

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



“Así criamos acá”: Análisis sociocultural de las condiciones y prácticas de cuidado infantil en una comunidad nativa Asháninka de la Región Junín

Tesis para optar el Título de Licenciada en Sociología que presenta:

María Alexandra Díaz Trelles

Asesora: Silvana Eugenia Vargas Winstanley

Diciembre, 2015

AGRADECIMIENTOS

La tarea de escribir una tesis pone a prueba aspectos académicos, pero, también, evoca aspectos motivacionales. En mi experiencia personal, la formación académica en la especialidad fue valiosa; así como, los puentes buscados hacia otras disciplinas, como la Antropología. Esta tesis refleja mi interés por ambas ramas y mi intención, ya conocida, de complementarlas.

Dentro de los aspectos motivacionales, tuve muchos “motores”. El primero, y más íntimo, fue mi amor por el país y las ganas de generar un cambio a favor de las personas que todavía viven en situaciones de desigualdad. Desde un inicio, esta investigación fue pensada, más allá de un documento académico, como una herramienta que permita establecer mejoras en el ámbito estudiado y en la calidad de vida de las familias que lo habitan.

En el camino, mi familia y amigxs representaron apoyos significativos. Los primeros, al darme el tiempo y paciencia necesaria para culminar una investigación como esta. Los segundos, mis amigxs, tuvieron distintos niveles de participación. Agradezco a mis amigas del colegio, quienes, a pesar de desconocer mucho de mi carrera, siempre estuvieron dispuestas a escucharme y motivarme. Gracias a Carla, por ser mi amiga eterna, por demostrarme disciplina y perspectiva; gracias a Ana, quien siempre fue un cálido soporte emocional en los momentos de mayor tensión.

El rol que cumplieron mis colegas de especialidad también fue vital. Aquí, en primer lugar, debo agradecer y destacar el apoyo, prolongado y constante, que tuvo mi asesora de tesis Silvana Vargas. Ella me enseñó que la Sociología, no solo implica “el estudio de la sociedad”, sino también un compromiso personal con esta. Asimismo, agradezco a Sergio, mi otra mitad sociológica, por acompañarme en mi primer viaje de campo, por escucharme y mostrarme una mirada complementaria de las cosas.

También, agradezco a Diana, quien me acompañó en los años de formación, y no dudo en acompañarme también a Sondoveni. Esa experiencia y su amistad, las guardo profundamente. Asimismo, muchas gracias a mis compañeros de promoción y seminario de tesis, de quienes aprendí tanto. Por último, quiero agradecer a José María, mi amigo incondicional; gracias por apoyarme y estar siempre conmigo, la tesis no fue la excepción.

Finalmente, y desde una posición protagónica, agradezco a las madres, niños y niñas, familias de Alto Sondoveni, que compartieron conmigo sus recuerdos, conocimientos, vivencias y sus hogares. Uno de los momentos de mayor satisfacción, fue sentir su confianza y cercanía, aún dentro de tantas barreras. Aquí, fue esencial la participación de Norma, profesora y directora de la comunidad, que hace 25 años decidió comprometerse con la mejora de la educación en la misma. Ella me mostró la verdadera vocación humana, la considero un modelo de docente y también de persona.

¡Muchas gracias a todas y todos ustedes!

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
I. CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Pregunta de investigación.....	5
1.2 Objetivos de la investigación.....	5
II. CAPÍTULO 2: ESTADO DEL ARTE.....	7
III. CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO.....	15
3.1 Enfoques teóricos desde la Sociología.....	15
3.1.1 Prácticas sociales.....	15
3.1.2 Cultura.....	18
3.1.3 Proceso de socialización.....	21
3.2 Cuidado Infantil.....	24
3.2.1 Nociones sobre el concepto de Cuidado.....	24
3.2.2 La evolución del concepto de Infancia.....	26
3.2.3 Determinantes y diversidad en el cuidado infantil.....	28
3.3 Aportes a las prácticas de cuidado infantil en el Perú.....	30
3.4 Desnutrición Infantil.....	36
3.4.1 Nociones sobre el concepto de Desnutrición Infantil.....	36
3.4.2 Factores asociados y modelos causales sobre DCI.....	38
3.5 Modelo conceptual de la investigación.....	41

IV. CAPÍTULO 4: HIPÓTESIS.....	44
V. CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA.....	46
5.1 Ámbito de estudio.....	46
5.2 Población a estudiar.....	48
5.3 Selección de casos.....	49
5.4 Matriz de variables e indicadores.....	51
5.5 Técnicas de recolección de información.....	54
VI. CAPÍTULO 6: CONDICIONES DEL CUIDADO INFANTIL.....	56
6.1 Explorando la comunidad desde sus agentes comunitarios: la escuela y la posta.....	57
6.2 Características de la vivienda.....	59
6.2.1 Ubicación y acceso geográfico.....	59
6.2.2 Descripción de la vivienda.....	61
6.2.3 Acceso a servicios básicos.....	64
6.2.4 Composición familiar.....	65
6.3 Principal actividad productiva e ingresos percibidos.....	66
6.4 Disponibilidad de alimentos y dieta familiar.....	70
VII. CAPÍTULO 7: PRÁCTICAS DE CUIDADO INFANTIL.....	75
7.1 Perfil sociocultural de las madres.....	75
7.2 Caracterizando el modelo de crianza.....	81
7.2.1 Etapas y participantes en el cuidado infantil.....	82
7.2.2 Responsabilidades asignadas a los niños.....	84
7.2.3 Castigos y métodos correctivos.....	86
7.2.4 Alimentación infantil.....	87

7.2.5 Higiene infantil.....	92
7.2.6 Salud infantil.....	95
VIII. CAPÍTULO 8: EXPLORANDO LA INFLUENCIA ENTRE CONDICIONES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO: DISCUSIÓN Y TEMAS EMERGENTES.....	99
8.1 Cuidado Infantil: Entre la autonomía, lo colectivo y la participación.....	101
8.2 Alimentación: Entre los hábitos, las oportunidades y las aspiraciones.....	103
8.3 Higiene: Entre lo ambiental, lo cultural y lo territorial.....	108
8.4 Salud: Entre la identidad cultural y el acceso a recursos.....	111
8.5 Síntesis de condiciones y prácticas de cuidado: hacia las recomendaciones y limitaciones del estudio.....	114
IX. CONCLUSIONES GENERALES.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	124
ANEXOS.....	129

INTRODUCCION

La presente investigación aborda, desde la Sociología, el estudio de las prácticas de cuidado infantil de un grupo de madres Asháninka de la comunidad nativa Alto Sondoveni, distrito Río Negro, provincia Satipo (Junín). El propósito de este trabajo es analizar la influencia del entorno sociocultural de las madres en sus prácticas de cuidado infantil, poniendo énfasis en los campos de alimentación, higiene y salud.

La relevancia sociológica de este estudio se enmarca en la discusión sobre Desarrollo y Políticas y está asociada a que, actualmente, la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) es uno de los males más perjudiciales y letales para los niños y niñas¹ menores de cinco años. El aporte desde las ciencias sociales es valioso, ya que la desnutrición no solo refleja una cuestión de alimentos, sino también de desigualdades sociales.

¹ En adelante, salvo indicación diferente, al mencionar niños e hijos se estará incluyendo a niñas e hijas.

En el Perú, el riesgo de padecer desnutrición crónica es tres veces mayor para los niños de zonas rurales que de zonas urbanas (28.8 % y 8.3 %, respectivamente) (ENDES 2014). Asimismo, esta alcanza los porcentajes más altos en el primer y segundo quintil de pobreza (34 % y 14.1 %, respectivamente) (ENDES 2014). Es evidente que, si bien el promedio nacional de DCI se redujo², la desnutrición crónica continúa, y se acentúa, en las regiones más alejadas y pobres del territorio.

Las estrategias utilizadas por las madres, es decir, sus prácticas de cuidado, se han identificado entre los principales determinantes de la DCI. Sin embargo, la mayoría de esfuerzos se han enfocado en modificarlas en base a pautas “educativas”; así, todavía son necesarios los estudios que busquen conocerlas y comprenderlas. Desde esta aproximación, se enfatiza que las prácticas de cuidado deben ser estudiadas desde la cultura y los contextos sociales que envuelven al niño, ya que estas marcan concepciones de bienestar y patrones de socialización (Rogoff, 2010; Remorini, 2010; Gaskins, 2010; Brooker & Woodhead, 2010; Del Pino, 2012).

Algunos avances en esta línea, se han realizado en la región sierra y costa, pero existe una deuda con las regiones amazónicas. Dentro de este escenario, los Asháninka tienen particular relevancia, al ser la etnia más numerosa en el país; pero también, porque han experimentado una serie de cambios a nivel comunal y familiar, producto de reiterados encuentros forzosos.

² En los últimos años, el promedio nacional de DCI experimentó la siguiente reducción: 23.8% (2009), 23.2% (2010), 19.5% (2011), 18.1% (2012), 14.6% (2013).

Actualmente, los Asháninka, junto con el resto de pueblos amazónicos, son considerados por la Defensoría del Pueblo como una de las poblaciones más vulnerables y olvidadas por el Estado (Defensoría del Pueblo 2008). Las comunidades asháninkas afrontan altas barreras para el acceso a la salud, al agua y al saneamiento; por tanto, se encuentran altas tasas de desnutrición y anemia infantil. Según indicó la Central Asháninka del Río Ene, el 80 % de los niños asháninkas menores de 5 años sufren desnutrición crónica (CARE 2015).

Frente a este contexto, es pertinente reflexionar acerca de las condiciones del entorno político, cultural, social y ambiental, y su relación con las prácticas de cuidado infantil en las comunidades nativas asháninkas. ¿Cómo se desarrolla el cuidado infantil en las comunidades asháninkas?, ¿cuáles son los potenciales obstáculos, oportunidades y estrategias?, ¿cómo dialoga su tradición e identidad étnica con las actuales demandas del cuidado infantil?

Con este estudio, se busca entender las prácticas de cuidado infantil con miras a poder reducir los índices de desnutrición en estos contextos. No obstante, se marca distancia con entradas “fiscalizadoras”, para poner el énfasis en la comprensión, rescatando al actor, en este caso, las madres asháninkas. Por ello, la metodología de estudio se basa en la entrevista a profundidad y la observación participante en sus hogares. Lo que se intenta, es comprender las prácticas de cuidado infantil desde la perspectiva de las madres (desde sus valores, opiniones, experiencias) y desde sus propios espacios (considerando sus estrategias, oportunidades y obstáculos).

El documento está organizado en ocho capítulos. Los primeros cinco capítulos conciernen al diseño de la investigación: Planteamiento del Problema, Estado del Arte, Marco Teórico, Hipótesis y Metodología respectivamente. En el sexto capítulo, se describe el entorno comunal y familiar que envuelve a los niños menores de 5 años de la comunidad. En el séptimo capítulo, se presentan los principales rasgos sociodemográficos de las madres y de su modelo de crianza. Asimismo, se caracterizan las prácticas de cuidado infantil, poniendo énfasis en los campos de alimentación, higiene y salud.

En el octavo capítulo, se presenta la discusión, la cual se centra en el análisis de las prácticas de cuidado infantil y su relación con las condiciones del entorno (político, económico, social, cultural). De ello, se concluye que las particularidades del territorio, las relaciones con el mercado local y los cambios en la identidad cultural son ejes claves para entender el cuidado infantil en estos contextos. Finalmente, se exponen las conclusiones del estudio.

CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En lo que respecta a la primera infancia, la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil es uno de los puntos de agenda más importantes, pero, a la vez, un campo poco explorado desde la Sociología.

La relevancia de la DCI recae en las alarmantes consecuencias que tiene para el desarrollo de los niños y niñas. La desnutrición debilita el sistema inmunológico de los niños, por lo que se enferman de manera más frecuente y aguda. De ahí que, la DCI sea considerada la causa subyacente de 35 % de las muertes infantiles (OMS 2013). En paralelo, esta ocasiona un anormal desarrollo del cerebro, lo que afecta el rendimiento escolar del niño y su futura productividad. Se calcula que un niño con desnutrición reduce hasta en un 22 % sus ingresos futuros (Unicef 2007).

El aporte desde las ciencias sociales es fundamental, ya que la DCI no solo refleja una cuestión de alimentos, sino también de desigualdades sociales. Los indicadores sobre DCI en el mundo muestran diferencias por área de residencia y nivel de riqueza. En el Perú, el riesgo de padecer desnutrición crónica es tres veces mayor para los niños de zonas rurales que de zonas urbanas (28.8 % y 8.3 %, respectivamente) (ENDES 2014). Asimismo, esta alcanza los porcentajes más altos en el primer y segundo quintil de pobreza (34 % y 14.1 %, respectivamente) (ENDES 2014). Es evidente que, si bien el promedio nacional se redujo³, la desnutrición crónica continúa, y se acentúa, en las regiones más alejadas y pobres del territorio.

Las prácticas de cuidado han sido identificadas como uno de los principales determinantes de la DCI. A consecuencia, existe una amplia literatura sobre prácticas de cuidado infantil desde Organismos de Salud. Sin embargo, estos se enfocan en lo que podría denominarse como *pautas de crianza*, es decir, indicaciones sobre cómo brindar el cuidado a los infantes. Vale decir que, este tipo de estudios llevan un trasfondo de normatividad y un sesgo cultural, ya que parten de ideales occidentales de crianza.

En menor medida, se encuentran también investigaciones que brindan cifras y estimaciones periódicas sobre la salud materno-infantil a nivel nacional⁴. Ciertamente, estas son útiles para el monitoreo y toma de decisiones en la salud infantil; no obstante, no permiten una comprensión más profunda e integral del

³ En los últimos años, el promedio nacional de DCI experimentó la siguiente reducción: 23.8% (2009), 23.2% (2010), 19.5% (2011), 18.1% (2012), 14.6% (2013).

⁴ Como, por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

tema en cuestión. De tal modo, todavía son escasos los estudios que aborden propiamente las prácticas de cuidado infantil y que, sobre todo, partan de enfoques más comprensivos (que evaluativos) para entender estas y, de fondo, a la desnutrición infantil.

Los estudios pioneros en esta línea, enfatizan que el cuidado del niño está marcado por la cultura, la economía y los contextos sociales. Uno de estos, es el de Del Pino (2012), para quien la desnutrición debe entenderse considerando las dinámicas familiares, así como las construcciones socioculturales de la infancia. Igualmente, es interesante la mirada de Brooker & Woodhead (2010), quienes asocian el cuidado del niño a circunstancias socioeconómicas específicas y a las convicciones de los propios cuidadores. Algunos estudios similares se han realizado en la sierra y costa del país, pero existe una deuda mayor con las regiones amazónicas.

Dentro de este escenario, los Asháninka tienen particular relevancia al ser la etnia más numerosa en el país, pero además, porque han experimentado una serie de cambios a nivel comunal y familiar. Debido a su importante presencia numérica y su ubicación estratégica en la selva central, a lo largo de la historia, se han realizado recurrentes intentos por “civilizarlos”. Estos vinieron desde entidades religiosas, empresas privadas (como la Peruvian Corporation), grupos terroristas y desde el propio Estado en varios gobiernos (Fabián Arias & Espinosa de Rivero 1997:30-37).

A consecuencia de estos forzosos, y muchas veces abusivos, contactos, los Asháninka quedaron en una situación de mayor vulnerabilidad. Fueron despojados de gran parte de su territorio, lo que generó cambios en sus patrones de asentamiento e incrementó la escasez de alimentos. Estos procesos han impactado en la salud infantil asháninka. Actualmente, las comunidades asháninkas afrontan altas barreras para el acceso a la salud, al agua y al saneamiento; por tanto, se encuentran altas tasas de desnutrición y anemia infantil (Tarqui-Mamani 2009). Según indicó la Central Asháninka del Río Ene, el 80 % de los niños asháninkas menores de 5 años sufren desnutrición crónica (CARE 2015).

La comunidad de Alto Sondoveni es uno de los casos que expresa esta realidad. Alto Sondoveni está localizada en el distrito de Río Negro, provincia de Satipo, departamento de Junín. La actual ubicación de la comunidad en una zona montañosa y agreste, se buscó como refugio de los grupos subversivos. No obstante, este desplazamiento repercutió negativamente en los canales de comunicación, así como en el acceso a recursos y servicios básicos, educativos y sociales. Para el año 2013, el personal de salud local coloca a Alto Sondoveni como el anexo con mayor nivel de desnutrición infantil en la zona. En ese año, el 90% de los niños menores de 5 años tenían desnutrición crónica⁵.

Ante este contexto, se considera pertinente preguntarse: ¿cómo influyen las condiciones del entorno en las prácticas de cuidado infantil de las madres de la comunidad de Alto Sondoveni?, ¿qué estrategias despliegan las madres para

⁵ Reporte recogido en la Posta local de Salud “Alto Paureli” durante el primer trabajo de campo.

hacerle frente a los potenciales obstáculos y dificultades de su entorno? y, asimismo, ¿cómo dialoga su tradición cultural y su identidad étnica con las actuales demandas del cuidado infantil?

Esta investigación está motivada, en primer lugar, por las altas tasas de DCI existentes en gran parte de las comunidades nativas y, de modo particular, en la comunidad de estudio. En segundo lugar, porque se considera relevante analizar un contexto pocas veces estudiado y que plantea retos para el cuidado de los infantes. Con esta investigación, se espera incrementar el conocimiento sobre estos entornos y promover aproximaciones de corte más exploratorio y comprensivo hacia las prácticas de cuidado infantil. Esta es la ruta que falta recorrer para reducir la DCI.

A continuación, se presenta la pregunta de investigación y los objetivos propuestos.

1.1 Pregunta de investigación.

¿Cómo influyen las dimensiones ambiental y sociocultural del entorno en las prácticas de cuidado infantil de las madres de niños y niñas menores de 5 años en una comunidad Asháninka?

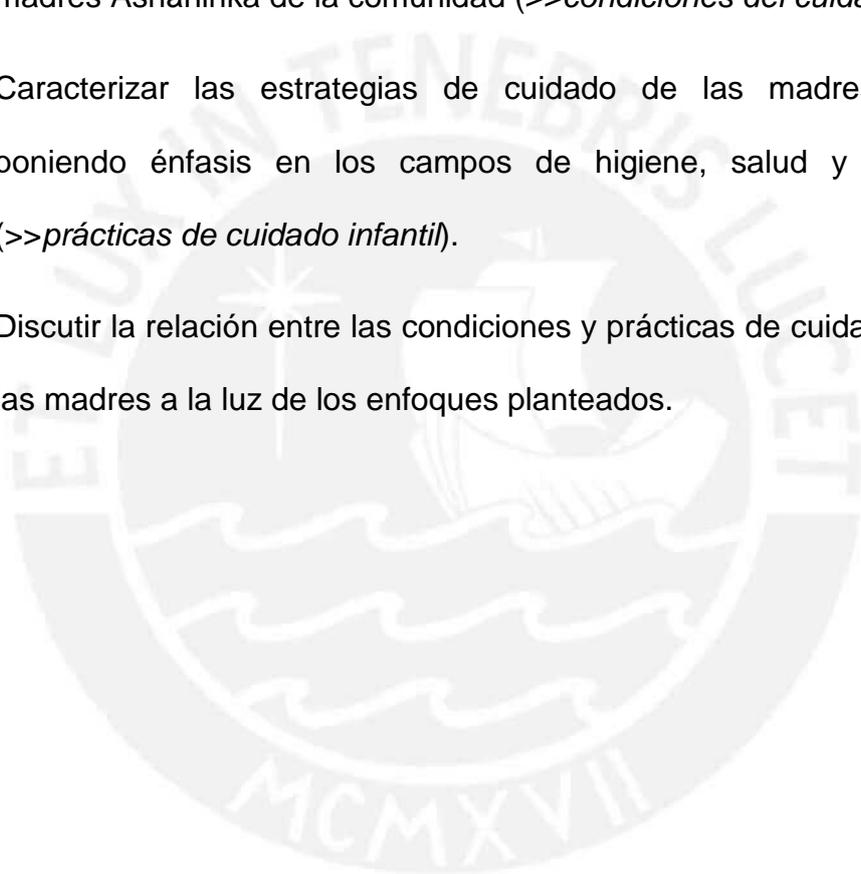
1.2 Objetivos de la investigación

Objetivo general.- Analizar la relación e interacción entre las características del entorno comunitario, el hogar y el perfil sociocultural de las madres de

familia en torno a sus prácticas de cuidado infantil en la comunidad Asháninka Alto Sondoveni.

Objetivos específicos:

- Describir el entorno comunitario, del hogar y del perfil sociocultural de las madres Asháninka de la comunidad (>>*condiciones del cuidado infantil*)
- Caracterizar las estrategias de cuidado de las madres Asháninka poniendo énfasis en los campos de higiene, salud y alimentación (>>*prácticas de cuidado infantil*).
- Discutir la relación entre las condiciones y prácticas de cuidado infantil de las madres a la luz de los enfoques planteados.



CAPÍTULO 2: ESTADO DEL ARTE

Esta investigación se inserta dentro de los estudios sobre el cuidado infantil en poblaciones Asháninka de la selva peruana. Para la pesquisa bibliográfica, se optó por una división de temas y subtemas, que desde lo más general a lo más particular, llegue a los estudios más pertinentes. Asimismo, para orientar la lectura, se presenta un diagrama esquemático de los contenidos que se desarrollarán a continuación (ver anexo1).

En primer lugar, es oportuno abordar el concepto de *cuidado*. En base a la revisión bibliográfica se rescata, particularmente, dos aportes en torno de la conceptualización del término cuidado. Uno de ellos es de Christina Hughes (2002), quien señala que el concepto de cuidado está vinculado a una variedad de significados y variables. Dentro de estos, ella busca enfatizar los aspectos físicos y emocionales, usualmente omitidos en esta noción. Hughes presenta

dos aspectos claves para el análisis de la noción del cuidado: la identidad de género de los cuidadores y el reconocimiento del cuidado como un trabajo.

En esta misma línea, aparecen los aportes de Jeanine Anderson (2010), para quien existen *géneros de cuidado*, en vista de que se encuentra una diversidad de relaciones que mantienen un vínculo de cuidado: paciente-médico, secretaria-jefe, clientes-bancos. No obstante, la más paradigmática de todas, es el cuidado de una madre a sus hijos. Anderson concuerda en que el cuidado “tiene género”, puesto que históricamente se asoció a roles femeninos. Asimismo, resalta la importancia que están cobrando los estudios que buscan darle valor al trabajo del cuidado, sea en dinero o tiempo.

En el subcampo del cuidado otorgado particularmente a los infantes, es decir, en el cuidado infantil, identificamos dos líneas de estudio. Por un lado, los estudios referidos a las pautas o guías de cuidado infantil y; por el otro, los estudios concernientes a las prácticas de cuidado infantil. Los primeros tienen mayor presencia numérica. Este tipo de publicaciones surgen desde organismos gubernamentales y privados (nacionales e internacionales), y buscan influir en la promoción y difusión de prácticas “adecuadas” o saludables para el cuidado de los niños en edad temprana.

Estudios de este tipo son, por ejemplo, “Para la vida” de la Organización Mundial de la Salud (2002), donde se compilan pautas y consejos sobre temas de maternidad, lactancia, desarrollo infantil, nutrición, inmunización y vacunas. De igual manera, “Un buen inicio en la vida” de UNICEF (2008), que aborda

temas como la gestación, la lactancia infantil y la alimentación complementaria. Un panorama similar, se encuentra en instituciones como la OMS, UNICEF, OEA, UNESCO, DESCO, MIDIS PERU, MINSA PERU, INEI PERU, entre otras instituciones de salud y desarrollo.

Es claro que el compromiso asumido por múltiples organismos para combatir la DCI, ha volcado muchos de las miradas en el (adecuado) desarrollo infantil. Y dentro de este, se ha puesto el foco en erradicar las prácticas consideradas poco saludables o asociadas a la DCI. Igualmente, se encuentran numerosos estudios acerca de la desnutrición crónica infantil. En la mayoría de estos, se exponen las posibles causas y determinantes de este mal, así como las consecuencias y costos que ocasiona a la sociedad.

Desde el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Renato Ravina (2007) analiza los factores subyacentes asociados a la DCI. En su análisis estadístico emplea datos de varias ENDES para estimar la influencia que cada una de las posibles causas (lactancia exclusiva, higiene, tratamiento de EDAS e IRAS) tiene en la tasa de DCI del Perú. Con una entrada similar, Arlette Beltrán y Janine Seinfeld (2011) analizan los determinantes más importantes de la DCI, pero con miras a identificar y proponer prioridades de política pública en el tema.

Desde el Estado, a través del MIDIS (2012), surge la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social - "Incluir para crecer". En ella, se expresa el compromiso del Estado peruano por combatir la DCI. Así, se coloca el

componente de “Nutrición Infantil” como uno de los cinco ejes estratégicos para lograr el desarrollo e inclusión en el país. Dicha estrategia nos ofrece un modelo lógico útil para intervenir en las causas de la DCI.

Retomando la división inicial, corresponde abordar ahora la segunda línea de investigaciones en el campo del cuidado infantil, la que apunta hacia el conocimiento de las prácticas de cuidado. Si la primera línea se organiza entorno de las pautas a seguir; en esta, el foco de investigación se coloca en las prácticas de cuidado infantil que realizan en definitiva los cuidadores. En este grupo de investigaciones también podemos plantear una separación; por un lado, ubicamos los estudios de corte más cuantitativo y descriptivos y; por el otro, estarían los de tipo cualitativo y con hallazgos a mayor profundidad.

Dentro de los primeros, se colocan estudios basados principalmente en métodos estadísticos, con alcances más generales y hallazgos descriptivos. Tal es el caso de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del INEI (2014) y de la publicación periódica del “Estado de la Niñez” a cargo de UNICEF (2011). El aporte de los estudios de este tipo es esencial, puesto que brindan un panorama global de la salud infantil y otros indicadores. No obstante, son necesarios estudios que complementen, den profundidad, a estos conocimientos.

Aquí aparecen los estudios clasificados como más cualitativos. En ellos, se profundiza en los factores y determinantes del tema en cuestión. Un ejemplo de esto, es “Bajo el sol de la infancia” de la psicóloga Rosario Panez (1989). Panez busca conocer en qué grado las expectativas, creencias y técnicas que

emplean las madres (limeñas) para la crianza de sus hijos están influenciadas por su nivel socioeconómico. Además, contrasta los conocimientos y técnicas que poseen las madres con los preceptos científicos sobre el cuidado infantil.

Un segundo estudio en esta línea, sería “Los niños del Perú: pautas y prácticas de crianza” de Elsa Zuloaga (1993). A través del trabajo con madres de zonas urbano-marginales en Lima y zonas rurales en la sierra (Cuzco) y la selva (Ucayali), se brinda información de las prácticas de salud y nutrición infantil. Si bien el estudio es valioso por extender la investigación del cuidado infantil a las regiones sierra y selva, a lo largo del documento, estos matices se pierden; de modo que, los hallazgos terminan presentándose genéricamente.

Posteriormente, Lorena Alcázar (2012) retoma el interés por las percepciones y conocimientos de las madres sobre el cuidado infantil. Alcázar analiza cómo el conocimiento y percepciones que tienen las madres sobre el cuidado infantil se relacionan con el crecimiento y estado nutricional que finalmente alcanzan sus hijos. El estudio presenta, a través de estimaciones estadísticas, un análisis muestral de las características de las madres y la relación con la salud de sus niños.

