



HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

INVESTIGACIÓN

Creencias sobre el Crecimiento Infantil de los padres y madres en situación de pobreza de Concepción del Uruguay

*Foti, Erica Paula**

Resumen

Este trabajo describe y analiza las creencias acerca del crecimiento infantil que tienen padres y madres de niños de 1 a 5 años en situación de pobreza de Concepción del Uruguay. Se contemplaron las edades y el lugar de procedencia de los mismos, la diferencia de género, su nivel de instrucción y la situación socio-económica familiar. Es una investigación de tipo cualitativa que utilizó como instrumentos encuestas, entrevistas en profundidad y observación no estructurada. Se tuvo permanentemente presente la interrelación creencias-prácticas de cuidado, lo cual fue analizado a partir del concepto de representaciones sociales, el enfoque de género, el pensamiento complejo, el Modelo Extendido de Cuidados y el Modelo Ecológico; enmarcado todo ello en el campo de la Salud Familiar y Comunitaria.

Palabras clave: creencias paternas; crecimiento infantil; pobreza

Este trabajo se enmarca en la investigación realizada para la tesis final de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER. Presentado el 21/12/2017 y aprobado el 17/12/2018. DOI: <https://doi.org/10.33255/3058/412>

Autora: *Universidad Nacional de Entre Ríos (Argentina).

Contacto: fotieri@gmail.com



Low-class Parents' Beliefs on Child Growth at Concepción del Uruguay

Abstract

This work synthesizes the thesis presented to approve the Master's Degree in Family and Community Health at the Faculty of Health Sciences - UNER. It describes and analyzes the beliefs that parents have in the growth process in children between 1 to 5 years old, who also live in poverty at Concepción del Uruguay. The ages and origin, the gender difference, their level of education and the family socioeconomic situation were contemplated. It is a qualitative research based on surveys, in-depth interviews, and unstructured observation. The interrelation between beliefs and practices were the main subject of analysis, based on the concept of social representations, the gender approach, complex thinking, the Extended Model of Care and the Ecological Model; focused in the field of Family and Community Health.

Keywords: Parental beliefs; Child Growth; Poverty

Creanças sobre o Crescimento Infantil dos pais e mães em situação de pobreza de Concepción del Uruguay

Resumo

Este trabalho descreve e analisa as creanças sobre o crescimento infantil que têm pais e mães de crianças de 1 a 5 anos em situação de pobreza em Concepción del Uruguay. As idades e o local de origem dos mesmos, a diferença de gênero, seu nível de escolaridade e a situação socioeconômica familiar foram considerados. Trata-se de uma pesquisa de tipo qualitativa que utilizou como instrumentos formulários, entrevistas em profundidade e observação não estruturada. A inter-relação entre creanças e práticas de cuidado esteve permanentemente presente, o que foi analisado a partir do conceito de representações sociais, da abordagem de gênero, do pensamento complexo, do Modelo Expandido de Cuidados e do Modelo Ecológico; enquadrado tudo no campo da Saúde Familiar e Comunitária.

Palavras-chave: creanças parentais; crescimento infantil; pobreza

I. Introducción

En el año 2010 se comenzó a elaborar este trabajo a partir de un interés por investigar «las creencias acerca del crecimiento infantil que tenían los padres y madres de niños de 1 a 5 años de las zonas más pobres de Concepción del Uruguay». Se trabajó con padres y madres que vivían en los barrios: Villa Las Lomas Norte, Los Olivos, La Concepción, 30 de Octubre, Zapata, Malvinas, San Isidro, La Higuera y Rocamora; los cuales utilizaban como servicio de salud para sus hijos los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y el Centro de Integración Comunitaria (CIC) que existen en la ciudad. Dichas instituciones sirvieron en este trabajo como fuente de información para poder llegar a los padres y madres de cada barrio. Las mismas se encuentran distribuidas territorialmente de manera tal de poder responder a las demandas de los sectores más vulnerables de Concepción del Uruguay.

Para producir cambios y mejorar las estrategias de atención de los niños pequeños es necesario que el equipo de salud conozca las creencias y prácticas de las madres y los padres con el fin de orientarlos para continuar o no con su realización, sin menospreciar las convicciones de cada cuidador (Rodríguez, Santos, Talani y Tobar, 2015). Acordando con esta idea, y con la intención de aportar en tal sentido, se comenzó este estudio esbozando dos hipótesis de trabajo (supuestos) que fueron orientando al mismo. La primera refería que, «las creencias acerca del Crecimiento Infantil (CI) que tienen los padres/madres son influidas por el entrecruzamiento de distintas variables, tales como el género al que pertenecen, la edad, el recuerdo de su propio CI, el nivel de instrucción alcanzado, etc.; expresándose todo ello en ciertas prácticas de cuidado infantil y en los significados otorgados a dichas prácticas».

La otra hipótesis era que «los mensajes sobre CI que son transmitidos desde el equipo de salud tienen mayor impacto en los padres/madres cuando existe la posibilidad de parte de éstos de comprender y tomar en cuenta dichos mensajes, lo cual a su vez estaría relacionado con sus creencias».

En coherencia con todo lo anterior, se planteó como objetivo principal explorar y analizar las «creencias» acerca del CI que tenían los padres y madres de niños de 1 a 5 años en situación de pobreza, relacionando a las mismas con el significado otorgado a ciertas prácticas de cuidado; siempre tomando en cuenta la diferencia de género, la edad, el recuerdo de su CI, entre otras variables. A su vez, uno de los objetivos específicos apuntó a indagar qué tipo de relación se establecía entre esas creencias de los padres y madres sobre el CI y lo transmitido por los profesionales de la salud sobre ese tema.

Investigaciones llevadas a cabo en materia del vínculo entre salud, nutrición y desarrollo concluyeron que no alcanza con la provisión de micronutrientes en forma aislada, ni el acceso a la educación o la ausencia de enfermedad. El crecimiento y el desarrollo integral de los niños se logra cuando todas estas variables están presentes, sustentadas por prácticas adecuadas de crianza en el hogar (Rodrigo *et al.*, 2006)

Acercándonos un poco más al problema de estudio, existen investigaciones realizadas sobre la percepción materna del sobrepeso y obesidad de sus hijos, donde se estimó que sólo el 36 % de las madres logró identificar el correcto estado nutricional de los mismos (Díaz, 2000). De hecho, se encontró que madres de niños con sobrepeso y obesidad refieren que el peso de su hijo no será un problema futuro para la salud (Lara-García, Flores-Peña, Alatorre-Esquivel, Sosa-Briones & Cerda-Flores, 2011). En concordancia con ello, otros autores sostienen que la mayoría de las madres no cuentan con elementos para saber si su hijo está teniendo un crecimiento y desarrollo adecuado; lo cual les impide hacer un uso eficiente de los servicios de salud (Shamah Levy, 2005).

El CI es un fenómeno biológico complejo que comienza en el momento en que la persona es concebida y se consigue por una doble acción: un aumento del número de células y, a su vez, del tamaño de las mismas; lo cual implica un aumento de tamaño que va teniendo el niño. El crecimiento es especialmente rápido en la niñez, sobre todo en el primer año de vida. Se podría agregar que cada individuo nace con un potencial de crecimiento, pero alcanzar el nivel óptimo depende de muchos factores individuales y de un contexto ambiental determinado.

En una encuesta realizada en el año 2012 desde el «Observatorio Epidemiológico de la Desnutrición de C. del Uruguay» a 23 padres de niños con problemas nutricionales (Bajo Peso o Sobrepeso), se encontró que 11 de ellos (49 %) veían a sus hijos como «normales». Dicho Observatorio funcionó entre los años 2003 y 2012 en el marco del Programa Salud para Todos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER. Este dato nos muestra la percepción que tenían algunos padres de niños con problemas nutricionales respecto a lo que significaba para ellos un estado nutricional «normal», lo cual en mayor o menor medida termina condicionando el crecimiento.

En relación a esto último, es importante tener presente que las posibilidades de los padres/madres de percibir un problema de salud en sus hijos están socio-culturalmente condicionadas por factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como por las prioridades cotidianas y las actividades que realice, todo lo cual hará que lo perciba de modo diferente en cada caso. Sin embargo, éstos han sido aspectos poco

considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud (Sacchi *et al.*, 2007).

II. Marco Teórico

Respecto al concepto de «creencias», Fishbein y Ajzen (1975) refieren que una creencia une a cualquier objeto con *algún atributo*. Entonces podemos tener creencias acerca de todo (gente, problemas, objetos, etc.) y *los atributos* o *características* que pueden ser vinculados al objeto son casi ilimitados (cualidades, características, otros objetos).

A los fines de este trabajo se priorizó el análisis de las creencias individuales; pero sin dejar de lado su conexión con las creencias sociales y las que funcionan como referencia.

A las creencias...

los hombres las elaboran a través de procesos que desde la interioridad subjetiva se proyectan a las relaciones con los «otros» y, desde ese ámbito, reconfiguradas, vuelven a moldear lo creído subjetivamente, y generan de esa forma secuencias inacabadas y recursivas (Fernández, 2006: 4).

Se puede agregar que cualquiera sea el tipo de creencia que da sentido a la acción, brinda los elementos de justificación necesarios para realizarla, mantenerla, modificarla, suspenderla o finalizarla. Por último, no hay vida humana que no esté constituida por ciertas creencias básicas y montada sobre ellas; pues si no disponemos de creencias no podemos tomar decisiones y proceder en consecuencia (Samaja, 2004).

