

# Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural

## Interculturality in pediatrics: traditional beliefs in the child health in a rural area

*Olga Torrado C.<sup>1</sup>*

*Diana Casadiego C.<sup>2</sup>*

*Marcela Castellanos G.<sup>3</sup>*

### RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito establecer el sentido de las creencias tradicionales en madres jóvenes y cuidadores y su relación con la salud infantil en un área rural de la Sabana de Bogotá, Colombia.

**Metodología:** estudio cualitativo de caso. Se utilizó la técnica de grupos focales, con una entrevista semi-estructurada previo consentimiento informado. Se realizaron siete grupos focales en la consulta externa de pediatría de los municipios de Guasca y Guatavita. Para la selección de participantes se usó un muestreo no probabilístico, intencional por conveniencia, de casos homogéneos. Para el análisis de la información se realizó un análisis cualitativo manual con una codificación abierta.

**Resultados:** se encontró que la creencia tradicional más significativa para la población participante es la de “mal de ojo”, una entidad que produce síntomas físicos en los niños; sin embargo, tiene un origen místico, una prevención y tratamiento en el ámbito de lo religioso, energético y espiritual. Con respecto a este, existe poco conocimiento y confianza por parte del personal de salud.

**Conclusiones:** las creencias son fenómenos dentro de una población que generan actitudes y acciones a gran escala, son base de vital importancia para la crianza de sus hijos y son una tradición.

El personal de salud no percibe este fenómeno como algo real, por lo que ignora las creencias y cultura de la población, lo que se convierte en una barrera que

### ABSTRACT

The purpose of this research was to establish the sense of the traditional beliefs in young mothers and caregivers and the beliefs relation to the child's health in a rural area of the Sabana de Bogotá, Colombia.

**Methodology:** qualitative case study. Focal groups were used, with semi-structured interviews after obtaining consent. Seven focal groups were conducted in the pediatric clinic in the towns of Guasca and Guatavita. To gather the participants a homogenous, non-probability, intentionally convenience sample was used. A qualitative manual analysis with open codification was used for the information analysis.

**Results:** it was found that the most significant traditional belief of the participant population is the “mal de ojo,” an entity that produces physical symptoms in children, although it has a mystical origin, prevention and treatment in the field of religion, and spiritual energy. Regarding this there is little knowledge and confidence from health workers.

**Conclusions:** beliefs are a phenomenon within a population that generates actions and attitudes at a large-scale. These beliefs are of vital importance to the upbringing of children and are a tradition.

Health personnel do not perceive this as real phenomenon, therefore ignoring the beliefs and culture of the population, which becomes a barrier to communication. This is a

afecta la comunicación. Lo anterior demuestra la importancia de la generación de un puente que permita la unión de las creencias y la ciencia.

**Palabras clave:** cultura, tradición oral, creencias, mal de ojo, madres, cuidadores, salud, niños, sentido.

clear demonstration of the importance of creating a bridge to facilitate the union between beliefs and science.

**Key words:** culture, oral traditions, beliefs, evil eye, mothers, caregivers, health, children, sense.

Recibido: 2011-05-11; aprobado: 2011-07-29

1. Médico Pediatra, Docente área de Pediatría Social, Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: olga.torrado@unisabana.edu.co.
2. Médico, Residente de Pediatría, Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

Las barreras en la comunicación entre el personal de salud y la comunidad, con relación a las creencias tradicionales, generan efectos en el cuidado personal, especialmente en la población infantil. Las madres y cuidadores en ocasiones no cumplen las recomendaciones dadas porque se desconocen e inclusive se rechazan sus creencias, ocasionando tratamientos incompletos, inasistencia a los servicios de salud y búsqueda de atención en personal no calificado, situaciones que se verán reflejadas en la morbilidad y mortalidad infantil del país.