Desde una entrada más cercana a esta investigación, en esta línea, también encontramos estudios que enfatizan la diversidad cultural manifiesta en el cuidado infantil. Aquí aparecen estudios como “Cultura y aprendizaje” de Brooker & Woodhead (2010), quienes rescatan la importancia que ocupa la cultura en los programas dirigidos a la primera infancia. Para ellos, los estudios

de infancia, deben tomar en cuenta las circunstancias específicas en que se encuentran los niños y las convicciones de los cuidadores.

Bajo este mismo enfoque, UNICEF y AECID (2010) realizan una investigación para identificar las percepciones, valoraciones, conocimientos y prácticas de cuidado al recién nacido y la madre en un área rural de Apurímac y de Amazonas. Concluyen que, para aproximarse a las creencias y prácticas locales, es necesario percibir a la persona como un ser biológico, psicológico y social. De igual forma, encuentran que las prácticas de cuidado se relacionan con contextos culturales, sociales y políticos, específicos y cambiantes.

También Ponciano del Pino (2012), en su estudio “Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura”, pone énfasis en la perspectiva cultural para entender los modelos de crianza en comunidades ayacuchanas del país. Del Pino encuentra que la desnutrición infantil se asocia no solo a la alimentación del niño, sino también a las construcciones socioculturales de infancia, a las dinámicas familiares y a las condiciones socioeconómicas. Este estudio muestra que la salud infantil está inserta en campos simbólicos mayores, propios de la cosmovisión de las comunidades.

Finalmente, cabe señalar que no se encontró ninguna investigación que abordará específicamente el cuidado infantil en comunidades Asháninka. Los dos estudios que se dedican medianamente al tema, lo hacen desde una entrada más médica y mucho más dependiente al tema de la desnutrición

infantil. Ambos estudios se realizaron en comunidades Asháninka del distrito de Río Tambo, provincia de Satipo, departamento de Junín.

La más antigua de las investigaciones es “Aproximación a la situación de salud de tres comunidades Asháninka de los ríos tambo y ene” de Carolina Tarqui-Mamani (2009). Este estudio fue realizado por especialistas en salud (enfermería, obstetricia y medicina general) e indaga en la prevalencia de desnutrición infantil, EDAS, IRAS, y mortalidad materno-infantil. Básicamente, se presentan los índices encontrados en cada uno de estos campos. La muestra fue de 53 padres y madres que fueron entrevistados sobre la salud de sus niños, y 83 niños de entre 0 a 6 años que pasaron un examen antropométrico.

El segundo estudio, “Estado de salud y nutrición del niño en Comunidades del Río Tambo”, es un levantamiento de línea de base para la ejecución de un proyecto a cargo de la organización Caritas (2008). El objetivo del estudio fue identificar la situación inicial de salud y nutrición de los niños. El estudio se realizó con un muestreo de doce comunidades nativas, en las que se encuestó a 57 familias. Los resultados ofrecen cifras e información acerca de las prácticas de cuidado en la gestación, también indagan sobre la lactancia materna y el tratamiento de enfermedades, pero de modo descriptivo.

En este caso, la presente investigación se ubica dentro de los estudios sobre prácticas de cuidado infantil. Más aún, se inserta en los enfoques que señalan que el estudio del cuidado infantil debe partir del conocimiento y comprensión de su entorno socioeconómico y cultural. De este modo, se busca

tener una mirada más global y profunda del tema, por lo que, atañe tanto la salud infantil, como a la higiene y a la alimentación. Resulta importante resaltar que, a pesar de retomar ciertos marcos de análisis de entidades de desarrollo, se enfatiza una aproximación con enfoque cualitativo y social. Esto implica, no fiscalizar o evaluar, sino más bien conocer y comprender.



CAPITULO 3: MARCO TEORICO

A continuación, se presentan los conceptos básicos para aproximarse, desde la teoría general sociológica y la teoría más específica, hacia el tema de estudio. Los conceptos pertinentes a desarrollar desde la Sociología son “Prácticas sociales”, “Cultura” y “Proceso de socialización”. Estos son presentados en primer orden, puesto que constituyen la mirada global con la que se parte. De manera complementaria, se desarrollan, desde teorías más acotadas, los enfoques respecto del “Cuidado infantil” y la “Desnutrición Infantil”.

3.1 Enfoques teóricos desde la Sociología

3.1.1 Prácticas sociales

El estudio de la acción o acción social ha sido un punto central en la agenda sociológica. A lo largo del tiempo, la sociología, entre otras disciplinas, se ha preguntado sobre los determinantes de la acción humana. Se cuestiona si

es que las acciones desplegadas son consecuencia de una voluntad propia o quizá de una voluntad ajena, si son producto de presiones sociales, si se tratan de condicionantes internos o externos. Estas son preguntas formuladas desde los inicios de la sociología y que, desde esta investigación, se retoman para entender el comportamiento de las madres en el cuidado de sus hijos e hijas. En esta tarea, se recurre a los modelos analíticos que se han propuesto desde el marco de la acción social.

Una primera entrada es la que propone Max Weber. Para Weber, la acción social es “una acción en donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por esta en su desarrollo” (1969: 5). De esta manera, el término acción social envuelve un componente relacional hacia algún otro u otros. Se trata de una acción que no es percibida como aislada, sino más bien como orientada o influenciada por las acciones (costumbres, normas, fines) de los otros, sean acciones pasadas, presentes o esperadas como futuras (Weber 1969: 18). Así, las acciones pueden implicar un proceso histórico mayor.

Por otra parte, Parsons define el acto-unidad y plantea que el ser humano actúan en función de tres dimensiones: a) cognitiva, donde yace el conocimiento para procesar la información; b) evaluativa, que permite discernir los comportamientos en función a valores y normas propios; y c) catéctica, que refiere a las sensaciones de agrado o aversión frente a personas, situaciones, ideas. Para Parsons, la cultura sería el nexo que vincula estas dimensiones con

los tres sistemas estructurales presentes en la sociedad; de tal modo, sugeriría la dependencia de la acción al aspecto cultural (Plaza 2014: 178 – 179).

No obstante, posteriormente, Anthony Giddens complementa y revoluciona ambos aportes presentando el concepto de “prácticas sociales”. Su propuesta es resaltable, ya que rompe la clásica dicotomía de individuo – sociedad. Para él, las nociones habituales de *Estructura* y *Cultura*, se han caracterizado por verlas como entidades rígidas, estáticas y separadas de los sujetos. Por el contrario, Giddens propone centrarse en “lo fluido”, en lo que está en permanente cambio; de tal modo, propone transformar la noción estática de estructura por la de “estructuración” (Sztompka 1995: 223; Giddens 1995: 40; Plaza 2014: 187).

En base a lo Giddens denomina la dualidad de la estructura, las estructuras enmarcarían las prácticas sociales realizadas por los actores, pero estas mismas estructuras, serían consecuencia de prácticas sociales. Vale decir, las prácticas sociales si bien, por un lado, son determinadas por ciertas condiciones externas a ellas (entiéndase estructuras), también, de otra parte, son participes de la propia constitución de esas mismas condiciones⁶. Como resultado, la estructura sería el conjunto de reglas y recursos que se aplican en la escenificación-reproducción de las prácticas sociales (Plaza 2014:18).

⁶ Un ejemplo bastante usado para expresar esta dualidad, se encuentra en el uso del lenguaje. Por un lado, se sabe que el lenguaje está regulado; existen normas, códigos y espacios diferenciados para el uso que se le dé (esta sería la estructura). Sin embargo, por otro lado, en la propia práctica comunicativa; es decir, en el propio uso del lenguaje, los locutores estarían respaldando estas mismas normas y reproduciéndolas, inclusive, existe un margen, para modificarlas. De este modo, las normas del lenguaje cobran vida y se ajusta solo en la práctica que se hace de ellas.

Una interrogante que puede surgir en este punto es cómo ocurre el cambio social. Para Sztompka, el cambio es gradual; “surge de las negociaciones, del regateo, de los conflictos y de la cooperación” (1993:22). En la misma línea, Elías señala que el cambio no está planificado racionalmente en su totalidad, no es algo que pueda ser calculado y dirigido unidireccionalmente; este surge de las acciones combinadas de los sujetos aislados; que además varían, generando nuevos oleajes de cambios (1939: 450).

En ese sentido, para los fines propuestos en esta investigación, se entiende que las prácticas sociales están mediadas por condiciones estructurales (jerarquías o posiciones) y culturales (conocimientos, valores, normas y significados) (Plaza 2014: 191). No obstante, estas condiciones son tanto constrictivas, como habilitantes para los actores. Si bien las prácticas sociales se realizan bajo ciertas condiciones o estructuras, a la vez, por medio de dichas prácticas, esas estructuras son redefinidas y reproducidas (Sztompka 1999; Giddens 1995). Así, las prácticas sociales son el resultado de la interacción social y negociación, en donde la noción de agencia es clave.

3.1.2 Cultura

Un segundo concepto fundamental en la investigación es el de Cultura. La cultura es relevante para este estudio, ya que, tanto desde la teoría sociológica, como desde estudios más relacionados al tema en cuestión, se reconoce la influencia de pautas culturales. La cultura es parte del contexto en

que se enmarcan los hábitos o acciones de los actores. Así, es pertinente preguntarse ¿qué se entiende por cultura?, ¿cuáles son los aspectos considerados como “culturales” y cuáles no?, ¿puede la cultura estar disociada de los otros campos sociales?

El término cultura es considerado complejo, debido a la amplitud de significados que se le asocian (Geertz 1992: 20; Plaza 2014: 194; Williams 1997: 10). En un inicio, la cultura designaba el proceso de cultivo de granos o de animales. Posteriormente, se asoció al cultivo de la mente humana; y luego, se interpretó como la configuración o esencia del modo de vida de un pueblo. A partir de este, la cultura adquiere un carácter plural y se reconoce la existencia de varias culturas. De tal modo, la antropología comparada empleaba el término como “todo el modo de vida de un pueblo diferenciado” (Williams 1997: 10 –11).

Actualmente, existen varias e incluso contrapuestas definiciones que se otorgan a la cultura. Algunas de ellas son las siguientes:

- 1) Producción artística y humanística a la que el tiempo y la costumbre le ha otorgado la categoría de clásica;
- 2) Modos adecuados de comportamiento en las distintas situaciones en que opera la interacción social;
- 3) Conjunto de valores trascendentes y tradiciones que constituyen la identidad de una sociedad dada;
- 4) Conjunto de usos, costumbres y modos de vida que distinguen a un grupo o pueblo en particular;
- 5) Cosmovisiones que fundamentan las explicaciones últimas sobre el sentido y origen de la vida, la naturaleza y las creencias de los pueblos;

- 6) Ideas sostenidas por las clases dominantes con el propósito de mantener y legitimar su poder sobre los grupos dominados;
- 7) Grado de conocimiento científico alcanzado en una época determinada;
- 8) Capacidad propia de los seres humanos de sentir, pensar y actuar mediante la producción e interpretación de significados compartidos;
- 9) Toda creación humana diferente a lo producido por la naturaleza;
- 10) Conjunto de valores y normas con autonomía propia que sustentan las prácticas sociales y las orientaciones de conducta de los actores sociales;
- 11) Valores, normas y visiones del mundo derivados de la base económica de la sociedad (Plaza 2014: 194 -195).

Estas definiciones traen implícitas controversias sociológicas; por ello, se concuerda con Plaza, en que la noción que se elija dependerá de la entrada y el aspecto que se quiera resaltar. Para él, la cultura, finalmente, puede ser entendida como sistema simbólico expresado en tres niveles interconectados: la cultura como fuente de significación global, la cultura objetivada o institucionalizada y la cultura subjetivada, incorporada en los sujetos en tanto portadores, productores e intérpretes de significados (2014: 196 – 201).

Para entender la cultura como sistema de significación global es útil ahondar en su naturaleza. Históricamente, ha habido dos posturas frente a la naturaleza de la cultura: la “idealista”⁷ y la “materialista”⁸. Los estudios contemporáneos sobre la cultura han llegado a un diálogo entre estas y, por

⁷ La cultura como el espíritu conformador de un modo de vida global que se manifiesta en toda la gama de actividades sociales, pero que es más evidente en las actividades específicamente culturales.

⁸ Un orden social global, dentro del cual una cultura especificable, se considera como el producto directo o indirecto de este orden constituido por otras actividades sociales.

ello, mantienen el interés por un orden social global, pero insisten en que la “práctica cultural” y la “producción cultural” no se derivan simplemente de este orden social previamente constituido. La cultura, lejos de ser un espíritu conformador, casi reificado, aparece como el sistema significativo a través del cual un orden social se comunica y se reproduce (Williams 1997:13).

De tal modo, para esta investigación, se entiende que la cultura, en principio, se fundamenta en la capacidad que tienen las personas para adquirir, modificar y reproducir un sistema de significación. La cultura se presenta como una configuración de costumbres, usos y modos (de pensar, sentir y creer) que distinguen a un grupo social. En ese sentido, sobre la cultura se sientan las bases constitutivas de la identidad cultural. Cabe señalar que, en un mundo globalizado, las culturas, e identidades culturales, dialogan con otras, de modo que se generan procesos de cambio cultural y reactualizaciones constantes.

3.1.3 Proceso de socialización

El tercer concepto que se toma de la teoría sociológica general es el de Socialización. Este es particularmente relevante, ya que atañe a los vínculos entre la cultura, los grupos sociales y las primeras etapas del individuo.

La cuestión acerca de la preeminencia biológica en los seres humanos por sobre la cultural, o viceversa, representa un antiguo debate que se extiende más allá de las filas sociológicas. Evidentemente, los humanos tienen una base

biológica y están, en parte, configurados genéticamente. Sin embargo, esa afirmación inicial no presenta evidencias concluyentes para pensar que el comportamiento humano, incluso en sus formas más complejas, este determinado indefectiblemente por aspectos biológicos.

Por supuesto, las necesidades básicas humanas responden a una plataforma orgánico-biológica; sin embargo, la manera en que estas son satisfechas varía enormemente entre unos y otros. Por ejemplo, si bien el llanto y la risa parecen ser manifestaciones innatas del niño, no aprendidas; las respuestas que dan las madres a estas, así como las situaciones en las que se considera apropiado que el niño lllore o ría, varían de una cultura a otra (Giddens 1998: 54 – 55).

Igualmente, bajo ciertas circunstancias, los humanos pueden incluso anular estas necesidades (la práctica del celibato en algunas religiones) o luchar contra ellas (todos los animales, incluyendo al hombre, tienen una tendencia hacia la autoconservación, pero a diferencia de los otros animales, los humanos pueden incluso suicidarse deliberadamente) (Giddens 1998: 49). En ese sentido, se puede sostener que los seres humanos no solo responden a una pauta genética, sino también a un aprendizaje cultural.

En esa misma línea, desde las teorías de socialización, se enfatizan cuatro aspectos centrales: a) los seres humanos terminan de constituirse fuera del vientre (se sabe que el cerebro se forma por completo a los 5 años de edad

aproximadamente)⁹, b) nacen con las competencias, pero requieren de un periodo de aprendizaje para aplicarlas efectivamente, c) la configuración como persona tiene que ver con un proceso situado y mediado socialmente, y d) para formarse como *personas* requieren de los vínculos con otros (Plaza 2014: 147).

De tal forma, los seres humanos nacen con competencias biológicas, pero necesitan adquirir ciertas destrezas sociales para facilitar su adaptación. La socialización “es el proceso por el cual la criatura indefensa se va convirtiendo gradualmente en una persona consciente de sí misma, con conocimientos y diestra en las manifestaciones de la cultura en la que ha nacido” (Giddens 1998: 52). La socialización le permite al niño adaptarse a su medio tanto social como ambiental.

Finalmente, es preciso señalar que, la socialización no equivale a una “programación cultural”, en la que el niño tiene una función pasiva. Por el contrario, cada vez más, se reconoce al niño como un ser activo e influyente en los otros que lo rodean, con capacidad de agencia y con demandas propias. La socialización marca un encuentro entre generaciones y representa un aprendizaje tanto para el infante como para los padres de este.

⁹ Lo que se observa es que, a diferencia de animales inferiores en la escala evolutiva (como los insectos que son capaces de valerse por sí mismos inmediatamente), en las especies superiores (como los mamíferos, y dentro de ellos los humanos) los recién nacidos están totalmente indefensos y necesitan del cuidado de los adultos para aprender a sobrevivir. Así, el niño, caso de mayor vulnerabilidad, requiere del cuidado de un adulto hasta alrededor de los 5 años de vida (Giddens 1998: 51).

3.2 Cuidado Infantil

Luego de haber desarrollado los enfoques sociológicos, se da paso a la revisión de la literatura más especializada sobre el tema de estudio.

3.2.1 Nociones sobre el concepto de Cuidado

En su acepción más simple, la palabra “cuidado” alude a la necesidad de precaución y señala una situación de peligro. Jeanine Anderson sostiene que existen “géneros de cuidado”: el cuidado de los abuelos a sus nietos, el cuidado de la relación por parte de los novios, el cuidado del médico a sus pacientes. No obstante, en todos, predomina la idea de una atención sostenida, donde existe una identificación con el bienestar de quienes reciben el cuidado y se da una entrega e incluso un sacrificio personal por parte de quienes lo brindan (Anderson 2010: 71-72). El caso paradigmático es el cuidado de la madre al hijo, el cual interesa particularmente a esta investigación.

Sobre el cuidado, y específicamente el cuidado materno hacia los hijos, se debe resaltar dos aspectos desarrollados por Christina Hughes: 1) la identidad de género de los cuidadores y 2) el reconocimiento de la labor de cuidado. Al respecto, Anderson concuerda en que el cuidado “tiene género” y es femenino (2010: 74). A lo largo de la historia, las actividades referidas al cuidado fueron asignadas principalmente a las mujeres. Así, por ejemplo, en muchos hogares todavía se mantiene una distribución de tareas en la que las madres, y por extensión las hijas, asumen los roles de cuidado: sea infantil, alimenticio, de higiene, de salud, de la moral.

La asociación del cuidado con los roles femeninos es tal que trasciende hacia el campo laboral. Actualmente, existen funciones que pueden resultar vetadas o desprestigiadas socialmente para los hombres; por ejemplo, la función de niñera, la de educación inicial, la de enfermería y la de secretariado (Anderson 2010: 76). Todas estas actividades atañen a algún modo de cuidado (salud, bienestar, organización) y se asocian preferentemente a las mujeres.

Por otro lado, en relación al segundo aspecto, se quiere enfatizar que el cuidado representa un trabajo (en el sentido de esfuerzo e inversión de distinto tipo) para quien lo realice. Así, se están extendiendo los estudios que buscan reconocer este trabajo y valorarlo, sea en tiempo, esfuerzo o en dinero. Lo importante es resaltar que en las labores de cuidado, si bien existe un trabajo material (físico, económico) también involucran un aspecto afectivo y emocional (Aguirre y Batthyány citado por Anderson 2010: 76).

De tal modo, la labor de cuidado, como cualquier otra actividad laboral, viene asociada a ciertos riesgos como, por ejemplo, desgastes en la salud física y mental de las madres, debido a los niveles de estrés, ansiedad y esfuerzo físico que deben afrontarse al cuidar un niño (Anderson 2010:82). Un estudio reciente señala que, al sentirse principales responsables del cuidado, las madres experimentan culpabilidad y preocupación constante cuando sus niños obtienen bajos estados nutricionales (Moreno 2014:137)¹⁰.

¹⁰ Más aún, dedicarse a esta labor tiene un costo adicional para las mujeres que al verse ligadas al plano doméstico pierden oportunidades de contacto e intercambio en otros espacios públicos y quizá más prestigiosos (como el mercado laboral, las instituciones y actores sociales); oportunidades que, de alguna manera, son monopolizadas, y por supuesto, aprovechadas en beneficio de los hombres.

Asimismo, la labor de la madre, tanto en el cuidado como en sus responsabilidades domésticas en general, es comparada con un rol gerencial fuertemente demandante: ella planifica, coordina, evalúa y replantea las actividades en el hogar. Para Moreno, las madres requieren desarrollar una gestión del cuidado, esta es “la capacidad que tiene el gestor o gestora del cuidado para superar la adversidad y para optimizar los recursos, tiempo y las constelaciones de cuidado [conjunto de actores involucrados en el cuidado infantil]” (2014:133)¹¹.

Por lo expuesto, es necesario generar programas que “cuiden al cuidador” sin que sigan recargando su agenda. Para ejercer un cuidado óptimo se necesita cuidadores constantes y coherentes, no cansados e inseguros.

3.2.2 La evolución del concepto de Infancia

En la actualidad, es común reconocer la infancia como una etapa concreta y diferenciada en la vida del ser humano, como esa etapa que puede ubicarse entre el nacimiento y los primeros 5 años de vida de la persona. Desde contextos occidentales, a la idea de infancia se le asocian nociones de vulnerabilidad, incapacidad, necesidad de protección, inocencia, y otros por el estilo; sin embargo, esto no siempre fue así.

Durante siglos, el niño fue visto como un “adulto pequeño”; había muy pocos objetos o espacios pensados para ellos. Incluso, en ciertos contextos, el

¹¹ Aquí queremos rescatar también la importancia de las redes de amistad y apoyo que buscan las madres para hacerle frente a estas actividades. Hablamos de redes de reciprocidad familiar (abuelas, tías, suegras), vecinal y también, por supuesto, de apoyo complementario que brindan los hijos, y sobre todo hijas, mayores

niño era percibido como un estorbo. La sociedad se mostraba indiferente a estos y existía una tendencia a alejarlos del hogar, ya sea con nodrizas o pensionados. Esta indiferencia se reflejó también en la ausencia de una medicina especializada y en la poca atención que recibió el niño en la literatura de la época (Panez 1989: 18; Giddens 1998: 68).

No obstante, fue surgiendo, particularmente en las familias campesinas y pobres urbanas, la noción del niño como recurso económico. Dicha perspectiva todavía encuentra vigencia en varios países, donde el niño se inserta en la economía productiva familiar, ya sea como apoyo en el pastoreo de animales o como ayudante de oficios y pequeñas ventas¹². Así la lucha contra el trabajo infantil es relativamente reciente y está asociada al surgimiento de los derechos del niño y a los esfuerzos por ampliar sus estudios escolares (Rogoff 2010: 102; Giddens 2010: 68).

Es con la llegada de la filosofía de las luces, cuando se difunden las ideas de igualdad y felicidad, que el niño alcanza su apogeo como centro. Los padres y madres se sienten más responsables por la felicidad o desdicha de sus hijos. Esto se consolida bajo la influencia de las teorías psicoanalíticas, que resaltan la importancia de los primeros años de vida, así como también, la culpabilidad de la madre por los traumas y problemas de los niños (Panez 1984: 25).

¹² A la par con esta noción, aunque en una intensidad mayor y más lejana, también se encuentra la perspectiva del niño como propiedad. Esta se presenta paradigmáticamente en sociedad esclavistas, o que viven al margen de la legalidad, donde el niño es vendido y traficado como mercancía. No obstante, podemos encontrar rezagos de esta en prácticas como el tutelaje, en las cuales los niños son entregados a familias para que los críen o eduquen, a la par que estos retribuyen con su trabajo en tareas domésticas u otro tipo de actividades no remuneradas (Panez 1984:24).

En la actualidad, se perciben nuevamente cambios en la posición que ocupa la niñez. Por un lado, la natalidad controlada y la inserción laboral de la mujer, propician el surgimiento de espacios de cuidado y crianza infantil fuera del plano doméstico, como son las guarderías e instituciones pre-escolares. Por otro lado, el carácter distintivo de la niñez se estaría perdiendo nuevamente. Así, por ejemplo, las niñas imitan la vestimenta de sus madres, usando tacones y maquillaje desde muy pequeñas (Giddens, 1998: 69).

Por lo expuesto, se coincide con Del Pino, quien afirma que “más allá de la consideración histórica, se debe entender que el lugar del niño en la familia y la sociedad, la espera emocional del bebé, el afecto en la relación de los padres con el niño, son construcciones socioculturales; por lo que no son naturales, ni universales, ni intrínsecas a la condición humana” (2012, 63). Estos serán abordados con mayor detalle en la siguiente sección, la cual rescata el aspecto contextual y cultural en las prácticas de cuidado infantil.

3.2.3 Determinantes y diversidad en el cuidado infantil

Ciertamente, el cuidado infantil responde a aspectos universales y generales, relacionados con las facultades físicas, motrices, cognitivas y comunicativas, que todos los niños deben desarrollar. No obstante, en la práctica, se constata que este también está enmarcado por contextos culturales y socioeconómicos particulares. De tal modo, se reconoce que el desarrollo infantil se da universalmente, pero este desarrollo no ocurre en el vacío, sino

que más bien se moldea en base a lo que cada pueblo espera de su proceso de crianza (Brooker & Woodhead 2010: ix).

Existen diferencias entre el concepto de cuidado y el de crianza infantil. El cuidado infantil alude a las actividades e inversiones para mantener el bienestar del menor, mientras que, la crianza concierne al marco cultural; es decir, a los conocimientos, valoraciones y expectativas (Quinn, citado por Del Pino, 2012:64). La crianza, como concepto, englobaría al de cuidado. Esta “[...] tiene un papel central en la construcción de la persona tal como la define cada sociedad” (Colangelo, citado por Remorini 2010:4). En ese sentido, las acciones de cuidado implican no solo vigilar o atender al menor, sino también educarlo según las expectativas culturales.

Las diferencias culturales en el cuidado pueden verse, por ejemplo, en quiénes se designan como encargados del cuidado infantil, cuánto tiempo se designa para esto, qué nivel de apego se permite y fomenta en el infante. Algunos estudios estudian las diferencias en el cuidado infantil, desde ciertos contextos culturales y socioeconómicos. Estos encuentran que en sociedades industrializadas, donde habitan familias nucleares, con estilos de vida individuales y donde ha ocurrido una separación del ámbito doméstico y laboral, se presenta un cuidado infantil de tipo más individual o en todo caso dual de la madre con el hijo.

Por otro lado, en sociedades donde predominan las familias extensas, los estilos de vida comunitarios y no hay una separación estricta de los planos

laborales y domésticos, ocurre usualmente un cuidado colectivo, donde participan las madres, pero también las abuelas, hermanas, tías, primos. No se delimitan ni el tiempo ni los espacios para el cuidado infantil. El niño participa abiertamente y acompaña a sus padres en la realización de sus labores cotidianas, lo que, además, le permite entender las normas que rigen la vida en su cultura (Brooker & Woodhead 2010: 12-14).

En la misma línea, de manera particular sobre la alimentación infantil, Black encuentra que la cantidad, el tipo y el momento de comida para los niños, depende en gran medida de los procesos familiares, de los patrones culturales, de la disponibilidad de los alimentos, de las preferencias y destrezas de alimentación; así como, de las percepciones y preocupaciones respecto a la salud infantil (2012: 374).

No obstante, a pesar de la diversidad cultural e histórica manifiesta en las percepciones de infancia, todavía prevalece una mirada que pretende entender el desarrollo y cuidado infantil como lineal y universal (Remorini, 2013: 815). Solo la ruptura con estos preceptos, permitirá entender a profundidad el cuidado infantil en otras sociedades y comprender que es más sensato hablar de infancias que de infancia.

