

**EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA RED DE APOYO FAMILIAR
Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMEDADES
PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)**

**ESTUDIO EN LA ESE METROSALUD, CORREGIMIENTO DE
SAN CRISTÓBAL MEDELLÍN-COLOMBIA 2014**

JOHN MARIO MARÍN PALACIO

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA
MEDELLÍN
2015**

**EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL
DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE
ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA
INFANCIA (AIEPI)**

**ESTUDIO EN LA ESE METROSALUD, CORREGIMIENTO DE SAN
CRISTÓBAL MEDELLÍN-COLOMBIA 2014**

JOHN MARIO MARÍN PALACIO

**Trabajo de grado para optar al título de Magister en Terapia Familiar
Sistémica**

**Asesora
BÁRBARA ZAPATA CADAVID
Terapeuta Sistémica
Magíster en Intervención en Sistemas Humanos**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA
MEDELLÍN
2015**

Medellín, 30 de abril de 2015

Yo, **JOHN MARIO MARÍN PALACIO**

“Declaro que esta tesis (o trabajo de grado) no ha sido presentada para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en ésta o cualquier otra universidad” Art. 82 Régimen Discente de Formación Avanzada.


Firma

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
2. OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo general	16
2.2. Objetivos específicos	16
3. METODOLOGÍA	17
3.1. Perspectiva metodológica	17
3.2. Producción de la información	20
3.3. Categorías de análisis	25
3.3.1. Categoría 1	26
3.3.2. Categoría 2	26
3.3.3. Categoría 3	26
3.4. Confidencialidad con los participantes	27
3.5. Consentimiento informado	27
4. REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES	28
4.1. El cuidado	36
4.1.1. Formas de cuidado	43

	pág.
4.1.2. El cuidado y las redes de apoyo familiar y comunitario	48
4.1.3. Antecedentes históricos del cuidado en Colombia	59
4.2. Contexto geográfico	63
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	66
5.1. Cómo se construyen los resultados de la investigación	66
5.2. Caracterización de las condiciones de salud de los niños y niñas en sus condiciones físicas y psicológicas	80
5.3. Redes de apoyo familiar y social en el cuidado de los niños y niñas	83
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	99

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Antecedentes investigativos	99
Anexo 2. Consentimiento informado	101
Anexo 3. Recomendaciones y retroalimentación positiva respecto del cuidado de la salud como pautas de crianza para la red de apoyo	102
Anexo 4. Taller reflexivo	104

RESUMEN

Plantear la relación entre el Cuidado de la salud y las redes de Apoyo Familiar y Social se ha vuelto cada vez mas importante y necesario debido, entre otros factores, al imperioso desarrollo tecnológico, la industrialización, la globalización, además de diversos problemas sociales, culturales y de índole personal asociados, lo cual nos ha llevado a ser seres laboralmente más activos lo que demanda un requerimiento de mayor masa laboral, que ha hecho a su vez que los padres y madres cabeza de familia abandonen a sus hijos temporalmente, mientras éstos permanecen con su familiares o su Red de Apoyo Social. Teniendo presente este contexto general, al cual no escapan las comunidades que habitan la ciudad de Medellín, se ha evidenciado durante la consulta médica de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en la Unidad de San Cristóbal de la Empresa Social del Estado (ESE) METROSALUD de Medellín, en cuyo marco se atiende una población infantil entre los 0-5 años, algunos trastornos en su desarrollo biológico luego de un adecuado examen clínico. Algunos de los trastornos que se podrían citar son: bajo peso para la edad, bajo peso para la talla, desnutrición, problemas dentarios, precaria higiene, maltrato físico y verbal, algunos de los cuales aunque relativamente comunes en este grupo de edad, llama la atención por su frecuencia y cronicidad. Esto me ha sensibilizado de tal manera que me motiva a realizar una exploración sobre las condiciones en las que ocurre el cuidado, los apoyos con los que cuentan quienes se dedican a esta actividad y la valoración que hacen sobre dichos apoyos, teniendo en cuenta las Redes Familiares y Sociales como el contexto habitual en el que se desarrolla el crecimiento y convivencia de los niños y las niñas que se atienden en el Hospital.

Este trabajo de investigación tiene como objeto los niños y niñas de este grupo poblacional y sus redes por la pertinencia en la consulta médica

de AIEPI ya que además podría contribuir mediante esta exploración, a ampliar el repertorio de ideas, recursos y herramientas de vigilancia y control de las que dispone la medicina actual en nuestra ciudad.

Se espera también que esta investigación sirva de ayuda y referente para producir información confiable acerca de la relación entre la disposición del Cuidado de la Salud de los niños y niñas y las Redes de Apoyo Familiar y Social. Numerosos estudios versan sobre el Cuidado de la Salud¹ y otros sobre las Redes de Apoyo Social, sin embargo, la relación entre estos dos asuntos ha sido poco explorada en el contexto de la Medicina y la Salud en general, así como en el contexto particular de Medellín. La perspectiva sistémica ofrece una oportunidad privilegiada para plantear esta relación, por su interés, y focalización en los aspectos vinculares entre las entidades que se observan.

Palabras clave: Niños, Niñas, Cuidado de la Salud, Red de Apoyo Familiar y Social, Estrategia AIEPI, Hospital de San Cristóbal, Medellín, Colombia.

¹ Por ejemplo: Masanet, E. y La Parra, D. En: La relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de las salud mental de las personas cuidadoras. Donde establece una comparación sobre el estado de salud mental de los cuidadores de acuerdo a su género con personas con discapacidad, adultos mayores dependientes y niños.

Rodriguez,Ibarra,A.Cuidado Temprano para la Infancia en Hogares Sustitutos: estudio Descriptivo en Bogotá, sobre el cuidado que proveen los Hogares Sustitutos, afectado por el número de niños y niñas y la situación de discapacidad o enfermedad que puedan presentar. Oates, J. (2007a). La separación y los niños pequeños. Publicación seriada que presenta reseñas de investigaciones sobre temáticas políticas como el fortalecimiento del ambiente del cuidado, transiciones positivas e inclusión social y respeto de la diversidad.

Pinilla Néstor (1999), Premisas Históricas de la Creación del Instituto Colombiano de Bienestar familiar.Sluzki, Carlos (1996). La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Red social personal, los familiares, amigos, los seres que nos rodean, el modelo de la Red social, características estructurales, funciones de la Red, como la Red social afecta la Salud del individuo y viceversa, la Red social en la vejez, Red, Familia y Narrativa. Se mencionan en este aparte entre otros, citados en Anexo 1.

ABSTRACT

Ask the relationship between health care, Family Support Network and Social has become increasingly more important and necessary due to compelling technological development, industrialization, globalization, as well as various social, cultural issues and personal nature associated, which has led us to be more occupationally active beings thus producing a greater labor force requirement, which has made parents breadwinner temporarily leave their children while they remain with your family or your Social Support Network. With this issue has it shown during the medical consultation of Integrated Care strategy Prevalent Childhood Illness (IMCI), the Unity St. Christopher the State Social Enterprise (ESE) METROSALUD Medellin, where a population attends children between 0-5 years, some disorders in their biological development after a proper clinical examination within which one might cite: low weight for age, low weight for height, malnutrition, dental problems, poor hygiene, physical abuse and verbal. This has sensitized me so that motivates me to make an exploration of the conditions under which care occurs, props to those who have engaged in this activity and the assessment made on such support, given the Networks families and Social as the usual context in which the growth and coexistence of the children who receive services at the Hospital develops.

I focus on children of this age group and their networks relevance in medical practice AIEPI as well as it could contribute through this exploration, to expand the repertoire of ideas, resources and tools for monitoring and control available modern medicine in our city.

It is also expected that this study helps and serve as a reference to

produce reliable information about the relationship between the provision of Health Care for Children and Family Networks and Social Support. Numerous studies deal with the Health Care² and others on Social Support Networks, however, the relationship between these two issues has been little explored in the context of medicine and health in general and in the particular context of Medellín. The systemic perspective offers a unique opportunity to raise this ratio for their interest, and focus on the relational aspects among the entities that are observed.

Keywords: Childrens, Family, Social Support, Heath Care, AIEPI Strategy, San Cristóbal Hospital, Medellin, Colombia.

² For example: Massanet, E. and La Parra, D. The relationship between the number of hours of informal care and the state of mental health of caregivers. Which makes a comparison on the mental health of caregivers according to its kind to people with disabilities and elderly dependents.

Rodriguez, Ibarra, A. Care Early for Children in Foster Care: Descriptive study in Bogotá, about the care they provide Substitutes Households affected by the number of children and the situation of disability or illness that may arise. Oates, J. (2007a). Separation and young children. Serial featuring reviews of research on political issues such as strengthening the care environment, positive transitions and social inclusion and respect for diversity.

Pinilla Nestor (1999), Historical Assumptions Creation of the Colombian Institute of Welfare familiar. Sluzki, Carlos (1996). The Social Network: Border Systemic Practice. Personal social network, family, friends, loved around us, the social network model, structural features, functions of the network, such as social network affects the health of the individual and vice versa, the social network in old age, Red Family and Narrative. Mentioned in this apart from others, cited in Annex 1.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo nace de la inquietud en la consulta médica de AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia), sobre la posible relación entre el cuidado de la salud y la red de apoyo familiar y social de los niños y niñas que asisten a la consulta en la Unidad Hospitalaria del Corregimiento de San Cristóbal ESE METROSALUD, ya que se ha evidenciado en algunos miembros de la población infantil ciertas alteraciones en su desarrollo, lo cual genera cuestionamientos sobre el cuidado que deben asumir o asumen los cuidadores que los tienen a su cargo y las posibilidades de generar en esos entornos, nuevos aprendizajes y recursos que constituyan una fuente de protección de los derechos de los niños y niñas. Es ésta entonces, la principal razón que motiva la realización de esta investigación, que se considera pertinente ya que los derechos de los niños y niñas que de hecho posiblemente estén siendo vulnerados, también deben ser protegidos, para lo cual es preciso hacer todo lo mejor por parte de quienes tienen en sus manos parte de la solución a esta problemática social, entre otros, las y los profesionales de la salud. La investigación social nos aproxima a identificar la efectividad de las redes de apoyo para los niños y niñas y sus familias.

El presente texto está organizado en capítulos, el primero presenta el tema de investigación y procura mostrar la manera cómo se delimitó y planteó el problema hasta precisar una pregunta de investigación, el segundo presenta los objetivos del estudio, el tercer capítulo explicita la metodología, producción de la información, categoría de análisis. En el cuarto, se desarrollan los referentes teóricos y conceptuales, es decir, que el apartado aborda los tópicos que se consideran fundamentales, según el problema de

investigación y la teoría que orienta su acometida, el quinto se refiere a la producción de la información y el sexto conclusiones y recomendaciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Durante la consulta médica de la estrategia AIEPI en la Unidad de San Cristóbal de la ESE METROSALUD de Medellín, se atiende la población infantil entre los 0-5 años, los cuales son llevados por sus cuidadores (padres, integrantes de la familia extensa y de la red de apoyo familiar y social), y en este contexto se han podido evidenciar algunos trastornos en su desarrollo biológico a los que se ha hecho alusión en el anterior resumen. Esto me ha sensibilizado de tal manera que me motivo realizar una exploración sobre las condiciones en las que ocurre el cuidado, los apoyos con los que cuentan quienes se dedican a esta actividad y la valoración que hacen sobre dichos apoyos, teniendo en cuenta las redes familiares y sociales como el contexto habitual en el que se desarrolla el crecimiento y convivencia de los niños y las niñas que se atienden en el Hospital.

La estrategia AIEPI fue creada en 1993 y adoptada por Colombia en 1998, desde entonces ha venido evolucionando en una adaptación continua en forma y contenido. En las Américas, la estrategia busca una reducción de la mortalidad infantil en dos terceras partes. Consta de 3 componentes: clínico, comunitario y organizacional, cada componente busca intervenir en forma prioritaria las enfermedades prevalentes en menores de 5 años, con el fin de disminuir la mortalidad. Busca como objetivos específicos: mejorar las habilidades del personal de salud para brindar una atención de calidad. Mejorar los sistemas y servicios de salud, proporcionar las condiciones que permitan atender de manera integral e integrada a los usuarios. Mejorar las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado de la familia, la madre, el

recién nacido y los niños y niñas menores de 5 años.

Es por esto que la presente investigación se enmarca en esta estrategia, pues la misma, si bien está regulada nacional e internacionalmente, ofrece un contexto privilegiado para desarrollar alternativas orientadas al bienestar de los niños, niñas y las comunidades en las que crecen y con las que conviven.

El marco normativo para la sustentación de la estrategia AIEPI, en Colombia incluye, entre otras, el Decreto 3039 de 2007 (Plan Nacional de Salud Pública), la ley 1450 de 2010 y la ley 1438 de 2011, desde donde se sustentan intervenciones que procuran mejorar la implementación de la estrategia AIEPI para cada uno de los territorios (Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Protección Social, 2012, p. 29-30).

El estudio se concentra en los niños y niñas de este grupo poblacional y sus redes por la pertinencia en la consulta médica de AIEPI ya que además contribuyó, como ya se ha indicado, mediante esta exploración, a ampliar el repertorio de ideas, recursos y herramientas de vigilancia y control de las que dispone la medicina actual en nuestra ciudad.

Es de esperar que esta investigación sirva de ayuda y referente para producir información confiable acerca de la relación entre la disposición del cuidado de niños y niñas y las redes de apoyo familiar y social. La perspectiva sistémica ofrece una oportunidad privilegiada para plantear la relación entre el cuidado de la salud y las redes de apoyo familiar y social de los niños y niñas y las de sus familias, por su interés, y focalización en los aspectos vinculares entre las entidades que se observan.

En este marco, la pregunta de investigación que este trabajo propone es: ¿Qué importancia reconocen los cuidadores de niños y niñas que asisten a la consulta de AIEPI en el Hospital de San Cristóbal, ESE Metrosalud, a las redes de apoyo familiar y Social en el cuidado de la salud?

2. OBJETIVOS

Teniendo como foco del estudio la relación entre el cuidado de la salud y las redes de apoyo familiar y social, según la experiencia de los cuidadores de niños y niñas que consultan al programa AIEPI en el corregimiento de San Cristóbal – Medellín se proponen como objetivos del presente estudio:

2.1. Objetivo general

Analizar la importancia de las redes de apoyo familiar y social en el cuidado de la salud de los niños y niñas que consultan al programa AIEPI en San Cristóbal.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar las condiciones del cuidado de la salud de los niños y las niñas en sus dimensiones físicas y psicológicas.
- Identificar la importancia de las redes de apoyo familiar y social en el cuidado de la salud de los niños y niñas.
- Plantear lineamientos para una política de seguimiento al cuidado de la salud de los niños y niñas que asisten a la consulta de AIEPI que tenga en cuenta las redes de apoyo familiar y social

3. METODOLOGÍA

3.1. Perspectiva metodológica

Se privilegia en esta investigación un enfoque cualitativo con sustento en el interaccionismo simbólico, lo cual se adaptó de una manera coherente a los objetivos de la investigación pues se trató de un estudio referido a los grupos humanos, a sus relaciones, y a la importancia que dieron a las mismas. Este estudio partió de una relación entre los sujetos comprometidos (investigador y cuidadores), que se construyó a través de la consulta médica y el interés compartido sobre la salud de los niños y las niñas, lo cual facilitó la recolección de la información.

Según Galeano y Vélez (2002):

El interaccionismo simbólico tuvo su periodo de mayor desarrollo entre las décadas del 30 y 60. Desde entonces su identidad como enfoque metodológico de investigación autónoma se ha hecho menos nítido porque la mayor parte de sus concepciones han pasado a ser patrimonio difuso de muchas otras corrientes de la sociología contemporánea: de la etnometodología, del funcionalismo, de la sociología fenomenológica y crítica (p. 49)

Luciano Gallino (1995, citado en Galeano y Vélez (2002) resume las concepciones fundamentales del interaccionismo simbólico de la siguiente manera:

La mente se forma a través de la importación al individuo de los procesos de interacción social en que éste se ve involucrado desde la infancia; el Yo emerge de los modos como el sujeto se imagina que los demás lo perciben y lo juzgan; la acción social aparece mediada por el significado que los sujetos atribuyen a la situación en que se encuentran; el principal vehículo de comunicación de significados, de símbolos, de definiciones de la situación entre un individuo y otro es el lenguaje y la acción de un sujeto cualquiera se construye paso a paso en el curso de su propio desarrollo, antes que ser una especie de respuesta a un estímulo o el producto de una elección entre alternativas establecidas por entero anticipadamente (p. 53).

