornos sujetos con imperdibles, que puedan ser peligrosos si se desprenden. (párr.)

Finalmente, los controles médicos es una actividad periódica de supervisión de salud y desarrollo del menor desde que nace. De esta manera pueden detectarse eventuales alteraciones y así prevenir y/o tratar a tiempo enfermedades y situaciones de riesgo.

Existen algunas situaciones para las cuales se debe asistir inmediatamente al médico para evitar complicaciones futuras.

- a. Cuando el recién nacido sufra algún tipo de golpe o caída.
- b. Si el bebé tiene fiebre alta (más de 38°) y no la puedes controlar a tiempo, puede ser más peligroso.
- c. Si el recién llegado tiene vómitos o diarreas y persisten por más de 24 horas. Puede sufrir una deshidratación.
- d. La falta de apetito en el bebé puede ser que causada por algún virus. No debes dejar que pasen más de 24 horas sin que se alimente ni beba agua, esto puede ser otra causa de deshidratación.
- e. Evidentemente, si el recién nacido sangra por algún orificio (genitales, oídos, boca, nariz, ojos o el cordón umbilical) debe de recibir atención médica inmediatamente. De lo contrario podría sufrir alguna infección.
- f. Si el bebé tiene algún tipo de erupción en la piel, y ésta se prolonga, puede ser debido a alergias o bien por la alimentación, a algún tipo de tejido, e incluso alguna de las cremas que utilice.(S/N, 2011, párr.)

El control médico se debe realiza sin necesidad de que el niño esté enfermo, el objetivo principal es supervisar el crecimiento y desarrollo para asesorarse de que se encuentre dentro de los rangos normales de acuerdo a su edad además permite detectar eventuales alteraciones, enfermedades o situaciones de riesgo.

2.4 Creencias, actitudes y practicas

Según la Organización Mundial de la Salud (1946) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la usencia de enfermedad.

Es el logro de máximo nivel de bienestar y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo mediante determinantes de la salud como son la biología humana de cada persona, el medio ambiente dentro del cual se incluyen contaminantes físico-químicos, psicosociales, culturales y clima, el estilo de vida que responde a las conductas de salud de las personas y los sistemas de asistencias sanitarias a los que pueden tener acceso dentro de la población a la que pertenecen.

La Constitución de la República del Ecuador de 1998 incorporó por primera vez los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el compromiso estatal de promoverla salud sexual y reproductiva. De igual manera, se definió por primera vez al Ecuador como un país multiétnico²⁵ y pluricultural, y se sentó el marco legal que ampara la práctica de la medicina tradicional. La Constitución de la República menciona en su Art. 44 que dice

El Estado formulará la Política Nacional de Salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos. (Constitución de la República, 1988, pág.35)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud y del Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural lleva a cabo un importante trabajo de reconocimiento, revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral, impulsando la capacitación y acreditación a los sabios de la medicina ancestral reconocidos desde la comunidad a lo largo de todo el país, como es la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, en donde se intenta superar algunas barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud.

Siendo la maternidad uno de los acontecimientos más importantes de la mujer, la madre busca el lugar idóneo para el nacimiento de su hijo, que le proporcione seguridad y

²⁵ Coexistencia de diferentes culturas en una sociedad o país y que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales: son de la misma etnia.

comodidad para toda la familia, además de ser atendida por personas de confianza que cumplan con sus expectativas en cuanto se refiere al bienestar de los suyos.

Al reconocer que el Ecuador es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales practicadas por diferentes grupos humanos, que han sido practicadas por décadas y forman parte de su estilo de vida, por tal motivo es importante reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud, para evitar errores que dificultan la comunicación entre paciente y prestador de salud.

Los contextos multiculturales son un factor decisivo como es la falta de reconocimiento hacia las creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechace la creencia del "mal de ojo"²⁶ por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello. (Margaret, C, 1970, pág. 25)

Las creencias, actitudes y prácticas de las personas funcionan como un determinante de la salud de las mismas, ya que corresponden a un estilo de vida propio de cada individuo, en el cual cada uno ha aprendido, ha transmitido y ha puesto en práctica con el intento de preservar la salud.

El estilo de vida de los ecuatorianos desde los ancestros tiene una conexión entre la cultura y la tradición, sobre la manera de actuar, pensar, manejar y preservar la salud, dando que por años las poblaciones especialmente indígenas no permitían el acceso de la medicina científica en sus comunidades, ellos tenían sus propios medios y métodos para encontrar una cura a sus dolencias.

Con el paso del tiempo, el avance tecnológico, científico y médico se ha logrado una introducción favorable de la medicina a la mayoría de las comunidades del Ecuador, llevando programas de atención, prevención y recuperación de la salud para ofrecer una mejor calidad de vida, sin dejar a un lado la importancia de las creencias, actitudes y prácticas que poseen todos los individuos ya que las mismas juegan un papel muy importante en el restablecimiento o no de la salud.

Por lo mencionado anteriormente es fundamental reconocer, identificar y diferenciar el concepto y lo que abarca cada uno de estos términos, como lo son las creencias que se

²⁶ Creencia popular y supersticiosa según la cual una persona tiene la capacidad de producir mal a otra persona sólo con mirarla. De esta persona afectada se dice que "está ojeada, o que le echaron mal de ojo, o el ojo encima".

refiere a la certeza que un individuo tiene acerca de una determinada cuestión. Pero también, una creencia será aquello en lo cual se cree fervientemente, y por lo generalmente son transmitidas por la cultura del lugar donde se habita o por la tradición familiar.

Además tomando en cuenta que lo que se cree acerca de la salud tiene gran influencia en la misma, tanto en el desarrollo de enfermedades como en la recuperación. El cambio de las creencias limitantes de la salud por otras potenciadoras suele afectar positivamente el estado físico de quien se embarque en este proceso.

Las creencias son ideas generales que funcionan como principios que nos guían en la vida. Son algo así como principios rectores o brújulas personales, que también funcionan como marcos a través de los cuales interpretamos las experiencias.

Green et. Al. (1980) define una creencia como: una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadera: la fe, la confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencias. Las declaraciones de creencias orientadas hacia la salud incluyen declaraciones como: “yo no creo que los medicamentos funcionen; si esta dieta no le surge efecto, estoy segura de que no funcionará conmigo; el ejercicio no hará diferencia alguna; cuando te llega la hora, te llego y no hay nada que hacer”. (párr.)

Es decir, una creencia es algo que se respeta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos y representa una fuerza muy poderosa dentro de nuestra conducta y poseen diversas características, entre las cuales resaltan las más importantes: pueden ser falsas o verdaderas, tienen un elemento cognoscitivo, o de la que la gente sabe o cree y tienen un componente afectivo, referente al valor o importancia que las personas le den a determinada situación.

Por otro lado las actitudes son la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas; y las prácticas son acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos que son adquiridos durante el tiempo y pueden ser empleador en el momento que la persona lo crea necesario.

2.4.1 Influencias Culturales en la Atención Sanitaria

Las creencias y prácticas culturales son parte importante del estilo de vida de las personas, las cuales deben ser expresadas con respeto por el riesgo que se corre al entrar en conflicto con algunas prácticas sanitarias e intervenciones terapéuticas.

Antes de cualquier intervención por parte de personal de salud, es importante indagar en las percepciones e interpretaciones de la familia, basadas en las experiencias ancestrales, así como su sistema de creencias culturales, de tal manera que se pueda eliminar cualquier barrera que impida la comunicación, ya que es la razón principal para que se generen problemas y malentendidos entre los grupos étnicos y el personal de salud.

Las creencias relacionadas con las causas de las enfermedades y con el mantenimiento de la salud forman parte integral de la herencia cultural de las familias. En la mayoría de las culturas predominan las creencias relacionadas con las fuerzas naturales, sobrenaturales y con el desequilibrio entre fuerzas.

Las fuerzas naturales son las que con mayor frecuencia se consideran responsables de la mala salud corporal, cuando el cuerpo no está protegido adecuadamente, y son el aire frío que penetra en él y las impurezas del aire. Por ejemplo, es probable que una madre china abrigue en exceso a su hijo, porque los chinos creen que el tiempo frío, la lluvia y el viento son los responsables de las enfermedades del frío.

En la cultura negra se cree que algunos fenómenos naturales, como las fases de la luna, las estaciones del año y las posiciones del planeta, afectan al cuerpo y a sus procesos internos; por lo tanto, el mantenimiento de la salud está asociado de forma estrecha a la capacidad de leer los signos. La mayoría de los nativos norteamericanos consideran que la salud es un estado de armonía con la naturaleza y el universo.

Fuerzas sobrenaturales quedan fuera de la comprensión y explicación lógica ocupan uno de los primeros puestos en la lista de las causas de enfermedad. Las malas influencias, como el vudú, brujería o malos espíritus, se consideran causa de enfermedad, especialmente cuando estas no se pueden explicar por otros medios.

Una creencia habitual entre las personas latinoamericanas, mediterráneas, de Oriente Medio, es la del mal de ojo, formando un desequilibrio en la salud de las personas. La fuerza y el poder se asocian al mal de ojo; mientras la fuerza y la debilidad de un individuo, se

mantengan en equilibrio, será improbable que se convierta en víctima del mal de ojo. En donde la imagen de la víctima suele ser torturada por medio de alfileres, que se clavan en una muñeca en el lugar donde se quiere causar daño.

Por otro lado el desequilibrio de fuerzas, es una de las creencias más comunes, y se refiere al equilibrio entre lo frío y lo caliente.

Esta creencia deriva de la teoría hipocrática de la patología humoral, que establece que la enfermedad se debe a un desequilibrio de los cuatro humores: flema, sangre, bilis negra y bilis amarilla. Lo frío y lo caliente en este contexto describen ciertas propiedades y condiciones, que no guardan relación alguna con la temperatura. Las enfermedades, las aéreas del cuerpo y los alimentos se clasifican como calientes o fríos y para mantener la salud, estas fuerzas frías y calientes deben estar equilibradas. (Waley & Wonh, 1995, pág.32)

La enfermedad se trata restableciendo el equilibrio normal mediante la aplicación de remedios calientes o fríos apropiados. Una enfermedad fría, como la respiratoria, se considera debida a la exposición al tiempo, la lluvia o viento fríos, que penetran en el cuerpo; se trata administrando alimentos hierbas o fármacos calientes. La menstruación se considera una dolencia caliente; por lo tanto, se advierte a las mujeres que no tomen bebidas calientes que podrían aumentar el flujo menstrual o producir dolores. La ingestión de demasiados alimentos calientes o fríos se puede interpretar también como causa de enfermedad.

Hay muchas similitudes interculturales o en lo que se refiere a la prevención y el tratamiento de enfermedades. Todas tienen algún tipo de remedios caseros que aplican antes de acudir a otras personas en busca de ayuda. Dentro de la comunidad étnica se acuden a los curanderos, dotados de poder para curar enfermedades, en situaciones especiales y cuando los remedios caseros no han tenido éxito.

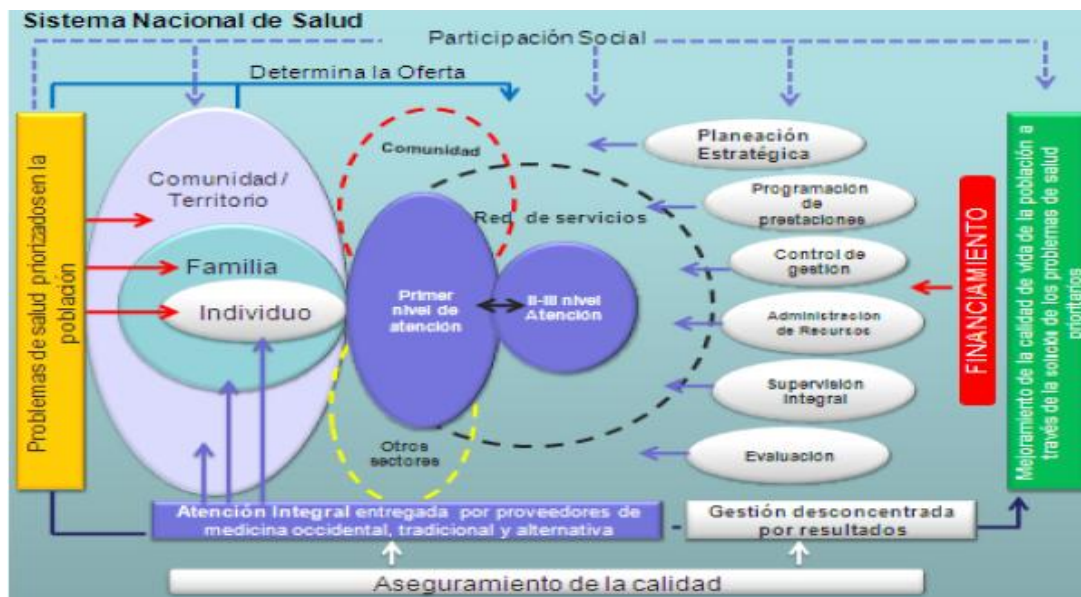
Los asiáticos consultan al herborista, con conocimiento de medicina, al médico experto en tratamientos asiáticos “acupuntura, digito puntura y aplicación de calor” o a ambos. Las personas especializadas en medicina diagnostican enfermedades, proporcionan tratamientos no consagrados con masajes de hierbas y atienden al alma. Otros especialistas realizan servicios o curaciones por medios espirituales. (Waley & Wonh, 1995, pág.33)

Los curanderos son personas muy poderosas en sus comunidades, hablan el lenguaje de la familia que busca ayuda y suelen combinar sus virtudes y porciones con la oración y las suplicas a Dios. Además son capaces de crear una atmosfera que conduce al tratamiento satisfactorio y muestran un interés sincero por la familia y sus problemas.

2.5 Modelo de Atención Integral De Salud Familiar, Comunitario E Intercultural-MAIS-FCI

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud. (MSP, 2012, pág. 48)

Ilustración N°2
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD-MAIS



FUENTE: Ministerio de Salud Pública, Modelo de Atención Integral, MAIS, 2010

Este modelo define como van a interactuar los actores del sector público y del privado, los miembros de la red de servicios y la comunidad para ejecutar acciones que brinden soluciones a las necesidades y problemas de salud de toda la comunidad con el propósito de mejorar su calidad y estilo de vida.