3.2.4 Aportes a las creencias y prácticas de cuidado infantil en Perú

Para finalizar esta sección, se presenta una recopilación de algunas de las prácticas de crianza y cuidado infantil más destacadas en la bibliografía, poniendo especial atención a las realizadas en la región selva. Con esto, se

busca ampliar la información que se tiene sobre las prácticas de cuidado infantil y sobre todo su diversidad.

Embarazo y Puerperio

Un estudio realizado en población awajún y wampis del distrito de Condorcanqui (Amazonas) encuentra que las madres cuidan su alimentación durante la etapa final del embarazo. En las semanas próximas al parto, se restringe la ingesta de carne de monte (como el venado o sachavaca) por temor a que el espíritu de estos animales dañe al niño. Asimismo, se limita la cantidad de alimentos que come la madre para controlar el peso del bebe. Se busca que este sea pequeño para reducir los riesgos del parto (UNICEF 2010: 103-104).

De igual forma, durante los embarazos, se evita los esfuerzos físicos y caídas; sin embargo, debido a los requerimientos del trabajo doméstico (por ejemplo, cargar agua) y productivo (por ejemplo, trabajo en chacra) que asumen cotidianamente, esta medida es difícil de cumplir. En algunos casos, se cuenta con el apoyo de los esposos, pero esto está sujeto a las relaciones y roles de género en la comunidad (UNICEF 2010: 104).

Existe un mayor consenso sobre las prácticas en el puerperio, etapa inmediatamente posterior al embarazo. Se cree que tanto la madre, como el niño están vulnerables, por ello, evitan salir de casa y se toma un descanso mínimo tres días y hasta de cuatro semanas. Asimismo, se restringen también el consumo de ciertas carnes y vísceras de animales, ya que se cree que el cuerpo debe restaurarse con una dieta ligera. Lo usual es que la madre sea

atendida por algún familiar, quizás su propia madre o alguna hermana; ellas la remplazan también en sus quehaceres diarios. (UNICEF, 2010: 110; Zuloaga, 1993:116).

Lactancia materna

La lactancia temprana (dentro de la primera hora) y el uso del calostro (primera leche materna postparto) son dos prácticas promovidas como saludables desde la biomedicina. En Perú, esta práctica ocurre, en mayor medida, en los casos de partos domésticos, en los que son atendidos por parteras o comadronas y, en menor medida, en el caso de los niños que nacieron en partos realizados en postas o que fueron atendidos por personal de salud (ENDES 2014).

La región selva obtiene el mayor porcentaje de niños que lactaron en la primera hora de nacidos (67 %) y en el primer día (96 %). Los estudios revisados concuerdan con esta información e indican que las madres optan por una lactancia inmediata, lo que es posible, puesto que se trata de partos domésticos y con parteras que promueven esta práctica; mientras que en los hospitales o centros de salud, se opta por aislar rápidamente al niño (Zuloaga, 1993: 116).

En relación a la lactancia materna exclusiva, se sabe que el 68 % de los menores de seis meses tuvieron una lactancia exclusiva. No obstante, la duración media de la lactancia exclusiva fue de 4,6 meses a nivel nacional y de 4,9 meses en la región selva (ENDES 2014).

En la región selva, al parecer, no hay una pauta específica sobre la duración de la lactancia exclusiva; no obstante, algunos estudios señalan que puede ocurrir hasta los 4 meses de edad aproximadamente (Zuloaga 1993: 116). La frecuencia de la lactancia tampoco se estipula estrictamente, sino que se trata de una lactancia a demanda, cuando el niño lo pide. Más aún, en las poblaciones awajún y wampis, si el niño está durmiendo, no es usual despertarlo, ya que se piensa que está soñando con su futuro (su “visión”) y se encuentra dietando, ambas prácticas muy valoradas en las comunidades (UNICEF, 2010: 112).

Enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e Infecciones respiratorias agudas (IRAS)

A nivel nacional, la selva es la región con mayor prevalencia de fiebres, IRAS y EDAS (24 %, 20 % y 18 % respectivamente) en niños menores de 5 años (ENDES 2014). En los estudios de caso, las madres también señalan estas como las principales enfermedades en sus niños. En algunos casos, se asocian a fenómenos mágico-religiosos o al cutipado (UNICEF 2010, 114).

Es interesante notar que los cuadros de fiebre y diarrea se incrementan en el periodo de 6 meses a 3 años de edad, luego de lo cual, decaen. Los porcentajes de niños menores de 5 años con fiebre van desde 14 % (antes de los 6 meses), aumentan a 27 % (a los 6 meses de edad) y se mantienen en ese rango hasta los 3 años de edad. Con los cuadros de diarrea ocurre algo similar. En los niños menores de 6 meses, se registran un 10 % de casos de diarreas;

esto aumenta a 20 % en el periodo de 6 meses a 3 años de edad; para luego reducirse nuevamente a un 9% (ENDES 2014).

Asimismo, se encuentra que los porcentajes de niños con diarrea son similares en el caso de las madres que emplean agua tratada, hervida o embotellada (todas alrededor del 12 %), pero se marca una diferencia en los casos en que el agua que se ingiere no es tratada, donde se calcula que 17 % de niños ha sufrido una diarrea (ENDES 2014).

Sobre los tratamientos brindados en casos de diarrea, se observa una tendencia en la selva, y resto de regiones, a aumentar la ingesta de líquidos en el paciente (43 %) o mantener la misma cantidad (34 %). De igual forma, se toma como medida reducir la ingesta de comida (44 %) o mantener la misma proporción (41 %). Por el contrario, no se registran porcentajes significativos en favor de prácticas como reducir el consumo de líquidos del enfermo o aumentar su ración de comida (ENDES 2014).

Relación con los Establecimientos de Salud (EESS)

Según la Central Asháninka del Río Ene (CARE), la enfermedad o Manshiarentsi, dentro del paradigma de los Asháninka, se origina cuando un ente daña a otro. Los daños pueden ocurrir como ataques o castigos producto de la interacción familiar o de las relaciones con otros seres del entorno (bosques, aguas o cerros). Posteriormente, el daño es materializado en problemas de salud como diarreas, vómitos, reumatismos, dolores de cabeza, delirios, convulsiones, etc.

El diagnóstico del daño solo lo pueden determinar los especialistas Asháninka de salud: el seripiari o chamán y la vaporeadora o curandera. No obstante, actualmente, muchos Asháninka recurren también a los servicios estatales de salud para recibir medicamentos y encontrar un alivio más inmediato a sus problemas médicos (CARE, 2010: 7). Así, se da una coexistencia de la medicina tradicional y la medicina occidental o biomédica.

Si bien se registran prácticas compartidas, también se observa un desencuentro en las respuestas de salud. Las personas recurren al sistema formal de salud como última alternativa, cuando no han encontrado una solución en la medicina tradicional. Esto, por supuesto, está ligado a las dificultades de acceso a los centros de salud. La ENDES 2014 revela que el 39 % de las mujeres señalan tener dificultad para el acceso al servicio de salud; en zonas rurales este porcentaje es de 62 % y en la selva de 43 %.

No obstante, el distanciamiento hacia el sistema formal de salud también encuentra causas en las distancias culturales entre la biomedicina y la medicina tradicional. Nureña, señala como las barreras de comunicación (que no atañen solo a la lengua, sino también a los modos de interacción: cómo iniciar la conversación, con qué palabras, cuánto contacto físico) entre el personal de salud y la población limitan el acceso a una atención de calidad (2009: 369).

Por ello, es vital contar con un enfoque de interculturalidad en el sistema formal de salud. Esta tarea involucra cambios estructurales en la doctrina médica y la formación de sus recursos humanos. La interculturalidad debe partir

de un dialogo mutuo y respetuoso. Por tanto, no puede ser tomada como un método para comunicar, transmitir e incorporar en poblaciones “primitivas” las prácticas y conocimientos de la biomedicina (Salaverry 2010: 90).

3.3 Desnutrición Infantil

Finalmente, como parte de la teoría más específica del tema de estudio, es relevante brindar algunos alcances acerca del concepto de Desnutrición Infantil, ya que este es uno de los puntos centrales en la agenda política para la infancia y, en parte, representa el marco de relevancia para esta investigación.

3.3.1 Nociones sobre el concepto de Desnutrición Infantil

El periodo entre la gestación hasta los tres años de edad, se reconoce como la etapa más vulnerable del ser humano. En esos años, se forman los órganos vitales del cuerpo como el cerebro, en el que se comienza también el proceso de neurogénesis, y el corazón. Debido al rápido crecimiento que se experimenta en esa etapa, los requerimientos nutricionales son mayores y más específicos (Black 2012: 374).

El niño depende completamente de su cuidador externo para la satisfacción y adecuada obtención de los nutrientes y tratamientos. Cuando en este proceso no se cubren todas las necesidades, el cuerpo da prioridad de destino a las sustancias alimenticias y se instaura una lógica de supervivencia

antes que crecimiento (Beltrán & Seinfeld 2011:11). En estos casos, surge la desnutrición infantil.

La Desnutrición Infantil es uno de los principales indicadores que emplean muchos países para evaluar sus avances en salud y en desarrollo. Existen tres tipos de medición para la desnutrición infantil. La Desnutrición Crónica, en la cual se evalúa la talla que presenta el niño o niña para su edad y sexo¹³; la Desnutrición Aguda, que se evalúa en función del peso que tenga el niño o niña en relación a la talla alcanzada y; la Desnutrición Global, que toma en cuenta el peso del niño o niña en relación con su edad.

De estas tres, la que interesa a la presente investigación es la Desnutrición Crónica Infantil, puesto que da pistas de todo el proceso en el que el niño ha estado expuesto a ciertas condiciones y es de mucho mayor prevalencia. En suma, la Desnutrición Crónica Infantil evidencia un retardo en el crecimiento de los niños y niñas, el cual refleja el efecto acumulado de la nutrición y la repetición de enfermedades (principalmente IRAS y EDAS) a lo largo de la vida del niño (UNIFEF, ENDES 2014).

La desnutrición es considerada una emergencia silenciosa, puesto que si bien es de carácter asintomático, deteriora el sistema inmunológico de los niños y retrasa su desarrollo cognitivo, afectando su capacidad de aprender, pensar analíticamente y hasta socializar.

¹³ Esto se interpreta en función del estándar mundial realizado por la Organización Mundial de la Salud en base a niños de los cinco continentes.

Asimismo, la buena o mala nutrición infantil se reproduce intergeneracionalmente. Los niños mal nutridos, no solo tiene mayor probabilidad de engendrar niños con deficiencias nutricionales, sino que cuentan con menores recursos; así se perpetúa las desigualdades, la desnutrición y también la pobreza asociada a esta. Por ello, la lucha contra la malnutrición infantil se ha convertido en un punto de agenda central a nivel nacional y mundial.

3.3.2 Factores asociados y modelos causales sobre DCI

En la lucha contra la desnutrición, se destaca como principales determinantes los comportamientos o prácticas de salud de las madres sobre los demás factores. En consecuencia, diferentes organismos se han enfocado en las prácticas referidas a la adecuada ingesta de alimentos del niño, en las prácticas de atención de enfermedades, así como en el entorno doméstico insalubre y servicios de salud. En el caso peruano, adicionalmente, se destaca una lucha contra la inequidad y desigualdad, la cual afecta con mayor intensidad a los pueblos indígenas.

De manera más específica, autores como Paraje, rescatan el impacto de los factores medioambientales, las características de los niños y las características del hogar. De modo similar, Panakwin-mok señala la importancia de los programas de vacunación, la salubridad del agua y los servicios higiénicos.

Por otra parte, Thomas identifica la educación de la madre como un factor importante, puesto que esta tiene una relación con el acceso a los medios de comunicación informativos. En esta misma línea, Glewwe sostiene que la educación de la madre es un factor importante, ya que a través de esta, la madre se ve más expuesta a las fuentes de información moderna y, por ende, a la medicina moderna. Cortez, adicionalmente a la educación de la madre, señala la edad del niño, el sistema de alcantarillado y la altitud como factores que intervienen en la Desnutrición (Alcázar 2012: 18 -19).

Es importante señalar que existen modelos de casualidad en los que se ordena estos factores según su influencia. Unicef, por ejemplo, identifica tres causas asociadas a la DCI: el cuidado materno-infantil inadecuado, la seguridad alimentaria familiar insuficiente y los servicios de salud insuficiente (Moreno 2014: 123). Otro de los modelos causales más completos sobre la DCI es el de Smith y Haddad. Ellos clasifican los determinantes de desnutrición en tres niveles de causalidad: básicos, subyacentes e inmediatos. A continuación, se presenta el grafico que describe este modelo.

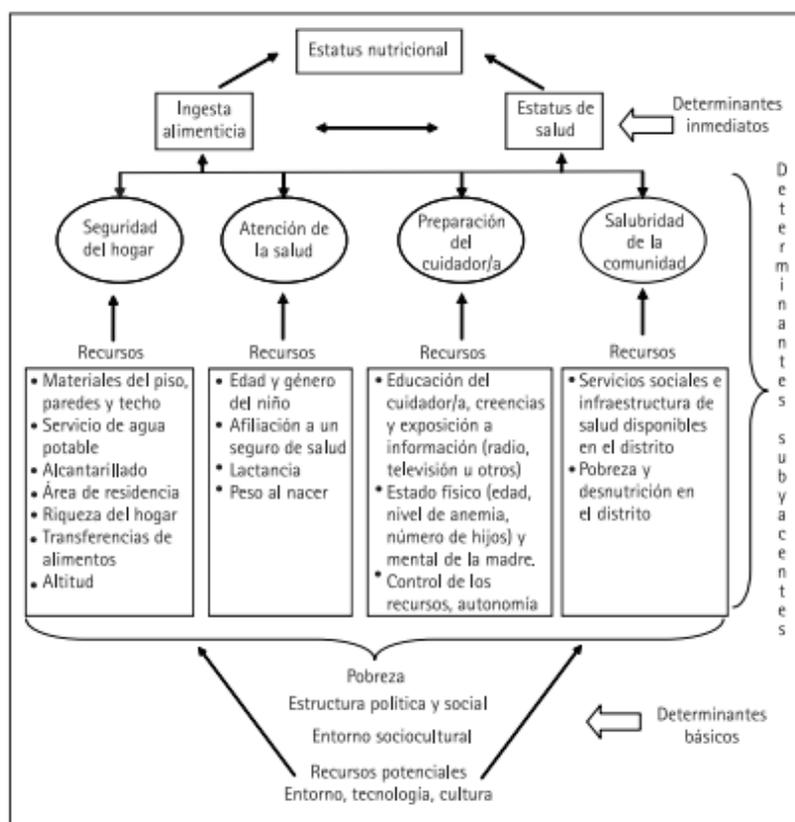


Imagen 1: Modelo causal de Smith y Haddad

Desde una mirada más local, en la Estrategia Nacional “Incluir para Crecer”, y el Programa Articulado Nutricional (PAN), se resaltan tres factores como intervinientes en el estado nutricional de los niños: Bajo peso al nacer, Elevada morbilidad de las IRAS y EDAS e Inadecuada alimentación. Asimismo, estos tres factores pueden desagregarse en indicadores como: estado nutricional de la gestante; diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno de enfermedades; acceso al agua potable y saneamiento; adopción de prácticas saludables para el cuidado de la salud y nutrición infantil; y, seguridad Alimentaria. A continuación, se presenta el grafico que describe este modelo.

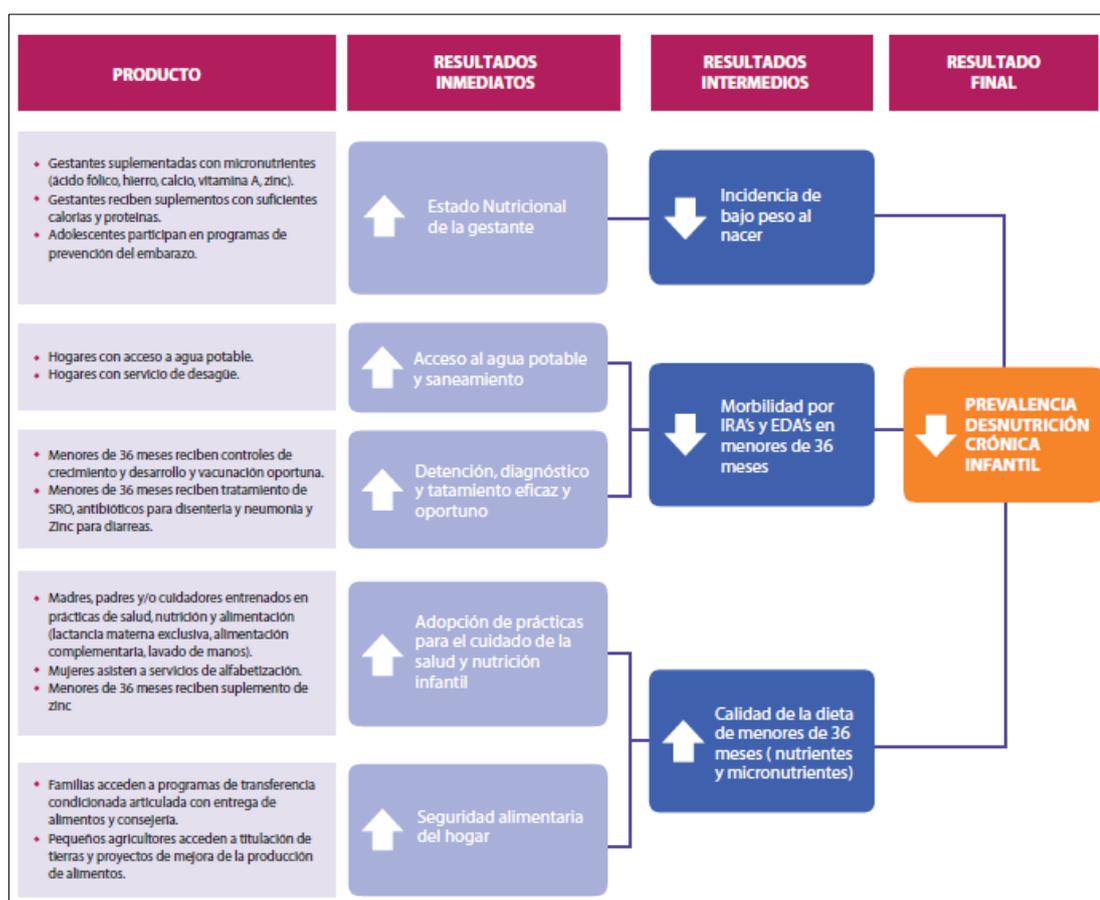


Imagen 2: Modelo causal sobre la Reducción de DCI. MIDIS Perú

En base a lo expuesto, se pueden identificar tres grandes campos dentro de los determinantes de Desnutrición Infantil: Salud, Higiene y Alimentación.

3.4 Modelo conceptual de la investigación

A continuación, se presenta el Modelo Conceptual que guía la investigación.

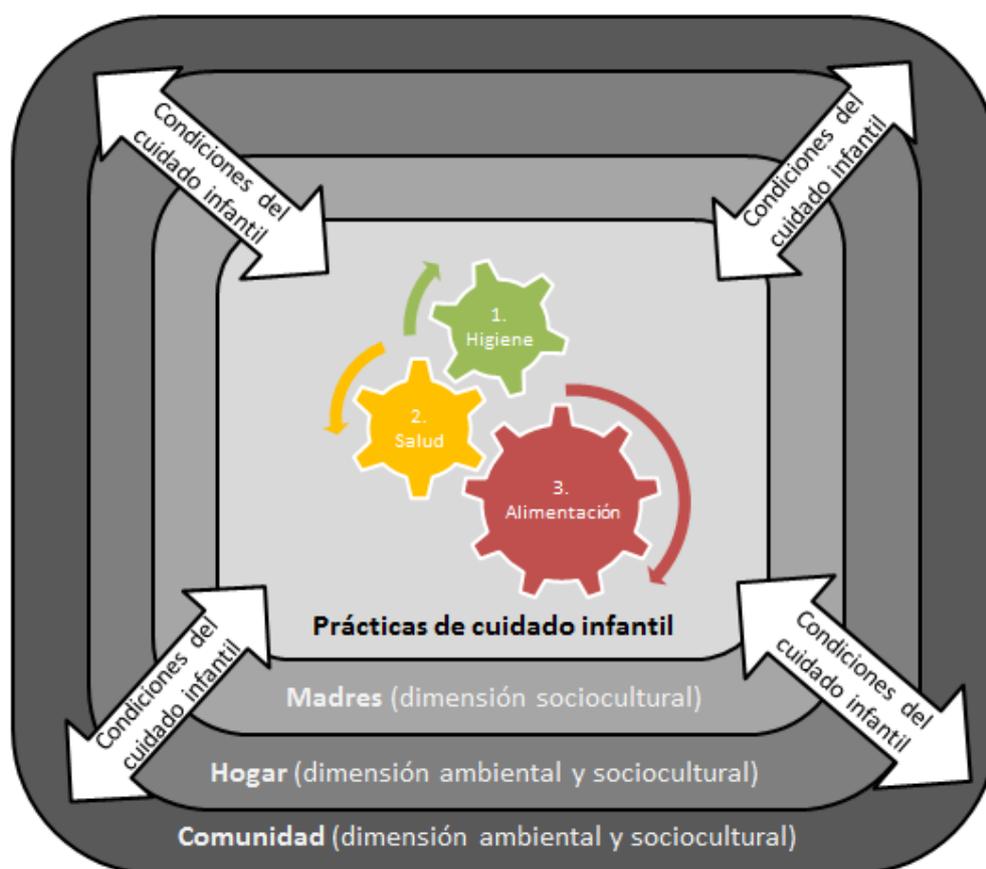


Imagen 3: Modelo conceptual de la investigación

Como se observa en el gráfico, para estudiar las prácticas de cuidado infantil, se las ha categorizado en tres campos: alimentación, higiene y salud. Estas categorías responden a una delimitación conceptual que facilita la aproximación metodológica, pero, en la realidad, los tres campos actúan de manera interrelacional. De tal modo, se encuentran prácticas en las que se superponen más de uno o incluso los tres campos, por lo cual, se los representa con un engranaje que se concatena.

De otra parte, los determinantes asociados han sido organizados en tres marcos de análisis: “Madre”, “Hogar” y “Comunidad”. Como punto partida, se considera que las particularidades de la Madre son las que influyen directamente sobre las prácticas de cuidado infantil, puesto que esta es la principal cuidadora del menor y, por tanto, quien decide finalmente la ejecución de ciertas prácticas y la nulidad de otras. No obstante, un segundo elemento que determina el cuidado infantil son las condiciones en las que se enmarca: el Hogar. Este es colocado en un segundo nivel de análisis.

Desde un tercer nivel de análisis, sobre el Hogar y la Madre, influyen las particularidades de la Comunidad. Por un lado, el contexto comunal influye en las características del Hogar (desde los materiales empleados en la construcción de la vivienda hasta el tipo de actividad productiva que se puede realizar). Por otro lado, el contexto comunal influye sobre la Madre, a través de los patrones culturales socialmente aceptados (modelos tradicionales de crianza hasta la división sexual del trabajo).

CAPITULO 4: HIPOTESIS

En base a la información revisada, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Las desventajas en la inserción al mercado local, generan que las familias de Alto Sondoveni experimenten una pobreza monetaria; esta, sumada a la escasez de recursos extractivos en su territorio (caza, pesca, recolección) debido a los cambios en los patrones de asentamiento, reducen la calidad y cantidad de la dieta nutricional familiar.

2. El entorno ambiental de la comunidad se caracteriza por el reducido acceso a servicios de agua potable y desagüe. Esto tiene un impacto negativo en la higiene familiar; pero se sostiene que existen prácticas preventivas para afrontar estas condiciones, aunque estas pueden partir de percepciones de higiene y salubridad distintas a las estipuladas en la biomedicina.

3. El contacto entre las madres y el personal de salud de la posta local produce cambios culturales en las prácticas de atención y tratamiento médico; de tal modo, las madres emplean prácticas combinadas de la medicina tradicional y de la biomedicina. No obstante, se presume una disminución en el uso de la medicina tradicional en la comunidad.



CAPITULO 5: METODOLOGIA

5.1 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en la comunidad nativa Asháninka de Alto Sondoveni, ubicada dentro del distrito de Rio Negro, uno de los que conforman la provincia de Satipo, en el Departamento de Junín.



Imagen 4: Mapa de la provincia de Satipo

Los Asháninka son el grupo étnico con mayor presencia en el país y se distribuyen mayoritariamente en los departamentos de Ucayali y Junín. Dentro de este último, la provincia de Satipo alberga el mayor número de comunidades Asháninka en la región según el Censo de Comunidades Nativas. Cabe señalar que Satipo presenta el mayor porcentaje de población rural (72 %) del departamento. Rio Negro es el segundo distrito con mayor población Asháninka dentro de la provincia y el 93 % de los 26, 000 habitantes que lo conforman residen en zonas rurales según el Censo de Población y Vivienda 2007.

Alto Sondoveni se encuentra a dos horas y media del distrito por viaje en carretera. La zona es considerada como selva alta, puesto que se caracteriza por temperaturas altas, fuertes lluvias y un terreno montañoso. Debido a estas condiciones, el traslado hacia la comunidad es esporádico, puesto que no existe una carretera asfaltada que conecte al distrito con la comunidad, y a la misma con las localidades cercanas.

La comunidad de Alto Sondoveni fue fundada hace 40 años aproximadamente y se inició como una comunidad con diez familias; gradualmente fueron integrándose comuneros, los que llegaban buscando tierras o familiares. Así, actualmente, Alto Sondoveni es reconocida bajo la legislación de Comunidades Nativas, funciona con una asamblea comunal y reconoce cargos como el jefe de la comunidad, la directora de la escuela primaria, los dirigentes de la APAFA y el encargado del registro de nacimientos.

La comunidad se organiza alrededor de un campo central. En este, se ubican la escuela primaria (multigrado) y los locales comunales, pero la mayoría de viviendas se distribuyen a lo largo del terreno montañoso. En Sondoveni, no hay servicio de agua potable, de electricidad, ni de desagüe. El agua es entubada desde manantiales, las actividades se realizan fundamentalmente de día y como servicios higiénicos se emplean mayoritariamente pozos ciegos.

Alto Sondoveni no cuenta con una posta en la comunidad. Para la atención en salud, los comuneros deben acercarse a la posta de Alto Paureli, ubicada a dos horas y media de camino. Sin embargo, por la distancia y dificultades geográficas, no es frecuente la asistencia hacia este local. Lo habitual es que las personas esperen hasta las visitas mensuales que realiza el personal de salud de Alto Paureli a la comunidad.

5.2 Población a estudiar

En Alto Sondoveni viven alrededor de 40 familias auto-denominadas Asháninka; en total, se puede calcular que la comunidad es habitada por 200 personas aproximadamente. La lengua materna es el Asháninka, la cual prevalece en la gran mayoría de encuentros cotidianos y en las asambleas comunales. Los adultos varones hablan también castellano y, en menor medida,

lo emplean las mujeres. La población es mayoritariamente joven y no es común la presencia de ancianos¹⁴.

Al 2013, el 90% de los niños menores de 5 años de Alto Sondoveni tenía DCI, según los registros del establecimiento de salud. En el 2014, se encontró que las madres con niños menores de 5 años, tenían entre 16 y 44 años de edad. En estas, el mayor grado de estudio fue la primaria completa, aunque la mayoría no terminó la primaria. Asimismo, para ese año, el 55% de las familias obtenía menos de 300 soles en la cosecha anual¹⁵.