La Maestría en Terapia Familiar, en cuyo contexto se propuso el presente estudio, coincide en su orientación epistemológica con varios de los fundamentos de la fenomenología y el interaccionismo simbólico, al privilegiar la voz y los significados de las audiencias con las que se interactúa, sea en el marco de la intervención o en la investigación, como en este caso.

Para R. Tech, (1991), citado en Galeano y Vélez (2002):

El interaccionismo simbólico es un enfoque que se preocupa por construir teoría y a su vez por el análisis de los datos cualitativos en el que el punto central es la forma en que se emplea el lenguaje.

El interaccionismo simbólico atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea (p. 50).

Taylor R., & Bodgan, S.J., (1992), según Galeano & Vélez (2002):

El interaccionismo simbólico reposa sobre tres premisas básicas. La primera es que las personas actúan respecto a las cosas e incluso respecto de las otras personas sobre la base de los significados que éstas contienen para ellas. De modo que las personas no responden simplemente a estímulos o exteriorizan guiones culturales. Es el significado el que determina la acción.

De acuerdo con la segunda premisa, los significados son productos sociales que surgen durante la interacción. Una persona aprende de los otros y con los otros a ver e interpretar el mundo.

En la tercera premisa fundamental del interaccionismo simbólico, los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación. Este proceso de interpretación actúa como intermediario entre los significados a predisposiciones o actuar de cierto modo y la acción misma. Las personas están constantemente interpretando y definiendo a medida que pasan por situaciones diferentes (p. 50).

Desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, en consecuencia:

Todos las organizaciones, culturas y grupos están constituidos por actores envueltos en un proceso constante de interpretación del mundo que los rodea, aunque estas personas puedan actuar dentro del marco de una organización, cultura o grupo, son sus interpretaciones y definiciones de la situación lo que determina la acción, y no normas, valores, roles o metas (Taylor, 1992, p. 25).

Durante 5 años se ha atendido la consulta de AIEPI en la ESE San Cristóbal de METROSALUD de la ciudad de Medellín, con los niños y niñas por patologías comunes y propias de la niñez, en el marco de mi ejercicio profesional. Lo que propuse en esta investigación fue generar información útil para el proceso mismo y para todos los participantes: niños, niñas, cuidadores, personal de salud y autoridades, teniendo en cuenta un ejercicio reflexivo sobre lo que hacemos conjuntamente con familias y cuidadores.

Una característica importante del enfoque cualitativo para el trabajo de investigación es que hizo de la práctica cotidiana del cuidado de la salud y la indagación por las redes de apoyo familiar y social de los niños y niñas, y las de sus cuidadores, un espacio de comprensión de la realidad, en el cual se tuvo una idea más clara de los motivos, creencias y objetivos que movieron a los cuidadores a ser parte de este grupo de personas con esta tarea sobre la tenencia y compromiso con los niños y niñas durante la transición de este momento vital, la manera como tuvieron en cuenta sus redes familiares y sociales y los significados que les otorgaron.

Si bien no se trató de descubrir algo nuevo, sí se consideró pertinente dar cuenta de los procesos que están ocurriendo en el cuidado y de la interpretación que quienes participan hacen de los apoyos con los que cuentan para ello.

3.2. Producción de la información

La recolección de la información se realizó mediante una guía de entrevistas de preguntas abiertas aplicada a 10 participantes del programa que se realizó al finalizar la consulta médica del programa a su cuidador o cuidadora que correspondieron a madre biológica, madre sustituta, o abuela, quienes llevaron a la consulta el niño o niña; los participante fueron elegidos

al azar; se habló sobre la actividad del cuidado de la salud y sobre las redes de apoyo familiar y social con las que contaba en el momento de la investigación, la importancia que daban a las mismas, así mismo, y con el apoyo en la observación física de los niños y niñas se contrastó la información con un taller reflexivo con los cuidadores, cuidadoras e integrantes de las redes identificadas. La información se recogió por escrito y luego se transcribió en el trabajo de investigación.

De lo que se trató, fue de realizar las acciones habituales de la consulta, con una distinta perspectiva que incluyera las redes de apoyo familiar y social como una posibilidad, para hacerla más eficiente. Así mismo, y en la formación como Magíster en Terapia Familiar, se trató de integrar aspectos como la curiosidad y la circularidad al ejercicio cotidiano como médico responsable de la consulta de AIEPI.

La siguiente matriz describe esta estrategia metodológica:

Objetivo	Dimensiones/ Categorías 1. Cuidado de la salud 2. Redes de Apoyo que se reconocen 3. Tipos de apoyo	Técnicas de recolección de información	Instrumentos
Caracterizar las condiciones de salud de los niños y las niñas en sus dimensiones físicas y psicológicas.	<p><i>Indicadores Físicos:</i> peso, talla, índice de masa muscular, salud oral (higiene y estado de dentición). Alimentación, vacunas</p> <p><i>Indicadores Emocionales:</i> quiénes brindan amor y compañía y cómo lo brindan,</p>	<p>Examen físico Observación directa de los niños y las niñas Entrevista a los cuidadores Observación directa durante la consulta de las interacciones con los niños y las niñas</p>	<p><i>Guía de examen físico:</i> peso, talla, índice de masa muscular, salud oral (higiene y estado de dentición). <i>Guía de observación durante consulta:</i> relación con el cuidador, trato del cuidador, estado anímico..... <i>Guía de entrevista:</i></p> <p>¿Cómo considera usted importante el cuidado de los dientes de su niño o niña cuando lo lleva al odontólogo ?</p> <p>¿Cómo es diferente el cuidado de los dientes de su niño o niña solo, o bajo su supervisión ?</p> <p>¿Cuán diferente con su desarrollo es la cantidad de veces y calidad de comida que ofrece al niño o niña ?</p> <p>¿Cómo y qué ofrece usted a su niño o niña en las diferentes comidas y como es su respuesta?</p> <p>¿Cómo considera usted la deferencia cuando el niño</p>

			<p>o niña come en su casa, donde un familiar o vecino, en una institución?</p> <p>¿Cómo es de distinto cuando usted acompaña a su niño o niña durante la comida?</p> <p>¿Consideran ustedes que el cuidado emotivo (contacto físico, besos, abrazos, caricias) es importante en el cuidado de la salud de los niños y niñas?</p> <p>¿Cómo considera usted que el cuidado emotivo incide en la respuesta de salud de los niños y niñas?</p> <p>¿Consideran ustedes importante como norma de corrección de los niños y niñas el maltrato físico y psicológico?</p> <p>¿Creen ustedes importante que la escucha y la Comunicación en los niños y niñas fortalecería su capacidad de negociación como norma de Cuidado de la Salud?</p> <p>¿Consideran ustedes que los niños y niñas bajo su Cuidado tienen una adecuada socialización? (relaciones con pares, con adultos, con otros familiares) y qué importancia le dan a estas relaciones?</p>
--	--	--	--

<p>Identificar la importancia de las Redes de Apoyo Familiar y Social en el cuidado de los niños y niñas.</p>	<p>Redes (personas, instituciones, recursos) que apoyan el cuidado de salud de los niños y niñas. Aspectos en los que se apoya el cuidado de la salud Importancia de las redes en el cuidado de la salud.</p>	<p>Entrevista a cuidadores</p>	<p>¿Qué entienden ustedes por red de apoyo?</p> <p>¿Con quién o quienes, además de Usted, cuenta el niño o niña para el cuidado de su salud</p> <p>¿Qué otras redes de apoyo externas consideran ustedes importantes para el cuidado de la salud de los niños y niñas?</p> <p>¿Cómo es diferente e importante la red de apoyo en el cuidado de la salud de los niños y niñas?</p> <p>¿Considera usted que las redes de apoyo han contribuido al cuidado de la salud de los niños y niñas bajo su protección?</p> <p>¿De qué manera puede incidir en el cuidado de la salud la red de apoyo familiar y social, en el futuro de los niños y niñas como personas y ante la sociedad?</p>
---	---	--------------------------------	---

Al terminar la entrevista se ofrecieron algunas recomendaciones y retroalimentación respecto del cuidado de la salud como pautas de crianza para la familia y la red de apoyo en una hoja o volante y se propuso una socialización con personas cercanas (ver anexo 3).

Como aspectos que enriquecieron la observación se tuvo presente una apreciación más cercana sobre el mundo que movió y mueve en la actualidad a los cuidadores de la salud y la red de apoyo familiar y social a realizar esta labor y a hacer parte de esta realidad social, contribuir a la construcción de una ciudadanía basada en los derechos de niños y niñas; igualmente se tuvieron presentes los aspectos concernientes a la fundamentación teórica, metodológica y éticos de la investigación con sustento en la bibliografía pertinente, amén de la inclusión de mediciones antropométricas, las cuales se consultaron en las respectivas historias clínicas.

El taller reflexivo se realizó como un ejercicio conversacional con distintos integrantes de la red, la persona responsable del cuidado, como algunos familiares y amigos convocados por esta persona y de manera conjunta se revisó el material con las recomendaciones sobre el cuidado y se construyó el respectivo mapa de red. La reflexividad se entendió aquí como la capacidad de reconocer y validar las propias posturas y respuestas de las y los participantes, es decir observar y observarse en la interacción recíproca.

En consecuencia, y teniendo como referente la teoría que inspiró la metodología que se implementó, la información no fue un producto recogido, sino un proceso de producción conjunta, de ahí el título de este capítulo.

3.3. Categorías de análisis

Las categorías que guían el análisis de la información, son:

3.3.1. Categoría 1

Cuidado de la Salud y la relación con las redes de apoyo familiar y social.

Subcategorías de análisis: Edad, peso, talla, condiciones de salud, y prácticas para el cuidado de la salud que se reconocen como hábitos cotidianos en el contexto de referencia.

3.3.2. Categoría 2

Redes de apoyo social que reconocen las y los cuidadores: con quien cuentan en distintos ámbitos para el cuidado de la salud de niños y niñas.

Redes familiares: apoyos en la familia nuclear y extensa.

Redes institucionales: instituciones a las que se acude en relación con el cuidado.

Redes comunitarias: apoyos con los que cuentan las y los cuidadores en el contexto comunitario.

Otras Redes.

3.3.3. Categoría 3

Tipo de apoyo que reconocen las y los cuidadores.

Apoyo disponible: percepción de que es posible disponer de ayuda en el caso de requerirla.

Apoyo recibido: lazos que se activan de manera concreta en una situación en que se requiere ayuda de otros.

Luego del proceso de producción e interpretación de la información en el cual participan activamente las personas involucradas y usando los instrumentos de recolección de información, como la entrevista, la observación clínica en la consulta de los niños y niñas de su desarrollo físico, mental y social y la identificación de sus redes de apoyo familiar y social y la importancia que se les da, se realiza el taller reflexivo que ampliaría la información y pretende facilitar la visualización de las redes.

3.4. Confidencialidad con los participantes

Con el fin de salvaguardar los derechos de los participantes, niños y niñas, cuidadores, red de apoyo familiar y social, en este trabajo investigativo, se usan seudónimos que

ocultan la identificación directa de los mismos.

3.5. Consentimiento informado (ver anexo 2).

A los participantes incluidos en este trabajo se les solicitó firmar un consentimiento escrito con su aprobación para procesar la información suministrada.

4. REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

Aunque el cuidado es una actividad humana que ocupa gran parte del tiempo, la atención y los recursos de las Familias, del Estado y de la Sociedad, es preciso abordar una conceptualización que facilite la observación de las prácticas que interesan a la presente investigación.

Son varios los autores que postulan ideas y procedimientos para su abordaje, aquí se citan algunos.

Oates J. (2007), indica, con respecto a las características de un cuidador de niños y niñas:

Un cuidador sensible y capaz de reaccionar oportunamente es aquél que ve el mundo desde la perspectiva del niño y procura satisfacer las necesidades del mismo más que atender a las suyas propias.

Lo ideal es que los niños tengan la oportunidad de interactuar con sus cuidadores frecuentemente en una gran variedad de contextos funcionales.

Un suministro de cuidados constante y sensible ayuda a crear un buen nivel de confianza recíproca entre cuidadores y niños.

Es importante que los cuidadores se relacionen de manera sensible con los niños en distintos tipos de actividades como la alimentación, la rutina diaria relacionada con la crianza y el apoyo y los momentos antes de ir a dormir.

Las relaciones de apego seguras con sus cuidadores preparan a los niños para interactuar de manera positiva con otras personas.

Un cuidado “adecuado” puede ser suministrado por personas diferentes de los padres biológicos (p. 26).

Se refiere Oates, al hablar sobre el Cuidado y las formas de Cuidar a los niños y niñas, a lo indispensable que es el estar compenetrado en la calidad del cuidado, de cómo esto incide en su desarrollo biológico, físico y emocional, a establecer un buen nivel de confianza entre el cuidador y los niños y niñas; hace mención igualmente de una manera sutil a las Redes Familiares y de Apoyo Social a las que en este trabajo se les da una principal importancia.

El abordaje de las Redes es relativamente reciente en las Ciencias Sociales y los primeros aportes se dan desde la Antropología (Zapata y Perilla, 2009). La relación con el tema del cuidado de la salud que interesa a esta investigación es puntualmente señalada por dos de los autores consultados, los cuales a su vez, plantean el asunto de acuerdo con una perspectiva sistémica, marco en el cual se inscribe este trabajo y la Maestría a la que corresponde, de ahí la especial focalización en sus aportes, son ellos Carlos Sluzki y Elina Dabas.

De acuerdo con Dabas (2003), “si somos capaces de visualizar redes, vemos vida, Si coartamos o disminuimos las posibilidades de vinculación, restringimos la posibilidad de vida” (p. 16). En sentido, similar la autora, advierte:

Considerada la ineficacia de numerosas mediaciones institucionales, las estrategias que promovemos y tratamos de tornar visibles con miras

a su potenciación, tienden por un lado, a evitar la institucionalización de niños y niñas cuyos problemas pueden resolverse con el apoyo a aquellos que sostienen su crianza. Por el otro, promueven el reconocimiento de la transferencia de funciones básicas a sujetos sociales no claramente percibidos por el sistema dominante, pero que desempeñan una función esencial en la vida de las personas.

Desde esta perspectiva, la mirada no está puesta solamente en relaciones prefijadas biológica o jurídicamente, sino que prevalecen los vínculos que se establecen en un momento histórico y en un contexto determinado, a través de territorios móviles, de múltiples interacciones y del reconocimiento de diversidad de saberes y voces. Pero nos acompaña siempre una certeza: la confianza en la capacidad de las personas, el registro claro de que nadie puede solo y un animarse a abrir ventanas, transitar senderos, explorar hendidias (Dabas, 2013, p. 4).

En este trabajo se quiere resaltar la importancia de las redes familiares y sociales, en el cuidado de la salud de los niños y niñas, tal como lo menciona Elina Dabas en el párrafo anterior donde se refiere claramente a que las redes no solamente deben basarse en las relaciones biológicas o jurídicas, sino que también podemos valernos de las redes sociales que se han construido en el tiempo en términos de vinculaciones entre sujetos que se consideran parte de unidades más amplias como las comunidades, los colectivos vecinales y las organizaciones.

Carballeda (2007), explica cómo se transforman los escenarios sociales y cómo la organización de los servicios de salud se ajusta a estas transformaciones, es el caso, por ejemplo de Argentina, donde a partir de la dictadura militar la salud, que estaba pensada inicialmente desde una

perspectiva materno-infantil, ahora se ha incluido cada vez más al adulto mayor, quién carecía de cobertura social, como las familias tienen una dinámica diferente a lo que se tenía 30 años atrás, las pequeñas fábricas y talleres donde se aprendía y se socializaba, ya no cumplen esa función, en los barrios se sentía contención, la cual se minimizaba en las cuadras cuando los padres de los amigos igualmente velaban por el bienestar de sus hijos y sus amigos, se perdió el espacio de lo público, en lo que parafraseando a Carballada “este tipo de fragmentación es lo que muchos autores llaman el enfriamiento del lazo social.