Entonces, cuando este estudio se planteó el objetivo de «explorar y analizar las creencias de los padres y madres sobre el Crecimiento infantil» se refería a las cualidades y características que ellos le atribuían al mismo y que determinaba sus prácticas de cuidado infantil.

Al profundizar el tratamiento de las «creencias», no se puede dejar de vincular las mismas con el concepto de «representaciones sociales». Pues éstas clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir de creencias de sentido común y es este conocimiento el elemento base de la interacción (Umaña, 2002). Cualquier «representación» –en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra– constituye una creencia (o es elemento de una creencia). Ello está a su vez relacionado con otro concepto clave de este trabajo que fue el de «significación», o sea aquello que le da sentido a aceptar y reproducir una representación y/o una práctica.

A su vez, el tema del CI está dentro del *campo de la Salud Familiar y Comunitaria (SFC)*. Pues las «creencias» surgen y se van reformulando principalmente en el nivel de los microprocesos, los cuales son atravesados permanentemente por tres dimensiones: la salud, la familia y la comunidad.

Por otro lado, en este trabajo también se tuvo presente el *Modelo Extendido de Cuidados*. El mismo hace hincapié en la «Conducta de la madre» respecto a la estimulación, higiene y búsqueda de salud. A su vez refiere que la misma se encuentra condicionada por la disponibilidad de tres tipos de Recursos:

1. Recursos alimentarios y económicos (ingresos, trabajo).
2. Recursos de madre/familia (conocimientos y creencias, situación de salud, rol paterno, apoyo de la comunidad).
3. Recursos de salud (provisión de agua, vivienda, acceso a cuidados de salud).

Coincidiendo en gran parte con lo que postula el Modelo Extendido de Cuidados, el *Modelo Ecológico* de Broffebrenner (1997) sostiene que el Crecimiento es producto de la interacción del niño con su ambiente inmediato denominado *Microsistema* (familia, escuela, CAPS, etc.) y de los escenarios sociales que lo afectan (*exo-sistema*). Pero esta visión sostiene que no sólo la madre adquiere particular importancia como integrante de la *díada primaria*, sino que también la tienen el padre, los abuelos, los hermanos, el equipo de salud, etc. Sobre el lugar de los «padres» sería importante agregar que investigaciones recientes muestran un aumento en las representaciones sociales que vinculan la «paternidad» con: responsabilidad, disciplina, amor, comprensión, guía y educación, protección, sostén económico, cuidado y preocupación, involucramiento afectivo, dar apoyo (Bonfá A., Smith M., 2014).

Un concepto fundamental en este trabajo, e interrelacionado con el de *creencias*, es el de «*las prácticas de los padres/madres*» vinculadas al CI. Se definió a las mismas como acciones de cuidado y atención dirigidas a los niños, basadas en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas que presentan los adultos responsables (Rodrigo *et al.*, 2006). En este trabajo las «prácticas de los padres» aluden a actos concretos y observables tales como: la vacunación, el control pediátrico, el control de la alimentación, etc.

El análisis de *los significados y las intenciones de las acciones* de estos padres/madres permitió conocer las «*estructuras de sentido*» de la vida cotidiana de los mismos. Considerando a las mismas como sistemas de percepción, organizadas por principios de asociación y oposición, que despliegan los actores sociales como resultado de representaciones, interpretaciones y relaciones instrumento/finque dan significación a su actuación en el mundo.

Una perspectiva que no podía estar ausente durante el análisis de la problemática de estudio fue la del *enfoque de género*. El mismo reconoce que las relaciones sociales entre Hombres y Mujeres se encuentran atravesadas por una construcción sociocultural de la diferencia sexual.

III. Procesos metodológicos

En principio se realizó en el año 2011 una Encuesta a 50 personas (25 madres y 25 padres). Como este estudio abarcó diferentes barrios de la ciudad, o sea un universo heterogéneo, se utilizó el *muestreo estratificado*. Para realizar dicho muestreo se dividió a la población total de padres y/o madres de niños de 1 a 5 años en situación de pobreza de la ciudad por conglomerados. Pues tal como dice Sabino (2007) la técnica de los conglomerados conviene utilizarla cuando queremos extraer muestras de los habitantes de un conjunto geográfico amplio. Para definir los límites de estos conglomerados se tomaron en cuenta las áreas programáticas de cada una de las instituciones de salud seleccionadas para este trabajo.

Los padres/madres encuestados fueron seleccionados *al azar* utilizando para ello los ficheros de cada CAPS/CIC donde se archivaban las Historias Clínicas. En dicha Encuesta se indagó sobre dimensiones e indicadores de los objetivos que orientaban este trabajo.

En el año 2012 se entrevistó a 15 madres/padres que formaban parte de ese grupo de 50 encuestados para poder ampliar y profundizar la información obtenida a través del cuestionario. Se decidió entrevistar a estas 15 personas por considerar que dentro de ese número podrían estar representados en forma equitativa madres/padres de diferentes grupos etarios y lugares de procedencia, con distintos niveles de instrucción y nivel socio-económico. Entonces, se seleccionó a aquellos que serían entrevistados teniendo en cuenta que representarían esta diversidad de situaciones.

Las entrevistas fueron pensadas desde un enfoque cualitativo, lo que permitió conocer y comprender las situaciones particulares.

Durante la etapa de exploración, descripción y análisis de la información se apuntó a lograr una descripción densa y un análisis que surgiera de la triangulación de datos y metodológica; intentando combinar y complementar la información obtenida a través de los diferentes instrumentos.

A su vez, se utilizaron estrategias de Análisis Horizontal en donde se compararon las experiencias de vida, saberes y creencias de los entrevistados; y otras de Análisis Vertical para poder explorar y analizar cómo la vivencia personal de determinados hechos lleva a ciertas creencias y prácticas.

Se decidió incorporarla categoría «Clima educativo del hogar» al análisis de los datos, como modo de identificar el conjunto de recursos, aptitudes o predisposiciones que hacen posible que un niño pueda transitar exitosamente su recorrido en la institución escolar, y por considerar que ese «clima» afectaba las creencias de los encuestados/as. La categoría se construyó promediando los años de escolaridad de los encuestados con los de su pareja u otro adulto conviviente responsable del cuidado de los niños y las sub-categorías construidas fueron:

- sin escolaridad: cuando padre y madre no asistieron nunca a la escuela;
- muy bajo: hasta 5 años de escolarización. Ambos adultos con primaria incompleta.
- bajo: más de 5 y hasta 9. Alguno o los 2 adultos terminaron la primaria.
- medio: más de 9 y hasta 11. Cuando 1 o los 2 adultos realizaron parte de la secundaria.
- alto: más de 12 años de escolarización. Al menos 1 adulto terminó la secundaria.

Por último, no se pudo entrevistar en profundidad a ninguna de las 3 madres adolescentes previamente encuestadas, porque cada vez que se programó hacerlo las mismas no se encontraban en el hogar. Según refirieron sus progenitores, estaban temporariamente en casa de algún otro familiar. En 2 de los casos esto habría sucedido debido a problemas vinculares entre las jóvenes y otros adultos convivientes, lo cual refleja en qué contexto familiar desarrollan su maternidad estas adolescentes.

IV. Resultados

IV.1. Caracterización general de los 50 padres/madres encuestados

Respecto a las *edades*, si bien el grupo de los 50 encuestados tenían entre 15 y 46 años, la mitad de ellos se concentraba en el segmento de 26 a 35 años.

Sobre el *lugar de procedencia*, se halló que 41 eran oriundos de la ciudad de C. del Uruguay, 4 pasaron su infancia en la zona rural y los otros 5 provenían de otras ciudades, provincias o países limítrofes.

En cuanto al *nivel de Instrucción*, la mayoría (n=31) sólo tenía educación primaria y 14 madres/padres tenía educación secundaria incompleta, en tanto que 3 eran analfabetos y 2 habían iniciado estudios universitarios o los estaban cursando. Estos números fueron similares en todos los barrios estudiados, destacándose levemente el barrio La Concepción por tener mejores índices de nivel de instrucción. En líneas generales, los padres/madres

más jóvenes habían logrado estar más años insertos en el sistema educativo; sobre todo las madres habían podido alcanzar un nivel de instrucción un poco más elevado.

En relación al *clima educativo del hogar*, la mayoría (n=38) presentó uno de tipo «medio-bajo». O sea que ninguno de los adultos de esos hogares había terminado la secundaria.

Respecto a la *ocupación*, 19 de las 25 madres eran Amas de Casa y casi todas ellas percibían la Asignación Universal por Hijo. Las otras 6 eran empleadas informales y, a su vez, 2 de ellas eran estudiantes. En relación a los 25 padres: 13 eran empleados formales, 7 changarines, 4 empleados informales y 1 desocupado.

Viendo la situación general de todos, fue muy claro cómo el nivel de instrucción influyó en las posibilidades de acceder a un mejor empleo en el caso de los padres, y en el interés de buscar un trabajo fuera del hogar en el caso de las madres. Incluso teniendo en cuenta que los que estudiaron la secundaria ninguno la terminó, pero esta mayor cantidad de años de estudio (tanto en las madres como los padres) habría incidido de manera positiva en las expectativas y proyectos personales ocupacionales.

Para conocer el *nivel socio-económico* (NSE) de las familias se construyeron *clusters* combinando tres variables: ocupación, clima educativo del hogar e infraestructura barrial. A partir de ese entrecruzamiento se observó que la mayoría de las mismas (n=41) tenían un NSE Bajo o Muy Bajo.