5.3 Selección de casos

Se realizaron tres visitas espaciadas a la comunidad; sumando, en total, dos meses de trabajo de campo. Las dos primeras visitas, a modo de campo exploratorio, se dieron a finales del año 2013 y duraron dos semanas cada una. En estas, se buscó conocer las principales problemáticas en el campo de la salud, y dentro de estas, la relevancia de la malnutrición infantil en la zona. De otro parte, la última visita, se realizó en abril del 2014. En esta, se vivió permanente en la comunidad durante un mes. Los hallazgos encontrados en ella componen el grueso de la información obtenida.

La investigación tuvo un enfoque exploratorio-cualitativo. La selección de casos se organizó en tres etapas. En un inicio, se identificó a todas las madres

¹⁴ Algunos estudio señalan que muchas de las personas mayores Asháninka murieron en la época de guerra subversiva, puesto que no pudieron soportar las terribles condiciones impuestas.

¹⁵ Información obtenida del censo realizado en el trabajo de campo durante el 2014.

de la comunidad, que en total eran 40 madres. Con ayuda del jefe de la comunidad y los padrones oficiales, se seleccionó a la población de interés con dos criterios filtro: madres Asháninka y con, al menos, un niño menor a los 5 años de edad. En esta segunda etapa, se delimitó la población de interés en 27 madres asháninka, las que representaban 55 niños y niñas menores de 5 años.

Debido al tamaño de la muestra, se optó por realizar un censo. Así las 27 madres fueron encuestadas en sus hogares para conocer las condiciones de las viviendas y las características sociodemográficas del grupo en general. En base a ello, se elaboró una matriz que consignaba los matices encontrados en la población. Entre los principales criterios, se encontró variación en la edad, el nivel educativo, el número de hijos, el ingreso promedio de su hogar y el acceso geográfico hacia la vivienda (ver anexo 2).

Para la selección final, por un lado, se priorizó a las madres que mostraron mayor apertura e interés por la investigación y, por el otro, se buscó acceder a los diferentes casos encontrados. En suma, se contó con la participación de 10 madres para el estudio a profundidad (ver anexo 3). El perfil de este grupo se resume en la siguiente tabla.

Tabla 1: Grupo de madres para estudio a profundidad (N=10)

	Edad (años)	Número años de estudio	Número de hijos
Promedio	32	3,5 años (3° primaria)	7
Valor mínimo	21	Sin estudios	1
Valor máximo	43	6 años (6° primaria)	12

Cabe señalar, respecto al nivel educativo, que se trató de incluir a madres con bajos niveles de instrucción; sin embargo, fue una tarea complicada, puesto que estas madres comprendían muy poco el idioma castellano y eran las más reservadas y calladas, tal vez a consecuencia de lo primero. Asimismo, respecto a los ingresos, se consideró no solo los ingresos declarados en soles, sino también el número de sacos obtenidos en la campaña anual.

Sobre el acceso geográfico, se consideró como “fácil acceso” a las viviendas ubicadas en la trocha cercana al centro de la comunidad. Las zonas consideradas como “mediamente accesibles” fueron las ubicadas cerca de la zona central, pero separadas de ella por extensiones de platanales y chacras de yuca. Por último, la zona de mayor dificultad para el acceso fue “la banda”¹⁶, pues se encontraba cruzando el río, a una hora y media de caminata. Los comuneros también la reconocen como la zona más pobre y excluida.

5.4 Matriz de variables e indicadores

A continuación, se presenta la matriz de variables e indicadores que permite ordenar los ejes de análisis en la investigación para la elaboración de los instrumentos de recolección.

¹⁶ El diccionario de la RAE en su quinta acepción de la palabra "banda", consigna: 5. f. Lado de algunas cosas. De la banda de acá del río de la banda de allá del monte. (consulta 19 de agosto 2014 <<http://lema.rae.es/drae/?val=la+banda>>)

Tabla 2: Matriz de operacionalización de variables de la investigación

Variable	Definición Nominal (teórica)	Definición Real (Dimensiones)	Definición Operacionalizada (Indicadores)	Instrumentos de Recolección
Prácticas de cuidado infantil	Acciones y actividades recurrentes y cotidianas destinadas a promover y mantener el bienestar y desarrollo de los niños y niñas.	Alimentación	Persona a cargo de la alimentación del niño	Guía de Observación a la vivienda, Guía de Entrevista a Madres.
			Edad del niño en el Inicio y Fin de la Lactancia Materna exclusiva	
			Alimentos consumidos por el bebé y el niño	
			Preparación de los alimentos consumidos por el bebé y el niño	
			Momentos del día para comer	
		Higiene	Tratamiento del agua que se consume	Guía de Observación a la vivienda
			Estado de los objetos de manipulación del niño	
			Lavado de los alimentos antes de cocinarlos	
			Lavado de manos antes de preparar los alimentos	
			Lavado de manos después de ir al baño	
			Lavado de manos después de manipular las heces de los niños	
			Lavado de manos antes de alimentar a los niños.	
			Combustible empleado para cocinar	
			Desecho de residuos (in)orgánicos	
		Crianza de aves de corral		
		Salud	Enfermedades más recurrentes en los niños menores de 5 años	Guía de Entrevista a Madres
			Sintomatología de las enfermedades más recurrentes	
			Prevalencia de IRA en el niño en los últimos quince días	
			Tratamiento curativo de las IRAS en el niño	
Prevalencia de EDA en el niño en los últimos quince días				
Tratamiento curativo de las EDAS en el niño				
Empleo de fármacos/hierbas para la salud				
Recurrencia de enfermedades según temporada.				
Tipo de vestimenta del niño				
Prácticas preventivas para la salud del niño				
Contexto del cuidado infantil	Entorno ambiental, político, económico y	Madre	Edad	Guía de Entrevista a Madres
			Lugar de origen	
			Grado de instrucción	

cultural en el que se enmarca el cuidado del menor.		Número de hijos	Guía de Observación a la vivienda, Guía de Entrevista a Madres.
		Responsabilidades de las madres referidas al cuidado infantil	
		Apoyo de los hermanos en el cuidado infantil	
		Responsabilidades asignadas a sus niños	
		Métodos correctivos	
		Roles asignados a su función de madre, esposa y mujer	
	Hogar	Número de habitantes por vivienda	Guía de Observación a la vivienda, Guía de Entrevista a Madres.
		Principal actividad productiva	
		Número de sacos obtenidos en la cosecha de café	
		Ingresos monetarios percibidos	
		Alimentos cultivados en la chacra familiar	
		Cultivos para la venta y para el consumo	
		Acceso geográfico de la vivienda (tiempo)	Guía de Observación a la vivienda
		Número y tipos de espacios en la vivienda	
		Material predominante del suelo de la vivienda	
		Material predominante de las paredes de la vivienda	
		Material predominante del techo de la vivienda	
		Características del dormitorio	
		Características de la cocina	
		Tipo de acceso al servicio de agua potable	
	Tipo de sistema de desagüe en la vivienda		
	Tipo de acceso a la electricidad		
	Comunidad	Acceso geográfico de la comunidad	Guía de Observación a la vivienda, Guía de Entrevista a Madres.
		Percepción de educación	
		Percepción de la posta	
		Responsabilidades del padre de familia asháninka	
		Responsabilidades de la madre de familia asháninka	
Ciclo de cosecha del café			
Tipo y frecuencia de consumo de carnes			
Tipo y frecuencia de consumo de insectos			
Tipo y frecuencia de consumo de productos industriales			

5.5 Técnicas de recolección de información

En el trabajo de campo, se aplicaron secuencialmente tres herramientas de recolección de información: la encuesta, la guía de observación participante y la entrevista semiestructurada (ver anexo 4). La diversidad de herramientas responde al tipo de dato que se quiso obtener y al modo más adecuado para lograr esta tarea. De esta manera, la aplicación de las mismas no fue aleatoria.

La encuesta significó un primer acercamiento a la totalidad de la población de interés. Esta sirvió, principalmente, para proporcionar información sociodemográfica de las madres, así como de las características físicas de sus viviendas. En base a los matices encontrados, se organizó la población en segmentos para tener una selección representativa al momento de aplicar las siguientes dos herramientas, pensadas para un menor alcance.

Habiendo establecido un contacto previo, se permitió el acceso a los hogares para aplicar la guía de observación participante. Esta apuntó a conocer y vivenciar las rutinas diarias de las madres, en donde el cuidado y nutrición infantil tuvieron especial atención.

Más aún, como era esencial observar la alimentación, se propició un almuerzo compartido en cada casa. Se llevó algunos víveres y se cocinó con las madres. Ellas complementaron las comidas con algún producto de sus chacras, sea yuca, plátano o palta. El compartir los alimentos fue un elemento crucial en la construcción del vínculo con las madres y sus niños.

La previa convivencia en los hogares generó lazos de confianza con las madres, lo que facilitó las entrevistas a profundidad. Estas se aplicaron al finalizar las visitas en cada hogar. La entrevista permitió entender las percepciones que tienen las madres sobre su propia infancia, sus rutinas de trabajo, los cuidados brindados a los niños, entre otros.

Adicionalmente, se aplicó entrevistas a actores claves como el personal de la posta local, la directora de las instituciones educativas, el jefe de la comunidad y el promotor de salud comunal. Asimismo, se observó la atención durante las visitas médicas mensuales que realiza el personal de salud a la comunidad.

La siguiente tabla resume los instrumentos aplicados en el trabajo de campo, según la fuente de información.

Tabla 3: Total de instrumentos aplicados por fuente de información

Técnica	Unidad	Total
Encuesta	Madres	27
Guía de observación	Hogar	10
Guía de entrevista	Madres	10
	Informantes clave (personal salud, actores comunitarios)	5

CAPITULO 6: CONDICIONES DEL CUIDADO INFANTIL

“Muchas de las experiencias de un niño pequeño están moldeadas por el entorno físico y social en el cual ocurren. El entorno físico del niño, a su vez, está moldeado no sólo por la geografía física del lugar, sino por las maneras en que la cultura elige engranar con ese entorno”
(Gaskins, 2010)

Como se ha señalado anteriormente, las condiciones del cuidado infantil abarcaron tres niveles: comunidad, hogar y madres. En esta sección, se desarrollan los hallazgos sobre los niveles Comunidad y Hogar. Ambos son fusionados en este capítulo ya que, son entendidos - desde una lógica ambiental - como las condiciones materiales, físicas y socioeconómicas del contexto en que se enmarca el cuidado del niño.

6.1 Explorando la comunidad desde sus agentes comunitarios: la escuela y la posta.

La comunidad de Alto Sondoveni cuenta con una escuela primaria multigrado y un colegio que ofrece hasta el tercer grado de secundaria. En Sondoveni, existe una amplia aceptación de la educación. Por supuesto, la presencia de una escuela primaria en la comunidad facilita, si no promueve, esta situación. Asimismo, también podría tener influencia el trabajo que viene realizando, por varios años, la organización *Empezamos Creciendo* para combatir la deserción escolar en la comunidad.

Por el contrario, la salud no recibe la misma atención e interés en las asambleas comunales. El jefe de la comunidad señala: “ahora estamos con la escuela, eso queremos, educar, ya la posta todavía, falta”. Al parecer, existen tensiones con el promotor de salud, debido al cobro que realiza por la atención y los medicamentos. Que, además, sea también nativo de la comunidad es considerado un mayor agravio. Por ello, las madres aseguran no apoyar ninguna de las iniciativas referidas a la salud.

En Sondoveni, no se cuenta con ningún establecimiento de salud. Las dos postas más cercanas son la posta de Marankiari y la posta de Alto Paureli. La primera, está a 20 minutos aproximadamente, pero la atención, mediante seguro, solo puede darse en Alto Paureli. Dicha distribución no contempla la geografía del lugar. Así, la ruta que conecta a Alto Sondoveni con la posta de Alto Paureli, es reconocida por todos los actores (personal de salud, directora,

promotor de salud y comuneros) como sumamente dificultoso. El traslado puede demorar entre una a tres horas.

Estas condiciones explican, en parte, la reducida asistencia a la posta. La mayoría de personas esperan la visita mensual del personal de salud a la comunidad. En estas, como principales actividades, se efectúan los controles de CRED a los niños, el control a gestantes y una atención primaria, en caso hubiera alguna fractura o herida. En las dos observaciones, fue curioso notar la presencia solo de madres y niños; los hombres, a pesar de estar por los alrededores, no realizaron consultas médicas.

La relación entre el personal de la posta y las madres de la comunidad está mediada por diferencias culturales. La atención se brinda en castellano y las indicaciones se entregan por escrito, a pesar de que las madres no manejan bien el idioma y muchas no saben leer. La actitud del personal de salud es paternalista: son amables y explican los procedimientos antes de realizarlos, pero cuestionan y resondran a las madres, cuando no se encuentran los resultados esperados.

Asimismo, se encuentra que la percepción de estos hacia la comunidad está marcada por prejuicios sobre la “educación” y “cultura” de las familias.

“A mi parecer, con lo que más se tuvo que trabajar fue con el conformismo y el descuido de una gran parte de la población [...] en la comunidad de Alto Sondoveni, si bien es cierto se debe de trabajar con programas que nos ayuden a combatir la desnutrición infantil, pero, de igual manera, hay mucho por trabajar con la población misma, tanto en su cultura, como en los cuidados que deben de tener por su salud y la de su familia” (Personal de la posta de salud 1)

“Como te decía, de que son personas que, por el mismo nivel de educación que tienen, son ociosos y dejados, conformistas, que pretenden quedarse ahí nada más y no superarse. No creo que tengan conocimiento de lo que es superación incluso [...] pero, son buenas personas. A veces, cuando estoy sola, salgo por ahí a caminar y me dicen ‘enfermera vamos a pescar’, ‘ya, vamos a pescar’. Son buenas personas, tienen sus plantaciones de fruta ‘agarra nomás, llévate,’ me dicen” (Personal de la posta de salud 2)

Para el personal de salud, la desnutrición afecta a toda la población de Sondoveni, pero es más grave en los niños y niñas. Estos asocian la DCI a las carencias económicas de las familias; uno de los aspectos que se desarrollará más adelante.

“Mal pues, pésimo, desnutridos todos. Ya lo entienden [el termino desnutrido], porque ya pues vienen siendo atendidas, me imagino, por años. Mi colega anterior también las ha concientizado bastante. Entonces, es por eso que sí acceden, se sientan, se nota su preocupación, pero también qué hacen pues si no hay plata [...] También pues, es algo absurdo para mí, por qué lo mismo, yo insisto, qué haces diciéndole ‘tu niño está con desnutrición’, si no tiene ni para comer, es absurdo para mí eso” (Personal de la posta de salud 2)

6.2 Características de la vivienda

6.2.1 Ubicación de las viviendas.

La comunidad de Alto Sondoveni se ha establecido en la cumbre de una montaña. Los comuneros distinguen dos zonas: la “Zona central” y la zona denominada como “La banda”¹⁷, percibida como la más distante y de difícil acceso. La zona central se encuentra en la explanada de la montaña y está conformada por la escuela primaria, el reciente colegio secundario, el local

¹⁷El diccionario de la RAE en su quinta acepción de la palabra "banda", consigna: 5. f. Lado de algunas cosas. De la banda de acá del río de la banda de allá del monte. (consulta 19 de agosto 2014 <<http://lema.rae.es/drae/?val=la+banda>>)

comunal, la cancha de futbol, la casa del maestro, el local de culto evangélico¹⁸ y se hallan también algunas viviendas familiares. Por otro lado, La zona denominada como “La banda” es la que se encuentra cruzando el río de la comunidad.



Imagen 5: Explanada central de la comunidad, vista frontal de la escuela primaria

La mayoría de viviendas se distribuyen alrededor de la troncal ubicada en la zona central y un número menor se ubica en la zona de La banda. Si tomamos como punto referencial la explanada central, se calculó que las viviendas en la zona central podían estar ubicadas por tiempos de entre 05 a máximo 45 minutos; mientras que las viviendas en la zona de la banda estarían como mínimo a una distancia de 1 hora con 30 minutos de la explanada central.

¹⁸ En el mes del trabajo de campo no se observó actividades en este local, parecía más bien estar abandonado; sin embargo, sí se comentó que algunas familias pertenecían a este culto y que quien lo encabezaba como pastor era el promotor de salud, comunero y nativo Asháninka también de Alto Sondoveni.

Esto afecta el traslado para ir a las asambleas comunales, a las visitas de la posta, y a la escuela, en el caso de los niños.

6.2.2 Descripción de la vivienda.

Las viviendas en la comunidad están compuestas por uno o más módulos de aproximadamente 18 metros cuadrados. Se puede encontrar espacios diferenciados para el dormitorio, la cocina y, en algunos casos, una tarima en la entrada que se emplea al masatear o recibir visitas.



Imagen 6: Vivienda con dos dormitorios, una cocina y una tarima

El dormitorio es el espacio indispensable y más importante para las familias. Dentro de los dormitorios, se encuentran tarimas de esteras o camas de madera y algunas mantas de material polar; no es común el uso de colchones. En algunos casos, se emplea simplemente el suelo para dormir.

En las cocinas se encuentra fundamentalmente el fogón de leños y algún estante para colocar los utensilios. En menor medida, algunas de las cocinas también tienen mesas, aunque lo más común es que solo haya bancos y esteras que se usan al momento de comer. Las mujeres, usualmente, se ubican en una estera al lado del fogón que es desde dónde sirven las comidas. Otro elemento recurrente en la cocina es la presencia de yuca y plátano, así como de algunas aves de corral.



Imagen 7: Cocinas en la comunidad

En base al censo realizado, se encuentra que el material predominante en las paredes puede ser camona (55 %) o madera (45 %); el 5 % restante corresponde a una vivienda con paredes de calamina. Si bien a simple vista ambos materiales podrían ser calificados como madera, para los habitantes de Sondoveni la diferenciación es clara y marcada. El primero es un árbol que abunda en la zona, pero que no es muy resistente y, por ende, debe ser renovado cada 15 años. Por otro lado, lo que se considera madera son las

tablas de caoba o cedro, que ya no se encuentran en la zona, por lo cual, deben ser compradas.

El umiro (55 %) y la calamina (44 %) son los materiales más utilizados para el techo. El umiro es el material tradicional empleado para los techos¹⁹. Respecto al material en los suelos de las viviendas, es común que se use la tierra como suelo (67 %), solo el 33 % de las familias tienen suelo de madera. Es importante señalar que la utilización de uno u otro material reflejan el nivel de precariedad de la vivienda y también el nivel socioeconómico de la familia. Las familias con viviendas mayoritariamente construidas de madera y calaminas son las que cuentan con mayores ingresos.

Asimismo, si bien, desde una mirada global o de predominancia, las viviendas cuentan con las características antes mencionadas, en la práctica, se observa claramente también una gradación en el tipo de materiales de acuerdo a la funcionalidad del espacio. Así, los materiales más resistentes son reservados para los dormitorios. En consecuencia, es frecuente que los dormitorios, concentren las paredes y pisos de madera y los techos de calamina; mientras que las cocinas tengan usualmente paredes de camona y pisos de tierra.

¹⁹Este se hace a base a hojas de un árbol denominado con el mismo nombre. Las hojas se dejan secar y luego son trenzadas y amarradas con lianas. Todo el proceso desde la recolección de hojas, pasando por el trenzado del material, hasta el techado de la vivienda es realizado exclusivamente por los varones

6.2.3 Acceso a servicios básicos

En general, ninguna de las viviendas tiene conexión de agua potable. El 77 % de las familias encuestadas tiene una conexión de agua entubada, mientras que el 22 % emplea el agua del río. En la mayoría de viviendas, el tubo o conexión de agua se ubica a una distancia de 10 a 30 metros de la casa y se llega a la misma por medio de un camino en quebrada. La inclinación del terreno permite aumentar la presión del agua y el caudal. Así, el agua es un recurso de difícil acceso, por lo que se mantiene el almacenamiento de agua en galoneras.



Imagen 8: Acceso al agua por conexión entubada

Hace algunos años, Sondoveni se ubicaba al lado de la orilla del río, lo que permitía tener un fácil y permanente acceso al agua. Sin embargo, debido a la guerra subversiva y a la alta presencia de senderistas en la zona, los pobladores optaron por reubicarse. Eligieron la actual zona, más agreste y aislada, porque consideraron que los ayudaría a mantenerse también más

ocultos. Esto significó tremendas dificultades para acceder al agua por varios años, situación que ha mejorado, pero que aún persiste.

Respecto a los servicios de saneamiento, el 89 % de las familias señala emplear pozos ciegos y el 11 % restante no cuenta con ningún servicio de este tipo, “van al monte”. En la comunidad, tampoco existe servicio eléctrico²⁰. Solo dos familias (8 %) emplean paneles solares, mientras que el 92 % emplean esporádicamente linternas, velas o fogatas para alumbrarse. De tal modo, la mayoría de actividades en la comunidad ocurren durante el día.

6.2.4 Composición familiar.

Las familias de los niños menores de 5 años son de tipo nuclear y no se registra ningún caso de familia monoparental en las viviendas encuestadas. Los miembros que componen la familia son comúnmente el padre, la madre y los hijos. Otra composición es la de padre, madre, hijos y sobrinos. Y también se registran tres casos de poligamia en el que conviven el esposo, la primera esposa (usualmente más anciana), la segunda esposa y los hijos de ambas.

El número de miembros residentes en el hogar puede ir desde 03 hasta 15 personas. Esto no significa que residan todos en un solo espacio; en varios casos, se observó que las familias numerosas se distribuían en dos o más módulos de vivienda. Lo más frecuente es que los hogares estén conformados por grupos de entre 06 a 08 personas.

²⁰ En la última visita de marzo del 2014, se estaba iniciando la colocación de postes eléctricos alrededor de la loza central de la comunidad, pero no se tenía mayor información sobre cuándo se pondría el servicio, cómo se distribuiría y cuál sería el costo.

6.3 Principal actividad productiva e ingresos percibidos

El 100 % de las familias censadas se dedica a la siembra y cosecha de café para su posterior comercialización, aunque no en los mismos grados. La venta de café representa la principal fuente de ingresos monetarios para estas familias. Este producto es comercializado por sacos de aproximadamente 60 kilogramos y la cosecha se realiza una vez al año. A continuación, se muestra la distribución aproximada del ciclo de cosecha de café anual en la comunidad.

E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Siembra (*)			Cosecha				Limpieza de las plantas			Siembra (*)	
La fuerte lluvia de estos meses ayuda a que la semilla "pegue" más rápido		Pocos granos		Epoca del golpe	Grano de menor calidad		Se limpia las plantas. Se raspa los granos sobrantes para que crezcan los nuevos. Se concentran en la siembra de otros cultivos: maíz y plátano.				

(*) La siembra se realiza solo para los nuevos cultivos de café.

Imagen 9: Ciclo de cosecha de café anual en la comunidad

Una planta de café brinda la primera cosecha, aproximadamente, luego de 03 años. Por ese periodo, se debe cuidar el cultivo para que se mantenga y crezca adecuadamente. La limpieza del cultivo debe realizarse a lo largo del año, ya que la misma humedad que beneficia el crecimiento del café, también propicia el crecimiento de hierba mala o plantas parasitarias. De ahí que el "macheteo" sea una actividad rutinaria para los pobladores de Sondoveni.

La campaña de café ocurre una vez al año, por ello, se midió los ingresos percibidos por familia también anualmente. Los datos declarados por las madres en el censo, muestran una alta heterogeneidad. Si bien, en promedio, las familias obtendrían 1600 soles anualmente, algunas familias perciben un rango menor a los 100 soles, mientras que, otras obtienen ingresos por encima de los 3000 soles. No obstante, estos datos no serían completamente confiables, ya que alrededor de 50% de las madres desconocía o no podía calcular sus ingresos anuales²¹.

Frente a esta situación, el *número de sacos* obtenido en la cosecha fue un dato más confiable. De igual forma, en base a los sacos de café, también se encontró mucha diferenciación en la producción de una familia y otra. Se tienen familias que producen menos de 01 saco por cosecha anual hasta familias que obtienen 80 sacos en su cosecha anual, siendo el promedio de 17 sacos de café por familia al año. La distribución de estos datos se halla en la siguiente tabla.

Tabla 4: Cantidad de sacos obtenidos por familia en la última cosecha

Número de sacos obtenidos en la última cosecha	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0.5 – 2	5	18,5	18,5
3 – 5	7	25,9	44,4
6 – 9	3	11,1	55,6
10 – 15	3	11,1	66,7
20 – 30	6	22,2	88,9
60 – 80	3	11,1	100,0
Total	27	100,0	

²¹Por un lado, se encontraron madres que desconocían el monto final obtenido por cosecha, ya que eran los varones los únicos encargados de comercializar el café. Otras, lo desconocían porque no vendían el café cosechado por saco o como una sola carga, sino que lo vendían por pequeñas cantidades esporádicamente.

Para obtener una referencia del ingreso monetario que perciben las familias, fue conveniente calcular la cantidad de sacos obtenidos a costo del kilo de café en el mercado, que es de 06 soles aproximadamente²². Adicionalmente, para facilitar la comprensión de los datos, se ha dividido las respectivas cantidades entre doce, para obtener la estimación del ingreso percibido mensualmente por cada familia.

De ello, se obtiene que el menor ingreso mensual sería de 15 soles y el mayor de 2 400 soles. En promedio, las familias cuentan con aproximadamente 500 soles al mes. El 77 % de las familias recibiría menos de 750 soles y el 55 % menos de 300 soles. Es importante traer a colación que estos montos deben ser repartidos entre todos los miembros de la familia, los cuales oscilan entre 03 a 15 personas por hogar. La distribución de estos datos se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 5: Estimación del ingreso mensual de las familias

Estimación del ingreso mensual	N°	%	P.A
Menos de 100 soles	8	29,6	29,6
Entre 100 y 299 soles	7	25,9	55,6
Entre 300 y 499 soles	3	11,1	66,7
Entre 500 y 749 soles	3	11,1	77,8
Entre 750 y 1 499 soles	3	11,1	88,9
Entre 1 500 y 2 500 soles	3	11,1	100,0
Total	27	100,0	

²² Precio obtenido de la página del Ministerio de Agricultura del Perú y que coincide con el mencionado por los actores claves de la comunidad: jefe de la comunidad, padres de familia y profesores.

En algunos casos, se observó que cantidades iguales de café, obtienen diferentes pagos y ganancias. En primer lugar, esto se debe a la calidad del producto ofertado, que es medida principalmente en función del aroma y peso del grano. En Sondoveni, las familias emplean dos tipos de semillas: *pashi* y *catimor*. La semilla de *pashi* es la que se suele sembrar, pues tiene buen aroma y peso. Sin embargo, algunas familias siembran *catimor*, ya que, si bien tiene una desventaja con respecto al aroma y peso, se caracteriza por ser más resistente²³.

En la negociación de la compra-venta, también interviene la cantidad de sacos que se oferta. Si se tiene una cantidad considerable de sacos por vender, se negociará con el comprador desde una posición más ventajosa, ya que este prefiere comprar la mayor cantidad de café, para reducir los gastos de traslado²⁴. Sin embargo, cuando se vende pequeñas cantidades, el comprador ofrece un precio menor, pues argumenta un costo por trasladarse hacia esa zona o casa. Coincidentemente, las familias más pobres, ubicadas en la zona de “la banda”, son las que usualmente venden en pequeñas cantidades.