Por esto, este estudio buscó establecer el sentido de las creencias tradicionales en madres jóvenes y cuidadores, y su relación con la salud de los niños, en este caso, en un área rural de la Sabana de Bogotá, Colombia. Para lograrlo, inicialmente se investigó cuál era una de las creencias más representativas para la población participante con respecto a la salud de los niños. Posteriormente se indagó sobre las formas de aprendizaje de las creencias tradicionales y se determinó la relación entre la creencia y sus efectos en la salud de los niños.

Dada la importancia de tener un enfoque biopsicosocial y multidisciplinario para mantener y fomentar la salud de los niños en Colombia, es trascendental no olvidar el papel de la familia, quienes serán los cuidadores y generadores de conductas y hábitos, y son el primer contacto de la población infantil.

Es importante tener en cuenta que Colombia es un país multicultural con gran diversidad étnica,

como lo describe el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en su publicación “Colombia una Nación Multicultural” (1). Se han descrito aproximadamente 64 lenguas y múltiples creencias y costumbres que rigen actos y hábitos en la comunidad.

En ese orden de ideas es fundamental tener presente la interculturalidad a la hora de estructurar acciones en salud; si la población entiende que se respetan sus creencias y se busca integrar las dos prácticas, se podrá tener, no solo beneficios para la salud, sino también mejorar la confianza y la relación médico paciente.

## MARCO TEÓRICO

Cada día es mayor el interés del abordaje intercultural en salud; basados en Walsh, la interculturalidad se define como un proceso de relación, comunicación y aprendizaje, que se fundamenta en el intercambio entre culturas en términos equitativos (2). Según Godenzzi, se debe pensar la interculturalidad como una acción que debe estar presente en toda la sociedad, en el marco del respeto, reconocimiento de la diferencia y convivencia (2).

Es diferente el término multi-culturalidad que es descriptivo y solo se refiere a la multiplicidad de culturas sin que necesariamente exista una relación entre ellas, concepto también diferente al de pluri-culturalidad que indica convivencia entre culturas en un mismo territorio sin interrelación equitativa.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el mundo y con el transcurrir del tiempo, cada día se conoce más acerca de las diferentes culturas, tal y como lo describe Bernal (3) en el estudio de creencias populares de las madres o cuidadoras de Taganga (Colombia) acerca del manejo inicial de la diarrea en el menor de cinco años, donde se demuestra que desde el inicio se han desarrollado múltiples prácticas, valores, tradiciones y conocimientos propios a nivel poblacional, los cuales han sido transmitidos de una a otra generación en forma de creencias; estas se encuentran arraigadas a las actividades de las diferentes poblaciones y en ocasiones pueden estar e ir en contra de prácticas y teorías científicas, tales como las actividades de salud (3). Kinsman y Brandi demostraron cómo las creencias generan actos que modifican las conductas y tradiciones de una población y de esta manera son difíciles de dejar a un lado (4, 5).

Los pacientes tienen una herencia cultural que influye sobre sus creencias y prácticas relacionadas con la salud. Es así como, en el estudio de Alarcón, las madres mencionan cómo la atención en salud no es culturalmente pertinente y que existen problemas en la comunicación médico paciente; también señalan otros factores tales como las barreras del lenguaje, falta de conocimiento del personal de salud sobre la cultura sanitaria de las madres y el escaso diálogo durante la atención en salud, factores que afectan de manera importante el cumplimiento de órdenes médicas y seguimiento de las mismas. Por lo tanto, es de vital importancia ejercer la práctica médica con un enfoque donde se integren los valores, creencias y prácticas culturales para lograr una adecuada y completa adherencia al tratamiento y mejorar la relación con los pacientes y la población (6).