Por último, respecto a la *constitución familiar* se constató que predominaban las familias Nucleares y Nucleares extensas (n=42), mientras que el resto eran Monoparentales o Monoparentales extensas. Estos hogares reflejaban la diversidad de modelos de familias que vienen coexistiendo en las últimas décadas en nuestro país.

IV.2. Recuerdos del propio crecimiento infantil

Este tema se indagó mediante la entrevista realizada a 8 madres y a 7 padres, a los que se interrogó respecto de las personas que se ocuparon de su propia crianza, las personas que lo/a estimulaban, la percepción materna y paterna sobre su CI, al igual que su propia percepción sobre el mismo y el nivel de contención de su familia (ver en «Apéndice»: tablas 1 y 2).

Acerca de *qué personas se ocuparon de su crianza*, 5 de las 8 mujeres respondieron que fueron sus madres, y en menor medida sus padres. Mientras que las otras 3 mencionaron a otros familiares: hermanas, tías, etc.

En el sub-grupo de 7 entrevistados, 5 de ellos recordaban que sus padres se ocupaban de la crianza a la par de la madre; llegando a destacar algunos la «calidad» del tiempo compartido. Sin embargo, hubo padres que reconocieron que les dedicaban más tiempo a sus hijos del que sus propios padres les habían dedicado a ellos; pues consideraban que también la «cantidad» de tiempo es importante.

Fue evidente que el rol desempeñado al momento de la entrevista los llevaba a identificarse directamente con el progenitor del mismo sexo, siendo desde una postura de crítica constructiva casi siempre. Seguramente los padres (varones) de los entrevistados deben haber tenido un vínculo más estrecho con sus hijos facilitado por el hecho de tener intereses y gustos en común por pertenecer al mismo género y haber atravesado procesos de socialización similares en relación a expectativas del rol masculino.

Sobre el tema de *quiénes los estimulaban*, las respuestas fueron heterogéneas en ambos grupos. Destacándose lo siguiente: -en casi todos los casos de entrevistados/as que fueron estimulados por hermanos, abuelos y/ o tíos; convivían sólo con 1 de sus progenitores; -las madres no recordaban que sus padres se hayan ocupado de ello, mientras que casi la mitad de los padres reconocieron que sus propios padres a veces también estimulaban.

En el caso de las entrevistadas, lo determinante en este sentido fue el entrecruzamiento entre nivel de instrucción del que cuidaba, entorno familiar de apoyo y edad del que cuidaba/estimulaba; en ese orden de prioridad. Mientras que según lo referido por los entrevistados, lo determinante en sus casos fue el entorno familiar de apoyo y la edad del que cuidaba/estimulaba.

Vemos entonces que, tal como dice el Modelo Ecológico en sintonía con el Modelo Extendido de Cuidados, es fundamental valorar la influencia de otros parientes cuando se estudia el CI. En este sentido fue clave la presencia de hermanos mayores u otros parientes para todos/as.

Respecto a la *percepción materna del CI*, las madres de 14 de los 15 entrevistados/as veían que ellos tenían un CI «normal», ocupándose en que tuvieran una buena alimentación en casi todos los casos. Se podría destacar que las madres de hijos varones delgados se preocupaban más por este asunto que aquellas que tenían hijas delgadas o con sobrepeso. O sea que las madres estaban más pendientes de la contextura física de los hijos varones. Esto último coincidiría con lo que postulan autores que han investigado las «estrategias de supervivencia» de familias pobres, quienes sostienen que muchas familias al momento de distribuir entre sus miembros los alimentos y cuidar la salud física, lo hacen desde una perspectiva de género que entiende que los hombres tienen que estar preparados físicamente para salir a trabajar y mantener

económicamente a sus familias, por lo cual debe privilegiarse su alimentación. Un claro ejemplo de estas ideas se encuentra en un trabajo de Vizcarra Bordi (2008), quien sostiene que tanto el problema de la desnutrición como el del hambre se viven de diferente manera entre hombres y mujeres en el mismo hogar, llegando a decir que existiría una «feminización del hambre».

Sobre la *percepción paterna del CI*, 6 de las 8 entrevistadas dijeron que a sus padres no les interesaba el tema. Ello es coherente con las respuestas anteriores sobre quiénes se ocupaban de su crianza. Mientras que 6 de los 7 entrevistados dijeron que sus padres percibían que ellos tenían un CI «normal», y en algunos casos se ocupaban del asunto llevándolos a hacer deporte.

Entonces, la presencia de interés por el CI de los hijos y la forma de expresarlo estaba condicionada por el sexo de los progenitores y por el sexo de sus hijos en primer término, seguido por el nivel de instrucción que tenían aquellos progenitores cuando los entrevistados/as eran niños.

En relación al *nivel de contención familiar*, 12 de los 15 entrevistados/as respondieron que fue Bueno o Muy Bueno. Entre las entrevistadas el nivel de contención no estuvo relacionado con la presencia de madre y padre en el hogar, sino con el modo en que cumplieron sus funciones los encargados de criar/cuidar a las mismas. En cambio, en el caso de los padres ello habría estado directamente vinculado a la presencia de madre y padre en el hogar. Los 2 únicos padres que respondieron que el nivel de contención familiar era Regular fueron los que sus madres fallecieron cuando eran pequeños. Según sus relatos sólo recibieron algunos cuidados básicos por parte de otros familiares, pasando en la adolescencia gran cantidad de horas fuera del hogar.

Respecto a la situación atravesada por estos 3 casos que recordaban un nivel de contención Regular, sería importante describir ciertos elementos teórico-conceptuales que suelen entrecruzarse en la realidad concreta:

- Por un lado, a partir de «representaciones sociales» basadas en la identidad genérica se ha venido reproduciendo la creencia socio-cultural, según la cual las niñas tendrían mayor necesidad que los varones de construir vínculos basados en el afecto con los encargados de su crianza. Además, ellas debieran recibir mayores cuidados y por más tiempo respecto de los «peligros» que podrían encontrar fuera del hogar, porque supuestamente los varones están preparados más tempranamente para transitar por el «ámbito público».

- Por el otro, si combinamos el Modelo Extendido de Cuidados y el Modelo Ecológico, vemos que los encargados de la crianza están condicionados en sus «conductas y creencias» no sólo por las relaciones de género sino también por la disponibilidad de tres tipos de recursos: Recursos alimentarios y económi-

cos, Recursos familiares (de nivel educativo, salud mental, rol paterno, etc.) y Recursos de salud (vivienda, acceso a cuidados de salud, etc.).

En el caso de la madre que sintió que el nivel de contención familiar fue Regular; se desprende de su relato que lo determinante no fue la identidad de género sino la carencia de varios de estos recursos: económicos, educativos, rol paterno, etc.; incluida la carencia de estimulación infantil. Mientras que en los 2 casos de padres que también evaluaron dicha dimensión como Regular; seguramente a la carencia de varios de esos recursos se le habrán sumado las creencias originadas en representaciones sociales basadas en la identidad genérica que influyeron en la implementación de prácticas de cuidado diferentes según el sexo (recientemente analizadas).

Finalmente, en la estructura de sentido de los/as entrevistados/as existía la creencia de que un apropiado nivel de contención infantil se logra cuando existen adultos responsables (no necesariamente padre y/o madre) que ejercen adecuadamente el rol de maternizar y/o paternizar.

Por último, respecto a la *propia percepción de su CI* se encontró una creencia compartida por 14 de los entrevistados/as de que habrían tenido un CI «normal»; lo cual relacionaron con «no enfermarse seguido», una contextura física delgada o con algunos kilos de más que incluiría la estatura baja, poder hacer las mismas actividades que los chicos de su edad y practicar deporte, esto último sobre todo en el caso de los varones. La percepción de un CI «normal» que podría incluir cierto sobrepeso fue de algunos padres entrevistados; pues las madres que tuvieron sobrepeso lo recordaban como algo negativo a pesar de haber evaluado que en general tuvieron un CI normal.

IV.3. Organización familiar actual: prácticas de cuidado infantil y sus significados

En este apartado, en principio, se analiza la información obtenida con las 50 encuestas y posteriormente se profundiza la reflexión sobre ese material con los datos obtenidos en las entrevistas.

Respecto a la organización familiar, al examinar en las 42 familias con presencia de madre y padre cómo se repartían las responsabilidades cotidianas (tareas del hogar, cuidados de la salud de los niños, etc.) y cómo se tomaban decisiones importantes (ej. mudarse) se concluyó que sólo en 11 hogares la relación de pareja era simétrica en este sentido. Predominaban entonces las familias de perfil patriarcal donde había una «naturalización» de cierta distribución de las tareas de acuerdo al género. Sin embargo, cuanto más jóvenes y mayor era el nivel de instrucción alcanzado por las madres, las relaciones de pareja eran más horizontales y democráticas,

impactando esto en que el tipo de organización familiar fuera diferente al del modelo tradicional.

En relación a una de las prácticas de cuidado estudiadas, la mitad de las familias (25) tenían *niños que comían en comedores escolares o comunitarios*. Dentro de este grupo, 9 de los encuestados (casi todos padres varones) no preguntaban qué comían sus hijos fuera del hogar. Podría pensarse que este último dato responde a un estereotipo de género por el cual es la mujer la que se ocupa de estos temas.