Por último, se debe destacar que las familias encuentran estrategias de supervivencia a través de la venta de otros cultivos como el plátano y, en menor medida, el maíz. De igual forma, las madres señalan, como fuente alternativa de

²³ Debido a los daños causados por la plaga de la roya amarilla, más comuneros han optado por resembrar sus cultivos con semillas de *catimor*, a modo de prevención.

²⁴ El traslado hasta Alto Sondoveni es costoso y desgastante. La comunidad se encuentra a dos horas y media del distrito de Rio Negro. Dos terceras partes de la ruta se realizan por una carretera afirmada, pero el último tramo debe hacerse por una carretera de trocha y en un terreno accidentado y empinado. La situación se complica en épocas de lluvia, ya que el barro hace casi imposible que los carros transiten.

ingresos, el trabajo de sus esposos e hijos adolescentes como jornaleros en las comunidades aledañas. Actualmente, debido a la plaga de la roya amarilla, las familias están recurriendo cada vez más al jornaleo.

6.4 Disponibilidad de alimentos y dieta familiar.

Tal como se ha señalado, el café representa el cultivo más valioso monetariamente y, por tanto, gran parte de las parcelas se destinan a su siembra. No obstante, la chacra familiar también es empleada como una fuente de recursos alimenticios. Entre los productos que se observan y que señalan las entrevistadas, se encuentran los siguientes.

Tabla 6: Lista de productos cultivados en las chacras familiares

Producto	Número de madres que lo enuncian:
Yuca	10
Plátano	10
Palta	10
Frejol	9
Maíz	7
Limón dulce ²⁵	6
Mango	5
Papaya	4
Cacao	4
Zapallo	3
Camote	1
Choclo	1
Miel ²⁶	1

²⁵ Fruto cítrico muy parecido al conocido como “Lima”.

²⁶ La miel se obtiene de los panales dentro de la selva. Esto resulta emocionante para los niños, puesto que, para que las abejas no piquen, se debe ir de noche, prender fuego y, con el machete, cortar el panel para extraer el producto.

La disponibilidad de estos se ajusta al ritmo de maduración de cada producto. Por ejemplo, el plátano ofrece su primera cosecha luego de 5 años de sembrado, luego de lo cual, se cosecha cada tres meses; mientras que, el maíz solo brinda una cosecha. Así, si bien la chacra tiene cierta variedad de cultivos, esto no asegura una dieta alimenticia variada, ya que solo se obtienen cosechas de uno o dos productos por temporada

Dentro de los cultivos, destacan la yuca y el plátano, pues son la base de la alimentación diaria de las familias, tanto para adultos como para niños. Ambos productos ocupan un lugar importante en la mesa y muchas veces, sobre todo en tiempo de carencia, son el único sustento para las familias. En parte, esto puede deberse a que son alimentos con más de tres cosechas al año, pero, evidentemente, también influye la tradición heredada en los Asháninka, y en gran parte de la selva, por consumirlos.

Por el contrario, el consumo de verduras dentro de la dieta alimenticia es débil. Una de las razones del bajo consumo de verduras es la “falta de costumbre”. Las madres comentan que ni sus padres ni abuelos han consumido verduras; por ello, ellas tampoco encuentran necesidad o gusto por consumirlas. La otra razón, se inserta en los contextos socioeconómicos actuales. A diferencia de cultivos como la yuca, el plátano o la papaya, que tienen facilidad para germinar del propio fruto, las verduras solo se obtienen a base de semillas que deben ser compradas.

Asimismo, el consumo de carne es poco frecuente. Esta se consume 1 o 2 veces al mes; aunque también se da en ocasiones especiales como cumpleaños, festividades o cuando no hay ningún otro producto disponible. Los principales tipos de carne provienen de la crianza de pollos y patos. En menor medida, se puede pescar y también cazar palomas, samani, cupte u otros animales del monte, aunque estos son prácticamente escasos. Solo un grupo reducido de familias mantiene la caza. Como un complemento, también se incluyen en la dieta gusanos de árboles, chicharras y caracoles de tierra.

Tabla 7: Tipos de carne disponibles y lugar de obtención

Tipo de carne consumida	Lugar de obtención
Pollo	Crianza
Pato	Crianza
Pescado	Rio
Paloma	Monte
Samani	Monte
Cupte	Monte
Gusanos	Arboles
Chicharras	Tierra
Caracoles	Tierra

De manera similar a lo que ocurre con los cultivos, la obtención de algunas de estas proteínas se ajusta a la temporada. Por ejemplo: la pesca se da en los meses de agosto o setiembre, meses de secano, ya que el río trae poca agua, lo que disminuye el riesgo y facilita la pesca; mientras que, los caracoles y chicharras son característicos de los meses de lluvia. Con los

animales de monte como el samani o cupte, se está sujeto a la depredación de los mismos.

Adicionalmente, se consumen productos envasados fuera de la comunidad, los denominados *viveres*. Lo usual es que las familias entreguen una lista con los viveres que desean al comprador de café, y este, los lleve como canje por el café obtenido. En otros casos, los comuneros, fundamentalmente los hombres o esposos, también se trasladan hasta Satipo para abastecerse. Esto ocurre 1 o 2 veces al año, lo cual guarda relación con el ingreso de dinero por la campaña de café.

Los viveres son consumidos principalmente en el mes posterior a la campaña de café, luego de lo cual, se establece un consumo más esporádico o casi nulo. Los principales productos requeridos son sal, atún, fideos, arroz, aceite, azúcar (en orden de prioridad). Las madres relatan que la mayoría de viveres fueron introducidos por los profesores y también por los mismos compradores de café, a modo de intercambio

A modo de síntesis, se presenta una tabla resumen de los principales indicadores expuestos en este capítulo.

Tabla 8: Principales indicadores por hogar y vivienda

Mat. pred. Paredes de la vivienda	Mat. pred. Techo de la vivienda	Mat. pred. Suelo de la vivienda	Acceso al agua	Serv. de desagüe	Electricidad	PROM. Sacos x cosecha	PROM. Ingreso mensual estimado
55% camona	55% umiro	66% suelo	77% entubada	89% pozo ciego	92% no tiene	17 sacos	500 soles
40% madera		44% calamina				33% madera	22% río
							Max: 80 sacos



CAPITULO 7: PRACTICAS DE CUIDADO INFANTIL

El presente capítulo expone los rasgos del perfil sociocultural de las madres Asháninka de Alto Sondoveni y caracteriza sus prácticas de cuidado infantil. De tal forma, en primer lugar, se brinda información sobre los principales indicadores sociodemográficos de la población total de interés. Luego, se profundiza en el modelo de crianza que orienta a las madres en el cuidado de sus niños. Y, finalmente, se desarrollan los hallazgos en torno de las prácticas de cuidado infantil: alimentación, higiene y salud.

7.1 Perfil sociocultural de las madres

Las mujeres con niños menores de 5 años en Alto Sondoveni son, en total, 27 madres. Estas representan el 70% de la población total de madres en la comunidad. Sus edades fluctúan entre 16 y 44 años. Se considera que es una

población relativamente joven, ya que el promedio de edad del grupo es menor a los 30 años y el 70 % tiene menos de 35 años; solo una es menor de edad, con 16 años.

El 63 % de las madres nacieron en Alto Sondoveni y el 37 % proviene de otras comunidades nativas Asháninka: Santa Rosa de Panakiari (Rio Negro), Bajo Paureli (Rio Negro), Puerto Ocopa (Rio Tambo), Cutivireni (Rio Tambo). Los motivos de la migración fueron la búsqueda de nuevas chacras y las alianzas matrimoniales. No obstante, todas las madres foráneas entrevistadas viven hace más de 15 años en Sondoveni, por lo que están completamente integradas a las dinámicas locales.

Las madres pueden tener desde 1 hasta 12 hijos, pero lo más común fue que tengan alrededor de 5 hijos. Al respecto, la tendencia nacional indica que a mayor nivel educativo alcanzado por la madre es menor el número de hijos que ella tendría (ENDES 2014). Sin embargo, en el caso de las madres encuestadas en Alto Sondoveni, no se encuentra una asociación entre el nivel educativo y el número de hijos que tienen.

En promedio, las madres alcanzan 3,4 años de estudio. La mediana de años de estudio aprobados es de 4 años, la cual es menor a la alcanzada por las mujeres, entre 15 y 49 años, del área rural (5,9 años), de la región selva (8,5 años) y del quintil inferior de pobreza (5,5 años) (ENDES 2014). Así el 22 % de las madres terminó la primaria, el 59 % tiene una educación primaria incompleta

y el 14 % restante no asistió a la escuela. Solo una de las madres curso el nivel secundario hasta segundo año.

No se encontró diferencias significativas entre la edad y el nivel de instrucción de las madres. La explicación a la (no)escolaridad podría encontrarse en las decisiones internas de la familia o incluso del propio niño, ya que, como se verá más adelante, las madres otorgan libertad a sus hijos para decidir su propio futuro. Asimismo, puede tener relación con la ausencia de un colegio secundario en esos años, lo que obligaba a los potenciales alumnos a desplazarse hacia centros poblados distantes²⁷.

A nivel de sus percepciones de la actual infancia, las madres expresan tres características que diferencian su niñez de la niñez actual. Estas son las preferencias en el comer, las preferencias en el vestir y el nivel de obediencia en los niños y niñas. Cuando las madres recuerdan su infancia, parecen describir un proceso de cambios, desde una infancia más tradicional hacia una adultez inserta en adquisiciones foráneas. Al preguntarles por cómo eran ellas en su infancia, nos cuentan:

"Ahora quieren comer pe víveres así todo, se ponen ropa pe ahora, botas, ponen zapatos. Yo me ponía mi cushma, yo no conocía nada ropa, andaba descalza, mi papá no sabía también de ropa, su cushma noma ponían" (Madre asháninka, 37 años).

"Mi tía, acá en otra comunidad nativa, ella compraba arroz, fideos, verdura, yo no me gustaba comer verduras. Mi papá no compraba, otros los paisanos no compramos cebollas, ajitos, verduras. Pescadito nomas compraban. Pescado yo comía, lavando así. Yo no sabía comer ese verdura, yo no sabía cocinar" (Madre asháninka, 31 años).

²⁷ La educación secundaria representa en muchas zonas del país, como en Alto Sondoveni, un costo monetario y emocional alto, ya que significa dejar la comunidad para trasladarse a la zona donde se encuentra el colegio, ya sea un centro poblado más céntrico o el distrito.

Por otro lado, sobre sus obligaciones en la comunidad, se observa que existe división sexual del trabajo. Los varones se encargan principalmente del trabajo en la chacra de café, donde pasan casi todo el día. En las mujeres recaen las tareas domésticas y del cuidado de los niños. Más aún, las madres suelen acompañar a sus esposos en el macheteo de la chacra. Si bien este trabajo está designado a los varones, la fuerte demanda de mano de obra termina insertando a la mujer, y también a los hijos.

Adicionalmente, las mujeres cultivan la chacra de yuca, que se ubica en un lugar más cercano a la vivienda. Varios esposos se niegan a trabajar esta chacra, pues argumentan que es una labor para las mujeres. El distanciamiento puede deberse a la relación que guarda esta actividad con la preparación del masato (elaborado a base de yuca), tarea doméstica y percibida como predominantemente femenina.

Esta distribución de tareas termina sobrecargando a las madres y, por tanto, no siempre es percibida con agrado. Algunas madres, manifestaban sentirse cansadas y saturadas con la carga de trabajo que se les designaba. La sensación se evidenció particularmente en las madres con niños menores al año, quienes resaltaban que el cuidado hacia los bebés demanda mucho tiempo y limita el avance de otras tareas, como ir a machetear.

"Cuidar a nuestros hijos, cocinar, machetear así cuando hay yuca, preparar masato, lavar platos, lavar ropa, limpiar casa, todo así, bastante pe. Porque cuando uno no está, me voy a la chacra, ya mi casa queda sucio [sic]. Cuando estaría diario en mi casa, ahí limpio sería pe. Ya temprano yo me voy, ya llego tarde" (Madre asháninka, 40 años)

"Cuando me reclama, no haces esto, yo lo dejo... 'A ver yo me voy a la chacra y tú te quedas en la casa, a ver si vas a poder lo que hago yo' le digo" (Madre asháninka, 34 años)

Una ideas similar, también se manifestó en las conversaciones con los actores locales externos a la comunidad. Uno de los profesores señalaba:

"Acá mayormente las mujeres son las que más cosas hacen pe, porque si el esposo también se va machetear, la esposa también va a machetear con él y después de machetear tiene que calcular su tiempo para volver a cocinar, si está cerca, tiene que hacer almuerzo. Ella vuelve a cocinar y cuidar al bebe, atender todas esas cosas, después de haber ido ayudar al esposo todavía"

Por último, es importante señalar que las madres demuestran una aceptación e inclinación hacia la educación escolar de sus hijos. La importancia de la educación podría suscribirse en dos líneas. Una de ellas, es la que percibe la educación como un medio de cambio, de ascenso hacia una vida mejor. En algunos casos, esto significaría también dejar la chacra y la comunidad.

La otra línea, es la que entiende la educación como funcional a la vida actual, al trabajo en la chacra y al comercio de café. Desde esta mirada, la educación es beneficiosa, ya que el conocimiento de operaciones matemáticas básicas como sumar, restar y multiplicar, junto con el manejo de la lectoescritura del español, reducen los riesgos en la transacción con los compradores del café; lo que se convierte en un incentivo para que los padres envíen a sus hijos a la escuela²⁸.

²⁸ Es pertinente señalar que, si bien existe interés por que las futuras generaciones manejen el idioma español, el cual les permitirá comunicarse con los actores foráneos que llegan cada vez más a la

A diferencia de la aceptación hacia la escuela primaria, la asistencia al colegio secundario todavía genera cierto debate. Aquí cobra relevancia la edad para cursar la secundaria (12 a 13 años aproximadamente). A esta edad, los niños de la comunidad tienen mucha independencia y autonomía; los padres les otorgan mayor libertad para elegir su futuro. Asimismo, a esa edad, los niños representan un apoyo importante en el trabajo de la chacra, puesto que ya son más fuertes y están capacitados para trabajar.

Por lo mismo, y tomando conciencia de las capacidades logradas, algunos niños/adolescentes optan por dejar de estudiar y dedicarse a trabajar, decisión que, por supuesto, está inserta también en un marco de necesidades que ellos buscan suplir. La siguiente cita lo ejemplifica.

"Lo que está ahora en la escuela, mi hija dice 'no, voy levantar, voy comer y me voy a la escuela', y otro dice 'yo no quiero ir en el colegio'. Yo le digo 'no, primero tus estudios', no quiere el chiquito. Él lo que me dice 'no, cuando vamos a trabajar, damos pa' pagar, damos plata. Cuando voy en la escuela, estoy vagando, sentado, escribiendo y ni siquiera acaso me van a dar ni un sol' dice" (Madre asháninka, 34 años)

Esta cita permite reflexionar también acerca de la currícula escolar y su relación con las expectativas y prioridades que tienen los alumnos en las escuelas rurales. Aunque la investigación no buscaba profundizar en este tema, se considera que son necesarios estudios sobre la pertinencia curricular en contextos rurales, así como la creación de escuelas interculturales que apliquen el enfoque más allá del plano lingüístico.

comunidad, los padres no buscan un remplazo o desprendimiento del Asháninka. El español sería como un complemento, una habilidad, una lengua para "los de fuera", pero, dentro de la comunidad, el asháninka tiene mayor presencia.

A continuación, se presenta un cuadro resumen del perfil sociodemográfico de las madres encuestadas según las variables mencionadas.

Tabla 9: Perfil sociodemográfico de las madres encuestadas

	Edad de la Madre	Lugar de nacimiento	Años de estudio	Número de hijos
Promedio	30 años	30% Otra comunidad nativa	3,4 años = 3ro primaria	05 hijos
Mínimo	16 años		Sin estudios	01 hijo
Máximo	44 años	70% Alto Sondoveni	2do de secundaria	12 hijos

7.2 Caracterizando el modelo de crianza

“Se debe entender que el lugar del niño en la familia y la sociedad, la espera emocional del bebé, el afecto en la relación de los padres con el niño, son construcciones socioculturales; tienen historicidad, por lo que no son naturales, ni universales, ni intrínsecas a la condición humana” (Del Pino 2012: 63)

Los modelos de crianza responden a una multiplicidad de factores, entre los que se destacan, los contextos socioeconómicos de las familias. Asimismo, tomando en cuenta que, la crianza busca, finalmente, lograr adultos socialmente valorados (Del pino 2012: 64), se considera que los modelos de crianza responden también a los patrones y valoraciones culturales. Más aún, estarán influenciados por las experiencias que los cuidadores, especialmente las de su infancia y adolescencia (Barudy & Dantagnan 2010).

7.2.1 Etapas y participantes en el cuidado infantil

En Sondoveni, el cuidado infantil está inserto en un amplio margen de independencia y automotivación. Se observa que, en los cinco primeros años, ocurre un rápido desprendimiento de la madre hacia el niño y del mismo hacia ella. Se puede distinguir medianamente tres etapas: la primera, desde el nacimiento hasta el año de edad; la segunda, desde el año hasta los tres años y, la tercera, desde los tres años hasta los cinco años. Por supuesto, estos parámetros no son drásticos, sino más bien flexibles y particulares a cada niño.

En la primera etapa, los primeros meses de vida, la madre permanece muy cercana al bebé. Lo tiene cargado, lo mece, lo alimenta dándole su pecho, lo baña y cambia, lo cuida de los mosquitos y duerme con él. Esta etapa se percibe como de alta vulnerabilidad, por ello, las madres incluso llevan a sus bebés consigo a la chacra, ya que estos requieren cuidados rigurosos y, además, ser alimentados con leche materna.

En la segunda etapa, el niño aún permanece muy cerca de la madre, ella lo ayuda a alimentarse (aunque este ya tiene su propio plato), lo sigue bañando y cambiando. Un hito importante es el desplazamiento autónomo del niño, que le permite transitar hacia otros espacios sin su madre²⁹. En la última etapa, el niño es casi independiente de su madre, ya no duerme con ella, come solo, se

²⁹ La experiencia de campo muestra que en este proceso de crecimiento, el propio niño va buscando y asumiendo su autonomía. En una oportunidad, se observó a un niño de aproximadamente un año, quien a su corta edad, se acercó, lentamente y con pasos aun poco firmes, a la hamaca donde reposaba su hermano recién nacido para intentar mecerlo y hacerlo dormir. La firmeza y decisión con que el niño se dirigió a su hermano contrastó con la debilidad de sus piernas, cayendo repentinamente al toparse con la hamaca que el mismo había puesto en movimiento, a lo que toda la familia respondió con risas.

viste básicamente solo, (copiando a los adultos) busca cortar alimentos o cargar objetos y está pendiente para integrarse a los juegos de sus hermanos.

A partir de los 5 años, los niños gozan de mucha libertad, pueden tener responsabilidades más concretas o incluso vigilar a sus hermanos menores, de manera que requieren muy poca atención de sus madres. Es comprensible que esto ocurra a los 5 años, ya que las madres perciben que, en esta edad, el niño es poco vulnerable. Lo que parece ocurrir es un gradual desprendimiento mutuo entre la madre y el niño; mientras que, en paralelo, se da paso a una mayor integración del niño con el grupo de hermanos³⁰. El siguiente gráfico muestra estas variables.

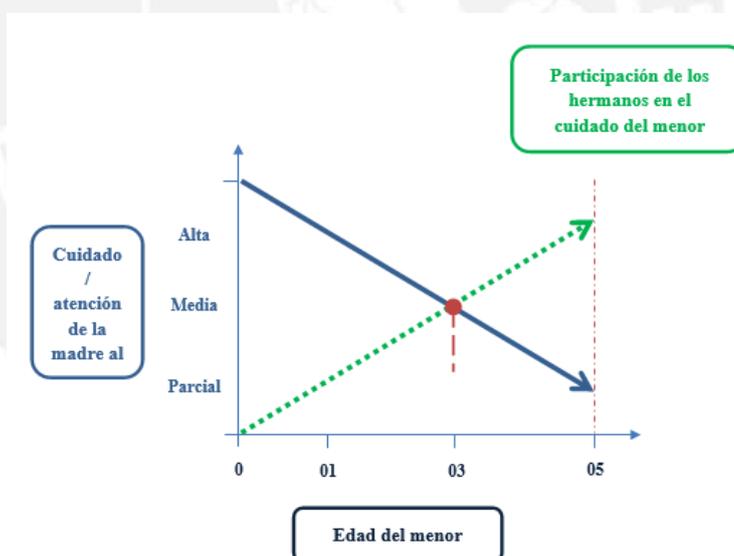


Imagen 10: Gráfico de las etapas de cuidado infantil

³⁰ Los estudios que hablan acerca de los modelos de crianza con responsabilidad compartida; es decir, donde el cuidado se reparte en una multiplicidad de actores, señalan que es común que las interacciones del niño se extiendan incluso al plano comunitario rescatando, por ejemplo, la participación de los vecinos. Para esta investigación, la observación y análisis del niño se realizó solo en función de la unidad Hogar; por lo cual, solo aparecen como cuidadores alternativos los padres y hermanos.

La madre es claramente la principal cuidadora del menor en todas las etapas. Sus hijas e hijos mayores aparecen como sustitutos o apoyos; los padres no parecen involucrarse mucho en las tareas del cuidado infantil, sea porque están más tiempo fuera de casa o por la fuerte asociación de esas laborales como femeninas³¹. La participación de los hermanos ocurre, sobre todo, cuando la madre debe ausentarse o cuando requiere hacer otra actividad como, por ejemplo, lavar la ropa, ir a sacar yuca, cocinar.

La cesión del cuidado o la permanencia de la madre al lado del niño, dependerá de la edad del menor. De tal modo, si bien la participación de los hermanos en el cuidado infantil está presente en las tres etapas descritas, esta se decide (ya sea en intensidad o tipo de apoyo) tomando en cuenta la edad del menor y su grado de vulnerabilidad. Alrededor del año de edad, las madres tienen mayor confianza para dejar a los hijos menores a cargo de los hermanos.

Cabe señalar que, si bien, en principio, el apoyo de los hermanos en el cuidado del menor es genérico; es decir, está dirigido a todo el grupo, se encuentra una mayor exigencia y preferencia hacia que las mujeres (niñas) asuman el cuidado infantil.

7.2.2 Responsabilidades asignadas a los niños.

Las responsabilidades asignadas a los niños, en general, dentro del hogar son tareas menores como traer el agua o alcanzar objetos. No obstante,

³¹ Los padres aparecen más como expectantes u observadores de las tareas referidas al cuidado de los niños. Además es recurrente su participación principalmente como figuras de autoridad, para corregir a los niños o instarlos a obedecer a sus madres.

es curioso notar que, a partir de los cinco años de edad, las obligaciones comienzan a orientarse según los roles de género. Los niños se encargan de traer leña y acompañan a los papás en el trabajo de la chacra, como machetear o extraer los alimentos. Mientras que, a las niñas, se les enseña a atender los quehaceres del hogar, como lavar la ropa, cocinar y hacer masato.

El cuidado de hermanos menores se enuncia como una obligación en ambos casos, pero, como se señaló anteriormente, recae preferentemente sobre las niñas. De manera similar, se ve que las niñas también van a machetear a la chacra, sobre todo cuando no hay hijos varones. En ambos casos, es una obligación el estudiar y hacer las tareas escolares; aunque, el grado de exigencia en este punto, varían en cada familia.

La exigencia en el cumplimiento de las tareas va aumentando con los años. En un inicio, cuando los niños son pequeños (5 años) pueden traer agua o machetear “como jugando”. Cuando tiene 07 a 09 años, se les pide más destreza y responsabilidad en sus tareas. Y, aproximadamente, desde los 10 años en adelante, los niños son considerados apoyos significativos para las dinámicas del hogar.

Muchas veces, el aprendizaje es implícito; es decir, parte de la simple observación que realizan los niños a las tareas que ejecutan sus cuidadores. Por ello, para las madres, es esencial que sus niños se pongan en contacto, desde temprana edad, con las labores que desempeñaran en el futuro. Este es un aprendizaje que se va perfeccionando con la práctica.

"Hay veces, me mandaban, si quiera hacía, siquiera ayudarle a mi mamá. Por eso he aprendido yo también a hacer mis cosas. Hay veces cuando comíamos me mandaba a lavar platos, ollas. Así le hago también a mis hijos, hay veces le corrijo, hay veces [le dice a sus hijos] 'tu abuela así me hacía antes', así lo digo" (Madre asháninka, 34 años)

"Cuando está grande ya, 7, 8 años ya acostumbra machetear. Si no le llevo a machetear, no va acostumbrar también a machetear" (Madre asháninka, 37 años)

7.2.3 Castigos y métodos correctivos³²

Los mecanismos para orientar la conducta de los niños forman parte del modelo de crianza. En Sondoveni, algunas de las madres señalan que prefieren recurrir a la disuasión verbal; es decir, prefieren conversar con sus hijos y orientarlos de manera oral, sin recurrir al contacto físico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta situación ocurre, a lo mucho, en primera instancia; tras lo cual, se recurre al castigo físico, percibido como el correctivo más común en la comunidad, el más frecuente y también el más efectivo.

Los medios empleados para el castigo físico son la *chalanka*, la correa o un palo de madera. La *chalanka* es una planta espinosa³³; esta causa irritación y comezón en la zona de contacto. Usualmente, la *chalanka* se emplea para los niños pequeños (hasta los tres años), a quienes se les corrige o solo amenaza con "chalankearlos" (darles golpes con las hojas). Mientras que, para los

³² En el trabajo de campo, también se buscó conocer la existencia de "incentivos" o refuerzos positivos de la conducta; sin embargo, se encontró que estos no son muy recurrentes, por lo que no se brindó mayor información. Solo, en un par de casos, se señaló ligeramente incentivos monetarios o frases como "muy bien" y "así debe ser".

³³ Similar a la planta conocida con el nombre de *ortiga*.

mayores, se cree que la chalanka no es efectiva, por lo que, se recurre a la correa o palo³⁴.

Para los niños mayores, las principales causas de castigo pueden ser: mentir, no asistir a la escuela, no cumplir con las obligaciones asignadas y, en general, no obedecer a los padres o madres. Para los más pequeños, son más comunes los regaños o amenazas. En estos casos, las conductas que se busca evitar son: jugar en el barro o en la lluvia, acercarse mucho al fuego o pelear entre ellos.

A pesar de lo expuesto, se encuentra que han surgido cambios respecto a la intensidad y tipo de castigos empleados en la comunidad. En comparación con las décadas pasadas, las madres perciben que los actuales castigos son menos violentos y que, además, los padres y madres son más tolerantes y permisivos con sus hijos. Asimismo, se está difundiendo un rechazo hacia el abuso de los castigos físicos, ya que se cree que estos podrían enfermar a los niños (por ejemplo, deprimirlos) o impulsarlos a huir del hogar.

