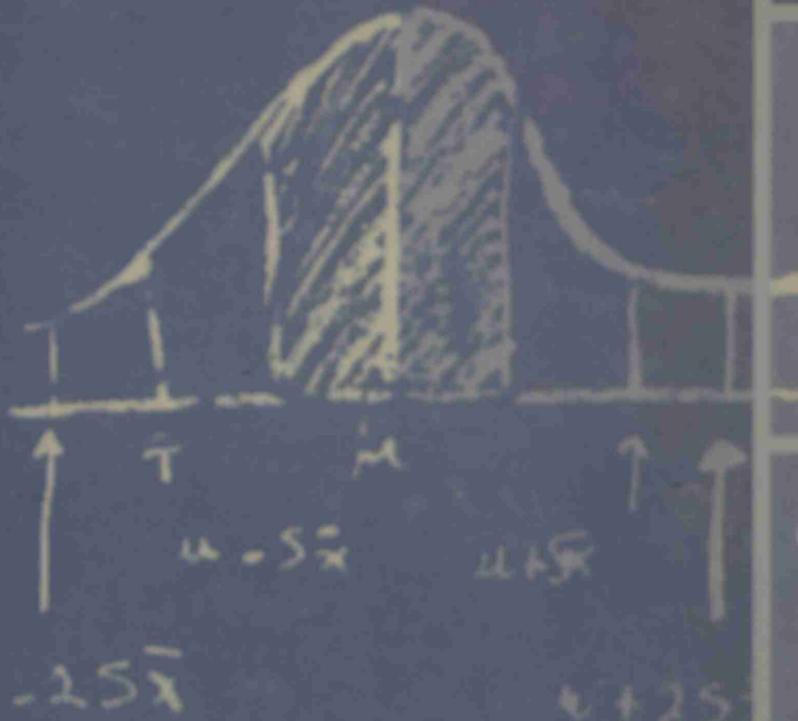


Evaluación de Impacto Plan Más Vida

Ministerio de Desarrollo Social



Componente

Crianza

Evaluación de Impacto

Plan Más Vida

Ministerio de Desarrollo Social

•
•
•
•
•



Edición General: Federico Briozzo + Andrea Touza.

Diseño y Diagramación: Departamento de Promoción Científica - CIC

Impresión:

Queda autorizada la reproducción total o parcial, asumiendo el compromiso de citar la fuente.

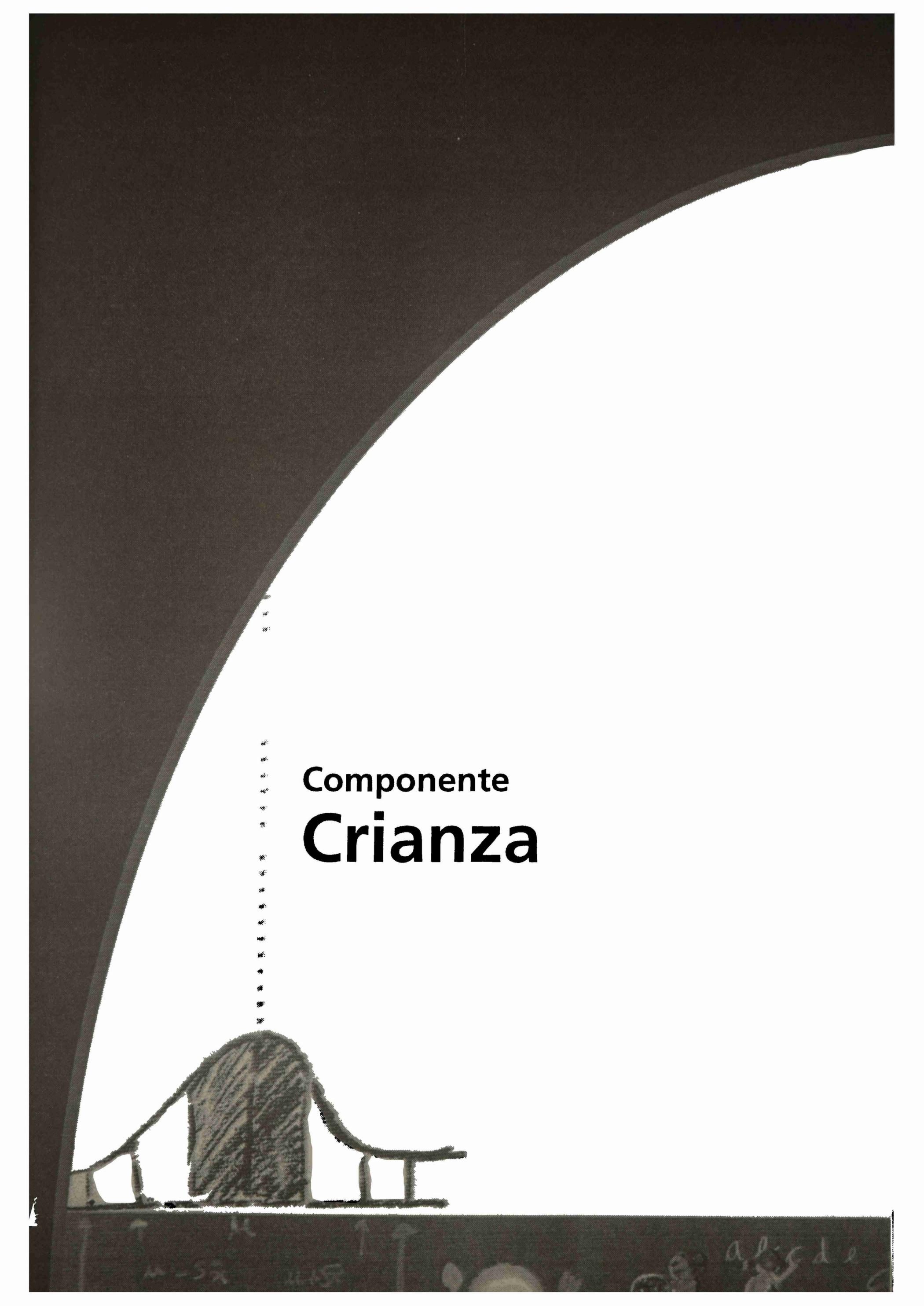
Comisión de Investigaciones Científicas

526 entre 10 y 11 - La Plata

www.cic.gba.gov.ar

Junio de 2008.

ISBN 978-987-24782-0-2



Componente
Crianza

Comisión de Investigaciones Científicas

526 entre 10 y 11 - La Plata - Buenos Aires

info@cic.gba.gov.ar

www.cic.gba.gov.ar

Edición General: Federico Briozzo + Andrea Touza.

Diseño y Diagramación: Departamento de Promoción Científica - CIC

Queda autorizada la reproducción total o parcial, asumiendo el compromiso de citar la fuente.

Junio de 2008.

Autoridades

Daniel Osvaldo SCIOLI

Gobernador de la Provincia
de Buenos Aires

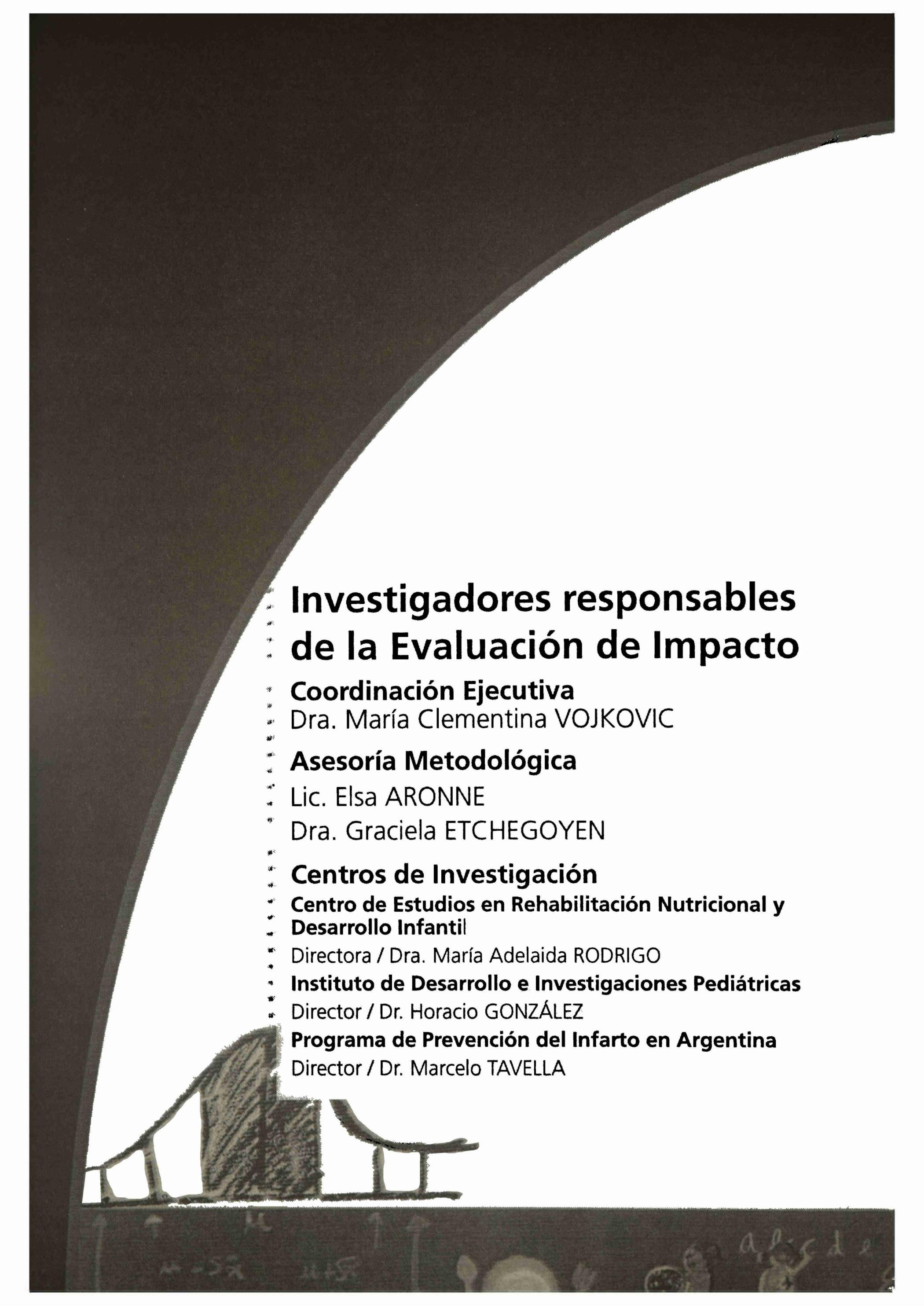
Lic. Daniel Fernando ARROYO

Ministro de Desarrollo Social

Ing. Agr. Carlos Gerónimo GIANELLA

Presidente de la Comisión de Investigaciones
Científicas





Investigadores responsables de la Evaluación de Impacto

Coordinación Ejecutiva

Dra. María Clementina VOJKOVIC

Asesoría Metodológica

Lic. Elsa ARONNE

Dra. Graciela ETCHEGOYEN

Centros de Investigación

**Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y
Desarrollo Infantil**

Directora / Dra. María Adelaida RODRIGO

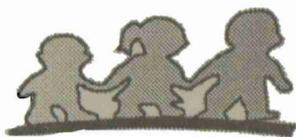
Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas

Director / Dr. Horacio GONZÁLEZ

Programa de Prevención del Infarto en Argentina

Director / Dr. Marcelo TAVELLA

Investigadores intervinientes en el presente volumen



C E R E N

Centro de Estudios en Rehabilitación
Nutricional y Desarrollo Infantil

Directora: Dra. María A. Rodrigo

Componente

Crianza

Investigador responsable: **María Adelaida RODRIGO**

Investigador principal: **Susana ORTALE, Adriana**

SANJURJO, María Clementina VOJKOVIC

Evaluadores de campo: **Corina AIMETTA, Noemí BALLINA,**

Ana BUFFAGNI, Daniela CERDÁ, Federico CHIRICHIMO,

Jimena ORCHUELA, Mariana ORTALE, María Laura PEIRÓ,

María Florencia PÉREZ, Soledad PIOVANO, María Eugenia

RAUSKY, Juana Manuela SANJURJO, Juliana SANTA

MARÍA, Luis SANTARCIERO, María Andrea VÁSQUEZ.

Edición / Codificación / Carga: **María Inés URRUTIA**

Secretaría: **María Laura ASTIGARRAGA**

Asistente: **Romina GIULIANO**

Los investigadores agradecen al Equipo Técnico del Ministerio de Desarrollo Social:

**Lucrecia AMETRANO, Ana MALLO, Graciela PONSÁ, Graciela SANDOVAL, Marisol EYHARABIDE,
Lisa SOLOMIN, Miriam ZUBIARRAIN, Celina RODRIGUEZ, Karina PÉREZ.**

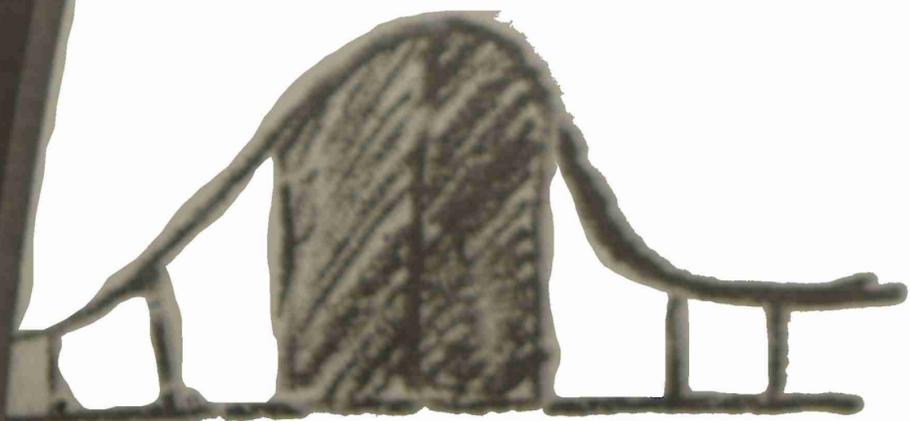
índice

Presentación	17	Plan Más Vida. Ministerio de Desarrollo Social Estrategia Integral de Cuidado Familiar y Mejoramiento de las Condiciones de Educabilidad
	19	Evaluación de Impacto Acerca de la Evaluación de Impacto
Introducción	23	Contexto del estudio
	27	Marco conceptual de la Crianza Los modelos de crianza a través de la historia Algunas consideraciones Delimitación del marco teórico
		> Principios básicos de los Derechos Humanos Universales
		> El Modelo Ecológico Sistémico de la Familia
		> El Modelo de Atención de la Infancia
	> "Care Assessment, Analysis and Action Tool" (C.A.T.)	
	37	> A modo de síntesis
Metodología	41	Generalidades Caracterización social de las familias Trabajo de campo
	47	Análisis de la información del presente componente

Resultados	53	Caracterización Social de la población estudiada Introducción Contexto socioeconómico del país en las últimas dos décadas Características de la población seleccionada para el trazado de la Línea de Base <ul style="list-style-type: none"> > ¿Quiénes informaron sobre la crianza? > Caracterización sociodemográfica > Características ocupacionales de los padres > Vivienda e higiene ambiental > Comentarios y conclusiones
	75	El cuidado de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio Índices Integrados Conclusiones
	89	Los niños La crianza de los niños pequeños <ul style="list-style-type: none"> > Lactancia materna > Alimentación complementaria > Atención psicosocial del niño La crianza del niño preescolar <ul style="list-style-type: none"> > Alimentación del preescolar > Atención psicosocial del niño preescolar > Cuidados de la salud de los niños
	133	Comentarios
Discusión y conclusiones	137	
Bibliografía	141	

Presentación

.....



La Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires ha tenido la responsabilidad de efectuar la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida, que fue motorizado e implementado en presencia de una compleja situación social.

Entre sus objetivos, la CIC tiene como deber, función y misión desarrollar los mecanismos alineados con la política del gobierno de la provincia, a efectos de dar respuesta a la problemática abordada.

El Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires es el encargado de implementar el programa, que resulta inédito desde su aplicación misma. En el, se destaca la participación de más de 70 investigadores de distintas disciplinas pertenecientes a Centros de Investigación propios y vinculados de la CIC. Estos recorrieron 11 municipios del conurbano bonaerense, articulando la actividad con diferentes actores sociales, tanto organismos provinciales y municipales, como manzanas y comadres de las zonas comprometidas, con el fin de incrementar el conocimiento sobre las verdaderas necesidades de las madres y los niños beneficiarios del Plan.

La evaluación tenía como componente, conocer información de este sector social a efectos de precisar la problemática y resolver las necesidades vitales. A posterior, con la información relevada, mostrar los cambios producidos como efecto del Programa en la población definida en el relevamiento mismo, destacando también lo hecho de lo que falta hacer.

Recoger la información con una metodología rigurosa, analizarla y darla a conocer a través de la presente publicación ha sido una comprometida tarea. Sin embargo esta valiosa experiencia colabora fuertemente en el desarrollo de las políticas de organismos provinciales y municipales como herramienta de referencia para la aplicación y análisis de resultados.



Carlos Gerónimo GIANELLA
Presidente
Comisión de Investigaciones Científicas

Plan Más Vida
Ministerio de
Desarrollo Social

Estrategia Integral de Cuidado Familiar
y Mejoramiento de las Condiciones de
Educabilidad

El Plan Más Vida es implementado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires, dirigido a madres y niños entre 0 y 6 años de edad e incorpora a beneficiarios del Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados en una estrategia integral de fortalecimiento familiar.

El compromiso asumido es generar una respuesta acorde con la grave situación social por la que atraviesan miles de hogares, mediante la implementación de una Estrategia Integral de Cuidado Familiar y Mejoramiento de las Condiciones de Educabilidad, priorizando la inclusión de los hogares en situación de pobreza con embarazadas y/o niños menores de 6 años de edad.

La materialización de acciones nutricionales, de control de salud y aprendizaje para cuidados familiares y proyectos comunitarios, aunados a la conformación de una red social de cuidado familiar, son los ejes sustantivos de la estrategia.

Las acciones nutricionales suponen convertir la usual dación de alimentos en intervenciones nutricionales específicas, efectivas, oportunas, y con alto grado de focalización biológica y social, con el propósito de prevenir el Bajo Peso al Nacer (BPN) y la morbimortalidad infantil. La focalización biológica implica enfatizar la atención del grupo en condición más claramente vulnerable: embarazadas y niños de hasta 24 meses de edad. La focalización social supone privilegiar la incorporación de familias en condición de pobreza.

Las acciones de salud están vinculadas y coordinadas con la entrega de alimentos. Se garantizan controles adecuados mediante la reorganización de las prestaciones del sector salud y se implementa un Sistema de Vigilancia Nutricional. La detección de situaciones de riesgo nutricional derivan en refuerzos sobre la asistencia alimentaria.

El aprendizaje en la acción para cuidados familiares apunta al intercambio de saberes para el desarrollo de prácticas adecuadas en torno a ejes temáticos tales como crianza y desarrollo infantil, cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, salud, alimentación, redes, comunidad y desarrollo local, entre otros. El conocimiento personal proveniente de la tradición familiar como del contexto cultural es enriquecido con el aporte de nuevos contenidos. Así, la posibilidad de contrastar experiencias potencia la

capacidad de reflexión y autonomía sobre las estrategias familiares de vida.

La conformación de la Red de Cuidado Familiar se basa en la articulación de un conjunto de recursos institucionales y comunitarios, y la movilización de las habilidades y saberes individuales o colectivos de las familias. Se resignifican los roles de las operadoras del actual Plan Vida (Manzaneras y Comadres) y se promueve la participación de nuevos actores: los Monitores Sociales, los Promotores de Cuidado Familiar y los Grupos Multifamiliares. Todos ellos interactúan en una red ampliada para la movilización de los recursos comunitarios a través de actividades de capacitación centradas en el fortalecimiento de la familia como ámbito privilegiado para la resolución de necesidades y el desarrollo de proyectos comunitarios que mejoren la calidad de vida de las familias.

La gestión integral del Plan comprende a la totalidad del ciclo de la política pública: la planificación, ejecución y evaluación, propone un abordaje intersectorial y multiactorial, estrategias de intervención coordinadas y constituye un desafío tanto en el nivel provincial como en su desarrollo concreto en el ámbito municipal.

18 | La Estrategia Integral de Cuidado Familiar y Mejoramiento de las Condiciones de Educabilidad tiene como marco el Plan Bonaerense de Desarrollo Económico y Social que impulsa el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. En este sentido, el Ministerio de Desarrollo Social ha iniciado un proceso de reformulación y resignificación de los programas alimentarios que ejecuta, movilizándolo de este modo una significativa inversión de recursos presupuestarios e involucrando a una variada gama de actores gubernamentales, institucionales y comunitarios.

Por medio de un convenio marco firmado entre la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC) y el Ministerio de Desarrollo Social (MDS) se lleva a cabo la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida cuyo propósito es establecer el efecto de las intervenciones nutricionales, de aprendizaje en la acción y de salud que conforman los ejes sustantivos del Plan Más Vida mediante la evaluación externa y objetiva realizada por instituciones independientes del ámbito científico provincial sobre diversos indicadores relacionados con la condición de educabilidad de la población infantil en riesgo social asistida por el Programa y en los diferentes actores e instituciones sociales involucradas.

Evaluación de Impacto

La CIC, organismo responsable de la planificación de la política científico-tecnológica de la Provincia, a través de distintos centros propios y asociados, tiene a su cargo la evaluación de impacto del Plan Más Vida.

Esta evaluación tiene como misión dar a conocer los resultados de la línea de base y los cambios producidos por la intervención del Plan en la población objetivo.

Con el fin de comunicar los resultados de esa evaluación a través de sus distintas etapas, la CIC publica una serie de volúmenes en los que se detallan los resultados obtenidos. Esta sucesión de publicaciones, guarda un correlato con la estructura del proceso evaluativo, por lo que es conveniente enumerar sus diferentes fases: Línea de Base (2003), Impacto Temprano (2004), Impacto Intermedio (2005-2006), Impacto Final (2007).

Se presentan los resultados surgidos durante el trazado de la línea de base*, etapa en la cual se propuso examinar cuál era la situación de los beneficiarios del Plan y su entorno en el año 2003.

*El volumen Nutricional presenta los resultados de la Línea de Base e Impacto Temprano

A su vez, en cada una de las instancias temporales mencionadas, las mediciones se realizan respecto de una serie de indicadores que interesan a los objetivos del Plan. A los mismos se los denomina componentes Nutricional, Desarrollo Psicológico Infantil, Crianza, Condiciones de la Familia y del Niño para la Alfabetización y Alimentario.

En consecuencia, para la publicación de la información obtenida, la CIC edita en primer orden la sucesión de volúmenes a razón de un número por cada componente mencionado, encabezado por una presentación general de la metodología utilizada para llevar a cabo estas evaluaciones.

Acerca de la organización de la Evaluación de Impacto

La CIC suscribió un convenio marco con el MDS a los fines de contribuir a que la evaluación externa del Plan significara un aporte al mejor desarrollo de las políticas sociales implementadas desde el Estado.

Dicho convenio permitió la organización de un ámbito institucional creando una Comisión de Coordinación Ejecutiva (Comisión de Enlace), conformada por representantes del MDS y de la CIC. Asimismo se constituye una Secretaría Ejecutiva en la que participan investigadores

que brindan asesoría metodológica y resguardan la información obtenida, a efectos de conformar una base de datos que permita evaluar tendencias e impacto durante el período convenido.

Se estableció un consorcio de investigación integrado por tres centros: CEREN, Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil, IDIP, Instituto de Desarrollo en Investigaciones Pediátricas del Hospital de Niños de La Plata "Sor María Ludovica" y PROPIA, Programa de Prevención del Infarto en la Argentina de la Universidad Nacional de La Plata.

Introducción



Contexto del estudio

En el marco del convenio de la Comisión de Investigaciones Científicas con el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires para la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida, CEREN centro propio CIC, ha participado por mandato de la Comisión y en línea con su trayectoria de investigación y transferencia en el campo del crecimiento, nutrición, alimentación y desarrollo infantil, en el diseño y ejecución de la evaluación de los conocimientos y prácticas de crianza de las familias beneficiarias*.

* Ver el volumen denominado Metodología de la Evaluación de Impacto, el cual forma parte de esta serie.

El CEREN puso a disposición de la evaluación externa a sus profesionales (pediatras, antropólogos, psicólogos, estadísticos) considerando que los objetivos del plan están estrechamente vinculados con las líneas de trabajo que desarrolla el centro.

** Convenio Marco entre la Comisión de Investigaciones Científicas y el Ministerio de Desarrollo Social, firmado a los 25 días del mes de marzo de 2003.

En cuanto a los antecedentes de la CIC en la temática, cabe señalar que dicho organismo ha sostenido a lo largo de 20 años su interés por la salud y el desarrollo de la infancia en los primeros años de vida, a través del apoyo continuo a sus equipos de investigación** (CEREN, Hospital Noel H. Sbarra). Desde el retorno de la democracia hasta la fecha, distintas instituciones por donde transitan los niños: hogares, jardines de infantes, escuelas, centros de salud, hospitales, comedores, etc., han sido ámbito propicio para la realización de actividades de investigación, capacitación, asistencia y promoción sobre crianza, alimentación y condiciones de alfabetización.

El año 1984 fue el inicio de estudios interdisciplinarios. Mientas el CEREN planificaba y ejecutaba el *Proyecto Colaborativo sobre Estrategias de Alimentación, Crianza y Desarrollo Infantil*¹, primer proyecto de una serie de estudios posteriores, el Hospital Noel H. Sbarra comenzó una línea de investigaciones dentro del Programa Ayuda a la Crianza, que se ha mantenido a través de los años. Los resultados de los mismos han mostrado los efectos y secuelas de la pobreza y desnutrición en los primeros años de vida. Secuelas de orden somático (bajo peso, baja talla, etc.), funcionales (retraso madurativo, alteraciones en el desarrollo), inmunológicas (menores defensas ante las infecciones, mayor número de interurrencias); del desarrollo psicológico (menores puntajes del coeficiente intelectual) y educativas (fracaso escolar, repitencia, deserción, etc.).

Más allá de los objetivos específicos de cada estudio, de las distintas estrategias metodológicas empleadas y de la

particular combinatoria de técnicas, surgieron conclusiones a ser destacadas y que han sido utilizadas como marco teórico de otras investigaciones y/o en la planificación de programas:

- > Los indicadores de pobreza muestran valores más desfavorables en las familias con niños desnutridos respecto de aquellas con hijos eutróficos²³⁴⁵.
- > Paradójicamente, los programas alimentarios estatales tienen menor presencia en las familias con hijos desnutridos. Su mayor utilización por parte de las familias pobres con hijos eutróficos ponen de relieve la contribución de los mismos en la alimentación familiar y su importancia para el crecimiento infantil pero evidencian dificultades en la identificación/captación de población infantil vulnerable⁶.
- > Los conocimientos maternos sobre alimentación son, en su mayoría, adecuados; sin embargo las prácticas alimentarias distan de los mismos y de las normativas sanitarias⁷⁸.
- > La desnutrición del niño queda encubierta bajo un criterio de *normalidad* y motiva la consulta médica cuando se acompaña de otros signos de alarma⁹.
- > Las situaciones de riesgo y retraso del desarrollo psicológico de los niños con desnutrición temprana no son imputables exclusivamente a la desnutrición¹⁰.
- > Se visualiza en las madres vacío de información sobre las etapas del desarrollo y las conductas esperadas. Su promoción no tiene el estatuto que le corresponde, evidenciándose menor atención, dedicación e intencionalidad respecto al que se le otorga al monitoreo de la salud *física*¹¹.
- > El desarrollo emocional de los niños pobres, en relación al funcionamiento del binomio madre-hijo en el primer año de vida, muestra en un número importante de casos, notables alteraciones: hiperfuncionamiento diádico (excitación, ansiedad, incontinencia) o hipofuncionamiento (falta de estímulo, falta de intercambios placenteros, escasa conexión emocional) que obstaculizan el desarrollo y la construcción de la subjetividad del niño¹².
- > En situaciones de pobreza extrema, la vida se reduce a la supervivencia y se precarizan las prácticas de crianza, perpetuándose así el circuito de la pobreza¹³.
- > Pertener a una familia con un niño menor de 2 años desnutrido significa un mayor riesgo de fracaso escolar en sus hermanos¹⁴.

- > La evaluación permanente de programas posibilitaría la recuperación de la información de base, para reorientar las acciones en aquellas zonas que aparecieran como más críticas y sobre las temáticas de mayor relevancia¹⁵.
- > En el caso de las familias deberían articularse los recursos con vistas a optimizar las prácticas de crianza. Muchas veces, la sabiduría materna, no siempre se traduce en acciones satisfactorias por las limitaciones y carencias que supone vivir en situación de pobreza. Uno de los puntos de partida de las acciones a emprender lo constituyen los contextos enriquecedores de apoyo y contención, con los que deberían contar estas madres, muchas veces solas pero en actitud de espera¹⁶.

Los resultados obtenidos y la continuidad en la investigación interdisciplinaria en población de alto riesgo aportaron valiosos insumos para un mejor abordaje de las familias en situación de pobreza.

En el año 2003 el CEREN integró un consorcio de Centros de Investigación para realizar la evaluación externa del Plan Más Vida.

En el diagnóstico inicial (Línea de Base) el centro tiene a su cargo la evaluación de los componentes: Crianza, Desarrollo Psicológico Infantil y Condiciones de la Familia y del Niño para la Alfabetización* de las familias beneficiarias del Plan como condición necesaria para poder evaluar la intervención del mismo. En este volumen se presentan los principales hallazgos del diagnóstico inicial del componente Crianza.

* Dada su especificidad, los resultados de estos dos últimos componentes se presentan en volúmenes independientes.

Marco conceptual de la Crianza

Los modelos de crianza a través de la historia

Las concepciones sobre la infancia, y por lo tanto de la crianza, han cambiado considerablemente a lo largo de los siglos. Estas variaciones tienen que ver con los modos de organización de las sociedades^{17 18}, con los intereses sociopolíticos¹⁹, con el desarrollo de las teorías pedagógicas²⁰ así como con el reconocimiento de los derechos de la infancia en las sociedades occidentales y con el desarrollo de políticas sociales. Por todo ello la infancia, más que una realidad social objetiva y universal, es ante todo producto del consenso social²¹.

Entre estos autores, Lloyd De Mause²², desarrolla una teoría psicogénica de la historia de la infancia planteando una evolución de los modelos de crianza en la cultura occidental, que según su criterio cursa estas etapas:

Infanticidio (Antigüedad-siglo IV): La valoración del niño/niña como ser humano no existía. Se disponía de él como propiedad absoluta.

Abandono (siglos IV-XIII): Se acepta al hijo como poseedor de un alma. Aparece la figura del ama de cría, internación en monasterios, dación en adopción o mantención en abandono afectivo.

Ambivalencia (siglos XIV-XVII): De Dominici a Locke se sostiene la imagen del moldeamiento físico del niño, al que se consideraba como cera blanda o arcilla a la que había que dar forma.

Intrusión (siglo XVIII): Gran transición en las relaciones paterno- filiales. Nace la pediatría que proporcionó la base para los cambios demográficos del siglo XVIII.

Socialización (siglo XIX- mediados del XX): La crianza de un hijo cambió de dominarlo a formarlo, socializarlo. Del método de la socialización derivan todos los modelos psicológicos del siglo XX.

Ayuda (comienza a mediados del siglo XX): Implica la plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, esforzándose para satisfacer sus necesidades peculiares y crecientes.

A partir de la emancipación femenina asociada a la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, el control de la natalidad, etc., la crianza deja de ser tema exclusivo de género, involucrando activamente a ambos padres y a la

familia en general. Los nuevos paradigmas que establecen las ciencias humanas, principalmente la psicología y pedagogía, que se inician a finales del siglo XIX y continúan ininterrumpidamente a lo largo del siglo XX hasta la actualidad, así como el desarrollo de la medicina infantil, proporcionaron las bases necesarias para la consideración científica de la crianza.