Acerca de otras prácticas de cuidado y el significado otorgado a las mismas, 25 encuestados dijeron que realizaban el *control pediátrico* porque les parecía «importante controlarlo aunque no esté enfermo, para ver cómo anda», lo cual expresaba un interés por conocer la evolución del crecimiento de sus hijos.

También se constató que la preocupación de las madres por el Bajo Peso, y en algunos casos por el Sobre Peso, al igual que la entrega de leche y/o bonos eran determinantes fundamentales de la demanda de atención de los pediatras en los CAPS. Esto último podría relacionarse con un estudio en donde se encontró que el sistema de salud es visualizado por muchas madres principalmente como proveedor de recursos. Esta representación de lo que se espera del CAPS da cuenta de la falta de concurrencia cuando no se dan estas condiciones y, a su vez, expresa en qué creencias y estrategias están basadas algunas prácticas de estas madres (Sacchi *et al.*, 2007).

En relación al valor y la importancia que le otorgaban estos padres/madres al control pediátrico, el mismo estaba relacionado a:

- la edad del niño (pues todos reconocían que cuando son menores de 1 año los controles deben ser mensuales, y luego ir espaciándolos);
- haber recibido información al respecto desde el equipo de salud;
- tener hijos con BP u otro problema de salud que amerite controles periódicos;
- a una estrategia para obtener recursos.

Sobre el tema *vacunación*, 48 encuestados refirieron que sus hijos tenían todas las vacunas y la mayoría dijo que realizaba esta práctica «porque es bueno para la salud» y además sirve para «prevenir». Estos significados los habrán construido a partir de entrecruzar los mensajes transmitidos por sus propias madres (ya que la mayoría señaló a la vacunación como una de las prácticas de cuidado a la que más prestaban atención sus madres) con aquellos brindados por el equipo de salud (pues también la mayoría recordaba que los enfermeros de los CAPS los habían informado sobre el tema).

Respecto a *quiénes estimulaban*, en 36 de los 42 hogares nucleares esta labor era compartida por ambos miembros de la pareja. Mientras que en el resto eran las madres en su mayoría quienes estimulaban.

En 9 de las 50 encuestas también mencionaron a los abuelos como estimuladores, y en 18 casos a los hermanos mayores. Es importante este dato porque la mayor *cantidad de horas dedicadas a la estimulación* de los niños se halló en los hogares donde había hermanos mayores y abuelos, quienes sobre todo utilizaban actividades ligadas al desarrollo intelectual.

En líneas generales, el significado y la importancia que estos padres/madres otorgaban a las prácticas de estimulación estaba ligado a:

- en primer lugar, al compromiso afectivo de los mismos hacia sus hijos;
- segundo, a la disponibilidad de tiempo, lo cual se relacionaba en muchos casos con ser padres jóvenes con menor cantidad de hijos;
- tercero, el género, ya que se abocaban más a esta tarea las mujeres; y
- por último, al nivel educativo y la situación socio-económica de estos progenitores.

Con la intención de profundizar en la percepción que tenían sobre algunos de estos temas, en la entrevista realizada posteriormente a 8 madres y a 7 padres se indagó sobre quién cuidaba a los hijos durante el día, quién los ayudaba en las tareas escolares, quién los llevaba al médico y nuevamente sobre quién los estimulaba (ver en «Apéndice»: Tabla 3).

Del análisis de esas entrevistas surgió lo siguiente:

- *cuidado de los hijos y llevarlos al médico*: en todos los casos era la madre quien se ocupaba de ello, y los padres «a veces» acompañaban. Habría que recordar que los CAPS están cerrados en el horario que los padres retornan al hogar luego de sus actividades laborales, convirtiéndose ello en un obstáculo institucional vinculado a un tema cultural. Sigue predominando socialmente la visión de que es la madre quien tiene la principal responsabilidad de velar por la salud de los hijos, y entonces los horarios de atención de los centros de salud son planificados respondiendo a esa visión.

- *estimulaban a sus hijos y ayudaban en las tareas*: en estas prácticas las madres participaban en menor porcentaje que en el cuidado cotidiano y control médico de los hijos. Por otro lado, todas las entrevistadas que tenían pareja reconocían que los padres participaban en al menos 1 de estas tareas. Ello estaría mostrando un cambio de actitud, sobre todo de los varones más jóvenes. Se lo podría vincular a lo expresado por Jhorima V. (2003) respecto a que en las últimas décadas ser hombre ya no significa estar distanciado de la afectividad; el género está siendo renovado a

través de nuevas prácticas que van dando inicio a un paradigma: «la nueva paternidad».

Pero estas «nuevas prácticas», y retomando lo mencionado anteriormente, no se estaban enmarcando en dinámicas familiares atravesadas por *cambios profundos en la matriz de relación entre los sexos* (respecto al manejo del poder y los procesos de negociación en las parejas).

Por otro lado, y profundizando el análisis de los sistemas de percepción y estructuras de sentido desde los cuales estos padres/madres realizaban sus prácticas de cuidado, se encontró que en general habían sido condicionados por los de sus progenitores. Se llegó a esta conclusión luego de ver que:

- 6 de las 8 entrevistadas coincidían con sus propias madres/cuidadoras en la forma de percibir el trabajo doméstico y el cuidado familiar. Tres de ellas lo tomaban como algo «elegido» y que trataban de ir complementando con sus proyectos personales; y las otras 3 como una «obligación ineludible».

Respecto a las otras 2, ambas fueron criadas en el campo y recordaban que sus madres desempeñaban el rol de amas de casa como una obligación ineludible; mientras que ellas cumplían ese mismo rol en la actualidad, percibiéndolo como consecuencia de una elección personal. Se podría inferir que el cambio de hábitat (del campo a la ciudad) que trajo aparejado un alejamiento de sus familias de origen, sumado a contar con una pareja y familia política que las contenía; provocaron cambios en la estructura de sentido que le habrán transmitido sus madres.

- 5 de los 7 entrevistados también coincidían con sus padres en la forma de percibir su trabajo productivo como aquel que pudieron conseguir y que les permitía mantener a sus familias, sintiéndolo como una «obligación ineludible». Agregando en 3 casos que cuando están en el hogar implementan prácticas de cuidado que ellos no recordaban haber recibido de sus padres, como por ejemplo promover el ejercicio del deporte, jugar con los niños, etc.; a las cuales les otorgaban un alto valor en el marco de sus contextos familiares actuales.

En relación al impacto de las historias familiares en estos padres, se pudo ver cómo los 2 que no contaron durante su infancia con personas que ejercieran adecuadamente el rol de madre y padre, en la actualidad trataban de construirse estructuras de sentido distintas a las de sus progenitores que les permitían ocuparse «adecuadamente» de sus hijos. En esta creencia de ambos habrán influido tanto factores internos (deseos e intereses personales) como

factores externos (procesos de socialización secundaria y coyunturas del entorno en el que les tocó vivir) que condicionaron tal cambio.

Si se relaciona todo lo anterior con el campo de la *Salud Familiar y Comunitaria (SFC)*, encontramos que la mujer sigue cumpliendo un rol fundamental al interior de estas familias como primeras diagnosticadoras y tomadoras de decisión respecto a la salud de sus integrantes, basada en una «naturalización» de esta distribución de tareas al interior de las parejas.

Finalmente, la organización familiar de los entrevistados/as estaba fuertemente marcada por el significado y las creencias que le otorgaban al tipo de organización familiar que recordaban haber experimentado en su infancia. Ello a su vez se mostró influido por las estructuras familiares en las que se movían en los últimos tiempos que llevaron a algunos a resignificar ciertas creencias.

IV.4. Creencias sobre el Crecimiento Infantil

Este tema también se investigó a través de la entrevista realizada al grupo de 15 madres/padres. Para ello se les consultó con qué relacionaban al CI, cuáles serían para ellos los indicadores de un buen CI y que acciones contribuyen al mismo (ver en «Apéndice»: tablas 4 y 5).

Luego de analizar esta información se concluyó que los entrevistados/as relacionaban al CI con diferentes tipos de necesidades vinculadas a la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo. Se las podría agrupar en:

- *Necesidades físicas*: de alimentación, aumento de peso, deporte, higiene, vacunación, abrigo y descanso.
- *Necesidad de una familia que brinde contención afectiva*: «estar» con ellos, darles afecto, dialogar.
- *Necesidad de incorporar normas sociales y valores* que orienten la conducta y favorezcan la convivencia en armonía.
- *Necesidad de contar con servicios de salud* para controles médicos y otros, pues el CI incluiría la posibilidad de enfermarse, sentir dolor.
- *Necesidad de Estimulación físico-intelectual*, lo cual abarcaría actividades lúdicas y recreativas desarrolladas tanto en el ámbito familiar como el escolar.
- *Necesidad de aprender a construir* vínculos externos al hogar familiar: con otros parientes no convivientes, con amigos; bajo la supervisión de los padres.
- *Necesidades físicas*: la necesidad de *alimentación* fue la que más mencionaron. Esta creencia, junto a la que destaca *la importancia del aumento de peso*, coincidiría bastante con la definición «científica» del CI, que vincula al

Crecimiento con un aumento del número de células y, a su vez, del tamaño de las mismas; lo cual implica un aumento de tamaño que va teniendo el niño. Como es conocimiento de sentido común que para que ello suceda un niño debe estar bien alimentado, podría decirse que esta creencia que colocaba a la alimentación como principal práctica de cuidado infantil seguramente fue incorporada y fijada en su estructura de sentido a través de los distintos métodos que, según Peirce (1988), se apoyan mutuamente en la realidad: intuición, reflexión, eficacia, tradición. Dándole ello un sentido a sus acciones cotidianas al brindar los elementos de justificación necesarios para que implementen esta práctica de cuidado diariamente.