7.2.4 Alimentación Infantil.

Uno de los principales momentos de reunión familiar es la hora de la comida. Este momento fue particularmente provechoso para observar la independencia de los niños. Al comer, los niños obtienen los alimentos de sus

³⁴ En la convivencia con las familias, no se observó ninguna escena de disciplinamiento físico, pero sí fueron recurrentes las amenazas de uso de chalanka a los niños menores de 3 años. En estos casos, las madres regañaban a sus hijos en asháninka para que dejaran de hacer alguna actividad no adecuada. Los niños reaccionaban rápidamente, llorando, cubriéndose las piernas y realizando la indicación de sus madres.

madres, pero, a partir del año, tienen su propio plato y no requieren mayor ayuda de los adultos. Asimismo, una vez más, fue visible el tránsito que realizan los niños desde el apego intenso con la madre hasta la preferencia por integrar el grupo de hermanos.



Imagen 12: Niño de 1 año almorzando al lado de su madre



Imagen 11: Niñas de 2 años comiendo plátano asado en la cocina.



Imagen 13: Niño de 4 años almorzando junto a su hermano mayor de 6 años

Otros de los puntos más resaltantes en este tema fue la lactancia materna. Las madres saben que es recomendable la lactancia en los bebés; pero, no queda claro que sea una lactancia exclusiva, ni tampoco el tiempo de duración. Muchas madres señalan los seis meses como un referente, pero algunas lo entienden como la edad en que debe terminar la lactancia.

En la práctica, la mayoría de madres realizan la lactancia exclusiva hasta los 4 a 5 meses, mientras que la lactancia materna puede mantenerse hasta el año o dos años de edad. Esta, y su posterior destete, parecen estar delimitados por la propia demanda de los niños.

“Hay veces claro los promotores vienen, claro nos dicen hasta los seis meses, creo medio año ya deben separarlo su pecho, pero yo veo cuando lo deja a veces se pone triste y ella se enferma, extraña, por ejemplo, ahorita mismo, no lo deja su teta, ahorita tiene un año y sigue mamando. Le hace bien, porque hay veces cuando no come con la teta nomás se está sosteniendo... Y ella no come mucho, no quiere comer, con su teta nomás está ahí” (Madre asháninka, 43 años)

“Hay bebé lo que le gusta más teta, hay bebé lo que no. Mi chiquito ese, lo ha dejado de un año, ya el mismo ya no quería. Cuando está lleno mi teta, yo lo botaba, botaba, ya quiere comer el bebito” (Madre asháninka, 34 años)

Posterior al periodo de lactancia materna exclusiva, los alimentos complementarios inmediatos son las mazamoras y papillas a base de yuca o plátano (conocida como chapo)³⁵. En el lapso de los 8 a 11 meses, se pueden integrar, en preparación similar, arroz, fideos, galletas o huevo, cuando hubiere. Luego, alrededor del año de edad, se incluyen menestras o fruta, previamente

³⁵ Plátano maduro machacado con agua y hervido como una mazamorra.

machados por las madres. Cuando los niños cumplen alrededor de dos años, consumen prácticamente la misma variedad de productos que los adultos.

"Después de los seis meses, ahí recién come pues. Le das yuca mascándole nosotras; huevo, cuando hay pue' huevo, cuando criamos pollos; plátano maduro, chapo cuando le haces; hay veces quacker poquito, cuando compramos, poquito pe; arroz, pescado, ya cuando tiene dos añitos pues, un año más" (Madre asháninka, 37 años).

El consumo de masato antes de los siete meses, no es recomendado por las madres, pero ocurre en un porcentaje menor de familias. A partir de los 8 meses, el consumo infantil de masato es aceptado; siempre y cuando, sea masato del día (con muy poco tiempo de fermentación) y en pocas cantidades. Para el resto de personas, donde se incluye a los niños desde los 3 años, el masato fresco puede acompañar la comida, ya que no es frecuente el consumo de agua pura³⁶.

"Algunas lo veo pe... cuando tiene seis meses le da masato, cómo le vas a dar masato jaja 'no así ella acostumbra a tomar masato' dice... hay veces cuando recién primera vez a nacido mi hija, no le acostumbrado a tomar masato, hay veces cuando es masato fuerte, después puede chocar, infección, así dice... cuando es fresco, cuando está dulce todavía, ahí sí puedes... a los ocho meses, así" (Madre asháninka, 34 años).

En la siguiente tabla, se presentan los periodos de alimentación infantil y el tipo de productos en cada uno. Como en las anteriores clasificaciones se trata más que nada de aproximaciones que, además, como se señaló, pueden alterarse según la apetencia o demanda del niño.

³⁶³⁶ En casi todas las casas, se encontró un reservorio para el masato, ya sea un balde u olla. Al finalizar los almuerzos, era común que los niños se dirigieran hacia el balde a tomar una o dos tazas de masato para aplacar la sed.

Tabla 10: Periodos de alimentación infantil

0 - 5 meses	5 - 8 meses	8 - 11 meses	11 meses - 1 año	2 años - a más
Lactancia materna exclusiva	Mazamoras y papillas a base de yuca y plátano.	Papillas o machacados de arroz, fideos, galletas de agua o huevo. Inicio del consumo de masato.	Papillas o machacados de menestras o fruta.	Mismos productos que los adultos: pescado, arroz, menestras, fideos, sopas, yuca, plátano, choclo, palta, mango, naranja.

Sobre los momentos para comer, se reconocen tres comidas: desayuno, almuerzo y cena. Sin embargo, estas no se dan todos los días. Existen periodos de “abundancia”, que son los meses posteriores a la campaña de café (mayo, junio y julio). En estos, es común que se den las tres comidas y que el consumo de víveres sea mayor. Mientras que, en los meses de escasez (diciembre, enero, febrero y marzo), se dan largos periodos de alimentación a base de yuca o plátano, o con una comida al día.

“A veces tienen desayunos, a veces almuerzos ya no; a veces desayuno y cena. O a veces tiene una sola comida también, depende de lo que tengan pe. Si esa semana trabajo, tiene para poder adquirir algunos vivires y poder comer bien en la semana. Y a veces otros son bastantes pues y no alcanza [...] A veces, por ejemplo, papá se va cazar y para la noche cazó algo, ya cenita. [en época de cosecha] en ahí sí, desayuno, almuerzo y cena [...] eso dura desde mayo, junio, julio... tres meses, tres meses que tienen en abundancia como se dice, para ellos es abundancia” (Entrevista a docente, 23 años viviendo en la comunidad).

La siguiente tabla presenta algunos de los tipos de comidas que se observaron según el momento del día. A estos, se podría agregar más combinaciones, en función de los productos que constituyen la dieta familiar; por ejemplo: pollo, samani, caracoles, gusanos, palta, frejol, camote, etc.

Tabla 11: Preparaciones de comida según momentos del día.

Desayuno	Almuerzo	Cena
Yuca sancochada con sal.	Arroz con yuca, con huevo, con plátano sancochado.	Yuca sancochada con sal.
Plátano sancochado o asado.	Fideos	Caldos de fideos.
<i>Chapo</i> : plátano machacado con agua y hervido, similar a una mazamorra	Caldos de fideos, de yuca o de plátano.	
Masato	Yuca sancochada con sal y pescado.	

7.2.5 Higiene Infantil.

Como se expuso en el capítulo de contexto, la mayoría de viviendas emplean la tierra como suelo, por lo cual, es difícil mantener la higiene en la casa. Lo usual, es que el dormitorio sea uno de los pocos espacios en los que se construye un suelo de madera, mientras que, la cocina cuenta, comúnmente, con un suelo de tierra. Esta particularidad influye en la higiene del niño, pues, en su etapa más dependiente, este permanece junto a su madre, quien, a la vez, realiza la mayoría de sus quehaceres en la cocina.

Al gatear y explorar los espacios, los niños entran en contacto con la tierra; asimismo, al ser arrastrados, los objetos que emplean para entretenerse se ensucian fácilmente. Por ello, los cuidadores evitan cualquier intención del niño de chupar sus dedos u objetos manipulados. Adicionalmente, se toman

medidas como colocar bancas y tejer esteras que sirven como tapetes. En algunos casos, las esteras se emplean también como tarimas para dormir, ya que el empleo de colchones no es una práctica común.

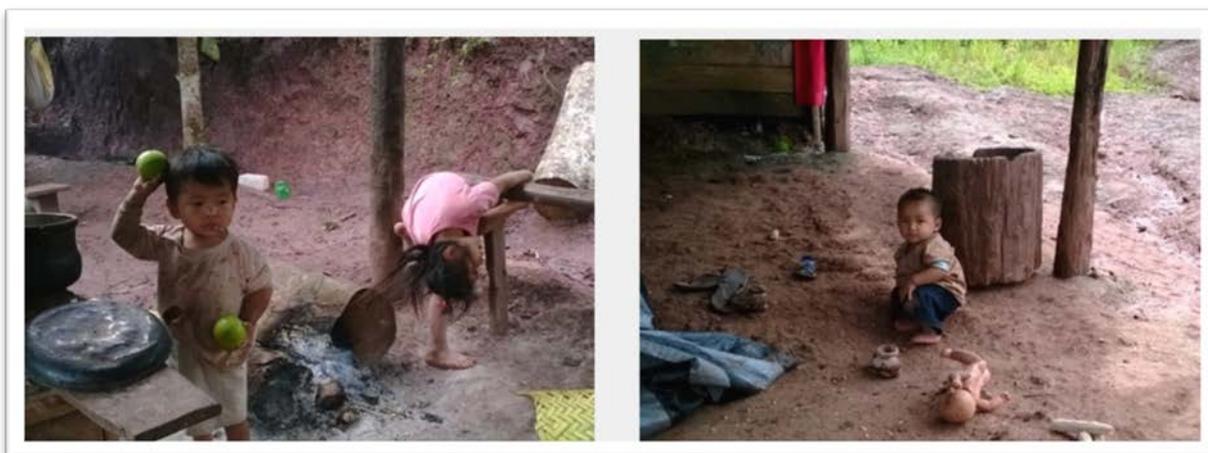


Imagen 14: Niños jugando en la cocina



Imagen 15: Habitación con costalillo como cama

Otros dos grandes riesgos para la higiene del menor son los desechos y la crianza de animales. Para el desecho de basura, se cavan pozos de tierra hondos o se designa una zona específica de la vivienda para arrojar los desperdicios. También es frecuente el uso de canastas o baldes como tachos. En general, se logra controlar los desperdicios y se reduce el riesgo de que los niños los manipulen. No obstante, un riesgo menos controlado es el contacto con las excretas de los animales. Este se evita, pero es una tarea más compleja, ya que los animales transitan libremente alrededor de la vivienda y fundamentalmente en la cocina.

A nivel de la higiene de manos, las madres conocen los momentos recomendados, pero estos todavía no han sido instaurados como una práctica cotidiana. En general, no se pone mucha atención o énfasis en el lavado de las manos antes de comer. Caso contrario, el lavado de los utensilios de cocina sí es remarcado como una práctica de higiene importante. Incluso, algunas madres lavan los utensilios antes de emplearlos para cocinar y, casi todas, los lavan inmediatamente después de ser usados.

Los niños son incitados a lavarse las manos antes de comer, pero solo se les exige una limpieza exhaustiva luego de haber trabajado en la chacra. En el caso de los bebés o niños menores a los 3 años, se los asea preferentemente alrededor del mediodía. En el baño a los bebés, se puede emplear shampoo,

pero también se usa el detergente o jabón de ropa. Los baños son rápidos, se abriga a los niños inmediatamente y se los cambia en un espacio cerrado.

7.2.6 Salud Infantil.

Tanto las madres, como el personal de la posta local, reconocen que las enfermedades más recurrentes en los niños de Alto Sondoveni son las diarreas y las gripes. Para las madres, estas atacan con mayor intensidad en los primeros meses de vida y son más leves alrededor de los 5 años. En menor medida, también mencionan la enfermedad del susto y enfermedades como la neumonía y el paludismo. En la siguiente tabla, se presenta la lista de enfermedades más frecuentes en los niños menores de 5 años.

Tabla 12: Enfermedades más frecuentes en los niños menores de 5 años

Enfermedad	Causa atribuida	Síntomas reconocidos	Periodo de riesgo
Gripe	Debido al viento frío, duchas con agua fría, estar bajo la lluvia.	Dolor de cabeza o calentura, dolor en la nariz, mucosidad en la nariz.	A cualquier edad. Más delicado entre los niños de 1 año a 3 años.
Diarrea	Cuando se come tierra o algo sucio, cuando se come algo muy caliente o un fruto verde (mango, plátano, guayaba).	Dolor de barriga y cólicos estomacales, muchas deposiciones, deposiciones líquidas, deposiciones verdes o blancas.	Especialmente, lo bebes por lo delicado de su estómago, pero, en general, hasta los 5 años.
Susto	Por una caía, cuando te sorprendes por algo, cuando ves algún animal intimidante como un tigre o una serpiente.	Falta de sueño o no poder dormir, llanto.	A cualquier edad.

Bronquios o neumonía	Por el frío del viento o del agua.	No respira bien, fiebre	A los recién nacidos
Paludismo	Por picaduras de sancudo.	Fiebre	A cualquier edad
Parásitos	Por comer tierra.	Barriga hinchada	A cualquier edad

De igual forma, se trató de conocer los tratamientos o remedios más usados por las madres para aliviar los síntomas y curar las enfermedades que pueden padecer sus niños. Esto se hizo fundamentalmente para las principales enfermedades. Los tratamientos son presentados en la siguiente tabla.

Tabla 13: Tratamiento suministrado ante la enfermedad

Enfermedad	Tratamiento
Gripe	Baños de agua tibia con hierba <i>matico</i> , baños en orina almacenada por 4 días preferentemente de un infante de sexo opuesto al enfermo. Para la fiebre también se emplea el paracetamol en pastilla o jarabe.
Diarrea	Media taza de infusión de orégano, media taza de infusión de pepa de palta con cascara guayaba y mango, ingesta de hierba <i>verbena</i> molida.
Susto	Baños con rosas blancas, acudir a la <i>vaporeadora</i>

En general, se opta por el empleo de hierbas o plantas antes que de fármacos. Sin embargo, se advierte que cuando la enfermedad está muy avanzada o el remedio inicial no surte efecto, se debe emplear fármacos o incluso trasladarse a la posta local. Usualmente, se da un lapso de cuatro días para que el remedio funcione, luego de lo cual se toman otras medidas.

Adicionalmente, se encuentra que para tratar los cuadros de fiebre se prefiere emplear fármacos como pastillas de paracetamol o jarabes (si es que se trata de un bebe). Caso contrario, para tratar las diarreas, se recurre prioritariamente a las hierbas o plantas medicinales. En el caso del susto, se acude indefectiblemente a la *vaporedora*, especialista de la medicina tradicional asháninka, conocida por su acción de curar con piedras calientes y vapores de hierbas.

Respecto de las plantas mencionadas, se sabe que el paico, el orégano, el mango y la guayaba son sembradas en las chacras familiares o a los alrededores de la vivienda; mientras que la verbena crece en abundancia en la zona. Por otra parte, los fármacos, tanto jarabes como pastillas, pueden ser obtenidos del promotor de salud que vive en la misma comunidad o también pueden obtenerse en las visitas quincenales del personal de salud a la comunidad.

Por último, para lograr que sus niños se mantengan sanos, las madres despliegan diversas prácticas preventivas. El barro y la lluvia son los principales causantes de enfermedades graves, por ello, los consejos de las madres apuntan a evitar el contacto con estos. Más aún, otra de las recomendaciones, es realizar el aseo de los niños en momentos soleados, como el mediodía y las tres de la tarde, de preferencia con agua tibia. Asimismo, se debe vigilar la alimentación de los infantes para que no coman ningún fruto verde o muy maduro.

"Cuando tiene bebé, vas a cuidar, cuando estaba 7 meses, hay veces come tierra todo, tienes que cuidar, toma su leche, teta también toma, ponte va comer tierra se enferma, va ser flaco así. No puede estar en la lluvia, cuando vas a mojar, va enfermarse. Caliente el agua, caliente lo bañas, puede bañar a las doce" (Madre asháninka, 27 años).

"Hay veces no le hago comer tierra, hay veces plátano verde no debe comer, cualquier fruta verde no debe comer... hay veces le puede dar cólico dice, que no esté en pleno de lluvia así, depende le va agarrar gripe, que no juegue barro, le puede enfermarse, escalofrió le puede agarrar así" (Madre asháninka, 34 años).

Con la información presentada en este capítulo, se confirma que sí existen prácticas de cuidado y prevención para los infantes. Estas, por supuesto, han sido adaptadas al medio y se ajustan a los recursos disponibles. Así, se rechaza la idea sostenida, por ciertos sectores, respecto a que las madres son indiferentes o se muestran desinteresadas por el cuidado de sus niños.

Más aún, se reitera la importancia de considerar los patrones, valoraciones y expectativas culturales al tratar de comprender las prácticas de cuidado infantil. Como se ha visto, la autonomía e independencia, así como el aprendizaje práctico de los roles en los niños, está muy presente en el tipo de cuidado y crianza que se quiere impartir. En el siguiente capítulo, se profundizará en estos aspectos.

CAPITULO 8: EXPLORANDO LA INFLUENCIA ENTRE CONDICIONES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO: DISCUSIÓN Y TEMAS EMERGENTES

En el presente capítulo, se retorna al modelo conceptual de la investigación y se formulan reflexiones sobre las relaciones entre las condiciones (i.e., entorno sociocultural, económico, político y ambiental) y las prácticas de cuidado infantil de las madres Asháninka de Alto Sondoveni.

Las conexiones entre ambas variables, “condiciones” y “prácticas de cuidado infantil”, son complejas; estas ocurren de manera simultánea y desde distintos ordenamientos. Para esta investigación, se mantienen como puntos de discusión los campos de Alimentación, Higiene y Salud. Adicionalmente, en la búsqueda por responder la pregunta de investigación, se identifican tres ejes

esenciales para el análisis de las prácticas de cuidado infantil en este contexto; estos son: Territorio, Identidad Cultural y Mercado. Se considera que estos intervienen en los tres campos estudiados, aunque no en el mismo grado.

Se entiende el *Territorio* como un espacio eco-geográfico (que puede verse como una fuente de recursos), pero también como un espacio socialmente construido, que es apropiado y con el cual se establecen vínculos. De otro lado, se entiende el *Mercado* como un espacio virtual de intercambios económicos, pero también sociales y culturales; por ello, se enfatiza el rol del mercado como generador de cambios.

La *Cultura* es comprendida como una configuración de costumbres, usos y modos (de pensar, sentir y creer). Dentro de esta, la *Identidad Cultural* concierne a los rasgos que caracterizan a un grupo social. La cultura es un fenómeno social dinámico y cambiante; por ello, las prácticas culturales atraviesan reactualizaciones constantes.

Asimismo, se considera que existen conexiones entre estos tres conceptos. Es visible que las (tras)formaciones en la cultura guardan relación con el territorio habitado, así como con la inserción en el mercado. De la misma manera, las condiciones y lógicas mercantiles se relacionan al territorio y a la cultura de los participantes.

A continuación, en primer lugar, se analiza, desde una mirada global, el cuidado infantil en Alto Sondoveni y sus conexiones con el entorno comunitario.

Luego, se desarrollan los tres ejes, Alimentación, Higiene y Salud, que atañen al análisis de las prácticas específicas a cada uno de esos campos.

8.1 Cuidado Infantil: Entre la autonomía, lo colectivo y la participación

En esta investigación, el cuidado infantil en Alto Sondoveni ha sido caracterizado con una alta promoción de la autonomía y participación infantil, así como, con una potencial vigilancia colectiva. En otras palabras, el tipo de cuidado infantil de Alto Sondoveni es autónomo, colectivo y participativo. Para la comprensión de este, se debe considerar dos aspectos claves: las nociones asociadas a la infancia y el contexto socio-productivo de las familias.

Las nociones de infancia no son universales, sino más bien contextuales y cambiantes. Más aún, las percepciones que se asocian a esta etapa, influirán en la crianza impartida a los menores, ya que, como señala Del Pino, la crianza refleja los conocimientos, valoraciones y expectativas de los propios padres y madres (Quinn, citado por Del Pino, 2012:64). En base a esta investigación, se considera que las madres de Alto Sondoveni, posiblemente, no parten de una noción de infancia similar a la que existe en las sociedades llamadas occidentales.

En las sociedades occidentales, se percibe al niño como incompleto, en transición y vulnerable; por el contrario, se sabe que, en la mayoría de sociedades indígenas, se percibe al niño como capaz, como un sujeto con

iniciativa y competencias propias (Gaskins 2010: 49; Remorini 2010: 26). Por ello, se considera comprensible que la infancia en Alto Sondoveni atraviese amplios márgenes de independencia. Como se expuso anteriormente, la autonomía e independencia del niño es incentivada tanto por la madre, como buscada por este.

En Alto Sondoveni, alrededor de los 3 años, las madres mantienen un cuidado cercano de sus niños, pero estos comienzan a realizar más tareas por sí solos: cortar sus frutos, comer y lavarse solos, cargar objetos e intentar machetear. Para los 5 años, las madres consideran que sus niños han pasado la etapa de mayor vulnerabilidad. Por ello, los niños gozan de mucha libertad, suplen sus necesidades con menor ayuda e, incluso, pueden tener responsabilidades más concretas como vigilar algún hermano menor. Todo ocurre con naturalidad, las madres permiten que los niños exploren el entorno, asignan tareas y confían en sus capacidades para lograrlas.

Es aquí donde el segundo elemento mencionado entra en cuestión. En una economía de subsistencia, como la que tiene Alto Sondoveni, las labores productivas y extractivas cobran centralidad. Tal como señala Gaskins, en estos contextos, se instaura una “primacía del trabajo adulto”; la vida debe estructurarse en función de las actividades de trabajo, que permitirán subsistir al grupo; por lo que, el foco de atención no puede estar en los intereses o deseos de los niños (2010:45). Mientras más autónomos e independientes sean los niños, los adultos podrán desempeñar las labores de subsistencia con mayor flexibilidad y eficiencia.

En ese sentido, ciertos estudios resaltan que el cuidado colectivo también ayuda a la madre a afrontar su multiplicidad de funciones. Por ejemplo en Sondoveni, las madres tienen a su cargo las tareas domésticas, las del cuidado infantil, las de siembra-cosecha de yuca y también algunas labores en la chacra de café. Frente a esto, les resulta complejo otorgar centralidad al cuidado del menor y, por ello, es valioso el apoyo que brindan los hijos e hijas mayores, ya sea con tareas simples, como el recojo de leña, acarreo de galoneras de agua, recolección de ciertos frutos, así como en la vigilancia de los niños y niñas más pequeños.

Más aún, es imprescindible señalar que esta crianza participativa permite a los niños familiarizarse, desde edades muy tempranas, con los futuros roles que les tocará desempeñar. Como comentan las madres, los niños van aprendiendo “como jugando” las competencias necesarias para su adultez. El cuidado participativo permite a los niños aprender diariamente y de forma activa.

8.2 Alimentación: Entre los hábitos, las oportunidades y las aspiraciones

La alimentación es uno de los ejes más importantes en este análisis. En Alto Sondoveni, los niños y niñas transitan por una alimentación a base de leche materna (la cual finaliza alrededor de los 5 meses) hasta integrarse por completo a la dieta familiar. A los dos años, los niños comparten las mismas prácticas alimentarias que los adultos. Sobre las condiciones que determinan estas prácticas, se han identificado dos aspectos claves: la disponibilidad de

recursos proporcionados por el territorio y los bajos ingresos monetarios obtenidos por las familias.

Tradicionalmente, los Asháninka residían en grupos menores a cinco familias y se caracterizaban por patrones de alta movilidad y dispersión (Mayer, 1971:7). Sin embargo, a lo largo de la historia, se realizaron recurrentes intentos por “civilizarlos” y expropiar sus tierras, lo que terminó modificando sus patrones de asentamiento. Entre los contactos más abusivos está la expropiación de más de un millón de hectáreas por la empresa británica *Peruvian Corporation*; a esta, los Asháninka respondieron migrando hacia tierras más lejanas (Fabián Arias & Espinosa de Rivero 1997:12-13).

No obstante, más adelante, los grupos subversivos secuestraron grandes poblaciones Asháninka, obligándolos a vivir hacinados. Los asháninkas que huyeron, se ubicaron en núcleos poblaciones creados para los refugiados, lo que significaba un asentamiento en grupos más numerosos. En el ínterin, luego de la recuperación de una parte de sus tierras, la legislación de Comunidades Nativas, de cierta forma, también incentivó a los Asháninka a agruparse bajo esta organización. Igualmente, la creación de escuelas primarias reforzó este tipo de asentamiento (Fabián Arias & Espinosa de Rivero 1997:30-37).

Por ello, actualmente, se puede encontrar comunidades como Alto Sondoveni en que residen alrededor de 40 familias y, que durante 60 años, solo se han reubicado una vez. Esta mayor concentración de personas ha afectado la disponibilidad de recursos proporcionados por el territorio (o monte). Por un

lado, en Sondoveni, la depredación forestal y animal ha sido más intensa, por lo que, prácticamente no se encuentran animales para cazar y, por ende, el consumo de carne es menor³⁷.

De otro lado, los terrenos disponibles son más escasos y a su vez menos productivos, ya que no tienen el periodo tradicional de “descanso”. A diferencia de la sierra, la selva no tiene suelos tan fértiles. Las técnicas agrícolas empleadas por los Asháninka, como la alternancia de tierras, brindaban al suelo la oportunidad de nutrirse. Ahora, asentados en comunidades, la disponibilidad de terrenos es menor y la movilidad casi nula; las chacras son explotadas por mayores años y de forma continua.

El otro aspecto a considerar al estudiar las prácticas de alimentación en Alto Sondoveni, es la situación de pobreza en que viven las familias. Si bien se encontró grandes diferencias en la productividad e ingresos familiares; en base al estudio censal, se estima que el 77 % de las familias con niños menores de 5 años obtiene, aproximadamente, menos de 750 soles al mes y el 55 % subsiste con menos de 300 soles al mes. Cabe señalar que, estos montos son empleados para sostener a todo el núcleo familiar, que, en promedio, son 07 integrantes.

Por supuesto, esta situación guarda relación con la conexión que tienen las familias con el mercado local. Como se expuso, todas las familias de Alto Sondoveni, en distintos grados, se dedican al cultivo y venta de café como

³⁷ La depredación forestal se empieza a notar en la escasez de madera y palma para construir las viviendas.

principal fuente de ingresos monetarios; sin embargo, la posición que ocupan en las redes económicas es desventajosa. Debido a una serie de factores como las distancias geográficas, la calidad de las semillas empleadas y la cantidad de sacos producidos por las familias, sus ingresos monetarios son mínimos y no permiten cubrir las necesidades básicas alimenticias.

Más aún, este tipo de relación con el mercado no es nueva, los datos históricos señalan que, en sus inicios, los Asháninka experimentaron diversos abusos al insertarse en las relaciones económicas, ya sea, por medio de la venta de mano obra o la venta de productos agrícolas. Ramón Aranda de los Ríos relata:

“El objetivo de la compañía [Peruvian Corporation] era someter a la población nativa, para aprovechar su fuerza de trabajo, con tal motivo implantó una severa reglamentación interna, reflejada por ejemplo en la prohibición a los nativos del cultivo de café y frutales. Cultivos a los que exclusivamente se dedicaba la compañía, solo se les permitía sembrar maíz, yuca, arroz, frijoles, maní y plátanos. De esta manera, se les obligaba a trabajar en las plantaciones de la hacienda. Lo percibido por su trabajo solo era canjeable en los almacenes de la hacienda a cambio de productos manufacturados y mayormente baratijas [...]” (1978: 5).