Otro proceso que ha contribuido decisivamente a la reflexión y al debate sobre la niñez es el reconocimiento de los derechos de la infancia en las sociedades occidentales y las políticas sociales dirigidas a este grupo. En 1989, las Naciones Unidas aprueba la primera Convención Internacional en la que se acepta que los niños y niñas tienen derechos como todos los seres humanos. Esta dinámica jurídica y de política social sobre la infancia apunta hacia un cambio en los sistemas de relaciones entre adultos y niños, tanto a nivel macro social como de la vida intrafamiliar. A partir de entonces la tendencia se orienta hacia un mayor reconocimiento de los niños en tanto ciudadanos y hacia un mayor reconocimiento y participación social de la infancia en campos diversos de la vida social, superando los esquemas tradicionales de dominación, autoritarismo y paternalismo²³.

Algunas consideraciones

La crianza de los niños es una acción tan común y cotidiana que habitualmente, con las vivencias y conocimientos que disponen los adultos, es ejercida sin dificultades.

Sin embargo, la crianza infantil es objeto de preocupación teórica desde otros ámbitos; numerosos estudios científicos y diversas posturas han sido utilizadas para tratar de explicarla, comprenderla y evaluar su incidencia sobre diversos aspectos de la formación del niño.

Su abordaje se ha realizado desde casi todas las disciplinas: pediatría, antropología, pedagogía, sociología, psicología, psicoanálisis, biología genética, etología, han aportado diferentes perspectivas para su estudio e interpretación.

En los últimos años, desde organizaciones internacionales que trabajan en la infancia, surgieron y se desarrollaron nuevas tendencias y enfoques teóricos con criterios integradores. Según J. Evans²⁴ "la creciente atención internacional que el tema está suscitando responde a la toma de conciencia de que la salud, el desarrollo intelectual, emocional y físico, la socialización y la adquisición de

cultura son elementos que se influyen recíprocamente y están presentes en todos los aspectos de la vida de un niño pequeño”.

“El desarrollo, el crecimiento y la lucha por sobrevivir del niño son procesos simultáneos, inseparables, que se refuerzan recíprocamente. Por tanto, debemos respaldar los programas combinados de supervivencia y de desarrollo del niño.”²⁵

Las principales necesidades de los niños, a saber, la alimentación, la atención de la salud, la promoción del desarrollo, la protección, el amor y el vínculo con el otro, son las mismas para toda la especie humana. Sin embargo, las diferencias radican en la forma en que cada cultura y época dan respuesta a estas necesidades.

Las prácticas de crianza, además, están fuertemente vinculadas con la receptividad, sensibilidad, capacidad de interpretación y expectativas que presentan los dadores de cuidado. Ellas favorecerán el desarrollo integral infantil en tanto impulsen la provisión oportuna y adecuada de condiciones y recursos que promuevan el crecimiento, la salud y estimulen la exploración, la autonomía y el aprendizaje.

* **Conocimientos:** conceptos y saberes de los hechos y las cosas. Dependen sobre todo de la educación recibida. Son conceptos explícitos que se manifiestan individualmente, pero que reflejan aquellos que son comunes a la comunidad, grupo o sector de pertenencia.

Creencias: Son conceptos implícitos que refieren a la pregunta ¿Por qué las cosas deben ser hechas así? e influyen en los conocimientos. Dependen marcadamente de las tradiciones, mitos, religiones y sistemas de valores imperantes en una cultura o grupo.

Patrones y pautas: remiten a lo que se debe hacer. Los patrones aluden a las normas de referencia vigentes en determinada época, dependientes de los conocimientos científicos imperantes en cada sociedad. Las pautas son las orientaciones, guías o recomendaciones de acción predominantes, influidas en diverso grado por los patrones que indica la cultura de pertenencia.

Prácticas: Qué y cómo se hace. Son las acciones de atención resultantes de los conocimientos, creencias, pautas y posibilidades fácticas que tienen los padres o dadores de cuidados.

En el período inicial de la vida es cuando éstas adquieren fundamental importancia, ya que es el momento más crítico, no sólo para el crecimiento físico y el desarrollo, sino también para la formación de la inteligencia, la personalidad y la conducta social. Está demostrado que durante el período del desarrollo del Sistema Nervioso Central, los niños que han tenido una alimentación adecuada e interacciones estimulantes presentan un desvío positivo comparado con otros niños que no han vivido en las mismas condiciones. Por el contrario, las prácticas erróneas llevadas a cabo en esta etapa pueden tener efectos acumulativos y de larga duración o signar irreversiblemente a los individuos. Son numerosos los estudios que señalan que el nacer y crecer en un medio social desfavorable produce problemas en los niños que se traducen en una menor calidad de vida^{26 27 28 29 30 31 32 33}.

Delimitación del marco teórico

La Crianza es el Conjunto de Acciones de Atención a la niñez, basada en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas que presentan los dadores de cuidado.*

Para el posicionamiento en este estudio se han tenido en cuenta:

- > Los Principios Básicos de Derechos Humanos Universales.
- > El Modelo Ecológico Sistémico de la Familia, de Urie Bronfenbrenner³⁴.
- > El Modelo de Atención a la Infancia de Engle, Menon y Haddad³⁵.
- > El "Care Assessment, Analysis and Action Tool", instrumento desarrollado en 1992 y modificado posteriormente³⁶.

Principios básicos de los Derechos Humanos Universales

Uno de los logros de la política social desarrollada en la segunda mitad del siglo XX, fue la defensa de los derechos de la infancia y la familia. Esto se vio facilitado por la normativa internacional promulgada en ese periodo.

El desarrollo humano se define como el progresivo despliegue de las potencialidades físicas e intelectuales de todos los individuos que componen una sociedad, en función de las instancias bioambientales, educativas, económicas y políticas que esa sociedad ofrece.

30 |

Este paradigma, aceptado con entusiasmo por el conjunto de las naciones, fue incorporado al texto de nuestra Constitución Nacional en 1994 (Artículo 41) y otorga a todos los habitantes de la República "el derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano", siendo preciso lograr que todos los individuos desarrollen su capacidad potencial en forma plena, para lo cual se deben crear las condiciones que brinden un óptimo punto de partida -desde la concepción misma- a fin de asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo.

A partir de las metas fijadas en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración de la Conferencia Mundial de Educación para Todos, la Cumbre de los Niños, la Declaración de Salamanca, la Cumbre Mundial sobre los Derechos de la Mujer y otras declaraciones y convenciones internacionales, casi todos los Países Miembros han puesto en marcha -con diferentes resultados hasta el momento- diversos programas y acciones destinados a la niñez. De los Principios de Derechos Sociales Básicos destinados a la infancia, la mayoría de ellos coinciden en destacar que:

- > Por su inmadurez física y mental, *los niños necesitan de alguien que les salvaguarde y les*

cuide. Los niños que viven en circunstancias especialmente difíciles necesitan una consideración especial.

- > Todos los niños, sin distinción de sexo, raza, lengua, religión, etc., *deberán tener la oportunidad de desarrollarse en todo su potencial*.
- > Padres y familia, cualquiera sea su definición – hombres y mujeres– tienen la *responsabilidad primordial de criar, desarrollar y educar a sus hijos*.
- > Los gobiernos deberían establecer una política tal que genere un ambiente propicio para que las familias y comunidades puedan *cumplir la responsabilidad de criar y proteger a sus hijos*.

El Modelo Ecológico Sistémico de la Familia

A partir de 1979, Urie Bronfenbrenner³⁷ ha sentado las bases de un modelo para el estudio del sistema familiar donde se lleva a cabo la crianza de los niños, que sigue siendo de referencia obligada. Este autor, reconociendo la influencia que ejerce el contexto sobre las relaciones sociales, formula un esquema donde las relaciones interpersonales forman parte de sistemas más complejos sometidos a influencias sociales, culturales e históricas.

La conjunción de estos factores lleva a una visión de la familia y de las prácticas de crianza como un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas, enmarcado en múltiples contextos de influencia que son factibles de sufrir procesos de cambio.

Desde esta perspectiva, conceptualiza un marco de análisis que incluye:

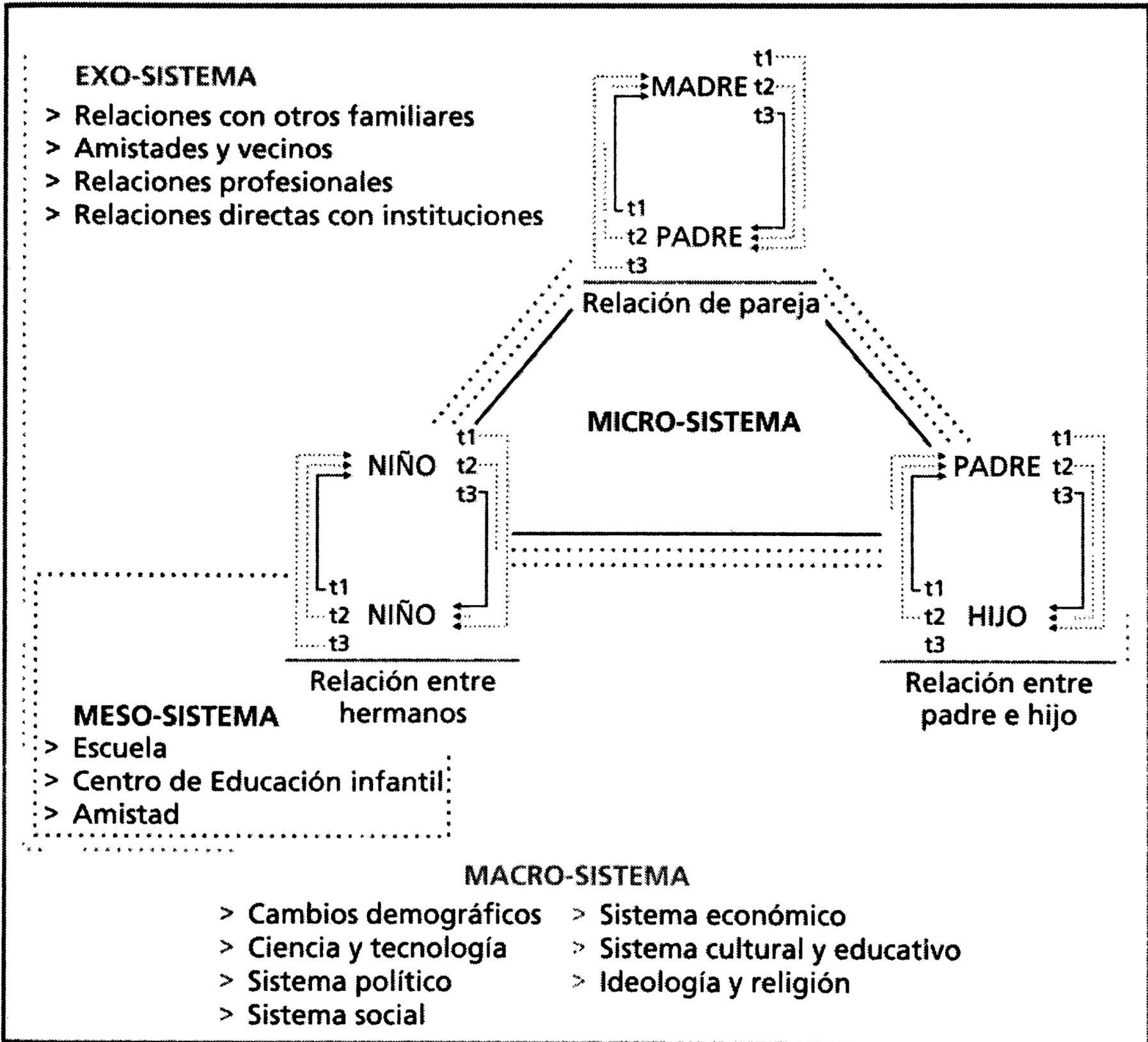
- > **Microsistema:** es el sistema más próximo al niño. Comprende el conjunto de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente inmediato en que vive y se desenvuelve (ej.: microsistema familiar: dador de cuidados, madre, padre, relación de pareja, hijos, hermanos).

Dadores de Cuidado: Durante el transcurso de su vida el humano se relaciona con numerosos pares que van modelando su formación. Entre las influencias más importantes se encuentran las relativas a la *calidad de las interacciones entre el niño y los adultos significativos*, en

especial el padre y la madre. Estos *interpretan* el mundo para sus hijos, a partir de sus propias concepciones, que dependen a su vez de sus propias experiencias de vida. La familia juega un rol central, y la parentalidad consiste a su vez en un proceso constructivo a partir del juego de significaciones sociales que la invisten y determinan. De muy diferente tenor será la cualidad parental de sujetos expuestos a condiciones de vida diferentes, algunas de las cuales permiten un rico juego de interacciones e intercambios a partir de proyectos que pueden plasmarse, de aquellas otras condiciones referidas únicamente a la supervivencia inmediata.

- > **Mesosistema:** conjunto de relaciones entre dos o más microsistemas en los cuales la persona en desarrollo participa de manera activa, entre los cuales existen influencias recíprocas y solapamientos. Refiere a los espacios y relaciones que se dan en los siguientes ámbitos: escuela, servicios de salud, iglesias, otras instituciones comunitarias, grupo de amistades, etc.
- > **Exosistema:** si bien el niño no participa directamente, este sistema comprende estructuras sociales formales e informales que influyen y delimitan lo que ocurre en el ambiente más próximo. Pueden ser estructuras institucionales, familia extensa, red vecinal, condiciones y experiencias laborales de los adultos, etc.
- > **Macrosistema:** es el sistema más distal respecto al individuo. Refiere al sistema social, económico, cultural, político y educativo (comprende los valores culturales, las creencias, situaciones e historia que definen a la comunidad de pertenencia).

En este estudio, sin perder de vista las causales macro, exo y meso, se indagan aspectos de la crianza ubicados en el microsistema familiar y dentro de él, se toma como informante al dador de cuidados.



Cuadro 1. Modelo de la Ecología del Desarrollo Humano
 Fuente: Bronfenbrenner³⁸, Sameroff³⁹

El Modelo de Atención a la Infancia

La mayoría de los países en desarrollo que presentan altos índices de pobreza y desocupación -y por lo tanto niños en riesgo biosocial-, realizan fundamentalmente acciones que apoyan dos necesidades básicas: salud y nutrición, programando estrategias de ayuda alimentaria, vigilancia nutricional y fortalecimiento de la calidad de la atención primaria de la salud.

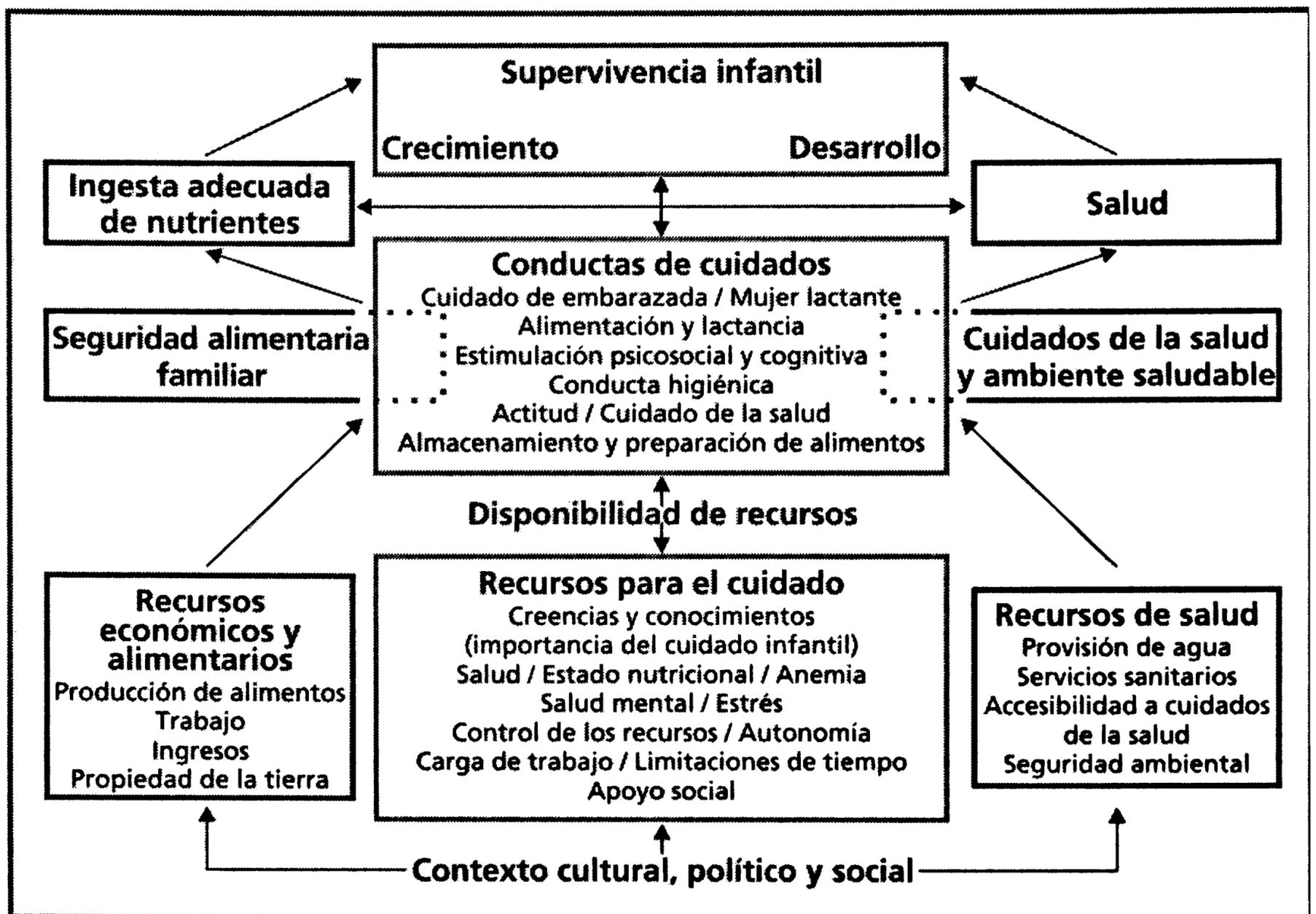
A pesar de estos esfuerzos y de todas las acciones que se han llevado a cabo en las últimas décadas, los problemas nutricionales siguen persistiendo y las cifras y consecuencias de un desarrollo infantil vulnerado son altísimas, evidenciándose una polarización entre regiones

y sectores cada vez más dramática.

UNICEF, como organismo de Naciones Unidas especialmente dedicado a promover el bienestar infantil, ha producido documentos innovadores en el campo de la alimentación en los primeros años de vida y de la atención integral que se le debe brindar a la infancia.

Basado en los derechos de los pueblos a gozar de una nutrición adecuada, el modelo conceptual del UNICEF sobre atención en materia de nutrición, vincula la Seguridad Alimentaria, la Atención de la Salud y las Prácticas de Crianza.

Siguiendo los conceptos enunciados en distintas publicaciones de UNICEF^{40 41 42 43} sobre el tema, hemos tenido en cuenta el modelo de cuidados expandido:



Cuadro 2. Modelo de Cuidado Expandido
Fuente: UNICEF⁴⁴

Conductas de cuidados

Se refieren a las prácticas que dispensan las personas en el hogar, que transforman la seguridad alimentaria y nutricional y los recursos sanitarios en crecimiento y desarrollo del niño. Estas prácticas incluyen:

- 1) la atención destinada a las mujeres, incluida la dirigida a las mujeres embarazadas y en período de lactancia
- 2) La lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria
- 3) La atención psicosocial
- 4) Las prácticas de atención de la salud en el hogar
- 5) La higiene
- 6) La preparación de los alimentos

Estas prácticas no son importantes por sí solas, la manera en que se realizan –con afecto y sensibilidad hacia los niños- representa un aspecto crucial para el crecimiento y el desarrollo infantil.

En casi todas las sociedades, las madres son las proveedoras de cuidados. Sin embargo, esta responsabilidad no está reservada únicamente a ellas: los padres, los abuelos, otros miembros adultos de la familia, los hermanos y hermanas, los miembros de la comunidad, proporcionan atención a los niños y a las mujeres, y controlan de distinta manera y en grados diversos los recursos que afectan la calidad de la atención prodigada por la madre. Por lo tanto a los que llevan a cabo estas prácticas se los denomina *dadores de cuidados* en forma genérica.

Las necesidades básicas de los niños pequeños que deben ser cubiertas por el dador de cuidados son:

- > Alimentación adecuada
- > Protección física
- > Cuidados de la salud
- > Establecimiento de vínculo niño-dador de cuidado
- > Ambiente seguro y estimulador
- > Promoción psicosocial:
Estimulación del lenguaje y otras pautas del desarrollo
- > Ayuda a la generación de:
 - > Autoconfianza
 - > Autocontrol
 - > Independencia
 - > Socialización

Disponibilidad de recursos

Para que las personas que proporcionan atención puedan llevar a cabo sus obligaciones necesitan recursos. Los *recursos humanos, económicos, alimentarios y de salud* contribuyen a la prestación de atención en los niveles familiar, comunitario y nacional.

Respecto de los *recursos humanos*, a nivel familiar interesan los conocimientos, las creencias y el nivel de educación de las personas que dispensan la atención, así como su nivel de salud física y mental y autoestima. También se incluyen las personas de reemplazo dedicadas a la atención y los servicios de atención de la comunidad, así como el apoyo de distinto tipo de los miembros de la familia ampliada y de la comunidad.

Los *recursos económicos y alimentarios* se refieren sobre todo al grado de acceso y control de dichos recursos.

Los *recursos en materia de salud* contemplan tanto la posibilidad de acceso a los servicios de salud como las condiciones del hábitat que brindan seguridad ambiental.

36 | "Care Assessment, Analysis and Action Tool" (C.A.T.)

Uno de los documentos rectores UNICEF⁴⁵ propone una síntesis de los diversos métodos de evaluación de las prácticas y recursos siguiendo el modelo de los Procedimientos de Asesoría Rápida para programas de nutrición y atención primaria de la salud⁴⁶. Dentro de ellos, se recomienda el uso de una prueba piloto inicial para analizar su adaptación en el contexto local: el *Modelo de Evaluación de Indicadores Potenciales Nivel País y Posibles Indicadores de las Seis Pautas de Crianza*.

Este instrumento, desarrollado por P. Engle en 1992⁴⁷ y modificado posteriormente: "Care for Life"⁴⁸ enumera un conjunto de variables e indicadores sobre creencias y prácticas referidas a: atención de la mujer, lactancia materna, nutrición, atención psicosocial, preparación de los alimentos, prácticas de higiene y prácticas de salud en el hogar.

En los organismos internacionales que tienen incumbencias en normativas de salud para la población (OMS, OPS, SCN, UNICEF, PNUD, etc.), existe amplio consenso sobre la forma de evaluar, tanto a nivel individual como poblacional, algunos indicadores que se relacionan con el crecimiento y desarrollo de los niños: el nivel educacional, el nivel socioeconómico, el estado nutricional, el cociente intelectual, etc. No es el caso de las prácticas de crianza,

que también inciden en las variables. Hasta el momento, no existe una herramienta estandarizada para su evaluación y posiblemente habrá que discutirlas y establecerlas para cada región y situación en particular.

Los esfuerzos por medir y cuantificar las prácticas de crianza, se han visto dificultados por problemas teóricos y metodológicos; estos surgen principalmente porque la crianza abarca una serie de comportamientos interrelacionados difíciles de resumir en pocas variables. Evaluar la calidad de la crianza implica ponderar simultáneamente una variedad de prácticas no siempre susceptibles de objetivación y cuantificación. Además, la mayoría de ellas son específicas para cada edad, lo que agrega complejidad a las mediciones.

Por otra parte, éstas prácticas no siempre son *medibles* en sentido estricto: no remiten a propiedades para las cuales exista, o pueda existir, una escala e instrumentos de medición estandarizados. En muchos casos, por el contrario, se trata de propiedades cuyas definiciones operativas, para poder asignar un valor al estado de las unidades de observación, exigen conteos o clasificaciones*.

* Sobre las operaciones de medición, conteo y clasificación, véase Marradi 1981.

Finalmente, no existen recomendaciones internacionales precisas lo que dificulta el desarrollo de indicadores universales y la selección de puntos de corte para definirlos.

En el diseño de la encuesta utilizada para esta evaluación, se ha tenido en cuenta este instrumento como así también la experiencia previa que se obtuvo de la encuesta aplicada en el Proyecto colaborativo sobre Alimentación, Desarrollo y Prácticas de Crianza⁴⁹.

A modo de síntesis

Desde el nacimiento, el niño comienza a aprender a ser humano; nace dentro de un grupo, generalmente una familia, que protagoniza un rol único proporcionándole contribuciones vitales a través de la crianza que le brinda.

Esta es la suma coherente y sinérgica de acciones que garantizan al niño protección, cuidados de la salud, nutrición y promoción de su desarrollo en aspectos psicosociales y cognitivos.

Durante toda su infancia, a través de la crianza impartida, el niño va desplegando y enriqueciendo su potencial genético, creciendo y desarrollándose, asumiendo

determinadas formas de actuar, pensar y sentir.

Las prácticas de crianza adquieren fundamental importancia durante los primeros años de vida, ya que es el período más vulnerable tanto para el crecimiento físico, como para la formación de la inteligencia, personalidad y conducta social.

Con relación a la alimentación, la nutrición, las formas de crianza y educación infantil, existe todo un corpus de conocimientos y creencias que forman parte de cada sociedad y de los subgrupos que la integran.

Habitualmente no se tiene conciencia de ellos porque se toman por naturales y se dan por hechos: han formado parte de la propia crianza, están en los productos e instituciones culturales y sociales, forman parte de las experiencias cotidianas compartidas. Rodrigo M. J. y Palacios J.⁵⁰ señalan que en cada sociedad -especialmente en el caso de las sociedades industriales y post industriales- existe una gran diversidad ideológica, con distintos grupos sociales que presentan varias formas y niveles de apropiación de la cultura y sus productos.

38 |

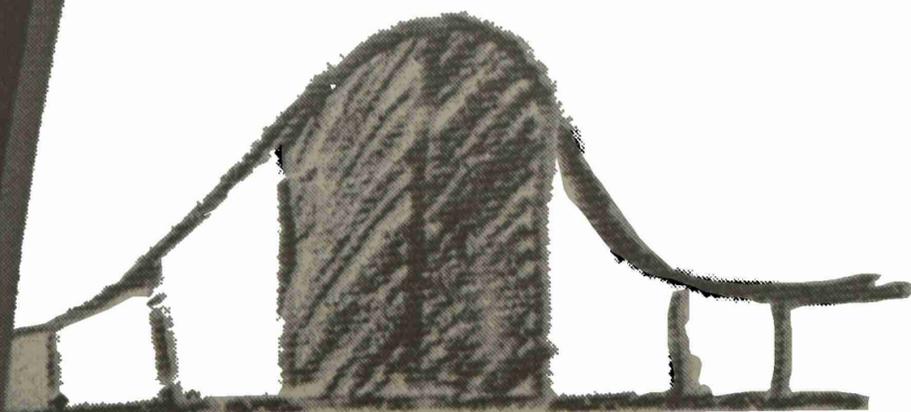
Así, la crianza, por *dada* y espontánea que parezca, no se da en el vacío, se construye sobre marcos de referencia pre-existentes en la cultura, sociedad y grupo de pertenencia. Aunque la crianza tenga la apariencia de *improvisación*, se trata de un comportamiento planificado a la vez que implícito.

Es muy importante que los padres reciban asesoramiento y apoyo para discernir sobre la conveniencia de utilizar estrategias diversas o alternativas en función de la edad, del estilo de comportamiento de su hijo o de las situaciones conflictivas que se plantean.

Los cambios que se propongan -en el caso de constatarse que debiera ser así-, deben estar muy bien identificados, fundamentadas las razones de los mismos, con estrategias consistentes y sostenidas y comprometida la comunidad.

En materia de políticas sociales a nivel mundial, uno de los logros de las últimas décadas es el posicionamiento referido a defensa de la infancia y la familia. En ese sentido, los actuales esfuerzos del gobierno en apoyar programas que trascienden la asistencia alimentaria, fortaleciendo la capacidad de las familias en la crianza, constituyen un desafío innovador y promisorio.

Metodología



Generalidades

Conforme lo expresado en el marco conceptual, para la selección y ordenamiento de las dimensiones, variables e indicadores registradas en este estudio de carácter extensivo*, se consideraron los lineamientos y criterios sostenidos por diferentes organismos y por especialistas en la infancia, sobre los cuales hay consenso en la comunidad científica nacional e internacional^{51 52 53 54 55 56 57 58}

* La naturaleza del estudio imposibilitó el abordaje en profundidad de la crianza mediante la utilización de enfoques y herramientas cualitativas, de suma importancia para aprehender la complejidad que esta problemática engloba.

En general, ellos plantean que las dimensiones que deben ser incluidas en cualquier estudio tendiente a relevar las pautas de crianza en distintas comunidades y/o sectores sociales, son prioritariamente las siguientes:

- > **La atención de la mujer** (los cuidados que recibe la dadora de cuidados, su capacidad para brindar atención, las condiciones del entorno y los factores facilitadores de la crianza)
- > **Los conocimientos, creencias y prácticas de lactancia materna, de alimentación complementaria** (oportunidad de incorporación de distintos alimentos, tipo de comidas, calidad y valor nutricional de los primeros alimentos, adecuación a la maduración psicomotriz, higiene y preparación de alimentos, estilo de alimentación)
- > **La atención psicosocial** (percepción, expectativas y respuesta del dador de cuidados a las diversas necesidades para el desarrollo psicosocial)
- > **Los cuidados de salud en el hogar** (condiciones de higiene, prácticas de atención de salud, niveles de alarma, oportunidad de demanda de atención)

A partir de dichas dimensiones, y en función de la información vinculada a la crianza de estudios poblacionales nacionales o provinciales así como en las normas y metas establecidas para la salud materno-infantil, se eligieron -para cada una de ellas- algunas variables y se definieron sus correspondientes indicadores a los fines de su operacionalización y posterior análisis.