2.5.1 Objetivo del modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

2.5.2 Propósito del modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

2.5.3 Principios

2.5.3.1 Garantía de los derechos de las y los ciudadanos: responsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad; implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.

2.5.3.2 Universalidad: es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población, independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos.

2.5.3.3 Integralidad:, actúa sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. (Medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).

2.5.3.4 Equidad: acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales.

2.5.3.5 Continuidad: Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.

2.5.3.6 Participativo: Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.

2.5.3.7 Desconcentrado: Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.

2.5.3.8 Eficiente, eficaz y de calidad: Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo.

2.5.4 Ámbitos

2.5.4.1 Atención Individual.- se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y auto cuidado de la salud, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal.

2.5.4.2 Atención Familiar.- La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros.

2.5.4.3 Atención de salud mental.- una dimensión de la salud que complementa el enfoque biológico, dado que gran parte de los problemas de salud que tiene el país, están relacionados con temas de: violencia, intentos de suicidio, embarazos en adolescentes entre otros.

2.5.4.4 Atención Intercultural.- En los servicios de salud se deben garantizar la complementariedad de los conocimientos, saberes, prácticas de medicinas ancestrales, complementarias y alternativas de salud, en los diferentes niveles de atención, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos.

2.5.4.5 Atención a la Comunidad.- La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud.

2.5.4.6 Atención al ambiente o entorno natural.- la provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la

**Ilustración N° 3
MODELO DE ATENCION DE SALUD: SISTEMA DE SALUD**



FUENTE: Sistema de Salud Ecuador, MSP, 2010

población que deben ser enfrenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos.

2.5.5 Enfoques de la Atención

- a. Por lo tanto el modelo de atención
- b. Integra y consolida la estrategia de Atención primaria de Salud (APS) en los tres niveles de atención
- c. Tiene un enfoque familiar, comunitario e intercultural.
- d. Reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.
- e. Fortalece la curación, recuperación, rehabilitación de la salud para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno.

CAPITULO 3: ANALISIS Y PRESENTACION DE DATOS.

3.1 Comunidad de Atucucho

3.1.1 Nombre

Atucucho es un barrio que surge de una invasión realizada el 1 de abril de 1988, en la hacienda San Antonio de Atucucho perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, llamada inicialmente como Inticucho, que luego fue remplazado por Atucucho, “atu” que significa lobo y cucho “rincón”, por lo tanto rincón del lobo.

3.1.2 Ubicación geográfica

Atucucho es una barrio urbano marginal, localizado al noroccidente de la ciudad de Quito, perteneciente a la parroquia La Concepción, ocupa una área aproximadamente de 100 hectáreas de la zona del bosque protector, a 3,300 metros sobre el nivel del mar, sus límites son:

Norte: La cooperativa Pablo Arturo Suarez

Sur: Rumiloma

Este: Quebrada Granda Centeno

Oeste: Continuación de la calle Fabián Alarcón

3.1.3 Reseña histórica

El barrio surge por la invasión de 100 personas a la Hacienda Atucucho que pertenecía al Ministerio de Salud, siendo protagonista, Segundo Aguilar y Carlos Yacelga, en donde existían aproximadamente 25000 lotes, que en febrero de 1993, el 60% de ellos estaba ocupado y el 40% eran parcialmente utilizados.

El barrio se inicio como anteriormente se mencionó por la invasión de 100 personas, en ella participaban migrantes de Quito provenientes de distintas provincias.

En 1996 el Congreso Nacional ayudó a los moradores a legalizar la propiedad, lo que ha significado que por más de 20 años, el barrio no haya sido tomado en cuenta totalmente por el municipio de Quito y por otra entidades públicas y en 1992 pese a su ilegalidad el Municipio de Quito y la UNICEF formaron la junta pro agua potable de Atucucho.

En 1994 hubo muchos adelantos luz eléctrica, alcantarillado, adoquinado en las calles principales, mejoramiento de las vivienda, vigilancia y cuidado policial y creación de la iglesia católica y evangélica.

A partir del 2000 los habitantes lograron que el municipio apruebe el alcantarillado, distribución de agua potable y asfaltado en las vías.

Al comienzo la vida en la comunidad fue difícil, por carecer de todos los servicios básicos y por la falta de apoyo por parte del Estado, sin embargo la organización de sus habitantes ha logrado un cambio significativo que se ha evidenciado por el paso de los años, y actualmente el 100% de las familias poseen todos los servicios básicos.

3.1.4 Características demográficas

Según datos obtenidos por el Municipio del Distrito metropolitano de Quito en el 2008, la población de la comunidad es de aproximadamente 15.0000, distribuido en 808 familias con un promedio de 4 miembros por familia, siendo la población predominante la mestiza, pero con una presencia significativa de población indígena y negra.

TABLA N° 3

Población de Atucucho por edad y sexo

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
0 a 1 año	203	213	416
1 a 4 años	596	603	1199
5 a 9 años	874	853	1727
10 a 14 años	728	704	1432
15 a 49 años	4290	3857	8147
50 a 59 años	457	422	879
60 y mas	487	437	924
TOTAL	7635	7089	14724

Fuente: censo realizado por el comité pro-, mejoras/INEC. Año 2000 proyección 2008
Elaborado por: Autora

3.1.5 Servicios comunitarios

a. Servicios de salud

Atucucho de acuerdo al sistema de regionalización de salud pertenece al área de salud N 10, que está ubicado en la zona central siendo accesible para toda la población.

Algunas instituciones brindan servicios sociales en la comunidad, como capacitación campañas de salud, atención médica gratuita y entrega de medicamentos gratuitos.

Servicios que presenta:

- Medicina general

- Pediatría
- Medicina interna
- Ginecología y obstetricia
- Odontología
- Servicios de vacunación
- Botiquín con medicamentos básicos
- Laboratorio
- Servicio de electrocardiogramas
- Servicio de ecosonografías
- Servicio de nebulizaciones

b. Educación

En el sector existen dos instituciones de educación básica: el jardín de infantes Luis Felipe Borja y la escuela Luis Felipe Borja, además de varias guarderías.

c. Comunicación y transporte

La vía de acceso es por la Av. Mariscal Sucre (occidental) se encuentra a 4 km de la comunidad, por medio de una vía lastrada, la cual no ha recibido mantenimiento, hay zonas pavimentadas y otras aun se encuentran empedradas y que sufren desgaste en cada invierno por la erosión del terreno.

Existen tres líneas de transporte cubriendo las siguientes rutas:

Línea	Ruta
San Carlos	Atucucho- los dos puentes
Trans quito	Atucucho- comité del pueblo
Cotocollao	Atucucho-la Ofelia

d. Religiosos

Cuentan con una gran variedad de templos y por lo tanto de religiones, la población acude al templo que ofrezca mayor ayuda económica, pero la iglesia católica perteneciente a la parroquia del Padre Damián, sin duda atrae a mayor cantidad de feligreses

e. Recreativos

Existen pocos espacio verdes, y las personas ocupan la mayoría de su tiempo libre en jugar vóley o futbol, los niños juegan en las calles o canchas y las mujeres se dedican al cuidado del hogar.

f. Policial

En la comunidad existen dos retenes policiales, que dan vigilancia las 24 horas del día en toda la comunidad de Atucucho y se encuentran ubicados en los barrios: el cisne y unión la paz.

3.2 Análisis del Discurso

La técnica de los grupos focales o investigación cualitativa se realizó para determinar las creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas en el manejo del recién nacido de la Comunidad de Atucucho.

Para el desarrollo del grupo focal se utilizó una guía, la cual fue modificada según la dinámica que tomo la reunión y en la cual se tomaron en cuenta los siguientes elementos:

3.2.1 Presentación Inicial

- a. La reunión se inicio con la bienvenida por parte del moderador, el cual agradeció la presencia de cada una de las participantes, y dio a conocer los objetivos de la reunión así como también el fin que tendrán los resultados obtenidos. Además se indicó que ninguna respuesta es falso o verdadera, correcta o incorrecta y que todas las respuestas son muy importantes para el estudio investigativo.

Cabe mencionar que se comunicó a las madres, que los datos obtenidos serán parte del presente trabajo investigativo y que la reunión seria grabada y filmada, para lo cual estuvieron de acuerdo y dieron su consentimiento mediante su firma (VER ANEXO 8)

- b. Presentación del grupo de investigación.
- c. Presentación de cada participante: nombre, edad, estado civil, ocupación, número de hijos.

3.2.2 Modalidad de la reunión

- a. Se inicio la reunión pidiendo a las participantes que se sientan cómodas y en libertad de responder según sus vivencias y criterios, y recalando que las respuestas obtenidas no son inválidas sino que existen diferentes puntos de vista.
- b. Se indicó que deben hablar claro y alto para que la grabación no se vaya a perder y que mientras una participante habla las demás deben escuchar.
- c. Y además que todos los asistentes deben participar.

3.2.3 Aproximación a la temática sobre preguntas relacionadas con la salud y cuidados generales al recién nacido.

- a. ¿Qué es para ustedes la salud?
- b. ¿Piensa que es importante mantener la salud de los niños en buen estado y qué medidas se deben cumplir? SI/NO ¿Por qué?
- c. ¿Quién le enseñó como cuidar a su hijo? ¿Qué le enseñó? ¿Esas enseñanzas son transmitidas de generación en generación?
- d. ¿Cuándo su niño nació, que solía hacer en cuanto al cuidado del niño (alimentación, higiene, controles médicos)?
 - ¿Qué utilizaba para bañar a su hijo?
 - ¿Con que frecuencia lo bañaba?
 - ¿Con que alimentaba a su hijo?
 - ¿Cuántas veces alimentaba a su hijo?
 - ¿Qué cuidados le daba al cordón umbilical?

3.2.4 Nivel de Conocimiento y acceso a la información.

Se realizaron preguntas sobre el tema:

- a. ¿Podría compartir alguna experiencia positiva o negativa que tuvo durante el primer mes de vida de su hijo? ¿Qué hizo frente a la situación?
- b. ¿Cuándo su hijo se enfermó a donde lo llevaba? ¿Por qué?
- c. Si llevaba a su hijo a controles médicos. ¿Con qué frecuencia lo llevaba? ¿Ha recibido su hijo las vacunas correspondientes?
- d. ¿Ha escuchado alguna vez sobre el espanto, mal aire, mal de ojo?
- e. ¿En dónde ha escuchado?

f. ¿Alguna vez le sucedió a su hijo? SI/NO ¿Qué hizo frente a la situación?

3.2.5 Selección de las participantes

Para la selección de las participantes se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- a. Madres multíparas que asistan a la consulta médica del barrio de Atucucho.
- b. Madres que oscilen entre los 14 y 45 años de edad.
- c. No tener relaciones de parentesco entre las participantes.
- d. No haber participado anteriormente en grupos focales.
- e. No trabajar en instituciones vinculadas con la salud.

Con estas características se conformaron dos grupos:

Tabla N°4: Composición de los grupos focales en Atucucho

Grupos focales "Atucucho"		
	Participantes	Edades
Grupo	7 madres	19 y 45 años
Focal 1	multíparas	
Grupo	7 madres	21 y 42 años
Focal2	multíparas	

Fuente: Taller de grupo focal
Elaborado por: Autora

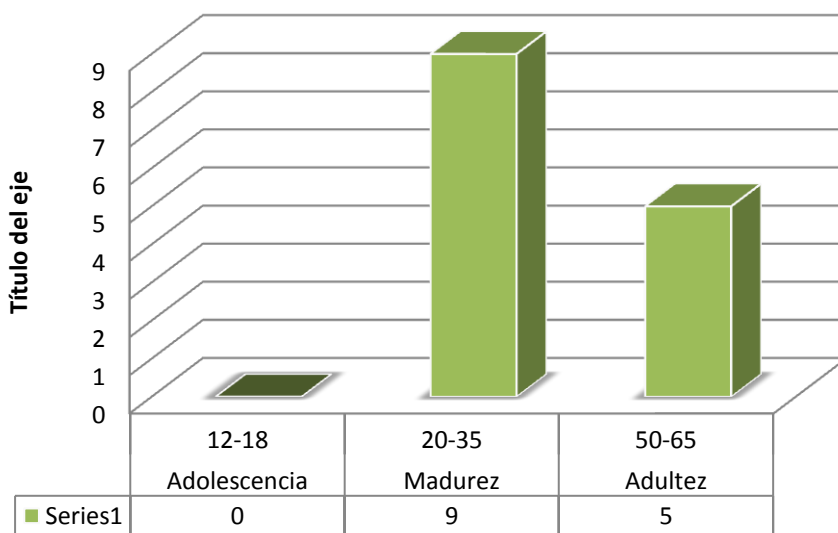
3.2.6 Resultados

3.2.6.1 Interpretación de los Datos

La interpretación de los datos se realizará de las 14 madres en conjunto debido a que no se encontraron respuestas significativas que varíen en los dos grupos focales, y cuyos resultados se analizarán en función a las variables de estudio.