Se refiere igualmente a Michael Foucault y como maneja el concepto de dispositivo útil para pensar en la intervención social, lo que se construye a partir de una demanda de intercambio, de reciprocidad, lo cual aplicado en este trabajo investigativo se plasma en la atención del cuidado de la salud, de los niños y niñas y su interacción con sus redes de apoyo.

Carlos Sluzki (1996), se refiere igualmente a como las redes familiares son activadas no por el sentimiento de lealtad hacia ese otro ser que lo requiere en algún momento de su vida bajo cualquier condición de necesidad, verbo y gracia el cuidado de la salud de los niños y niñas en esta investigación; sino también como una suerte de presión social para actuar en colectivo y con sentido de unidad.

El mismo Carlos Sluzki (1996), en su libro Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica, se refiere a la red social como una herramienta útil para organizar experiencias personales y colectivas, tanto para nuestros consultantes como para las vidas de quienes actuamos como gestores o interventores sociales y la posibilidad de dar cuenta de ello de distintas formas.

La red social personal puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye todos los individuos con los que interactúa una persona dada: familia, amistades, relaciones laborales o escolares, relaciones comunitarias (de servicio por ejemplo, servicios de salud o de credo).

Igualmente Carlos Sluzki (1996), hace referencia a que dentro de las “funciones de la red, se podría incluir: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y servicios, además de nuevos contactos” (Sluzki, 1996, p. 48).

El mismo autor establece la relación entre salud y red y nos habla de cómo la red social afecta la salud del individuo, dice que existe evidencia de que la red social personal, estable y confiable protege a las personas de enfermedades, promueve la utilización de los servicios de salud, al igual que ayuda a la recuperación más pronta de las enfermedades, lo cual, aplicado a este trabajo de investigación igualmente contribuiría al análisis de la información sobre el cuidado de la salud de los niños y las niñas. Hace referencia a como una red insuficiente hace más probable el deterioro de la salud de los individuos lo que trasladado a la población infantil en este trabajo explicaría algunas de las dificultades que encontramos en la consulta, así cita el autor:

El niño pequeño, asustado por el ruido o una caída o una situación novedosa busca con la mirada a su madre para calmarse y, si la reacción de alarma es más intensa, porque el estímulo es mayor o porque la fisonomía reactiva de la madre así lo indica, buscará refugio en sus brazos llorando hasta calmarse (Sluzki, 1996, p. 80).

Hace referencia igualmente a como las relaciones sociales sirven para una identidad social, pues solo con los ojos, con la mirada, con las acciones

de los otros se puede intuir que alguien está ahí dispuesto para ese otro, lo que genera un sentido y sentimiento de cuidado de la salud y estimula a seguir viviendo, es así como la Red Familiar y Social provee una preocupación o correctivo hacia la salud, como por ejemplo: te noto agripado, te llevaré al médico..., la red favorece el autocuidado, la sana rutina, como la alimentación, el ejercicio, el sueño, los cuidados en general de la salud.

Entendidas las redes como perspectiva conceptual, y no solo como estrategia de trabajo, Elina Dabas (1996) afirma “este pensar en red abre una posibilidad de intervención que considera el desarrollo de capacidades en todas la personas y en todas las organizaciones intervinientes” (Dabas, 1996, p. 39) haciendo referencia a la adquisición de conocimiento, que facilita el enfoque de red, visto en sus tres dimensiones básicas: como reconocimiento de vínculos, como estrategia de organización y trabajo colectivo y, como trama de significados (Zapata y Perilla, 2009).

Elina Dabas también se refiere a las prácticas de intervención en las redes sociales como una herramienta para la socialización del conocimiento, En la presente investigación se considera podría ser parte de la intervención en el cuidado de la salud de los niños y niñas, entendiendo como red social aquellas vivencias que además de hacer parte de su familia pudieran prestar sus servicios para el mejoramiento del cuidado de la salud, la calidad de vida de este grupo de niños y niñas.

El ya citado Carlos Sluzki (1986) en su artículo, “familias, redes y otras formas extrañas”, hace referencia al hecho sobre el cual cuando preguntamos acerca de la familia evocamos, “conjuntos consensuales, legales, culturales y, a veces, emocionales” (Sluzki,1986, p. 27) lo que en el contexto de esta investigación reviste gran importancia, puesto que el cuidado de la salud estaría dado por la motivación y sentimientos que se desbordan para tener

mayor sentido y apropiación del papel que se desempeñarían con niños y niñas, y que en principio es asignado por la cultura a la familia, aunque por distintas circunstancias no siempre es desarrollado cabalmente por ésta, sino que se delega a otras redes sociales como las familias extensas, los vecinos y las instituciones.

Tronto (2009), hace un análisis detallado sobre el “cuidado práctico y el cuidado emotivo”.

Se refiere al cuidado práctico como aquellas tareas centradas en lo material, como cocinar, limpiar, ayudar al aseo personal, dar de comer, contar una historia o cuento y al cuidado emotivo como aquel cuidado más relacionado con lo emocional: dar y recibir cariño, apoyo moral y psíquico, es estar atento al reconocimiento de las necesidades de los demás. Se refiere además que al cuidado práctico se debe incorporar un cuidado afectivo, de lo contrario sería un “mal cuidado”.

Carol Gilligan (2011), en la ética del cuidado alude a aquella responsabilidad que es de las sociedades, aunque culturalmente se ha ligado a la mujer, lo que además la mantiene en una condición de subordinación, al confinarla al espacio doméstico y al atribuirle a su naturaleza la opción ineludible de cuidar a otros. Dice que esta ideología está implícita en las vivencias y es necesaria para el mantenimiento de las sociedades, en especial, las capitalistas. Chiara Cerri, en *Gazetta Antropológica* (2012, p. 11) argumenta que todos somos interdependientes por lo que el cuidado concierne a todos los seres humanos en todos los ámbitos sociales, y existen muchos cuidados que no son nombrados y se vuelven invisibles como consecuencia de la estructura jerárquica en función de la edad, el género las condiciones económicas, lo que ha llevado a considerar unos seres como dependientes y otros como independientes, es así como los niños y adultos

mayores son considerados dependientes porque requieren el cuidado, a causa de la edad o sus limitaciones físicas, o el caso de la señora ama de casa que cuida a su marido y a los niños, sin embargo es considerada dependiente porque no tiene independencia económica. Pero igual podríamos ver como el varón independiente económicamente también requiere del cuidado, por lo que se puede inferir que el cuidado no es solo una actividad referida a la atención del que se considera más débil, se podría concebir como el conjunto de prácticas de colaboración para mantener las condiciones que contribuyan a preservar las sociedades.

Hochschild (2003, p. 12) plantea que en las sociedades existen escalas de sentimientos positivos y negativos, por lo cual quienes están en la escala jerárquica alta tienen sentimientos positivos, lo que significaría una posición benigna, protegida, mientras quienes están en la base están en una posición más hostil; por lo que querer estar en la cima, representa la necesidad de cuidado y se percibe mayor cantidad de cuidado, esto nos deja ver como se articulan igualmente las relaciones de cuidado con las de poder. Es decir que quien recibe más y mejor cuidado tiene mejores posibilidades sociales y participa de mejor manera en redes de apoyo (empoderamiento), al tiempo que está en condiciones de proveer a su vez cuidados a otros, a diferencia de quien no lo recibe.

Luego de esta introducción general al tema de la relación que en esta investigación se pretende entre las prácticas de cuidado de la salud y las redes de apoyo familiar y social que las facilitan, es preciso avanzar en la revisión y reflexión sobre los conceptos que están involucrados en las categorías de análisis propuestas y que orientan el estudio, como son específicamente el cuidado y las redes de apoyo social.

4.1. El cuidado

“La palabra cuidado viene del latín *cogitatus*, con la habitual pérdida de la g intervocálica y la sonorización de las t intervocálicas” (Valentín de Chile, 2014, <http://etimologias.dechile.net/?cuidado>).

El cuidado es una noción que empieza a ser debatida en las ciencias sociales y en las políticas públicas como un concepto complejo que evidencia contradicciones entre los espacios público y privado, tal como se aprecia en los textos producidos por distintos autores, algunos de los cuales se enumeran:

Según Comas d'Argemir (1993), el cuidado engloba todas aquellas actividades que se realizan para el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas.

En este trabajo se habla y se hace énfasis en lo que significa el Cuidado de la Salud de los niños y niñas por parte de sus Cuidadores y su Red de Apoyo Familiar y Social, tal como lo menciona el anterior autor citado y de acuerdo también con el enfoque que propone el siguiente autor, quien además se refiere a las formas de cuidado según pautas informales o formales, que serían aquellas con calidad o no de remuneración.

De acuerdo con Martin (2008):

El CARE³, representa a la vez una dimensión privada (en el sentido de la vida privada) y una dimensión pública, se parece a la vez a un deseo y a una responsabilidad, toma las formas de prácticas remuneradas o no, puede ser dispensado de manera informal o formal (p. 10).

³ Expresión comúnmente utilizada para designar el cuidado, anglicismo.

Fischer y Tronto 1990, en Tronto (2005), definen el Cuidado como:

Una actividad de especie que incluye todo aquello que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro «mundo» de tal forma que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestros seres y nuestro entorno, todo lo cual buscamos para entretejerlo en una red compleja que sustenta la vida (p. 3)

Kittay (2002) señala que:

Como actitud, el cuidado (*caring*) denota un lazo positivo, afectivo y una inversión en el bienestar de los demás. El trabajo de cuidado (*care*) puede ser realizado sin la actitud apropiada. Sin embargo, sin la actitud propia del cuidado (*care*), la disponibilidad al otro, esencial para comprender qué necesita, no es posible. Esto quiere decir que el trabajo que no está acompañado por la actitud del cuidado (*care*) no puede ser un buen cuidado (*care*) (p. 10).

Carol Gilligan (1982), presenta la teoría de la “ética del cuidado” que ya ha sido mencionada y que cuestiona el cuidado como una práctica natural, asociada a la mujer y exclusiva de ella, y la propone como una práctica cultural que constituye responsabilidad social.

Según Kohlberg (1963, 1981). Los principios morales son universales, son necesarios para el desarrollo moral y cognitivo de todos los individuos. Según su teoría la responsabilidad hacia los otros está en una “limitación de la acción” para evitar la posible agresión de los derechos de los demás: “no hacer algo” que pueda dañar a los otros (p.10)

De acuerdo con Paperman, (2011):

Aunque las relaciones de cuidado son características de las relaciones que mantenemos con las personas más cercanas, eso no significa que la proximidad y la densidad de estas relaciones configuren los rasgos más pertinentes para comprender lo más importante. El cuidado no es tanto la particularidad distintiva de las relaciones densas o de las relaciones con las personas más cercanas [...] como la respuesta a las exigencias que caracterizan las relaciones de dependencia. En este sentido, el problema central que plantea la ética del cuidado no es la posibilidad de ampliar el cuidado a los demás en general, sino y en primer lugar el reconocimiento de la realidad de nuestras dependencias (p. 328)

Hochschild (2003) plantea que las relaciones de cuidado están articuladas con las de poder, y que al estar en una escala social jerárquica más alta, existen sentimientos positivos, una posición más benigna, de menor vulneración.

Para Aguirre, (2005), dos niveles para comprender el cuidado son: el marco social en el cual hay que preguntarse cómo repartir las labores para el bienestar del Estado, las familias, el mercado y la comunidad, y a nivel microsociales se trata de dividir las tareas entre los hombres y las mujeres y entre las generaciones.

Evers, Pilj y Ungerson 1994, (citado en Aguirre, 2005) según El llamado “diamante del bienestar” muestran cómo se reparte el cuidado de niños y mayores considerados dependientes entre cuatro agentes sociales principales: el Estado, el mercado, la familia y el voluntariado, y unos agentes “híbridos” como son los amigos, los vecinos, los

servicios públicos a través de empresas privadas, ONG subvencionadas por el Estado, entre otros (p. 13).

Como puede observarse, la relación cuidado, redes es indisoluble, sin embargo cuando se está en el ejercicio cotidiano del cuidado de la salud, como es el caso del cuidado de los y las profesionales de instituciones encargadas de ello, no se aprecia ni se tiene en cuenta tal conexión, entre otras razones por lo relativamente reciente que es la conceptualización sobre las redes, aunque las mismas hayan estado presentes en la sociedad desde tiempos inmemoriales como ya se ha señalado.

El cuidado se piensa y se practica como un conjunto de estrategias orientadas a mantener la salud y poco se reconoce la participación de las redes en ello.

Pérez Orozco y López Gil (2011) “afirman que el cuidado tiene tres dimensiones: el derecho a recibir cuidado, el derecho a elegir entre cuidar y no cuidar, y el derecho a condiciones laborales dignas y justas en los trabajos de cuidado” (p. 14).

“A estas tres dimensiones se añade el derecho a negarse a recibir cuidado si estos son inapropiados” (Anderson, 2010, p. 14).

En el contexto colombiano ameritaría que se haga una reflexión más profunda sobre este asunto, aunque no es el foco del presente estudio.

Los distintos referentes de los que se parte para conceptualizar el cuidado y orientar su direccionamiento, como queda expuesto en las anteriores nociones, hace de éste un concepto que puede tornarse ambiguo y difícil de incorporar en proyectos y programas específicos, sin embargo en el

contexto de la presente investigación y por tratarse de un tema que transita entre las prácticas de salud y las políticas públicas, es necesario también acercarse a este ámbito.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la Salud se define como: “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no es solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 2014, p. 1).

De acuerdo con el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2005), “los cuidadores y la red de apoyo de los niños y niñas se constituyen en los agentes que proveen el cuidado de la salud, la seguridad física y emocional, además construyen una identidad personal, conocimiento y conductas valoradas culturalmente” (p. 4, 8-9).

Para Durán (2002), la Familia se constituye en el principal agente proveedor del cuidado de la salud y bienestar de los niños y niñas lo cual quiere decir que para este autor cuidado y salud son dos nociones que se relacionan entre sí y la familia un contexto donde ambos procesos ocurrirían; sin embargo, se hace necesario preguntar por las condiciones del grupo familiar para que pueda proveer el cuidado que requieren sus integrantes (p. 2).

De acuerdo con Saillant y Gagnon (2001):

El cuidado es más una obligación que una libertad, sobre todo en el caso de las mujeres, desde la ética del cuidado, este no es una carga sino una responsabilidad que cada uno tiene con los demás sean cercanos o no, sean frágiles o no (p. 10).

Según John Oates (2007) “una rica comunicación entre el cuidador y el niño favorece el desarrollo cognitivo y lingüístico y puede ayudar a reducir la incidencia de dificultades en el desarrollo sucesivo” (p.16).

Las investigaciones revisadas revelan dos hechos de importancia fundamental en cuanto a cómo incide en el desarrollo del niño este tipo de crianza: cuando la calidad del cuidado no parental es alta, el crecimiento de los niños se acelera, especialmente en el plano cognitivo; cuando es baja, sucede lo contrario. El cuidado de alta calidad es un cuidado atento, sensible, estimulante y cariñoso.

La calidad del cuidado en ambientes no parentales es importante para el ulterior desarrollo del niño.

Según la Ley 1098 de 2006 en su artículo 23, en Colombia, la custodia y cuidado personal, se presenta como un derecho de los niños y una obligación de los padres o representantes legales. Se traduce en el oficio o función mediante el cual se tiene poder para criar, educar, orientar, conducir, formar hábitos, dirigir y disciplinar la conducta, siempre con la mira puesta en el hijo, en el educando, en el incapaz de obrar y auto regular en forma independiente su comportamiento.

La custodia y cuidado personal hace parte integral de los derechos fundamentales del niño, consagrados en el artículo 44 de la Constitución Política. Por tal razón en principio, esos derechos, en especial el del cuidado personal, no pueden delegarse a terceros, ya que ellos nacen de la especialísima relación que surge entre padres e hijos.

Los Hogares Sustitutos creados y administrados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para las modalidades de vulneración

o adaptabilidad en el restablecimiento de derechos de los niños y niñas, supone como su responsabilidad durante la actividad diaria cuidar el desarrollo y atención integral de los niños y niñas, lo cual incluye llevarlos al centro educativo, a las citas médicas y al centro zonal, ofrecer además normas de convivencia, valores, principios morales, dar un modelo de referente familiar con el fin de construir vínculos sanos y seguros.