Si se relaciona lo expuesto en el párrafo anterior con los «Recuerdos...» se encuentra una conexión, pues la mayoría de las madres de los/as entrevistados se ocupaban de su CI prestando especial atención a la alimentación.

La necesidad de hacer *deporte* fue otra de las más señaladas, sobre todo por los padres varones con mayor nivel de instrucción y con hijos varones.

- *Necesidad de una familia que brinde contención afectiva*: fue señalada por 9 entrevistados/as que de niños gozaron de un nivel *muy bueno* de contención.

- *Necesidad de incorporar normas sociales y valores*: fueron los «padres» mayormente quienes la relacionaron al CI, sobre todo aquellos que tenían un nivel de instrucción medio-alto y que en su niñez habían contado con un nivel de contención *muy bueno*. Evidentemente esta creencia debía estar relacionada a su rol paterno. Pues según representaciones sociales fuertemente instauradas en nuestra cultura, en las familias es «el padre» –en general– el encargado de transmitir el respeto por las normas sociales de convivencia.

- *Necesidad de contar con servicios de salud porque el CI incluiría la posibilidad de enfermarse*: aquellos entrevistados/as que en algún momento tuvieron hijos con BP, y además estaban en un NSE *Muy bajo*, tenían una representación social compartida –constituida en creencia– que valoraba positivamente a los servicios de salud públicos como acompañantes del CI de sus hijos. Esto también se podría vincularla recuerdo de su propio CI, ya que ellos también de niños utilizaban los servicios que prestan estas instituciones.

- *Necesidad de Estimulación físico-intelectual*: Fueron 5 padres/madres que relacionaron esta cuestión con el CI. Básicamente fue valorada por los/las que recordaban haber sido estimulados durante su niñez, independientemente de su procedencia, NSE y educativo. O sea que ese recuerdo determinó que ellos desarrollaran actividades de estimulación desde una intención consciente de influir positivamente en el CI de sus hijos.

- *Necesidad de aprender a construir vínculos externos a la familia*: otro tema que estuvo directamente relacionado con sus recuerdos de la infancia.

Las necesidades más ligadas al desarrollo psico-social e intelectual fueron referidas en forma más explícita y en mayor número por los padres. En cambio, la mayoría de las madres relacionaron el CI a prácticas que se corresponden con «tareas reproductivas» (alimentación, higiene, etc.), lo cual es coherente con la centralidad simbólica que tenían las mismas en su vida cotidiana.

En igual proporción padres y madres relacionaron al CI con varias prácticas de cuidado que eran generalmente implementadas por las mujeres del hogar (ej.: alimentación, controles médicos). Con lo cual, si bien los padres no las ejecutaban personalmente, le daban un significado muy importante en relación al CI.

Vinculando toda la información obtenida respecto a sus «Creencias sobre el CI» con la que había surgido en el apartado de «Recuerdos...», surgió que las madres que fueron criadas en hogares con un nivel de contención muy bueno y que tenían nivel educativo medio-alto, en ese orden; llegaron a construir una estructura de sentido que relacionaba el CI no sólo con «tareas reproductivas», sino también con necesidades afectivas y de desarrollo psico-social e intelectual vinculadas al interés de que sus hijos/as pudieran participar en el mundo productivo y público.

IV.5. Creencias respecto a la Malnutrición, el Bajo Peso y la Desnutrición

Una definición científica de «malnutrición» nos dice que la misma implica una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita. Esto puede provocar «Bajo peso» (BP), o sea que el peso corporal y la estatura no sean acordes a la edad. A su vez, el BP es un *indicador* de «desnutrición» (DNT), entendiendo que ello es consecuencia de la falta de ingestión o absorción de nutrientes.

Para conocer las creencias que tenían las madres y padres estudiados sobre estos temas se le consultó al subgrupo que fue entrevistado sobre su percepción acerca de la malnutrición, el BP y la DNT (ver en «Apéndice»: tablas 6 y 7).

En general se animaron más a hablar sobre BP que de DNT o Malnutrición, tal vez porque es un concepto más utilizado por los equipos de salud en los últimos años en la atención cotidiana en los CAPS/CIC.

Respecto a la *malnutrición*, las madres con menor nivel educativo y algún padre dijeron «no saber» de qué se trata, todos ellos con hijos con BP.

Nueve (9) de los 15 entrevistados/as definieron al BP desde una creencia muy cercana a la definición científica, de los cuales la mitad tenía hijos con BP. Otros 5, de perfiles totalmente distintos, creían que tener BP es «estar delgado», incluidas 2 madres con hijos con BP lo consideraron con este término.

Esto último se podría relacionar con el hallazgo de que sólo 4 de las 14 madres encuestadas que tuvieron hijos con BP lo sospechaba antes de ir al médico. Ello estaría en sintonía con los estudios que demuestran que la mayoría de las madres en situación de pobreza no cuentan con herramientas que le permitan saber si su hijo está teniendo un crecimiento adecuado.

Teniendo en cuenta que *la mitad* de los entrevistados/as (sobre todo las madres) no quiso definir a la DNT, pero anteriormente habían manifestado sus creencias sobre el BP relacionándolo con la delgadez o el BP para la edad; se vislumbra que los mismos no percibían al BP como un indicador de DNT. O sea como un indicador de lo que podría predisponer a sus hijos a enfermarse más seguido según varios de ellos mismos así lo entendían. Al no ver esa conexión BP-DNT ellos/as creían que el BP (que no fue relacionado con mayor predisposición a enfermarse) es menos grave que la DNT.

IV.6. Relación entre los mensajes del equipo de salud y las creencias de los padres/madres sobre el CI

La información de este apartado se obtuvo del análisis de las 50 encuestas.

Cuando se les preguntó si *algún miembro de los equipos de salud de los CAPSL es habló sobre «alimentación saludable»* respondieron afirmativamente 27 de ellos, de los cuales 17 eran madres. Esa información le resultó clara, suficiente y útil a 25 madres/padres. Sin embargo, y a pesar de que reconocían que había coincidencia entre esos mensajes y sus propias creencias, un alto número (21) de estos encuestados no llegó a cumplir algunas de las indicaciones médicas. Esto último sucedió por falta de recursos económicos en un poco más de la mitad de estos casos, y por falta de apoyo familiar para implementar ciertos cambios de hábitos alimenticios en el resto.

La mayoría de las que recordaban haber recibido dicha información eran madres que tenían entre 18 y 25 años, que tenían un nivel de instrucción levemente más alto respecto a las que no recordaban haber sido informadas.

Resumiendo, se encontró que no alcanzaba con que los mensajes del equipo de salud sobre alimentación saludable fueran comprendidos y reconocidos como útiles por estas madres; sino que tenían mayor peso el NSE (que llevó a que la mitad de los niños de estos hogares realizaran sus principales comidas fuera del hogar), y las creencias que tenía sobre el tema «toda» la familia, la cual podía acompañar u obstaculizar la implementación de esos mensajes.

En relación a cuántos habían sido informados sobre «la importancia del control periódico del P-T» fueron 14 madres y 10 padres. Teniendo en cuenta que estos mismos eran los que controlaban con mayor periodicidad a sus niños, y que sólo 7 de esos 24 lo hacía mensualmente como una estrategia

para conseguir la leche; se concluye que este mensaje fue incorporado en sus estructuras de sentido teniendo un impacto positivo en las prácticas de cuidado infantil y llevándolos además a tener la creencia de que el aumento de P-T es una de las principales necesidades de un adecuado CI. También podría agregarse que el contar con esta información influyó seguramente en que muchos de ellos se animaron a definir el BP.

Los que tenían menor nivel de instrucción dentro de este sub-grupo fueron los que sostuvieron que «hay que controlarlos cuando lo dice el médico». Este comentario permite observar:

- 1) el médico es visto por estos padres como una persona en quien se confía sin hacer objeciones, porque es quien detenta el saber;
- 2) en su estructura de sentido no estaría incorporada la noción de «prevención» como una práctica de cuidado que pueden implementar por ellos mismos.

Sobre *Enfermedades que afectan el CI* habían sido informados 18 encuestados/as. Los que tenían hijos con alguna patología específica (ej. epilepsia, problemas en los huesos, etc.) y varios de los que tuvieron hijos con BP se mostraron con mejor predisposición a ser receptores de estos mensajes y a recordarlos, sobre todo las madres con mejor nivel de instrucción.

En general los equipos de salud habrían informado más sobre Alimentación saludable y Control P-T que sobre Enfermedades que pueden afectar el CI; abocándose a ello cuando se diagnosticaba alguna enfermedad concreta.

Respecto a la *vacunación*, 31 madres/padres reconocieron que los enfermeros le brindaron información comprensible y útil sobre el tema.

Sobre *Estimulación e Indicadores de buen CI*, sólo 2 madres recordaban que lo hablaron con los médicos y fue porque ellas les preguntaron al respecto.

También se les consultó sobre la *predisposición de los médicos a escuchar y responder dudas*, refiriendo 30 de ellos/as que «siempre» estaban predispuestos. Los 15 que respondieron que ello sucedía «a veces» eran sobre todo aquellos que asistían al CIC y al CAPS de Las Lomas, instituciones que se caracterizaban al momento de hacer estas encuestas por una permanente rotación de los médicos y enfermeros que trabajan allí.