Las variables sustantivas del presente componente se distribuyen en las dimensiones mencionadas de la siguiente manera:

- > **Dimensión: Cuidados durante el embarazo, parto y puerperio**
 - > Variable: Control de salud

- > Indicador:
Número de controles ginecológicos anuales
- > Variable: Planificación familiar
 - > Indicadores:
Promedio de niños por familia
Métodos de control de la natalidad utilizados
Embarazo adolescente
- > Variable: Atención prenatal
 - > Indicadores:
Mes de inicio del control
Número de controles
Dación de hierro y suplemento vitamínico
Preparación para la lactancia
- > Variable: Cuidados y Alimentación durante el embarazo
 - > Indicadores:
Hábito de fumar
Creencias sobre alimentación durante el embarazo
Apoyo familiar durante el embarazo
- > Variable: Control posparto
 - > Indicador:
Oportunidad de la consulta posparto
- > **Dimensión: Lactancia materna**
 - > Variable: Iniciación a la lactancia
 - > Indicador:
Porcentaje de madres que pusieron al pecho a su hijo (de 0 - 2 años) al nacer
 - > Variable: Duración de la lactancia materna exclusiva
 - > Indicador:
Porcentaje de niños de 0 - 2 años que recibieron leche materna como único alimento menos de 4 meses
Porcentaje de niños de 0 - 2 años que recibieron leche materna como único alimento entre los 4 a 6 meses
Porcentaje de niños de 0 - 2 años que recibieron leche materna como único alimento más de 6 meses

- > Variable: Duración de la lactancia materna
 - > Indicador:
Tiempo, en meses, de alimentación al pecho
- > Variable: Causas de suspensión de la lactancia
 - > Indicador:
Porcentaje de niños que no reciben pecho según razones de suspensión
- > Variable: Creencias sobre la lactancia materna
 - > Indicador:
Creencias sobre tiempo de lactancia exclusiva, total, motivos de destete
- > **Dimensión: Alimentación**
 - > Variable: Conocimientos básicos en alimentación y nutrición
 - > Indicadores:
Conocimientos sobre frecuencia del consumo de carne
Conocimientos sobre frecuencia del consumo de frutas y verduras
Conocimientos sobre prevención de anemia
Conocimientos sobre oportunidad de introducción de cárneos
 - > Variable: Conocimientos sobre alimentación complementaria
 - > Indicador:
Conocimientos sobre edad oportuna de introducción de alimentos
 - > Variable: Alimentación adaptada a las aptitudes psicomotrices
 - > Indicadores:
Conocimientos sobre edad del uso de utensilios
Conocimientos sobre inicio del proceso masticatorio
 - > Variable: Momento de incorporación a la mesa familiar
 - > Indicador:
Edad de introducción de alimentación completa

- > Variable: Primera comida diaria
 - > Indicadores:
 - Frecuencia del desayuno familiar
 - Composición del desayuno familiar
- > **Dimensión:** Atención psicosocial del niño pequeño
 - > Variable: Receptividad y promoción oportuna del desarrollo
 - > Indicadores:
 - Frecuencia, tipo y oportunidad de cantos
 - Frecuencia, tipo y oportunidad de narración de cuentos
 - Frecuencia, tipo y oportunidad de lectura de cuentos
 - Frecuencia, tipo y oportunidad de observación de imágenes en libros
 - Frecuencia, tipo y oportunidad de juegos, conocimientos sobre importancia del juego, edad de oferta de lápiz y papel
 - > Variable: Conductas disciplinarias
 - > Indicadores:
 - Frecuencia del control disciplinario por castigo físico
 - Frecuencia del control disciplinario verbal
 - Frecuencia del control disciplinario por penitencia
- > **Dimensión:** Cuidados de Salud de los Niños
 - > Variable: Niveles de alarma
 - > Indicadores:
 - Conductas frente a diarrea
 - Conductas frente a infecciones respiratorias agudas
 - Conductas frente a fiebre
 - > Variable: Creencias sobre desnutrición
 - > Indicadores:
 - Conocimientos sobre la buena alimentación
 - Conocimientos sobre prevención de la desnutrición
 - > Variable: Cuidados de la salud bucal
 - > Indicadores:
 - Frecuencia y motivo de la consulta

odontológica

Edad de primer consulta odontológica

* Otro conjunto de indicadores correspondientes a esta dimensión han sido considerados variables de base (abastecimiento de agua, eliminación de aguas servidas, etc.)

- > **Dimensión:** Condiciones sanitarias* y Protección en el Hogar
 - > Variable: Eliminación de plagas
 - > Indicadores:
 - Tratamiento de basura
 - Uso y tipo de medidas para combatir moscas, mosquitos y roedores
 - > Variable: Conservación de alimentos
 - > Indicador:
 - Lugar de almacenamiento de alimentos percederos y no percederos
 - > Variable: Condiciones sociosanitarias del hogar
 - > Indicadores:
 - Sistema de abastecimiento de agua
 - Sistema de eliminación de excretas
 - Ubicación de la fuente del agua
 - Ubicación del sanitario

Caracterización social de las familias

Para caracterizar las familias a las que pertenecen los beneficiarios del Plan Más Vida en sus diversas categorías, se seleccionaron variables de base que expresan sus peculiaridades sociodemográficas y habitacionales, las que se evaluaron a través de los siguientes indicadores:

- > Tipo de familia (nuclear, incompleta, extendida)
- > Tamaño de familia
- > Número de hijos
- > Familias con niños en edad escolar que no concurren a la escuela
- > Escolaridad del jefe y cónyuge
- > Ocupación del jefe de familia y cónyuge (condición ocupacional, categoría y sector de ocupación)
- > Tasa de dependencia
- > Características de la vivienda y de los servicios sanitarios
- > Hacinamiento

Para su relevamiento se diseñó una encuesta *ad hoc* semiestructurada teniendo en cuenta los distintos

segmentos identificados como poblaciones objetivo, a saber:

- a) embarazadas
- b) madres con niños de hasta 12 meses
- c) niños de 12 a 24 meses
- d) niños de 24 a 72 meses

La encuesta se compone de 125 preguntas organizadas en 5 formularios*:

- > **Formulario 1:** contiene datos generales del hogar (características sociodemográficas, ocupacionales, de vivienda)
- > **Formulario 2:** indaga los *conocimientos/creencias sobre alimentación, salud y desarrollo* de la madre o responsable de cuidados infantiles dentro del hogar (las preguntas se plantean en abstracto y sin referencia a un hijo o situación particular).
- > **Formulario 3:** releva *prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio* de la informante sobre su embarazo actual y/o sobre el embarazo de un hijo de 0-1 año.
- > **Formulario 4:** releva *prácticas de alimentación y promoción del desarrollo* referidas a los hijos comprendidos dentro del rango 0-24 meses de edad**.
- > **Formulario 5:** releva particularmente *prácticas de atención psicosocial* llevadas a cabo por las madres/cuidadores en torno a todos los hijos cuyas edades se encuentren comprendidas dentro de los 24-72 meses de edad**.

* Ajustes en la dinámica del trabajo de campo con el equipo del PROPIA hicieron que el Formulario 6: "Soporte institucional y problemas del barrio", tendiente a caracterizar y relevar el contexto general de la ayuda, asistencia y uso de recursos barriales por parte de las familias y los problemas y necesidades que resuelven, no pudiera ser aplicado en todos los casos, habiéndose registrado sólo en algunos barrios, razón por la cual se excluye del análisis.

** Se completan tantos formularios como niños beneficiarios del Plan Más Vida de esa edad integren el hogar.

Trabajo de campo

El trabajo de campo abarcó un período de tres semanas y se desarrolló en dos etapas***.

En el diseño muestral se trabajó con la familia como unidad de análisis debido a que la información de base de los padrones estaba organizada por barrio, manzanas y familias, además del listado de todos los beneficiarios. Esta decisión facilitó además el ingreso a los puntos muestrales a través de las manzanas.

Las familias encuestadas residen en veinte barrios correspondientes a los once distritos seleccionados, a saber:

*** La primera corresponde al lapso comprendido entre el 17 y 28 de marzo de 2003, la segunda corresponde a la semana del 7 al 11 de abril de 2003.

- > José Luis Cabezas y 5 de Mayo (Ensenada)
- > Loma Verde, Don Marcelo, Barrio Grande y Transradio (Esteban Echeverría)
- > Villa Argentina, Villa Aurora, Santo Tomás, Villa del Plata y Ricardo Rojas (Florencio Varela)
- > Barrio Raffo (General Rodríguez)
- > Barrio Roca (Hurlingham)
- > Barrio El Encuentro (Ituzaingó)
- > Barrio Blanco (Morón)
- > Villa La Rosa y Barrio Carumbé (Pilar)
- > Barrio San José (San Fernando)
- > Barrio 7 de Septiembre (San Nicolás)
- > Barrio El Arco (Tigre)

El equipo de quince encuestadores estuvo integrado mayoritariamente por graduados o alumnos avanzados de Sociología, Trabajo Social, Psicología y Antropología Social con experiencia previa.

Resultados del trabajo de campo

Total de familias encuestadas: 1460

Total de beneficiarios sobre los que se relevó información: 1874

Promedio de beneficiarios/familia = 1.3

Tipo de beneficiarios	N	%
Embarazadas	215	11.5
Niños de 0-12 meses	518	27.6
Niños de 12-24 meses	195	10.4
Niños de 25 a 72 meses	946	50.5
Total	1874	100

Cuadro 3. Proporción de beneficiarios, según categorías de beneficiarios del Plan.

Análisis de información del presente componente

La presentación de resultados consiste en la descripción de las variables sustantivas e indicadores a través de la distribución de frecuencias y en su asociación con variables de base utilizando el Test de Chi² para establecer su significación estadística*.

* En el volumen Metodología de la Evaluación de Impacto se presenta un desarrollo exhaustivo del análisis descriptivo, explicativo y de las pruebas estadísticas empleadas.

Cuando se dispone de información, se establece la comparación con la obtenida en otros estudios sean nacionales, llevados a cabo en la Provincia de Buenos Aires y/o en el conurbano bonaerense.

Para el caso de las variables de base, que apuntan a la caracterización sociodemográfica, ocupacional y habitacional de la muestra, su comparación se realizó con los valores estimados por el INDEC para el conurbano bonaerense (Encuesta Permanente de Hogares -EPH-, onda de mayo de 2003). A fin de homologar ambos conjuntos, se consideraron hogares en similar etapa del ciclo de vida familiar a través del filtrado de la base usuario excluyendo a los hogares unipersonales y tomando como parámetro de inclusión, la edad promedio y el desvío standard de la madre/cónyuge de la muestra objeto de evaluación*.

* El filtro de la EPH incluyó hogares con mujeres/cónyuges de 20 a 38 años.

Por otra parte, algunas variables sustantivas consideradas relevantes fueron agrupadas y ponderadas con el objeto de construir índices globales correspondientes a las diferentes dimensiones de análisis.

Para la mayoría de las dimensiones, a cada variable se le asignó 0 punto cuando la respuesta no se ajustó a la normativa y 1 punto cuando fue considerada adecuada, excepto en las relacionadas con la *atención psicosocial*. En ellas, las variables asumen otros valores: 0, 1 y 4 puntos.

Los ocho índices generados son:

48

- 1) **Control reproductivo:** incluye control ginecológico, control de la natalidad, oportunidad del primer control de embarazo, número de controles de embarazo, control posparto, oportunidad del control posparto.

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 6 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

- > 0-2 puntos: inadecuado
- > 3-4 puntos: regular
- > 5-6 puntos: adecuado

- 2) **Cuidados durante el embarazo:** incluye tabaquismo, preparación para la lactancia, ayuda durante el embarazo, aportes nutrientes (recepción de hierro y de vitaminas), autocuidado.

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 7 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

- > 0-3 puntos: inadecuado
- > 4-5 puntos: regular

> 6-7 puntos: adecuado/satisfactorios

- 3) **Lactancia materna:** incluye iniciación a la lactancia, duración de lactancia exclusiva, edad de incorporación de otra leche, edad de incorporación de otros líquidos.

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 4 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

> 0-2 puntos: inadecuado

> 3 puntos: regular

> 4 puntos: adecuado

- 4) **Conocimientos y creencias sobre alimentación infantil:** incluye opinión sobre tiempo de lactancia materna exclusiva, edad de incorporación de las primeras papillas, edad de incorporación de carnes, frecuencia semanal de consumo de carne, frecuencia semanal de consumo de frutas y verduras, edad de incorporación de alimentación completa, alimentos que previenen la anemia, oportunidad de manejo de utensilios para comer, oportunidad de introducción de alimentos trozados.

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 9 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

> 0-4 puntos: inadecuado

> 5-7 puntos: regular

> 8-9 puntos: adecuado

- 5) **Atención psicosocial del niño de 1-2 años:** incluye la frecuencia de cantos, cuentos, lectura/mostración de libros, frecuencia de lectura, organización de juegos.

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 16 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

> 0-6 puntos: inadecuado

> 7-12 puntos: regular

> 13-16 puntos: adecuado

- 6) **Atención psicosocial del niño de 1-2 años:** incluye edad inicio ofrecimiento de papel y lápiz, oportunidad y frecuencia de práctica de cantos,

frecuencia y edad de inicio de las prácticas de: cuentos, lectura/mostración de libros, organización de juegos.

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 32 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

- > 0-16 puntos: inadecuado
- > 17-22 puntos: regular
- > 23-32 puntos: adecuado

- 7) **Conocimientos sobre cuidados de la salud del niño:** incluye conducta frente a episodios de diarrea, infecciones respiratorias agudas, fiebre; conveniencia de control bucodental y edad adecuada de consulta.

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 5 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

- > 0-2 puntos: inadecuado
- > 3 puntos: regular
- > 4-5 puntos: adecuado

- 8) **Condiciones en el hogar:** incluye variables de base tales como tipo de vivienda, tipo de sanitario, disponibilidad de agua corriente, ubicación de la fuente de agua, eliminación de aguas servidas, eliminación de basura, eliminación de insectos y roedores, disponibilidad de mobiliario para almacenar alimentos frescos y secos

El puntaje máximo que puede asumir este índice para cada respondente es de 9 puntos.

En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías:

- > 0-5 puntos: inadecuado
- > 6-7 puntos: regular
- > 8-9 puntos: adecuado

Resultados

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



100
99
98
97
96
95
94
93
92
91
90
89
88
87
86
85
84
83
82
81
80
79
78
77
76
75
74
73
72
71
70
69
68
67
66
65
64
63
62
61
60
59
58
57
56
55
54
53
52
51
50
49
48
47
46
45
44
43
42
41
40
39
38
37
36
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Caracterización social de la población estudiada

Luego de un breve marco teórico, se presentan los resultados de la caracterización social de las familias.

Introducción

Tal como se planteó en el marco conceptual, si bien la crianza de los niños se ubica de manera privativa en el ámbito familiar, está definida y depende en gran medida del contexto macrosocial dentro del cual se inscriben las condiciones de vida de las familias.

La familia "se constituye y acota en función de sus interrelaciones con las demás instituciones sociales, nunca fue ni podrá ser un espacio ajeno o aislado de las determinaciones sociales más amplias: en este sentido, la familia no constituye un mundo *privado*. Más bien, el mundo privado de cada sujeto social se construye a partir de las relaciones y los controles sociales dentro de los cuales se desarrolla la cotidianeidad"⁵⁹. Esto implica concebirla no como unidad aislada ni identificar *lo doméstico* con *lo privado* en contraposición con el ámbito público *exterior* a la intimidad de la familia. Ella se ve conformada en relación al mundo público de los servicios, de la legislación, del control social, de la cambiante definición del ámbito de aplicación de la medicina, de los mecanismos de regulación de las imágenes sociales prevaletes sobre la familia y la normalidad, de las instituciones educativas, etc.⁶⁰

53

Contexto socioeconómico del país en las últimas dos décadas

Durante la década de los '80 nuestro país, como gran parte de los países de América Latina, enfrenta una profunda crisis que implicó una aguda contracción económica, una disminución de los ingresos con mayor desigualdad en su reparto e inequidad en la distribución de bienes y servicios. En 1980 la pobreza afectaba en América Latina al 38% de la población y en 1990 a una cifra cercana al 50%. La década del 80 al 90 ha sido una década de avance casi arrollador de la pobreza en la región⁶¹, preocupación que se refleja en la organización de reuniones internacionales y conferencias regionales como la realizada en Quito en 1990.

La década de los '90 se inicia entonces en el marco de una recesión económica persistente y de un creciente deterioro de las condiciones de vida para amplios conjuntos sociales.

Las políticas de ajuste implementadas para superar la

recesión económica afectaron el crecimiento del empleo, el comportamiento de los salarios y la distribución del ingreso agravando la situación, profundizando el estancamiento y produciendo inéditos índices de pobreza.

La estructura social del país se vio modificada fundamentalmente por la incorporación de nuevos sectores al universo de la pobreza. Muchas familias de clase media vieron reducir sus ingresos por debajo de la línea de pobreza*, conformando la categoría de los pauperizados, empobrecidos o nuevos pobres⁶².

Numerosos estudios muestran incrementos significativos en la proporción familias con ingresos inferiores a la línea de pobreza, es decir con ingresos que no les permiten atender, de acuerdo con pautas culturales de consumo de la sociedad, las necesidades de alimentación, salud, transporte, vivienda y educación.

Por otra parte los pobres estructurales, medidos a través del método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), disminuyen ocho y cinco puntos entre 1980 y 2001 a nivel nacional y de la Provincia de Buenos Aires respectivamente (Tabla 1).

* La línea de pobreza presupone la determinación del valor de una canasta básica de bienes y servicios. Serían pobres aquellos hogares con ingresos inferiores al valor de la línea de pobreza, en tanto no pueden cubrir con sus ingresos, por medio de la compra de bienes y servicios, el costo de esa canasta necesaria para cubrir necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales. Para calcularla es necesario contar con el valor de la CBA y ampliarlo con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) a fin de obtener el valor de la canasta básica total (CBT). En abril de 2003, en el GBA, el valor de la CBT = \$ 232.28 para un adulto equivalente. De esto se desprende que la proporción del gasto destinada a alimentos es el 46% del gasto total.

54

	1980		1991		2001	
	Hogares	Población	Hogares	Población	Hogares	Población
Total País	22.3%	27.7%	16.5%	19.9%	14.3%	17.7%
Buenos Aires	19.9%	24.3%	14.7%	17.2%	13.0%	15.8%

Tabla 1. Hogares y población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Total País y Provincia de Buenos Aires. Años 1980, 1991, 2001.

Fuente: INDEC, Censos de población 1980, 1991, 2001

Si comparamos para 2001 los valores de hogares y población con NBI de la Provincia de Buenos Aires respecto del total nacional, se observa una menor proporción de hogares y de población con NBI. Sin embargo, los partidos del conurbano superan el promedio provincial e igualan los valores nacionales (Tabla 2).

Para considerar que el hogar y sus integrantes son pobres, se compara el valor de la CBT que le corresponde (en función de su tamaño y su composición por sexo y edad) con el ingreso total familiar de dicho hogar. Si el mismo se ubica por debajo del valor de la CBT que le corresponde (su LP), ese hogar es pobre.

>>

	Hogares			Población		
	Total	Con NBI	% NBI	Total	Con NBI	% NBI
Total País	10.075.814	1.442.934	14.3	35.927.409	6.343.589	17.7
Provincia Buenos Aires	3.921.455	508.671	13.0	13.708.902	2.161.064	15.8
24 Partidos GBA	2.384.948	346.613	14.5	8.639.451	1.518.319	17.6
Ciudad Buenos Aires	1.024.540	72.658	7.1	2.725.488	212.489	7.8
Resto Pvcia. Buenos Aires	1.536.507	162.058	10.5	5.069.451	642.745	12.7

Tabla 2. Hogares y Población total y con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Año 2001.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. En: INDEC (2003): Mapa de NBI 2001. Revista Informativa del Censo 2001 N° 7.

El período de referencia de los ingresos corresponde al mes calendario completo anterior al mes de la onda. Así, en la onda de mayo de 2003, los ingresos están referidos a abril de 2003.

La línea de indigencia, cuyo valor representa aproximadamente la mitad del de la línea de pobreza, alude a los ingresos de los hogares necesarios para cubrir sólo el costo de la canasta básica de alimentos.

* Sin provisión de agua: con abastecimiento de agua dentro del terreno pero fuera de la vivienda o bien sin abastecimiento de agua en la vivienda ni en el terreno.

** El Aglomerado Gran Buenos Aires está compuesto por la Ciudad de Buenos Aires y los Partidos del Conurbano. Los valores de pobreza son inferiores a los del Conurbano considerado aisladamente.

*** Los datos corresponden a las ondas de mayo de cada año. En la onda de octubre de 2002, los hogares pobres del GBA representaban el 42.3% del total de hogares de ese aglomerado.

**** La línea de indigencia se define valorando la canasta básica de alimentos (CBA) a precios de mercado, teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales (energéticos/proteicos) mínimos de un adulto varón de 30-59 años con actividad física moderada calculados en 2.700 kcal y los costos para cubrirlos de acuerdo a los hábitos culturales (valor de adulto equivalente=1). Para cada hogar se calcula el valor de la línea de indigencia según el número, edad y sexo de los integrantes. Para el GBA, en abril de 2003 el valor de la CBA para el adulto equivalente fue de \$106.55.

El tipo de vivienda de la población censada en el 2001 refleja que, en el conurbano bonaerense, el 82% de los hogares reside en casa, 5% en casilla y 0.5% en rancho. Dentro de las casas, las de tipo "B" representan el 19.8%: se trata de casas que cumplen al menos alguno de estas condiciones: piso de tierra o ladrillo suelto u otro material, o no tienen provisión de agua por cañería dentro de la casa o no disponen de inodoro con descarga de agua.

Asimismo -según datos del Censo 2001-, algunos indicadores seleccionados de condiciones de vida de los hogares muestran que el 60.5% de los hogares de los partidos del Gran Buenos Aires (GBA) con NBI carecen de cobertura médica privada u obra social; el 46.4% no tienen provisión de agua en la vivienda* el 6.4% tienen pisos de tierra y el 60.5% carecen de teléfono⁶³.

La estructura distributiva del ingreso muestra que a partir de 1980 todos los deciles, salvo el más privilegiado, pierden posiciones relativas. Se desprende pues que es la sociedad la que se empobreció y que ese ingreso disminuido se distribuye en forma cada vez más inequitativa, siendo los tres deciles inferiores los que más han perdido posición relativa.

La creciente distancia entre ricos y pobres obedece a que la franja de menores recursos percibe cada vez menos ingresos y que los ingresos han aumentado en una pequeña proporción de la población; habiendo crecido la desigualdad tanto en términos absolutos como relativos.

Los datos correspondientes al Gran Buenos Aires** permiten observar que el porcentaje de hogares pobres se elevó más de quince puntos entre 1988 y 2003*** -de 22.5% a 39.4%-⁶⁴.

Asimismo la línea de indigencia, que mide la posibilidad que tiene un hogar de cubrir con sus ingresos monetarios el costo de la canasta básica de alimentos****, triplicó su incidencia entre 1988 y 2003 en los hogares del Gran Buenos Aires: de 5.5% a 16.6% respectivamente (Tabla 3).

	Hogares Bajo Línea de Pobreza	Población Bajo Línea de Pobreza	Hogares indigentes	Población indigente
Mayo 1988	22.5%	28.5%	5.5%	8.6%
Mayo 1998	17.7%	24.3%	4.0%	5.3%
Mayo 2003	39.4%	51.7%	16.3%	25.2%

Tabla 3. Evolución de la pobreza y la indigencia en el Aglomerado GBA (%) 1988-2003.

Fuente: EPH/ INDEC; 2002, 2003.

Restringiéndonos a los partidos del conurbano y considerando un período de cinco años, se observa que los hogares pobres aumentan 27 puntos entre 1998 y 2003 y que de un 5.2% de hogares indigentes en mayo de 1998, en el 2003 representan el 21.4% (Tabla 4).

	Bajo la Línea de Pobreza		Bajo la Línea de Indigencia	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas
Total urbano EPH	42.6%	54.7%	17.9%	26.3%
Gran Buenos Aires	39.4%	51.7%	16.3%	25.2%
Ciudad Buenos Aires	14.3%	21.7%	4.7*%	8.9*%

Tabla 4. Evolución de la pobreza y la indigencia en los partidos del GBA (%) 1988-2003.
Fuente: EPH/ INDEC; 2002, 2003.

La relación *Población bajo Línea de Indigencia/Población bajo Línea de Pobreza*, permite visualizar la intensificación de la pobreza en el interior de los hogares pobres durante el período en estudio (Tabla 5).

Mediciones	Aglomerado GBA	Partidos GBA
Mayo 1988	30%	29%
Mayo 1998	22%	22%
Mayo 2003	49%	50%

Tabla 5. Población Bajo la Línea de la Pobreza cuyos ingresos no le alcanzan para el sustento alimentario (Población Bajo Línea de Indigencia)

Fuente: elaboración propia sobre la base de información de EPH provista en Tablas 3 y 4.

Estos indicadores nos manifiestan que la media de los ingresos de los hogares bajo la línea de pobreza tuvo un incremento en la primer década en estudio, produciéndose una brusca disminución en los últimos cinco años. La pobreza no sólo tuvo una mayor incidencia por el número de hogares y personas que se ubican por debajo del ingreso de la Canasta Básica General (Canasta de Bienes y Servicios), conforme se presenta en las Tablas 3 y 4, sino que además, la intensidad de la pobreza es mayor, afectando a la mitad de los pobres en la capacidad de acceso a la Canasta Alimentaria.

La información que se presenta en la tabla siguiente representa una descripción estática (correspondiente al momento del relevamiento) que caracteriza las áreas seleccionadas como base muestral para el trazado de la Línea de Base de la Evaluación de Impacto* (Tabla 6).

* Los denominados Primer Cordón Corona 1 y Corona 2 y su participación en el Diseño Muestral, se caracterizan en el volumen denominado Metodología de la Evaluación de Impacto.

	Bajo la Línea de Pobreza		Bajo la Línea de Indigencia	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas
Total urbano EPH	42.6%	54.7%	17.9%	26.3%
Gran Buenos Aires	39.4%	51.7%	16.3%	25.2%
Ciudad Buenos Aires	14.3%	21.7%	4.7*%	8.9*%
Partidos Gran Buenos Aires	50.5%	61.3%	21.4%	30.4%
Partidos Gran Buenos Aires 1	38.0%	48.0%	13.6%	20.0%
Partidos Gran Buenos Aires 2	61.6%	71.3%	28.3%	38.3%

Tabla 6. Incidencia de la pobreza e indigencia en hogares y personas . Total urbano EPH y Aglomerado Gran Buenos Aires. Mayo 2003.

Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares

* Estimaciones sujetas a coeficientes de variación superiores al 10%

La EPH se basa en una muestra probabilística estratificada, en dos etapas, que comprende 27.400 viviendas en 31 áreas urbanas de todo el país agregadas en los aglomerados Cuyo, Gran Buenos Aires, Noreste, Noroeste, Pampeana, Patagonia. En mayo de 2003 se ajustaron los diseños muestrales de todos los aglomerados reduciendo el tamaño de las muestras a 2.300 en el GBA y 600 en cada uno de los aglomerados urbanos del interior. El tamaño final de la muestra fue de 20.600 viviendas.

Partidos GBA1: Avellaneda, Gral. San Martín, Lanús, Lomas de Zamora, Morón (dividido en Morón, Hurlingham e Ituzaingó), Quilmes, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López.

Partidos GBA2: Alte. Brown, Berazategui, Esteban Echeverría (dividido en Esteban Echeverría y Ezeiza), Gral. Sarmiento (dividido en José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel), Florencio Varela, La Matanza, Merlo, Moreno, San Fernando y Tigre.

Como se planteó anteriormente, además del nivel y la estructura distributiva del ingreso, el nivel y la estructura del empleo constituyen determinantes fundamentales de la condición de pobreza.

57

Los efectos de la crisis en el mercado de trabajo en las últimas dos décadas se han traducido no sólo en una pérdida de su dinamismo, incapacidad para generar nuevos puestos de trabajo y achicamiento, sino fundamentalmente en una profunda reestructuración.

** Tasa de actividad: % entre la PEA y la población total

*** Tasa de empleo: % entre la población ocupada y la población total.

**** Tasa de desocupación: % entre la población desocupada y la PEA (población de 14 años y más que trabaja o busca trabajo). Tasa de ocupación: % entre la población ocupada y la PEA

Si bien en el aglomerado GBA se ha mantenido -entre 1993 y el 2002- la tasa de actividad**, ha descendido 5 puntos la tasa de empleo*** y aumentado en 12 puntos la tasa de desocupación**** ; en mayo de 2003 -respecto de mayo de 2002- ha aumentado la tasa de actividad 1.5 puntos, la tasa de empleo casi 4 puntos y la desocupación ha bajado 5.6 puntos (Tabla 7).

	Actividad	Empleo	Desocupación
Mayo 1993	44.2%	39.5%	10.6%
Mayo 2002	44.0%	34.3%	22.0%
Mayo 2003	45.5%	38.1%	16.4%

Tabla 7. Tasa de actividad, empleo y desocupación. Aglomerado GBA, mayo 1993, mayo 2002, mayo 2003.

Fuente: INDEC/EPH (2003)

Desagregando los valores de estos indicadores al interior del aglomerado GBA, se registran -en mayo de 2003-, diferencias a favor de la ciudad de Bs. As.; en los partidos del conurbano la tasa de actividad y la tasa de empleo asumen valores inferiores a los del conjunto del aglomerado, con marcas diferencias respecto de los valores que registra la ciudad de Bs. As. y tasas de desocupación y subocupación 2 puntos más respecto del conjunto del aglomerado y 7 puntos superiores con relación a la ciudad de Bs. As. (Tabla 8)

	Total GBA	Ciudad Bs. As	Partidos del conurbano
Actividad	45.5%	51.2%	43.5%
Empleo	38.1%	45.3%	35.5%
Desocupación	16.4%	11.4%	18.4%
Subocupados demandantes	14.8%	9.9%	16.9%
Subocupados no demandantes	5.0%	3.3%	5.7%

Tabla 8. Tasa de actividad, empleo y desocupación. Aglomerado GBA: total, ciudad de Buenos Aires y partidos del conurbano. Mayo 2003.

Fuente: INDEC/EPH (2003)

Cabe destacar la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo y el elevado porcentaje de hogares que registra a una mujer como jefa de hogar, hecho que indica cambios en el rol social y económico de la mujer que cada vez aporta más a la masa laboral del país.

Analizando el período 2002-2003 en el aglomerado GBA, la tasa de actividad específica por sexo muestra diferencias en el sentido de una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo. La tasa de actividad aumenta -en el caso de los hombres desciende sensiblemente-, la tasa de empleo aumenta más que en el caso de los varones y la tasa de ocupación, si bien aumenta menos respecto a los varones, continúa siendo más elevada que en ese grupo. La tasa de desocupación es algo inferior a la de los varones, y en ambos sexos se reduce 5/6 puntos respecto de 2002⁶⁵.

Para una elevada proporción de mujeres que realiza trabajo extradoméstico, la imposibilidad de contar con reemplazo en las tareas domésticas se traduce en dobles y triples jornadas laborales y restricciones cuanti-cualitativas del tiempo dedicado al propio cuidado así como al de sus hijos.

En cuanto a la actividad de la población ocupada del aglomerado Gran Buenos Aires, la distribución porcentual por rama de actividad muestra que el 14.2% pertenece a la industria manufacturera, 6% a construcción, 18.1% a comercio, 6.5% administración pública, 7.3% servicio doméstico, 23.9% otros servicios*, 11.4% servicios

* Incluye enseñanza, servicios sociales y de salud, y otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales.

financieros, inmobiliarios, de alquiler y empresariales y 12.6% a otras ramas⁶⁶.

La distribución porcentual por categoría ocupacional arroja un 71.8% de asalariados (obreros y empleados); un 23.4% de trabajadores por cuenta propia y un 4.8% de otras categorías ocupacionales* ⁶⁷.

* Incluye patrones o empleadores y trabajadores sin salario.

Una cuestión a considerar, por su incidencia en la tasa de desocupación, refiere a los planes de trabajo que comienzan a ejecutarse en 1997. Actualmente el monto del subsidio entregado a través del Plan Jefas y Jefes de Hogar es de \$150 mensuales y sus beneficiarios carecen de protección social.

Con relación al mismo, se debe tener en cuenta que las personas pueden estar realizando una contraprestación laboral de 4 hs. diarias o recibirlo como subsidio. En la medición de la EPH los beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar pueden tener la condición de ocupados, desocupados o inactivos, atendiendo a las definiciones básicas.

Puede observarse que si consideramos a todos sus beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar como ocupados, la tasa general de desocupación se reduce en 6 puntos (Tabla 9).

| 59

	Tasas generales	Hipótesis A	Hipótesis B
Actividad	42.8	41.8	42.8
Empleo	36.2	33.6	33.6
Desocupación	15.6	19.7	21.4

Miles de personas

	PEA	Hipótesis A	Hipótesis B
Ocupados	8.570	7.985	7.985
Desocupados	1.583	1.949	2.168

Tabla 9. Incidencia del Plan Jefas y Jefes de Hogar sobre las tasas de actividad, empleo y desocupación. Total 31 aglomerados urbanos EPH, mayo 2003.

Fuente: INDEC/EPH (2003)

Hipótesis A: recálculo de tasas básicas considerando como desocupados a los ocupados cuya ocupación principal proviene de un Plan Jefas/Jefes de Hogar y que además buscan activamente trabajo.