Tronto (2009) argumenta que el cuidado solo existe cuando hay disposición hacia las necesidades de los demás. Esto significaría que no basta con una norma que establezca lineamientos sobre el cuidado, sino que se requerirán procesos educativos y cambios culturales que lo hagan posible, máxime cuando, como se ha establecido, el cuidado tiene directa relación con el mantenimiento de la salud.

Pascale Molinier (2009) afirma que “si la actividad de cuidado es realizada sin la actitud necesaria, no hay cuidado” (p. 10). Lo cual en el contexto de la presente investigación significaría desaprovechar el potencial familiar y social que pudieran desarrollar las personas que tuvieran niños y niñas bajo su cuidado, incluido el personal de salud, además se vulneraría el derecho al cuidado de la salud de los niños y niñas.

De acuerdo con Comas d'Argemir (1993), “en términos generales podemos decir que el cuidado engloba todas aquellas actividades que se realizan para el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas” (p. 13), este concepto contiene y expresa de alguna manera el principio básico de la presente investigación, la cual está centrada en el cuidado de la salud de los niños y niñas del grupo etéreo descrito, y debe tener en cuenta el contexto amplio en el que ocurre, y las posibilidades de apoyo con que cuentan quienes lo ejercen. De ahí la importancia de abordar conceptualmente una noción de redes, precisar sus características y las posibilidades de

relacionarlas con el cuidado de la salud.

4.1.1. Formas de cuidado

Como ya se ha podido ilustrar, el cuidado es un concepto multifacético y polisémico, alrededor del cual confluyen posturas conceptuales distintas que se ha procurado sintetizar en el presente capítulo.

Con el cuidado se emprenden acciones hacia los niños y niñas con el fin de preservar su integridad física y mental que incidirá posteriormente en el actuar y en el ser, como miembros activos de una sociedad, sin embargo hay distintas formas de cuidado:

El Cuidado como práctica

El cuidado acontece como práctica en un ambiente determinado, que se concibe como conjunto de factores internos (biológicos y químicos) y externos (físicos y psicosociales) (Bedoya, Barrera, Muñoz, & Vélez, 2013, p. 32), que facilitan o dificultan la interacción de los cuidadores o su red social y familiar. Todo esto está enmarcado en la voluntad, disposición y calidad de cuidado que se da, estando intervenida por las influencias sociales y culturales que brindan al cuidador y la Red de Apoyo Familiar y Social, múltiple información en la manera y forma de cuidar de las diferentes prácticas.

El concepto de práctica hace referencia al hacer, a la “acción de llevar a cabo algo” (Ferrater, 1994, p. 28-77). Está representado por todas aquellas “actividades humanas sociales que se auto-reproducen y son recursivas (...) y a las cuales los individuos no les dan nacimiento, sino que (...) las recrean,

pero a su vez en sus actividades cotidianas, crean las condiciones para su producción” (Giddens, 2003, p. 40).

En términos generales, se tiene la idea del cuidado como la acción de estar presente, velar, proteger, es la relación, la vinculación entre dos personas el cuidador y quien es cuidado, lo que en esta investigación serían los niños y niñas y los cuidadores junto con su red de apoyo familiar y social.

Alvarado García (2004), ubica el cuidado ético desde la enfermería, como “la interacción y el contacto moral entre dos personas, en el que media una solicitud, en el que hay unión entre las personas, como parte de la relación humana” (p. 31).

Davis (2004) ubica el cuidado a partir de un componente emocional humano que promueve un compromiso con el otro (p. 38).

Es una relación asimétrica, donde los miembros de la relación están en planos físicos y psicológicos distintos: donde además hay vulnerabilidad física y dependencia emocional.

Barco, et al. (2011), afirma que los fines del cuidado “se logran a partir de la definición de una situación que busca intencionalmente la coordinación de acciones entre la enfermera o los sujetos del cuidado” (p. 58).

De lo anterior se puede inferir en este trabajo que el cuidado se refiere a preservar o mantener la integridad mental y física de los niños y niñas de lo cual serían responsables los cuidadores, la red de apoyo familiar y social, con el asesoramiento conjunto de entidades públicas o privadas que velan por el bienestar común de esta población de niños y niñas mediante programas de

asesoramiento sobre el cuidado de la Salud, pautas de crianza y políticas institucionales de promoción y prevención de la Salud.

Es el cuidador, su red social y familiar quienes tienen diferentes concepciones sobre el Cuidado de la Salud, lo que en la práctica relacional se puede ver en las diversas formas de cuidar.

El cuidado como presencia

Implica el contacto relacional, el estar al frente del otro, a su disposición, el entrar en “alianza” con el otro al mismo tiempo, el estar presente, visualizarse.

Hacer presencia es “estar ante” (Ferrater, 1994, p. 2892), en el sentido corporal.

“La presencia del otro se revela como una imagen visual a través de su cuerpo y de toda su carga simbólica que se refleja a través de su postura y sus actos” (Cajiao Restrepo, 1996, p. 34).

El cuidado de la Salud como presencia desde los cuidadores y su red de apoyo familiar y social sería concebido por los niños y niñas como ofrecimiento y vínculo con ellos y como seguridad de atención frente a sus necesidades o requerimientos, el cual siendo adecuadamente guiado y con efectivo acompañamiento presencial posibilitaría un buen desarrollo en su salud física y mental. Es por ello que el cuidado presencial reviste tanta importancia en los niños y niñas, máxime desde edades tan tempranas cuando hay mayores riesgos de vulneración de su salud, algunos propios de la exploración. Igualmente el tener una actitud responsable y positiva frente a

la educación y escuela de los niños y niñas juegan un importante papel en el Cuidado como presencia.

El cuidado como protección

Este cuidado implica resguardar a alguien de daño, de algún peligro, de algún riesgo, para lo cual el cuidador (a), requiere de la red de apoyo familiar y social en situaciones de estrés frente a un evento peligroso o de riesgo a que se pueden ver sometidos los niños y niñas.

No siempre el cuidador (a) los provee y por eso es importante contar con quienes tienen experiencia en ello.

Según Cardozo y Alderete (2009), “el riesgo se define como los eventos negativos de vida que incrementan la probabilidad del individuo de presentar problemas físicos, psicológicos y sociales” (p. 53).

Considero que una de las tareas de los cuidadores es enseñarle a los niños y niñas de manera directa e indirecta como deben aprender a cuidarse; pues la condición de humanos lleva impresa una connotación de seres frágiles, muy vulnerables a las situaciones que representan riesgo o peligro. La red familiar y social puede matizar esa sensación de vulnerabilidad, por la capacidad que tiene de generar y activar el apoyo social y mostrar a las personas que no están solas, que tienen con quien contar.

El cuidado también se puede analizar desde el autocuidado; si tomamos como ejemplo el dar alimento a un niño o niña, si estamos enseñando a alimentarse y cómo hacerlo, de igual manera se puede ver cualquier acción que vaya en beneficio de los niños y niñas; el bañarse, el llevarlos al médico, a una cita del programa de crecimiento y desarrollo, a una

cita del programa AIEPI, al programa de vacunación, que aunque genere llanto o dolor, saben que es una acción por su bienestar, para control o prevención de enfermedades.

De acuerdo con Davis (2004), el cuidado se puede ver en dos sentidos, uno que es instrumental y otro relacional, el segundo ejercerá una función de preocupación.

Para Cajiao Restrepo (1996), el cuerpo ha sido materia de intervención histórica por la certeza de su vulnerabilidad (y su manifestación extrema, la muerte).

El cuidado emocional desde el afecto también reviste gran importancia en los niños y niñas por parte de su cuidador (a), y la red de apoyo familiar y social, tiene un papel valioso en este proceso al ampliar las posibilidades de evidenciar recursos emocionales disponibles. Si los vínculos son fuertes y amorosos la red es potente y protectora, los malos tratos se constituyen en violencia emocional y tienen incidencia en los niños y las niñas y en su percepción de los apoyos con los que cuentan desde el punto de vista psicológico y está demostrado que esto incidirá en su personalidad y conducta como seres humanos inmersos en una sociedad.

Esto además se constituye en los niños y niñas en una práctica de cuidado, amplía el abanico de formas o maneras de cuidarse, genera seguridad y actitudes positivas en ellos mismos y frente a su cuidador(a), y su red de apoyo familiar y social.

Los instrumentos del cuidado también hacen parte importante en este amplio tema, dentro de los cuales estarían sus casas, su espacio geográfico y las prácticas cotidianas.

Según Rodríguez, Seydell, Orlando, & Ozollo (2005), para quienes un “escenario comprende un espacio geográfico, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y el instante en que acontece un evento((p. 50-51).

Se puede tener igualmente dentro de los instrumentos del cuidado el lenguaje, la palabra como poder, desde donde se imparte una palabra o frase amorosa, una explicación a un evento o acontecimiento, una oración, hasta una orden para dirigir o reconocer o dar un abrazo como sentimiento de amor; siendo el cuerpo el instrumento para manifestar la emocionalidad y las emociones, la disposición corporal para la acción, “no existe entonces acción humana sin emoción que se fusione con ella y la haga posible como un acto”. (Maturana, 1997, p. 23).

4.1.2. El cuidado y las redes de apoyo social

Al igual como se ha procedido con el tema del cuidado en el ítem anterior, los párrafos que se presentan a continuación procuran profundizar en la comprensión de la noción de red y su especificidad en el contexto familiar y comunitario, asociado al cuidado de la salud de niños y niñas

Elina Dabas (1996) se refiere a las redes sociales como una metáfora en la cual los vínculos no adquieren sentido si no interactúan con el medio, si no se cristalizan y adquieren forma en la interacción con personas, en la integración y conjunción de todas sus partes, lo que en la perspectiva de esta investigación constituye un contexto que posibilita la articulación de la observación sobre las prácticas cotidianas de cuidado de la salud de niños y niñas y la valoración que quienes participan de las mismas, reconocen acerca de los soportes con los que cuentan para llevarlas a cabo.

Carlos Sluzki (1986) en su artículo, “familias, redes y otras formas extrañas”, hace referencia al hecho de que cuando preguntamos acerca de la familia evocamos, “conjuntos consensuales, legales, culturales y, a veces, emocionales” último término que en el contexto de ésta investigación reviste gran importancia puesto que el cuidado de la Salud estaría dado por la motivación y sentimientos que se desbordan para tener mayor sentido y apropiación del papel que se desempeñaría con estos niños y niñas. Lo emocional, aunque propio de la familia, no es exclusivo de ella, sino de los seres humanos que en relaciones de convivencia social aceptan y validan la presencia de otros seres humanos y que Humberto Maturana (1997) expresaría como:

Solo son sociales las relaciones que se fundamentan en la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia, y que tal aceptación es lo que constituye una conducta de respeto, esa aceptación es una condición necesaria para el desarrollo físico, conductual, síquico, social y espiritual normal del niño. Los seres humanos nos originamos del amor y somos dependientes de él. En Verdad yo diría que el 99% de las enfermedades humanas tienen que ver con la negación del amor” (p. 24).

Según Dabas, E. (2011), las redes ya establecidas se activan en torno a un problema sentido por una persona o grupo de personas a partir de una necesidad no resuelta o medianamente resuelta.

En este trabajo sobre el Cuidado de la salud en los niños y niñas se propone la importancia de activar la red en pro de ellos, que requieren aún de los adultos para sus necesidades diarias y hacer parte importante de la formación que sirve de principio para su sano desarrollo.

La red social forma una trama de la vida, la cual es múltiple y cambia en el tiempo su configuración y permite igualmente diversos modos de abordaje, por su dinamismo. Elina Dabas (2006), también se refiere a la restitución comunitaria que permite reconocer como el cuerpo social posee elementos de “cura”, “rehabilitación” y “reparación”, que deben ser visualizados y potencializados por aquellos que tienen la capacidad de hacerlo.

En este trabajo podría aplicarse a aquellos cuidadores de la salud que cumplen funciones como padres sustitutos que de alguna manera ejercen estas acciones en pro del cuidado de la salud de los niños de San Cristóbal que acuden a la consulta a quienes se han vulnerado sus derechos, lo que puede tener posibles secuelas, entre las que se pudiera mencionar el abandono de su familia de origen.

Según Dornel (2005), comentado por Dabas en *Haciendo en Redes* (2011):

Las redes son como una estrategia, al decir de Morin. La estrategia es un escenario de acción que se puede modificar en función de informaciones, de acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el curso de la acción. Dicho de otro modo, la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre (p. 41).

En el mismo sentido Dabas, E., & Perrone, N. (1999), indican:

La configuración Red Social implica un proceso de transformación permanente tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y (a)sincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico, a través de la interacción

permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (p. 42).

Según Sluzki, C. (1996), citado también en Haciendo en Redes (2011), la red social también puede entenderse como:

El conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos, con quienes intercambiamos señales que nos corporizan, que nos hacen reales y cuya razón de ser más frecuente en el apoyo social (p. 42).

El apoyo social puede conceptualizarse como “el despliegue de acciones, procesos y recursos que en contextos de colaboración, se ponen al servicio de la validación de aspiraciones y la satisfacción de necesidades individuales y colectivas” (Fierro, Zapata, & Angarita, 2006, p. 32).

De acuerdo con Villasante, T., (2008), citado por Dabas (2011):

En los últimos 20 años las redes han pasado de ser algo que pocos reductos de investigadores nos aventuráramos en ellas, a ser un concepto o metáfora usada para todo. Son los vínculos relacionales y sus dinámicas las que van construyendo a los sujetos y los procesos, desde su capacidad de acoplamiento o de juegos, ante los

condicionantes externos e internos. No es importante la sociedad en su red en conjunto o tales o cuales actores, sino los “conjuntos de acción” intermedios, los que bloquean o hace emerger las nuevas situaciones. Como los vínculos o relaciones sociales no son fáciles de ver, y además están en continuo cambio, algo útil a partir de una realidad tan dinámica. Han sido algunas autoras y los movimientos de mujeres quienes nos ha aportado más en este sentido (p. 43).

Dabas, E. (2011), indica que:

Las redes se visualizan, no se construyen. Una vez visualizadas, con nuestro accionar podemos potenciarlas, fortalecerlas, desarrollarlas. O, por el contrario, podemos debilitarlas, quebrarlas, intentar detener su flujo dinámico... Podemos hacer visibles las redes, puesto que éstas preexisten, están en las sociedades, no hay que crearlas, solo visualizarlas, ellas constituyen “ la trama que entreteje la vida (p. 47).

Son características de las redes, según Elina Dabas: (Haciendo en Redes, 2011)

Heterarquía. Término acuñado por Von Foerster (1991). Se refiere a la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas –Tanto sucesivas como simultáneas- en el funcionamiento de un sistema determinado. En este caso, las deferentes posiciones se reconocen no por la función adscrita sino por la idoneidad en el desempeño del mismo. No importa la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad, refiriéndose a esta característica. Creemos que si existiese independientemente de las personas que definen cuál es. Pensamos que la noción de heterarquía modifica el paradigma de la pirámide, donde todo debía converger y a partir de un centro único o

de múltiples centros a los que se les adjudica un poder, adjudicación que lo refuerza permanentemente. El centro es reemplazado por múltiples nodos, móviles, que surgen en función de su pertinencia, sus saberes, su posibilidad y capacidad de participar.

Asimetría productiva. Esta noción, complementaria y a la vez solidaria de la anterior, posibilita romper la tradicional discusión en torno al poder, respecto a quien lo posee o no. Asimismo, rebate la concepción de horizontalidad en las redes. Esta apela a la noción de igualdad, negadora de las diferencias, de la diversidad. Esta enriquece y potencia los vínculos. Implica que las diferentes posiciones que sujetos y organizaciones poseen en el entramado social, en tanto reconocida en su potencialidad, habilitan una producción novedosa y creativa. Convoca a transitar el desafío de la equidad en un mundo diverso.