3.2.6.1.1 Factores Socioeconómicos: Caracterización de la población.

Grafico N°2: Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por edades (Grupo Focal)



Fuente: Madres participantes en el Grupo Focal Diciembre 2013

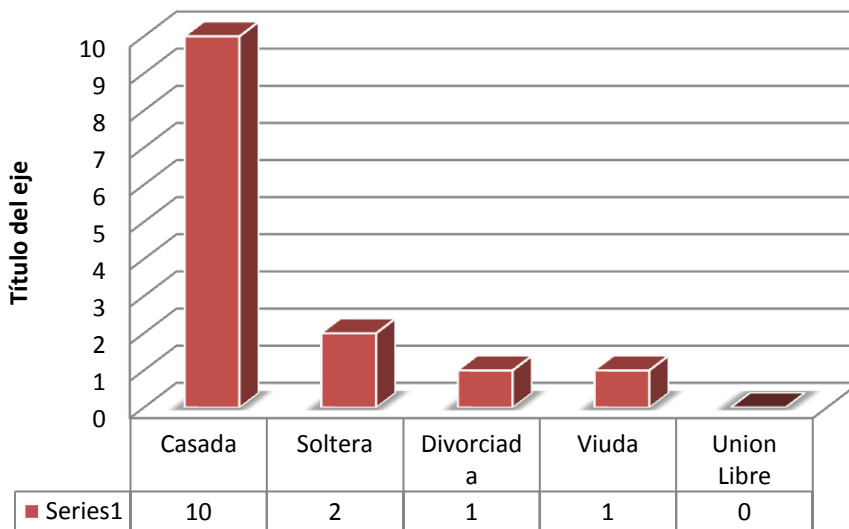
Elaborado por: Autora

Según la Organización Mundial de la Salud (2013) los rangos de edades son considerados en relación a la etapa en el ciclo de vida de las personas; considerando así la adolescencia entre los 12 y 18 años, la madurez de los 20 y 35 años, la adultez entre los 50 y 65 años y finalmente la vejez a partir de los 65 años.

De la información del gráfico N°2 deriva que la edad de las madres que predomina oscila entre 20-35 años de edad, siendo así mujeres en edad madura.

Además tomando en cuenta que la edad fértil de las mujeres es de 14 a 44 años de edad, actualmente el Ecuador cuenta con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de toda la región andina, 122.301 madres adolescentes, el 22 % de las mujeres comprendidas entre 12 y 19 años de edad según INEC 2012.

Gráfico N°3: Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por estado civil (Grupo Focal)

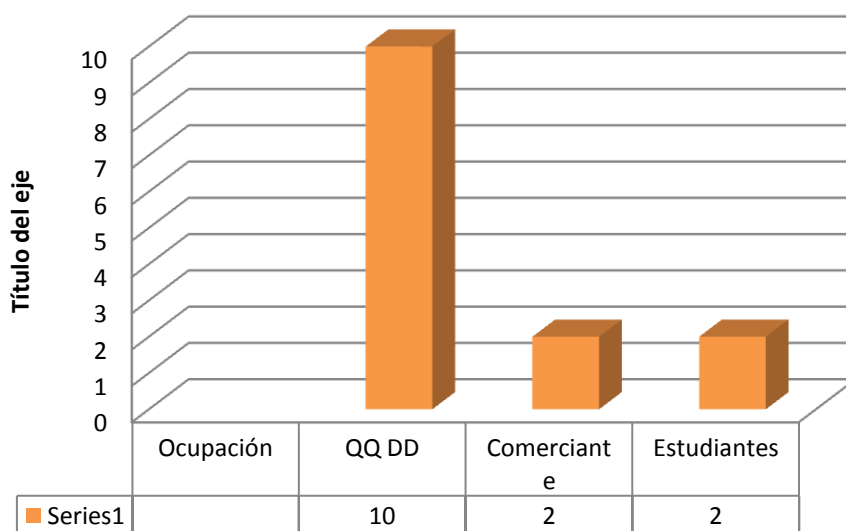


Fuente: Madres participantes en el Grupo Focal Enero 2014
Elaborado por: Autora

Russell (2006) mencionó que el matrimonio es la base del orden social, la fuente de la virtud y el cimiento de la exaltación eterna. Dios ha definido el matrimonio como un convenio eterno y sempiterno. El matrimonio es santificado cuando se valora y se honra en santidad.

Según estudios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, entre el año 1995 y el 2005 la tasa de matrimonios disminuyó un 5% y los divorcios aumentaron 64%, dentro de un mismo intervalo y en un periodo más reciente, entre el 2000 y el 2010 el número de uniones conyugales se redujo en un 1% y los divorcios aumentaron en un 68%.

Grafico N°4: Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por ocupación (Grupo Focal)



Fuente: Madres participantes en el Grupo Focal Diciembre 2013
Elaborado por: Autora

El Estado reconoce al trabajo como un derecho y un deber social, en donde garantizara a las personas trabajadoras una vida decorosa, remuneración y retribución justa, pero por la situación económica actual del país, este derecho no pueden obtener todos los ecuatorianos, por los altos nivel de desempleo en el Ecuador, cuyas causas son varias pero dentro de las más sobresalientes, están la formación académica.

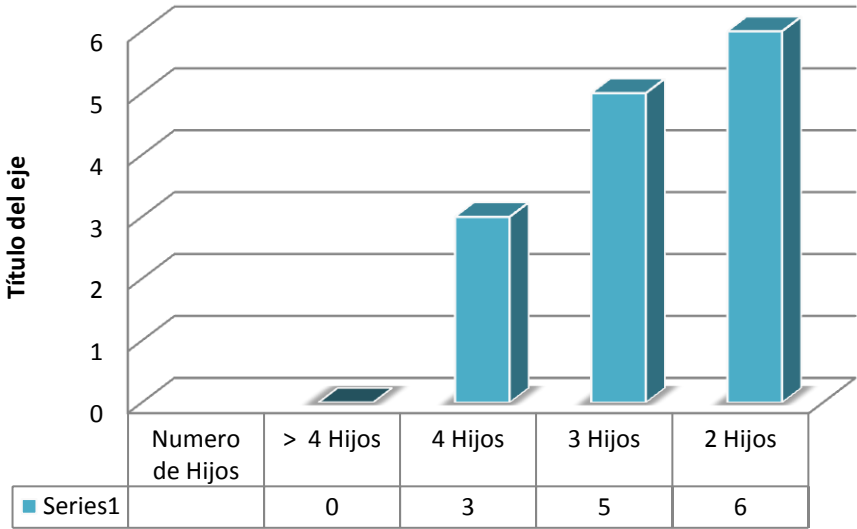
La cifra de desempleo en el país en el 2013 se ubicó en el 4,61%, lo que implica un descenso frente al mismo periodo del año pasado, en el que alcanzó 4,91%.

La ocupación laboral que predomina de las mujeres que participaron en el grupo focal son los quehaceres domésticos, las cuales se encargan a parte del mantenimiento del hogar, del cuidado de sus hijos, lo que les obstaculiza buscar otra fuente de trabajo remunerado.

Considerando que en el país el trabajo doméstico no remunerado son las actividades requeridas para el mantenimiento cotidiano de las familias y crianza de los niños y niñas, como: los quehaceres propios del hogar, el cuidado propio de los niños, ancianos, enfermos y otras actividades domesticas sin remuneraciones realizado por mujeres jóvenes, adultas y adultas mayores, así como también por niñas y adolescentes

Las amas de casa son catalogadas como parte de la población económicamente inactiva según el INEC, de donde 3,6 millones de mujeres de más de 10 años en condición de inactividad, 1,7 millones son amas de casa; datos que se ven reflejados en el grafico, donde predomina los quehacer domésticos.

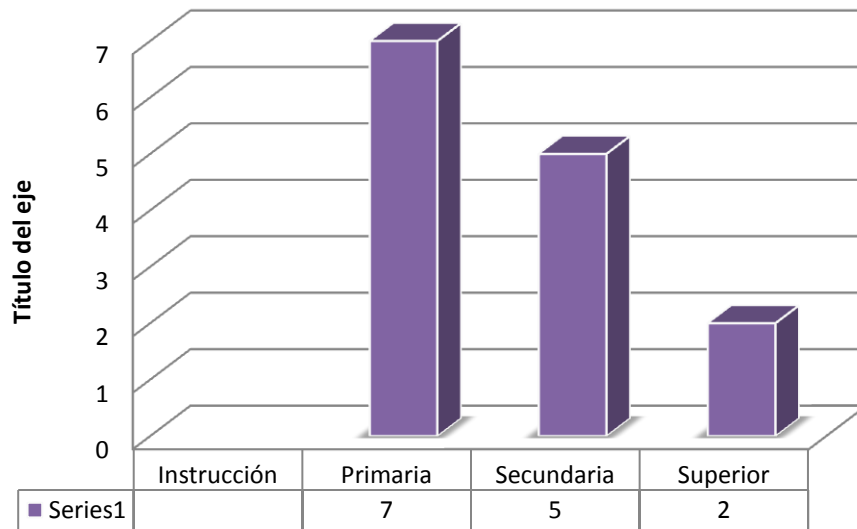
Grafico N°5: Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por número de hijos (Grupo Focal)



Fuente: Madres participantes en el Grupo Focal Diciembre 2013
Elaborado por: Autora

Según datos del INEC, en el Ecuador, el número promedio de hijos por mujer es de 2,44 en el 2011, mientras que en el 2000 fue de 2,9. En el Grafico N°5 se puede apreciar que numero de hijos que predomina entre las madres que asistieron a los grupos focales en Atucucho fue de dos.

Grafico N°6: Distribución de madres de la Comunidad de Atucucho por Nivel de Instrucción (Grupo Focal)



La educación es uno de los deberes primordiales del Estado, y un derecho de las personas a lo largo de su vida, además la educación forma parte de los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir.

En el Ecuador, en el año 2010 la población de 24 años y más tuvo en promedio 9,6 grados de escolaridad, es decir, alcanzó el décimo año de Educación General Básica, según el INEC

En el grafico N° 5 la mayoría de las madres alcanzaron la educación primaria, dato que no se puede sustentar con la información obtenida del INEC, por tratarse de una población pequeña.

3.2.6.1.2 Salud

Como introducción a la temática del tema principal del grupo focal, se abordó el significado de salud obteniendo los siguientes resultados.

Al preguntar a las madres su conocimiento sobre el significado de salud, todas definieron como un estado de bienestar físico y emocional, donde no existe enfermedad y sientan energías para trabajar, realizar sus actividades diarias y cuidar de su familia, indicando además la importancia de mantener la salud de los niños en buen estado mediante una correcta alimentación, higiene y controles médicos periódicos.

La Organización Mundial de la Salud en el año de 1946 define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. El logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Además, tomando en cuenta el cuarto objetivo del milenio que consiste en reducir la mortalidad entre los menores de cinco años en dos tercios para el año 2015 con respecto a 1990.

La consecución del ODM de reducir la mortalidad infantil supondrá alcanzar la cobertura universal con intervenciones cruciales eficaces y asequibles en lo concerniente a: atención de la madre y el recién nacido; alimentación del lactante y del niño pequeño; vacunas; prevención y tratamiento de casos de la neumonía y septicemia; lucha contra el paludismo; y prevención y atención del VIH/SIDA, mediante un número de estrategias dirigidas al cuidado domiciliario apropiado y tratamiento oportuno de las complicaciones en los recién nacidos; atención integrada a las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años; Programa ampliado de inmunización y alimentación del lactante y del niño pequeño.

Lo que sustenta las respuestas obtenidas por las participante en referencia a la salud, por otro lado 13 de las 14 madres indicaron que las enseñanzas sobre el cuidado de sus hijos, han sido aprendidas de sus familiares (madres, abuelas, hermanas) y 1 de las 14 madres que las enseñanzas han sido impartidas por el centro de salud y familiares cercanos; además que son transmitidas de generación en generación.

Dentro de los cuidados aprendidos 13 de las 14 madres refieren que las enseñanzas son en relación a una buena alimentación e higiene; y 1 de las 14 madres menciona la preparación de aguas de infusión para el tratamiento de enfermedades de los niños.

En nuestros pueblos originarios, los saberes ancestrales formaban parte del estilo de vida de las personas y en las comunidades, en especial rurales, en el cual el cuidado de los niños estaban a cargo de los padres y abuelos que utilizaban los conocimientos tradicionales para la cura de sus enfermedades y los cuales eran transmitidos de generación en generación.

Andrés Calero, técnico biólogo de la Coordinación de Saberes Ancestrales de la Senescyt, explica que hasta en las zonas rurales aparentemente ajenas a los procesos globalizantes, se están perdiendo las tradiciones ancestrales, pese a que existen miles de estudios sobre conocimientos tradicionales desde el lado social y antropológico; sin embargo, no existe bases estadísticas que den un peso científico a estas investigaciones y que se pueda utilizar para actuar al respeto.

En el margen de los derechos de los niños, la familia juega un papel primordial ya que es el encargado de brindar cuidados, alimentación y cariño.

Para la ciencia formal, los conocimientos tradicionales son un conjunto de herramientas útiles para relacionarse con el mundo, incluso para resolver problemas específicos surgidos en la experiencia y repetitividad de sus prácticas, pero no son ciencia, ya que ésta se fundamenta en una serie de exigencias y categorías, más allá de la simple experiencia.

3.2.6.1.3 Lactancia Materna

En el desarrollo del grupo focal todas las madres respondieron que alimentaban a sus hijos con leche materna, 1 de las 14 madres con sucedáneos de la leche materna por cuestiones laborales, y tres de ellas ofrecían a sus hijos infusiones de plantas medicinales como de manzanilla u orégano para tratar o prevenir el cólico de gases, además mencionan que la alimentación la proporcionaban las veces que eran necesarias, a libre demanda.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién

nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida, el cual debe realizarse a libre demanda, siempre que el niño lo pida, de día y de noche. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.

Cuando los niños recién nacidos se enferman, lo recomendable es acudir al médico para que sean examinados y valorados y que de tal manera el profesional decida el tratamiento que debe seguir para recuperar su estado de bienestar. No se recomienda la ingestión de ninguna otra sustancia que no sea la leche materna, debido a la fragilidad de su sistema digestivo que puede ocasionar complicaciones posteriores.

El recién nacido debe ser alimentado de 8 a 12 veces al día, cada vez que lo desee; proporcionar una adecuada alimentación en un correcto intervalo de tiempo entre toma y toma puede prevenir la hipoglucemia neonatal que aunque es poco frecuente se puede dar por la falta de alimento proporcionado al niño durante el día.

3.2.6.1.4 Higiene del Recién Nacido

En cuanto al baño de los niños, 10 de las 14 madres mencionan que utilizaban agua, jabón y shampoo para el baño de sus hijos; mientras 4 de las 14 madres también utilizaba agua de manzanilla para el baño. Con relación a la frecuencia del baño, 8 de las 14 madres indican que lo realizaban cada día, y 6 de ellas, lo hacen pasando un día.