Hipótesis B: recálculo de tasas básicas considerando como desocupados a todos los ocupados cuya ocupación principal proviene de un Plan Jefas/Jefes de Hogar (INDEC, mayo 2003).

Debe tenerse en cuenta que los índices de desocupación y subocupación se presentan dentro de un contexto en el que se verifica una caída del empleo asalariado industrial, incremento de la segmentación del mercado, aumento de la terciarización, precarización en las relaciones de trabajo, aumento de las actividades de escasa productividad y bajos salarios, cuya caída se registra con especial impacto en los trabajadores no calificados.

En síntesis, las políticas de ajuste económico han desencadenado una serie de procesos de profunda significación distributiva que resultaron en elevados niveles de vulnerabilidad y exclusión social. La sociedad civil aparece fragmentada en una gran variedad de intereses y necesidades puntuales: se habla de diversas franjas de pobreza. En ellas hay todo un espectro de situaciones que tienden a la desintegración social y que requieren de análisis y respuestas específicas.

Características de la población seleccionada para el trazado de la Línea de Base

Dentro de la encuesta de *Crianza*, realizada a 1460 familias en los 11 distritos seleccionados, se incluyeron un conjunto de variables de base* destinadas a relevar información sobre aspectos sociodemográficos, ocupacionales y de vivienda que permiten una descripción global de la población estudiada así como indagar su relación con variables sustantivas específicas registradas por los distintos componentes evaluados.

* Los ingresos de los hogares no fueron relevados debido a la extensión de la encuesta de "Crianza" y a las condiciones que requiere su registro para garantizar la calidad del dato.

60 | Además, se establece la comparación de los resultados obtenidos con los datos correspondientes al conurbano bonaerense relevados por la Encuesta Permanente de Hogares en la onda de mayo de 2003** 68.

** Se agradece la participación del Lic. Pablo G. Rodríguez en el filtrado de la base usuaria EPH (mayo 2003) y en la estimación de parámetros.

Cabe destacar que para homologar ambos conjuntos y posibilitar el análisis comparativo, se excluyeron de la base de la EPH los hogares unipersonales y se consideró el promedio y el desvío estándar de la edad de las madres de la muestra estudiada como criterio para el filtrado y selección de hogares de dicha base***.

*** El filtrado de la base usuario EPH (mayo 2003) incluyó: mujer/cónyuge de 20 a 39 años. La captación de mujeres/cónyuges obedece al predominio de madres informantes (92.5%) y a la baja proporción - en términos de homologación- de hogares incompletos, sin presencia del padre de los niños (9%).

¿Quiénes informaron sobre la crianza?

En el 92.5% de los 1460 hogares encuestados, la informante fue la madre de los niños beneficiarios del Plan. Los abuelos representan el 4.5% y los padres el 2%. Dentro del conjunto de informantes, 97% son mujeres y 3% varones.

En los hogares con niños menores de 6 años****, casi el 40% de las madres plantea que carece de ayuda de algún otro miembro del hogar para la crianza de los hijos. El cónyuge participa frecuentemente en casi una cuarta parte de los hogares encuestados (23%) y los abuelos u otros parientes convivientes lo hacen en el 28%. Los hijos más grandes colaboran frecuentemente en esa tarea en el 5.5% de los casos.

**** De los 1460 hogares beneficiarios del Plan, 58 presentan embarazadas primerizas.

En lo que hace al apoyo que las mujeres sienten de sus cónyuges (sean o no convivientes) en las decisiones que toman en torno a la crianza de los hijos u otras decisiones que hacen a la vida familiar, el 43% manifiesta percibir mucho apoyo y sentirse valorada en su rol. El 29% percibe un acompañamiento moderado, un 6% refiere sentirse poco valorada y acompañada en las decisiones y tareas que realiza y un 7% no percibe ningún tipo de apoyo*.

* Las proporciones calculadas con base en las mujeres que conviven con su cónyuge arrojan que el 50% se siente muy valorada y acompañada, el 32% medianamente, el 7.5% poco acompañada y el 8.5% afirma no sentir acompañamiento ni apoyo alguno.

Asimismo, sólo el 5% participa en organizaciones barriales, la mayoría de las cuales lo hace en emprendimientos comunitarios (comedores, roperos) y el resto en iglesias.

No obstante este hecho, vinculado probablemente al ciclo de vida familiar, la mayor proporción de mujeres, el 44% opina que su condición de género no influye en la posibilidad de participar en organizaciones barriales o de otro tipo. Una cuarta parte reconoce que ser mujer facilita la incorporación en organizaciones en tanto tienen por lo general más interés y tiempo para hacerlo que los varones. Los casos minoritarios que expresan mayores dificultades comparativas para la mujer, argumentan limitaciones de tiempo relacionados con la dedicación a la crianza de los hijos y el tiempo que ello insume. Son residuales (5 mujeres) aquellas que plantean que "las mujeres no deben meterse" en actividades públicas o admiten límites impuestos por el autoritarismo del cónyuge.

61

Caracterización sociodemográfica

La edad promedio de las informantes es de 29.6 años con un desvío standard de 9.17.

La cantidad de miembros por familia es de 4 o menos en el 37%; 5 y 6 miembros presentan el 35%; el resto de los hogares se compone de 7 y más integrantes.

** DS =4,15; Moda=4.

El promedio de miembros por familia es de 5.72**.

*** Incluye partidos del conurbano y ciudad de Buenos Aires.

En el Aglomerado Gran Buenos Aires***, las familias de hasta 4 miembros (incluyendo un 15.4% de hogares unipersonales, condición que no se verifica en las familias estudiadas) es de 69.1%, el 29% corresponde a hogares de 5 miembros o más siendo el promedio de personas por hogar de 3.2 y en el conurbano de 3.6⁶⁹.

**** DS=1,89; Moda=2.

La onda de mayo del 2003 de la EPH arroja para el conurbano bonaerense similar valor promedio: 3.32 personas por hogar****, concentrándose el 78.8% de casos en hogares con 1-4 personas (Tabla 10).

	EPH	Población estudiada
1 - 4 personas	78.8%	36.6%
5 - 6 personas	15.1%	35.2%
7 personas y más	6%	27.9%

Tabla 10. Cantidad de personas en el hogar. Hogares encuestados y hogares del conurbano bonaerense (EPH, mayo 2003). Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

El tipo de hogar* es en el 58% nuclear completo (pareja e hijos), destacándose un 24% de hogares extensos completos (pareja e hijos con otros familiares); un 9% de nucleares incompletos (en este caso madre e hijos) y un 8.7% de nucleares incompletos con otros familiares (sin presencia del padre de los niños). Respecto a la escolaridad de las madres**, el 99% fue a la escuela; el 0.9% que nunca asistió a la escuela contrasta con el 0.3% correspondiente a los datos de la EPH. De las que asistieron, el 41% presenta primario completo y un 10% incompleto. De la comparación se desprenden niveles de escolaridad más bajos en las mujeres del estudio (Tabla 11).

* Para el tipo de hogar, se adopta la nomenclatura utilizada en el Censo 1991 y retomada en el Censo 2001 INDEC, 2003). En este informe se utiliza indistintamente hogar y familia pese a reconocer que aluden a unidades diferentes: la primera se concibe como una unidad de producción y consumo, cuyos integrantes no necesariamente se encuentran ligados por lazos de parentesco, a diferencia de la segunda.

** Para homologar los datos con los de la EPH los correspondientes a las madres de los niños beneficiarios se comparan con los correspondientes a las cónyuges y jefes mujeres con hijos de ese grupo de edad de la EPH.

	S/asistencia pre-escolar	Primaria Incomp.	Primaria Comp.	Sec. Incomp.	Sec. Comp.	Terc. Univer. Incomp.	Terc. Univer. Comp.
EPH	0.3%	4.1%	27.4%	22.8%	21.1%	11.8%	12.5%
Población estudiada	0.9%	10.0%	41.0%	26.0%	18.0%	2.1%	1.4%

Tabla 11. Mujeres cónyuges. Nivel educativo alcanzado.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

Se consideran sólo los hogares con mujeres cónyuges de 20 a 38 años. La base sin filtrar arroja un 0.6 de mujeres sin asistencia escolar; un 10.7 con PI; 37.0 con PC; 16.1 con SI; 18.3 con SC; 7.2 con estudios superiores incompletos; 10.2 estudios superiores completos.

Con relación a la escolaridad de los padres***, se observan -al igual que en el caso de las mujeres/madres- niveles más bajos que los correspondientes a jefes varones de la EPH. Hay un 1.3% que nunca asistió a la escuela. Poco más de la mitad ha completado el nivel primario y un 10% no lo ha finalizado. Como en el caso de las mujeres, los jefes también presentan comparativamente con la población de referencia, niveles educativos más bajos (Tabla 12).

*** Para homologar los datos con los de EPH se comparan los datos de los padres biológicos o sustitutos de las familias encuestadas con los de jefes varones de la base de la EPH filtrada conforme se especifica en la nota * de la página 23.

	S/asistencia pre-escolar	Primaria Incomp.	Primaria Comp.	Sec. Incomp.	Sec. Comp.	Terc. Univer. Incomp.	Terc. Univer. Comp.
EPH*	0.5%	5.1%	34.0%	28.7%	15.0%	10.3%	6.6%
Población estudiada	1.3%	10.0%	52.5%	20.3%	14.1%	1.2%	0.5%

Tabla 12. Jefes de hogar varones. Nivel educativo alcanzado

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

* Sin filtrar, la base EPH arroja un 1.4% con nivel pre-escolar, 14.8% PI; 35.8% PC; 19.1% SI; 14.6% SC; 8.2% est. sup. o univ. inc.; 6.1% est sup. o univ. compl.

Se consideraron de la EPH los varones jefes de hogar (cónyuges de las mujeres seleccionadas) y no los varones cónyuge de dichas mujeres dado que en la muestra de la línea de base para la evaluación de impacto, dentro de las familias nucleares o extensas completas, que son las que se incluyen en este cuadro, la mayoría de los varones son jefes de hogar; las mujeres jefas de hogar de estas familias constituyen una categoría residual.

Sobre un total de 944 familias con hijos de 5 a 15 años (65% de las familias encuestadas) un 4.8% presenta algún hijo dentro de ese rango que no asiste a la escuela pese a tener edad de asistencia obligatoria a algún nivel de la educación general básica. Dicha situación se verifica en el 1.5% de los hogares del conurbano relevados por la EPH y considerados como referencia para la comparación**. Si bien el rango de edad considerado en este estudio es más restringido, los datos se aproximan al porcentaje de no asistencia de población de 5-17 años de los estratos sociales*** 2 y 3 definidos por el INDEC que representan el 2° y 3° quintil, respectivamente, de hogares en situación desfavorable para los niños y adolescentes. Según la onda de octubre de 2001 de la EPH realizada sobre 28 aglomerados urbanos, se destaca que, del total de la población urbana relevada, el 6% de los niños entre 5 y 17 años no asiste a un establecimiento educativo. Los niños de 5 años están en peor situación ya que una cuarta parte no asiste. Entre los 6 y 14 años esta situación se presenta en el 1.8% y aumenta al 13% entre los 15 y 17 años. Si se desagrega esta información por estrato social se observa que la población de 5 a 17 años que no asiste a la escuela disminuye en los estratos más altos (Tabla 13).

** Para el conjunto de hogares relevados por la EPH (onda de mayo 2003) es de 0.7%.

*** Los estratos se construyen con base en el ingreso per cápita familiar y el nivel educativo de los adultos del hogar (INDEC/UNICEF, 2003).

63

Grupos de edad	Total	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5
Total 5 -17 años	6,1%	9,9%	6,3%	3,8%	3,0%	1,6%
5 años	24,5%	33,5%	25,2%	21,2%	19,5%	16,9%
6 -14 años	1,8%	3,8%	1,5%	0,3%	0,1%	0,3%
15 -17 años	13,1%	22,8%	14,1%	8,5%	5,2%	1,6%

Tabla 13. Niños y adolescentes de 5 años y más por grupos de edad seleccionados que no asisten a un establecimiento educativo, según estratificación de hogares (28 aglomerados urbanos)

Fuente: INDEC. EPH, procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales de la onda de octubre de 2001 (INDEC/UNICEF, 2003)

Si comparamos estos datos con la tasa de asistencia registrada en 1991 a nivel nacional, provincial y del aglomerado Gran Buenos Aires, se desprende que en el 2001, pese a la obligatoriedad, ha aumentado la población de 5 años que no asiste a un establecimiento educativo (Tabla 14).

	5 años
Total País	85.8
Provincia Buenos Aires	85.2
19 Partidos Gran Buenos Aires	83.5
Ciudad Buenos Aires	96.8
Resto Provincia Buenos Aires	88.2

Tabla 14. Tasa de asistencia escolar de la población de 5 años. Año 1991
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

* Población ocupada: conjunto de personas que tienen por lo menos una ocupación, es decir, que en la semana de referencia ha trabajado en una actividad económica.

Población desocupada: se refiere a las personas que, no teniendo una ocupación, están buscando

Características ocupacionales de los padres

Respecto a la condición ocupacional de las madres*, más de un tercio trabaja fuera de su casa, casi una cuarta parte son desocupadas y un 40% inactivas (Tabla 15).

64

	Ocupada	Desocupada	Inactiva
EPH*	44.4%	6.1%	49.5%
Población estudiada	36.6%	23.6%	39.7%

Tabla 15. Condición ocupacional de las madres.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

**La base EPH sin filtrar arroja para el conjunto de cónyuges (sean mujeres o varones) un 40.0% de ocupados; un 5.7% de desocupados y un 54.3% de inactivos. En la tabla, los datos de la EPH correspondientes al conurbano refieren sólo a mujeres cónyuges de 20 a 38 años.

En el conjunto de las mujeres/cónyuges ocupadas del conurbano bonaerense (EPH, base filtrada/mayo 2003), los planes de empleo representan el 20% de las actividades desempeñadas, situación que se da en el 62% del total de cónyuges mujeres ocupadas de los hogares estudiados***.

Además, el 17% trabaja en servicio doméstico, 12% como empleadas en servicios y un 7% desempeña trabajos por cuenta propia principalmente en comercio (Tabla 16). Casi la mitad (45%) trabaja 5 o 6 días a la semana y, con relación a las horas semanales, la mitad dedica entre 3 y 5 horas diarias al trabajo fuera del hogar; un 19% dedica más de 6 horas a ese trabajo. El 92% de las mismas carece de beneficios sociales, aportes jubilatorios u obra social, porcentaje que supera el 60.4% de las mujeres cónyuges ocupadas de 20 a 38 años del conurbano. Sólo un 7% de las madres que trabaja fuera de su hogar, cuenta con tales

activamente trabajo. Corresponde a desocupación abierta.

Población subocupada visible: se refiere a los ocupados que trabajan menos de 35 hs. semanales por causas involuntarias y están dispuestos a trabajar más horas.

Población inactiva: personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente.

*** En 1997 comienzan a ejecutarse los Planes Trabajar. Éstos tienen repercusión en la tasa de desocupación, ya que para las estadísticas oficiales los individuos beneficiados con este plan son considerados ocupados, si bien los ingresos son bajos y no ofrecen protección social. Actualmente el monto del subsidio es de \$150 mensuales contra prestación de servicios de trabajos de 4 hs. diarias.

	Patrón o empleador	Cuenta propia	Obrero o empleado	Trabajador sin salario
EPH	2.2%	17.8%	80.8%*	1.5%
Población estudiada	0.2%	6.7%	92.4%**	-

Tabla 16. Tipo de trabajo de las cónyuges.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

* Incluye un 20.4% de Planes jefas y Jefes de Hogar

**Incluye el 62% de beneficiarias del Plan Jefas y Jefes de Hogar y el 17% ocupadas en servicio doméstico.

En la base EPH sin filtrar, el 2.4% de las mujeres corresponden a la categoría patrón/empleador, el 23.4% cuentapropia; el 72.2% obrero/empleado y el 2.1% trabajador sin salario.

beneficios.

La condición ocupacional de la madre y el número de hijos,

	1 - 2 hijos	3 - 4 hijos	5 y más hijos	Total
Ocupada	268	159	91	518
Inactiva	302	168	72	542
Desocupada	187	100	44	331
Total	757	427	207	1391

Tabla 17. Hogares según condición ocupacional de la madre y número de hijos

Chi²= 5,16; p=0,27

relación establecida en otros estudios, no arroja diferencias significativas (Tabla 17).

Respecto del trabajo de los padres, el 82.5% trabaja,

	Ocupado	Desocupado	Inactivo
EPH	90.0%	8.6%	1.4%
Población estudiada	82.5%	15.7%	1.6%

Tabla 18. Condición ocupacional del jefe.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

el 15.7% se encuentra desocupado y el 1.5% inactivo, presentando una situación más desfavorable respecto de la de los jefes varones de la base EPH filtrada (Tabla 18).

Un tercio de los jefes se desempeña como trabajador por cuenta propia, similar proporción trabaja como empleado, un 12% es beneficiario del Plan Jefes y Jefas de Hogar, un 11% se desempeña como obrero no calificado o peón en la construcción y un 10% como obrero calificado en construcción, comercio e industria. Poco menos de la cuarta parte tiene aportes jubilatorios y obra social.

En el conjunto de jefes ocupados del conurbano bonaerense, los planes de empleo representan el 8.1% de las actividades desempeñadas mientras que en los varones

	Patrón o empleador	Cuenta propia	Obrero o empleado	Trabajador sin salario
EPH	1.9%	27.4%	70.7%*	0.4%
Población estudiada	0.9%	35.7%	63.2%**	-

Tabla 19. Categoría ocupacional del jefe varón.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

* Incluye un 7% (EPH)

** Incluye 12% de beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar y un 0.7% de beneficiarios de otros planes de empleo. EPH: La base sin filtrar arroja un 5.3% de patrón/empleador; 28.8% de cuentapropia; 65.5% de asalariados y 0.4% de trabajadores sin salario.

jefes de hogar -pareja de las mujeres seleccionadas de la base EPH-, los planes Jefas y Jefes de Hogar con contraprestación representan el 7% (Tabla 19).

La proporción de jefes varones del conurbano (EPH) que siendo trabajadores asalariados (obreros y empleados), carecen de beneficios sociales es de 26.1% mientras que un 26.7% carece de beneficios por ser trabajador no asalariado. De lo que se desprende que, entre asalariados y no asalariados, el 52.8% de los jefes varones carece de beneficios sociales. Esta situación se agudiza en el caso de los jefes ocupados de la muestra encuestada: las tres cuartas partes carece de obra social/mutual o prepaga y de aportes jubilatorios, situación que da cuenta de la desprotección social y la precariedad laboral de sus ocupaciones.

Respecto a la cantidad de miembros del hogar que trabajan, se destaca un 6% de hogares que carece de perceptores

	EPH	Población estudiada
0 ocupado	7.8%	6.2%
1 ocupado	14.7%	60.3%
2 ocupados	23.2%	25.5%
3 ocupados	21.7%	5.2%
4 y + ocupados	31.6%	2.8%

Tabla 20. Personas ocupadas en el hogar.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

de ingreso. La mayoría, el 60%, tiene un solo miembro que trabaja, una cuarta parte de los hogares tiene dos miembros ocupados y un 8% presenta 3 o más (Tabla 20).

* La base sin filtrar arroja un promedio de 2.2.

	EPH	Población estudiada
< 3 c/p	61.2%	23.3%
3 c/p	15.2%	16.4%
4 y más c/p	23.6%	60.2%

Tabla 21. Tasa de dependencia agrupada.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

EPH: La base sin filtrar arroja un 61.4% de hogares con menos de 3 c/p; 16.9% con 3 c/p; 21.7% con 4 y más.

La media que arroja la EPH en la tasa de dependencia es de 2.6 perceptores/no perceptores de ingreso (DS de 1.6)*, frente a un promedio de 4.4 en la población estudiada (Tabla 21).

Vivienda e higiene ambiental

En lo que respecta a las viviendas, con base en la observación o referencia de los materiales predominantes en las paredes externas, techo y piso, un 37% puede considerarse precaria, es decir con pisos de cemento o material suelto, paredes de chapa/madera y techo de chapa sin cielo raso. El 58% están construidas de mampostería con revoque, tienen pisos de mosaico o baldosas y techos de losa, teja y/o chapa, registrando muchas de ellas falta de mantenimiento*. Este indicador de vivienda muestra una situación más desfavorable que la del conjunto del aglomerado. Los datos correspondientes a la onda de mayo de 2003 de la EPH para el conurbano bonaerense, arrojan un 2,7% de viviendas del primer tipo y un 97% del segundo tipo.

Casi un tercio de las viviendas (31%) dispone sólo de una habitación (excluyendo baño y cocina). El 45% dispone de dos habitaciones y los casos restantes de tres o más.

El promedio de habitaciones por vivienda es un punto inferior que la media del conjunto de viviendas del conurbano bonaerense: 1.9 y 2.9 respectivamente.

De este modo, y con relación a las diferencias halladas en el tamaño del hogar, se encuentra que el 35.9% de los hogares presenta hacinamiento** frente a un 11.7% de situaciones de este tipo en los hogares del conurbano relevado por la EPH seleccionados para este estudio***.

El promedio de personas por habitación es de 3.22 contrastando con el 1.93 personas/cuarto

* En el porcentaje restante (5%) no se registran datos.

** El hacinamiento representa el cociente entre la cantidad total de personas del hogar y el número de habitaciones destinadas a dormir que dispone. Se determina el hacinamiento en el caso de hogares con más de tres personas por cuarto o habitación.

*** Sin filtrar, la proporción de hogares con hacinamiento en el total de hogares del conurbano es de 5%.

**** Sin filtrar, el promedio de personas/cuarto es de 1.2.

	Familias de hasta 3		Familias con 4		Familias con 5 y más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 habitación	161	68,5	122	41,2	183	19,8	466	32,0
2 habitaciones	61	25,9	148	50,1	444	48,1	653	44,9
≥ 3 habitaciones	13	5,4	26	8,7	296	31,9	335	22,9
Total	235	100	296	100	923	100	1454	100

Tabla 22. Número de habitaciones para dormir según tamaño familiar.

Chi²= 182.15; p=0,000

correspondiente al conurbano bonaerense****.

La relación entre tamaño familiar y relación personas/

	Precaria	No precaria	Total
Con hacinamiento	273	215	488
Sin hacinamiento	262	630	892
Total	535	845	1370

Tabla 23. Hacinamiento según tipo de vivienda.

habitación arroja diferencias altamente significativas en la población estudiada (Tabla 22).

Asimismo, las viviendas precarias son las que presentan mayor índice de hacinamiento, en ese sentido las diferencias son también significativas (Tabla 23).

Respecto a las instalaciones sanitarias, el 98.5% de las viviendas tienen instalación de baño; en casi todos los casos, el baño es de uso exclusivo de los miembros del hogar. El 80% de las viviendas tiene el baño ubicado en el interior de la misma.

68 | En cuanto al tipo de instalación sanitaria, el 53% de los baños tiene inodoro con descarga de agua, situación que

	EPH	Población estudiada
Inodoro con botón o cadena con arrastre de agua	72.5%	52.9%
Inodoro sin botón o cadena con arrastre de agua	23.0%	44.6%
Letrina	1.2%	1.8%

Tabla 24. Tipo de instalación sanitaria.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

se da en el 72.5% de las viviendas de la base filtrada de la EPH. Cabe destacar que en la población encuestada, el 44.5% de las viviendas no tiene inodoro o retrete con descarga. Asimismo el 1.8% de los baños consisten en letrinas, situación registrada sólo en el 1.2% de los casos del conurbano (Tabla 24).

	EPH	Población estudiada
A red pública / cloaca	33.5%	18.4%
Pozo ciego con cámara séptica	38.9%	52.3%
Sólo a pozo ciego	23.2%	25.8%

Tabla 25. Eliminación de aguas servidas.

Fuente: elaboración CEREN/CIC-PBA, con base en datos EPH (mayo 2003).

Sólo el 18% de las viviendas dispone de cloacas. En la mayoría, el 52%, la eliminación de aguas servidas se hace a través de pozo ciego con cámara séptica. En más de una cuarta parte el desagüe es a pozo ciego sin cámara séptica. Comparando con los datos del conurbano bonaerense se registran condiciones más desfavorables en las viviendas de la población estudiada (Tabla 25).

Poco más de la mitad de los hogares carece de agua corriente (51%). En la mayoría, el 77% de las viviendas, la conexión se ubica dentro de las mismas.

La calidad de la vivienda (precaria/no precaria) se relaciona de manera significativa con el tipo de instalación sanitaria, con el sistema de eliminación de aguas servidas, con el sistema de abastecimiento de agua así como con su ubicación.

Finalmente, la recolección de basura mediante servicio público es generalizada, presentándose en el 98% de los casos.

La eliminación de moscas/mosquitos se registra en el 96% de los hogares y en la mayoría de ellos se realiza a través de aerosoles. Respecto a la eliminación de roedores, casi las tres cuartas partes (73%) manifiesta que no es necesario debido a que no hay ratas/ratones en el barrio. En los hogares restantes, para los cuales sí constituye un problema ambiental, el 81% refiere combatirlos mientras que el porcentaje restante no lo hace. Aquellas que los combaten utilizan principalmente venenos (48%), trampas (26%) o gatos (20%).

El 91% de los hogares tiene heladera en funcionamiento. Además, el 95% dispone de algún otro lugar especial para almacenar alimentos (víveres secos). El porcentaje restante carece ya sea de heladera o de alacena.

Comentarios y conclusiones

Los procesos que han afectado a nuestro país durante las últimas décadas: concentración económica, contracción del Estado y retiro de las funciones redistributivas, modificaciones del mercado de trabajo con aumento de la precarización y el desempleo, caída del ingreso y aumento de la pobreza, configuran un panorama que afecta profundamente las condiciones de vida de la población y que ha producido significativas transformaciones en la estructura social de la Argentina.

La distribución del ingreso en las últimas dos décadas muestra una tendencia relativamente constante hacia el

aumento de la inequidad y la polarización.

El universo de los pobres se complejiza y se torna más heterogéneo con la incorporación de otras familias, algunas ex pobres estructurales que retornan a una indigencia que habían logrado abandonar y otras provenientes de los sectores medios, integrantes de los nuevos pobres, cuya conformación es muy disímil⁷⁰.

Asimismo, una de las particularidades que presenta el mercado de trabajo es la disminución del nivel de ingresos medios percibidos por los trabajadores tanto cuentapropistas como asalariados del sector informal, sector que durante el '60 y '70 generaba ingresos superiores a muchos trabajos asalariados del sector formal.

Cabe destacar que el trabajo asalariado es, en nuestro país, el principal mecanismo de integración social⁷¹, ya que mediante el mismo los sujetos garantizan su acceso a los bienes y servicios, consolidándose así una base que les proporciona un lugar en la sociedad. El achicamiento relativo del mercado de trabajo formal, el aumento de la tasa de desempleo, la peor calidad de los puestos de trabajo, los contratos por tiempo indefinido, la pérdida de derechos y garantías por parte de los trabajadores y su desafiliación a la seguridad social se conjugan para producir el debilitamiento de los lazos de integración social en nuestra sociedad y la consecuente vulnerabilidad que crecientemente enfrentan sus miembros.

La desocupación y precarización del trabajo no sólo tiene directa incidencia en la pobreza, sino también en la organización familiar y en las relaciones sociales que se establecen⁷².

Este panorama se potencia con la crisis del sector público, la disminución de los servicios sociales y la peor calidad de los mismos.

En función de ello, sin duda, las situaciones serán desiguales, según el tipo de inserción previa de la población de los hogares en cuestión y de sus características idiosincráticas. Pero en cualquier caso tendrán incidencia el nivel educativo, la trama de relaciones sociales, la acumulación previa y la capacidad de aprovechar alternativas y recursos existentes y sus pautas culturales (respecto de la educación, de la valorización de ciertas pautas de vida, etc.), aspectos englobados en lo que Bourdieu⁷³ denomina *capital cultural* y *capital social*.

Frente a esta situación, es necesario indagar cómo se está reestructurando la sociedad y qué nuevas demandas

sociales tienen los niños y las familias más desfavorecidas y en qué forma los distintos actores sociales, en particular el Estado, pueden responder a estas demandas.

A continuación, se destacan algunas de las características de la población beneficiaria del Plan Más Vida, el plan social de mayor magnitud de la Provincia de Buenos Aires.

Diferencias de la población estudiada con los valores estimados por el INDEC (EPH, mayo 2003) para hogares en similar etapa del ciclo de vida familiar del conurbano bonaerense (Tabla 26).

De la información presentada, merece destacarse:

- > El tamaño promedio del hogar es superior en 1.5 miembros al encontrado en los hogares del conurbano bonaerense.
- > La escolaridad muestra niveles más bajos en las madres de la muestra (la polarización se da en las distribuciones que se registran entre los niveles inferiores y superiores de estudios). En el nivel medio (secundario) se concentra la misma proporción de casos.
- > La escolaridad de los padres muestra también niveles más bajos en la muestra habiendo diferencias en todas las categorías. La mayor proporción de la muestra (más de la mitad) se concentra en el nivel primario mientras que en la EPH la escolaridad de los jefes varones predomina en los niveles secundario y superior consideradas conjuntamente.
- > Aparece también una mayor proporción de hogares con algún hijo entre 5-15 años que no concurre a la escuela (4.8% vs. 1.5%).
- > En cuanto a la condición ocupacional, la muestra registra un mayor % de desocupados, un menor % de ocupados y similar proporción de inactivos, tanto para el caso de los jefes como de las cónyuges.
- > Dentro de las mujeres ocupadas, se destaca el elevado porcentaje de beneficiarias del Plan Jefas y Jefes de Hogar.
- > En el caso de los jefes, se observa, respecto de la EPH, una mayor proporción de trabajadores por cuentapropia y de trabajadores del Plan Jefas y Jefes de Hogar y una menor proporción (20 puntos menos) de asalariados (obreros/empleados).
- > La casi totalidad de las ocupaciones de las madres

y las tres cuartas partes de las ocupaciones de los padres carecen de beneficios sociales, situación que se presenta también más desfavorable respecto de la población seleccionada relevada por la EPH.

- > La tasa de dependencia es superior en la muestra, presentándose una elevada proporción (60%) de hogares con 4 y más consumidores/productores de ingreso.
- > En lo que hace a la calidad de las viviendas, al índice de hacinamiento y a las condiciones sanitarias, la muestra en estudio registra condiciones más desfavorables.

Considerando estas características y con relación a lo que ellas afectan a la población infantil, la obligación de proteger los derechos humanos del niño es una razón fundamental y de peso para invertir en los programas de fortalecimiento del desarrollo en la primera infancia.

La Declaración de los Derechos del Niño, adoptada por unanimidad en 1959 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconoce entre sus diez principios: "El niño disfrutará de una protección especial y tendrá a su disposición oportunidades y servicios, brindados según la ley y por otros medios, que permitan el desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social de forma sana y normal, con libertad y dignidad". En 1989 la Asamblea de las Naciones Unidas exhorta a que "se garanticen en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño" (Art. 6.2.) (...) "se prestará asistencia apropiada a los padres y a los tutores legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y se velará por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños." (Art. 18.2.).

Además "los niños cuyos padres trabajan tienen el derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones que les correspondieren para su atención." (Art. 18.3).