Para entender la importancia de las creencias, se debe tener en cuenta inicialmente la relevancia que genera este concepto en la población: de acuerdo con Cabrera, corresponde a un conjunto de pensamientos y acciones concebidas por las poblaciones, basadas en relatos e historias obtenidas de diferentes fuentes, donde los protagonistas generalmente son seres superiores que logran grandes resultados que involucran las sociedades (7); estas generan modelos de conducta humana, como también lo demostró Eliade, donde establece las creencias como elementos esenciales de la civiliza-

ción humana basados en mitos, considerados una realidad viviente e inmodificable (8).

El hombre es un ser que dedica gran parte de su tiempo a la creación, a partir de sus experiencias y vivencias como lo plantea Bernal, un ser pensante de gran imaginación y capacidad de creación, siendo el encargado de generar el conocimiento, en ocasiones con bases teóricas y científicas, basado generalmente en historias previas. A partir de estos y teniendo en cuenta que aquí se menciona el conocimiento basado en creencias, es donde inicia el proceso de transmisión de información (9).

Esta práctica de la cotidianeidad es conocida con el nombre de “tradición oral” una de las formas más importantes de difuminación, transmisión y perpetuación de creencias de generación a generación, una técnica desarrollada por el hombre, que tiene diferentes implicaciones y ha sido descrita de diversas formas, como menciona Zumthor, “la tradición es una serie abierta, indefinidamente extensa en el espacio y el tiempo, de las manifestaciones variables de un arquetipo”; con base a esto, entender la tradición oral es más fácil, considerando que la perpetuación de un saber en el tiempo se realiza a partir de la herencia verbal, la cual implica la improvisación y memorización (10). Otros prefieren el uso del término folklore, tal y como se describe en el texto de Bernal, palabra que viene del inglés *folk*: pueblo; *lore*: saber (9). Sin embargo, se considera que este término se puede entender incorrectamente y limitarse a la catalogación de un fenómeno cultural y de las minorías que creen en estilos de vida alternativos como aclara Roldan(11).

Mencionado lo anterior, se puede entender cómo una creencia que ha sido transmitida a través de tradición oral dentro de una sociedad y a pesar que esta se encuentre alejada de la ciencia, es la base de muchos comportamientos y genera la búsqueda de soluciones de manera tradicional a problemas reales. Como resultado se producen en el hombre percepciones propias que en muchos casos se encuentran alejados de la ciencia y van a afectar las prácticas diarias de salud (12). Si no se logra encontrar un puente en la comunicación que permita articular conocimientos y prácticas, solo se generará daño en la salud de los pacientes; de

allí la importancia que en algunos momentos los médicos se quiten la bata y estén dispuestos a oír lo que los pacientes y sus familias piensan y creen.

Para ilustrar la importancia de las creencias en una sociedad, se toma el mal de ojo, una creencia popular que hace referencia a la idea de cómo una persona puede de manera intencional o no, causar daño a otra solo con mirarla. Esta creencia tiene gran influencia en las madres colombianas, como se ha establecido en múltiples estudios realizados en poblaciones a lo largo del territorio colombiano, como los de Uribe (13) y Bernal (3), los cuales evidencian diferentes conceptos, bases y prácticas que tiene la población a partir de los que se generan diferentes actitudes en las madres con respecto al cuidado de sus hijos tanto durante la salud como en la enfermedad (13).

El “mal de ojo” se va a manifestar con una serie de síntomas que pueden variar según los conceptos de diferentes pueblos. A pesar que esta creencia es producida por personas al parecer con energía negativa, esta se expresa con síntomas físicos, como lo describen en el Urabá las madres, los cuales son: fiebre, astenia, adinamia, hiporexia y deposiciones diarreicas (13). Con respecto a la forma de prevenirlo y tratarlo, utilizan métodos desde un plano espiritual que se aleja de la medicina occidental, como el uso del azabache (una serie de pulsera de características especiales), que hace referencia a la forma de proteger al niño de ser “ojeado”; y en cuanto al tratamiento, usualmente acuden a un curandero quien le realiza oraciones y en ocasiones utiliza bebedizos y aceites para aplicar en el cuerpo del afectado por el mal de ojo (13).