Hay que tener en cuenta que el abuso de jabones y la excesiva temperatura, frecuencia o duración de los baños favorecen la aparición de sequedad cutánea o dermatitis irritativa, por lo que el baño del recién nacido debe realizarse con jabones neutros o discretamente ácidos y como lo señale Reeder (1995), no es necesaria la ducha o el baño diario debido a que la piel del recién nacido tiene mecanismos de auto limpieza inherentes.

Por otro lado, la manzanilla es un excelente antiinflamatorio de uso tópico, no perjudicial para la salud del niño cuyo tratamiento es eficaz para problemas tan diversos como la indigestión, la acidez, el mareo, los calambres, la piel inflamada y la falta de sueño en los niños, además que estimula de forma suave la relajación y el sueño.

Al hablar de la limpieza del cordón umbilical, las madres expresaron que la limpieza la realizaban con alcohol y algodón y 3 de ellas lo hacían con agua de manzanilla, además 12 de las 14 madres indican que no colocaban ninguna crema o ungüento sobre el cordón umbilical; mientras que 2 de las 14 mujeres mencionan que colocaban un tipo de ceniza para la cicatrización del mismo, por lo que es importante conocer que la aparición de polvos en la zona umbilical se debe evitar, ya que pueden dar lugar a granulomas, cuerpos extraños o a una desecación excesivamente rápida con riesgo de hemorragias y onfalitis.

Por lo general se recomienda la higiene del el cordón umbilical con algodón y alcohol en cada cambio de pañal, para evitar complicaciones posteriores, además se debe tener cuidado de no desprenderlo hasta que se separe por sí solo y cuando esto ocurre, el ombligo debe de quedar libre de evidencia de inflamación, por lo que el uso continuo de alcohol en torno al área umbilical durante algunos días le mantiene limpia y seca hasta que termina de cicatrizar.

La utilización de ombligueros es frecuente dentro del grupo de madres que conformaron el grupo focal, ya que 10 de las 14 madres utilizaban puperos, todas coinciden que lo hacían para mantener la estabilidad del ombligo y para que no se caiga.

Reeder 1995, señala que la utilización de ombligueros o vendas no están contraindicadas, porque no aceleran la curación y cicatrización del ombligo, pero pueden provocar lesiones en la piel y facilitar el vómito debido a la presión abdominal o asfixia.

3.2.6.1.5 Controles Médicos

Todas las madres coinciden que cuando sus hijos se enfermaban los llevaban al centro médico para que sean atendidos, y acudían a controles mensuales, además para recibir todas las vacunas; sin embargo 2 de las 14 madres refieren que cuando se presentaban alguna molestia como dolores abdominales o cólicos, les brindaban infusiones de manzanilla, y 3 de las 14 mujeres mencionan que les llevaban hacerles “curar”, porque

relacionaban el dolor con alguna fuerza negativa que se introducía en el cuerpo del niño y no le permitía sentirse bien. Conociendo como curar a la acción de frotar sobre el cuerpo plantas medicinales, mientras se invocan a algún Dios pidiendo por el bienestar de la persona y la expulsión de las fuerzas negativas del cuerpo del niño.

Según la OMS casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. , la gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

Por lo mencionado anteriormente, el Estado garantiza, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Con relación a las enfermedades populares como el mal aire, mal de ojo y espanto; las participantes mencionan conocerlas y haberlas escuchado de sus familiares más cercanos (madres, hermanos, tías, abuelas). 13 de las 14 madres compartieron sus experticias personales, en donde se rescató la respuesta más relevante que fue la siguiente:

La manera de curar estas enfermedades era mediante el uso de plantas medicinales como la Santamaría, ruda, ramos benditos y el uso del huevo, el cual indicaba la gravedad de la enfermedad de la persona, mediante la introducción en un vaso de agua.

La aparición de manchas blancas se interpretaba como la enfermedad, y si aparecía proseguían a utilizar el cuy, que de igual manera frotaban al animal por el cuerpo del niño y luego lo mataban; examinaban los órganos del mismo y si la persona estaba muy enferma los riñones se volvían negros; este procedimiento lo realizaban por tres ocasiones y la persona quedaba curada.

El chamanismo es conocido como medicina popular o curandería. Es una actividad que la practican hombres o mujeres indígenas, campesinos y mestizos (llamados shamán o curandero) para curar y sanar a los pacientes de enfermedades como el espanto, mal aire, mal de ojo o enfermedades incurables.

Al proceso de curar o sanar se le denomina limpia. El chamán juega el papel de curandero en las sociedades chamánicas; los chamanes adquieren conocimiento y poder atravesando el axis mundi y trayendo conocimiento de los cielos, aunque se considera que las causas de enfermedad se encuentran en el mundo espiritual, siendo afectadas por espíritus maliciosos o brujería, se utilizan tanto métodos espirituales como físicos para curar.

Comúnmente, un chamán entra en el cuerpo del paciente para hacer frente al espíritu que pone enfermo al paciente, y cura el paciente desterrando el espíritu infeccioso.

CONCLUSIONES

1. Del total de madres multíparas que participaron en los grupos focales, 9 de ellas se encuentran en edad madura y 5 en edad adulta según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. En lo que se refiere al estado civil, 10 están casadas, seguidas por madres solteras que son 2 y divorciadas 1 al igual que viudas; en lo que se refiere a ocupación, 10 de las participantes son amas de casa, dedicadas al cuidado y mantenimiento del hogar y la familia. Por otro lado el nivel de estudio arrojó el número de 7 madres que han estudiado la primaria, 5 la secundaria y apenas 2 han obtenido estudios superiores incompletos.
2. Todas las madres participantes en el grupo focal alimentan a sus hijos con leche materna a libre demanda, como alimento principal, aunque una de ellas complementa la alimentación del recién nacido con leche de fórmula por cuestiones laborales, y un dato importante es que 3 de ellas proporcionaban a sus hijos infusiones de plantas medicinales como es la manzanilla, que si bien es cierto tiene propiedades antiinflamatorias, no es recomendable dar al recién nacido otro alimento que no sea la leche materna, debido a la capacidad gástrica que tiene los niños a esa edad, le puede provocar irritaciones, vómito y diarrea si ingiere alimentos que no son recomendables para su edad.
3. Las madres bañan a los niños con agua, jabón y shampoo, pero también utilizan la manzanilla que ayuda a la relajación del cuerpo y a conciliar el sueño, y no supone un daño para la salud del niño al tratarse de una planta medicinal con propiedades antiinflamatorias, que popularmente ha sido utilizada por años como remedio de algunas enfermedades. De igual manera la frecuencia del baño lo hacen pasando un día ya que el recién nacido tiene mecanismos de autolimpeza por lo que no es necesario el baño diario.

4. En el cuidado del cordón umbilical, todas lo realizan con algodón y alcohol para evitar algún tipo de inflamación o infección, pero 2 de ellas utilizaban una especie de ceniza que ayudaba a la cicatrización, lo cual implica un riesgo, debido a que puede existir la aparición de granulomas que infecten el sitio y provoquen sangrados.
5. El uso de ombligueros es frecuente entre las madres, las cuales relacionaban el uso de ombligueros para evitar la salida del mismo, por la fuerza que los niños hacen al llorar; si bien es cierto no está contraindicado, pero puede provocar presión en el abdomen ocasionando vómito o asfixia en el recién nacido.
6. Todas las madres llevaban al centro o dispensario de salud a sus hijos, en señal de algún síntoma que desencadene en una enfermedad, con el fin de que el médico les proporcione un tratamiento adecuado; pero de igual manera todas tiene creencias en cuanto a enfermedades populares como el mal aire, mal de ojo y espanto, las cuales son curadas por personas preparadas y conocedoras del tema, que mediante el uso de plantas medicinales en un ritual especial, invocan a fuerzas sobrenaturales para que alejen los malos espíritus del cuerpo enfermo y le regresen la salud; estas prácticas no son perjudiciales para la salud al contrario son reconocidas y respetadas por el estado ecuatoriano, siempre y cuando sean practicadas por personas expertas en el tema.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios cualitativos entorno a las creencias, actitudes y prácticas en la salud de las personas adultas mayores y en las mujeres embarazadas, con el fin de rescatar los saberes populares dentro de las comunidades.
2. Implementar en los centros de salud, el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural, para mejorar el nivel de atención a toda la población.
3. Realizar un diagnóstico de creencias, actitudes y prácticas en el barrio de Atucucho sobre los determinantes sociales de salud de todos los grupos poblacionales para evaluar la relación que tienen entre sí.
4. Capacitar al personal de salud que trabaja en las poblaciones rurales y urbanas sobre las creencias, actitudes y prácticas de los pueblos, de tal manera que puedan acceder a las poblaciones sin ser rechazados por falta de conocimiento y respeto hacia los saberes populares.
5. Realizar procesos de información con las madres sobre prácticas perjudiciales y beneficiosas de la salud de los niños.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Iniciativa Mundial sobre Tendencias en Lactancia Materna.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Coordinación Nacional de Nutrición. (2012). Normas, Protocolos y Consejería para Programas de Atención, Nutricional durante el Embarazo Y Parto.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Consejería Materna Infantil.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Política Nacional de Lactancia Materna.
6. Becker, MH. El Modelo de Creencias de salud y Personal de Salud de comportamiento. Monografías de educación para la salud. Vol. 2 No.4.
7. Bustos. G (2010). Enfermería Materna Infantil y neonatal. Compendio de Técnicas. Argentina.
8. Reeder (1995). Enfermería Materna Infantil.
9. Waechter E. (1978). Enfermería Pediátrica. México. Vol. 2, Cuarta Edición.
10. Waley & Wong (1995). Enfermería Pediátrica. España, Madrid, Cuarta Edición.
11. Asamblea Nacional del Ecuador (2008). Constitución de la Republica del Ecuador.
12. Republica del Ecuador. Asamblea Nacional. (2006). Ley Orgánica de la Salud

13. Congreso Nacional (1995). Ley de Fomento, apoyo y protección a la Lactancia Materna
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado.
15. Proaño. C (2010). Diagnostico Participativo de la Comunidad de Atucucho. Tesis grado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
16. Goyes. M. Sostenibilidad Financiera del Centro Médico de la Corporación de Salud de Atucucho. Tesis de Maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
17. Organización Mundial de la Salud (2013). Diez datos sobre la Lactancia Materna. Recuperado 06 de Enero del 2014. Disponible en:<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index.html>
18. Organización mundial de la salud. Lactancia Materna. Recuperado 04 de junio, 2013. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
19. S/N (2000). Leche materna y leche artificial. Recuperado 05 de junio del 2013. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/lactancia_materna/leche_materna_y_leche_artificial.as
20. García. M (2007). Lactancia Artificial. Recuperado 06 de junio del 2013. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Lactancia_artificial_tecnica_indicaciones_formulas_especiales.pdf
21. Schellhorn. C (1997). Lactancia Materna. Recuperado 05 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>

22. S/N(2010)Nutrición Infantil. Recuperado 09 de Junio del 2013. Disponible:
<http://www.elergonomista.com/alimentos/reciennacido.htm>
23. Medline Plus (2012) Nutrición del recién nacido. Recuperado 09 de Junio del 2013.
Disponible:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/infantandnewbornnutrition.html>
24. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2005). Aspectos históricos de la lactancia materna. Recuperado 04 de junio del 2013.
Disponible en: <http://noticias.universia.es/vida-universitaria/noticia/2005/08/17/667103/aspectos-historicos-lactancia-materna.html>.
25. Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Cuidado del recién nacido. Recuperado 05 junio del 2013. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>
26. Brasina. F (2007). Cuidados de recién nacido. Recuperado 05 de junio del 2013.
Disponible en: http://www.enelebarazo.com/cuidados_del_recien_nacido.shtml
27. Domenech. E. Cuidados generales del recién nacido. Recuperado 09 de Junio del 2013] disponible: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf
28. García. E (2011). La higiene del recién nacido. Recuperado 05 de junio del 2013.
Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/higiene-recien-nacido.shtml>
29. S/N (2012). La higiene del recién nacido. Recuperado 05 de junio del 2013.
Disponible en: <http://www.mibebeyyo.com/bebes/1-3-meses/higiene-recien-nacido-491>
30. S/N (2005). Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido. Recuperado 05 de junio del 2013. Disponible en:

<http://www.gapllano.es/consejos/RECOMENDACIONES%20DEL%20CUIDADO%20DEL%20CORDON.pdf>

31. S/N (2012). Higiene de cavidades. Recuperado 05 de junio del 2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/58301340/HIGIENE-DE-CAVIDADES>
32. S/N (2012). Los genitales del recién nacido. Recuperado 05 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/salud-en-la-ninez/bebe-recien-nacido.php>
33. García. F (2012) Higiene y cuidados generales del recién nacido. Recuperado 09 de junio del 2013. Disponible:<http://www.lasprovincias.es/valencia/20080201/salud/higiene-cuidados-generales-recien-20080201.html>
34. Olivera. D (2005). Para qué sirve el control del niño sano. Recuperado 05 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=77020>
35. Definición ABC (2012). Recuperado 25 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/creencia.php>
36. Definición ABC (2012). Concepto de costumbre.). Recuperado 25 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/creencia.php>
37. S/N (2012). Costumbres en la lactancia materna. Recuperado 25 de junio del 2013. Disponible en: <file:///C:/Users/Erika%20Marcela/Desktop/Tesis/Articulos/Mitos%20y%20creencias%20populares%20sobre%20la%20lactancia%20materna.htm>
38. S/N (2012). Concepto de creencia en la salud). Recuperado 25 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.enplenitud.com/las-creencias-y-su-relacion-con-la-salud.html#ixzz1x4cZdcoE>