La incapacidad y retraso del desarrollo de millones de niños cada año cuando se podría evitar es, entonces, la violación de un derecho humano básico. El hecho de que los niños dependan de los demás para ejercer sus derechos crea una obligación aún mayor, y en esto las familias necesitan apoyo. Sin embargo, la retórica de los derechos humanos en este caso específico necesita traducirse en acciones concretas cuyo fundamento se sostiene bajo diversas líneas de argumentación⁷⁴ relativas a los derechos humanos, transmisión social de valores morales y sociales, valor económico, eficacia de los programas, justicia social,

<i>Variable</i>	Población estudiada	EPH
Hogares de hasta 4 personas	36.6%	63.5%
Tamaño del hogar promedio	5.72	4.2
<i>Escolaridad de madres/mujeres cónyuges</i>		
Hasta nivel primario completo	51%	31.5%
Secundario (incompleto y completo)	44%	43.9%
Estudios superiores (Terc/univ)	3.5%	24.3%
<i>Escolaridad de padres/jefes varones</i>		
Hasta nivel primario completo	62.5%	39.1%
Secundario (incompleto y completo)	34.4%	43.7%
Estudios superiores (Terciarios /universitarios)	1.7%	16.9%
Hogares con algún hijo entre 5-15 que no asiste a la escuela	4.8%	1.5%
<i>Trabajo madres</i>		
Ocupadas/desocupadas/inactivas	36.6% / 23.6% / 40%	44.4% / 6.1% / 49.5%
Beneficiarias del Plan JH	62%	20.4%
Trabajo sin ningún beneficio social	92%	60.4%
<i>Trabajo padres</i>		
Ocupados/desocupados/inactivos	82.5% / 15.7% / 1.6%	90% / 8.6% / 1.4%
Beneficiarios del Plan JH	12.7%	7%
Trabajadores por cuenta propia	35.7%	27.4%
Asalariados (obreros y empleados)	50.5%	63.7%
Trabajo sin ningún beneficio social	75%	52.8%
<i>Tasa de dependencia (promedio)</i>	4.4 c/p	2.6 c/p
Hogares con 4 y más c/p	60.2%	23.6%
<i>Viviendas precarias</i>		
Promedio de habitaciones para dormir	1.9	2.6
<i>Hacinamiento (+ de 3 por habitación)</i>	35.9%	11.7%
<i>Promedio de personas/habitación</i>	3.2	1.9
Sanitarios con descarga de agua	53%	72.5%
Letrinas	1.8%	1.2%
Cloaca	18.4%	33.5%
Pozo ciego sin cámara séptica	25.8%	23.2%
Sin agua corriente	51%	-
Aqua dentro de la vivienda	77%	-

Tabla 26. Resumen de las principales variables
Comparación de los valores obtenidos en la población estudiada y los de la EPH* (mayo 2003; INDEC)

*Base filtrada

El cuidado de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio

La información referida a los cuidados de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, se obtuvo de preguntas realizadas a embarazadas primerizas y madres de niños entre 0 y 12 meses, habiéndose encuestado de este modo a 733 mujeres.

En este punto se desarrollan los aspectos relacionados a la salud de las mujeres durante el período reproductivo tales como el control reproductivo, la fecundidad, la edad al primer embarazo, el control y los cuidados durante el embarazo y el control posparto.

La salud reproductiva de las mujeres además de ser parte significativa de su ciclo vital incide en sus posibilidades de desarrollo personal y social y en el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

El conocimiento y los recursos necesarios para decidir el momento oportuno para tener hijos contribuyen a salvar vidas y a promover la salud; los servicios de atención a la mujer en edad fértil pueden hacer mucho en ese sentido. El control reproductivo expresa las posibilidades y deseos de la pareja de decidir el número de hijos y su espaciamento⁷⁵.

Con relación a ello, uno de los problemas vigentes se relaciona con los embarazos de las mujeres menores de 19 años, en tanto los riesgos -tanto para la madre como para el niño- aumentan⁷⁶.

Asimismo, el riesgo para la salud de las embarazadas y los problemas durante el parto aumentan si los nacimientos son muy seguidos. Para los niños pequeños, el embarazo de sus madres y el nacimiento de un hermano representa muchas veces la interrupción de la lactancia y menor dedicación de la madre por el menor tiempo que dispone, entre otras cosas.

Además del espaciamento, luego del cuarto hijo aumentan los riesgos de anemia y hemorragias. Se recomienda que un hijo tenga dos años para quedar nuevamente embarazada a fin de un mejor desarrollo del recién nacido. De lo contrario, aumentan las posibilidades de nacimientos prematuros, y/o con bajo peso. El bajo peso al nacimiento implica, a su vez, mayor probabilidad de crecer menos, de enfermarse más y riesgo de morir en el primer año de vida⁷⁷.

Es importante para la mujer embarazada y para el bebé,

que ella, su pareja y otros familiares conozcan la necesidad de cuidados y la importancia de los controles regulares en un centro de salud.

En términos generales las normativas provinciales consideran que un adecuado y eficaz control del embarazo debe ser: *precoz* (efectuado en el primer trimestre del embarazo); *periódico* (si bien la frecuencia variará de acuerdo al riesgo, en los embarazos sin complicaciones se recomienda un control mensual); *completo* (las acciones del control deben incluir prevención, promoción, protección, atención, recuperación); *de amplia cobertura* (que llegue a todas las mujeres embarazadas a fin de evitar morbilidad materno-infantil)⁷⁸.

Está pautado que durante todo el embarazo se realicen al menos cinco controles.

Algunos embarazos necesitan más cuidados que otros pero esto sólo es posible saberlo si se realiza un adecuado control.

Las consultas tardías o insuficientes incrementan significativamente el riesgo de tener complicaciones⁷⁹.

76 | Durante el control del embarazo o control prenatal se evalúa la evolución del embarazo, el estado nutricional y de salud y se prepara a la mujer para el momento del parto.

La desnutrición de la madre puede producir disminución en el peso de nacimiento del niño y es importante recalcar que el bajo peso al nacer es la principal causa asociada a la mortalidad neonatal (desde el nacimiento hasta los 45 días de vida)⁸⁰.

Hay que tener en cuenta, no obstante, que pese a su medicalización en pos de la salud de la madre y el niño, el embarazo no es una enfermedad. Es una etapa en la vida de la mujer y de la familia que necesita cuidados especiales y en la cual la orientación y las recomendaciones a la embarazada son fundamentales para su bienestar y el de su hijo.

Así, por ejemplo, las mujeres embarazadas necesitan alimentarse mejor y descansar más durante el embarazo. Si la embarazada no dispone de una adecuada alimentación, es frecuente que presente anemia por falta de hierro. La dieta habitual, aunque sea buena, es incapaz de proveer los requerimientos necesarios de hierro durante esta etapa de mayor demanda de nutrientes. El riesgo de que el niño tenga bajo peso al nacimiento y de que se

produzcan complicaciones durante el parto son mayores en las mujeres anémicas⁸¹.

La anemia produce cansancio y fatiga durante el embarazo y puede provocar hemorragia en caso de cesárea⁸².

Asimismo, el tabaquismo, el consumo de alcohol, de medicamentos o de drogas perjudican el desarrollo intrauterino del niño así como su posterior crecimiento y salud.

Estos hábitos incrementan los abortos espontáneos, los partos prematuros, y el bajo peso del recién nacido.

Otro cuidado que la mujer y su entorno deben tener durante el embarazo, se vincula con el conocimiento, la valoración y la preparación para la lactancia materna, objeto del siguiente capítulo.

Las embarazadas necesitan ser motivadas y para ello es imprescindible informarlas sobre los beneficios de la lactancia y lo esencial de las técnicas de amamantamiento desde las primeras consultas prenatales.

Finalmente, pueden ocurrir problemas serios y peligrosos durante el proceso de parto aunque no se hayan presentado signos de alarma durante el embarazo. Por eso, los nacimientos deben ser institucionales con la asistencia de personal capacitado.

Luego del parto, la mujer debe seguir con cuidados especiales en su casa durante un tiempo y volver a control a los 7 días del parto ya que pueden presentarse problemas de riesgo para su salud y la del niño.

Todas estas consideraciones constituyen el encuadre a partir del cual se analizan e interpretan los hallazgos del estudio.

En primer lugar se describen las variables analizadas, su relación con variables de base y se comparan con resultados de otros estudios.

En segundo lugar, con base en la síntesis de algunas variables agrupadas en índices -descriptos en la metodología-, se exponen las tendencias que se desprenden de los Índices correspondientes a *Control reproductivo y Cuidados durante el embarazo*.

Para el análisis sus valores han sido dicotomizados en función de la adecuación o no de las prácticas que expresan* a las normativas vigentes.

Dentro de "Control reproductivo" se ponderan 6 variables:

* Por ej.:

Valor 1= Hizo el primer control del embarazo antes del 3° mes de gestación

Valor 0= Realizó el control luego del 3° mes

control ginecológico, control de la natalidad, oportunidad del primer control del embarazo, número de controles, control postparto y oportunidad del mismo. Así, el puntaje máximo que puede obtener una mujer en este indicador es de 6 puntos, lo que significa que todas las prácticas llevadas a cabo son adecuadas. Con base en él, se definieron tres categorías: prácticas adecuadas (concentran 5 y 6 prácticas con puntajes positivos); prácticas regulares (corresponden a los casos que presentan 3 y 4 prácticas positivas); prácticas inadecuadas (presentan sólo hasta 2 prácticas con puntaje positivo).

Dentro de *Cuidados durante el embarazo* se ponderan 7 variables: tabaquismo, recepción de hierro, recepción de vitaminas, preparación para la lactancia en servicios de salud, recepción de materiales informativos sobre lactancia, instrucción informal sobre lactancia, ayuda especial de otros en tareas del hogar durante el embarazo. En este caso, los casos mejor posicionados son aquellos que obtienen 7 puntos. De la misma manera que para el caso anterior, las categorías que resultan de los puntajes globales son: cuidados adecuados (concentran 6 y 7 variables con puntajes positivos); cuidados regulares (corresponden a los casos que presentan 4 y 5 variables con puntajes positivos); cuidados inadecuados (presentan sólo hasta 3 prácticas con puntaje positivo).

78 |

En cuanto al análisis de la información, cabe señalar que del total de 727 mujeres con niños entre 0-12 meses de edad, el 66% realiza regularmente *controles ginecológicos*; mientras que el porcentaje restante no lo hace regularmente o no lo ha hecho nunca.

Con relación al *número de hijos* convivientes, el promedio para toda la población encuestada es de 2.73: el 29% tiene sólo un hijo; una cuarta parte dos hijos, el 19% tres hijos y el porcentaje restante cuatro y más.

Ahora bien, tal como señalan otros estudios y considerando ahora el total de mujeres encuestadas, se desprende que el nivel educativo de la madre y el número de hijos arroja diferencias altamente significativas (Tabla 27).

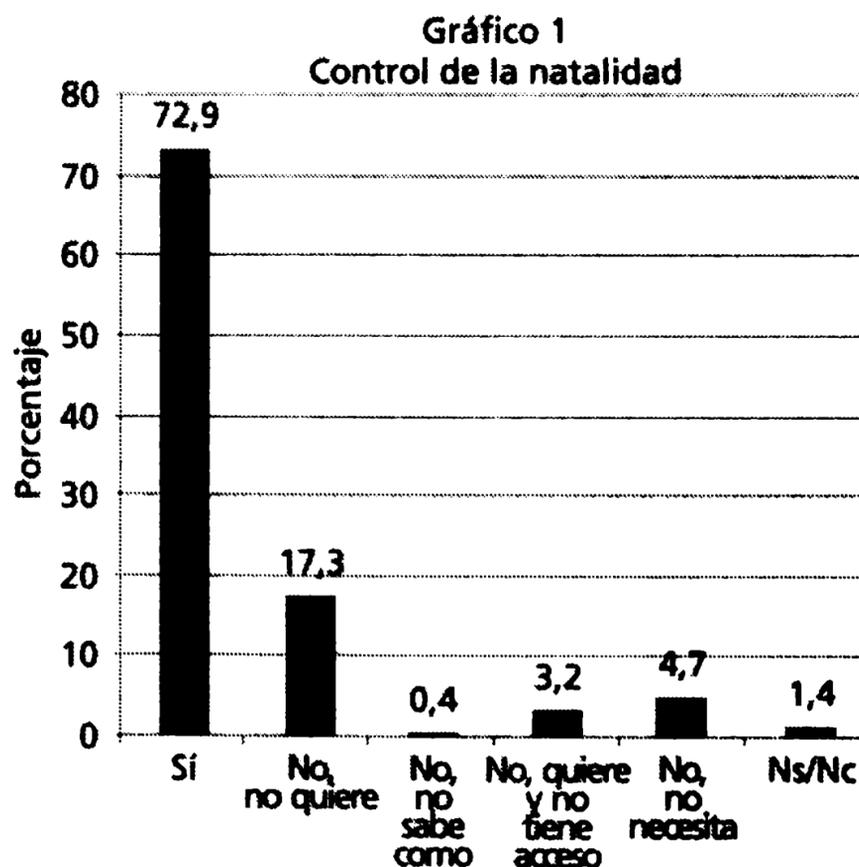
Otros estudios indican que la proporción de mujeres con menos de 3 hijos es creciente a medida que se incrementa el nivel educativo y el nivel de ingreso per cápita familiar. En las mujeres con 15 años y más con primaria incompleta, el 60% tiene 3 y más hijos, 29.3% de las que tienen hasta secundaria incompleta presenta ese número de hijos, dicha cantidad de hijos presenta el 19.3% de las mujeres que tienen secundaria completa y más⁸³.

Asimismo, el promedio de hijos de las mujeres de 45 a 49 años, indicador de la fecundidad al final de la vida fértil, permite observar que el bajo nivel educativo y la situación de pobreza se relacionan con niveles más elevados de fecundidad, situación que se registra en todas las jurisdicciones: las menos educadas y pobres duplican el número de hijos de las más educadas y no pobres. Si la descendencia final estimada para 1991 es de 2.8 hijos, esto representa que las que presentan nivel educativo más bajo tienen en promedio 4 hijos y las de niveles superiores 2.1 hijos. Las diferencias según condición NBI -o no- del hogar de la mujer son de 4.8 vs. 2.8⁸⁴.

	Primaria Incomp.	Primaria completa	Secundaria Incomp.	Secundaria completa y más	Total
1 - 2 hijos	53	256	237	213	759
3 - 4 hijos	46	231	84	66	427
5 y más hijos	45	108	37	9	199
Total	144	595	358	288	1385

Tabla 27 Número de hijos según nivel educativo de la madre.
Chi²= 139,76; p= 0,000

La mayoría de las mujeres, el 73%, utiliza algún *método para evitar los embarazos*, apareciendo un 17% de casos que no desean controlar su natalidad, un 5% que no lo necesitan por diversas razones y un 3% que lo desea pero no tiene acceso a los medios. Pocas son las mujeres que desconocen cómo controlar la natalidad: sólo el 0.5% (Gráfico 1).



De las que se cuidan, el 43.5% utiliza pastillas; casi idéntico porcentaje, 43% usa habitualmente preservativos, un 5% tiene dispositivo intrauterino (DIU) y el porcentaje restante utiliza otros métodos anticonceptivos.

La EPH incluyó en mayo de 1994 un módulo especial centrado en las salud de los niños y de las mujeres en edad fértil a fin de monitorear las metas de salud materno-infantil propuestas para el año 2000. Sus datos permiten tener a nivel poblacional, información sobre anticoncepción en mujeres en edades fértiles que tienen relaciones sexuales (incluido el control del ritmo menstrual). El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que controlaron su natalidad fue en el conurbano del 62% (10 puntos menos que en capital). Desagregado por edad, se observa que utilizan algún método de anticoncepción: el 44.6% de las mujeres de 15-19 años; el 61.3% de las de 20-24 años, el 68% de las de 25-29 años, el 70.3% de las de 30-34 años, el 71.7% de las de 35-39 años, el 62.7% de las de 40-44 años y el 45.2% de las de 45-49 años.

La brecha en el uso de anticonceptivos es marcada según nivel educativo y condición de pobreza del hogar de la mujer (Tabla 28).

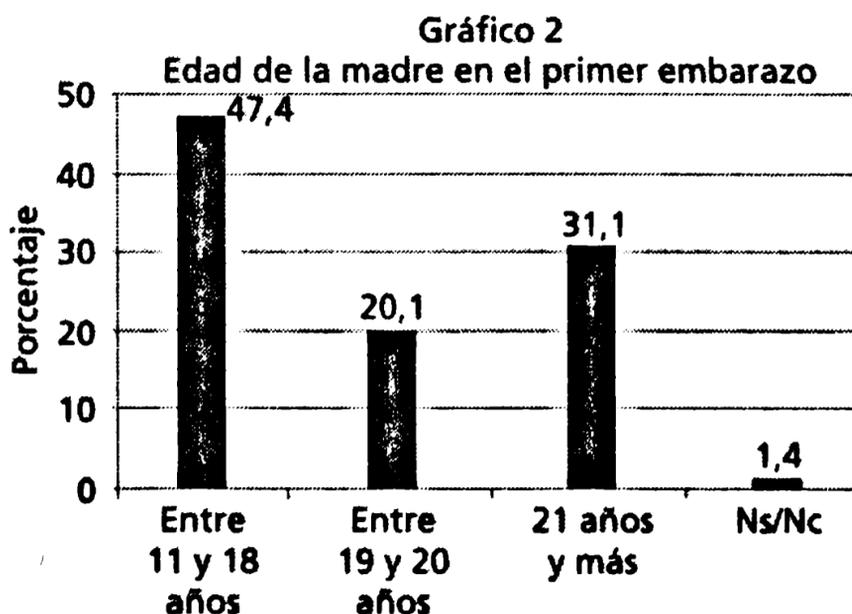
80 |

	Total	NBI	No NBI	Primaria Inc.	PC/SI	SC y más
Capital Federal y Conurbano	64.9%	54.1%	67.1%	51.1%	60.5%	71.7%

Tabla 28. Mujeres de 15-49 años que usan métodos anticonceptivos y brecha social por situación de pobreza y nivel educativo (1994).

Fuente: Indec/EPH Módulo de Monitoreo de las Metas Sociales, mayo 1994.

En cuanto a la *edad de las mujeres en el primer embarazo*, se destaca que el 47% de ellas tuvieron su primer embarazo a los 18 años o a edades inferiores. Un 20% se concentra en los 19 y 20 años y los casos restantes en edades superiores. Cabe señalar que muy pocas -el 16%- tuvieron su primer embarazo a partir de los 23 años (Gráfico 2). La edad promedio del primer embarazo es de 20.07 con un DS de 8.75.



La maternidad adolescente es un fenómeno que responde a diversos factores vinculados con la sexualidad y con las posibilidades y conocimientos de uso adecuado de métodos anticonceptivos. Estos factores responden a la pertenencia social y al nivel educativo de las jóvenes.

Como se desprende también de otros estudios, la edad al primer embarazo arroja diferencias altamente significativas en relación al nivel educativo de la mujer (Tabla 29).

	≤ 19 años	≥ 20 años	Total
Primaria Incompleta	51	21	72
Primaria Completa	178	99	277
Secundaria Incompleta	125	77	202
Secundaria Completa y más	77	88	165
Total	431	285	716

Tabla 29. Nivel educativo de la mujer según edad al primer embarazo.

Chi²= 18,15; p= 0,0004

La proporción de hijos nacidos vivos de madres adolescentes menores de 20 años (maternidad adolescente precoz y tardía) indica una evolución del 13.5% del total de los nacimientos en 1980, al 14.9% en 1991 y al 16.2% en 1998. Es decir que una proporción significativa de niños nacen de madres jóvenes, con gran vulnerabilidad si pertenecen a sectores pobres⁸⁵.

En lo que hace al *número de embarazos*, un tercio del total de mujeres encuestadas ha tenido 4 o más embarazos: Una cuarta parte (26.5%) registra sólo un embarazo, el 23% dos embarazos y el 17% tres.

El promedio de embarazos de las mujeres que tienen algún hijo menor de 12 meses es de 3.12 con un DS de 2.15. En esta submuestra se presentan diferencias estadísticamente significativas entre nivel educativo materno y número de embarazos (Tabla 30).

	Primaria Incomp.		Primaria Comp.		Sec. Incomp.		Sec. Comp. y más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 - 2 embarazos	25	36.2	144	49.3	109	52.4	74	50.7	352	49.2
3 - 4 embarazos	24	34.8	85	29.1	64	30.7	41	28.1	214	29.9
≥5 embarazos	20	29.0	63	21.6	35	16.8	31	21.1	149	20.8
Total	69	100	292	100	208	100	146	100	715	100

Tabla 30. Número de embarazos según nivel educativo de la madre.

Chi²= 16, 28; p= 0,012 diferencia significativa

Comparando con datos de otros estudios y considerando que tratamos con mujeres alejadas de finalizar su etapa fértil, podemos afirmar que los resultados difieren de las

proyecciones realizadas para el quinquenio 2005-2010 y superan las encontradas en el período 90-95.

La tendencia de la tasa de fecundidad entre 1980 y el 2000, muestra que, durante el quinquenio 90-95, la tasa de fecundidad es de 2.83 hijos, más baja que el 3.15 de 80-85 y las proyecciones prevén que descenderá a 2.3 en el quinquenio 2005-2010*⁸⁶.

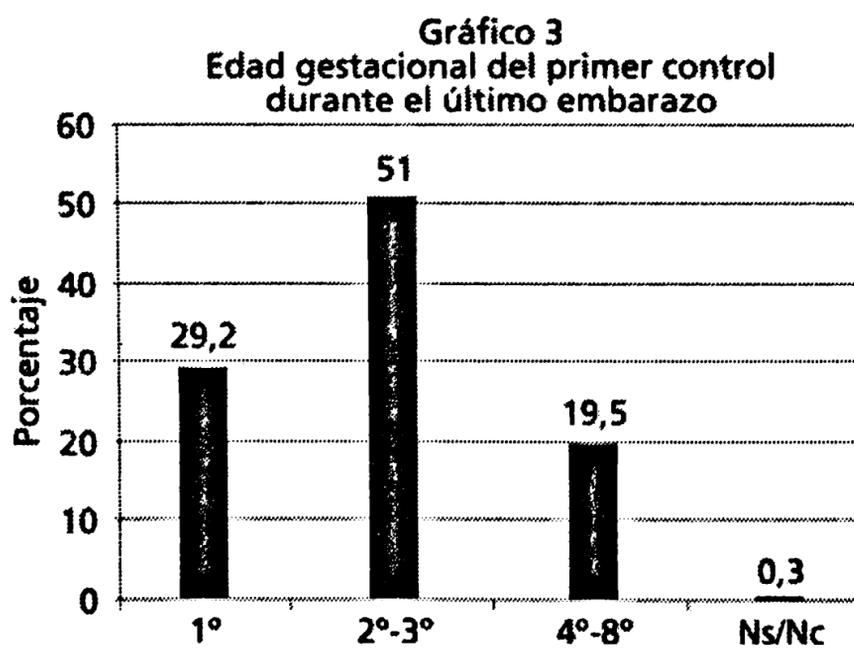
* Estos valores esconden diferencias regionales.

La salud de las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos está relacionada con las posibilidades de acceso a la atención médica durante el embarazo.

La casi totalidad de las mujeres encuestadas (97%), controló su último embarazo.

El Centro de Salud del barrio es el lugar utilizado por el 67% de las mujeres para realizarse los controles; el 20% se controló en la maternidad de hospitales públicos y el resto (13%) en instituciones de la obra social o privadas.

El 80% de las mujeres ha realizado oportunamente el control de su último embarazo: el 29% hizo su primer control durante el primer mes de gestación; el 30% en el segundo y el 21% en el tercer mes. Se registra, por lo tanto, un 20% de mujeres cuyo primer control del embarazo se realizó tardíamente (Gráfico 3).



La oportunidad del primer control también fue considerada en el módulo de monitoreo de la EPH. En el área metropolitana el 84.3% iniciaron el control del embarazo antes del tercer mes, las diferencias son de 71.7% en mujeres de hogares NBI y 91.2% de hogares no NBI.

La Encuesta sobre Condiciones de Vida⁸⁷ muestra que, en el grupo de mujeres de hasta 3 meses de embarazo, el 19% no ha realizado ningún control del mismo.

Respecto al número de controles (excluyendo las mujeres

que están cursando el embarazo y considerando sólo las mujeres que responden con relación al embarazo de su último hijo menor de un año), observamos que el 96,5% ha realizado 5 y más controles de embarazo.

Asimismo, si combinamos este indicador con el mes de inicio del control, surge que el 79,9% ha tenido embarazos adecuadamente controlados, es decir, con 5 y más controles iniciados en el tercer mes o antes de gestación (Tabla 31).

	Hasta el 3° mes	Luego del 3° mes	Total
Hasta 4 controles	3	15	18
5 o más controles	403	87	490
Total	406	102	508

Tabla 31. Número de controles de embarazo y mes de gestación en que comenzó los controles.

En cuanto a los *cuidados especiales durante el embarazo*, se registra en primer lugar que más de la mitad de las mujeres, el 59%, nunca ha fumado; poco más de la cuarta parte (26%) dejó de fumar durante el embarazo y el 15% restante continuó fumando durante esa etapa. Si consideramos sólo a las fumadoras, se puede afirmar que el 64% dejó de fumar mientras que el resto continuó con el hábito durante el embarazo.

El número de cigarrillos diarios consumidos por aquellas que continuaron fumando durante el embarazo fue de tres o menos en la mitad de los casos.

En lo que hace a la *alimentación*, la información refiere a los conocimientos y no a las prácticas de alimentación durante el embarazo. Las respuestas dadas trazan un perfil de conocimientos adecuados respecto de las necesidades nutricionales durante el embarazo. Así, los alimentos que las informantes consideran indispensables consumir durante esta etapa* y que mencionan como primera opción son: lácteos en el 47% de los casos, carnes -de vaca o pollo- en el 22%, frutas en el 15%, verduras en el 6%, legumbres en el 2,5%, huevos en poco menos del 1% lo mismo que los cereales y carbohidratos. El pescado se especifica en el 1%.

* En la encuesta se les solicita indiquen hasta tres alternativas de alimentos.

Como *segunda opción* figura carne (30%), frutas (21%), verduras (15%), lácteos (15%) aumentando la proporción en el caso de las legumbres (3%), huevos (2%), cereales y carbohidratos (2.5%) y pescado (2%). Fruta, carne, verdura y lácteos concentran las tres cuartas partes de las respuestas dadas en tercer lugar.

En cuanto al *apoyo familiar*, las tres cuartas partes de

las mujeres refiere que, durante el embarazo, recibe colaboración en las tareas domésticas.

De ellas, las tres cuartas partes reconoce que la ayuda que le brindan es mucha y la cuarta parte restante afirma que la colaboración es escasa. La persona que ayuda a las mujeres durante el embarazo es, en la mitad de los casos, algún familiar adulto (madre/padre/hermana), el cónyuge se menciona en poco más de un tercio de casos (36%) y los hijos en el 11%.

Llama la atención, pese a los esfuerzos y a las campañas desarrolladas para promover la lactancia materna, que el 56% de las mujeres refiera no haber recibido información y/o preparación para el amamantamiento durante el control del embarazo.

En el mismo sentido, una proporción aún mayor: el 69% no ha recibido cartillas o materiales informativos sobre lactancia materna.

La fuente de información más relevante es la charla informal con otras mujeres (familiares, vecinas, trabajadoras vecinales), apareciendo en el 44% de los casos.

84

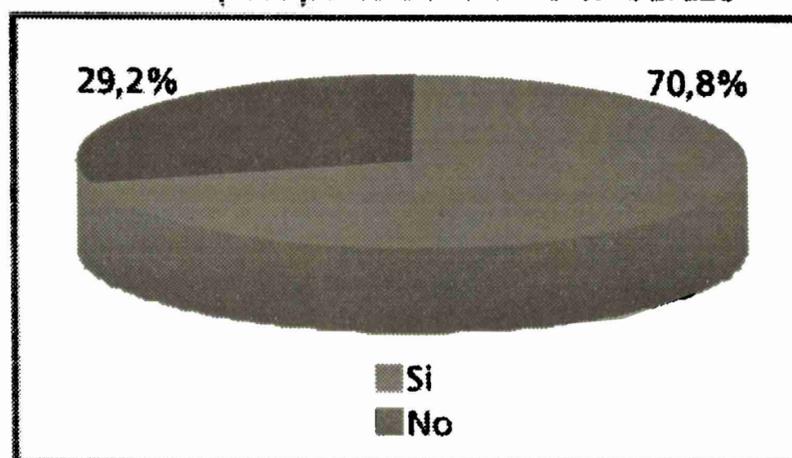
Asimismo, la contribución del sector salud en el *fortalecimiento nutricional*, evidencia que la entrega de hierro durante los controles del último embarazo de las encuestadas se verifica en poco más de la mitad de las mujeres (53%), el 46% no recibió tal suplemento y la mayoría, el 65%, no recibió aporte de vitaminas en los servicios de salud.

Según la encuesta nacional sobre condiciones de vida realizada en 1997 por el SIEMPRO/INDEC⁸⁸, en el país, el 39% de las mujeres en edad fértil carece de afiliación y cuentan con el subsector público como principal vía de acceso al servicio de salud, grupo históricamente demandante de servicios por la oferta brindada por los Programas Materno Infantiles nacionales y provinciales. En esta situación se encuentra la mayoría -casi la totalidad- de las mujeres del estudio quienes acceden a una atención deficiente por la escasez, entre otras, de medicamentos e insumos básicos de diagnóstico, tratamiento y prevención.

El *parto* ha sido institucional en todos los casos pero sólo el 71% de las mujeres* realizaron *control post-parto* luego de su último embarazo; el resto no volvió a control luego del parto (Gráfico 4).

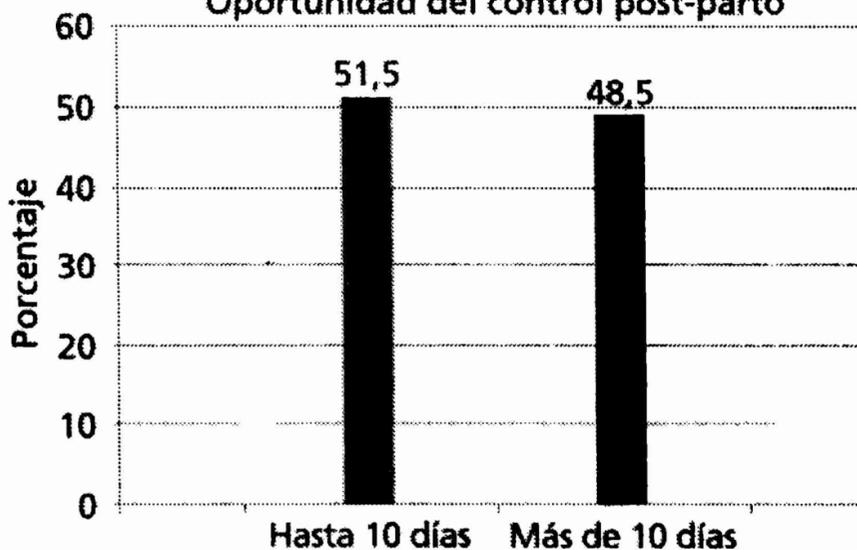
* Se excluyeron 47 casos en blanco (6,5% del total) y 63 primerizas (8,7% del total).

Gráfico 4
Control post-parto del último embarazo



De las que realizaron control posparto, el 43% lo hizo a los 7 días del parto o antes. Un 8% realizó control entre el 8° y el 10° día posterior al parto y una proporción cercana al 34% lo hizo luego del 10° día y antes del mes del parto; el porcentaje restante lo hizo con posterioridad al mes del parto. Teniendo en cuenta la normativa de control posnatal se desprende que la mitad realizó control posparto oportunamente (Gráfico 5).