No obstante, los intercambios mercantiles han generado cambios en los patrones de consumo o, lo que Rojas llama, Estructura de Necesidades. Con la inserción de elementos foráneos, se alteran los patrones de consumo y, en paralelo, se pierden conocimientos tradicionales; poco a poco, se condiciona la productividad a la obtención de recursos (monetarios) para adquirir los productos que ya no pueden ser producidos en casa, sino solamente comprados

(Rojas, 1994: 26-27). De tal modo, estos cambios impactan en la organización de la unidad productiva familiar. Así, en Alto Sondoveni, cada vez es menor el tiempo dedicado a las actividades extractivas y mayor el dedicado a la chacra de café.

Incluso las mujeres dedican tiempo a la chacra de café. En consecuencia, disponen menos tiempo para sus actividades tradicionales; por ello, pierden conocimientos como hilar, confeccionar kushmas, hacer vasijas; estas necesidades son suplidas con productos comprados como *jeans*, polos y faldas. Igualmente, se han insertado otros productos como arroz, atún, fideos, azúcar. A pesar de los reducidos ingresos familiares, y del alto costo, estos productos son de necesidad para las familias, y sobre todo son demandados por los niños, por lo que, se opta por adquirirlos, aunque sea en pequeñas cantidades.

En este escenario, por un lado, los recursos tradicionales y naturales son más escasos. Por otro lado, se pierden ciertas prácticas y se modifican/insertan nuevas prácticas de subsistencia, como la agricultura de café y el consumo de víveres. La comunidad queda inserta en un proceso donde ya no puede mantener sus lógicas tradicionales, pero tampoco cuenta con los recursos (conocimientos, técnicas, insumos monetarios, conexiones geográficas y sociales), para insertarse en igualdad a las lógicas mercantiles. De tal forma, los cambios en el territorio, así como la relación desigual y de dependencia con el mercado local, los vuelve más dependientes y vulnerables. En este marco, ocurren periodos de aguda carencia e inseguridad alimentaria para las familias.

8.3 Higiene: Entre lo ambiental, lo cultural y lo territorial

Para el eje de Higiene fue necesario apelar a una mayor objetividad, puesto que las valoraciones entre lo que es considerado limpieza o suciedad, qué es seguro y qué no lo es, son amplias. En el caso estudiado, se sostiene que las prácticas de higiene están sujetas, principalmente, al acceso a servicios básicos en la comunidad, donde, a la vez, intervienen también aspectos socioeconómicos, territoriales y culturales.

Alto Sondoveni, al igual que muchas otras comunidades nativas, encuentra limitaciones en el acceso a servicios básicos como el agua, el saneamiento y la electricidad. Nuevamente, el territorio cobra relevancia, ya que la ubicación de la comunidad en la cumbre de una montaña plantea retos para la integración de estos servicios. Por supuesto, esto también refleja el poco compromiso que tienen los gobiernos locales y distritales con las poblaciones indígenas. Para los comuneros de Alto Sondoveni el acceso a estos servicios han significado una lucha y demanda por años, la cual aún no se concreta³⁸.

Años atrás, la comunidad contaba con el acceso directo al río para abastecerse de agua; sin embargo, se produjo la migración a la cima de una montaña, debido a la presencia de los grupos subversivos. Los comuneros sentían que, al ser una zona más agreste, podían ocultarse mejor. La estrategia fue exitosa, pero limitó el acceso al agua. En los primeros años de reubicación,

³⁸ A finales del campo, se supo que se iniciaría con la electrificación para la comunidad.

el agua fue un recurso sumamente escaso y de difícil obtención. Las madres y profesoras de la época cuentan que caminaban por 40 minutos con galoneras con agua; todos los que podían participaban de esta tarea, adultos y niños.

Con el tiempo, la mayoría de familias ha colocado conexiones de tubos de plástico que llevan el agua desde manantiales hasta los alrededores de las viviendas³⁹. Esta resulta una estrategia funcional la mayor parte del año, pero se presentan algunas limitaciones asociadas al medioambiente. Por un lado, las fuertes lluvias generan desprendimiento de tierra y rocas que obstruyen o desconectan las tuberías; esto ocurre frecuentemente en los meses de enero a marzo. De otra parte, para que el flujo de agua sea considerable y potente, las conexiones se instalan en terrenos con pendiente, a aproximadamente 30 metros de las viviendas, lo que se vuelve engorroso al momento de transportar el agua.

De tal modo, el acceso al agua sigue siendo inestable y dificultoso. De ahí que, las prácticas de higiene cotidianas como lavar la ropa, lavar los alimentos, bañarse, lavarse las manos, (a pesar de que se conocen) están condicionadas a la disponibilidad de agua (si es que hay flujo en el tubo, si es que llovió, si es que se almacenó lo suficiente) y no pueden realizarse con la frecuencia que se quiere. Por lo mismo, se mantienen prácticas como el almacenamiento de agua en galoneras o el recojo del agua de lluvia en ollas⁴⁰.

³⁹ Una cantidad menor de viviendas, sobre todo las ubicadas en *la banda*, se sigue abasteciendo directamente del río.

⁴⁰ Si bien estas ocurren bajo precauciones, como limpiar las galoneras por dentro y recoger solo el agua de los techos con calaminas o umiro nuevo, se corren riesgos de infección.

Por otra parte, en un terreno fangoso como el que caracteriza a Alto Sondoveni, es tremendamente difícil mantener una higiene medida desde patrones occidentales. Evidentemente, el empleo de la tierra como suelo en las viviendas genera grandes obstáculos para mantener la higiene en los hogares. La ropa y objetos de uso cotidiano se ensucian fácilmente, pero, particularmente los niños, al transitar libremente, están expuestos al barro. A pesar de ello, es igual de evidente, que no es una práctica nueva para las familias Asháninka. Las madres provienen de hogares con características similares, por lo que, están acostumbradas a ello y, además, cuentan con estrategias culturales como tejer tapetes de hoja de plátano, colocar hamacas para los bebés y cuidar rigurosamente que las manos de los niños no entren en contacto con el barro.

Más aún, se considera que la continuidad en esta práctica está asociada también a los altos costos que representaría cubrir todo el suelo de la vivienda. Como se señaló anteriormente, la madera es cada vez más escasa en la comunidad, por lo que, debe ser comprada y trasladada desde el distrito. Esto representa un costo significativo para las familias, sobre todo para las más pobres, donde incluso las paredes no son de manera, sino solo de *camona*, un árbol más endeble.

Asimismo, cabe señalar que, cuando se coloca algún piso, se brinda prioridad a los dormitorios (y no a la cocina). Esto cobra sentido, pues, en varios casos, se observó que las familias duermen sobre las propias tablas. Como se vio, el uso de colchones no es común en la comunidad.

8.4 Salud: Entre la identidad cultural y el acceso a recursos

A diferencia de los otros dos campos, en el campo de salud es donde fueron más visibles las prácticas empleadas específicamente con los infantes. Desde esta investigación, se plantea que en las prácticas de salud vigentes en Alto Sondoveni, intervienen, principalmente, aspectos culturales; es decir, conocimientos, creencias, valoraciones y percepciones. Estos, en menor medida, son contrapesados con el acceso a recursos que tienen la comunidad y las familias.

De tal modo, aquí es pertinente la discusión entre la medicina tradicional y la medicina occidental o biomedicina. Tal como sostiene Camino, la *cultura* está íntimamente ligada a la salud; puesto que, las concepciones de enfermedad, los significados del cuerpo, del nacimiento y la muerte, son todos aspectos dominados por lo simbólico (2003: 7). Los diferentes grupos humanos han generado conocimientos, saberes y prácticas para hacerle frente a las enfermedades y mantener su bienestar, así existen muchos modelos médicos. En el Perú, el modelo hegemónico, proveniente de las sociedades occidentales, es el de la biomedicina, pero, en las sociedades indígenas, ha primado la medicina tradicional.

En el modelo clásico de la biomedicina, también llamada *medicina científicista*, “el proceso de la enfermedad es iniciado por el efecto combinado de factores genéticos y fisiológicos [...] la patogénesis conduce a un ‘error’ del aparato y, entonces a la enfermedad” (Wulff y Gotsche, citado por Hvalkof:

2003). Por otra parte, en la medicina tradicional, la enfermedad es considerada más allá de lo biológico, esta comprende también causas psicológicas, espirituales y sociales; puesto que, en la cosmovisión holística del mundo indígena, el universo está unido e interrelacionado, los seres vivos (e incluso inanimados) se influyen entre sí (Eddowes: 2006).

En Alto Sondoveni, la medicina tradicional sigue siendo el modelo predominante. Las madres mantienen el conocimiento de las plantas medicinales y las cultivan alrededor de sus casas. De igual forma, se respeta y visita a los especialistas tradicionales como son la *vaporeadora*⁴¹ y el *seripiari*⁴². Esto se debe, en parte, a que ellos son los únicos que pueden curar ciertos malestares como la enfermedad del susto. No obstante, el contacto con personas foráneas, y sobre todo las visitas del personal de salud, han promovido la integración de fármacos e inyecciones, así como la designación de otras enfermedades (paludismo, dengue, parásitos).

A pesar de ello, se encuentra que las barreras culturales no permiten una integración más sólida. La desconfianza que todavía existe hacia el personal de salud y su práctica médica puede recaer en las relaciones jerárquicas que estos establecen con la población de Sondoveni. El empleo de la lengua castellana y el uso de la lectoescritura para indicar los tratamientos, causan que las madres vean al sistema de salud, si bien no con desagrado, sí con incertidumbre. De tal modo, las madres hacen uso de las inyecciones, jarabes o pastillas, pero no las

⁴¹ Llamada así, por su habilidad de curar con el vapor que emana de las plantas medicinales.

⁴² Nombre Asháninka que recibe el chamán o curandero; distinto del brujo.

entienden por completo. Estas aún son percibidas como desconocidas y, en algunos casos, como inseguras.

De otra parte, las madres no siempre cuentan con los recursos para cubrir el costo de las consultas o fármacos. Si bien las medicinas deberían darse gratuitamente, el largo traslado hacia la posta local empuja a las madres a adquirirlas con el promotor de salud en la comunidad, quien realiza un cobro tanto del tratamiento como de los fármacos. Otra opción, es esperar las consultas mensuales, pero esto no aplica en una situación de emergencia. Por ello, las madres, mantienen y defienden el tratamiento con la fitoterapia y sus conocimientos de medicina tradicional.

De esta manera, se da un sopeso entre lo que se considera conocido y seguro, y lo que resulta ajeno y dudoso, entre lo que es accesible y lo que es costoso. Existe una suerte de ruta de afronte hacia la enfermedad, donde ambos conocimientos médicos, el tradicional y el occidental, se intercalan de acuerdo al tipo de enfermedad, a la gravedad de la misma, y por supuesto, también de acuerdo a los recursos disponibles.

A continuación, se presenta una matriz que relaciona los temas expuestos y los ejes de análisis. La intensidad de estos es distinta en cada campo, por lo cual, ha sido representada de la siguiente manera.

Tabla 14: Matriz de prácticas de cuidado infantil y ejes analíticos.

	Territorio	Identidad Cultural	Mercado
Alimentación			
Higiene			
Salud			

Leyenda:

- Baja influencia
- Alta Influencia

8.5 Síntesis de condiciones y prácticas de cuidado: hacia las recomendaciones y limitaciones del estudio

En esta investigación, se han retomado diversos modelos causales como referentes para el análisis; no obstante, es conveniente repensar estos. Muchos de los estudios sobre desnutrición señalan a las madres como principales actores para lograr mejoras en el cuidado infantil. Desde este estudio, se coincide en este punto, y además, se enfatiza la pertinencia de incluir las valoraciones, opiniones y creencias de las madres, en el diseño de políticas, programas o proyectos de lucha contra la DCI.

No obstante, a la vez, se comprueba que el entorno juega un rol trascendental. La desnutrición infantil se asienta sobre la base de otras desigualdades sociales. Así, se hace imprescindible ampliar el acceso a servicios básicos de calidad en las comunidades nativas. Fundamentalmente, el agua potable representaría aportes considerables en la lucha contra la desnutrición infantil. Del mismo modo, políticas de regulación de precios e

intercambios simétricos de productos son necesarios, y aún inexistentes, en contextos como Alto Sondoveni.

De manera más acotada, se puede brindar algunas sugerencias en los campos estudiados. Las intervenciones pasan por los tres ejes de análisis presentados, pero retoman también la perspectiva y aspiraciones de los actores implicados. En lo que respecta al cuidado infantil, dado que la madre tiene una recargada agenda laboral, sería conveniente contar con programas de “cuidado al cuidador”. Estos representan un reto, ya que es necesario que se planteen sin recargar más la agenda de las madres con capacitaciones o talleres; por el contrario, se deben generar espacios de tranquilidad o apoyo en las tareas de las madres. Como se ha visto, en su rol de principales cuidadoras, estas pueden experimentar gran estrés y preocupación por la salud de sus niños.

A nivel de las prácticas de alimentación, en vista de que pasan por una cuestión de recursos, sería útil mejorar las semillas de cultivo del café. Actualmente, los comuneros optan por sembrar semillas *pashi*, que si bien son más resistentes, tiene poco peso y aroma, lo que perjudica su cotización. Igualmente, valdrían los esfuerzos por incrementar y tecnificar los conocimientos agrícolas. Este es un pedido constante entre los actores clave y los padres y madres de familia. Según comentan, el cultivo y cosecha se realiza de manera improvisada y con pocos conocimientos agrarios.

En lo que respecta a la higiene, sería ideal poder extender los servicios de agua potable y desagüe a la comunidad; no obstante, se cree que la

intervención a favor de la mejora de los cultivos, y en consecuencia de los ingresos, podrían reflejarse en mejoras en el acceso al agua, acercando más las conexiones al hogar y empleando filtros.

Por último, en lo que respecta a la salud, sería ideal contar con una posta comunal donde se tenga acceso a los medicamentos y atención de manera permanente. Sin embargo, en paralelo, cabría preservar los conocimientos e insumos de la fitoterapia, por ejemplo, con huertos de plantas medicinales importantes o que empiecen a ser escasas. Es interesante mantener esta coexistencia, ya que la medicina tradicional es funcional en este contexto, pues no requiere mayores ingresos monetarios.

Todas estas recomendaciones son aplicables para Alto Sondoveni y para comunidades que cumplan con condiciones similares; no obstante, existen diversos escenarios y modos en que las dimensiones analizadas se relacionan; por ello, si bien este estudio brinda importantes pistas para entender las prácticas de cuidado infantil asociadas a la desnutrición, se requiere replicar este tipo de investigaciones y vincularlas hacia otras disciplinas para obtener conclusiones más ambiciosas.

De esta manera, sería pertinente contar con estudios de medición de salubridad del agua de los manantiales de la comunidad, así como de la lluvia, para poder pronunciarse con más precisión al respecto. Asimismo, sería útil contar con mediciones de la contaminación que producen el difundido uso de pozos ciegos y fosas para la basura (orgánica e inorgánica) en la comunidad.

Por otra parte, un siguiente paso, sería analizar las prácticas de cuidado infantil en relación a los niveles de DCI en los niños. Un estudio de este tipo requiere mucha precisión y exactitud en la medición de los indicadores de DCI, por lo que, habría que combinar esfuerzos con personal especializado en la antropometría. Igualmente, quedan pendientes estudios que investiguen y clarifiquen el valor nutricional de los productos que se consumen en las dietas familiares.

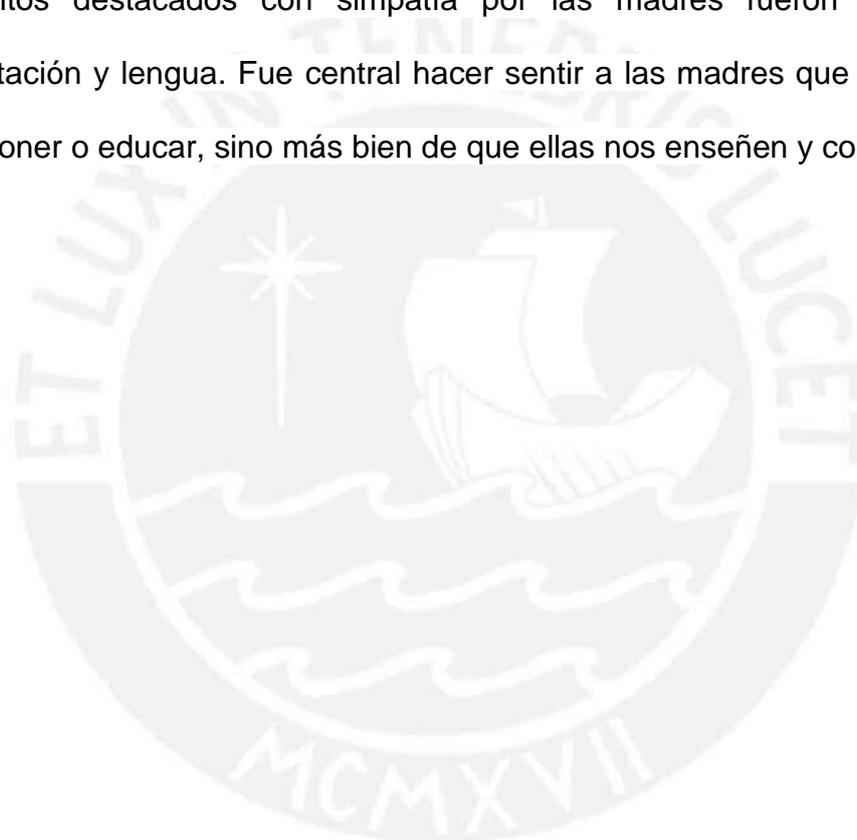
Finalmente, se debe señalar que el rigor metodológico es clave para cualquier investigación; en sociología, tanto método como teoría nos aseguran una aproximación científica. No obstante, es cierto también, que los temas de salud y con comunidades nativas, han sido escasamente estudiados desde esta disciplina; por lo tanto, no se cuentan con marcos de referencia teóricos tan acotados al tema del cuidado infantil.

Por ello, fue conveniente integrar los aportes y herramientas de otras disciplinas y; más aún, apelar a la creatividad para encontrar las mejores estrategias para llevar a cabo esta investigación. Ciertamente, mucha de la metodología del estudio colindó con la etnografía y observación participante, a pesar de que estas no son herramientas clásicas de la disciplina sociológica, lo que consideramos es un aprendizaje metodológico.

Un punto central fue lograr una relación de confianza y apertura con las madres. Aquí, fueron eficaces las varias visitas que se hizo a la comunidad. Especialmente, el dormir permanentemente en la comunidad fue beneficioso, ya

que, las noches, al no tener actividades programadas, se convertían en momentos para conversar y compartir en grupo.

De igual forma, un espacio sumamente valioso fueron los almuerzos, a través de estos se pudo entablar una relación de reciprocidad y también se logró mostrar interés y apertura a experimentar sus propias costumbres. Dos de los elementos destacados con simpatía por las madres fueron compartir su alimentación y lengua. Fue central hacer sentir a las madres que no se trataba de imponer o educar, sino más bien de que ellas nos enseñen y compartan.



CONCLUSIONES GENERALES

Las prácticas de cuidado infantil han cobrado centralidad en la lucha contra la desnutrición. No obstante, es importante dejar de abordarlas con entradas evaluativas o normativas, para poder comprender la raíz de las mismas. De tal manera, esta investigación se ha centrado en las condiciones (dimensión ambiental y cultural) del contexto en que viven las madres Asháninka de la comunidad Alto Sondoveni, para analizar las relaciones entre estas y sus estrategias de cuidado infantil (prácticas de cuidado infantil). A partir de este estudio, se desprenden las siguientes conclusiones.

1. La comunidad Alto Sondoveni está inserta en un proceso de cambio; transita desde una comunidad de tipo más tradicional a una más moderna u occidental. Se observa la coexistencia de rasgos tradicionales característicos de los Asháninka junto a otros adquiridos de la sociedad occidental. Por ejemplo, las viviendas emplean materiales tradicionales (como el umiro y la camona) o modernos (como la calamina y la madera) e incluso pueden combinar de ambos. Asimismo, la dieta familiar está compuesta por productos de la chacra familiar o del monte, pero también se han integrado productos manufacturados

como el atún, los fideos y el arroz. Es importante señalar que estos son solo un complemento a la dieta alimenticia, basada esencialmente en yuca y plátano.

2. La ubicación territorial de la comunidad en la cumbre de una montaña plantea retos para el acceso de distinto tipo. Por un lado, para el acceso a servicios básicos. Ninguno de los hogares con niños menores de 5 años cuenta con servicio de agua potable o sistema de desagüe. Lo usual es acceder al agua a través de conexiones entubadas desde manantiales y emplear pozos ciegos. Por otro lado, la distancia, y lo accidentado del terreno, generan desventajas en la comercialización del café, principal actividad productiva para las familias. Así, se obtienen reducidos ingresos monetarios; el 77 % de las familias recibe menos de 750 soles y el 55 % menos de 300 soles al mes.

3. Las mujeres con niños menores de 5 años en Alto Sondoveni son 27 y representan el 70 % de la población total de madres en la comunidad. Sus edades fluctúan entre 16 y 44 años de edad. Se trata de una población relativamente joven, ya que la edad promedio del grupo es menor a los 30 años y se obtiene que el 70 % tiene menos de 35 años. La mayoría casi absoluta de estas madres ha estudiado a lo más hasta la primaria y el nivel de escolaridad promedio encontrado entre las encuestadas fue de 3,4 años de estudio; es decir, hasta tercero de primaria. De otra parte, se encuentra que las madres pueden tener desde 01 hijo hasta 12 hijos, pero lo más común fue que tengan entre 05 a 7 hijos.

4. Respecto de las prácticas de alimentación infantil, se encuentra que, en la mayoría de los casos, sí se da un periodo de lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 5 meses de vida. Por ello, es que la madre permanece también muy cerca del niño durante esta etapa, pues representa su principal fuente de alimentación. La lactancia se mantiene hasta el año o dos años de edad. Esta, como el posterior destete, son determinados por la demanda o petición del niño.

5. En relación a las prácticas de higiene, se encuentra que el difundido uso de la tierra como suelo, especialmente en las cocinas de las viviendas, supone grandes obstáculos y prevenciones para la higiene de los niños. No obstante, las madres conocen y despliegan estrategias como tejer tapetes de plátano. Asimismo, se toma precauciones con los desechos de basura y las excretas de los animales de corral. Por otro lado, se encuentra que se reconocen las prácticas de higiene de manos, pero éstas no han sido instauradas como práctica cotidiana; a diferencia de la higiene de utensilios de cocina, que, en casi todos los hogares, son lavados inmediatamente después de comer, probablemente como precaución a los insectos.

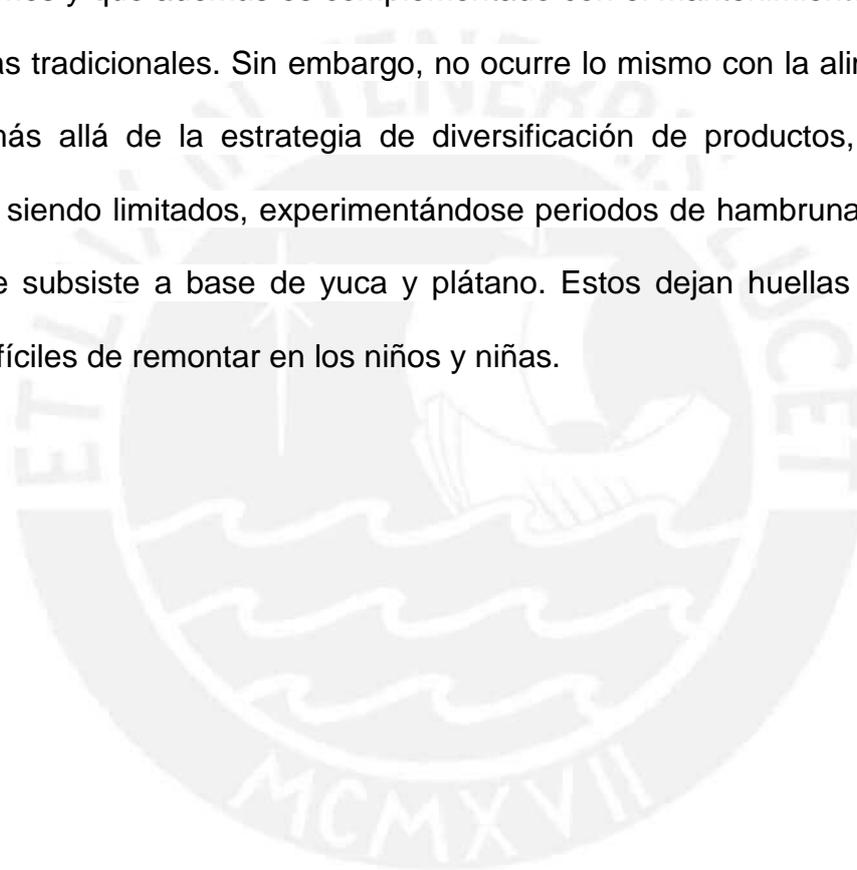
6. Sobre la salud infantil, se encuentran coincidencias con la literatura científica; las madres señalan como principales enfermedades a la gripe y las diarreas. Estas se perciben como más peligrosas en los primeros años de vida y más leves alrededor de los 5 años de edad. Como tratamientos, se prefiere los fármacos para las gripes y las plantas medicinales para las diarreas. No

obstante, el uso de uno u otro método, se elige en función del tipo de enfermedad y de la gravedad de la misma.

7. El cuidado infantil en Alto Sondoveni se caracteriza por ser autónomo, colectivo y participativo. Las madres promueven altos niveles de autonomía e independencia en sus niños, esto parte de una percepción cultural del niño como capaz, competente y con iniciativa propia, pero también responde al contexto social y productivo de la comunidad y las familias. Desde una mirada global, se identifican tres aspectos claves que influyen en las prácticas de cuidado infantil en Alto Sondoveni; estos son el Territorio, la Identidad cultural y el Mercado.

8. Las prácticas de alimentación están sujetas, fundamentalmente, a la escasez de recursos extractivos en el territorio y también a los bajos ingresos monetarios obtenidos en la comercialización de café; ambos aspectos se combinan para generar un marco de vulnerabilidad alimentaria. En segundo lugar, las prácticas de higiene están sujetas, principalmente, al bajo acceso a servicios básicos, ya que sí se conocen prácticas de salubridad, pero estas son difíciles de cumplir en un contexto en el que el agua sigue siendo un recurso escaso y de difícil obtención. Por último, en las prácticas de salud intervienen, principalmente, temas culturales, ya que si bien se alterna entre la medicina tradicional y la biomedicina, esta última y sus especialistas, siguen viéndose con desconfianza e incertidumbre.