39. Ministerio de Salud Pública (2011). Control del niño sano. Recuperado 25 de junio del 2013. Disponible en: http://www.chaco.gov.ar/ministeriosalud/dirmaterno/documentos/Importancia_del_control_sano_de_ninos.pdf
40. S/N (2010). Mal de ojo. Recuperado 28 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.esquinamagica.com/articulosombras.php?id1=2&id2=20&idar=245>
41. Universidad de Morelos (2007). Mal aire y espanto. Recuperado 25 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.tlahui.com/medic/medic23/ojoespanto.htm>
42. Organización Mundial de la Salud (2009). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado 05 de Diciembre del 2013. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf
43. Rodríguez. J & Hallo. D. (2012). Mortalidad Infantil en el Ecuador. Recuperado 05 de Diciembre del 2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/94098372/Mortalidad-Infantil-en-El-Ecuador>
44. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2011). Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Recuperado 05 de Diciembre del 2013. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf
45. Tribunal Constitucional del Ecuador. (2006). Ley Orgánica de Salud. Recuperado 05 de Diciembre del 2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/28313047/LEY-ORGANICA-SALUD-VIGENTE>
46. Marín. S (2005). Definición de muerte materna. Recuperado 05 de Diciembre del 2013. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/definiciondeterminos.pdf>
47. García. D. (2012). Dermatitis por contacto. Recuperado 05 de Diciembre del 2013. Disponible en: <http://www.mundoalergias.com/dermatitis-de-contacto/>

48. Figueroa. F. (2009) Cuidados del Cordón Umbilical. Recuperado 04 Enero 2014.
Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/233.html>
49. S/N (2010). Grupos Focales. Recuperado 04 Enero 2014. Disponible en:
<http://avdiaz.files.wordpress.com/2009/08/que20es20grupo20focal.pdf>
50. S/N (2010). Grupos Focales. Recuperado 04 Enero 2014. Disponible en:
http://www.gerza.com/tecnicas_grupo/todas_tecnicas/grupos_focales.html

ANEXOS

1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ESTRUCTURA DEL INDICADOR	TECNICA
Factores Socioeconómicos de la madre		Edad		Numero de madres cuyas edades oscilan entre los 14 - 19, 20-24, 25-35, 36-45 años.	Intervalo	Numero de madres entre 14 y 45 años <hr/> Numero de madres de todas las edades	Grupo Focal
		Multiparidad	Mujeres que han tenido más de un parto.	Numero de madres que han tenido 2 o más partos.	Nominal	Numero de madres que han tenido 2 o más partos. <hr/> Numero de madres que han tenido algún parto	
		Condición económica de la madre.	Es el status económico de una persona donde puede poseer mucho dinero hasta padecer del mismo.	Numero de madres cuya situación económica sea baja, media, alta.	Nominal		
		Situación laboral	Se refiere a ocupar un puesto de trabajo en alguna empresa el cual le genera una remuneración económica o no.	Número de madres que tienen un trabajo estable.	Nominal		
Tipo de Lactancia al Recién Nacido	La alimentación del recién nacido es fundamental para su crecimiento y desarrollo, ya que posee tiene necesidades nutricionales variables durante	Lactancia Materna	La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena	Numero de madres que alimentan al recién nacido exclusivamente con leche materna.	Nominal	Numero de madres que alimentan exclusivamente con leche materna a sus hijos <hr/> Numero de madres que dan algún tipo de alimentación a sus hijos.	

	el periodo de postnatal.	Lactancia Artificial	información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud Las leches artificiales modernas están basadas en leche de vaca que ha sido tratada de manera especial y adaptada para que sea digerible y adecuada para el niño, cuando este no puede hacerlo del seno de su madre	Numero de madres que alimentan al recién nacido exclusivamente con formulas lácteas.	Nominal	Numero de madres que alimentan exclusivamente con formulas lácteas a sus hijos <hr/> Numero de madres que dan algún tipo de alimentación a sus hijos	
Higiene del recién nacido	La higiene del recién nacido es importante y necesaria ya que contribuye a que el niño se sienta más fresco, lo relaja y forma parte de su rutina diaria y, además, juega un papel importante en su salud.	Baño diario	El baño diario del recién nacido es muy importante y necesario, so solo porque hace que el pequeño se sienta mas fresco y limpio, sino también porque es uno de los pilares para mantenerle sano y evitar muchos trastornos.	% de madres que practican el baño diario al recién nacido	Nominal	%de madres que practican el baño diario al recién nacido <hr/> Numero de madres brindan medidas de higiene al recién nacido	
		Cuidado del cordón umbilical	Es importante mantener al muñón del cordón umbilical limpio y seco para evitar algún tipo de infección.	%de madres que brindan al menos un cuidado al cordón umbilical.	Nominal	%de madres que brindan al menos un cuidado al cordón umbilical <hr/> Numero de madres brindan medidas de higiene al recién nacido	
		Limpieza de cavidades	Procedimiento que permite otorgar higiene en las cavidades del cuerpo como boca, ojos, oídos y otorgar confort al recién nacido	%de madres que realizan limpieza de cavidades al recién nacido	Nominal	%de madres que realizan limpieza de cavidades al recién nacido <hr/> Numero de madres brindan medidas de	

		<p>Limpieza de genitales</p> <p>Cambio de pañal</p>	<p>La higiene de los genitales requiere cierta dedicación. En el sexo femenino se deben entre abrir los labios cada vez que se limpia, eliminando todos los elementos extraños que se hayan acumulado. En el varón la higiene es sencilla, mediante la liberación del prepucio para efectuar la higiene.</p> <p>Se debe cambiar el pañal al recién nacido tantas veces como sea necesario. Es mejor hacerlo a menudo, pues si la zona permanece húmeda se puede irritar</p>	<p>%de madres que realizan limpieza de genitales</p> <p>%de madres que cambian el pañal después de cada eliminación al recién nacido</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>higiene al recién nacido.</p> <p>%de madres que realizan limpieza de genitales al recién nacido</p> <hr/> <p>Numero de madres brindan medidas de higiene al recién nacido</p> <p>%de madres que cambian de pañal después de cada eliminación al recién nacido.</p> <hr/> <p>Numero de madres brindan medidas de higiene al recién nacido</p>	
Control médico del recién nacido	Es una actividad periódica de supervisión de salud y desarrollo del menor desde que nace.			%de madres que acuden al control médico del recién nacido	Nominal		
Creencias de las madres en el cuidado del recién nacido		Creencias en la alimentación del recién nacido		%de madres que tienen alguna creencia de la alimentación del recién nacido	Nominal	<p>Creencias en la alimentación del recién nacido</p> <hr/> <p>Creencias de las madres en el cuidado del recién nacido</p>	

		<p>Creencias en el cuidado del cordón umbilical</p> <p>Creencias en el baño del recién nacido.</p> <p>Creencias en la vestimenta del recién nacido</p> <p>Creencias sobre el cuidado de la piel del recién nacido.</p> <p>Creencias sobre enfermedades populares</p>		<p>%de madres que tienen alguna creencia en cuanto al cuidado del cordón umbilical</p> <p>%de madres que tienen alguna creencia en cuanto al baño del recién nacido</p> <p>%de madres que tienen alguna creencia en la vestimenta del recién nacido</p> <p>%de madres que tienen alguna creencia en el cuidado de la piel del recién nacido</p> <p>%de madres que tienen alguna creencia de enfermedades populares</p>	Nominal	<p>Creencias en el cuidado del cordón umbilical</p> <p>Creencias de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Creencias en el baño del recién nacido</p> <p>Creencias de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Creencias en la vestimenta del recién nacido</p> <p>Creencias de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Creencias sobre el cuidado de la piel del recién nacido</p> <p>Creencias de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Creencias sobre las populares enfermedades</p> <p>Creencias de las madres en el cuidado del recién nacido</p>	
--	--	--	--	--	---------	---	--

<p>Actitudes de las madres en el cuidado del recién nacido</p>		<p>Actitudes en la alimentación del recién nacido</p> <p>Actitudes en el cuidado del cordón umbilical</p> <p>Actitudes en el baño del recién nacido</p> <p>Actitudes en la vestimenta del recién nacido</p> <p>Actitudes sobre el cuidado de la piel del recién nacido</p>		<p>%de madres que practican alguna actitud en la alimentación del recién nacido.</p> <p>%de madres que practican alguna actitud en el cuidado del cordón umbilical.</p> <p>%de madres que practican alguna Actitudes en el baño del recién nacido</p> <p>%de madres que practican alguna actitud en la vestimenta del recién nacido</p> <p>%de madres que practican alguna actitud en el cuidado de la piel del recién nacido.</p>		<p>Actitud en la alimentación del recién nacido</p> <p>Actitudes de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Actitudes en el cuidado del cordón umbilical.</p> <p>Actitudes de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Actitudes en el baño del recién nacido</p> <p>Actitudes de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Actitudes en la vestimenta del recién nacido</p> <p>Actitudes de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Actitudes sobre el cuidado de la piel del recién nacido</p> <p>Actitud de las madres en el cuidado del recién nacido</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

		Actitudes sobre enfermedades populares		%de madres que practican alguna actitud sobre las enfermedades populares		Actitudes sobre las populares enfermedades <hr/> Actitudes de las madres en el cuidado del recién nacido	
Prácticas de las madres en el cuidado del recién nacido		<p>Prácticas en la alimentación del recién nacido</p> <p>Prácticas en el cuidado del cordón umbilical</p> <p>Prácticas en el baño del recién nacido</p> <p>Prácticas en la vestimenta del recién nacido</p>		<p>%de madres que realizan alguna practica en la alimentación del recién nacido.</p> <p>%de madres que tienen alguna practica en el cuidado del cordón umbilical.</p> <p>%de madres que tienen alguna practica en el baño del recién nacido</p> <p>%de madres que tienen alguna practica en la vestimenta del recién nacido</p>		<p>Prácticas en la alimentación del recién nacido <hr/>Prácticas de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Prácticas en el cuidado del cordón umbilical. <hr/>Prácticas de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Prácticas en el baño del recién nacido <hr/>Prácticas de las madres en el cuidado del recién nacido</p> <p>Prácticas en la vestimenta del recién nacido <hr/>Prácticas de las madres en el cuidado del recién nacido</p>	

		Prácticas sobre el cuidado de la piel del recién nacido		%de madres que tienen alguna practica en el cuidado de la piel del recién nacido.		Practicas sobre el cuidado de la piel del recién nacido	
		Prácticas sobre enfermedades populares		%de madres que tienen alguna practica sobre las enfermedades populares		Prácticas de las madres en el cuidado del recién nacido	
						Practicas sobre las populares enfermedades	
						Prácticas de las madres en el cuidado del recién nacido	

2. PRUEBA PILOTAJE A REALIZARSE EN LA COMUNIDAD DE PACTO PLANIFICACION DEL GRUPO FOCAL

I DATOS DE IDENTIFICACION:

- a. **Tema:** Creencias actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al manejo del recién nacido
- b. **Fecha:** 29 de abril del 2013
- c. **Grupo:** grupo 8 madres que asisten al Subcentro de salud de Pacto
- d. **Hora:** 10:00
- e. **Duración:** 30 minutos
- f. **Lugar:** Pacto

II DESARROLLO

- g. **Objetivo:** Identificar las creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al cuidado del recién nacido
- h. **Materiales:** cámara de fotos, filmadora, grabadora de voz, papel, lápiz.
- i. **Recursos humanos:** moderador, relator y observador

Preguntas:

1. ¿Qué es para usted la salud?

2. ¿Cuáles piensa que son los factores que ayudan a mantener un buen estado de salud?

3. ¿Quién le enseñó como cuidar a su hijo? ¿Qué le enseñó? ¿Esas enseñanzas son transmitidas de generación en generación?

4. ¿Piensa que es importante mantener la salud de los niños en buen estado y qué medidas se deben cumplir para lograrlo?

5. ¿Cuándo su niño nació, que solía hacer en cuanto al cuidado del niño (alimentación, higiene, controles médicos)?

6. ¿Podría compartir alguna experiencia positiva o negativa que tuvo durante el primer mes de vida de su hijo? ¿Qué hizo frente a la situación?

7. ¿Cuándo su hijo se enfermó a donde lo llevaba? ¿Por qué?

8. Si llevaba a su hijo a controles médicos. ¿Con qué frecuencia lo llevaba? ¿Ha recibido su hijo las vacunas correspondientes?

3. INFORME DE LA PRUEBA PILOTO REALIZADA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE PACTO

- a. **Tema:** Creencias actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al manejo del recién nacido
- b. **Fecha:** 29 de abril del 2013
- c. **Grupo:** grupo de 10 madres que asisten al Subcentro de salud de Pacto
- d. **Hora:** 10:30
- e. **Duración:** 30 minutos
- f. **Lugar:** Pacto

DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL

El día martes 29 de abril del 2013, se llevó a cabo la prueba piloto sobre las creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al manejo del recién nacido, realizada en la parroquia de Pacto, en el Subcentro rural Pacto, área de Salud N18, para lo cual se contó con la colaboración de las estudiantes de octavo semestre de la carrera de enfermería, quienes ayudaron reuniendo a seis madres multíparas pertenecientes a la parroquia de pacto cuyas edades oscilaban entre los 20 y 42 años de edad.

El grupo focal se realizó a las 10:30 de la mañana en las instalaciones del Subcentro de salud de Pacto, en donde intervinieron el moderador, relator y observadores; el objetivo de este pilotaje fue realizar una reevaluación y reestructuración de las preguntas planificadas destinadas a realizarse con las madres de Atucucho como parte de la elaboración de la disertación previa a obtener el Título de Licenciada en Enfermería.

La reunión empezó con la presentación del moderador quien conoció e identifico a cada una de las madres, posteriormente las participante fueron informadas sobre la dinámica de la reunión, los objetivos y el fin que tenía el mismo, además que conocieron que la reunión seria filmada para lo cual dieron su consentimiento de forma verbal.

En seguida se inició con la primera pregunta que era: ¿Qué es para ustedes la salud? La cual tuvo respuestas similares como: “La salud es lo primero porque sin salud no se puede hacer nada” “Es lo más importante para que crezcan sanos”

Con relación a los factores que ayudan a mantener un buen estado de salud las madres respondieron: “las vacunas” “la alimentación” “la higiene” “el control médico”

En la tercera pregunta que se refería al por qué la importancia de mantener la salud de los niños en buen estado, ellas respondieron que si era importante para que los niños puedan tener un buen rendimiento escolar y que les ayude en su inteligencia.