Respecto a la transmisión de mensajes en forma no verbal, los más recordados fueron las carteleras sobre temas ligados al CI que estaban en las salas de espera. En general comprendieron los mensajes, aunque se percibió en sus discursos que valoraban más la comunicación verbal.

Finalmente, *el nivel de impacto que tenían los diferentes mensajes que les transmitían los profesionales de la salud a estos padres/madres estaba relacionado con sus creencias sobre CI y las del resto de la familia, con tener hijos con enfermedades crónicas, con la edad y nivel de instrucción de quien acudía a la consulta, y con el NSE familiar. Resultando a su vez fundamental que existiera mutua predisposición al diálogo, lo cual se visualizó más en algunos CAPS que en otros.*

V. Conclusiones

Dentro de las «prácticas de cuidado infantil» analizadas se destaca que padres y madres de diferentes edades, nivel de instrucción, lugar de procedencia, de NSE Bajo y Muy bajo, creían que «brindar una buena alimentación» es la práctica más importante porque les permite a los niños un adecuado aumento de P-T. Evidentemente la alusión al tema P-T estaba vinculada a: 1) el recuerdo de que sus propias madres estaban pendientes del aumento P-T como símbolo de adecuado CI; y 2) los mensajes que en general recibieron las madres de parte del equipo de salud.

El cambio producido en la estructura de sentido de las entrevistadas, quienes no elegían un tipo de alimentación diferente según tuvieran hijas mujeres o hijos varones (como sí hacían sus progenitoras), se podría interpretar retomando el concepto de que las creencias se van reconfigurando a partir de ponerse en relación con las creencias que van siendo tomadas como referencia en cada época. Entonces, a medida de que en las últimas décadas socio-culturalmente se empezó a aceptar que la mujer tiene iguales derechos que los hombres y que también puede trabajar fuera del hogar, ello impactó en la percepción de su CI y en la distribución de los alimentos al interior de las familias de menos recursos.

Por otro lado, en el discurso de algunas de las madres más jóvenes, de más bajo nivel educativo y peor NSE, se halló la creencia de que ellas no podían cambiar los hábitos alimentarios de sus hijos si no contaban con los recursos económicos necesarios y, además, con el consenso de otros familiares.

La situación descrita en estos últimos párrafos podría interpretarse desde el Modelo Extendido de Cuidados, pues el mismo refiere a que las prácticas de cuidado implementadas por la madre están determinadas por la presencia o ausencia de diferentes tipos de recursos: económicos, de apoyo paterno y familiar, creencias, etc., lo cual coincidió con lo expresado por las entrevistadas respecto a que el tipo de alimentación que brindaban a sus niños está condicionado por múltiples factores.

Analizando la *práctica/estrategia de que los niños coman fuera del hogar*, muchos valoraban positivamente la presencia de los comedores comunitarios o del Estado; pero como algo «naturalizado». Posiblemente esto sucedía porque han vivido siempre en barrios donde funcionan estos comedores desde hace décadas, y por eso los veían como ámbitos que han existido y existirán siempre.

Otra de las prácticas de cuidado analizadas fue el «control pediátrico», concluyéndose que sus creencias sobre la misma estaban relacionadas con el propio recuerdo y la opinión compartida de que siempre existe la posibilidad de enfermarse durante la niñez. Un número importante de los padres/madres en situación más vulnerable referían, además, que debe realizarse el control pediátrico porque el mismo condensa dos representaciones sociales/creencias con las cuales acordaban:

- el médico se lo ha indicado y «el saber médico es incuestionable»;
- les permitía acceder a recursos que necesitaban (leche) y «que les corresponde» por tener hijos con BP y NSE Bajo. De hecho, cuando en el CAPS les han referido que estaba retrasada la entrega de la leche, las madres reiteraron su pedido a la brevedad por entender que este recurso que afecta su *conducta de madre* (Modelo extendido de cuidados) «les corresponde».

En las familias de más bajos recursos económicos y educativos la resolución de problemas cotidianos que se podrían incluir entre los «determinantes sociales de la salud», como el trabajo y la alimentación, opacaban la percepción del BP. El mismo no significaba para esta población un «problema de salud» sino una cuestión menor que requiere seguimiento médico, pues lo fundamental (y retomando los recuerdos de su infancia) es que pudieran en el día a día «hacer las mismas cosas que los otros chicos».

En relación al tema «vacunación», la mayoría percibía esta práctica como un beneficio directo para la salud y que *es casi tan importante como garantizar la alimentación porque sirve para «prevenir»*. Esta percepción estaría basada en distintas experiencias personales, algunas más ligadas al mundo afectivo y otras a la capacidad de raciocinio (mensajes del equipo de salud).

Llegados a este punto habría que resaltar que tanto madres como padres veían las prácticas hasta acá mencionadas como prioritarias para un adecuado CI y también coincidían en que era el rol materno el principal encargado de implementarlas.

Respecto a la *promoción del «deporte»*, la consideración de los padres varones sobre este tema estuvo teñida culturalmente por la mirada de género, pues los mismos le otorgaban un valor simbólico a esta práctica (básicamente al fútbol) ligándolo a la masculinidad. En cambio, las 2 madres que la relacionaron al CI fueron quienes, además de contar durante su niñez con apoyo

familiar para practicar fútbol, encontraron en su barrio un club accesible. Vemos en este ejemplo como la interacción Familia-recursos de la Comunidad redonda en un beneficio para la Salud de sus miembros (enfoque de SFC), influyendo a su vez en el significado que ellas le dan hoy a esa práctica como de «cuidado».

Sobre las «*prácticas de estimulación y ayuda en las tareas*», sólo los entrevistados que durante su infancia fueron estimulados y tuvieron adecuada contención afectiva vincularon estas prácticas con el CI y son los que trataban de implementarlas ellos mismos. Habría que destacar que esto se vio en las familias con menor cantidad de hijos, y que el género del progenitor condicionaba la elección del tipo de actividades de estimulación.

En relación a «*transmitir normas sociales y valores*» fue otra práctica de cuidado relacionada con el devenir del CI, sobre todo por los «padres». Por ello se deduce que esta creencia estaría socialmente vinculada al rol paterno. Vemos entonces como muchos de estos padres cumplían un rol fundamental en el proceso de socialización de sus hijos siendo conscientes de ello.

Durante el estudio de los diversos factores que habrían influido en estas creencias, se encontró que el *nivel educativo* las condicionó en gran medida, determinando la realización o ausencia de ciertas prácticas de cuidado y el significado otorgado a estas acciones. Sin embargo, el nivel educativo no resultó ser el factor «fundamental». Las vivencias personales y familiares positivas, tanto pasadas como actuales, tuvieron un mayor impacto en todas sus creencias y prácticas vinculadas al CI.

En relación al impacto que tenían los mensajes transmitidos por los profesionales de la salud, para las entrevistadas/os en mayor situación de vulnerabilidad aquellas prácticas de cuidado prescriptas por los equipos de salud que eran implementadas dentro de los CAPS (vacunación, control P-T) tenían alta adherencia en comparación con otras que debían hacerse fuera de las instituciones (ej. alimentación saludable); más allá de la posibilidad de comprensión y de la mutua predisposición para el diálogo. O sea que esas madres/padres acordaban con realizar ciertas prácticas (aunque no todas/os las comprendían en profundidad) por el lugar que ocupaban en el imaginario social el saber médico y el CAPS; y además –algunas/os– por la necesidad de recurrir a ciertas estrategias de supervivencia.

La falta de recursos económicos, y ciertas creencias y hábitos alimentarios *de todo el grupo familiar*, los cuales no siempre eran contemplados durante la consulta determinaron las prácticas posteriores en el hogar. Ello se podría relacionar con lo que dicen Álvarez *et al.* (2008), respecto a que el conocimiento de las normas y valores sociales y culturales de los pacientes es esencial en

la construcción de la alianza terapéutica. Esta última garantiza la adhesión de los pacientes y sus familias al seguimiento y tratamiento.

Por otro lado, se halló que en general cuando los profesionales detectaban alguna patología que podía afectar gravemente el CI afinaban sus estrategias comunicativas utilizando un lenguaje acorde a la posibilidad de comprensión de estas madres. Esa actitud terminó empoderando a las madres en cuestión, pues sentían que comprendían cabalmente la situación y entonces podían hacer el tratamiento de forma adecuada para beneficio de sus hijos.

Finalmente, los mensajes sobre CI que fueron transmitidos por los equipos de la salud tuvieron mayor impacto en los adultos responsables cuando el NSE familiar y el clima educativo del hogar lo permitían, cuando las creencias maternas y familiares sobre el CI acordaban y aceptaban dichos mensajes, y cuando había mutua predisposición al diálogo.