Flujo dinámico. Esta característica no permite entender que las redes no son límites, salvo que operativamente necesitemos delinear una configuración en función de un accionar determinado, y a sabiendas de que esta operación es momentánea, coyuntural y subjetiva. Estos son límites que habilitan, en lugar de constreñir, excluir o segregar. Desde esta concepción es importante considerar que el secreto de una intervención desde este enfoque consiste en accionar sin interrumpir ese flujo dinámico.

Asociamiento. Implica la reunión de dos o más personas para cooperar (hacer en conjunto), o coordinar (ordenarse de un modo diferente) en función de resolver un problema o lograr un objetivo.

Flexibilidad. Esta característica, más que a las redes, pertenece a la actitud del operador, quién al intentar trabajar desde este enfoque

necesitará aceptar la imposibilidad de consensos absolutos; admitir futuros alternativos; aceptar las contradicciones, comprenderlas y convivir con ellas; saber y hacer en el desorden.

Reciprocidad. En su sentido estricto, significa correspondencia mutua de una persona con otra. Desde el enfoque de redes, se constituye en una característica significativa, ya que amplía la noción de solidaridad. Implica adherirse a la causa de otro, sin que resulte necesario que éste lo sepa o participe. Habermas (1981) plantea que “la mayoría de los contactos de una red personal están basados en el principio de reciprocidad – o su falta – sostiene o destruye la relación” (p. 50).

Activación por problemas. Afirmábamos que las redes preexisten a nuestra intervención. Desde esta perspectiva, el operador se constituye en un “buscador” de los fuertes, débiles, amistosos o conflictivos en entran a las personas y a las organizaciones. ¿Qué es lo que determina la emergencia de la red? Un problema determinado. La resolución del mismo posiblemente disminuya la intensidad de la vinculación que se activó para intentar resolverlo. Pero, otro problema, volverá a activar otros nodos. Por eso, cada persona, cada organización, puede ser miembro de diversas redes ya que su participación dependerá del problema a resolver.

Multidimensionalidad. Esta característica tal vez sea una de las importantes, ya que nos muestra la riqueza y complejidad del enfoque en redes. No se trata solo de una técnica, ni de una nueva teoría. Cada acción de buscar la pauta que conecta, de intentar incluir a los actores protagonistas de la cotidianidad, se constituye en acciones que producen sociedad, fortalecen el entramado y potencian la dignidad de las personas.

La dimensión de la pragmática nos señala la importancia de “hacer de otro modo”. Esto significa fundamentalmente, que el enfoque de redes no es una técnica nueva, sino que posee un modo de hacer diferente en función de su vinculación con todas las otras dimensiones.

Parafraseando a Richard, (2011), Dabas observa:

Si las redes están tejidas de vida, y la vida es movimiento, me pregunto acerca del modo de hablar de ellas, que facilite el dar cuenta de su complejidad e imprevisibilidad, y hace referencia a las siguientes preguntas.

¿Son los conocimientos, creencias o valores los que colaboran o configuran las redes sociales?, ¿Son éstas en cuanto a prácticas las que conforman los conocimientos, creencias o valores, o son ambas cosas a la vez? Por lo cual propone algunas líneas argumentadas para posibles respuestas.

Las representaciones sociales además de estar constituidas por valores, nociones y creencias, amplían actitudes que a su vez se relacionan con la conducta (González, Martínez, 2006, comentado en Haciendo en Redes, 2011), y así mismo según Mugny y Papastamon (1986 citado por Dabas, 2011), se puede afirmar que las representaciones sociales y la conducta son de tipo bidireccional, porque toda respuesta es a la vez, estímulo y, viceversa. Se relaciona con esto la “teoría de la identidad social” según la cual los grupos (o redes sociales), en los que estamos insertos, a los que pertenecemos influyen en nuestra identidad social.

Richard, Gabriela María (2011), comenta que el término salud tiene múltiples definiciones posibles, si la tomamos desde la salud pública es el proceso de salud-enfermedad y todos sus emergentes, y el campo de acción

es el conjunto social-sociedades, agregados sociales, comunidades, vecindarios, etc., (Saforcada, 2001, citado en Haciendo en Redes 2011) En este sentido, la salud supone “una actitud abierta de lo nuevo, tolerante y respetuosa de lo diferente como facilitadora, en cuanto implica aceptación de lo complejo y de lo incierto...para promover la salud en cuanto a proceso dinámico de permanente asunción de conflictos hacia el desarrollo de una mejor calidad de vida” (Occhi, M., T. Osojnik, 1998, comentado en Haciendo en Redes 2011), por lo que se podría acordar que la salud es una apelación constante a la solución de conflictos que plantea la existencia” (Ferrara 1985, en Touzé, 2005, en Haciendo en Redes, 2011).

Elina Dabas, autora que orienta la casi totalidad de este ítem, para definir el paradigma de Salud en lo referente a promoción y prevención, se refiere a Páez (1991) quien sostiene:

...la representación de la enfermedad es un proceso socio histórico que se ha ido construyendo a partir de la experiencia vital y de las representaciones ideológicas. Su comprensión está en relación a su inmediatez física, su expresión corporal, y su manifestación directa. Estos mismos atributos los hace más fácil para estructurar el campo profesional, pues con ellos justifica por definición su existencia, a diferencia de aquellos que acompañarían la representación de la enfermedad como solo como hipótesis, hecho que ocurre en el objeto del trabajo preventivo: no hay expresión corporal o manifestación directa del problema, pues este aún no se ha planteado, no hay registro físico posible, por lo que requiere un nivel de abstracción elevado para su comprensión (p. 113).

De acuerdo con Dabas, E., y Perrone, N. (1999). Si hablamos de redes en salud se pueden hacer varios abordajes, el término red en salud no solo

tiene aplicaciones para los términos de oferta de salud sino también para la demanda expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen. Sin embargo la red en salud tendría que apreciarse de acuerdo con diferentes niveles:

Red personal: hay evidencia comprobada de que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de enfermedades, acelera los procesos de curación, aumenta la sobrevivencia.

Según Sluzki (1979), existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud:

La red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red contribuye sustancialmente a su reconocimiento como individuo y constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis (p. 42).

Dentro de la red social personal se podrían contemplar algunos subgrupos los cuales serían la familia de origen y la familia extensa la cual se constituye en los vínculos primarios de los niños y niñas considerados en esta investigación.

En segundo lugar se podría tener la red de amigos, que serían aquellos vínculos con personas más cercanas como los vecinos.

Los vínculos escolares constituyen otro grupo de personas que se pueden incluir dentro de la red social personal en estos niños y niñas.

La red comunitaria, de servicio o de credo, lo constituyen los hospitales, la religión, que de alguna manera tienen compromiso, mas no obligación de velar por la salud y bienestar de los niños y niñas, una vez se hayan ido de sus instituciones. Sobre este nivel, advierten los autores referenciados:

Red Comunitaria: la estrategia de Atención Primaria de la Salud planteada a principios de los años 70 proponía como sus componentes centrales: la constitución del equipo de salud, la participación de la población destinataria, la generación de modelos de gestión participativos, la articulación de necesidades y demanda, la propuesta de cobertura total.

Hoy por hoy la red comunitaria incluye los apoyos con los que cuentan las personas en su entorno comunitario.

Redes Institucionales: las instituciones de salud tienden a ser pensadas desde la perspectiva piramidal, compartimentada por direcciones, departamentos y servicios. Sin embargo y dada la característica heterárquica de las redes, las instituciones disponibles para apoyar el cuidado de la salud deben poder identificarse claramente para que las personas puedan acudir a ellas en las situaciones que lo ameritan.

Redes Intersectoriales: en este nivel de constitución de redes, resulta fundamental pensar la complejidad desde la que se considera a la comunidad. Cabe aclarar que con este término nos referimos tanto a lo local, lo regional, lo nacional y/o lo transnacional. En la presente investigación éstas se consideran dentro de la categoría de redes comunitarias (Sluzki, 1996, p. 37-80).

4.1.3. Antecedentes históricos del cuidado en Colombia

En Colombia, antes de la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el cuidado de los niños y niñas era una tarea exclusiva de las familias, y en su defecto, de instituciones privadas generalmente orientadas por comunidades religiosas: internados, casas de beneficencia, hogares campesinos entre otros.

De acuerdo con Pinilla (1999), se refiere como históricamente ha existido en Colombia escasa preocupación por la niñez como sujeto social, existiendo vicios en la políticas de las prácticas sociales, las cuales fueron muy importantes en la conservación de la legitimidad política y el orden social de los llamados “estados de bienestar” en Colombia y Latinoamérica en los 60. La creación del Instituto Colombiano de Bienestar familiar dentro de los procesos de cambio que se vieron en los años 60, como fueron la guerra fría, el aumento de la tasa de crecimiento poblacional, la violencia, la delincuencia juvenil y la reforma institucional del gobierno Lleras Restrepo marca un hito importante en el marco de la protección y cuidado de la infancia. Refiere como antes de los 60 hubo una legislación con la declaración de Ginebra por las sociedades de las naciones en 1924 y la declaración de la Casa Blanca en 1930, que hacían énfasis en los derechos del niño. En 1916 se crearon los Congresos Panamericanos del niño y en 1959, en Estados Unidos de América declararon “la Convención de los Derechos del Niño”. Durante la dictadura del General Rojas Pinilla en Colombia, se crean la políticas de protección infantil y de la familia, por medio del programa “SENDAS”, Secretaría General de Asistencia Social, guarderías infantiles, el Servicio Social Obligatorio y un instituto sicotécnico que brindaba asesoría y reeducación a los delincuentes juveniles; instituto que dejó de funcionar en los

primeros años del Frente Nacional.⁴ Dentro de los programas del Frente Nacional estaban las políticas de alcance social, creación de empleo, reforma agraria en el campo, la salud, la vivienda, protección infantil. Estas políticas fracasaron hacia 1965 por la falta de disposición del gobierno, ya que se concentraron los recursos en la represión militar de la oposición, se aumentó entonces la pobreza y la desmembración de las familias, con el consiguiente auge de la niñez abandonada en las ciudades.

Para el 25 de Septiembre de 1967, se presentó en Colombia en el Senado de la República el proyecto de Ley 187, donde se dictaban normas para la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y en 1968 por la Ley 75 fue creado finalmente.

Posteriormente bajo toda esta normativa nacen los Hogares Sustitutos, creados como una modalidad familiar y comunitaria orientada a prevenir la privación afectiva de los niños, niñas y adolescentes que se presentaba en las instituciones. Como producto de la experiencia lograda durante este tiempo, se produjeron los primeros lineamientos en el año 1974.

Con los Hogares se buscaba reducir la atención en medio institucional, proporcionando experiencias de vida en familia y formación de vínculos afectivos. Incluía niños menores de 12 años, con preferencia de 0 a 7 años, abandonados, extraviados, en peligro y en proceso de adopción, provenientes de hogares con situaciones críticas transitorias como enfermedad de los padres, detención preventiva, problemas mentales, alcoholismo y procesos penales principalmente. Se excluían los niños con enfermedades infecto - contagiosas, problemas de conducta graves, limitaciones físicas o mentales y problemas familiares de tipo económico;

⁴ El frente nacional fue un período de coalición política y electoral entre liberales y conservadores vigente en Colombia entre 1958 a 1974.

situaciones a las cuales se buscaba solución a través de otros servicios.

Once años más tarde, en 1985, el objetivo de atención se orientó a formalizar el cuidado solidario de vecinos y familia extensa de los niños y niñas desprotegidos menores de 7 años, reemplazando a la familia biológica en sus funciones, con ocasión de las deficiencias familiares encontradas. A partir de entonces se incluyeron en el servicio los niños con limitaciones físicas o mentales y con situaciones familiares de pobreza, padres abusadores y maltratantes, procedentes de zonas urbanas y eventualmente rurales, como se aprecia y tal vez sin que se tratara de un propósito explícito, esta orientación de los hogares sustitutos y otros programas de protección se establece sobre una noción implícita de apoyo social.

A partir del año 1989, con la expedición del Código del Menor, se amplió la protección en los Hogares Sustitutos a las situaciones irregulares contempladas en el mismo. En 1990, con base en las normas del Código en vigencia, se revisaron y actualizaron los lineamientos publicando un nuevo documento.

En 1995, se afianzaron a través de esta modalidad de atención, los propósitos de solidaridad y compromiso comunitario en la protección de los niños y niñas, fomentando los esfuerzos de la familia y los institucionales para su formación integral, evitando someterlos a nuevas rupturas que afectaran su desarrollo personal. Así mismo, se enfatizó como una alternativa para los niños y niñas que por su edad o condiciones personales no presentaban posibilidades de adopción, con el fin de crear lazos con una familia y una comunidad y favorecer su sentido de identidad y pertenencia.

Posteriormente, se consideraron situaciones nuevas como los efectos del conflicto armado, la explotación sexual y algunas situaciones particulares

de salud. Así mismo, situaciones presentadas por el alto índice de violencia intrafamiliar, incesto, enfermedades psiquiátricas de los padres, desorganización y desintegración familiar, condiciones de desempleo y problemas de adicción de los padres.

En 1997, dentro de la atención a niños con limitaciones se incluyó la discapacidad sensorial y se incrementó la atención a niños y niñas víctimas de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, conflicto armado, explotación sexual y laboral. En este año, se actualizaron los lineamientos técnicos, documento vigente hasta la fecha.

Las diferentes transformaciones a los Hogares, principalmente la inclusión de nuevas situaciones que ameritaban respuestas de protección en medio familiar, han tenido como escenario una década en la cual se intensificó el conflicto armado en el país, la violencia social y familiar, el desempleo, la pobreza y la vulneración de derechos de los niños en todas sus formas como es el caso de la explotación sexual y laboral entre otras.

Dado que estas situaciones persisten expresándose en las crecientes demandas sociales de protección a la niñez, a partir del año 2001 se consideró necesario actualizar los lineamientos de los Hogares Sustitutos y Amigos, haciendo explícito el enfoque de garantía de derechos y la protección integral de la niñez que exige el concurrir de todas las instituciones en forma coordinada y racional, como una unidad de esfuerzos conjuntos, racionalizando gastos, articulando servicios y buscando mecanismos para que la misma comunidad y la familia generen estrategias de promoción, prevención y protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes (ICBF & Ministerio de Protección Social, 2012 <http://www.icbf.gov.co/portal/>

page/portal/PortallCBF/Bienestar/Programas%20y%20Estratégias/ProgramasAdopciones/Lineamientos,Tab).

4.2. Contexto geográfico de la ESE San Cristóbal

San Cristóbal es un corregimiento a 11 kilómetros de la ciudad de Medellín Antioquia, fue fundado en el año de 1752 por Doña Ana de Heredia, en concesión de su hermano el conquistador don Pedro de Heredia.

Tiene alturas comprendidas entre 1800 y 3000 msnm(metros sobre el nivel del mar). dando origen a los pisos térmicos templado y frío y temperatura de 8 a 21°C (grados centígrados). La principal cuenca hidrográfica del corregimiento es la Quebrada La Iguaná que cruza todo el territorio en dirección occidente-oriente y cuenta con numerosos afluentes que le llegan de las montañas. Según consta en el Anuario Estadístico de Medellín de 2005,¹ San Cristóbal cuenta con una población de 34,877 habitantes, de los cuales 16,974 son hombres y 17,903 son mujeres. San Cristóbal es el segundo corregimiento más poblado de Medellín después de San Antonio de Prado y cuenta con una densidad de 704 hab./km².

Según las cifras presentadas por la Encuesta Calidad de Vida 2005, ² el estrato socioeconómico que predomina en San Cristóbal es el 2 (bajo), el cual comprende el 62,6 % de las viviendas; seguido por el estrato 3 (medio-bajo), que corresponde al 25,4 %; y por último le sigue el estrato 1 (bajo-bajo) con el 12%.

La principal actividad económica del corregimiento se centra en el cultivo de flores, hortalizas, plátano y monocultivos de tomate de árbol

(San Cristóbal de Tobón, 2005, mibarriosancristobal.blogspot.com/2014_07_30_archive.html).

Metrosalud es una empresa social del estado, nació oficialmente el 23 de Junio de 1994, sin embargo sus raíces se remontan a lustros anteriores, inicialmente tuvo distintos nombres y cambios estructurales de la entidad. En 1940 se denomina Secretaría de Higiene y Asistencia Social, luego Secretaría de Educación, Salud y Bienestar Social, posteriormente Instituto metropolitano de Salud Metrosalud.