Las madres pudieron compartir experiencias que tuvieron durante el primer mes de vida de sus hijos tales como:

“El niño nació prematuro porque en el invierno yo estaba acostada viendo la televisión y de repente me cayó el rayo en la barriga y se presentaron los dolores y el niño nació y lo tuvieron un mes en una incubadora pero luego se recuperó”

“Mi hijo nació de ocho meses, porque ya no soportaba el peso y el dolor además que tenía las caderas muy estrechas y me hicieron una cesárea, a partir desde que nació solo ha pasado enfermo, le dio neumonía y me dijeron que tiene las defensas bajas porque nació de ocho meses, pero ya tiene un año y ya va mejorando poco a poco”

Con lo que se refiere a la crianza del niño durante el primer mes de vida, las participantes recibieron ayuda de sus madres, tías y suegras, por falta de experiencia, y por costumbre familiar.

Para la alimentación de los niños todas las madres respondieron que daban leche materna y la mayoría empezó la introducción de los alimentos a los seis meses, aunque dos de ellas le dieron biberón a las 4 meses porque se quedó embarazada del segundo niño y ya no pudo darle la leche materna y la otra participante refirió que le dio solo leche materna hasta el año y medio ya que el niño no tomaba ni comía nada más pese a que ella le intentaba dar papillas, colas y sopas.

El baño del niño lo realizaban todos los días con agua y jabón y una de las participantes compartió que bañaba a su niño con agua de la hoja de naranja y manzanilla cuando se resfriaban.

Cuando los niños se enfermaban los llevaban al centro de salud o algún hospital fuera de la provincia, no los curaban en casa.

El cuidado que les daban al cordón umbilical lo hacían solo con algodón y alcohol como les había enseñado en el Subcentro de salud donde nacieron sus hijos, ninguna de las madres utilizaba algún material extra para la higiene del mismo, y luego que le les desprendía el muñón del cordón umbilical utilizaban puperos para que no se les salga el ombligo.

Otra interesante respuesta que se obtuvo fue la utilización de fajas para que los huesos se hagan duros y las piernas no crezcan en forma de arco.

La mayoría del grupo participo abiertamente contando las experiencias durante el primer mes de vida, pero dos de ellas no tuvieron la misma actitud que por sus expresiones, rehusándose a contestar en público por miedo de responder de manera equivocada.

EVALUACION

Luego de revisar las preguntas y respuestas obtenidas por las madres, se llegó a la conclusión de realizar un reajuste en lo que se refiere a la creencia del espanto, mal aire y mal de ojo, además de enfocar de manera más directa al primer mes de vida de los niños para así obtener las respuestas deseadas para cumplir con el objetivo del grupo focal.

4. PLANIFICACION DEL GRUPO FOCAL A REALIZARSE EN LA COMUNIDAD DE ATUCUCHO

I DATOS DE IDENTIFICACION:

- a. **Tema:** Creencias actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al manejo del recién nacido
- b. **Fecha:** 6 y 5 de enero del 2013
- c. **Grupo:** grupo 8 madres que asisten a la Corporación de Salud de Atucucho
- d. **Hora:** 14:00 (2 pm)
- e. **Duración:** 30 minutos
- f. **Lugar:** Centro de Salud de la Corporación de Atucucho

II DESARROLLO

- a. **Objetivo:** Identificar las creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al cuidado del recién nacido
- b. **Materiales:** cámara de fotos, filmadora, grabadora de voz, papel, lápiz.
- c. **Recursos humanos:** moderador, relator y observador

III PREGUNTAS:

1. ¿Qué es para ustedes la salud?
2. ¿Piensa que es importante mantener la salud de los niños en buen estado y qué medidas se deben cumplir? SI/NO ¿Por qué?
3. ¿Quién le enseñó como cuidar a su hijo? ¿Qué le enseñó? ¿Esas enseñanzas son transmitidas de generación en generación?
4. ¿Cuándo su niño nació, que solía hacer en cuanto al cuidado del niño (alimentación, higiene, controles médicos)?
 - ¿Qué utilizaba para bañar a su hijo?
 - ¿Con que frecuencia lo bañaba?
 - ¿Con que alimentaba a su hijo?
 - ¿Cuántas veces alimentaba a su hijo?
 - ¿Qué cuidados le daba al cordón umbilical?

¿Aplicaba alguna crema o ungüento sobre el cordón umbilical?

¿Utilizaba puperos? ¿Por qué?

5. ¿Podría compartir alguna experiencia positiva o negativa que tuvo durante el primer mes de vida de su hijo? ¿Qué hizo frente a la situación?
6. ¿Cuándo su hijo se enfermó a donde lo llevaba? ¿Por qué?
7. Si llevaba a su hijo a controles médicos. ¿Con qué frecuencia lo llevaba? ¿Ha recibido su hijo las vacunas correspondientes?
8. ¿Ha escuchado alguna vez sobre el espanto, mal aire, mal de ojo?
9. ¿En dónde ha escuchado?
10. ¿Alguna vez le sucedió a su hijo? SI/NO ¿Qué hizo frente a la situación?

5. GUIA PARA EL DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL (PAPEL DEL MODERADOR)

Buenas días y bienvenidos a nuestra sesión. Gracias por dedicar un tiempo para participar en esta actividad. Mi nombre es Verónica y estoy encargada de llevar a cabo nuestra reunión. Hoy me acompañan Lizbeth y Erika quienes participaran como observadoras de este taller. El día de hoy vamos a llevar a cabo un grupo focal que es una reunión en donde vamos a compartir opiniones, vivencias e intercambiar experiencias sobre el cuidado de sus hijos después de su nacimiento.

Esta reunión tiene como objetivo conocer las creencias, actitudes y prácticas que ustedes aplican para el cuidado de sus hijos, además es importante mencionarles que la información que nos provea este taller será parte del Trabajo de Investigación que está realizando la Señorita Erika Peñafiel para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Cabe recalcar que en esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Favor siéntase con libertad de expresar su opinión, aun cuando esta difiera con la que expresen sus compañeros.

Se les pide que por favor hablen alto ya que estaremos grabando sus respuestas, ya que no queremos perdernos ninguno de sus comentarios, si varios participantes hablan al mismo tiempo, la grabación se perderá.

Estaremos llamando a cada uno por el primer nombre, los cuales no incluirán en el informe final para asegurar la confidencialidad. Además queremos pedimos su autorización para la manipulación y publicación de la información en el presente trabajo de investigación. Tengan en cuenta que estamos tan interesados en los comentarios negativos como en los positivos.

Nuestra sesión durará aproximadamente 20 minutos, y no tomaremos ningún receso formal. Colocaremos tarjetas frente de Usted, para que nos ayuden a recordar los nombres de cada cual.

Fecha: 06-10-2013

Lugar: Corporación de salud de Atucucho

Actividad: Grupo Focal

- a. **Tema:** Creencias, actitudes y prácticas de las madres multíparas frente al cuidado del recién nacido.
- b. **Nombre del moderador:** Verónica Campoverde
- c. **Nombre del observador:** Erika Peñafiel
- d. **Nombre del relator:** Lizet Dután

Participantes: 8 madres que asisten a la corporación de Atucucho

- a. ¿Qué es para ustedes la salud?
- b. ¿Piensa que es importante mantener la salud de los niños en buen estado y qué medidas se deben cumplir? SI/NO ¿Por qué?
- c. ¿Quién le enseñó como cuidar a su hijo? ¿Qué le enseñó? ¿Esas enseñanzas son transmitidas de generación en generación?
- d. ¿Cuándo su niño nació, que solía hacer en cuanto al cuidado del niño (alimentación, higiene, controles médicos)?
 - ¿Qué utilizaba para bañar a su hijo?
 - ¿Con que frecuencia lo bañaba?
 - ¿Con que alimentaba a su hijo? -¿Cuántas veces alimentaba a su hijo?
 - ¿Qué cuidados le daba al cordón umbilical?
 - ¿Aplicaba alguna crema o ungüento sobre el cordón umbilical?
 - ¿Utilizaba puperos? ¿Por qué?
 - ¿Colocaba a su hijo algún tipo de amuleto? Y xq?
- e. ¿Podría compartir alguna experiencia positiva o negativa que tuvo durante el primer mes de vida de su hijo? ¿Qué hizo frente a la situación?
- f. ¿Cuándo su hijo se enfermó a donde lo llevaba? ¿Por qué?

- g. Si llevaba a su hijo a controles médicos. ¿Con qué frecuencia lo llevaba? ¿Ha recibido su hijo las vacunas correspondientes?
- h. ¿Ha escuchado alguna vez sobre el espanto, mal aire, mal de ojo?
- i. ¿En dónde ha escuchado?
- j. ¿Alguna vez le sucedió a su hijo? SI/NO ¿Qué hizo frente a la situación?

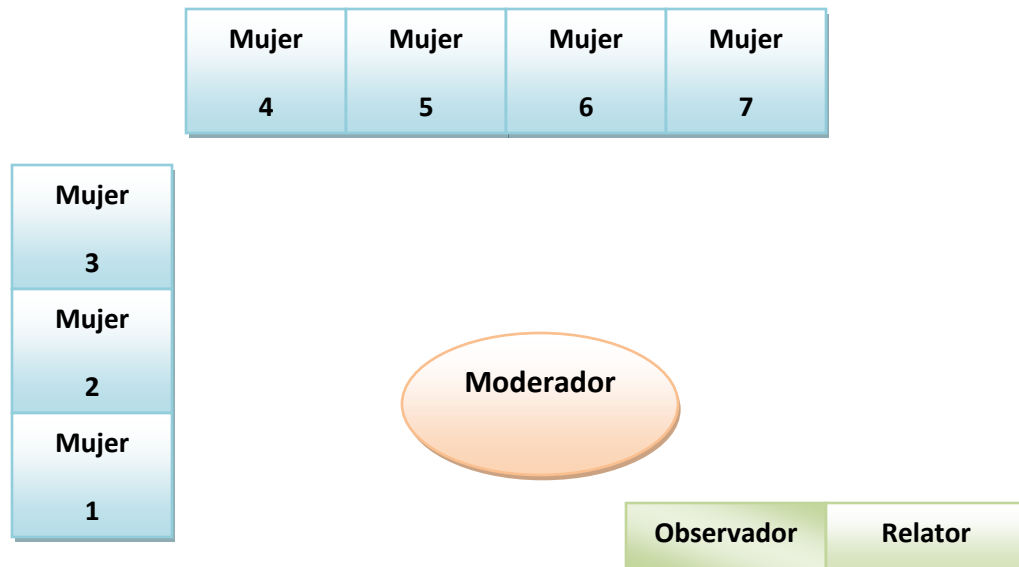
6. PAPEL DEL OBSERVADOR: PREGUNTAS ORIENTADORAS

- a. **Descripción del lugar de la reunión:** Espacio físico adecuado.
- b. **Descripción del Grupo:** caracterizar el grupo de acuerdo a la presentación realizada.

GRUPO N° 1	
PARTICIPANTE	CARACTERISTICA
MUJER 1	Participativa
MUJER 2	Sonriente
MUJER 3	Habla claro y participa
MUJER 4	Callada, respuestas cortas
MUJER 5	Participa
MUJER 6	Entusiasta
MUJER 7	Le cuesta expresarse

GRUPO N° 2	
PARTICIPANTE	CARACTERISTICA
MUJER 1	Activa
MUJER 2	Sonriente
MUJER 3	Habla fuerte
MUJER 4	Activa
MUJER 5	Participa
MUJER 6	Sonriente
MUJER 7	Habla fuerte, amable

c. Sociograma:



d. Dinámica de Grupo: Participación

PARTICIPANTE	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	TOTAL
PREGUNTA 1	X	X	X	X	X	x	X	
PREGUNTA 2	X	X	x	X	X	X	X	
PREGUNTA 3	X	X	X	X	X	X	X	
PREGUNTA 4	X	X	X	X	X	X	X	
PREGUNTA 5	X	X	X	X	X	X	X	
PREGUNTA 6	X	X	X	X	X	X	X	
PREGUNTA 7	X	X	X	X	X	X	X	
PREGUNTA 8	X	X	X	X	X	X	X	
PREGUNTA 9	X	X	X	X	X	X	x	
PREGUNTA 10	X	x	X	x	X	X	X	

e. Presentación de la Herramienta (evaluación)

HERRAMIENTA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Moderador	X		
Observador	X		
Relator	X		
Materiales de audio y video	X		

f. Pauta de chequeo: Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador)

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Lugar adecuado en tamaño y acústica	X		
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del Grupo focal.	X		
Asistentes sentados en U en la sala.		X	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	X		
Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.	X		
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión.	X		
Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes	X		
Permite que todos participen	X		
Reunión entre 30 y 40 minutos.	X		
Registro de la información (grabadora o filmadora)	X		
Refrigerios adecuados y no interrumpen el desarrollo de la actividad.	x		

7. Transcripción de la reunión:

a. Grupo Focal N°1

Buenas tardes con todas y bienvenidos a nuestra reunión. Mi nombre es Verónica y estoy acompañada de Erika y Lizet que van a estar participando con nosotras como observadoras, lo que vamos a realizar ahora es un grupo focal. Pero ¿Qué es un grupo focal? Un grupo focal es una reunión en donde todas nosotras vamos a compartir opiniones y vivencias y a la vez intercambiar experiencias con respecto al desarrollo de sus hijos, o sea lo que ha pasado después que sus hijos han nacido. Además el objetivo es conocer las creencias, actitudes y prácticas que ustedes aplican en el cuidado de sus hijos después del nacimiento, como ya les explique.

Es importante mencionar que la información que vamos a recolectar el día de hoy va a formar parte de un trabajo de investigación de la señorita Erika Peñafiel para la obtención de un título de enfermería de la Universidad Católica.

Cabe recalcar que en esta actividad no va haber respuestas correctas o incorrectas, así que siéntanse por favor en la libertad de expresar su opinión sin importar lo que su compañera exprese. Se les pide que por favor hablen alto por lo que va a ser grabada esta reunión y no queremos que la grabación se pierda y hablar al mismo tiempo también puede traer algunos problemas.