Referencias Bibliográficas

- ÁLVAREZ F., Fortin S. y Bibeau Y. (2008). La práctica pediátrica en un medio cultural plural: una experiencia en curso, en *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106 (3): 236-241.
- BONFÁ, A., Smith, M. (2014). A paternidade e a maternidade sob o olhar de jovens de classe média e baixa: um estudo em representações sociais. *Revista Colombiana de Psicología*, vol.23, n.º 2, pp. 311-324. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (Espírito Santo), Brasil.
- BRONFFENBRENNER, U. (1997). *Ecología del Desarrollo Humano*. Buenos Aires: Edit. Paidós.
- DÍAZ P. (2000). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. *Rev. Chilena Pediatría*, 71 (4): 316-320, ISSN 0370-4106.
- FERNÁNDEZ M. (2006). *Creencia y sentido en las Ciencias Sociales*. En comunicación efectuada en la sesión privada extraordinaria de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, agosto 2006.
- FISHBEIN, M. Ajzen (1975), citados en Perlman D. y Cosby P. (1985). *Psicología social*. México: Edit. Interamericana.
- JHORIMA V. (2003). Estilos de crianza, estilos educativos y socialización: ¿fuentes de bienestar psicológico? *Rev. Acción Pedagógica*, 12 (1): 48-55. Venezuela: Univ. de los Andes.
- LARA-GARCÍA, Flores-Peña, Alatorre-Esquivel, Sosa-Briones y Cerda-Flores (2011). Percepción materna del sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, México. *Salud Pública de México*, 53 (3), 258-263.
- PEIRCE C. (1998). La fijación de las creencias. En: Peirce C. *El Hombre, un signo*. Barcelona: Edit. Crítica (pp: 175-199).
- RODRIGO A., Ortale S., Sanjurjo A., Vojkovic M. y Piovani J. (2006). Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104 (3): 203-209.

- RODRÍGUEZ, F.M.; Santos C.Q.; Talani, J.O. y Tobar, M.F.R. (2014). Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 9 (9), 77-87.
- SABINO C. (2007). *El proceso de investigación*. Buenos Aires: Edit. Lumen/ Humanitas.
- SACCHI M., Hausberger M., Pereyra A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Rev. Salud colectiva*, 3 (3): 271-283.
- SAMAJA J. (2004). El análisis del proceso de investigación. En: Samaja J. *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: EUDEBA, pp. 203-265.
- SHAMAH LEVY T., Niño Martínez C. y Pérez Lizaur A. (2005). Capacitación en educación Alimentaria y Nutrición al Personal y Familias beneficiarias del Prog. de Apoyo Alimentario - Informe de Evaluación. FAO/ SEDESOL/DICONSA, México.
- SOLÍS-CÁMARA RESÉNDIZ P., Díaz Romero M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Revista Anales de psicología*, 23 (2): 177-184.
- STAFFOLANI C. (2002). *Prácticas y representaciones sociales*. Buenos Aires: EUDEBA.
- UMAÑA S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127: 12-46. Costa Rica: FLACSO. ISSN: 1409-3677.
- VIZCARRA BORDI I. (2008). Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos* vol. 21, núm. 57, mayo-agosto. Distrito Federal México Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, pp. 141-170- ISSN 0187-5795

Apéndice

Tabla 1. Recuerdos del propio crecimiento infantil de las madres

Madres	Persona/s que se ocuparon de su crianza	Persona/s que estimulaban	Percepción materna y paterna de su CI	Percepción propia de su CI	Nivel de contención familiar
M 1	Madre, y en menor medida el padre	Madre	Madre: percibía que su CI era normal, aunque estaba pendiente de su alimentación porque la veía pequeña, y la llevaba al médico por el asma. Padre: no demostraba interés en el asunto.	«Hasta los 8 años vivía con asma... Siempre fui la más petisa, pero no me preocupaba; de peso estaba bien. Jugaba al fútbol».	Muy Bueno
M 2	Madre, y en menor medida el padre	Madre, y en menor medida el padre	Madre percibía que su CI era normal, pero la obligaba a comer porque la veía delgada. Padre: percibía que su CI era normal, se ocupaba en inculcarle hábitos y disciplina; se fijaba mucho quiénes eran sus amigos.	«tenía enfermedades comunes, en general era sana».	Muy Bueno
M 3	Madre, y en menor medida el padre	No tuvo	Madre adolescente con muy bajo nivel de instrucción: percibía que su CI era normal. Padre: la veía «normal», demostrando poco interés en el asunto.	«Cuando era chica estaba anémica, me cansaba mucho cuando jugaba. Pero no me enfermaba seguido. Era petisa y gorda, un “tapón”, comía de todo».	Bueno
M 4	Hasta los 6 años: tías, abuelo y padre. Luego la madre	Hasta los 6 años: tías y abuelo	Tías y abuelo percibían que su CI era normal. Padre: no demostraba interés en el asunto. Luego, la madre la veía normal su crecimiento físico, pero la empieza a llevar a terapia.	Físicamente era sana, pero tuvo problemas para adaptarse a estar con la madre cuando le tocó convivir con ella.	Muy Bueno hasta los 6 años
M 5	Abuelos maternos y madre	Abuelo	Abuelos: percibían que su CI era normal, la atendían en lo básico, ejemplo alimentación. Madre: la veía normal, se ocupaba de sus hijos cuando enfermaban (trabajaba fuera del hogar todo el día).	«Era de contextura normal y no me enfermaba seguido.»	Bueno

La tabla continúa en página siguiente →

M 6	Hermana mayor, y en menor medida la madre	Hermana mayor	Hermana: percibía que su CI era normal, se ocupaba muy bien de ella. Madre: la veía normal, trabajaba muchas horas fuera del hogar. Padre: no se fijaba en el CI de sus hijos. Alcohólico, casi nunca estaba en el hogar.	«no me enfermaba seguido, tenía peso normal, en general me llevaba bien con mi cuerpo. Me gustaba jugar al fútbol.»	Bueno
M 7	Madre adolescente, y en menor medida el padre	Madre, pero muy poco	Madre adolescente con bajo nivel de instrucción: la veía normal a pesar del sobrepeso que tenía, la llevaba cada tanto al control médico y no se ocupaba de la calidad de alimentos que ingería María. Padre: no se mostraba interesado su CI. Trabajaba muchas horas y la veía poco.	«De chica me la pasaba acostada o sentada; empecé a caminar a los 5 años luego de la operación... A los 8 me enfermé de leucemia ...aparte de esos problemas, no me enfermaba seguido».	Bueno
M 8	Madre, y en menor medida el padre	No tuvo	Madre analfabeta: no se mostraba interesada por el CI de sus hijos, los llevaba al médico cuando tenían algo grave Padre: no se fijaba en el CI de sus hijos. Alcohólico.	«Era sana, no me enfermaba seguido».	Regular

Tabla 2. Recuerdos del propio crecimiento infantil de los padres

Padres	Persona/s que se ocuparon de su crianza	Persona/s que estimulaban	Percepción materna y paterna de su CI	Percepción propia de su CI	Nivel de contención familiar
P 1	Hermanos mayores y vecina	Hermanos mayores	Hermanos y vecina «veían que mi CI era normal».	«Siempre fui de buenas defensas, era raro que me enferme. Era flaco, pero no desnutrido.»	Regular
P 2	Madre y padre	Madre y padre	Madre: preocupada porque era muy pequeño y delgado Padre: lo veía normal, le interesaba que practique fútbol.	«A mí no me importaba ser el más flaco y petiso de mis hermanos, andaba para todos lados...»	Muy Bueno

La tabla continúa en página siguiente →

P 3	Madre, padre y abuelos maternos	Madre y padre	Madre: lo veía delgado, pero no le preocupaba. Hacía hincapié en hábitos preventivos. Padre: lo veía normal, le interesaba que practique fútbol.	«era normal»	Muy Bueno
P 4	Madre, y en menor medida el padre	Madre	Madre: «obsesionada porque era muy delgado». Padre: preocupado por su delgadez, cuando R. tenía 11 años se ocupa de que empiece deportes.	«era sano, no me preocupaba ser delgado... me faltó estimulación física, debería haber hecho deporte de chico»	Bueno
P 5	Madrastra, y en menor medida el padre	Hermanos mayores	Madrastra: percibía que su CI era normal, lo atendía en lo básico. Padre: percibía que su CI era normal, no demostraba interés en el asunto.	«era sano, alguna fiebre, lo normal»	Regular
P 6	Madre, y en menor medida el padre	Madre y padre	Madre: percibía que su CI era normal, le interesaba más que nada que esté bien alimentado. Padre: percibía que su CI era normal, no demostraba interés en el asunto.	«no me enfermaba seguido, era delgado, todos los hermanos éramos saludables»	Bueno
P 7	Madre y padre	Padre	Madre: percibía que su CI era normal, se ocupaba adecuadamente de su alimentación y estado de salud en general. Padre: lo veía normal, le interesaba que tuviera amistades y haga deportes.	«era sano, hacía fútbol. Tenía una contextura normal»	Muy Bueno

Tabla 3. Organización familiar actual: Prácticas de cuidado infantil

Madres	Cuida a los hijos durante el día	Ayuda en las tareas escolares	Lleva a los niños al médico	Estimula a los hijos
M 1 – 23 años Procedencia C del U Estudios universitarios NSE Medio	Madre, padre y abuelas	Padre	Madre, y a veces acompaña padre o abuela	Madre y padre
M 2 – 35 años Procedencia Zona Rural Secundario incompleto NSE Bajo	Madre	Madre	Madre	Madre y padre
M 3 - 27 años Procedencia C del U Primaria completa NSE Bajo Mara no tiene pareja	Madre	***	Madre	Madre, aunque reconoce que le dedica poco tiempo
M 4 – 40 años Procedencia C del U Estudios universitarios NSE Bajo Mariel no tiene pareja	Madre, y a veces abuela	***	Madre	Madre
M 5 – 30 años Procedencia C del U Primaria completa NSE Bajo	Madre y hermana mayor	Padre	Madre	Padre, hermana mayor y a veces madre
M 6- 29 años Procedencia C del U Primaria completa NSE Bajo	Madre	Nadie	Madre	Madre, padre y hermana mayor
M 7– 34 años Procedencia Zona Rural Primaria incompleto NSE Bajo	Madre, y a veces abuela	Padre	Madre	Madre y hermana mayor, aunque reconoce que le dedica poco tiempo
M 8- 30 años Procedencia C del U Analfabeta NSE Muy Bajo	Madre, y a veces abuela	Tía materna	Madre	Tía materna, y a veces padre
Padres	Cuida a los hijos durante el día	Ayuda en las tareas escolares	Lleva a los niños al médico	Estimula a los hijos
P 1- 37 años Procedencia País Uruguay Primaria completa NSE Muy Bajo	Madre	Madre, y a veces el padre	Madre	Madre y padre
P 2- 31 años Procedencia C. del Uruguay Primaria completa NSE Medio	Madre y abuela	***	Madre, y a veces el padre	Madre y padre