Gráfico 5
Oportunidad del control post-parto



85

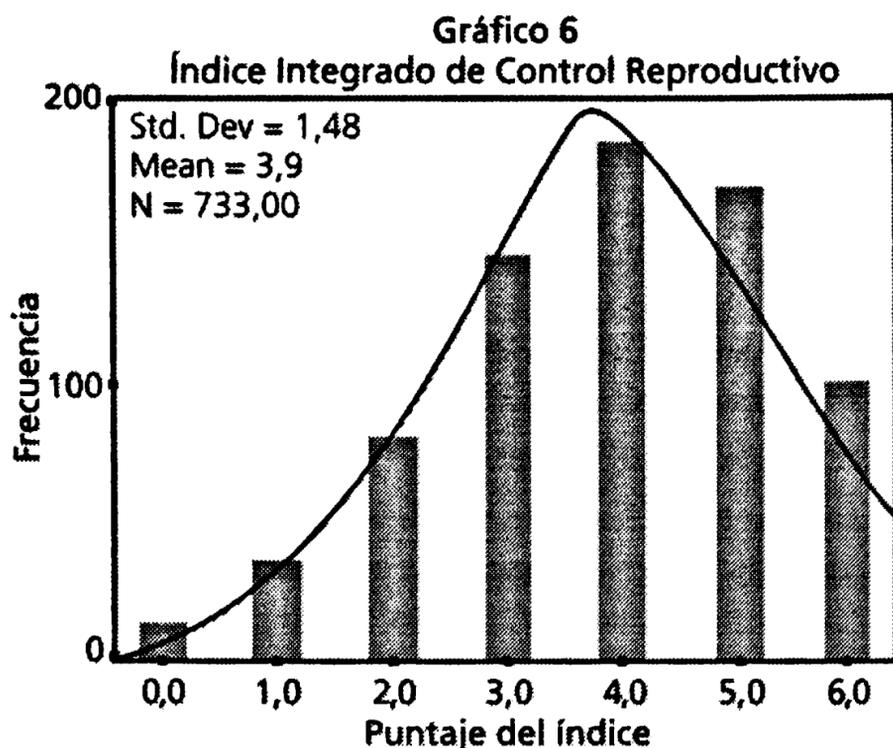
Índices Integrados

Retomando algunas variables relevantes -cuyos resultados se desarrollaron en el punto anterior- y realizando una categorización global, obtenemos, para el caso del Índice Integrado *Control reproductivo*, que el 34,6% de las mujeres presentan prácticas adecuadas de atención vinculadas a la salud reproductiva (Tabla 32).

Del conjunto de variables, las que arrojan una mayor proporción de respuestas adecuadas son las que se relacionan con la oportunidad y el número de controles de embarazo. Los controles ginecológicos regulares y el control posparto representan las variables con menor proporción de prácticas adecuadas.

	N	%
Inadecuado	161	22.0
Regular	318	43.4
Adecuado	254	34.6
Total	733	100

Tabla 32. Índice Integrado Control Reproductivo.



86

Cabe destacar que las categorías del índice: *adecuado control reproductivo*; *regular control reproductivo*; *inadecuado control reproductivo* no se relacionan de manera significativa con el nivel educativo materno (Tabla 33).

	Analfabeta/PI		Primaria Comp. Sec. Incomp.		Sec. Comp. Terc./Univer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Inadecuado	21	24.4	113	22.2	26	19.8	160	22.0
Regular	36	41.9	223	43.7	55	42.0	314	43.2
Adecuado	29	33.7	174	34.1	50	38.2	253	34.8
Total	86	100	510	100	131	100	727	100

Tabla 33. Índice Integrado Control Reproductivo, según nivel educativo materno.
p=0.887

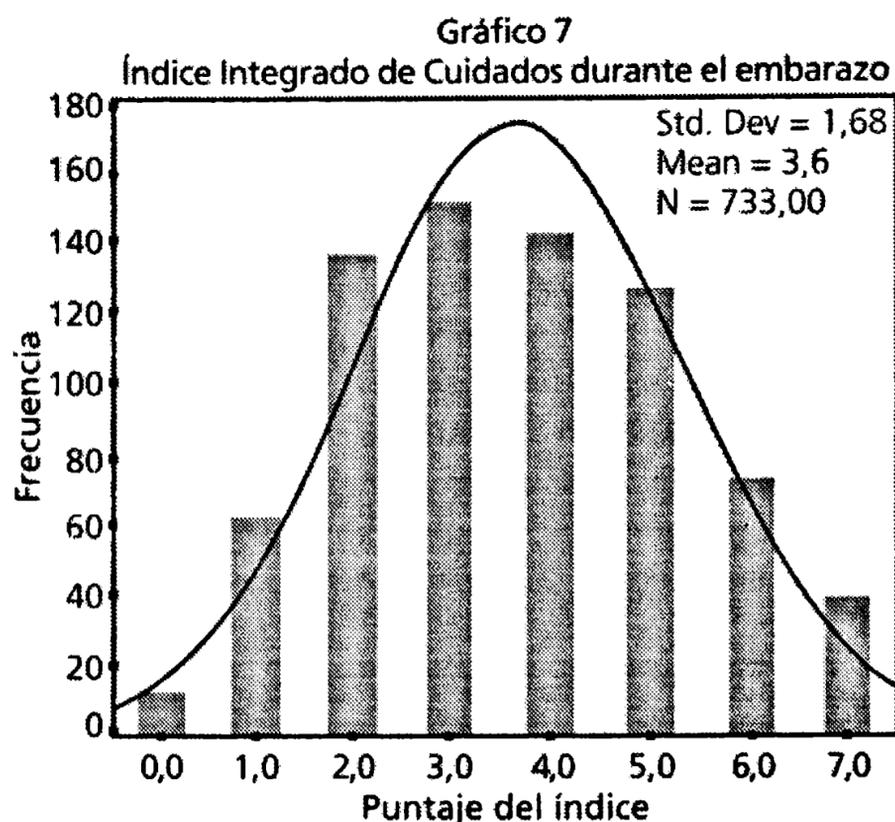
Respecto del Índice *Cuidados durante el embarazo*, se desprende que sólo el 14.8% de las mujeres presenta cuidados adecuados (concentrando 6 y 7 prácticas satisfactorias). La mayoría de las mujeres carece de algunos componentes fundamentales para el necesario y adecuado cuidado de su embarazo (Tabla 34).

Dentro del conjunto de variables incluidas en este índice, los cuidados no institucionales (autocuidado y cuidado de familiares, vecinos, allegados) presentan los valores positivos más altos.

Los cuidados ofrecidos por las instituciones de salud u otras, sean a través de la entrega de suplementos nutricionales o bien a través de información y preparación para la lactancia, se registran en la mitad de los casos o menos, destacándose la baja incidencia de la promoción de la lactancia materna.

	N	%
Inadecuados	355	48,8
Regulares	265	36,4
Adecuados	108	14,8
Total	728	100

Tabla 34. Índice Integrado Cuidados durante el embarazo.



En el caso de este índice, sus categorías muestran una relación altamente significativa con el nivel educativo de las madres (Tabla 35).

	Analfabeta/PI		Prim. Comp. Sec Incomp.		Sec. Comp. Terc.Univer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Inadecuado	53	61.6	246	48.2	55	42.0	354	48.7
Regular	25	29.1	188	36.9	53	40.5	266	36.6
Adecuado	8	9.3	76	14.9	23	17.6	107	14.7
Total	86	100	510	100	131	100	727	100

Tabla 35. Índice Integrado Cuidados durante el embarazo, según nivel educativo materno.

$p=0.007$

Conclusiones

De la información analizada en este capítulo, es importante señalar que un tercio de las mujeres no realiza controles ginecológicos, por lo cual es necesario enfatizar su importancia en las mujeres en edad fértil y proveer recursos a los servicios de salud para su adecuada realización.

El inicio de los embarazos durante la adolescencia representa la situación de más de la mitad de las mujeres: el 47% tuvo su primer embarazo a los 18 años y menos; un 20% entre los 19 y 20 años.

El promedio de embarazos es de 3.12, elevado si se considera que las mujeres encuestadas aún se encuentran en una etapa reproductiva temprana o media.

La aprobación de la ley de salud reproductiva sancionada en el 2002, junto con el desarrollo de campañas de educación sexual, posibilitarán un mejor control de la fecundidad (número, espaciamiento y edad de inicio de los embarazos) y contribuirán a reducir las enfermedades de transmisión sexual.

Un 3% de las mujeres no ha controlado su último embarazo. Dentro de las que lo hicieron, el 80% ha tenido un adecuado control de su último embarazo, tanto en términos de oportunidad como de cantidad de controles.

En este sentido es fundamental procurar que la totalidad de las embarazadas realicen controles oportunos y suficientes a fin de evitar complicaciones durante el parto y asegurar su salud y la del bebé.

88

Otro aspecto que merece destacarse refiere a que la mitad de las mujeres no recibió hierro ni vitaminas como suplemento nutricional durante su último embarazo y tampoco información sobre la importancia de la lactancia ni cómo prepararse para su práctica.

Estos resultados indican la necesidad de reforzar los recursos y la información brindada en los controles del embarazo a fin de prevenir la anemia, mejorar la nutrición de la madre y el bebé y mejorar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

En este sentido, cabe destacar que el análisis realizado a través de los Índices Integrados refleja la importancia del nivel educativo de las mujeres en los cuidados durante el embarazo.

Si bien la casi totalidad de los partos han sido institucionales, una cuarta parte de las mujeres no ha realizado el control posparto, y de las que han realizado control, la mitad lo ha hecho tardíamente. La provisión de cuidados familiares a la puérpera y el oportuno control post-parto reduce riesgos para su salud (infecciones genitourinarias) y la de su bebé.

Los niños

Los primeros años de vida constituyen un período crítico para el crecimiento y desarrollo, siendo fundantes en la constitución del individuo. En los dos primeros años, el sistema nervioso central alcanza una velocidad de crecimiento que nunca volverá a repetirse, siendo altamente receptivo a las nuevas experiencias que le ofrece el medio ambiente, con una gran capacidad para asimilarlas.

El desarrollo del cerebro desde el nacimiento hasta los 3 años de vida, consiste básicamente, en cuanto a actividad cerebral, en el incremento de las conexiones neuronales y el proceso de mielinización. En esta etapa influye no solamente la nutrición y el estado de salud de los niños, sino también el tipo de relaciones que establecen con los adultos y con el medio que los rodea, incidiendo en la adquisición de destrezas en los primeros años⁸⁹.

Los aspectos vinculares cobran gran relevancia como la calidad del vínculo y la frecuencia de las interacciones. Los niños en este período tienen una intensa necesidad de relacionarse con su madre y con los adultos que los rodean. Si el cerebro se desarrolla correctamente en esta etapa, el potencial de aprendizaje aumenta y las posibilidades de fracaso escolar y exclusión social disminuyen⁹⁰.

Bárbara Rogoff⁹¹ define al desarrollo psicológico "como un proceso de organización progresiva y de complejización creciente del psiquismo". Desde esta perspectiva, se lo concibe como el conjunto de transformaciones internas que permiten al sujeto la adquisición de las competencias necesarias para ejercer progresivamente actitudes cada vez más autónomas. Para esto, a medida que van creciendo, los niños necesitan que su medio les brinde posibilidades de incorporar experiencias acordes a su etapa de desarrollo.

Durante la primera infancia si bien gran parte del aprendizaje es indirecto no previsto e informal, las respuestas del dador de cuidados ante las diversas demandas y situaciones diarias de atención al niño, cubren lo que el niño necesita para adquirir un buen desarrollo e integrarse efectivamente en el seno familiar. Sobre estos aspectos, se destaca la copiosa obra de autores tales como Rutter, Vygotsky, Bowlby, Malher, Brazelton, Bruner y otros que se han ocupado exhaustivamente del tema.

Alrededor de los 2 años, se afianza la psicomotricidad y se inicia la comunicación con los otros.

Los años preescolares significan una época de grandes

cambios; se puede observar una mayor evolución en aspectos del desarrollo cognitivo, personalidad, lenguaje. Si bien el crecimiento físico comienza a disminuir lentamente, es prioritario sostener su ritmo; una nutrición adecuada también en este periodo sigue siendo esencial tanto para su presente inmediato como para su futuro, habiéndose comprobado una fuerte relación con los logros en el aprendizaje^{92 93}.

Es a partir de esta edad donde comienza a manifestarse en el niño su personalidad, influida por su dotación genética y modulada por su medio, desempeñando un papel mucho más activo en su relación con el ambiente: se desplaza libremente, siente curiosidad por el mundo que lo rodea, cobrando más importancia la vida de relación y la socialización en contextos tales como familia extendida, el jardín maternal y preescolar^{94 95}.

La mayoría de las habilidades mentales del adulto se conforman en los primeros años. La importancia del impacto de los cuidados en ese período, resulta argumento suficiente para desarrollar investigaciones que indaguen las creencias y prácticas de crianza.

90 | Teniendo en cuenta estos reconocimientos se presentan los resultados de la evaluación de las prácticas y creencias de las madres con niños de 0 a 6 años de acuerdo a las dimensiones establecidas en la metodología descripta.

La crianza de los niños pequeños

En nuestro país el 7.4% de la población está representada por niños menores de 3 años y cada año nacen alrededor de 700.000 niños, de los cuales el 65% vive en la pobreza⁹⁶.

Es en esta etapa donde los niños pequeños adquieren capacidad de pensar, hablar, y aprender. Asimismo inician los comportamientos sociales que acrecentarán durante todo su ciclo vital, en su etapa de crecimiento y desarrollo y en la adultez⁹⁷. Período oportuno para generar acciones porque son en beneficio directo de la primera infancia. El abordaje en la comunidad de los conocimientos y prácticas sobre lactancia natural, alimentación complementaria y desarrollo psicosocial en los primeros años, permite también influir en el desempeño de las familias y cuidadores en estos temas para incidir en este grupo etéreo con medidas positivas.

Lactancia materna

Las dificultades para lograr una adecuada alimentación natural, se convierten en una cuestión preocupante cuando los niños pertenecen a una población con carencias. Según los datos publicados sobre la incidencia de pobreza en Argentina⁹⁸ 2 de cada 3 niños son pobres y 3 de cada 10 indigentes. Pero además, en los últimos años, 7 de cada 10 niños argentinos vive o vivió en algún momento en situación de privación⁹⁹. Si a estas situaciones le incluimos la de los lactantes que no han sido amamantados, el número de niños que presentan carencias es alarmante, sobre todo si consideramos que los déficits nutricionales por falta de alimentación materna no logran resolverse eficazmente con entrega de otras leches y alimentos.

Las evidencias científicas han demostrado que el éxito de la lactancia materna está ligada a su promoción durante el embarazo. Resultados de esta investigación expresan que si bien el 97% de las mujeres embarazadas controló su embarazo, el 56% de las mismas refiere no haber recibido información y/o preparación para el amamantamiento y el 69% no ha recibido cartillas ó material informativo sobre el tema durante los controles. La fuente de información más relevante es la charla informal con otras mujeres (familiares, vecinas, trabajadoras vecinales), apareciendo en el 44% de los casos. Asimismo datos provinciales refieren que las cifras de lactancia aún no son las esperadas, y que se mantienen valores difíciles de mejorar (a los 4 meses el 20% de los lactantes ha recibido semisólidos y a los 6 el 76.6%)¹⁰⁰.

El objetivo planteado para esta dimensión, es jerarquizar el lugar que ocupa en las madres encuestadas las creencias y las prácticas de lactancia natural y de contrastar el creer o conocer, con el hacer.

Tomando como base los indicadores propuestos por la OMS, a modo ilustrativo, se transcriben los datos aportados por el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en *Evaluación de la Meta de Lactancia Materna 2003* (Tabla 36) y los resultados obtenidos en la evaluación de la línea de base de nuestra población con las características descriptas en el volumen metodológico.

	ILNE 6m *	ILNP *	IACIO *	ILNC 1ª *	ILNC 2ª *
Conurbano PMI	41.3%	8.6%	55.9%	50.9%	26.7%
Línea de Base PMV	46.3%	8.9%	69.7%	52.3%	34.1%

Tabla 36. Indicadores de Lactancia propuestos por la OMS comparados con la Línea de Base PMV de la Evaluación de la Meta de Lactancia Materna 2003 (Programa Materno Infantil, 2003)

*ILNE 6m. Índice de lactancia natural exclusiva al 6to mes: proporción de menores de 6 meses alimentados exclusivamente al pecho.

*ILNP. Índice de lactancia natural predominante: proporción de menores de 6 meses alimentados predominantemente al pecho (leche materna más agua, jugos, té, etc.)

*IACIO. Índice de alimentación complementaria iniciada oportunamente: proporción de lactantes de 6 a 9 meses que reciben leche materna y alimentos complementarios.

*ILNC 1ª. Índice de lactancia natural continua al año de edad: proporción de niños de 12 a 15 meses de edad alimentados al pecho.

*ILNC 2ª. Índice de lactancia natural continua a los 2 años de edad: proporción de niños de 20 a 23 meses de edad alimentados al pecho.

Entre los resultados más sobresalientes hallados en 701 madres con niños entre 0 y 2 años se constató que el 94% dio de mamar.

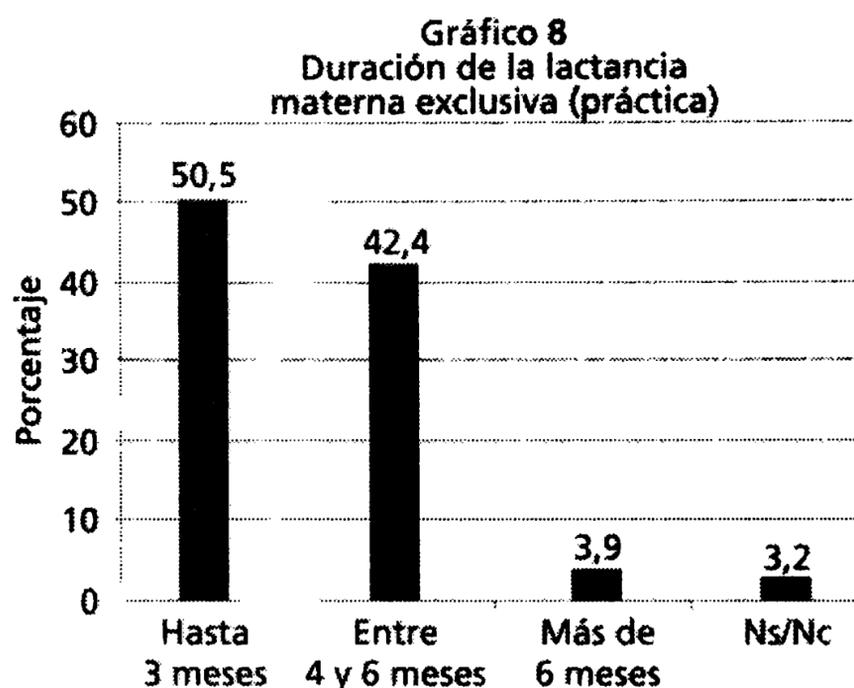
La mitad de las madres colocó al pecho al bebé dentro de las dos primeras horas de nacido (69%), un porcentaje importante, casi el 30%, lo realizó más tardíamente, entre las 3 y 24 horas (Tabla 37).

Puesta al pecho del recién nacido		
Horas	Nº de Casos	Porcentaje
Dentro de las 2	444	69,0
Entre las 3 y 12	143	22,3
Entre las 13 y 24	36	5,6
Más de 24	14	2,2
NS/NC	6	0,9
TOTAL	643	100

Tabla 37. Iniciación a la Lactancia Materna (horas transcurridas del recién nacido).

La internación del niño ó de su madre fue la causa más sobresaliente del retraso para la puesta al pecho.

La mitad de los niños es amamantado con pecho exclusivo hasta el tercer mes. Sólo una pequeña proporción -6,5%- logra esta forma de alimentación hasta el cuarto mes. Considerando el rango de 4-6 meses el 42% amamantó en forma exclusiva a sus hijos. Un 4% de los niños fue amamantado en forma exclusiva por un período de más de 6 meses (Gráfico 8).

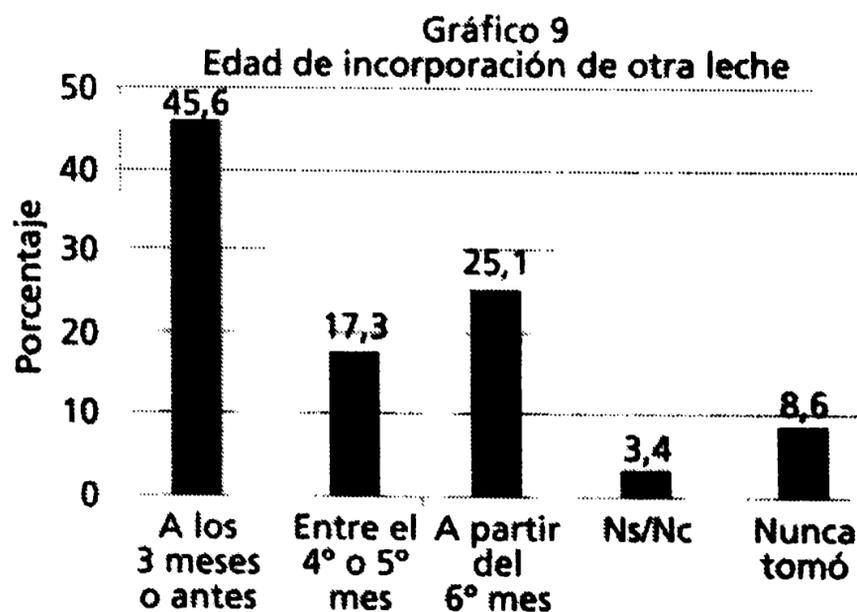


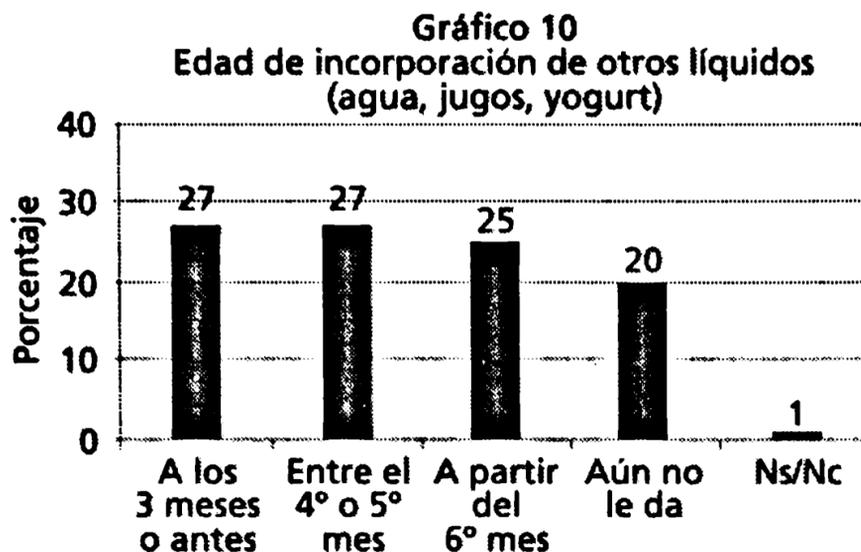
El 63% de las madres *incorporó otra leche* a la alimentación de su hijo antes de los 6 meses y el 45% lo hizo a edades muy tempranas (3 meses de edad o aún antes) (Gráfico 9).

| 93

La *incorporación de otros líquidos* arroja que el 27% ha ofrecido agua, jugos, ó yogur antes del 4° mes como otra forma de alimento (Gráfico 10).

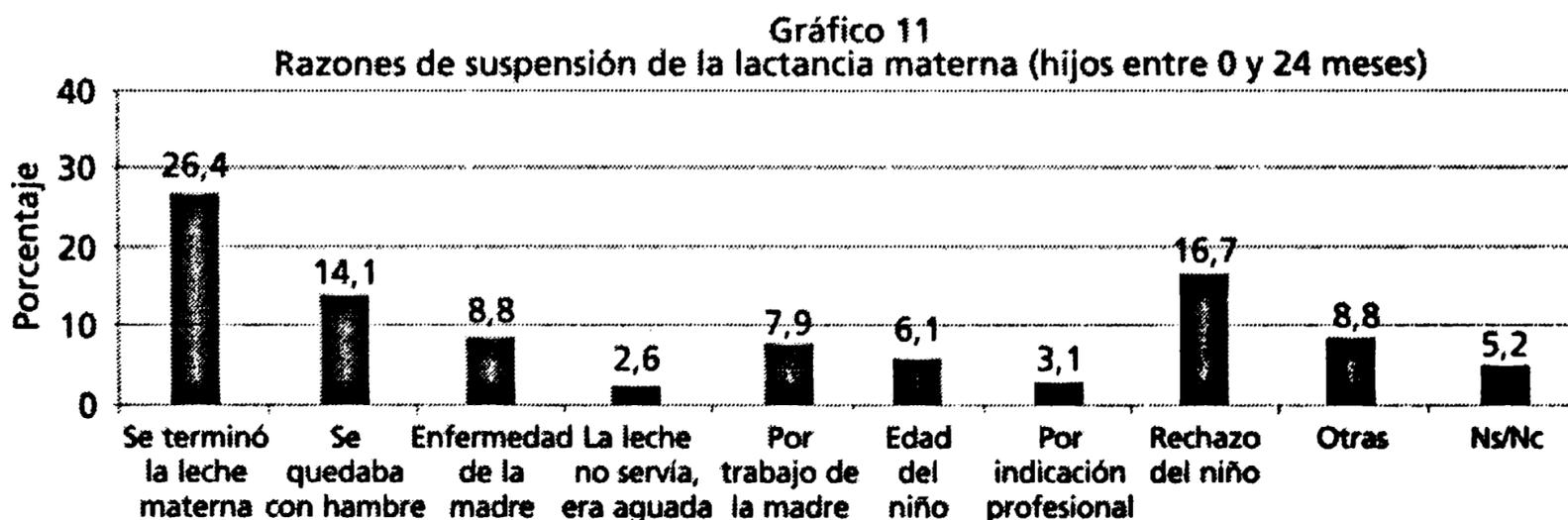
Si bien, como se ha mencionado, es destacable que casi la totalidad de las madres puso al pecho a su hijo y el 69% lo hizo dentro de las primeras horas de nacido (Tabla 37), a medida que transcurren los primeros meses la práctica de lactancia exclusiva va decayendo, siendo insuficiente su duración para un alto porcentaje. Casi la mitad de las mujeres incorporó tempranamente otras leches y otros líquidos a la alimentación de sus hijos, antes del sexto mes.





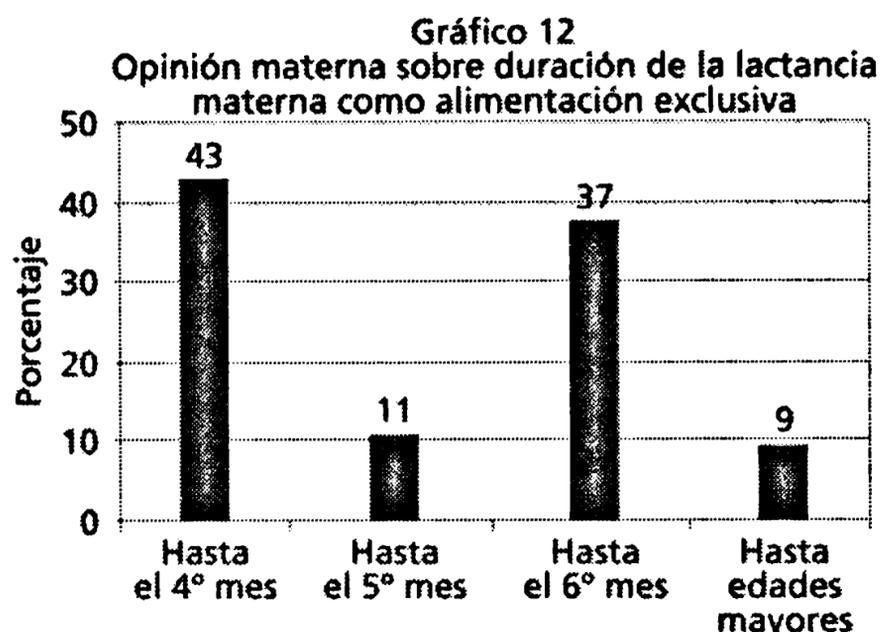
Las razones brindadas por las informantes, en relación a la suspensión de la lactancia se relacionan con la interrupción o disminución en la producción de leche (26%) y el rechazo por parte niño (17%). La apreciación de que el niño se quedaba con hambre aparece en el 14% de los casos, siendo bajo el porcentaje de respuestas que plantean mala calidad de la leche. La indicación profesional como causa de suspensión aparece en porcentajes minoritarios (6%) (Gráfico 11).

94



Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios nacionales: ENCOLAC-SAP 1994-95¹⁰¹; Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2002¹⁰²; Evaluación de la Meta de Lactancia 2002 Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires 2003¹⁰³.

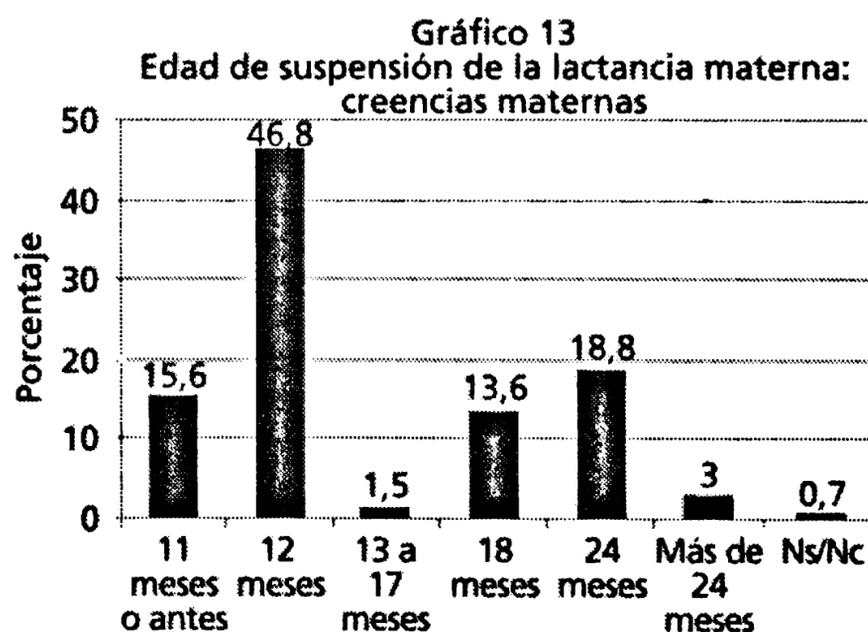
El 43% de las madres opinó que la edad de 4 meses es la adecuada para mantener la lactancia exclusiva. El 48% planteó que debe sostenerse hasta los 5-6 meses y sólo el 9% contestó que la misma se debe continuar hasta edades más avanzadas (Gráfico 12).