Queremos también pedir su autorización para poder manipular y publicar la información que podamos obtener el día de hoy en este trabajo de investigación. Tengan en cuenta que estamos muy interesados en sus respuestas, sean negativas como sean respuestas positivas, nuestra reunión va a durar al cabo de unos veinte minutos, entonces no va haber lapsus entre este tiempo y después de esto vamos a entregarles un pequeño refrigerio, entonces vamos a empezar.

Me gustaría iniciar conociendo ¿Qué es para ustedes que es la salud?, que tiene en mente más o menos un concepto de salud. **Participante 1:** Es estar sanos, sentirse bien con buenas energías. **Participante 2:** Estar bien hasta para trabajar o hasta para poder salir todos los días, tener salud y energía. Claro la salud es un derecho, es muy importante la salud. Que me podría decir usted, **Participante3:** Es un derecho que nos garantiza el

estado, sentirnos bien. Para usted que es la salud señora, **Participante 4:** es estar bien para trabajar para cuidar a mis nietos, para estar en la casa y estar bien. **Participante 5:** Es no enfermarse. Que podría mencionar usted, **Participante 6:** Es tener fuerza para trabajar y hacer todo. **Participante 7:** Es estar bien y que no le duela nada.

Piensen ustedes que la salud es muy importante para mantener a los niños en buen estado y qué medida se deberían cumplir. **Participante 1:** Si es importante y hay que darles protección, tener cuidado, para que el niño crezca bien. **Participante 2:** si es importante para tener niños sanitos y no enfermitos, dándoles de comer y llevándoles al médico. Claro cumpliendo todo lo que en el centro de salud nos recomiendan. Usted que podría decir al respecto. **Participante 3:** si es muy importante, dándoles de comer bien. **Participante 4:** claro es muy importante, hay que llevarles al centro médico, y lavarles bien las manos, que coman bien. **Participante 5:** Igual darles de comer bien. **Participante 6:** yo pienso que si es importante y hay que enseñarles hacer aseados para que no se enfermen. **Participante 7:** si es lo más importante, primero la lactancia, cuando uno va a dar de lactar saben decir que primero hay que uno limpiarse los pezones para que no le de infección al bebe, hay que estar con las manos limpias, y en lo posible hay que limpiarlo y bañarlo correctamente para que no les de ningún tipo de enfermedad, y de ahí cuando ya comienzan a caminar y a comer en la dieta hay que ponerles un poco de fruta, un poco de verduras y un poco de arroz.

Me podrían compartir quien les enseñó como cuidar a su hijo. **Participante 1:** Las mamás siempre nos enseñan. **Participante 2:** la familia. **Participante 3:** las mamás siempre les enseñan y la familia. **Participante 4:** Mis abuelitos, mi mami y mi familia. **Participante 5:** igual, vimos lo que cuidan mi mamá o la familia y ya sabíamos como es de cuidar, ya se aprende a cuidar uno también. **Participante 6:** a mí me enseñó mi mamá, mis hermanas y las recomendaciones siempre del centro de salud. **Participante 7:** Siempre me han enseñado mi mamá y mi hermana y también en el centro de salud nos enseñaban como debemos tratar a los bebés desde que nacen, la alimentación y la lactancia y como hay que cuidarlos para que no se enfermen.

Claro y específicamente quisiera saber que hacía usted cuando su niño nació, en cuanto a la alimentación. Higiene y controles médicos. Por ejemplo, Que utilizaba usted para bañar a su hijo. **Participante 1:** todos los días con agua calentadita para bañarle y shampoo. Algo

más que implemente. **Participante 2:** pasando un día con agua tibia, el shamposito, jabonsito, y tratar de que el niño no se nos suelte y se nos ahogue, de pronto, porque suele pasar estas cosas, tener más cuidado. Usted por ejemplo con que bañaba a su hijo. **Participante 3:** con shampoo, jabón, toallas húmedas, pasando un día. Y usted señora. **Participante 4:** Igual con lo mismo, le bañaba pasando un día. **Participante 5:** yo le bañaba todos los días y solo usaba jabón y el agua que no esté muy caliente, **Participante 6:** sabía bañarle con agua de manzanilla pasando un día. Y usted que nos podría contar: **Participante 7:** solo con jabón y shampoo y pasando un día.

Y con que alimentaba a su hijo. **Participante 1:** Con el seno y cuando ya se hacían de los seis meses en adelante le daba frutitas. ¿Y con qué frecuencia lo alimentaba? Cada vez que pedía. **Participante 2:** Con el seno y después ya fue creciendo más le di coladitas, frutitas, papillas. ¿Y con qué frecuencia lo alimentaba? Cada que lloraba. **Participante 3:** con coladitas y seno ¿Y con qué frecuencia lo alimentaba? Cuando estaba pequeña cuantas veces quería, y de ahí cuando iba creciendo ya pedía menos. **Participante 4:** con el seno. ¿Y con qué frecuencia lo alimentaba? Cada rato. **Participante 5:** le daba el seno ¿Y con qué frecuencia lo alimentaba? Cada que lloraba había que darle. **Participante 6:** solo el seno ¿Y con qué frecuencia lo alimentaba? Cada que quería. **Participante 7:** le daba el seno ¿Y con qué frecuencia lo alimentaba? En el centro de salud nos dicen que hay que alimentarlos cada vez que ellos quieran.

Cuéntenme, ¿Le daba algún cuidado especial al cordón umbilical y colocaban alguna crema o ungüento? **Participante 1:** solo nos aconseja pasarle el algodoncito con el alcoholcito. **Participante 2:** Bueno cuando habido infección y hemos estado lejos, antiguamente no habido centro médico donde vivíamos en el campo, estábamos lejos, entonces nosotros cogíamos y le lavábamos con agüitas así de hiervas y luego le poníamos la ceniza de la estera quemándole le poníamos con algodoncito para que se venga a secar, con eso secábamos, nosotros hemos hecho. Usted que podría decir al respecto. **Participante 3:** Solo con agua y luego desinfectar con alcohol. **Participante 4:** Se desinfectaba el ombligo con algodón y alcohol cada vez que se cambiaba de pañal **Participante 5:** nos han enseñado que no hay que ponerles nada, solo desinfectar con algodón y alcohol. **Participante 6:** Solo con alcohol no utilizaba nada más. **Participante 7:** solo con el baño diario.

Con relación a los puperos eran utilizados?. **Participante 1:** si, para amarrarle y cuando se salía el ombligo le poníamos el algodón con una moneda para que entre el ombligo. **Participante 2:** Si, para que no venga saliendo el ombliguito **Participante3:** no, porque no tenía esa costumbre. **Participante4:** También se le ponía cuando lloraba, siempre se les salía el ombligo y siempre se les amarraba y hasta grande. **Participante5:** para que no se les salga el ombligo por la fuerza que lloran. **Participante6:** no utilizaba, porque me dijeron que era malo y que se podían ahogar. **Participante7:** si, para que no se salga el ombligo.

Colocaba algún tipo de amuletos? **Participante 1:** A veces si en la costa, ahí saben coger y le ponen un santito en la cabecita o en el pañalito, supuestamente eso dicen que les aleja de los malos espíritus. **Participante 2:** Yo utilizaba un rosario para que no le de malas energías o para que no le coja el ojo que dicen. **Participante 3:** la pulserita roja para que no le ojeen. **Participante 4:** Yo no ponía nada. **Participante 5:** Lo mismo le ponía el hilito rojo y se acabo con eso criaba. **Participante 6:** manillita roja para que no le ojeen. **Participante 7:** De pronto le ponía el hilito rojo que dicen que es para las malas energías, cuando supuestamente decían que estaban ojeados les poníamos alcanfor.

Me podría compartir usted alguna experiencia positiva y negativa que tuvo durante el primer mes de su hijo, algo que a usted le haya marcado y recuerde bastante. **Participante 1:** Los cólicos para eso se hacía agüita de manzanilla flor el valor de medio vasito y se pone manteca de chanco blanco un poquito y con eso se cura, cuando tenían cólico **Participante 2:** a veces se les da agüita de anís con la barba de cebolla para que le saque el cólico **Participante 3:** que se enfermo de salud, lo primero que le lleve al médico, pero el médico no le mejoro, y luego le bañe con esa agüita de que le decimos de esa flor amarilla que hay en los parques con eso le bañe y con eso se me sano, luego le di el agüita de anís con la barba de cebolla. **Participante 4:** Cuando son los primeros días el seno viene a doler cuando se da el seno, le lastima entonces eso sufrí yo, como era madre primeriza y jovencita, se medaño el seno, y lloraba yo y lloraba el bebe porque no podía lactar, primero tuve que quitarle el seno ocho días a mi hijo para que se me compusiera el pezón y de ahí volví a darle de lactar porque era imposible, aunque le rechazo porque no quería el seno y luego ya tuve más cuidado para que no pasar lo mismo. **Participante 5:** mi hijo era tranquilita. **Participante 6:** ninguna **Participante 7:**

Y cuando su hijo se enfermaba a donde lo llevaba. **Participante 1:** Siempre al subcentro de salud porque a nosotros siempre nos han dicho que a la primera reacción de vomito o fiebre o alguna cosa hay que llevarle al médico. **Participante 2:** Yo le llevaba a vacunar y siempre al médico, porque le hacía reacción la vacuna o para hacerle revisar que todo esté bien porque uno cuando es primerizo no se sabe cómo atender a las guaguas **Participante 3:** De pronto al centro de salud o cuando tenía problema de gases le daba palmaditas en la espalda o agua de orégano, y cuando era ya grave si le llevaba la medico **Participante 4:** A veces le llevaba cuando mucho lloraba tenía mucho vomito o diarera le llevaba hacer limpiar del mal aire o espanto y se me sanaban, no necesita llevarle al centro médico. **Participante 5:** al centro médico para que lo atiendan bien. **Participante 6:** Si le llevaba desde principio, porque así nos recomiendan. **Participante 7:** al centro médico o sino de repente con agüita del natural limpiaba, quedaban bien en mis hijas en la primera y segunda la ultima ya conoce doctoras.

Con que frecuencia llevaba al médico a sus hijos?. **Participante 1:** cada mes para recibir las vacunas. **Participante 2:** para el control cada que le llamen para que le revise. **Participante 3:** si cada control según la fecha que tocaba. **Participante 4:** siempre al centro médico. **Participante 5:** al centro de salud para los controles. **Participante 6:** igual **Participante 7:** donde el médico.

¿Ha recibido todas las vacunas? **Participante 1:** si **Participante 2:** si **Participante 3:** me falta pero si le voy hacer poner. **Participante 4:** si **Participante 5:** si **Participante 6:** si **Participante 7:** si

¿Ha escuchado alguna vez sobre el espanto, el mal ojo o mal aire? ¿Dónde lo ha escuchado? **Participante 1:** si, entre la familia siempre se ha escuchado del mal aire del mal de ojo, **Participante 2:** si, a mis padres. **Participante 3:** si, a mi mamacita. **Participante 4:** si, de mi mama y hermanas **Participante 5:** si a mis vecinas porque yo no vivía donde sus padres. **Participante 6:** si, a mi familia **Participante 7:** si, a mi mama y abuela.

¿Alguna vez le ha sucedido a su hijo, y que hizo?

Participante 1: si, a la más pequeña, venia malita le pasaban el huevito y quedaba bien **Participante 2:** si, mi mamacita le limpiaba con un poquito de ruda y eso era bueno y se sanaba **Participante 3:** si, mi mama les curaba a mis hijos cuando eran pequeños les daba

el malaire les curaba con ruda, Santamaría, ortiga y les ponía colonia.. **Participante 4:** si, originalmente les limpiaba con la rama de cebolla blanca y ají y les pasaba y funcionaba y se solucionaba porque es lo que uno se cree **Participante 5:** si, con ramos benditos y escupiéndole agua bendita. **Participante 6:** si de repente si estaban más empeorados utilizaban el cuy amarillo, ellas daban remedio natural, hierbas y le limpian con el cuy y como veía el cuy todito ellos ven si están mal, matan el cuy y ven si el hígado está negro es porque está mal, lo revisan todito y le mandan limpiando con trago y huevo. **Participante 7:** si, le fuman y le escupen trago

Que importante cada una de sus experiencias y vivencias, como ustedes mismos han dicho es muy importante la salud de los niños, pero más importante es saber cómo mantener una buena alimentación, higiene, mediante cuidados óptimos y siempre bajo la protección de un centro de salud.

Les agradecemos mucho la confianza depositada al compartir parte de sus vidas, crean que la información obtenida es muy importante para el presente trabajo de investigación, les agradecemos su tiempo y proseguiremos a entregarles unos refrigerios.

b. Grupo Focal N° 2

Buenas tardes con todas y muchas gracias por dedicar un poco de tiempo para realizar esta actividad. Mi nombre es Verónica y yo soy la encargada de llevar a cabo esta reunión, estoy acompañada de Erika y Lizet que son observadoras de este taller. Lo que vamos a realizar es un grupo focal. Pero ¿Qué es un grupo focal? Un grupo focal es una reunión donde vamos a compartir nuestras vivencias y opiniones y a la vez intercambiar experiencias de acuerdo al cuidado de sus hijos desde el nacimiento. El objetivo es intercambiar creencias, actitudes y prácticas como ya les mencione del cuidado de sus hijos

Es importante mencionar que la información recopilada en esta reunión va hacer empleada como parte de un trabajo de investigación, para la obtención de un titulo de Enfermería de la señorita Erika Peñafiel.

En esta actividad no va haber respuestas correctas o incorrectas, por eso siéntanse por favor en la libertad de responder sus opiniones. Es importante que tengan sinceridad no se sientan acomplejadas ni sientan vergüenza, las respuestas son muy importantes, tanto negativas como positivas. Procuremos alzar un poco la voz porque van hacer grabadas y no queremos que se distorsione el video, y también todas sus opiniones son muy importantes para nosotras. También queremos pedirles su autorización para poder manipular y publicar la información como parte de un trabajo de investigación.

Nuestra sesión dura aproximadamente treinta minutos sin intervalos y luego les vamos a brindar un refrigerio por su colaboración.