Considerando la extensión del mal de ojo como creencia y las diferencias que existen entre culturas, es importante tener conocimiento de las diferentes creencias y tradiciones que existen en las poblaciones; la omisión de estas será un limitante para las prácticas médicas. Esto, debido a la falta de confianza que presentan los padres y la población en los médicos al referirse a costumbres y creencias como esta.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo a través de un diseño flexible o emergente, que permitió entrar en contacto directo con los informantes y con los

escenarios en los cuales tiene lugar la producción de los significados sociales con el fin de describir e interpretar fenómenos dentro de la población, que permitiera extraer conclusiones para lo cual se usó la técnica de estudio de casos, que se constituye en un sistema para encontrar los rasgos significativos del contexto, para tratar de comprender la complejidad de la realidad, dentro de las tradiciones históricas e interpretativas en las cuales se desarrollan las situaciones reales. Esta metodología toma los fenómenos de casos y el análisis de esta información permitiendo acercarse al entendimiento de las creencias grupales (14).

El caso fue definido como las creencias tradicionales, específicamente la del “mal de ojo”; para la recolección de información se optó por la realización de grupos focales, como técnica de investigación social que favorece la interacción y permite captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo (15).

La población participante la constituyeron los cuidadores de los niños menores de 10 años de las áreas rurales de los municipios de Guasca y Guatavita, ubicados en la Sabana Norte de Bogotá. Se realizaron 7 sesiones de grupos focales, hasta obtener saturación de la información, utilizando un muestreo no probabilístico, intencional por conveniencia, de casos homogéneos, puesto que se realizó en personas que asisten regularmente a la consulta externa de pediatría en las instituciones de salud de los municipios mencionados, y que se consideraron conocedores de las creencias populares de la zona; su participación fue voluntaria con la previa realización de un consentimiento informado.

Al registrar la información se decidió que los datos permanecieran como fueron expresados por los entrevistados, donde se encontraran palabras desconocidas y fallas en la redacción, a partir de registros de audio y video. De esta manera el lector se aproximará a las creencias y entorno de los cuidadores y madres asistentes a la consulta pediátrica.

*Técnica.* Inicialmente en la fase exploratoria, durante la realización de la consulta, se indagó a las madres y cuidadores sobre las creencias, en especial el mal de ojo, debido a que la mayoría de niños que asisten a esta usan “la manilla”, la cual

refieren tiene relación con el mal de ojo y siendo esta a su vez la creencia tradicional más importante en esta población con respecto a la salud infantil. Esta fase nos permitió obtener información sobre el conocimiento y sentido que tenían acerca de las creencias populares en los usuarios de las instituciones seleccionadas.

Con esta información se elaboró un esquema de entrevista semi-estructurada que se aplicó a los siete grupos focales atendidos en las instituciones, donde se averiguó acerca de los conceptos generales y específicos que implican relación con la creencia del mal de ojo, tal como la definición, sus manifestaciones, prevención, tratamiento y la relación de esta con el personal de salud en diferentes aspectos.

### Análisis de los resultados

Se realizó una fase de triangulación de observadores de los datos obtenidos y un análisis cualitativo manual con una codificación abierta, para descubrir en los datos propiedades y dimensiones en torno al sentido de las creencias tradicionales en los cuidadores. Se realizó inicialmente una caracterización sociodemográfica de la población y se utilizaron las siguientes categorías de análisis en relación con el mal de ojo:

- › “Mal de ojo”
- › “Manilla/azabache”
- › “Mal de ojo y personal de salud”
- › “Otras creencias”

## RESULTADOS

Se realizaron siete sesiones de grupos focales, con tres a cinco participantes cada uno, para un total de veinte entrevistados; cada sesión de aproximadamente veinte minutos de duración.