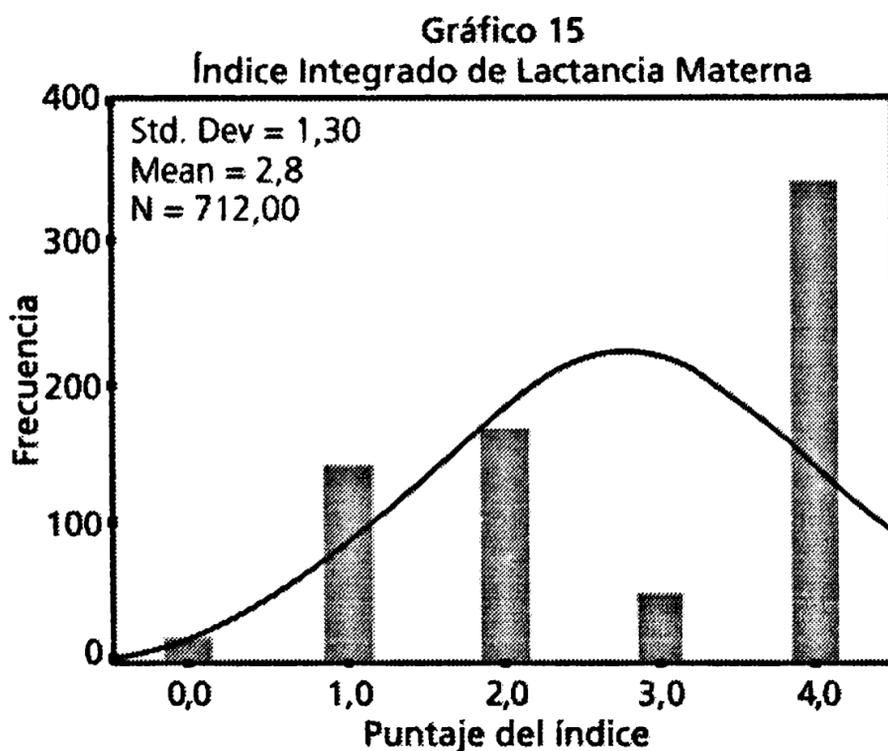
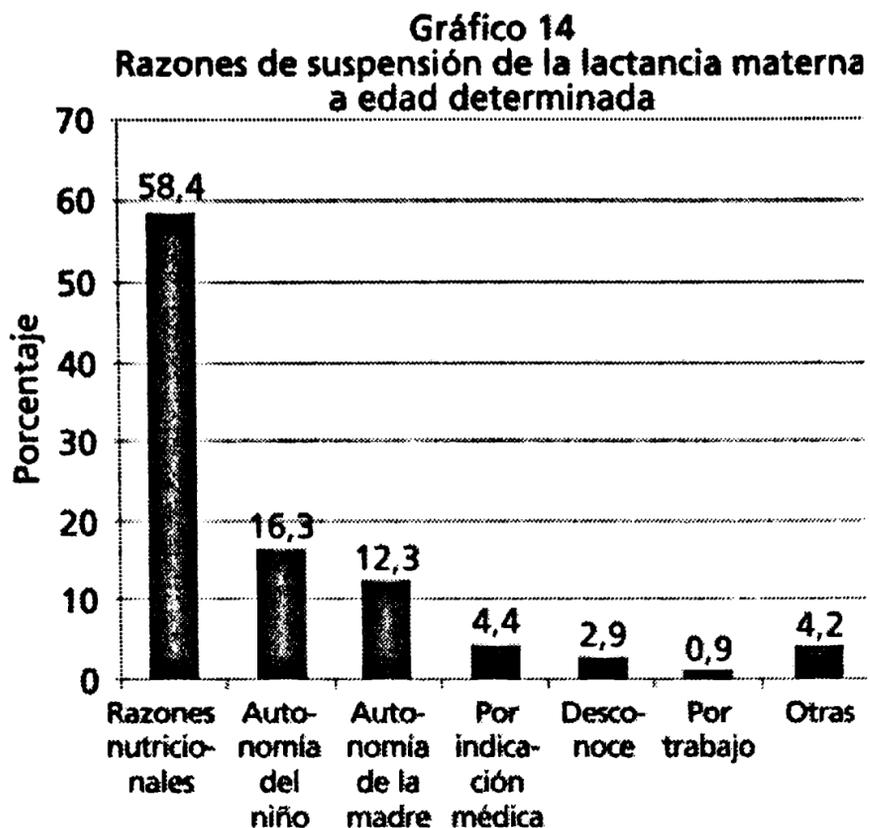
Al consultar sobre la duración total de la lactancia, la mayoría (87%), refiere alguna edad límite. Con respecto a la edad de suspensión de esta práctica, si bien casi la mitad de las madres (47%) expresaron que la edad adecuada es a los 12 meses, el 32% consideró conveniente sostener la lactancia hasta edades entre 18 y 24 meses.

Los resultados sobre creencias, muestran que la mayoría de las madres (casi el 80%) refiere que la suspensión de la lactancia materna se debe realizar a edades adecuadas a la normativa (12 meses y más) (Gráfico 13).

95



Los argumentos que brindan las informantes para fundamentar la necesidad de suspensión de la lactancia se relacionan principalmente con razones nutricionales (58%). Es importante la proporción de aquellas que indican razones de autonomía tanto de la madre como del niño (29%). La indicación médica como factor que propicia la suspensión de la lactancia se registra en una proporción minoritaria (4.4%) (Gráfico 14).



Finalmente, para esta dimensión -tal como se planteó en el apartado metodológico-, la construcción del Índice Integrado se compone de 4 variables referidas a prácticas de lactancia materna. Las prácticas relevadas son iniciación a la lactancia, duración de lactancia exclusiva, edad de incorporación de otra leche, y edad de incorporación de otros líquidos.

A partir de un puntaje integral de 4 se considera inadecuada (0 a 2), suficiente (3) y adecuada (4). Su análisis arroja que el 45.5% de las mismas resultan inadecuadas, un 7% regulares y un 47.5% satisfactorias. Dentro del conjunto, la variable que incide más significativamente en estos valores es la referida a la duración de la lactancia materna exclusiva.

Lactancia Materna		
Inadecuadas	Regulares	Satisfactorias
184 45,5%	41 7,0%	13 47,5%

Tabla 38. Índice Integrado de Lactancia materna.

Como se observa en la Tabla 39 a mayor nivel educativo mejores indicadores de Lactancia materna. Los dos primeros niveles sostienen diferencias mínimas entre sí pero importantes con el nivel SC/T/U. En este sentido hay una diferencia del 13% (de 44,8% a 58%) entre el nivel SC/T/U y los inferiores respecto a las prácticas adecuadas en Lactancia Materna. Es decir los que lograron mejor nivel educativo (SC/T/U) poseen las mayores proporciones relativas de prácticas adecuadas en Lactancia Materna.

	Educación			Total
	Analfabeto Primario incomp.	Primaria comp. Sec. incomp.	Sec. completa Terc. y Univer.	
Inadecuado	36	235	47	318
	41,4%	48,7%	35,9%	45,4%
Regular	12	29	8	49
	13,8%	6,0%	6,1%	7,0%
Adecuado	39	219	76	334
	44,8%	45,3%	58,0%	47,6%
Total	87	483	131	701
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

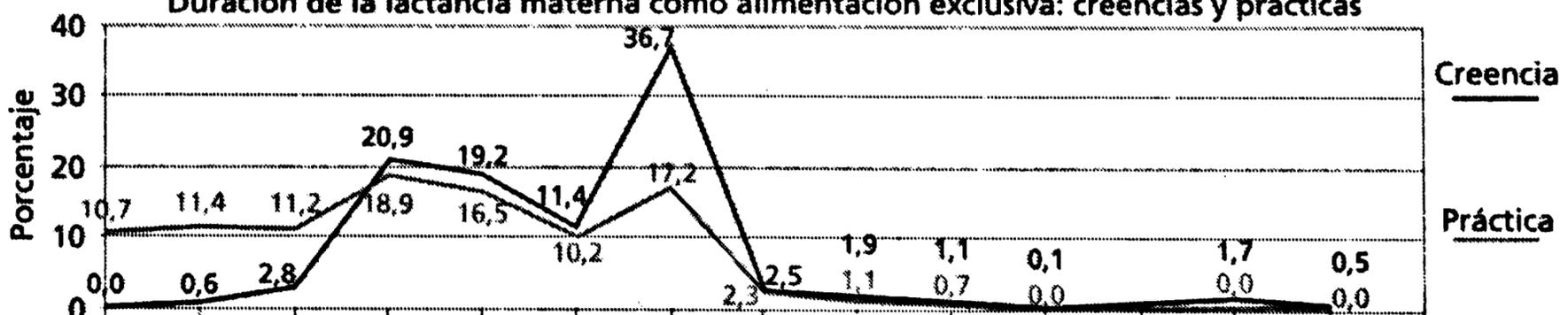
Tabla 39. Prácticas de Lactancia Materna según nivel educativo de la madre.
 $\chi^2=14,27$; $p=0,006$ (Diferencias significativas).

Comentarios

En general la importancia de amamantar a los niños en forma exclusiva es reconocida por la mayoría de las mujeres encuestadas. Sin embargo, dicha apreciación contrasta marcadamente con la práctica, siendo insuficiente en un alto porcentaje.

Gráfico 16

Duración de la lactancia materna como alimentación exclusiva: creencias y prácticas



Los resultados obtenidos muestran que si bien la lactancia se instala correctamente a una edad adecuada, la incorporación temprana de otros alimentos y/u otros líquidos contribuye a su interrupción antes de lo recomendado. El tratamiento del tema y *las recetas de los expertos* han logrado instalar un discurso y conciencia de cómo responder en determinadas situaciones. Al comparar las respuestas con la práctica establecida, se percibe que la finalización de esta modalidad de alimentación, depende de innumerables situaciones. Frases como *se terminó la leche, rechazó el alimento, se quedaba con hambre*, hasta la indicación de los profesionales médicos, expresan que, de no ser abordadas estas causales en una adecuada consejería en lactancia, continuarán siendo motivos de suspensión en edades tempranas.

Las múltiples actividades de capacitación que se desarrollan en nuestro país, están basadas en la transferencia de conocimientos más que en la de habilidades para la resolución y superación de dificultades con las prácticas de lactancia.

Más allá de incrementar e intensificar la transferencia de contenidos teóricos sobre el tema, es necesario optimizar las prácticas a través de experiencias positivas en lactancia. Un replanteo en la posición adoptada en los consultorios y actividades asistenciales, considerando que las madres y sus niños son los que se benefician con la lactancia materna, colaboraría en estos cambios. El alto porcentaje que responde que las razones nutricionales (escaso incremento de peso) son la causa de la suspensión de la lactancia podría estar inscripto en el poco conocimiento popular que los niños alimentados con pecho exclusivo presentan una ganancia de peso diferente en los primeros meses de vida que los niños alimentados con lactancia artificial¹⁰⁴.

Las cifras publicadas muestran que debido a la capacitación de los equipos y la comunidad¹⁰⁵ año tras año la cantidad de lactantes y niños que se benefician alimentándose naturalmente se encuentra en aumento. Sin embargo, si bien se observa que el porcentaje de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva ha aumentado, la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses es una práctica difícil de cambiar y la recomendación de continuar con lactancia natural al año y aún a los 2 años no tiene una aceptación generalizada. Además entre el alta hospitalaria y el primer control de salud ocurren hechos sobre los que es difícil incidir que actúan desfavorablemente para que la lactancia se instale en forma adecuada.

En este sentido, entre los años 2001-2003 se produjo un incremento de las madres que amamantan a sus recién nacidos que va del 63% al 75% en el primer mes de vida pero resulta llamativo el porcentaje de madres que no inician esta modalidad de alimentación (25% sobre 5395 madres encuestadas). Es sabido que tanto el indicador de inicio como de sostén de lactancia en los primeros diez días tiene una correlación directa con la posibilidad de sostener la misma por más tiempo, por lo tanto resultaría imprescindible incidir en esta etapa acompañando a la madre con acciones dirigidas a mejorar sus prácticas.

Alimentación complementaria

Los cuidados que los padres y responsables de la crianza tienen con relación a la alimentación de los niños en los primeros años de vida, influyen en aspectos que trascienden la nutrición, el crecimiento y la salud. Todos los adultos se enfrentan a esta situación con un bagaje de conocimientos y expectativas que pueden ó no ser adecuados. Sobre esta base y con los recursos alimentarios disponibles, los pequeños reciben con la alimentación no solo cobertura de sus necesidades nutricionales y calóricas sino, también, satisfacciones o insatisfacciones de índole emocional, así como estímulos sensoriomotrices y psicosociales para su desarrollo.

Las actitudes y hábitos familiares acerca de *la comida* se encuentran profundamente enraizadas y la mejor información que se reciba, por más calificada que sea, no es suficiente para producir cambios en esta práctica.

La alimentación que recibe un niño está también asociada a la actitud de los padres y cuidadores: la rigidez y la preocupación por el tipo de alimentación, las cantidades que consumen, así como la excesiva permisividad ó desorden familiar, pueden producir resultados no deseados.

El inicio de la alimentación complementaria es una etapa fundamental donde la relación con el lactante será un facilitador u obstaculizador de este proceso. No solo se trata de complementar la lactancia con alimentos adecuados y en forma oportuna, sino también de dirigir las acciones para que el intercambio entre niño-cuidador produzca placer para ambos, incluyendo en el acto alimentario lo que el *niño puede* y no solamente lo que *el niño debe*.

Los adultos que alimentan a los niños deben conocer las estrategias para que éstos acepten mejor la alimentación

(introducción de a un alimento por vez, jerarquizar la exposición a cada *nuevo alimento*, que ésta sea reiterada y no discontinua, etc).

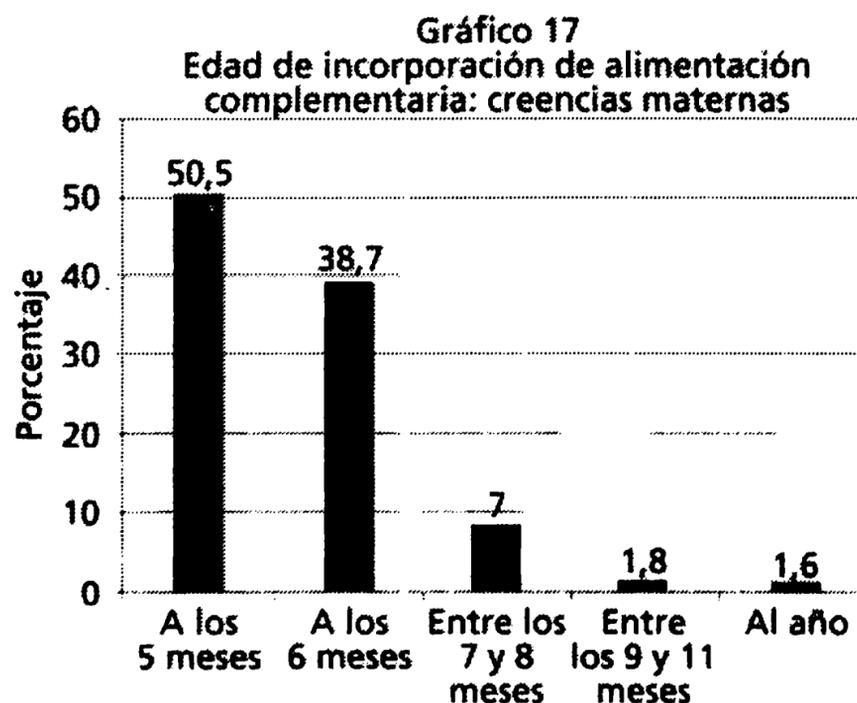
La madre o cuidador necesita tiempo suficiente, tratando de evitar las interferencias externas, permitiendo al niño que coma con las manos y que se familiarice progresivamente con los utensilios. La comprensión de sus mensajes, tanto de placer como de disgusto, que el niño no acepte el alimento preparado por ejemplo, no debe ser interpretado como rechazo a quien ofrece el alimento, sino como respuesta inherente al aprendizaje.

Es importante conversar con la familia sobre el rol materno o del cuidador referido a su actividad como facilitador del aprendizaje en la incorporación de nuevos alimentos y el logro de hábitos saludables.

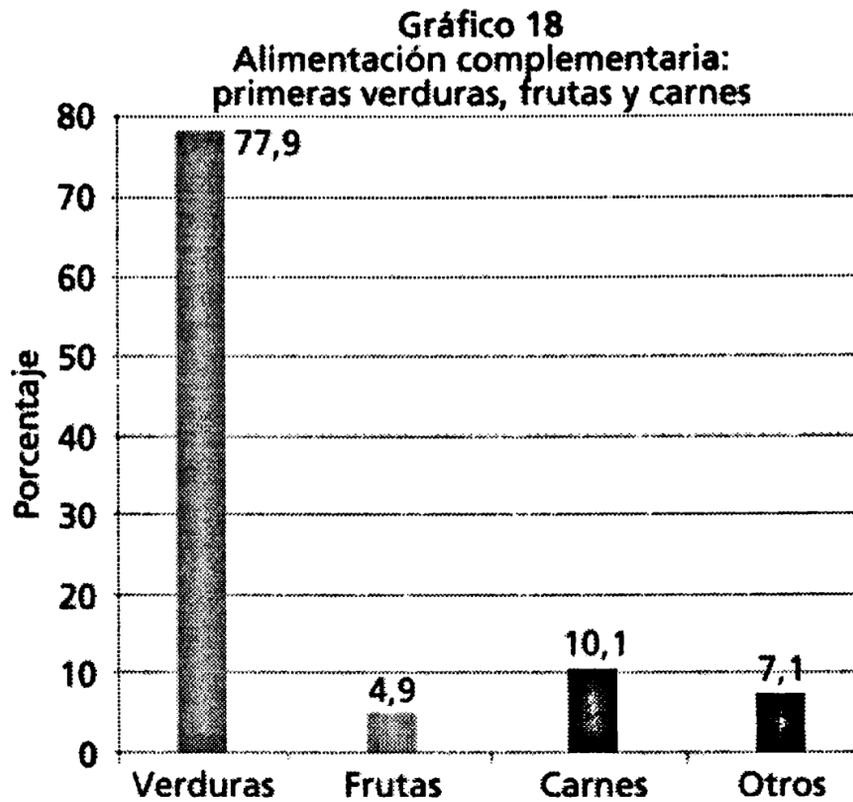
Creencias y prácticas maternas sobre alimentación

Sobre 1460 madres consultadas acerca de la edad conveniente para la incorporación de alimentación complementaria basada en papillas, la mitad expresó que era oportuno el inicio a los 5 meses de vida o antes. Un 39% opinó que era aconsejable hacerlo a los 6 meses.

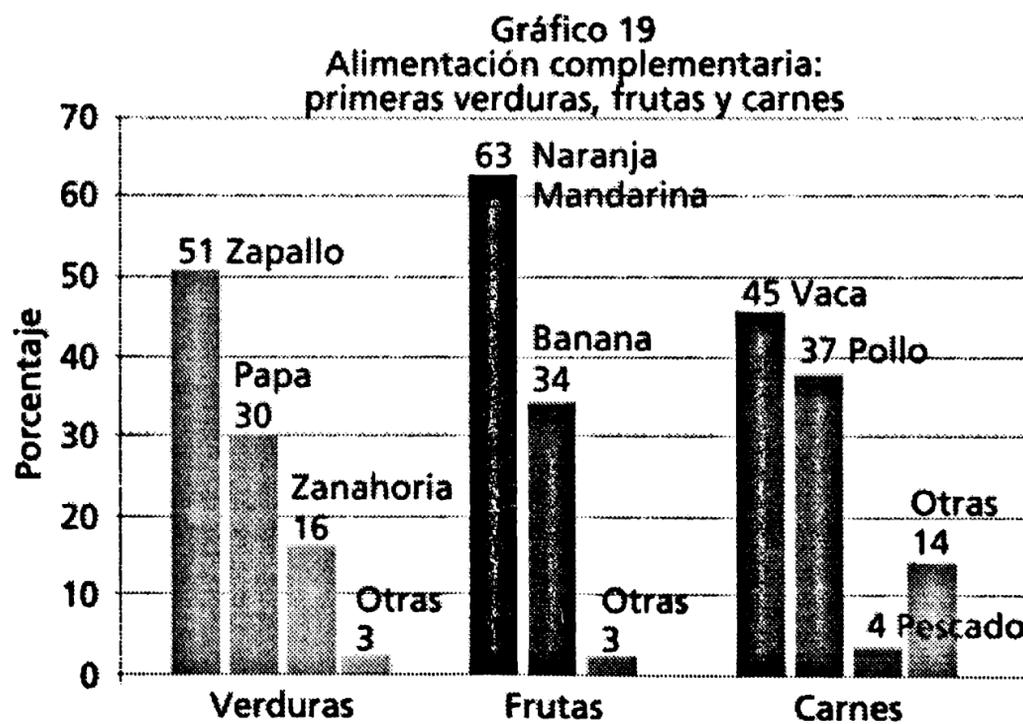
100



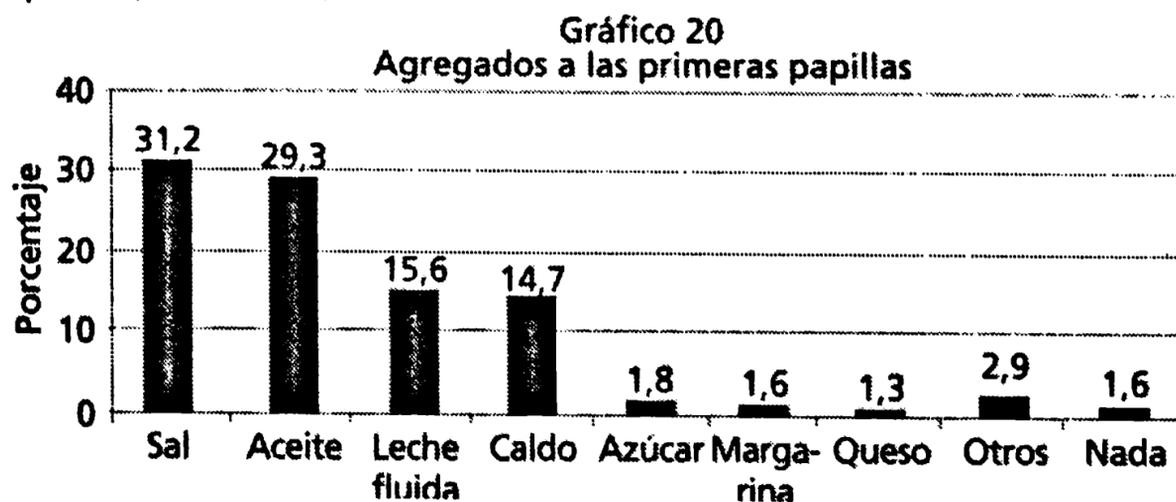
Respecto al tipo de alimentos que componen las primeras papillas y considerando sólo a los niños de 0 a 24 meses que iniciaron la alimentación complementaria, los porcentajes no son excluyentes debido a que las informantes mencionaron libremente los 3 primeros que prepararon a su pequeños (N 590). Los que aparecen con mayor frecuencia (como los primeros alimentos que componen las papillas) son las verduras, en segundo término se menciona las carnes y frutas en un porcentaje minoritario.



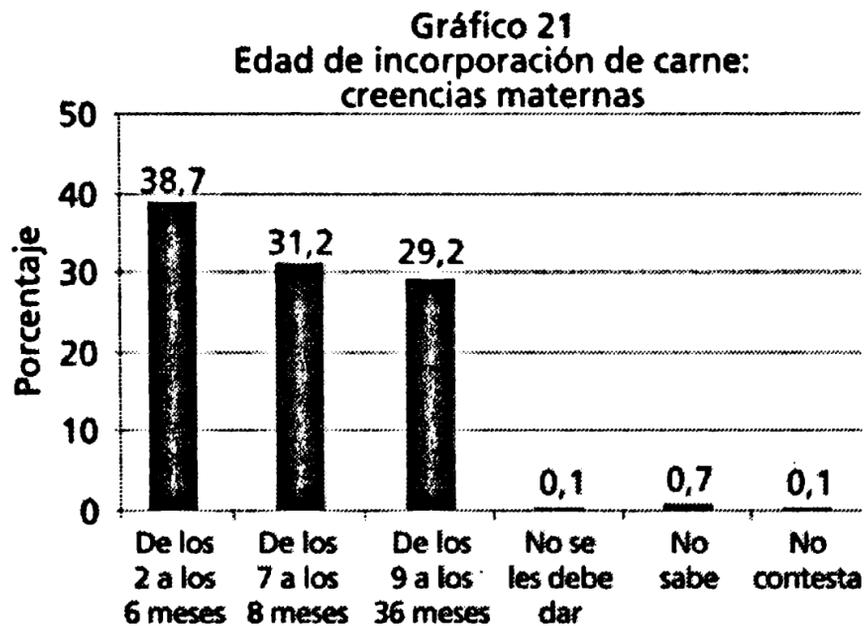
A su vez en cada uno de estos grupos, los alimentos más frecuentes son dentro de las verduras: en primer lugar zapallo, luego papa y por último zanahoria. Entre las frutas la naranja y la mandarina concentran el 63% de las consumidas en primer término y la banana en segundo. La carne de vaca ocupa el primer lugar (Gráfico 19).



El agregado a estas primeras papillas consiste en sal y aceite mayoritariamente, leche fluida, caldo, azúcar, margarina y queso (Gráfico 20).

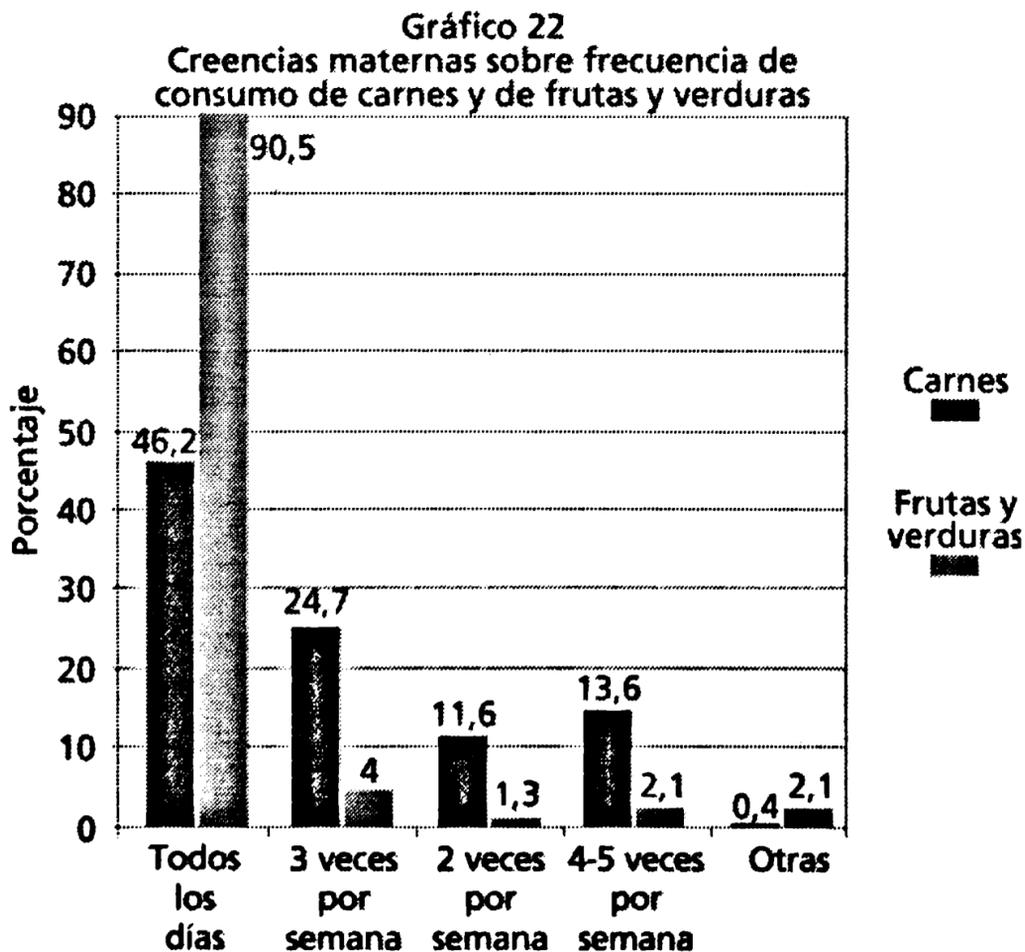


Con respecto a la edad que se considera adecuada para la incorporación de carne, un tercio de las respuestas se concentraron entre los 7 y 8 meses, siendo la carne de vaca la que ocupa el primer lugar en las preparaciones. Cabe destacar que el 39% señala edades muy tempranas (entre 2 y 6 meses), como las indicadas para la incorporación de carnes. (Gráfico 21).

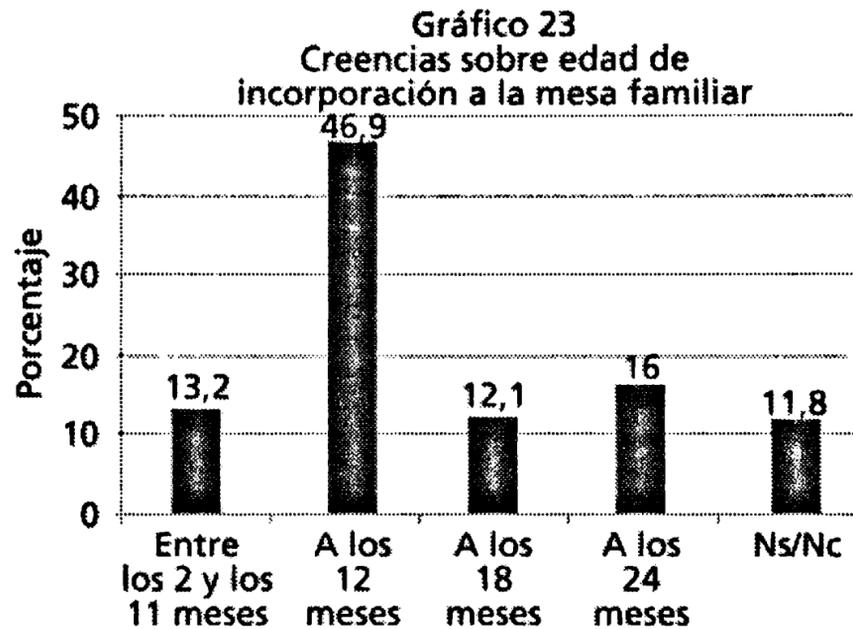


El 46% de las informantes no posee conocimientos adecuados sobre la frecuencia del consumo de carne en tanto opina que debe realizarse diariamente. Respecto del consumo de frutas y verduras, casi la totalidad -90%- sostiene que el consumo ideal debería efectuarse diariamente (Gráfico 22).

102

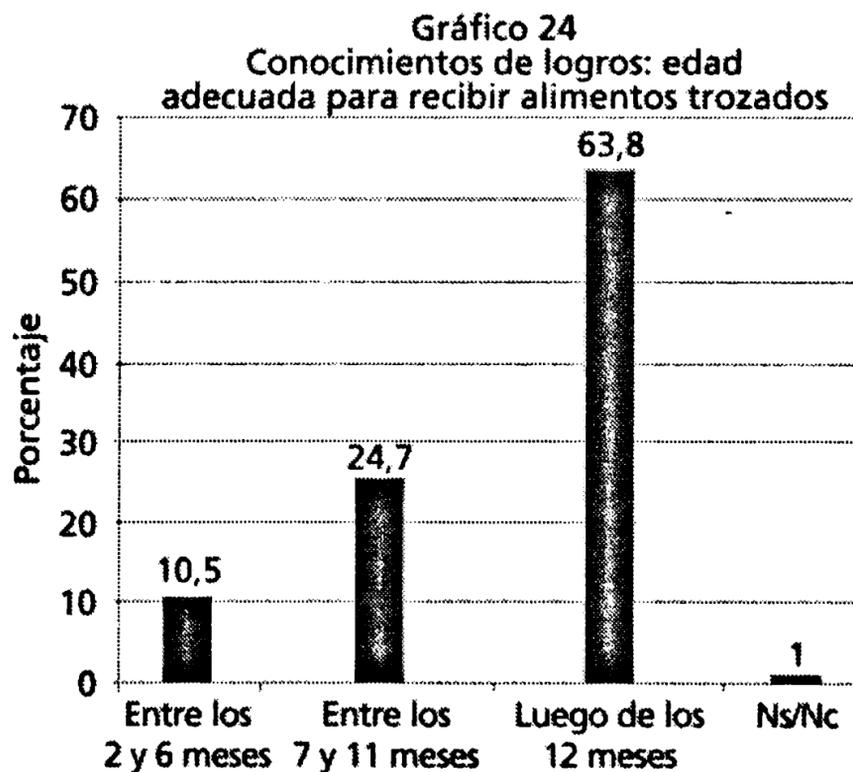


Con relación al uso de los utensilios, el 37% consideró que un niño puede comer solo con cuchara al año de vida, dispersándose las respuestas restantes en las edades de 18, 24 y 36 meses. El 47% de las madres consideró oportuna la incorporación del niño a la mesa familiar a partir de los 12 meses (Gráfico 23).