Fue a partir de la ley 100 de 1993 cuando Metrosalud comenzó la total transformación con el decreto 752 de 1994, la institución se adaptó a las nuevas disposiciones legales conservándose como una entidad descentralizada del municipio de Medellín.

La entidad cuenta con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, junta directiva cuyo presidente es el alcalde o su delegado y un gerente.

En 1995, la ESE abandonó las funciones de vigilancia y control las cuales fueron entregadas a la secretaria de seguridad social en salud o secretaria de salud municipal. A partir de entonces, el objetivo misional de Metrosalud se enfocó en convertirse en una institución prestadora de servicios de salud IPS, de carácter público para la población más pobre y vulnerable de la ciudad.

Metrosalud cuenta entre sus centros de atención con 9 unidades intermedias o UPSS y 43 centros de salud.

Metrosalud ofrece servicios de: educación, promoción en salud

prevención de la enfermedad, protección específica y atención a enfermedades de interés en salud pública. Consulta médica general, consulta odontológica, urgencia general y especializada, hospitalización, apoyo terapéutico en optometría, trabajo social, nutrición y dietética, sicología, laboratorio clínico, rayos x, servicio farmacéutico, traslado en ambulancia. Como servicios de medicina especializada esta: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Urología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Fisioterapia, Ginecología (Reseña histórica de Metrosalud, <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/>).

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Cómo se construyen los resultados de la investigación

El encuentro con las cuidadoras y cuidadores de los niños y las niñas atendidos durante los meses de Septiembre y Octubre de 2014 en la Consulta AIEPI en el Hospital San Cristóbal, teniendo como foco una pregunta de investigación, lo que la hizo significativamente distinta a la consulta convencional que se venía desarrollando antes, permitió una distinta aproximación a la actividad que se desarrolla y una manera también diferente de relacionarse con las y los consultantes.

Tener los referentes conceptuales sobre el cuidado y las redes sobre los que se ha venido reflexionando mientras se realizó este trabajo, ha posibilitado observar de manera más cuidadosa no sólo los signos y síntomas relacionados con la salud o la enfermedad de los niños y niñas que se atiende, sino observar la propia actuación médica en la consulta y el especial cuidado al observar aspectos que antes de estudiar la Maestría pasaban desapercibidos, así como la manera de relacionarse del adulto cuidador/a del niño/a con él o ella, y de ambos con el médico.

Al mismo tiempo, hacer las entrevistas sobre temas diferentes a los habituales como es indagar por las redes de apoyo, familiares, comunitarias e institucionales, posiblemente les dio a estas familias y a estos niños y niñas otra perspectiva del cuidado de la salud y del perfil y la identidad del médico y el personal de salud en general, con quienes no solo se habla de enfermedades y medicamentos sino también de procesos de desarrollo y bienestar general.

La idea de realizar un Taller Reflexivo que posibilitara a las cuidadoras y cuidadores verse en su actividad cotidiana constituyó también un desafío que me invitó a verme como un actor social con una función que trasciende la privacidad de la consulta y esforzarme por generar con ellas y ellos una distinta manera de interactuar.

Al taller propuesto, si bien asistieron pocas personas, acudieron las familias interesadas en reflexionar sobre su actividad de cuidado y sobre la valoración que hacen de quienes les ayudan, pues la convocatoria era clara en este propósito.

Se realizó entonces un taller reflexivo el día 28 de Octubre a las 11 de la mañana, al cual asistieron seis familias de las diez entrevistadas, lo que correspondió a 12 personas en total, el cuidador o cuidadora y su niño o niña correspondientes, ellos adujeron igualmente dificultad para desplazarse por falta de dinero o dificultades laborales, de donde se infiere que estas pudieron haber sido las causas de la inasistencia de las otras familias.

Se realizó una dinámica grupal abierta en el auditorio del Hospital de San Cristóbal donde se abordaron preguntas y se indagó sobre la importancia que representaron las pautas sobre el cuidado que se habían entregado previamente a cada familia o persona responsable del cuidado de los niños y niñas atendidos en la consulta y con quienes se desarrolló el taller reflexivo.

Se trató de una dinámica diseñada para ampliar la información de la consulta y la entrevista y que podría calificar como productiva y agradable por el tono cordial y la participación lograda, se despejaron algunas dudas sobre la guía que se ofreció (ver anexo 4), algunas personas dijeron que se veían impotentes ante la pataleta y golpeaban a los niños, lo cual instó a actuar como instructor en el sentido de advertir acerca de la no violencia, sus

contraindicaciones, la manera adecuada de corregir.

También se realizaron comentarios sobre el valor que dan a las redes, en especial a las personales y las familiares, sin embargo para algunos de los participantes es poco clara la noción de red, así como la de apoyo social, aunque dan cuenta de la distinción entre el apoyo recibido y el disponible. Es decir saben a quién acudir ante necesidades específicas y dan cuenta de experiencias en las que han obtenido respuestas concretas.

Llama la atención, sin embargo, que para algunos de los cuidadores la policía, los programas de crecimiento y desarrollo del Hospital, y otros programas de protección institucionales no constituyen expresión de apoyo social institucional, sino deberes y obligaciones de las instituciones.

El grupo en general se mostró complacido con la dinámica, la consideraron importante por el hecho de compartir con las otras familias, sintieron que se les daba importancia y que había un espacio propio para ellas, y refirieron además que compartieron las pautas sobre el cuidado con las personas con quienes viven actualmente.

Esta experiencia corrobora lo afirmado por Elina Dabas y Carlos Sluzki en el sentido de reconocer las redes como un contexto que afecta la salud de los individuos y la salud de los individuos como una situación que afecta a las redes, y ratifica la necesidad de ampliar las acciones de salud no sólo a quienes consultan por dificultades o síntomas específicos, sino también a quienes los acompañan en el proceso de conseguir el estado de bienestar que se requiere para vivir de manera saludable.

Las entrevistas y la observación que se efectuó de manera directa a los niños y niñas, a sus cuidadores y a la interacción entre unos y otros en la

consulta, facilitó la construcción de la siguiente tabla, en la cual se registra una síntesis de la información producida por sus respuestas y por la observación. Los nombres de los niños y niñas han sido cambiados en atención a la confidencialidad:

La siguiente matriz presenta la información clasificada de acuerdo a datos generales, datos clínicos, cuidado y redes sociales.

Información construida con los niños, niñas y sus cuidadores teniendo como foco la relación entre cuidado de la salud y redes de apoyo familiar y social:

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>Juan Echavarría 4 Años. RC 01 Nació a las 39 semanas, peso al nacer 3,500 talla 50 cms. Parto vaginal (PEV)</p>	<p>* Peso 19 kgs * Talla 106 * Peso / talla 1.17 riesgo de sobrepeso percentil 75.8 * Peso / edad 0.70 con percentil 75.8 * Talla / edad -0.14 con percentil 44.6 * Índice de Masa Corporal (IMC) 1.19 con percentil 88.3 *Asiste a crecimiento y desarrollo. *Asiste a odontología(dentición sana) PAI completo.</p>	<p>* Se evidenció un niño activo, eutrófico, con muy buena empatía y actitud colaborativa frente a la consulta. Considera importante el cuidado emotivo como respuesta a la buena salud del niño, así tienen mejor respuesta en el colegio y la casa “el pide abrazos”. Su madre considera que el niño presenta buena socialización, aunque es muy necio, pero hablan mucho con él. Considera además que la red de apoyo que tiene actualmente incide de una manera positiva en su salud, puesto que siempre están muy pendientes de él y todos son muy cuidadosos. Consideran que “las normas son importantes para su desarrollo, no todo tiene que ser para un mismo lado, cuando lo pongo con las manos arriba por no recoger los juguetes, después dice que no lo vuelve a hacer”</p>	<p>Llevado a la consulta por su madre. La Redes de Apoyo “son importantes para los momentos difíciles, hay que tenerlas.” El niño cuenta para el cuidado con su madre, su hermano, su papá, una vecina y una amiga, y dentro de las instituciones que se tienen como red de apoyo, están el Jardín, el programa de la Alcaldía de la ciudad Buen comienzo, Crecimiento y Desarrollo.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>Rosa Benjumea R. 10 meses. RC 02 Nació a las 40 semanas, peso al nacer 3478 grs, talla 50, por cesárea</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Peso 8,200 kg. * Talla 70 cms. * Peso / Talla -0.14 con percentil 44.4 * Peso/Edad -0.42 con percentil 33.8 * Talla / Edad -0.63 con percentil 26.4 * IMC -0.09 con percentil 46.3 * Asiste a crecimiento y desarrollo. * Dentición sana, aún no asiste a Odontología por ser menor de 2 años edad. * PAI completo *Lactando actualmente en la noche 	<p>Se observó una niña tranquila. Considera que el cuidado emotivo la sensibiliza y la hace más expresiva, “es salud mental”. El maltrato no es una norma de corrección, “no se les puede pegar por todo, los vuelve agresivos y no sabrán manejar situaciones cuando estén mayores. La escucha y la comunicación es importante, la niña tiene adecuada socialización, además que es una familia grande, hay otros niños y se integran. Los límites claros la hacen ser más juiciosa.</p>	<p>Como redes cuentan con los padres de la niña, hermano, abuelos, tías. Como redes de apoyo institucionales está el programa Buen Comienzo, el hospital y el programa de Crecimiento y desarrollo. Las redes son importantes porque ayudan con los niños, para poder trabajar y criar los hijos.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>Vilma Sánchez Restrepo RC 03 Edad 2 años 9 meses. Nació 39 semanas peso al nacer 3440 gr., Talla 54 cms. Cesárea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * peso 18 kgs * Talla 99 cms * Peso / Talla 1.98 con percentil 97.6 * Peso / Edad 2.18 con percentil 98.5 * Talla / Edad 1.47 con percentil 93 * IMC / Edad 1.95 con percentil 97.4. * Asiste a crecimiento y desarrollo. * Asiste a odontología, dentición sana. * PAI completo para la edad. * Esta actualmente con Nutricionista. 	<p>Tranquila durante la consulta. Considera el cuidado emotivo es importante, le da más confianza, así “me cuenta todo, hay un vínculo más fuerte”. El maltrato físico no se debe dar porque “si le hablo mal, hacen lo contrario se enfrenta, se vuelve más grosera. Hay que hablarles con seriedad para que hagan caso” La comunicación es importante como norma de cuidado, buscan que no entiendan y hay acuerdo de las dos, además que la hace mas sociable, “si uno está animada, ella también.”</p>	<p>Como red de apoyo cuenta con su madre, abuela materna únicamente, su madrina, una tía materna. Como instituciones cuenta con el programa Buen Comienza, el Hospital. Las redes son importantes le ayudan a cuidar a uno los niños y ella se vuelve más juiciosa.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>*Emilia Guerra Castañeda *RC 04 *9 meses *Peso al nacer 3400 gr. *Talla 49 cms. Cesárea</p>	<p>*Peso 9 Kgs * Talla 70 cms * Peso / Talla 0.87 con 80.9 * Peso / Edad 0.57 con percentil 71.4 Talla / Edad -0.14 con percentil 44.6 IMC / Edad 80.6 con percentil 0.86. * Asiste a crecimiento y desarrollo * Dentición sana, aún no asiste a Odontología por ser menor de 2 años edad. * PAI completo.</p>	<p>Con buena actitud en la consulta. Dice que es bueno educar con cariño porque le puede expresar todo el amor hacia la niña, además tendrá un crecimiento mejor, será más amorosa, más cariñosa. "Se debe educar castigándola, sin pegarle, hablar con ellos porque eso los hace ser mejores." Ella es un poco tímida, pero es amiguera y cariñosa con los otros niños. La red de apoyo institucional incide en ellos porque por ejemplo en vacunación cogen temor, pero en crecimiento y desarrollo son más simpáticos porque juegan, colorean. Se deben poner límites porque sino cuando estén grandes le pegan a uno.</p>	<p>Las redes "son importantes porque nos ayudan en algunos casos a cuidarlos, a guiarlos". Como red de apoyo solo mamá y papá de la niña. Como red social institucional considera la Policía de Infancia y menores.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>Sergio Valencia Pulgarín 2 años 2 meses. RC 05 Nació a los 7 meses, peso al nacer 1920 gr., talla 42 cms. Parto vaginal (PEV)</p>	<p>* Peso 11 kgs * Talla 87cms * Peso / talla 1.27 percentil 10.3 * Peso / edad -1.23 con percentil 11 * Talla / edad -1.73 con percentil 23 * Índice de Masa Corporal (IMC)/edad -1.19 con percentil 11.6 *Asiste a crecimiento y desarrollo. *Asiste a odontología(dentición sana) PAI completo.</p>	<p>* Se evidencia un niño tranquilo. Considera que el cuidado motivo “es lo principal en el cuidado, por ejemplo: si tiene gripa y uno lo abraza, está más feliz y se recupera más fácil y si no está feliz tampoco hace actividad física que le ayuda p’la salud”. Su madre considera que el niño socializa bien, pero los “mimos” en ocasiones lo hacen ser grosero. El Maltrato físico considera los afecta sicológica y físicamente, “en mi casa existe la silla de la reflexión, hasta conversar con él, se usa máximo 10 minutos” Consideran que “las normas son importantes porque “si le damos lo que quieran cuando no lo tengan lo conseguirán como sea, hasta pueden robar”</p>	<p>Llevado a la consulta por su madre. La Redes de Apoyo “son importantes porque uno solo no es capaz” El niño cuenta para el cuidado con su madre, padre, su hermano, hermana, novio(no padre) y tíos paternos y dentro de las instituciones que se tienen como red se consideran relevantes y fuentes de apoyo: SISBEN, Buen comienzo, Crecimiento y Desarrollo, la Iglesia Cristiana “ que nos ayuda con el trabajo sicológico, a no pegarles y también nos orienta sobre la forma de hablarles”.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>Carmen Rojas A. 2 años 1 mes. RC 06 Nació a las 37 semanas, peso al nacer 2710 gr., talla 47 cms, por cesárea</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Peso 9 kgs * Talla 79 cms * Peso / Talla -1.96 con percentil 2.5 * Peso/Edad -2.91 con percentil 2.91 * Talla / Edad -2.63 con percentil 0.4 * IMC/E -1.70 con percentil 4.5 * Asiste a crecimiento y desarrollo. * Dentición sana, aún no asiste a Odontología. * PAI completo *Asiste a Buen Comienzo. 	<p>Se observa una niña tranquila. Considera que el cuidado emotivo es importante porque “son afectos amorosos que reciben y se van formando y se replican y se ve en su bienestar que todo lo tenga bien”. El maltrato físico “no está bien hecho; de vez en cuando un pao-pao si es grosera”. La escucha y la comunicación son importantes se ve en el día a día, ella es muy cariñosa. Los límites claros la hacen ser mas juiciosa, si se dice algo, lo debe hacer, sino dar un castigo por un día; no golpes</p>	<p>Las redes son el apoyo que nos dan a las madres, el gobierno, con beneficios de dinero: Familias en Acción para niños, \$150.000 pesos mensual. Cuentan como redes de apoyo con el padre, hermana y como instituciones están el programa de Buen Comienzo, el hospital y Crecimiento y desarrollo, el gobierno, el ICBF. Las redes son importantes porque “nos ayudan con los niños a cuidarlos bien” también “porque nos ayudan a conseguir las vitaminas que mandan los doctores”</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>Susana Cardona RC 07 Edad 5 meses. Nació 37 semanas peso al nacer 2280 gr., Talla 43 cms. PVE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * peso 7 kgs * Talla 66 cms * Peso / Talla 0.71 con percentil 23,8 * Peso / Edad 0.06 con percentil 47,8 * Talla / Edad 0.91 con percentil 82 * IMC / Edad -0.77 con percentil 22 * Asiste a crecimiento y desarrollo. * Aún no asiste a odontología. * PAI completo para la edad. 	<p>Considera el cuidado emotivo es importante, porque “sienten el amor que se le tiene, le da seguridad y felicidad”. El maltrato físico los afecta mentalmente, crecen groseros, maleducados, les crea confusión con el cariño. La comunicación es importante porque “es bueno decirles lo que está bien para que sepan cómo se comportan”. Con el buen cuidado de la salud de todos son más amorosos.</p>	<p>Como red de apoyo cuenta con su madre, el papá de la niña, vecinos. Como instituciones cuenta con la Secretaría de salud que los visita cada mes y la revisan con nutricionista, “además me dan un mercado por programa de bajo peso al nacer”, Crecimiento y desarrollo, AIEPI. Las redes son importantes “porque nos ayudan con las necesidades”.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>*Felipe Castañeda Sánchez *RC 08 *4 años,4 meses *Peso al nacer 2800 gr. *Talla 50 cms. PVE.</p>	<p>* Peso 13 Kgs * Talla 95 cms * Peso / Talla -0.99 con percentil 16.2 * Peso / Edad -2.15 con percentil 16 Talla / Edad -2.50 con percentil 0.6 IMC / Edad -0.70 con percentil 24.1 * Asiste a crecimiento y desarrollo * Dentición sana, asiste a Odontología. * PAI completo.</p>	<p>Con buena actitud en la consulta. Dice que el cuidado emotivo es importante “porque le muestra que son importantes para uno, crecen seguros, buenas personas, con valores. “No se les debe castigar porque se crían agresivos, uno no controla la rabia, se quedan con esto en la cabeza y más adelante hacen lo mismo” Se debe escuchar y hablar con ellos, así habrá mejor respuesta, se dan razones, se explica bien, se dialoga, también los hace mas sociables, tienen normas, hay respeto, hay que enseñarles a respetar los colores de raza, valorarlos”. “Los límites son importantes porque hay normas en el futuro que sirven para el cuidado de la salud”.</p>	<p>Las redes “es lo que nos ayuda en los momentos difíciles”. Como red de apoyo para los niños nos tienen a nosotros papá y mamá y la abuela materna” Como red social institucional tenemos al Hospital, y al programa Buen Comienzo.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>María Ríos Sucerquia 1 Año y 4 meses. RC 09 Nació a las 32 semanas, peso al nacer 1,350 gr. talla ? cms. Parto vaginal (PEV), bebé canguro. Traída a la consulta por madre sustituta.</p>	<p>* Peso 9,5 kgs * Talla 76 cms * Peso / talla 0,20 percentil 57,8 * Peso / edad -0,28 con percentil 38,9 * Talla / edad -0.97 con percentil 16,6 * Índice de Masa Corporal (IMC)/E 0,39 con percentil 65,2 *Asiste a crecimiento y desarrollo. *Aún no asiste a odontología por la edad(dentición sana) PAI completo.</p>	<p>* Se evidencia una niña colaboradora. Considera importante el cuidado emotivo “es primordial porque los estimula, hay que saberles hablar, así no serán agresivos, son mas pasivos, si los tratas mal se vuelven bruscos”. “No se debe dar castigo físico, porque el maltrato no es cuidado, ni siquiera verbal porque esto también hiera.” Considera que la niña presenta buena socialización, juega mucho con los amiguitos. Consideran que “las normas son importantes para que sea juiciosa.</p>	<p>Las Redes de Apoyo “Es tener a alguien, un asistente.”La niña cuenta para el cuidado su madre sustituta, su hermano, su cuñada, esposo y dentro de las instituciones que se tienen como red de apoyo, están el ICBF, el Jardín, Buen comienzo, el Hospital y la Policía.</p>