9. En base a este estudio, los índices de desnutrición infantil presentes en Alto Sondoveni, recaerían fundamentalmente en la vulnerabilidad alimentaria que experimentan las familias. Dentro de los márgenes descritos, sí existen prácticas de higiene preventiva y adaptada a las condiciones del medio. De igual forma, dentro de lo posible, sí existe un control de salud formal que ocurre una vez al mes y que además es complementado con el mantenimiento de prácticas médicas tradicionales. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la alimentación, ya que, más allá de la estrategia de diversificación de productos, los recursos siguen siendo limitados, experimentándose periodos de hambruna o en los que solo se subsiste a base de yuca y plátano. Estos dejan huellas nutricionales, muy difíciles de remontar en los niños y niñas.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALCAZAR, Lorena

2012 *Salud, Interculturalidad y Comportamientos de riesgo*. Lima: GRADE

ALCAZAR, Lorena

2013 “Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2013, volumen 30, número 4, pp. 569 – 574.

ANDERSON, Jeanine

2010 Géneros de cuidado. Consulta: 01 de diciembre 2015.
<https://imas2010.files.wordpress.com/2010/06/anderson_71-93.pdf>

ARANA DE LOS RIOS, Ramón

s/a Marankiari: una comunidad campa de la selva peruana.

BELTRAN, Arlette & SEINFELD, Janice

2011 “Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú”. *Apuntes*. 2011, volumen 38, número 69, pp. 8 - 54.

BLACK, Maureen

2012 “¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2012, volumen 29, número 3, pp. 373 – 378.

BROOKER, Liz & WOODHEAD, Martin

2010 *Cultura y aprendizaje. La primera infancia en perspectiva*.

CAMINO DIEZ CANSECO, Pierre

2003 *Salud e interculturalidad: estudio diagnóstico*. Lima: Proyecto Amares

CARITAS

2008 *Estado de salud y nutrición del niño en Comunidades del Río tambo*.

CENTRAL ASHANINKA DEL RIO ENE

2011 *Kametsa Asaike: el vivir bien de los asháninka del Río Ene*. Lima

CENTRAL ASHANINKA DEL RIO ENE. “La Salud entre los Asháninka del Río Ene”. Consulta: 12 de diciembre 2013

<<http://careashaninka.org/wp-content/uploads/2013/01/Cuadernos-CARE-SALUD.pdf>>

DeMAUSE, Lloyd

1982 *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Editorial.

DEL PINO, Ponciano

2012 “Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. Lima: IEP.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2008 La salud de las comunidades nativas: un reto para el Estado. Lima.

EDDOWES, John

1985 “Cultura y salud: Medicina Tradicional y Medicina Occidental”. *Revista de Psicología*. 1985, volumen 3, número 2, pp. 213 - 223

ESPINOSA, Oscar

1997 Las cosas ya no son como antes: la mujer asháninka y los cambios socio-culturales producidos por la violencia política en la Selva Central. Lima

ELIAS, Norbert

1939 El proceso de la civilización. Fondo de Cultura Económica.

FABIAN, Beatriz

1995 “Cambios culturales en los asháninka desplazados”. *Amazonía Peruana*. 1995, volumen 13, número 25, pp. 159-176.

GASKINS, Suzanne

2010 “La vida cotidiana de los niños en un pueblo maya: un estudio monográfico de los roles y actividades construidos culturalmente”. En: DE LEON PASQUEL, Lourdes (coordinadora). *Socialización, lenguajes y culturas infantiles: estudios interdisciplinarios*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. pp. 37 – 76.

GEERTZ, Clifford

1992 La interpretación de las culturas. Barcelona: Editorial Gedisa.

GIDDENS, Anthony

1998 Sociología. Tercera edición revisada. Madrid: Alianza Editorial.

GIDDENS, Anthony

1995 La constitución de la sociedad, bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires: Amorrortu editores.

GUSHIKEN, María Elena

2012 Seguridad alimentaria en la comunidad asháninka Tres Unidos de Matereni, Satipo – Junín. En: ASENSIO, Raúl (editor). Perú: el problema agrario en debate. SEPIA XIV. Lima: SEPIA. pp. 408 – 422.

HERNANDEZ, Baptista

2010 *Metodología de la Investigación*. México: MCGRAW HILL

HUGHES, Christina

2002 Key Concepts in Feminist Theory and Research. Cap.: Care. Londres.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA

2014 “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar”. Lima

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA. “II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007”. Consulta: 05 de diciembre 2012.

<<http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0860/tomol.pdf>>

MAYER, Enrique

1971 Vida y cambios, cultura asháninka. Informe de campo presentado a la Comisión Intersectorial. Lima: PUCP.

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

2012 “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

2013 “Estrategia Nacional Incluir para Crecer”

MORENO ZAVALETA, María Teresa

2012 “Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil”. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2014, volumen 12, número 1, pp.121-139.

PANEZ, Rosario

1989 Bajo el sol de la infancia: creencias y tradiciones en la crianza limeña. Lima

PLAZA, Orlando,

2014 Teoría sociológica: enfoques diversos, fundamentos comunes. Lima: Fondo Editorial PUCP

RAVINA, Renato

2007 Análisis de los factores subyacentes asociados a la DCI. Lima: INEI

REMORINI, Carolina

2010 Crecer en movimiento: abordaje etnográfico del desarrollo infantil en comunidades Mbya (Argentina). Universidad Nacional de La Plata. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Argentina.

REMORINI, Carolina

2013 “Estudios etnográficos sobre el desarrollo infantil en comunidades indígenas de América Latina: contribuciones, omisiones y desafíos. *Perspectiva*. 2013, volumen 31, número 3, pp. 811 – 840.

ROGOFF, Bárbara

2010 “El aprendizaje por medio de la participación intensa en comunidades”. En DE LEON PASQUEL, Lourdes (coordinadora). *Socialización, lenguajes y culturas infantiles: estudios interdisciplinarios*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. pp. 95 – 134.

ROJAS, Enrique

1994 Los asháninka, un pueblo tras el bosque. Lima: Fondo Editorial PUCP.

SANCHEZ-ABANTO, José

2012 “Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2012, volumen 29, número 3, pp. 402 – 405.

SZTOMPKA, Piotr

1995 Sociología del cambio social. Madrid: Alianza Editorial.

TARQUI-MAMANI, Carolina

2009 “Aproximación a la situación de salud de tres comunidades Asháninka de los Ríos Tambo y Ene, 2006”. *Revista Peruana de Medicina*. 2009, volumen 26, número 1, pp. 49 – 53.

TIZON, Judy

1994 “Transformaciones en la amazonía: estatus, género y cambio entre los asháninka”. *Amazonía Peruana*. 1994, volumen 12, número 24, pp. 105-123.

UNICEF

2002 Para la vida. Lima

UNICEF

2008 Un buen inicio en la vida. Lima

UNICEF

2010 Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido en un área rural andina y amazónica del Perú. Lima

UNICEF

2011 Estado de la niñez. Lima

UNICEF

2012 Para que crezcan bien: crianza y capacidades en niñas y niños asháninka, shipibo y yine del Ucayali. Lima

UNICEF

2012 Asháninka: territorio, historia y cosmovisión. Investigación aplicada a la educación intercultural bilingüe. Lima

VAN DER HOOGTE, Liesbeth

2009 “La medicina andina y su futuro”. En SANCHEZ, Ricardo (editor). *Medicina Tradicional Andina: Planteamientos y aproximaciones*. Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas (CBC): Centro de Medicina Andina (CMA), pp. 339 – 350)

WEBER, Max

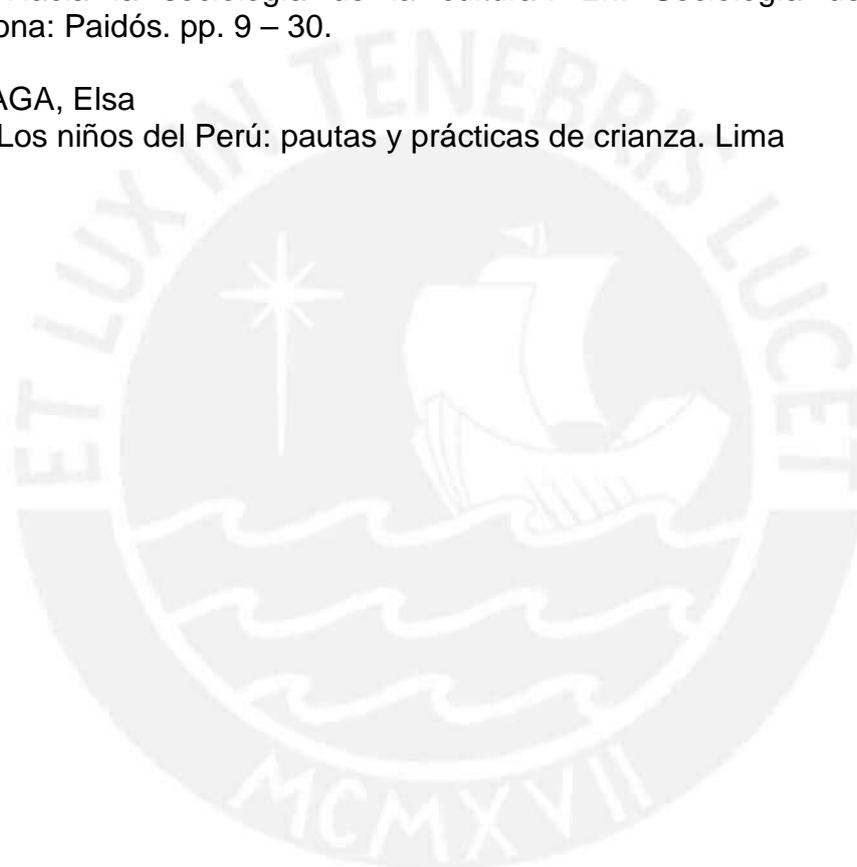
1974 *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

WILLIAMS, Raymond

1997 “Hacia la sociología de la cultura”. En: *Sociología de la cultura*. Barcelona: Paidós. pp. 9 – 30.

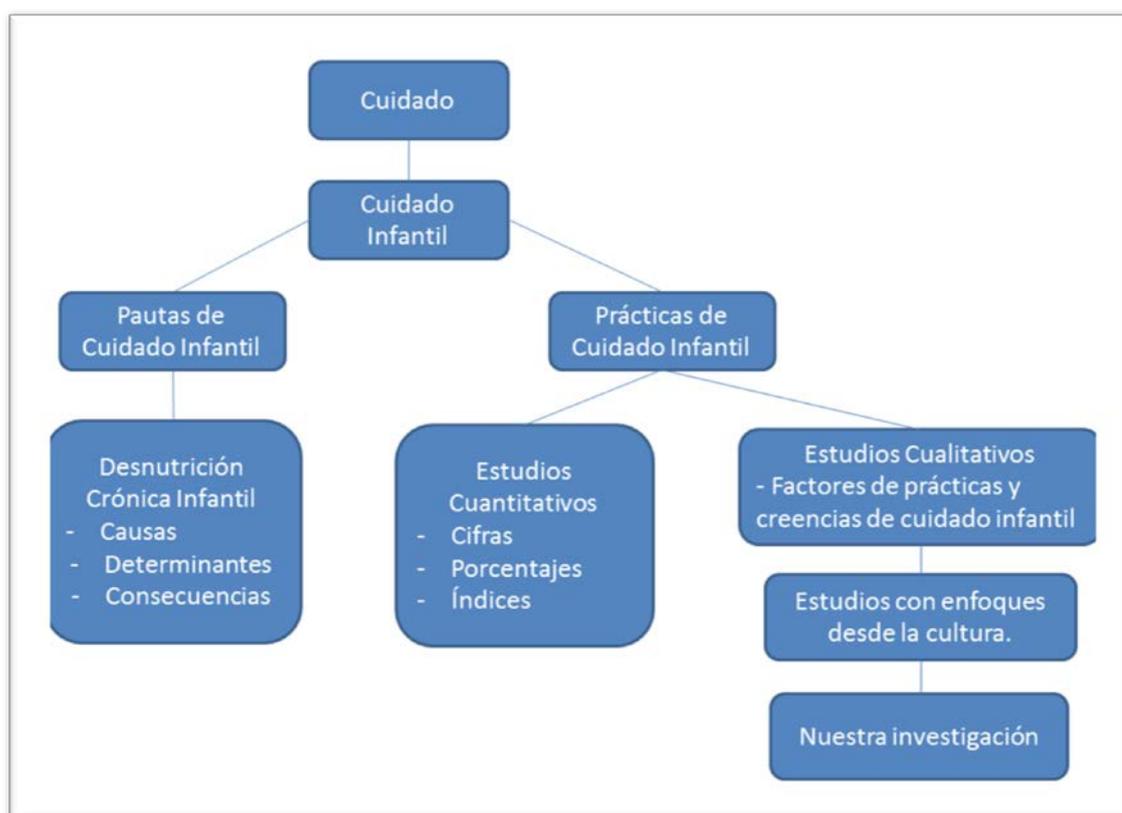
ZULOAGA, Elsa

1993 *Los niños del Perú: pautas y prácticas de crianza*. Lima



ANEXOS

Anexo 1: Diagrama sobre el estado del arte.



Anexo 2: Indicadores claves sobre las madres encuestadas y sus viviendas.

Edad de la Madre	Lugar de origen de la Madre	Grado de instrucción de la Madre	N° de hijos de la Madre	Sacos por cosecha en el Hogar	Ingreso por cosecha en el Hogar	Acceso geográfico de su vivienda
16	Santa rosa Panakiari	6to de primaria	1	0.5	no sabe	La banda
18	Rio tambo	no estudio	1	0.5	no sabe	Trocha arriba
19	Alto Sondoveni	2do de secundaria	2	4	no sabe	Carretera abajo

19	Alto Sondoveni	1ro de primaria	1	2	60 soles	La banda
19	Alto Sondoveni	6to de primaria	2	3	no sabe	Trocha abajo
21	Santa rosa Panakiari	4to de primaria	2	3	no sabe	Carretera abajo
21	Alto Sondoveni	5to de primaria	3	15	2000 soles	Carretera arriba
22	Alto Sondoveni	no estudio	5	1	50 soles	Carretera arriba
22	Alto Sondoveni	6to de primaria	3	10	500 soles	Trocha arriba
25	Alto Sondoveni	1ro de primaria	5	70	3000 soles	Trocha arriba
27	Rio tambo	2do de primaria	5	5	200 soles	La banda
28	Rio tambo	2do de primaria	6	30	no sabe	Carretera arriba
28	Cutivireni	5to de primaria	5	20	no sabe	La banda
30	Puerto copa	3ro de primaria	6	9	no sabe	Carretera arriba
30	Alto Sondoveni	6to de primaria	4	20	1000 soles	Trocha abajo
31	Alto Sondoveni	1ro de primaria	6	3	no sabe	Trocha abajo
34	Santa rosa Panakiari	5to de primaria	7	5	600 soles	Carretera abajo
34	Santa rosa Panakiari	4to de primaria	12	30	no sabe	Trocha abajo
34	Alto Sondoveni	no estudio	7	20	1000 soles	Trocha abajo
35	Bajo Paureli	6to de primaria	7	30	1500 soles	Carretera abajo
37	Alto Sondoveni	3ro de primaria	10	60	3000 soles	Carretera abajo
38	Alto Sondoveni	1ro de primaria	7	8	2200 soles	Carretera abajo
39	Alto Sondoveni	2do de primaria	8	10	2500 soles	Carretera arriba

40	Alto Sondoveni	5to de primaria	7	6	no sabe	La banda
43	Alto Sondoveni	4to de primaria	9	5	no sabe	Carretera abajo
43	Alto Sondoveni	6to de primaria	7	80	5000 soles	Loza central
44	Alto Sondoveni	no estudio	6	2	no sabe	La banda

Anexo 3: Perfil del grupo de madres para estudio a profundidad (N=10)

Edad	Lugar de Nacimiento	Tiempo de residencia	Nivel Educativo	Total de hijos	Ingreso por cosecha ²¹	Sacos por cosecha	Acceso geográfico
21 años	Alto Sondoveni	Toda su vida	5to de primaria	2	2000 soles	15	Carretera arriba
22 años	Alto Sondoveni	Toda su vida	6to de primaria	3	500 soles	10	Trocha arriba
27 años	Rio Tambo	14 años	2do de primaria	5	200 soles	5	La banda
31 años	Alto Sondoveni	Toda su vida	1ro de primaria	6	no sabe	3	Trocha abajo
34 años	Santa Rosa de Panakiari	19 años	5to de primaria	7	600 soles	5	Carretera abajo
34 años	Alto Sondoveni	Toda su vida	no estudio	7	1000 soles	20	Trocha abajo
34 años	Santa Rosa de Panakiari	19 años	4to de primaria	12	no sabe	30	Trocha abajo
37 años	Alto Sondoveni	Toda su vida	3ro de primaria	10	3000 soles	60	Carretera abajo
40 años	Alto Sondoveni	Toda su vida	5to primaria	7	no sabe	6	La banda
43 años	Alto Sondoveni	Toda su vida	4to de primaria	9	no sabe	5	Carretera abajo

Anexo 4: Instrumentos de recolección de información.

I. Encuesta para Madres de Alto Sondoveni y Ficha de Vivienda

Buenos días/ tardes, mi nombre es Alexandra Díaz. Estoy realizando una encuesta a las madres de la comunidad, la cual es parte de una investigación sobre nutrición y cuidado infantil que se piensa realizar en Sondoveni. Le agradecería me brindará unos minutos de su tiempo para responderla. Le recuerdo que la encuesta es anónima y que la información será usada únicamente para fines de estudio.

Pregunta Filtro

¿En esta casa vive algún niño menor a los 5 años de edad?: SI ____ (*Continuar la encuesta*)
NO ____ (*Fin de la Encuesta*)

Cuál es la lengua Materna de la Madre → Asháninka ____ (*Continuar la encuesta*)

Castellano ____ (*Fin de la Encuesta*)

Quechua ____ (*Fin de la Encuesta*)

DATOS DE LA MADRE

1. Edad de la madre: _____
2. Lugar de Origen: _____
3. Grado de estudio alcanzado por la madre: _____
4. Número de Hijos: _____

A. DATOS DEL HOGAR

5. Número total de personas que viven en la casa: _____
6. ¿Cuenta usted con una chacra? SI ____ NO ____

7. ¿Cultiva café? SI _____ NO _____
8. ¿Cuántos sacos de café obtuvo en su última cosecha? _____
9. ¿Cuánto dinero obtuvo en su última cosecha? _____

B. DATOS SOBRE LA SALUD INFANTIL

10. ¿Usted cuenta con seguro de salud?: SI _____ NO _____
11. ¿Cuánto tiempo le toma llegar a la posta de Alto Paureli?: _____
12. Número de Controles de Crecimiento y Desarrollo infantil realizados en los últimos meses: _____

¡Muchas Gracias! ☺

FICHA DE VIVIENDA

13. Número de habitaciones/ espacios diferenciados en la Vivienda: _____
14. Tipos de espacio que se observan. Marca con una cruz:

Dormitorio	
Cocina	
Baño	
Pórtico	

15. Material predominante del suelo de la vivienda: _____
16. Material predominante de las paredes de la vivienda: _____
17. Material predominante del techo de la vivienda: _____

Preguntar a la madre u otro adulto:

18. ¿De dónde obtiene usted agua?: _____
19. ¿Tiene baño? ¿De qué tipo?: _____
20. ¿De dónde obtiene luz o electricidad?: _____
21. ¿Qué tipo de material o combustible emplea para cocinar?:

II. Entrevista Madres de Alto Sondoveni

A. DATOS PERSONALES DE LA MADRE

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Dónde nació usted?
3. (Si no nació en Sondoveni.....) ¿Hace cuánto tiempo vive en Sondoveni?
4. (Si no nació en Sondoveni.....) ¿Cuáles fueron los motivos por los que decidió vivir en Sondoveni?

B. MODELOS CULTURALES DE CRIANZA: EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES DESDE SU INFANCIA

5. Dibujar árbol genealógico. ¿Cómo se llama/ llamaba su mamá? ¿Y su papá?
6. ¿En qué lugar nació su mamá? Y su papá? (Completar árbol)
7. ¿Cómo era su mamá con usted cuando era niña? ¿Y cómo era su papá?
8. ¿Recuerda usted cómo era de niña? ¿Qué cosas hacía? ¿Cómo se divertía?
9. ¿Y cuáles eran sus responsabilidades? ¿De qué cosas se encargaba usted en la casa?
10. ¿Qué me puede decir de los niños de ahora?, ¿Cómo son? ¿Qué hacen para divertirse?, ¿Qué responsabilidades tienen?
11. Y ahora, ¿cómo se llama su esposo? ¿Cuántos años tiene él? (Completar árbol)
12. ¿Cuántos hijos tiene usted? Me puede decir sus nombres y edades? (Completar árbol)
13. ¿Quién más vive en la casa? (Continuar con el árbol)
14. ¿Cómo es la relación que tiene usted con sus hijos? ¿Sobre qué les habla?

C. SOBRE LA SALUD MATERNO-INFANTIL (Presentar Sección)

15. ¿De qué suelen enfermarse los niños?

Enfermedades	Tratamientos/Remedios

16. ¿Recuerda alguna otra enfermedad?

17. ¿Por qué se enferman los niños?

18. ¿Qué remedios se usan para curar las enfermedades? ¿Se emplean hierbas o plantas, pastillas? (Relacionar con las enfermedades mencionadas)

19. ¿Ha ido usted alguna vez a la posta de Alto Paureli? ¿Por qué motivo fue a la posta? (Indagar sobre experiencia)

Tiempo	
Acceso/Caminos	
Costo	
Valoración de la información	

20. ¿El año pasado, cuántas veces fue a la posta de Alto Paureli?

21. ¿Y al Hospital de Satipo? ¿Por qué motivo va/no va al hospital de Satipo?

22. ¿Conoce al Seripiari o a la Vaporeadora?

23. ¿De qué manera curan esas personas?

D. RELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD

24. ¿Quiénes van a las visitas del personal de la posta? ¿Hay personas que no van?
25. ¿Y el personal de posta también cura como los Seripiari?, ¿Cómo curan? ¿Qué recetan?
26. ¿Usted sabe de qué lugar vienen?, ¿Cómo son los de esa zona? ¿cómo son los de esta zona?

E. ACTIVIDADES LABORALES Y DOMESTICAS (Presentar imágenes. “Ellos son una pareja de esposos”)

27. ¿Cuáles son las responsabilidades o tareas que tienen que cumplir al tener una familia?

Responsabilidades	Hombre	Mujer

28. ¿Cuáles son las responsabilidades del esposo?
29. ¿Cuáles son las responsabilidades de la esposa?
30. ¿Y podrían ser al revés, el hombre hacer... y la mujer...? ¿Por qué? ¿Qué pasaría? ¿Cómo sería?
31. Me puede contar ¿cuáles son las actividades que realiza en un día cualquiera, desde que se levanta hasta que se acuesta? (Hacerlo por horas)
32. ¿Y cuándo usted está embarazada qué cosas hace y cuáles deja de hacer?

F. DIETA NUTRICIONAL DE LA FAMILIA

33. ¿Qué alimentos son los que más comen en su familia?
34. ¿Dónde los encuentra o consigue?

35. ¿Qué tipo de carne consumen? ¿Cada cuánto tiempo? ¿En qué ocasiones? ¿De dónde la saca?
36. ¿Hay animales que no se pueden cazar/ no se deben comer? ¿Verduras, frutas?
37. (Sobre los productos alimenticios de fuera de la zona). ¿Cómo consigue usted estos productos?
38. ¿Desde cuándo se comen estos alimentos en la comunidad? ¿Quiénes fueron los primeros en comerlos? ¿Quién los trajo?
39. Dígame, ¿cuáles son los meses en que se realiza la cosecha del café?
40. ¿A quién le vendió en su última cosecha, por ejemplo? ¿De dónde vienen los compradores?
41. ¿Cómo se decide el precio del café? ¿Se vende individualmente o como comunidad?

G. CUIDADO NUTRICIONAL INFANTIL

42. ¿Quién se encarga del cuidado de los niños en su casa?
43. Y dígame, ¿hasta qué momento se le puede dar solo leche materna al bebé?
44. En este momento, ¿qué otros alimentos se le da al bebé?
45. ¿Qué tipo de alimentos debe comer un niño cuándo está enfermo?
46. ¿Cómo aprendió lo que sabe sobre el cuidado y alimentación para los niños? ¿Quién le enseñó?

H. PERCEPCIONES SOBRE SALUD INFANTIL

47. ¿Cómo puede una madre saber si es que su niño o niña está sano? ¿Cómo se comporta un niño sano?
48. ¿Qué se debe hacer para que los niños y niñas crezcan sanos?
49. ¿Cómo espera usted que sean sus hijos cuando sean mayores?
50. ¿Hay algo más que le gustaría agregar?

III. Guía de Observación viviendas

SOBRE LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA:		
1. Distribución de la vivienda (cocina, baño, patio, dormitorios). <i>Dibujar</i>		
2. Características físicas de los espacios mencionados: (Fijarse en material del suelo, paredes, techos, tamaño)		
3. Agua	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de acceso al servicio de agua potable. - Características del agua (color, olor, sabor) 	<ul style="list-style-type: none"> - En qué momentos se usa el agua - Tratamiento del agua que se ingiere
4. Sistema de desagüe en la vivienda		



5. Sistema de luz o electricidad		
6. Desecho de residuos orgánicos e inorgánicos	<ul style="list-style-type: none"> - Cuáles se desechan - Quiénes realizan esta función 	- Dónde se desechan
7. Manejo y crianza de animales		
8. Dormitorio	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar donde duermen los niños. - Material de la cama y cubrecamas. 	- Personas con quienes se comparte el cuarto
9. Lugares de desplazamiento del niño		

PRÁCTICAS DE HIGIENE:		
10. Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de cocinar - Antes de comer - Antes de alimentar a los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> - Después de ir al baño - Después de cambiar pañales
11. Tipo de desinfectante empleado para la higiene de manos		
12. Lavado de los utensilios de cocina		
13. Lavado de galoneras de almacenamiento de agua		
14. Lavado de los objetos de manipulación del niño (ropa, sábanas, juguetes)		
15. Higiene del niño (bañarlo, cambiarle la ropa, lavarle las manos)		
16. Momentos para las prácticas de higiene. Quiénes necesitan/deben seguirlas (niños, adultos, todos)		

CONDICIONES DEL CUIDADO INFANTIL:		
17. Persona que realiza el cuidado y alimentación de los niños	18. Cuidado de/entre los hermanos	19. Redes de apoyo y amistad para el cuidado de los niños
20. Tareas domésticas a cargo de la madre		
21. Tareas referidas al cuidado y crianza de los niños	22. Costos del cuidado infantil (monetarios, emocionales, tiempo)	23. Consecuencias del cuidado infantil (problemas de salud, oportunidades, limitaciones)
24. Agencia Infantil. Autonomía del niño, negociaciones y elecciones.		



CONSUMO FAMILIAR DE ALIMENTOS:		
<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de alimentos 		
25. Cultivos en la chacra (verduras, fruta, menestras). <i>Visitar Chacra Familiar</i>		
26. Productos en que se basan las dietas cotidianas. (Porciones de cada alimento)	27. Alimentos consumidos por los bebés y niños	28. Momentos del día para comer. Qué se come en cada momento
<ul style="list-style-type: none"> Preparación de los alimentos 		
29. Alimentos que se observan en el entorno de la cocina		
30. Cómo se cocina. Tipo de cocina (leña, cocina mejorada). De dónde se obtiene la leña, el agua	31. Quién prepara los alimentos que se comen. Quiénes participan y con qué funciones	32. Preparación de alimentos para el bebé y el niño