Entonces vamos a empezar, me gustaría saber ¿qué significa para usted la salud?. **Participante 1:** Mantenerse bien sin ninguna enfermedad. **Participante 2:** Uno sentirse bien para estar bien y que los niños no se enfermen. **Participante 3:** Para mí la salud es un bienestar de mi mismo y para poder servir a mis hijos, a mi hogar y en mi trabajo. **Participante 4:** es no tener ninguna enfermedad. **Participante 5:** tener fuerzas para trabajar y que no me duela nada. **Participante 6:** igual, es estar bien. **Participante 7:** alimentarse bien para no enfermarse.

¿Cree usted que es importante que su niño se encuentre sano? **Participante 1:** Si ¿Por qué? para que no le coja ninguna enfermedad grave. **Participante 2:** Enseñándole bien lo

que es la higiene, lavar los alimentos antes de comer, asearse bien su cuerpo y tratar de evitar cualquier contagio de alguna enfermedad como la gripe la tos. **Participante 3:** si es importante porque si no está sano va a bajar de peso y va a tener alguna molestia y como son bebés todavía no saben señalar que les duele entonces una madre se desespera cuando están enfermos, creo que para que un bebé este sano debe cuidarse la madre igual, también estar sana, por medio de la lactancia comer bien para que no se resfríe la leche. Que interesante su respuesta. Usted que podría decir al respecto. **Participante 4:** yo pienso que es importante y se logra mediante la comida y cuidar que estén limpiitos. **Participante 5:** igual mediante la comida. **Participante 6:** es importante llevarle al médico para que le vea que este sano y darles de comer bien. **Participante 7:** si es muy importante y hay que cuidarles bien, con una adecuada alimentación y darles sobre todo el seno, no el biberón porque dicen que eso es malo.

¿Quién le enseñó a cuidar a sus hijos? **Participante 1:** mis papas **Participante 2:** mi abuelita y mi mamá. **Participante 3:** mi familia. **Participante 4:** mi mamá y mis tías. **Participante 5:** mi mamá. **Participante 6:** mi hermana. **Participante 7:** mis abuelitos papas.

¿Que utilizaba para bañar a su niño? **Participante 1:** Yo utilizaba agua de manzanilla y jabón dove que había en ese tiempo. ¿Para que le bañaba con manzanilla?, porque dicen que es bueno mi mamá me enseñó así. **Participante 2:** Los primeros baños siempre se les dan con agua de manzanilla porque así nos han enseñado nuestros padres, hasta tres bañitos se les daba con agua de manzanilla. ¿Con que bañaba a su hijo? **Participante 3:** Con agua de rosas porque dicen que es saludable porque es una planta que cura la vista. **Participante 4:** Con agua de manzanilla sin jabón. **Participante 5:** Con agua de manzanilla y agua con agua de avena. Cuénteme que interesante. Solo se pone la avena en el agua hervida y ya y dicen que es bueno para la piel. **Participante 6:** Con agua y jabón de bebé, porque así me han enseñado. Usted que me puede contar. **Participante 7:** Con agua tibia jabón de glicerina porque mi bebé era sensible al sol y con agua de manzanilla, porque mi mamá dice que es algo medicinal para cuidar al bebé. ¿Con que frecuencia bañaba a su bebé? **Participante 1:** Pasando un día. **Participante 2:** pasando un día para que no se resfríen mucho porque los pulmoncitos de ellos no están bien desarrollados como los nuestros y están propensos a sufrir gripes y resfriados y sufrir temperaturas bajas. **Participante 3:** Cuando están los días calientes le bañaba todos los días y cuando los días eran fríos pasando un día. **Participante 4:** Pasando un día. **Participante 5:** pasando un día.

Participante 6: pasando un día para que no se resfríen. **Participante:** todos los días, pero el baño muy rápido porque como no son sucios, solo para que se refresquen.

¿Con qué alimentaba a su hijo? **Participante 1:** Yo trataba de darle el pecho, porque como yo no tenía pezón para mí era difícil, intentaba darle de comer y como el lloraba me sacaba la leche y le daba en biberón. **Participante 2:** Con el seno yo tenía que tomar bastante coladita para tener bastante leche. **Participante 3:** El seno y le daba agüita de manzanilla tres veces a la semana. **Participante 4:** yo como trabajaba le daba en la noche el seno y en el día con biberón. **Participante 5:** Seno, porque es el mejor alimento. **Participante 6:** le daba el seno y a veces agüitas para la barriguita. **Participante 7:** le daba solo el seno.

¿Cuántas veces alimentaba a su hijo? **Participante 1:** las que el pedía. **Participante 2:** cada que lloraba porque estaba con hambre. **Participante 3:** cuando pedía. **Participante 4:** tres veces al día porque el mas dormía. **Participante 5:** las veces que lloraba. **Participante 6:** cada rato. **Participante 7:** las que pida.

¿Le daban algún tratamiento al cordón umbilical? **Participante 1:** Lavándole con agua de manzanilla y limpiándole con alcohol, para que no se le inflame. **Participante 2:** Bueno en eso era bien delicada a mi hijo le duro un mes para caerle porque esas creencias antiguas decían que tenía ombligo de palo porque no se le caí rápido, mi tía le curaba con manzanilla, alcohol yodado un pedazo de esparadrupo y una bola de cebo caliente y con eso le cubría y al día siguiente le limpiaba con sangre de drago y eso le fue cicatrizando. **Participante 3:** le cuidaba con algodón y alcohol se limpiaba dos veces al día. **Participante 4:** le limpiaba con alcohol cada vez que le cambia de pañal. **Participante 5:** le tenía bien desinfectado. **Participante 6:** le limpiaba con algodón y alcohol. **Participante 7:** le limpiaba con agua de manzanilla y le desinfectaba con alcohol.

¿Utilizaba puperos? **Participante 1:** No frecuente porque se le llenaba de pus. **Participante 2:** si, para que no se le salga el ombligo, **Participante 3:** no porque en la maternidad me dijeron que no le ponga, aunque mi mama me decía que si le ponga. **Participante 4:** Si utilice porque nosotros como hemos sido pobres ellos tenían que llorar nosotros los poníamos por ahí que estén llorando y les amarrábamos porque por la fuerza

que hacen cuando lloran se les sale el pupito. **Participante 5:** si use puperos con algodoncito y un granito de alverja o frejol con eso se les hunde y no se salen. **Participante 6:** si use porque dicen que cuando lloran se les sale el pupo por la fuerza que lloran. **Participante 7:** si use para que no se le salga el ombligo.

¿Aplicaba alguna crema o unguento sobre el cordón umbilical? **Participante 4:** a mi me dieron un remedio que cuando se caiga el cordón umbilical, le queme la estera y la ceniza le ponga en el ombligo y santo remedio y se curó.

¿Qué amuletos utilizaban en los bebes? **Participante 1:** el lasito en la mano, para el mal de ojo. **Participante 2:** las cabalongas que son unas bolitas como collares para espantar a los espíritus. **Participante 3:** La manilla roja también los escapularios que nos daban en las iglesias, les bendecíamos y les poníamos en los cuellitos para el mal aire y espanto y yo utilizaba éter con colonia que vendían en las boticas eso era bueno para curarles el espanto y mal aire. ¿Cómo les curaba con eso?, les frotaba en las manitos en las plantitas de los pies. **Participante 4:** Pulserita roja porque decían que no le ojeen. ¿Donde ha escuchado? a mi mami. **Participante 5:** Solo la pulserita roja y la ropa roja las creencias siempre se basan en eso y le pintaba la puntita de la nariz para que no quede virolo con los ojos chuecos. **Participante 6:** la manillita roja. **Participante 7:** la cintita roja.

¿Ha escuchado sobre el mal de ojo, mal aire o espanto? **Participante 1: si escuchado.** ¿Quien le conto sobre el mal de ojo? mi abuelita y mi mami porque siempre han tenido esas costumbres. ¿como le curaban? le desnudaban le pasaban el cigarrillo, le soplaban, le pasaban los huevos y dependiendo como salía los huevos en un vaso con agua le pasaban el cuy, el huevo salía con natas si estaba ojeado o espantado y el cuy supuestamente se moría, se le curaba tres veces y para el espanto también. **Participante 2:** yo si escuchado, pero a mi hija no se ha dado eso. Usted que me puede decir al respecto. **Participante 3:** Mi mama me ha dicho, y le curaba haciéndole bañar con agüita de ruda de Santamaría., le limpiábamos, le bañábamos. Usted como curaba el mal de ojo. **Participante 4:** Cuando había niños mayores se cogía la orinita con algodoncito desinfectado se ponía en los ojos que le entre la orinita tibia y se les hacía tres veces y se les pasaba. ¿Quién le contó? Mi mama y mi abuela. **Participante 5:** a mí me conto mi mama, se les curaba limpiándoles con hierbas. **Participante 6:** a mí me conto mis papas, que le limpiaban con ruda y con cigarrillo.

Participante 7: a mi hija no le dio, pero si escuchado de las vecinas que dicen que les llevan a limpiar para que se sanen, con hierbas medicinales.

¿Cuando se enfermaba a donde los llevaba? **Participante 1:** al centro de salud, cada que se enferme, cada mes para que le vacunen. **Participante 2:** Antes no le llevaba muy frecuente al médico antes cuando sabían estar bien enfermos, se les hacia agüita de remedios todo lo que los mayores han practicado, les limpiaban, cuando tenían dolor de barriga les frotaban ceniza en la barriguita y para la infección se utilizaba la chilca para la diarrea o vomito. Usted cuénteme llevaba a su hijo al centro médico. **Participante 3:** si a los controles todos los meses. **Participante 4:** Siempre le llevaba a los controles. **Participante 5:** Siempre cada mes y le daba agüita de anís para el dolor de barriga. **Participante 6:** si le llevaba al médico, cada vez que se enfermaba. **Participante 7:** le llevaba a todos sus controles y a que le pongan las vacunas.

¿Usted fajaba a sus hijos?¿Por qué? **Participante 1:** dicen que eso les ayuda a crecer rectas las piernas, yo hecho experiencia mis hijos fajados son rectos las piernas. **Participante 2:** si le fajaba hasta los dos meses, para que tengan las piernas rectas y se enduren. **Participante 3:** si le fajaba para que tenga estabilidad. **Participante 4:** mi mama le fajaba yo no. **Participante 5:** Si lo fajo, por lo mismo que dicen para que se enduren. **Participante 6:** si para que crezcan rectitos. **Participante 7:** los primeros meses si hasta que se enduren para que no anden chuecos. Que interesante.


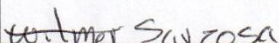
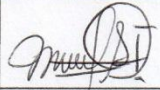
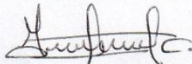



Bueno, les agradecemos a todas por su participación y disposición para realizar este taller, todas sus respuestas son muy importantes e interesantes, gracias por su tiempo y en seguida vamos a entregarles su refrigerio. Gracias a todas y buenas tardes.

**8. CONCENTIMIENTO INFORMADO
GRUPO FOCAL N° 1**

**CONCENTIMIENTO PARA LA PUBLICACION DE LA INFORMACION OBTENIDA POR
MEDIO DEL GRUPO FOCAL.**

FECHA: 06/01/2014

La información obtenida por medio de esta reunión será analizada, interpretada y publicada como parte del trabajo de investigación titulado: CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES MULTIPARAS FRENTE AL CUIDADO RECIÉN NACIDO, para lo cual pedimos su autorización mediante su firma en este documento que respaldará la veracidad de dicha información.


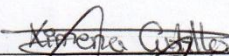
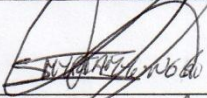
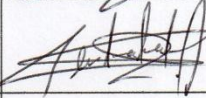
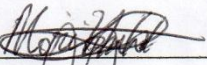
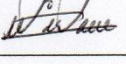
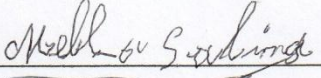
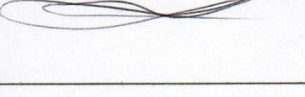
NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA O HUELLA DIGITAL
Alexandra Pin	0921571345	
Rosa M. Romero	3	
Maria E. Soto Torres	171369207-5	
Janeth Jimenez	1714345715.	
Fidelia Acevedo	0201297041	
María Caiza		
Luz Sisalema.	050295822-6	

GRUPO FOCAL N°2

CONCENTIMIENTO PARA LA PUBLICACION DE LA INFORMACION OBTENIDA POR MEDIO DEL GRUPO FOCAL.

FECHA: 06/01/2014

La información obtenida por medio de esta reunión será analizada, interpretada y publicada como parte del trabajo de investigación titulado: CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES MULTIPARAS FRENTE AL CUIDADO RECIÉN NACIDO, para lo cual pedimos su autorización mediante su firma en este documento que respaldará la veracidad de dicha información.

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA O HUELLA DIGITAL
Adriana Munillo	172756174-6	
Ximena Castillo	1723474373	
Miniam Yungan	171628162-9	
Thalia Rosera.	175073249-5	
Mariana Basantes		
Nataly Lanche	172057025-6	
Melva Salinas		
		

9. PLAN DE TRABAJO

a. Cronograma

	MESES DESDE MARZO HASTA ENERO													
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1			
ACTIVIDAD												1	2	3
Ajustes del Marco teórico	X	X												
Validación del instrumento (Guía del grupo focal)		X												
Aplicación de la Prueba Piloto		X	X											
Recolección de la información				x										
Aplicación del Instrumento												x		
Procesamiento de la información												x		
Elaboración de resultados y discusión												x		
Elaboración de recomendaciones y conclusiones												x	x	x
Presentación de la disertación escrita													x	
Presentación de la disertación oral														

b. Presupuesto

INGRESOS		EGRESOS	
Fuente	Valor	Fuente	Valor
RECURSOS		RECURSOS:	
Propios	\$ 2.500	Humanos	\$ 60
		Materiales	\$ 30
		Viáticos	\$ 200
		Curso de investigación	\$ 250
		Derechos de disertación	\$ 1.100
		Costos de publicación	\$ 20
		Empastados	\$ 30
		Impresiones	\$ 70
TOTAL	\$ 2.500	SUB TOTAL	\$ 1.760
		15% de imprevistos	\$ 264
		TOTAL	\$ 2.024

10. FOTOGRAFIAS DEL GRUPO FOCAL