Identificación	Datos / Clínicos	Cuidado	Redes de Apoyo Social
<p>Camila Puerta Noriega. 13 meses. RC 10 Nació el 12/08/2012, peso al nacer y talla se desconocen. Hoy se la entrega a sus padres biológicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Peso 10 kgs * Talla 75 cms * Peso / Talla 0.97 con percentil 83.4 * Peso/Edad 0.37 con percentil 0.37 * Talla / Edad 20,6 con percentil -0,82 * IMC/E 1,16 con percentil 87.7 * Asiste a crecimiento y desarrollo. * Dentición sana, aún no asiste a Odontología por ser menor de 2 años edad. * PAI completo. 	<p>Se observa una niña eutrófica. Debe darse el cuidado emotivo porque así sienten que hicieron algo bueno, es estimularlos, hay que negociar, buscar recursos para llegarles". El maltrato no debe ser, hay otras formas de castigar, "te vas al cuarto a hablar con la virgen y cuando estés preparada sales, la siento 10 minutos, es negociar con ella, antes era mordelona, ahora no".</p>	<p>Como red de apoyo la niña me tiene a mí, a mi esposo, mis hijos, familia, amigos, y como instituciones tenemos a ICBF, el programa de Buen comienzo, INDER (porque juegan comparten con otros niños pero a partir de los 6 años), la biblioteca Fernando Botero porque allá los sábados juegan, hacen rondas, saltan, cantan, y todo esto sirve para mantener una buena salud".</p>

5.2. Caracterización de las condiciones de salud de los niños y niñas en sus condiciones físicas y psicológicas

En las condiciones físicas, se tiene en cuenta la edad, el peso, la talla, el índice de masa corporal, la asistencia a servicios médicos y odontológicos.

Los datos obtenidos de las 10 familias, permiten caracterizar los niños de la siguiente manera:

Edad: las edades oscilan entre 5 meses y 4 años 4 meses de edad, distribuidos así:

- Menores de 1 año: 3 niñas.
- 1 a 2 años: 2
- 2 a 3 años: 3
- 3 a 4 años: 1
- Mayores de 4 años: 1

Estas edades se corresponden con el programa AIEPI al cual asisten, que es de 0 a 5 años y denotan una concentración mayor en menores de 1 año y en el grupo etáreo 2 a 3 años, sin embargo se ha evidenciado en la consulta que a menor edad del niño o niña, mayor congregación de las redes de apoyo, es decir que a mayor inexperiencia en el cuidado de la salud por parte de quien lo hace, como consecuencia hay mayor evidencia de la necesidad y búsqueda de redes de apoyo social y una más alta preocupación, interés e importancia otorgada al cuidado, mayor apego.

Respecto a los percentiles de peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad, índice de masa corporal para la edad (IMC), se encontraron distribuidos de la siguiente manera:

- 1 niña con diagnóstico de obesidad con percentiles mayor del 98% quien nació con peso adecuado para la edad gestacional y grande para la edad, con 54 cms.
- 1 niño con riesgo de sobrepeso, con percentiles superiores al 75.8, con peso y talla adecuado al nacimiento, con lo que quiero significar que no necesariamente el peso y talla al nacimiento es directamente proporcional al peso y talla que van presentando durante su desarrollo posterior, pues incide en este desarrollo el tipo de alimentación al igual que la cantidad, también tiene importancia la lactancia materna, el tiempo y la cantidad, pues se tiene evidencia clínica de obesidad con solo la lactancia materna.
- Un niño con percentiles adecuados con tendencia a riesgo bajo peso, en el momento de la consulta en la escala antropométrica tiene valores con percentiles de 33.8.
- 5 con percentiles normales, aunque 3 de los niños presentaron bajo peso y talla al nacer, con lo que se evidencia que no todos los niños que nacen con peso y talla baja, permanecen en el tiempo en los mismos percentiles, aunque en algunos casos estos permanecen y son igualmente influenciados por el tipo, calidad y cantidad de lactancia materna y alimentación complementaria, también inciden las comorbilidades o enfermedades asociados a los que se ven expuestos los niños y niñas como riesgo, además de las enfermedades propias de la niñez; igualmente su sistema inmunológico que aún no está completamente desarrollado y no los alcanza a proteger completamente.

- 2 niños con bajo peso, ambos con buen peso al nacer y uno de ellos con baja talla.

Se evidencia que de los 10 consultantes entrevistados, 4 niños y niñas asisten al servicio de odontología, lo que corresponde directamente con su edad puesto que la consulta está abierta desde los 2 años como medida profiláctica. Se evidencia igualmente en toda la población analizada, buenas normas de higiene dental, y aunque se requerirían distintas mediciones y procesos de observación más sistemáticos, es presumible que en esto han incidido las redes de apoyo familiar y social como multiplicadoras y potenciales reproductoras de prácticas saludables de salud oral en los últimos años.

Toda la población asiste al programa de Crecimiento y Desarrollo, consulta que está programada de acuerdo a grupos etáreos con fechas previamente establecidas para cada uno.

En todos los niños y niñas entrevistados se observó una actitud y disposición receptiva frente a la consulta, se evidenció mediante el análisis clínico un buen estado mental, niños y niñas que aunque sus cuidadores no tienen necesariamente especiales técnicas o normas para corregir, sí consideran el cuidado emotivo tanto físico como son las caricias y abrazos, así como cuidado emotivo verbal muy importantes dentro de las pautas que se deben tener presentes para el desarrollo mental y así tener seres más sanos socialmente, aspecto que también puede atribuirse a las conversaciones cotidianas entre padres, cuidadores, docentes y líderes de programas e instituciones y que se multiplican a través de las relaciones en las redes de apoyo familiar y social.

Todas estas personas que acuden con los niños y niñas a la consulta de AIEPI, tienen como referente el programa que, bien institucionalizado está como una estrategia del Gobierno Nacional para cubrir esta población y así poder brindar una atención más inmediata a su estado de salud.

5.3. Redes de apoyo familiar y social en el cuidado de los niños y niñas

En términos generales, se constata que las redes de apoyo para cada uno de los niños entrevistados están constituidas en el 100% por sus familiares más cercanos, bien sea madre, padre, abuelos, hermanos, tía, para las demás redes mencionadas por los entrevistados se presentó la siguiente distribución, así:

- Vecinos: solo dos de los entrevistados los validan y reconocen como parte de su red familiar (como si fueran una extensión de la familia).
- Amigos: 2
- Madre Sustituta: 1

Dentro de las que los entrevistados consideran redes sociales más amplias, se presentó la siguiente distribución:

- Jardín Infantil: 2
- Programa Buen Comienzo: 7
- Programa Crecimiento y Desarrollo: 6
- Hospital: 7

- Policía: 2
- Iglesia Cristiana: 1
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF): 3
- Secretaría de Salud: 2
- Programa Familias en Acción: 1
- Instituto de Deportes y Recreación de Medellín (INDER): 1
- Biblioteca Fernando Botero: 1

Se evidencia como para cada uno de los cuidadores entrevistados las redes de apoyo se reconocen, teniendo en cuenta el tipo de necesidades y expectativas de las familias con relación a la crianza y el cuidado de la salud de los niños y niñas.

Por lo que manifestaron en la entrevista se hacen relevantes aspectos como los que se destacan en las siguientes expresiones que circularon en las entrevistas y en el desarrollo del Taller Reflexivo:

- *“Las redes de apoyo son importantes para los momentos difíciles, hay que tenerlas”.*
- *“Las redes de apoyo nos ayudan a criar los hijos”.*

- *“Son importantes porque uno solo no es capaz”.*
- *“La Iglesia Cristiana nos ayuda con el trabajo psicológico, a no pegarles y también nos orienta sobre la forma de hablarles”.*
- *“Son importantes porque nos ayudan a cuidarlos bien y a conseguir las vitaminas que no mandan los doctores”.*
- *“Las redes de apoyo son importantes porque nos ayudan con las necesidades”.*
- *“Son las que nos ayudan en los momentos difíciles”.*

CONCLUSIONES

Aunque la investigación no concluye de manera definitiva, sino que abre nuevas preguntas y nuevos intereses para continuar reflexionando, acerca de los derechos de los niños y las niñas, entre los cuales la salud y el cuidado son especialmente relevantes por cuanto aseguran la supervivencia misma, sobre el lugar del médico y la medicina en la cultura y la sociedad, las posibilidades de las Redes de Apoyo Social en el contexto del Cuidado de la Salud, entre otros, el ejercicio investigativo sobre el cual da cuenta este informe, permite concluir, con relación a los objetivos propuestos, lo siguiente:

✓ Las redes familiares y sociales constituyen una fuente de apoyo social para las personas responsables del cuidado de la salud de niños y niñas, que consultan al programa AIEPI en San Cristóbal, pues no sólo contribuyen a la socialización de prácticas saludables sino que ofrecen estímulos emocionales y recursos concretos, según las necesidades y el momento específico de la crianza, por tanto su importancia está definida por las necesidades que contribuyen a satisfacer.

✓ Efectuada la caracterización de las condiciones de salud de los niños y las niñas en sus dimensiones físicas y psicológicas, es posible evidenciar como el apoyo recibido y el apoyo del que disponen las personas responsables de su cuidado contribuyen a generar y mantener prácticas saludables que favorecen el desarrollo y protección de los mismos.

✓ Aunque en principio, las personas entrevistadas no conceptualizan las redes como una instancia o categoría que haga parte del proceso de

cuidado de la salud de niños y niñas y de ellos mismos como cuidadores, los significados y la interpretación que construyen acerca de las prácticas del cuidado en la cotidianidad, facilita la emergencia de dicha categoría y contribuye a su visibilización y a la importancia que se les otorga en la tarea de cuidado y protección de la infancia.

✓ El cuidado de la salud de los niños y niñas que asisten a la consulta de AIEPI, debe incluir, además de los criterios e indicadores antropométricos y de salud física y psicológica, el apoyo disponible y el que reciben efectivamente tanto los niños y las niñas, como sus cuidadores y cuidadoras, de parte de las redes familiares y sociales, y en consecuencia una reflexión sobre estos tópicos debería incluirse en las políticas públicas de salud, y en los currículos académicos de los programas de formación en salud.

✓ Una mirada sistémica del cuidado, la salud, las redes de apoyo social supone un cuestionamiento de las formas de comprender y operacionalizar las relaciones entre estas dimensiones de la vida social y ciudadana y exige una articulación de las prácticas profesionales orientadas a la observación, visibilización y activación del apoyo social, y la aproximación que en esta investigación se logró respecto a dicho entrelazamiento, pretende ser una contribución para su conquista.

RECOMENDACIONES

En el contexto del cuidado de la salud y en procura de ofrecer algunos posibles lineamientos para las políticas públicas en el campo, vinculadas con la noción y perspectiva de las redes, teniendo en cuenta lo observado durante la investigación, la revisión de experiencias desarrolladas en otros países y las recomendaciones de organismos como UNICEF, se sugiere:

- Establecer mayor flexibilidad en horarios laborales para los cuidadores, independientemente del género y la ampliación de licencias, esto permitiría que los padres biológicos y/o los verdaderos responsables de los niños y niñas estén al cuidado de su salud y que la red de apoyo participe gestionando y facilitando estos cuidados, sin que se sobrecarguen de responsabilidades unos u otros agentes, sino que las mismas se redistribuyan.
- Establecer mayor flexibilidad en horarios laborales para los cuidadores, independientemente del género y la ampliación de licencias, esto permitiría que los padres biológicos y/o los verdaderos responsables de los niños y niñas estén al cuidado de su salud y que la red de apoyo participe gestionando y facilitando estos cuidados, sin que se sobrecarguen de responsabilidades unos u otros agentes, sino que las mismas se redistribuyan.
- Reconocimiento a la igualdad de género en el cuidado de la salud de los niños y niñas, lo cual de alguna manera apoyaría la primera propuesta, que además fortalecería la ruptura del paradigma patriarcal

dominante en la cultura contemporánea que sostiene la concepción de que el cuidado pertenece y es exclusivo del género femenino.

- Formación continua para los funcionarios y funcionarias de salud en temas como salud y comunidad que les permita concebirse y aceptarse como parte de las redes de apoyo de niños, niñas y sus cuidadores y no como quienes portan el saber hegemónico de la vida, la salud y las maneras de conservarla, esto supone reconocer y validar los conocimientos y prácticas populares que pueden ser saludables y apropiados para el cuidado de los niños y las niñas.
- Estímulo de iniciativas comunitarias orientadas a desarrollar aprendizajes colectivos sobre hábitos de vida saludables, esto es talleres, reuniones familiares, conversatorios reflexivos, como los que se utilizaron en este proceso investigativo, orientados a socializar y compartir las experiencias valiosas sobre el cuidado de la salud individual y colectiva que, al mismo tiempo, ayudan a las personas a visibilizar sus redes de apoyo social.
- Orientar cambios en los ejes de las discusiones sobre la salud infantil, actualmente medicalizadas, psiquiatrizadas y psicologizadas, y dirigir las hacia debates relacionados con la equidad social, la democracia en las familias, la participación y la seguridad ciudadana como condiciones que se activan en red y que sostienen el entramado capaz de garantizar los derechos y sostener la salud de niños, niñas y sus cuidadores.
- Atender de manera especial la salud física y mental de las personas cuidadoras, la cual se ve perjudicada por las tareas del cuidado, identificando prácticas comunitarias de apoyo social, estimulándolas y fortaleciéndolas.