De los participantes 17 eran madres, con edades entre los 18-35 años, dos abuelos de 39 y 64 años y un padre de 25 años; la población presentaba una escolaridad variable entre la primaria incompleta y algunos completaron cursos técnicos, ninguno con estudios de educación superior. En cuanto a la ocupación, la mayoría de las madres se dedicaban al hogar y algunas eran estudiantes o con oficios varios.

La primera categoría analizada se nombró “mal de ojo”, donde inicialmente se determinó el concepto de la población acerca de este, encontrando que es un fenómeno místico que implica estado de enfermedad en los niños: “*cuando nacen los bebés se les dilatan las pupilas, le salen pichas, llorosean y se les inflama el cristalino*”; “*pues me han dicho que es cuando los niños bebés se enferman porque los ojean y les dan enfermedades más de los ojos*”. Sin embargo, muchas madres no tienen claro el concepto y dudan acerca de lo que este significa, tienen claro que es una creencia tradicional que es real: “*una creencia psicosocial porque psicosocial es del pensamiento de la sociedad, pero si es real o no, no me consta, pues yo vi que lo hicieron y pregunté por qué pero, que yo crea en eso pues no sé*”; “*es una tradición pues las personas que más lo dicen son las abuelitas y las mamás, que hay personas a las que uno supuestamente les puede caer mal y afecta a los niños*”. Todo este conocimiento lo han adquirido a partir de sus familiares, padres y abuelos: “*de mi mamá y mi suegra y mis abuelas*”; “*además de la gente que habla*”, por tradición oral.

Indagando sobre cómo se manifiesta, algunos participantes al no tener claro el concepto y no conocer ningún afectado, no saben cómo se manifiesta: “*pues no sé porque a los míos nunca les ha dado*”. Al contrario, otros relacionan con síntomas físicos como “el pujo”, enfermedades de los ojos e incluso cambios emocionales: “*pues lo que yo he oído es que los ojitos se le enrojecen o pueden perder hasta la vista*”; “*no pueden dormir, se ponen muy chinchocitos*”; “*la volvieron pujona*”.

En cuanto al origen del mal de ojo, este es entendido como el resultado de una intención o sentimiento negativo como la envidia de otras personas hacia la madre o el niño, como expresaron: “*si a veces cuando hay una gente que le tiene harta envidia a la mamá, pues eso no le recae a la mamá sino al niño cuando nace, nacen unos bebés enfermitos, o cuando van de visita y le dicen ¡ay tan bonito, déjame ver a tu bebe! ¡ay tan lindo, qué tan bonito! y cuando dice eso hay que tenerle desconfianza*”.

A pesar de este tener manifestaciones físicas, el tratamiento se basa en medidas y métodos de origen espiritual, que no tienen relación con la medicina

occidental y presenta gran diversidad dentro de una misma comunidad: *“para mi es que si es una niña primeriza pues que le sople el ombligo tres veces en cruz masticando varias hierbitas”*; *“o cruzarlo por cuatro cuerditas nueve veces”*; *“se usan cosas para quitarlo como los baños con aguita de hinojo para quitarlo”*; *“con la lengua de vaca y la hoja de sancha y sirve para otras cosas además”*. La mayoría son claras en que no asistirían a un servicio de salud: *“llevarlo a donde puedan”*; *“o sea donde hagan lo perteneciente”*; *“mi abuela, no un médico”*; adicionalmente consideran que si este no recibe tratamiento oportuno la enfermedad va a persistir e inclusive puede llevar a la muerte: *“se puede poner muy grave y hasta morirse”*.

Parte importante de la creencia del mal de ojo es el **“azabache”**, un instrumento concebido como el método de prevención de esta entidad, conocido como el **“contra”** por la población, lo que nos lleva a la segunda categoría de análisis: **“manilla/azabache”**, teniendo en cuenta esto se consideró pertinente inicialmente saber quiénes de los asistentes usaban esta **“contra”** en sus hijos, encontrado que la mayoría la usaban actualmente o la habían utilizado en algún momento.