La tabla continúa en página siguiente →

P 3- 23 años Procedencia C. del Uruguay Secundaria incompleta NSE Medio	Madre y padre	Padre	Madre, y a veces el padre	Madre y padre
P 4- 27 años Procedencia C. del Uruguay Secundaria incompleta NSE Alto	Madre	Madre	Madre	Madre y padre
P 5- 33 años Procedencia C. del Uruguay Secundaria incompleta NSE Bajo	Madre y padre	Madre, y a veces el padre	Madre, y a veces el padre	Madre, y a veces el padre
P 6- 46 años Procedencia Zona Rural Primaria incompleta NSE Muy Bajo	Madre	***	Madre	Padre, y a veces la madre
P 7- 34 años Procedencia C. del Uruguay Secundaria incompleta NSE Medio	Madre y padre	Madre y padre	Madre, y a veces el padre	Madre, padre y hermana mayor

***familias que no tienen niños en edad escolar, por lo tanto no tienen tareas para el hogar.

Tabla 4. Creencias sobre el Crecimiento Infantil de las madres

Madres	Relaciona al C I con...	Indicadores de un buen C I	Acciones que contribuyen al C I
M 1	«compartir juegos, leerles cuentos, tratar de estar juntos, sacarlos a pasear y a visitar otros familiares.»	aumento de P-T, observar si se enferma seguido, ver si está decaída de ánimo, cómo se expresa.	vacunación alimentación control médico ayuda social, y estar pendiente de la educación, comunicarnos con la maestra.
M 2	«la alimentación, hacer deporte, estar al aire libre, salir toda la familia a pasear... la educación que dan los padres, ver qué miran en la computadora, fijarme en los amigos que va teniendo.»	aumento de P-T y si tiene apetito.	vacunación control médico alimentación ayuda social, considera que las 4 son igual de importantes; y agrega : «estar con ellos, acompañarlos».
M 3 No tiene pareja	«la estimulación del cuerpo».	aumento de P-T y si se enferma seguido.	control médico vacunación alimentación ayuda social «que no les falte la leche es lo principal».
M 4 No tiene pareja	«una buena alimentación, la higiene, poder hacerle controles médicos y la conducta, enseñarle a no hacer berrinches... estar en armonía familiar.»	observar si se enferma seguido, si tiene apetito («lo hablé con el médico»).	vacunación, alimentación y control médico tienen igual importancia, luego viene la ayuda social.

La tabla continúa en página siguiente →

M 5	«la alimentación, vacunas, higiene, que tomen agua no contaminada y suban bien de peso».	aumento de P-T.	alimentación, vacunación, control médico, ayuda social.
M 6	«alimentación, criarlos con amor, ayudarlos a que crezcan sanos y fuertes, mandarlos al Jardín».	que tengan las vacunas, aumento de peso, si se enferma seguido, si tiene apetito.	control médico, alimentación, vacunación, ayuda social.
M 7	«ver todos los días si les duele algo, si están bien, si necesitan algo».	aumento de P-T, si tienen apetito (lo cual se fija su marido), si se enferman seguido.	vacunación, control médico, alimentación, ayuda social.
M 8	«enfermarse cada tanto, y entonces hay que llevarlos al médico».	aumento de peso y si tiene apetito.	vacunación, alimentación, control médico ayuda social.

Tabla 5. Creencias sobre el Crecimiento Infantil de los padres

Padres	Relaciona al C I con...	Indicadores de un buen C I	Acciones que contribuyen al C I
P 1	«la conducta y la educación, respetar horarios, una buena alimentación, cuidados de salud, control médico».	«El estado de ánimo, que no tenga dolores.»	alimentación, ayuda social, vacunación, control médico.
P 2	«estar todos juntos, que la nena nos vea bien. Jugar con ella, alimentarla bien».	«El aumento de peso y estatura, si se enferma seguido.»	alimentación, control médico, vacunación, ayuda social.
P 3	«la alimentación, comer a horario. La educación, en la escuela y en la casa. Hablar mucho con ellos para ver cómo se sienten, sus dudas... que hagan deporte».	«el aumento de P-T, si tiene apetito, si se enferma seguido.»	alimentación, vacunación, control médico, ayuda social, higiene.
P 4	«la alimentación y el ejercicio físico, cuidar la conducta».	«si se enferma seguido, si tiene apetito, el aumento de peso y estura le parece relativo.»	vacunación, alimentación, control médico, actividad física, ayuda social.
P 5	«que no miren mucha televisión, que salgan a pasear, jugar, vincularse con la familia, los valores, darles mucho amor, ...que tengan una buena alimentación, duerman lo necesario».	«si tiene apetito, aumento de P-T.»	vacunación, alimentación, control médico, ayuda social.
P 6	«la alimentación y la atención médica frente a una enfermedad».	«aumento de P-T.»	vacunación, alimentación, control médico, ayuda social.
P 7	«la alimentación, estar abrigados, hacer deportes, lo que además es bueno porque aprenden reglas y a la vez hacen amigos...hablar con ellos».	«el aumento de P-T.»	alimentación, vacunación, control médico, ayuda social, «contar con un buen hogar, que no anden los chicos solos por la calle».

Tabla 6. Creencias de las madres respecto a la Malnutrición, el BP y la Desnutrición

Madres	Creencias sobre la Malnutrición	Creencias respecto al BP	Creencias sobre la DNT
M 1	No comer suficiente cantidad de alimentos.	«Estar muy delgado, estar mal alimentado».	«estar BP para la edad y estatura, sería más grave que la malnutrición.»
M 2	Comer comida chatarra, golosinas.	estar BP para la edad, «Puede ser por alguna enfermedad, por parásitos».	«estar muy delgado, e influiría en enfermarse más seguido.»
M 3	No sabe.	«estar BP para la edad y la estatura».	«cuando no está bien alimentado, cuando no le dan de comer.»
M 4	No estar bien alimentado. Tendrían que comer de todo: carne, verdura, fruta.	«que le falten nutrientes en el organismo, sería por la alimentación».	Recuerda que en el CAPS le hablaron del tema, pero prefiere no responder por temor a equivocarse. Sin embargo, opina que por lo que ella ve en su barrio los chicos con DNT no se enferman más seguido que otros.
M 5	No sabe.	«Estar muy delgado.» Relata varias estrategias para tratar el BP que debió implementar con su hijo.	Prefiere no responder. Sin embargo, dice que los chicos con DNT no se enferman más seguido que otros.
M 6	«No estar bien alimentado. Hay que darles de todo.»	«Consecuencia de una mala alimentación de la madre durante el embarazo. Le habría pasado a ella.»	Prefiere no responder. Sin embargo, opina que los chicos con DNT cuando son más chiquitos se enferman más seguidos que otros.
M 7	«No estar bien alimentado», lo vio en cartel del CIC.	«Estar muy delgado».	Prefiere no responder por temor a equivocarse. Sin embargo, opina que los chicos con DNT se enferman más seguido que otros.
M 8	No sabe.	«Estar BP para la edad».	Prefiere no responder. Sin embargo, opina que los chicos con DNT no se enferman más seguido que otros.

Tabla 7. Creencias de los padres respecto a la Malnutrición, el BP y la Desnutrición

Padres	Creencias sobre la Malnutrición	Creencias respecto al BP	Creencias sobre la DNT
P 1	No estar bien alimentado.	«relacionado a la falta de alimentación y cuidado, o sea de atención de los padres.»	«tener bajo peso de acuerdo a la estatura...los chicos DNT se enferman más seguido según lo que veo en el barrio.»
P 2	No ingerir suficiente cantidad y variedad de alimentos.	«Estar muy delgado...pero por lo que veo en mi barrio eso no implica que se vaya a enfermar más seguido.»	«No sé bien de qué se trata...»

La tabla continúa en página siguiente →

P 3	No estar bien alimentado.	«estar bajo de peso para la edad y estatura que tiene. Estos chicos se enferman más seguido».	«falta de alimentación, por no comer todos los días. Les trae otros problemas de salud».
P 4	No sabe.	«estar bajo de peso para la estatura», pero no le preocupa mientras no se enferme.	«no sé»... aunque considera que «por lógica» los niños desnutridos tendrían tendencia a enfermarse seguido.
P 5	No ingerir suficiente cantidad y variedad de alimentos.	«estar bajo de peso para la edad y estatura».	«estar muy delgado, por falta de alimentación».
P 6	No estar bien alimentado.	«tener poco peso para la edad».	«tener poco peso para la edad».
P 7	No estar bien alimentado.	«estar muy delgado como consecuencia de una enfermedad o de no comer bien».	«tener bajo peso para la edad».