- Son necesarios estudios que especifiquen la influencia de diversas variables en la asociación entre cuidado informal, salud mental, programas institucionales y prácticas de red, orientados a privilegiar la salud de los niños y las niñas y de quienes los cuidan, entendida efectivamente como práctica cotidiana y no como ausencia de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, R. (2005). *Los cuidados como problema público y objeto de políticas, comunicación presentada en Reunión de expertos CEPAL "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales"*. Santiago: Cepal.
- Alvarado, García, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichán*, 4(4), 30-39. Recuperado el 20 de febrero de 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/>
- Anderson, J. (2010). *Construyendo redes: las mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado*. s.l.: Mimeo.
- Barco Díaz, V., Cruz Aguilar, S., Rodríguez Bernal, Z., & Herrera Cañellas, D. (2011). Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(1), 57-65.
- Bedoya Hernández, M., Barrera V., D., Muñoz M., Yurani, Vélez Ramírez, Y. (2013). Las redes del cuidado, madres comunitarias y vínculos que protegen. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Bogdan, S. J., & Taylor, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación social*. Barcelona: Paidós.
- Cajiao Restrepo, F. (1996). *La piel del alma. Cuerpo, educación y cultura*. Bogotá: Magisterio.
- Carballeda, A. (2007). *Ponencia durante el primer encuentro provincial de*

centros de orientación familiar. Organizado por la dirección de Psicología y Asistencia Social Escolar (DGC y E. de provincia de Buenos Aires). La Plata, 13 de noviembre de 2006, edición 44-2007.

Cardozo, G., & Alderete, A.M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, (23), 148-182.

Chiara Cerri, L. A. M. (2012). *La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada*. Madrid: Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Departamento de Antropología Social, UCM. Madrid (España).

Colombia. Presidencia de la República & Ministerio de Protección Social. (2010). *Lineamiento técnico de la salud de la primera infancia (cero a siempre)*. Bogotá: La Presidencia.

Comas d'Argemir, D. (1993). Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco. En Roigé i Ventura, X. (coord.). *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia*. pp. 65-82. Tenerife, VI Congreso de Antropología.

Comisión Europea & Ayuda Humanitaria. (2008). *Podemos solucionarlo, confianza en la crianza de los hijos*. Reino Unido: Save of Children.

Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. (2005). *Derechos de los niños*. Recuperado el 7 de octubre de 2014, de OHCHR.www2.ohchr.org/spanish/bodies/crc/

- Dabas, E. (1996). Prácticas de intervención en las redes sociales. *Revista Tablero*, (52), 38-45.
- Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familias y escuela*. Colección Cuestiones de Educación. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas, E. (2003). ¿Quién sostiene a las familias, que tiene que sostener a los niños? Redes sociales y restitución comunitaria. *Revista Terapia de Familia*, 16(2), 25.
- Dabas, E. (2011). *Haciendo en redes: perspectivas desde prácticas saludables*. Buenos Aires: CICCUS
- Dabas, E. (2013). *Mapeando una historia. Redes sociales y restitución de recursos comunitarios*. Buenos Aires, Argentina: Fundaret.
- Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en salud. Córdoba, Argentina: Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba*, 3.
- Davis, A, J. (2004). *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI Qué sabemos y que debemos cuestionar*. Barcelona: Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.
- Dornel, T. (2005). *Redes sociales y participación social*. Recuperado el 12 de diciembre de 2014, de <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Mip2/territoriosredes.pdf>
- Durán, M. A. (2002). Concentración y reparto del trabajo no remunerado en los hogares. *Cuaderno de Relaciones Laborales*, (17), 91-122.

Evers, A., Pilj, M., & Ungerson, C. (1994). *Payments for care: a comparative overview*. Adershot: Avebury.

Ferrater, M. J. (1994). *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Ariel.

Fierro, S., Zapata, B., & Angarita, G. (2006). Enfoque y estrategias para el seguimiento de casos en la comisarías de familia de Bogotá. Proyecto desarrollado en el marco del convenio interadministrativo No. 1967. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá y Universidad Nacional de Colombia.

Fischer, B., & Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En Emily Abel y Margaret Nelson (eds.). *Circles of Care*. pp. 36-54. Albany: State University of New York Press.

Galeano Marín, M. E., & Vélez Restrepo, O. I. (2002). *Estado del arte sobre fundamentos documentales en investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Giddens, A. (2003). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.

Gilligan, C. (2011). Une voix diferente. Un regard prospectif à partir du passé. En Patricia Paperman y Sandra Laugier (eds.). *Le Souci des autres. Éthique et politique du care*. pp. 37-50. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Habermas, J. (1981). *Teoría de la acción comunitaria*. Buenos Aires.

Hochschild, A. R. (2003). *The commercialization of intimate life: notes from home and work*. Berkeley: University of California Press.

ICBF & Ministerio de Protección Social. (2012). *Hogares sustitutos*. Recuperado el 10 de octubre de 2014, de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/Bienestar/Programas%20y%20Estrat%C3%A9gias/ProgramaAdopciones/Lineamientos,Tab>

Jay Belsky, director, Instituto para el Estudio de Cuestiones Infantiles, Familiares y Sociales, Birkbeck, Universidad de Londres, Reino Unido.

Kittay, E. f. (2002). *The Subject of Care. Feminist Perspectives on Dependency*. Lanham: Rowman and Littlefield Publishers.

Kolberg, I. (1963). The development of children's orientations toward a moral order: I. Sequence in the development of moral thought. *Vita Humana*, (6), 11-33.

Martin, C. (2008). Qu'est-ce que le social care? Une revue de question. *Revue Francaise de Socio-Economie*, (2), 27-42.

Masanet, E. & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev. Esp. Salud Pública* (85), 257-266.

Maturana R., H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile: Dolmen.

Metrosalud. (s.f.). *Reseña histórica de Metrosalud*. Recuperado el 30 de marzo de 2015, de <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/>

Molinier, P. (2009). Vulnérabilité et dépendance: de la maltraitance en régime

- de gestion hospitalière. En Marlène Jouan y Sandra Laugier (eds.), *Comment penser l'autonomie? Entre compétence et dépendances*. (pp. 433-458). Paris: Puf.
- Oates, J. (2007). La separación y los niños pequeños. En Oates, J. (ed.). *La primera infancia en perspectiva 1. Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años*. (p. 36) La Haya: The Open University
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Definición de salud*. Recuperado el 15 de diciembre de 2014, de www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/.../OMS.aspx
- Organización Panamericana de la Salud & Ministerio de la Protección Social. (2012). *AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia). Libro clínico*, 3a. ed. Bogotá: OPS. Serie 3.
- Páez, D., & col. (2001). *SIDA, imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.
- Paperman, P. (2011). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel. En Paperman, P, & Laugier, S. (eds.). *Le Souci des autres. Éthique et politique du care*. pp. 321-337. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Paplini, V. (2006). *Anime. Mundos tecnológicos, animación e imaginario social*. Córdoba: La Crujía.
- Pérez Orozco, A., & López Gil, S. (2011). *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y políticas públicas*. Madrid: ONU Mujeres.

- Pinilla, N. R. (1999). Premisas históricas de la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Memoria y Sociedad*, 3(6), 125-133.
- Rodríguez, C., Seydell, P., Orlando, M., & Ozollo, F. (2005). *Desempeños profesionales en escenarios diversos-polimodal*. Proyecto pedagógico con modalidad a distancia para la terminalidad de estudios de EGB3 y Educación Polimodal EDITEP, Mendoza, EDIUNC.
- Rodríguez, Ibarra, A. C. (2010). *Cuidado temprano para la infancia en hogares sustitutos: estudio descriptivo en Bogotá*. Trabajo de grado (Magíster en Psicología). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Saillant, F., & Gagnon, E. (2001). Responsabilité pour autrui et dépendance Dans la modernité avancée. *Le Cas de Láide Aux Proces, Lien Social et Politiques*, (46), 55-69.
- San Cristóbal de Tobón. (2005). *Contexto geográfico*. Recuperado el 15 de julio de 2014, de mibarriosancristobal.blogspot.com/2014_07_30_archive.html.
- Sluzki, C. E. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 18(1), 379.
- Sluzki, C. E. (1986). Familias, redes y otras formas extrañas. *Sistemas Familiares*, (1), 26-30.
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: España, Gedisa.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris: Éditions la Découverte.

Valentín, (2014). *Valentín de Chile*. Recuperado el 10 de octubre de 2014, de <http://etimologias.dechile.net/?cuidado>

Villasante, T. (2008). *Lo comunitario y sus saltos creativos*. Cuadernos de Trabajo Social. pp. 225-254. Madrid: Universidad Complutense.

Zapata, B. & Perilla, L. (2009). Redes sociales, participación e interacción social. *Revista Terapia Sistémica* (11), 12.

ANEXO 1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Aunque no se encontraron investigaciones sobre el tema específico de interés de este trabajo sí se reconocen algunos antecedentes en los textos revisados y de los cuales, se presenta a continuación una breve reseña:

- Cuidado Temprano para la Infancia en Hogares Sustitutos: estudio Descriptivo en Bogotá, por Ana Carolina Rodríguez Ibarra, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Colombia, 2010. Se trata de un trabajo descriptivo de observación en el cual se identificó el cuidado que proveen hogares sustitutos en la ciudad de Bogotá y se permitió establecer que la calidad del cuidado es alto, afectado solamente por el número de niños y niñas que se acogen y las situaciones de discapacidad o enfermedad que se pueden presentar.
- Oates, J. (2007a). La separación y los niños pequeños. En: J. Oates (Ed.) La primera infancia en perspectiva 1. Relaciones de apego. La calidad del cuidado en los primeros años. (p. 36) La Haya: The Open University. Se trata de una publicación seriada que presenta reseñas de investigaciones sobre temáticas políticas como el fortalecimiento del ambiente del cuidado, transiciones positivas e inclusión social y respeto de la diversidad.
- Pinilla Néstor (1999), Premisas Históricas de la Creación del Instituto Colombiano de Bienestar familiar, en Memoria y Sociedad, Vol. 3, No. 6, Abril de 1999.

- Sluki, Carlos (1996). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Este libro trata de la Red social personal, los familiares, amigos, los seres que nos rodean en el diario vivir, el modelo de la Red social, características estructurales, funciones de la Red, como la Red social afecta la Salud del individuo y viceversa, la Red social en la vejez, Red, Familia y Narrativa.
- Dabas, Elina (1998). *En Redes Sociales, Familia y Escuela*, colección cuestiones de educación. Según esta autora, la familia constituye una Red microsocial, la escuela igualmente constituye un sistema microsocial, ambas interactúan y son parte del sistema social, económico y cultural más amplio. Los microsistemas son dinámicos y evolucionan a diferente ritmo, la familia por el paso de los diferentes ciclos vitales y la escuela con la política educacional, y ambos sistemas responden a fluctuaciones socioeconómicas y políticas de la comunidad más amplia.
- *La Organización de los Cuidados*, más allá de la dicotomía entre la esfera pública y la esfera privada, es un artículo producto de una investigación realizada por Chiara Cerri y Laura Alamillo-Martínez del Departamento de Antropología Social, UCM. Madrid (España), en el cual se pretende mostrar la complejidad del cuidado, se plantea como el Cuidado no es exclusivo de lo doméstico, sino que además se configura como una necesidad de todas las personas por naturaleza interdependientes.

Esta revisión de antecedentes confirma el interés por la presente investigación, pues muestran que se trata de un tema multifacético y relevante en el contexto de los estudios sociales y de los que se refieren específicamente a la familia y sus relaciones.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“El cuidado de la salud y la red de apoyo familiar y social de los niños y niñas que consultan al Programa AEIPI en la unidad de San Cristóbal EDE Metrosalud de la ciudad de Medellín”

Consentimiento para la recolección de información que permita analizar las diferentes variables establecidas en este trabajo de investigación, partiendo desde la recolección de los datos hasta la interpretación de los mismos.

Dicha información es de carácter académico, con pertinencia de reserva de identificación del paciente y datos obtenidos, para lo cual se cambiara nombre y documento de identificación. Las historias reposan en un archivo “muerto” de la institución.

El responsable del menor es totalmente autónomo para permitir la recolección de dicha información.

NOMBRE DEL MENOR _____

IDENTIFICACIÓN _____

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

FECHA _____

ANEXO 3. RECOMENDACIONES Y RETROALIMENTACIÓN POSITIVA RESPECTO DEL CUIDADO DE LA SALUD COMO PAUTAS DE CRIANZA PARA LA RED DE APOYO

1. Disciplina positiva implica:

- Creer que los niños se quieren comunicar y cooperar.
- Escucharlos.
- Discutir qué quiere usted que ellos hagan.
- Establecer límites claros de comportamiento.
- Ser firme y consistente en lo que se dice.
- Ver los desacuerdos como posibilidades para desarrollar habilidades para la resolución de conflictos.

2. Qué hacer cuando los niños y niñas no escuchan:

- Póngase en cuclillas o siéntese de manera que quede a la altura de los ojos del niño o niña.
- Tome a su niño o niña suavemente por los hombros o las manos mientras se hace alguna solicitud.
- Mire directamente a los ojos del niño o la niña.
- Hable de manera firme y clara, pero jamás grite.
- Hable de manera seria y que su expresión facial refleje que lo que dice

es importante.

- Haga claridad de que espera ser escuchado.
- Escuche a su niño o niñas cuando habla y considere sus puntos de vista.
- Denle al niño o niña una oportunidad de hacer las tareas encomendadas.
- Elogie la cooperación o explique las consecuencias (sin recurrir a amenazas) de la no cooperación.
- Recuérdele cariñosamente los acuerdos a los que ha llegado.
- Refuércele las habilidades para resolver conflictos.

Si lo anterior falla y usted está a punto de levantar su mano para pegar:

- Ponga su atención en pegarle palmaditas a una mesa o en su rodilla.
- Deje a su niño o niña en un lugar seguro y solo por unos momentos mientras usted se calma.
- Palmotee sus propias manos en lugar de pegarle – es la mejor manera de llamar la atención- (save of children 2008)

ANEXO 4. TALLER REFLEXIVO

1. Entrevista individual por persona cuidadora
2. Entrega de pautas de cuidado
3. Taller reflexivo con las cuidadoras entrevistadas
 - a. ¿Preguntar por las pautas de cuidado?

¿Qué ocurrió?

¿Cómo las usó?

¿Con quién las compartió?

¿Qué utilidad les ven?
 - b. Mapeo de Red

¿Quiénes han servido efectivamente?

¿Con quiénes sabe que cuenta?
 - c. ¿Qué aprendimos sobre la importancia de las Redes?

Se realizó taller reflexivo al cual asistieron 6 familias de las entrevistadas, 12 personas en total que correspondieron a los cuidadores con sus niños o niñas, quienes adujeron igualmente dificultad para desplazarse por falta de dinero o dificultades laborales.

Se realizó una dinámica grupal abierta en el auditorio del Hospital de San Cristóbal donde se abordaron preguntas y se indagó sobre la importancia que representaron las pautas sobre el cuidado que se habían entregado y con quienes se compartió. Fue una dinámica agradable, se despejaron algunas dudas sobre la misma guía, algunas decían que se veían impotentes ante la pataleta y golpeaban los niños, se instruyó acerca de la violencia, sus contraindicaciones, la manera adecuada de corregir, también se realizó comentario generalizados sobre la importancia de las redes, algunas de los cuidadores no tenían muy claro el concepto, aunque en la entrevista inicial en la consulta mencionaron algunos tipos de redes, pero para otros la policía, los programas del hospital de crecimiento y desarrollo no los consideraban redes. El grupo en general se mostró complacido con la dinámica, la consideraron importante por el hecho de compartir con las otras familias, se sintieron que se les daba importancia y que había un espacio para ellas, y refirieron además que compartieron las pautas sobre el cuidado con las personas con quien viven actualmente.