La colocación de este instrumento debe ser los primeros días de vida según los entrevistados: *“pues dicen que a los tres días de vida”*; *“cuando nace”*. Debe ser regalada: *“lo que yo he oído es que tiene que ser regalada, uno no la puede comprar y ponérsela, debe ser regalada”*; *“no necesita bendición”*. En ocasiones se usan ritos, rezos o bendiciones previos a su colocación. En cuanto al tiempo de uso considera la mayoría, esta debe permanecer en su sitio hasta el año de vida: *“hasta el añito, mi mami me dijo que tocaba dejársela hasta el año, pero no me dice por qué”*. En cuanto a su ubicación está poco claro, algunos mencionan las manos y otros consideran que cualquier extremidad es permisible: *“en la mano o el pié pero no tengo la creencia de si es en la izquierda o derecha”*.

Es de tener en cuenta que el azabache tiene sus características especiales: *“un cachito (azabache) rojo, una manita negra y las imágenes de los santos, el divino niño la Virgen del Carmen”*, siendo el

consenso general, que como regla, es necesaria una imagen de un santo en la manilla.

La **“percepción de la población del personal de salud”** en relación con la creencia del mal de ojo es clara, poco se confía en el personal médico cuando a esto se refiere. Encuentran falta de conocimiento de esta: *“los médicos no saben del mal de ojo”*; los ven alejados y con poco interés de conocer acerca de sus creencias, lo cual genera desconfianza. Inclusive, la comunidad no cumple con las recomendaciones e indicaciones del personal cuando se relaciona con esta: *“cuando nació mi primer hijo Estiven yo le tenía el azabache en la manito y cuando lo traje a control y me dijeron que no se lo colocara en la mano, que se lo quitara o se lo pusiera en otro lado porque ellos a medida que iban creciendo, ellos tienen la curiosidad de meterse todo a la boca, y esas pepitas se las podía tragar; entonces le quito la pulserita solo cuando vengo a consulta y llego a la casa y se la vuelvo a poner”*; *“pues cuando lo llevé al médico me preguntaron que para qué se la ponía, y me dijo que eso no era necesario pero yo no se la quité, le dije que no porque yo quería que la tuviera, pero no le pareció. No se la quité porque mi niña está segura así”*.

Dentro del proceso se pudieron conocer **“otras creencias”** las cuales relacionaron con el mal de ojo, como: *“a los niños les da pujo, le colocan la hoja de sancha o cuando hay una embarazada o una mujer con el periodo cerca del recién nacido se vuelven pujones, o cuando les da frío o entran a un cementerio entonces les tienen que colocar el cuero de una oveja recién muerta”*; *“otra cosa que he oído y es muy conocido aquí con la vaca Holstein que es la conocida aquí, esperan apenas le salen, antes que le sale el calostro, ellas botan un líquido transparente muy similar al de la mujer cuando está en el parto, cogen y lo calientan, y hacen una especie de lavado y se lo echan en lo que es el pecho y el abdomen al bebé en los primeros días si es pujón, y se les quita porque los calienta y eso le ayuda en el sistema inmunológico para que se desarrolle y empiecen ciertas reacciones”*. Lo que nos corrobora la importancia de estas dentro la comunidad a la hora de tener acciones que involucran la salud del niño.

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los datos obtenidos durante el proceso, se puede ver cómo las creencias son fenómenos dentro de una población que generan actitudes y acciones a gran escala, en este caso en particular, la creencia del mal de ojo es algo mitológico que rige los actos de los cuidadores y tiene implicaciones en la salud de los niños, lo que convierte a esta en una situación que a pesar de tener manifestaciones físicas no es una enfermedad como tal, sino es el producto de una intención o sentimiento que busca hacer daño, su prevención y tratamiento no están en el plano físico sino van más allá, encontrándose la respuesta en el ámbito emocional, religioso y energético.

Las madres jóvenes tienen sus creencias, han sido aprendidas de sus ancestros y son tratadas como propias, son producto de la tradición oral y todas confían plenamente en estas a pesar de lo que diga el médico; consideran estos conocimientos bases de vital importancia para la crianza de sus hijos y están dispuestas a continuar y perpetuar esta tradición, practicarla de acuerdo a lo que han aprendido de sus familiares y de su comunidad.

El personal de salud no percibe este fenómeno como algo real, por lo tanto ignora las creencias y cultura de la población lo que se convierte en una barrera que afecta la comunicación y la confianza con los pacientes, debido a la falta de conocimiento, respeto y acción cuando se refiere a una situación basada en creencias.

Y viendo cómo estas creencias forman, determinan y rigen las actitudes de sociedades enteras, se demuestra la importancia de la generación de un puente que permita la unión de las creencias y la ciencia dentro de la práctica médica, con el fin de mejorar la relación con la comunidad y lograr así un mayor y mejor efecto en la atención de salud en los niños.

Es también parte del deber del personal de salud el lograr que las madres y en general la comunidad aprendan a interactuar y a realizar procesos conjuntos donde se permita captar la mirada desde otro punto de vista, mejorar la comunicación y llegar a puntos de equilibrio, todos en pro de la salud y buena práctica médica.

Es recomendable realizar más estudios encaminados a comprender otras creencias tradicionales, en las madres y cuidadores de otras regiones de Colombia que permitan, como en este trabajo, acercarse a un mayor conocimiento y profundización en relación con la salud infantil y comparar el sentido de estas creencias en poblacionales con diversas características.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dane. Colombia: una nación multicultural. 2006 [en línea] [consultado el 14 de agosto de 2009]. Disponible en: <[http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia\\_nacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf)>.
2. Walsh C. La interculturalidad en la educación. Lima: Ministerio de Educación. Programa FORTE-PE; 2005.
3. Bernal M, Pinto García K, Meyer Correa I. Creencias populares que tienen las madres o cuidadoras de Taganga acerca del manejo inicial de la diarrea en el menor de cinco años. Revista Enfermería UCC Santa Marta. 2009 julio 1 [en línea] [consultado el 3 de agosto de 2009]. Disponible en: <<http://revistaenfermeriaucc.blogspot.com/2009/06/creencias-populares-sw-las-madres-o.html>>.
4. Kinsman S, Mitchell S, Kenneth F. Multicultural issues in pediatric practice. *Pediatr. Rev.* 1996; 17: 349-354.
5. Brandi AM. Las prácticas de los legos y la cura del mal de ojo en Buenos Aires. *Mitológicas.* 2002; 17: 9-24.
6. Alarcón-Muñoz AM, Vidal-Herrera AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública Mex.* 2005; 47: 440-446.
7. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2001; 19 (1): 91-101.
8. Eliade M. *Mito y realidad.* 1ª ed. España: Labor; 1991.
9. Bernal, G. Tradición oral, escuela y modernidad, la palabra encantada. Bogotá: Magisterio; 2000.
10. Zumthor, P. *La letra y la voz de la literatura medieval.* Madrid: Cátedra; 1989.
11. Roldan H. *La escuela en la tradición oral.* Colombia: Plazas y Janes; 1998.
12. Aliboni V, Serafin R, Alfie J. ¿Cómo entienden los padres las indicaciones médicas? *Arch Argent Pediatr.* 2004; 102 (1).

13. Uribe Gil G, Alcaraz López G. El mal de ojo y su relación con el marasmo y kwashiorkor: el caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia. Invest Educ Enferm. 2007; 25 (2): 72-82.
14. Pérez, G. Investigación cualitativa; retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. España: La Muralla; 1998.
15. Alvarez-Gayou, JL. Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología. México: Paidós; 2003.