Con respecto al consumo de alimentos trozados pequeños, el 34% respondió que puede lograrse sin dificultades a los 12 meses. Llama la atención que un 10% plantea edades muy tempranas (entre 2 y 6 meses) (Gráfico 24).

103



Comentarios

De las prácticas de alimentación manifestadas por las madres con relación a sus hijos de 0 a 2 años surge que el momento de incorporación de la alimentación complementaria se realiza adecuadamente en términos generales. Tanto los alimentos que ofrecen las madres como la formas de preparación de las primeras papillas,

tienen una baja densidad energética, ya que si bien el 30% refiere incorporar aceites, no se observan otros agregados que aumenten la densidad de los preparados.

Líquidos y/o sal en los purés de hortalizas aparece en un importante número de respuestas.

Al contrastar las prácticas con las creencias sobre la edad en que se deben ofrecer las primeras papillas, se observa que un 20% opinó que deben incorporarse antes de los 3 meses de vida. Con respecto a las creencias que manifiestan sobre la edad adecuada de introducción de carne solo el 38% tiene creencias acordes con las normativas (a partir de los 6 meses)^{106 107}.

En coincidencia con otros estudios ¹⁰⁸ las diferentes edades en que las madres consideraron oportuno comenzar con la alimentación es entre los 5 y 7 meses. Estas respuestas de las madres darían cuenta de un criterio de intervalo, más que de una edad determinada.

Los conocimientos que presentan las madres sobre la maduración del desarrollo adaptada a la alimentación del niño pequeño (uso de la cuchara e ingesta de alimentos trozados) son en un 75% inadecuados.

104

En referencia a los conocimientos maternos sobre la alimentación complementaria resulta importante destacar que en general son inapropiados en cuanto a preparación de los alimentos, desarrollo de la conducta alimentaria y edad de introducción de las primeras comidas. Estudios nacionales¹⁰⁹, han mostrado que el deterioro del crecimiento de los lactantes se incrementa ó se inicia a partir de la introducción de los primeros alimentos.

Atención psicosocial del niño

La sociedad asigna el papel de cuidador a los padres y a los adultos que trabajan con niños; función que se logra a través de construcción dinámica entre los niños y los mayores. Las relaciones tempranas entre niño/cuidador han sido descritas, haciendo mención al acomodamiento mutuo, en esta interacción subrayando el papel asimétrico de los participantes.

Durante los seis primeros meses de vida los niños comienzan a sentar los fundamentos de una de sus capacidades más importantes: la de leer las señales y expresiones, correspondientes al comportamiento de los adultos.

En la medida que los niños crecen y se desarrollan a través

de una adecuada nutrición, las actividades cotidianas de cantos, juegos y cuentos, son el complemento necesario para estimular la madurez de sus funciones. Estas actividades permiten que los niños se relacionen con el mundo exterior, adquieran destrezas y comiencen a manifestar su individualidad.

Creencias y prácticas de promoción del desarrollo

Con relación a los conocimientos relevados, la mayoría de las madres (el 77,3%) no tienen conceptos básicos sobre las actividades de promoción del desarrollo (cantos, narrar cuentos, mostrar imágenes en libros, etc.). Asimismo los conocimientos existentes en torno a las etapas del desarrollo infantil son mayoritariamente deficientes. Del conjunto de aspectos indagados, las pautas motoras son las que se encuentran mejor, mientras que en relación a la edad de adquisición del lenguaje los conceptos son en general erróneos.

Respecto al inicio de la marcha, un porcentaje mayoritario (77%) acuerda que la edad adecuada se encuentra entre los 11 y 15 meses, el 46% expresó que era esperable que los niños hablaran bien entre los 19 y 24 meses. Las consideraciones con respecto al lugar que ocupa el juego resultan positivas y su importancia y significado se asocia al entretenimiento (43%), aprendizaje (30%) y al desarrollo madurativo (11%).

En cuanto a las prácticas de promoción más de la mitad de las madres (64%) refiere *cantar* canciones a sus hijos frecuentemente (Gráfico 25). Similar porcentaje (64%) plantea que nunca *cuenta cuentos* a sus pequeños (Gráfico 26).

Gráfico 25

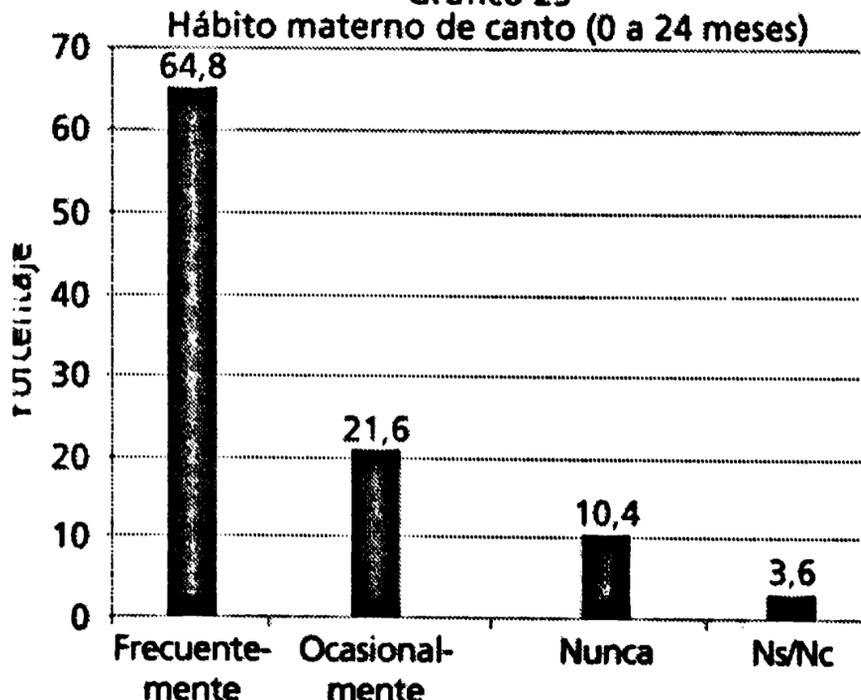
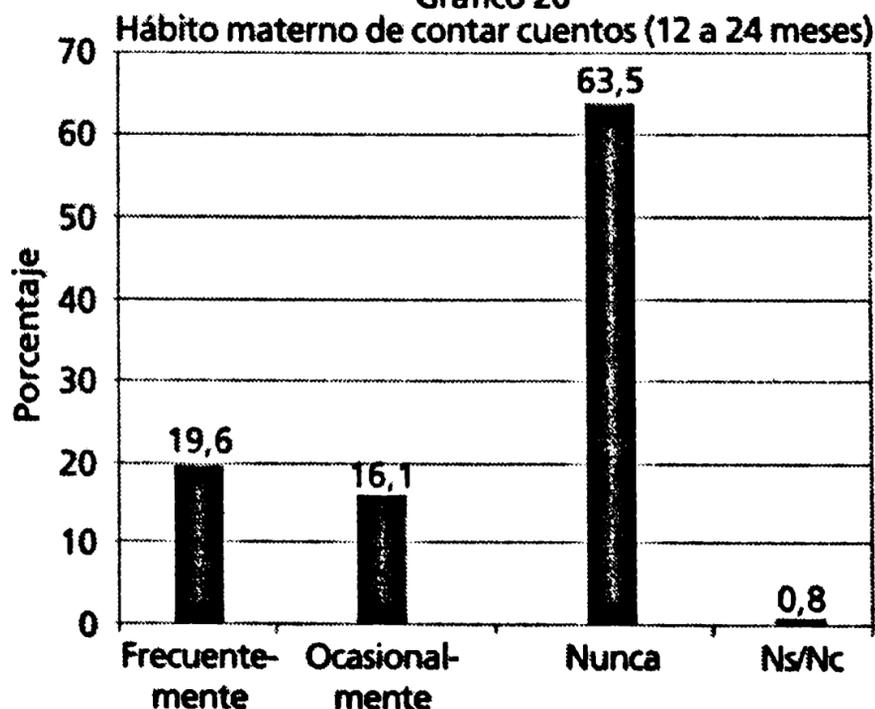
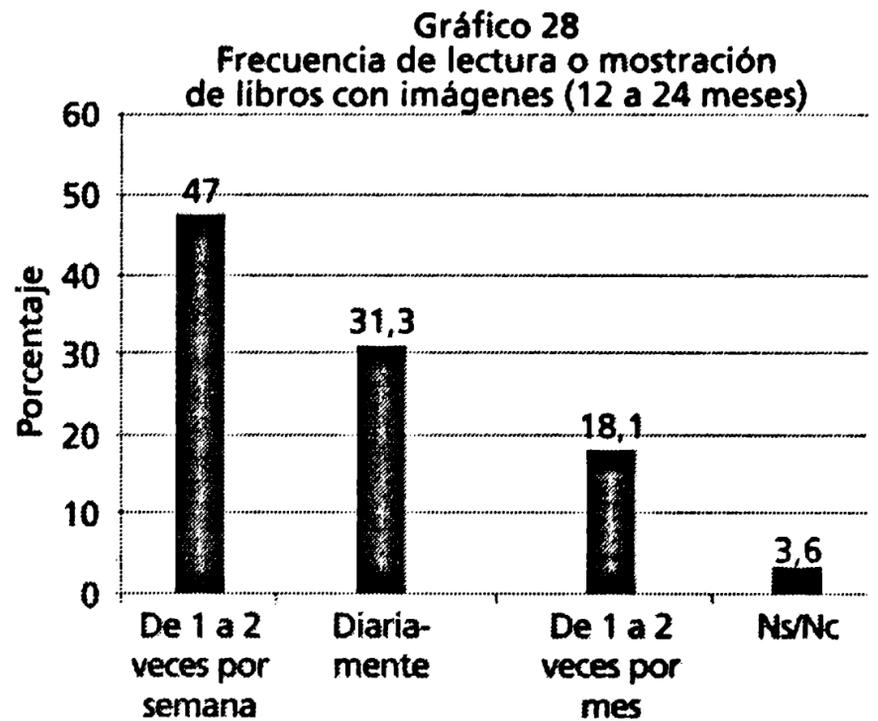
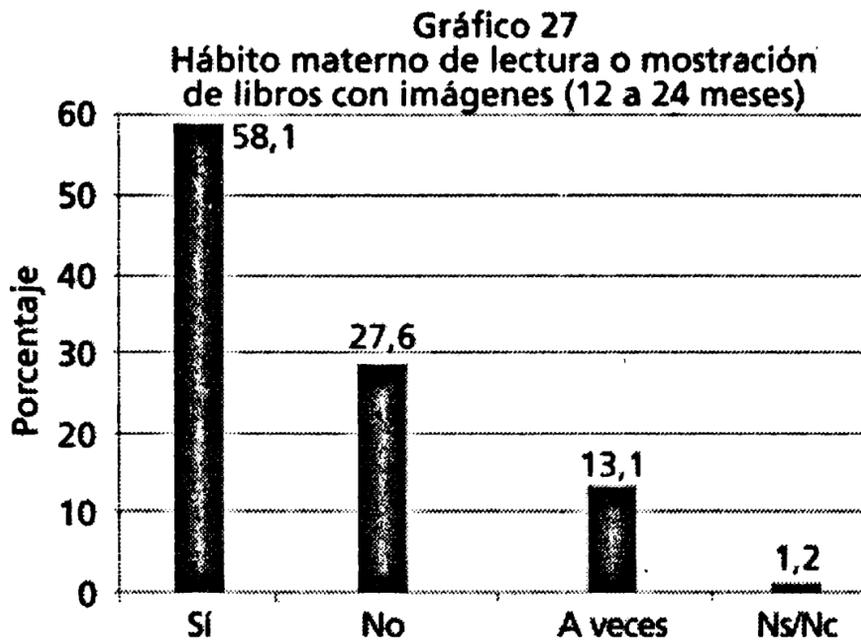


Gráfico 26

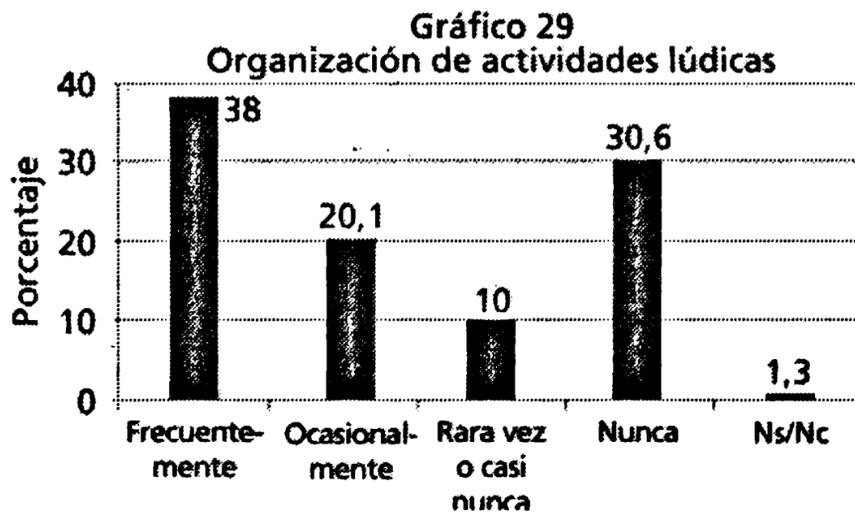


Si bien la *lectura de cuentos* o la *mostración de libros infantiles* aparece como actividad en el 58% de los casos, sólo un tercio de las madres lo hace diariamente (Gráficos 27 y 28).



Es muy importante el porcentaje de madres (61%) que refiere que solo ocasionalmente o nunca acostumbra a organizar o propiciar *juegos* o *actividades de entretenimiento destinadas a sus hijos* (Gráfico 29).

106

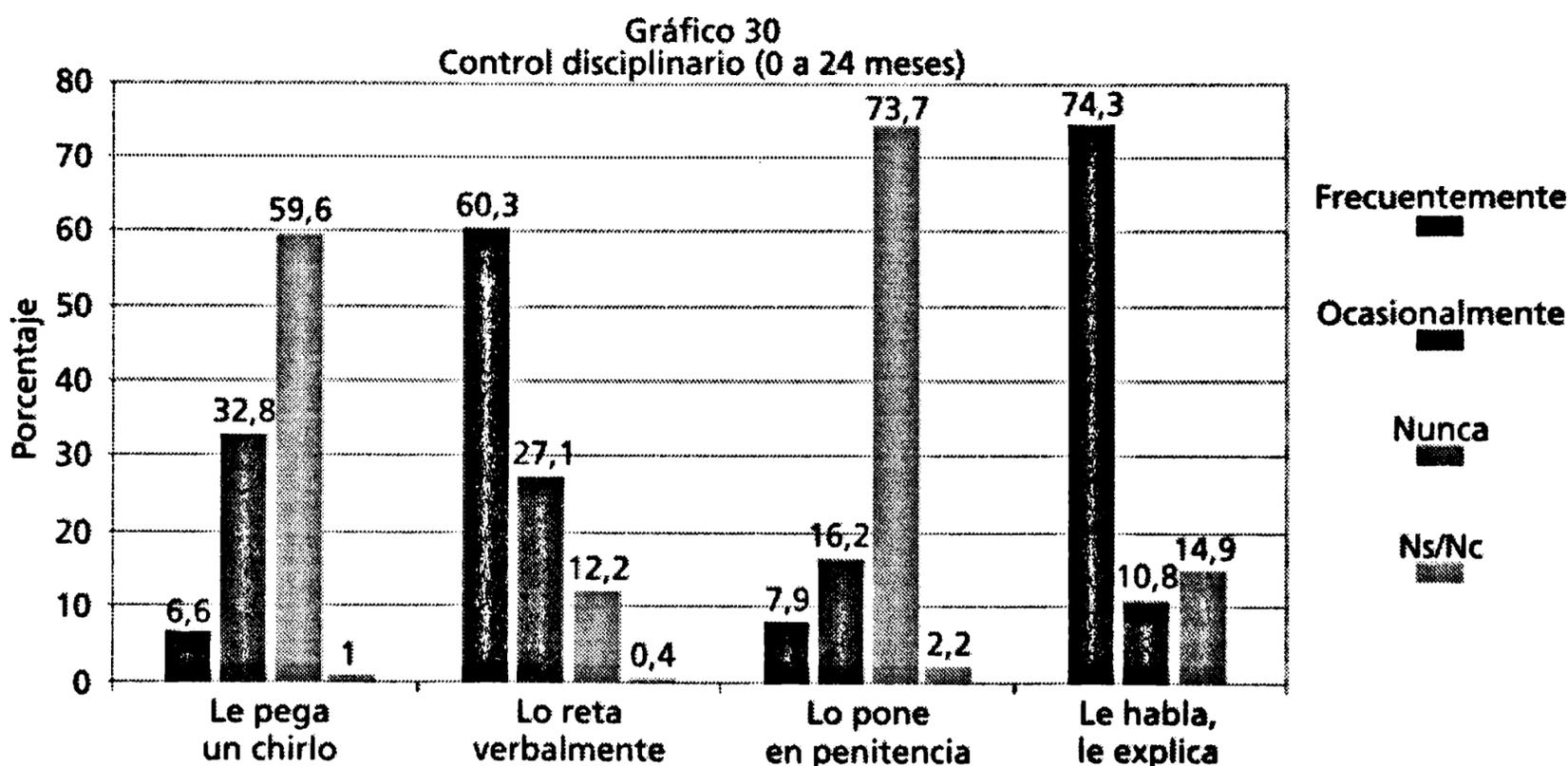


Sólo el 3% de los niños de 12 a 24 meses asiste a *guardería*. En el 41% de los casos las informantes refieren que no hay guardería en el barrio y el 52%, pese a no enviarlos, la oferta de guarderías está presente (Tabla 40)

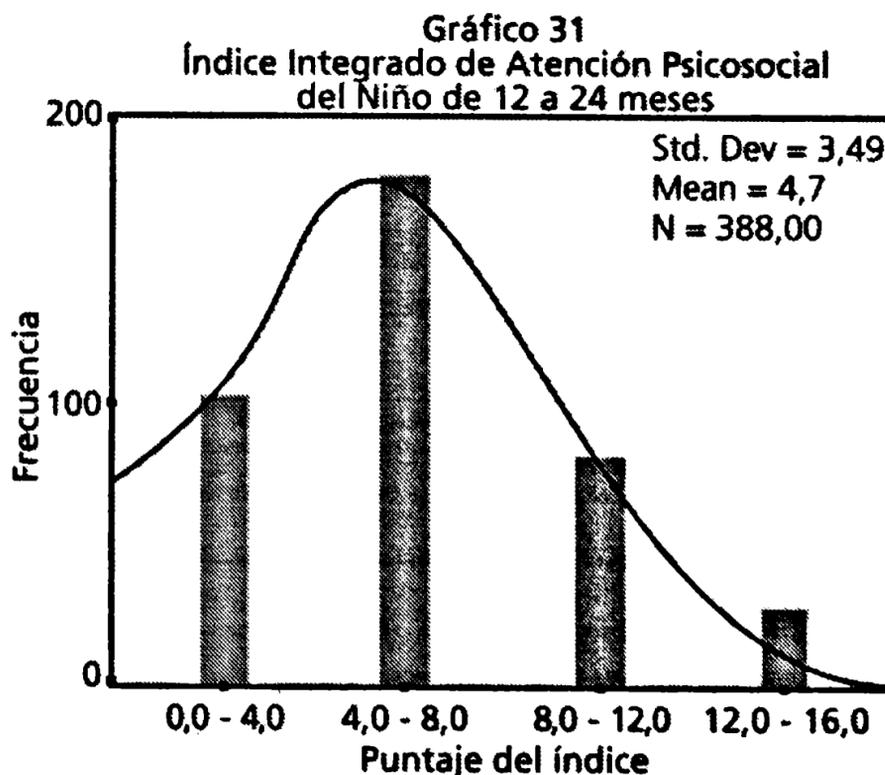
¿Asiste a guardería?	N	%
Sí	7	3,0
No, no hay	96	41,2
No, pero hay	122	52,4
Ns/Nc	8	3,4
Total	233	100

Tabla 37. Asistencia a guardería.

Respecto a las actitudes punitivas maternas hacia los niños de 12 a 24 meses y considerando cada una de las alternativas de manera independiente, un tercio de las madres refirió pegar un chirlo a sus pequeños ocasionalmente, siendo el reto verbal la actitud más frecuente, mientras que la penitencia no fue una forma de castigo, en este grupo etáreo. Solo una minoría refirió aplicarla con frecuencia. El diálogo y la explicación de lo inapropiado de determinados comportamientos es referido por el 74% de las informantes (Gráfico 30)



Índice Integrado de atención psicosocial niños de 0 a 24 meses



Agrupando las prácticas de promoción del desarrollo en el Índice Integrado. Este índice incluye frecuencia de cantos, cuentos, lectura/ mostración de libros, frecuencia de lectura, organización de juegos.

A partir de un puntaje integral de 32, se considera inadecuado (0-16), regular (17-22) y adecuado (23-32). Se observa que, analizadas conjuntamente éstas arrojan un 72% de casos concentrados en la categoría Insuficiente, un 25% regulares y sólo un 3% se presentan satisfactorias (Tabla 41).

Niños de 1 a 2 años		
Insuficiente	Regular	Satisfactorio
184 71,9%	41 24,7%	13 3,4%

Tabla 41. Prácticas de Atención Psicosocial.

La tabla 40 muestra que no existirían diferencias en cuanto a las prácticas y las creencias según el nivel educativo de la madre.

108|

	Inadecuado	Regular	Adecuado	Total
Analfabeto Primario incompleto	31	11	2	44
	70,5%	25,0%	4,5%	100,0%
	11,4%	11,6%	15,4%	11,6%
Primaria comp. Secundario incompleto	205	67	9	281
	73,0%	23,8%	3,2%	100,0%
	75,4%	70,5%	69,2%	73,9%
Secundario completa Terciario y Universitario	36	17	2	55
	65,5%	30,9%	3,6%	100,0%
	13,2%	17,9%	15,4%	14,5%
Total	272	95	13	380
	71,6%	25,0%	3,4%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 42. Índice Integrado de Atención Psicosocial del niño de 12 a 24 meses.
Chi² =0.827 (diferencia no significativa)

Comentarios

El análisis del conjunto de Prácticas de Atención Psicosocial que brindan las madres, muestra un alto grado de déficit.

En términos generales, las prácticas de promoción del desarrollo de los niños de estas edades se encuentran más deficientes que las halladas en los niños mayores (24 a 72 meses).

Los conocimientos en torno a los logros correspondientes a las etapas del desarrollo infantil son deficitarios en un alto porcentaje, no así con respecto al inicio de la marcha donde un porcentaje mayoritario (77%) opina que debe ser entre los 11 y 15 meses.

Si bien la valoración del juego es mayoritariamente positiva, solo un 38% de las respuestas indican prácticas efectivas y más de un 40% no realiza esta práctica o lo hace rara vez.

La adaptación del comportamiento del dador de cuidados a las diversas demandas y situaciones diarias de atención al niño, el afecto, los conocimientos de desarrollo infantil, el mantenimiento y la transmisión de las prácticas positivas tradicionales, entre otras muchas consideraciones que merece esta dimensión, forman parte de todas las prácticas de promoción y *andamiaje* del desarrollo psicológico infantil. Los niños aprenden desde el momento de su nacimiento. Gran parte del aprendizaje es indirecto, no previsto e informal. A través de una serie de aciertos y errores, los niños aprenden de los sonidos, las expresiones faciales y los movimientos corporales para comunicarse con aquellos que los rodean. Con respecto al hábito de cantar a sus hijos un porcentaje importante (64%) refiere hacerlo frecuentemente, no así con el hábito de contar cuentos que solo un 19% de las encuestadas lo realiza asiduamente. En relación al hábito de lectura y/o mostración de libros infantiles, si bien es considerada una actividad importante en el 58% de las madres, pero solo un tercio lo realiza todos los días.

Basándose en que el hogar es el primer marco de aprendizaje para un niño y los padres son los adultos más poderosos y significativos en su vida, son preocupantes los resultados obtenidos. Solo un tercio de la población encuestada realiza prácticas acordes de promoción de desarrollo, sin diferencias según el nivel de instrucción de los mismos. La mayoría de las horas del día de un niño transcurren en el hogar y son los padres quienes les deberían transmitir a través de prácticas adecuadas instrumentos imprescindibles para su aprendizaje. Si se producen mejorías en el conocimiento de los padres / cuidadores acerca del desarrollo infantil, en sus habilidades para enseñar, en sus actitudes y expectativas, es esperable que se produzcan cambios apropiados en el crecimiento y desarrollo de sus niños.

La crianza del niño preescolar

Esta etapa se inicia alrededor de los 2 años, con el afianzamiento de la psicomotricidad y la comunicación con los otros, y se prolonga hasta los 5 ó 6 años de edad.

La información referida a las opiniones y conocimientos en torno a la crianza de los niños de 0 a 72 meses surge de 1460 informantes (la mayoría de ellas madres) de familias beneficiarias del Plan.

La información referida a las creencias y prácticas de crianza específicas para los niños de 24 a 72 meses se obtuvo de 757 madres de 943 niños de esa edad: 571 familias con un hijo, 168 familias con dos hijos y 18 familias con tres hijos.

Para la presentación de la información obtenida respecto a la crianza de los niños preescolares, agrupamos los resultados siguiendo las dimensiones consideradas:

- > Alimentación
- > Promoción del desarrollo psicosocial
- > Atención de la salud

Alimentación del Preescolar

Del conjunto de las Prácticas de Crianza, las que conciernen a la alimentación alcanzan fundamental importancia.

A diferencia del adulto, en el acto de alimentar a un niño intervienen diversos factores, resultando una compleja interacción entre la madre/cuidador y el niño; las características del vínculo, del temperamento, de la maduración neuromuscular y de las distintas edades, así como los recursos económicos, las creencias, conocimientos y habilidades maternas o del cuidador, influyen en este proceso. En la etapa preescolar, dado que los niños comienzan a presentar más autonomía, comen solos, son más selectivos y demandan sus preferencias, es fundamental que se le preste atención a la calidad y cantidad de alimentos que realmente ingieren. Autores como P. Engle y L. Lhotska¹¹⁰; P. Engle y H. Ricciuti¹¹¹; J. Evans, R. Myers y E. Ilfeld¹¹² -entre muchos otros- se han ocupado exhaustivamente del tema.

Desde el quehacer diario, las actitudes familiares acerca de cómo y qué hay que dar de comer a los niños se encuentran profundamente enraizadas con experiencias familiares

previas, de modo que, si fuera necesario, además de brindar información adecuada, se debe trabajar en forma conjunta y sostenida en esta temática.

Como señala Philip Bock¹¹³ "Todas las sociedades reconocen que los niños no pueden alimentarse por sí mismos y que necesitan que los adultos los ayuden a satisfacer su necesidad de alimento. Pero como los seres humanos carecen de patrones de alimentación instintivos o transmitidos durante el nacimiento sobre el qué, cómo, dónde y cuándo de la alimentación infantil, los niños quedan sujetos a las creencias de los adultos responsables; y dichas creencias forman parte de la cultura del grupo".

De los aspectos sobre alimentación y nutrición indagados, presentamos algunos de los resultados relevantes.

Percepción materna de la alimentación y estado nutricional infantil.

Se exploró la percepción materna sobre el estado nutricional de sus hijos y las razones que la fundamentan. La existencia de estudios previos^{114 115} ponen en evidencia, en sectores pobres, el bajo umbral de reconocimiento de las madres sobre la desnutrición infantil.

Sobre este aspecto el 80% de las informantes considera que en la actualidad están *bien nutridos*. Alrededor de un 20% cree que no y el porcentaje restante lo desconoce o no contesta (Gráfico 32). Entre las que componen el primer grupo, la mayoría (41%) responde que tal evaluación se basa en la calidad de alimentos que consumen: comidas equilibradas y variedad de nutrientes. Un 18% responde sobre la base de la cantidad de comida, de realizar las cuatro comidas diarias y no haber pasado nunca hambre. Otras respuestas (20%) se relacionan con la salud de los niños: plantean que tienen niños fuertes, con buen peso, sanos y activos. Un 11% de las respuestas se basan en la referencia médica a través de los controles de salud periódicos (Gráfico 33).

Dentro de la minoría que realiza una *evaluación negativa* de la alimentación de sus hijos (20%), más de la mitad lo atribuye a la falta de trabajo y los magros ingresos, que hacen que la alimentación familiar sea irregular e imprevisible. Un 20% refiere carencia específica de verduras, frutas, carnes y otros nutrientes, y un 13% de las informantes responde que los niños no comen todo lo que ellas desearían. Un 3% de respuestas refieren rechazo de los niños a determinados alimentos y un 4% refiere situaciones de desnutrición, apareciendo el bajo peso y/o

la delgadez de los hijos como indicador de la inadecuada alimentación familiar (Gráfico 34).

Gráfico 32
Percepción materna de adecuada alimentación de sus hijos

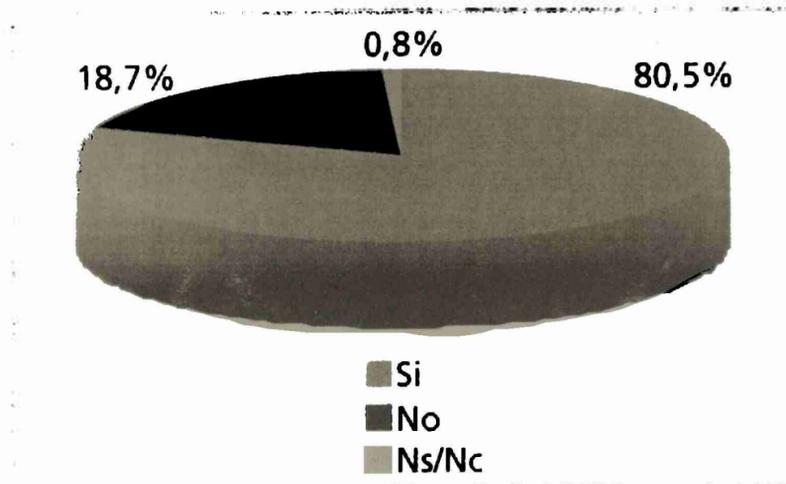


Gráfico 33
Evaluación positiva de la alimentación infantil
Razones maternas

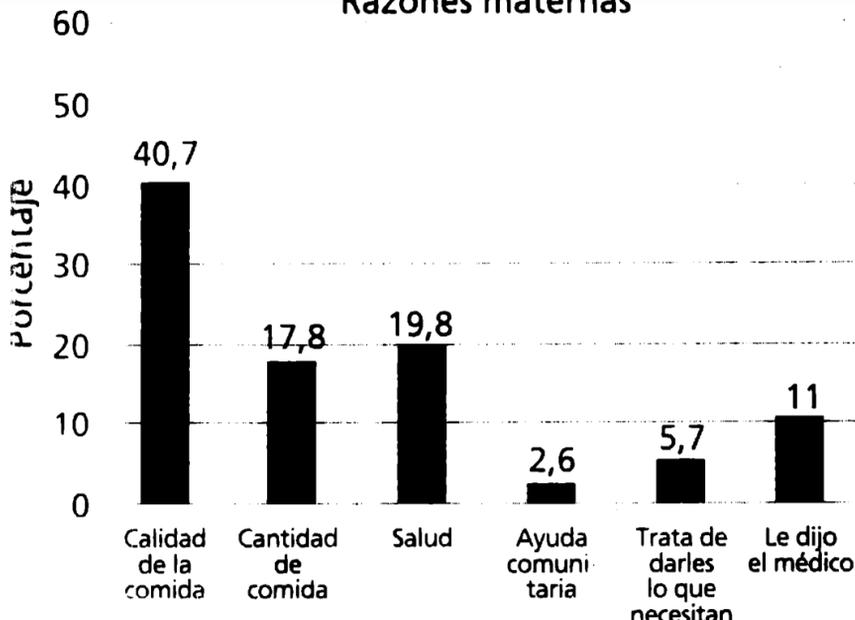
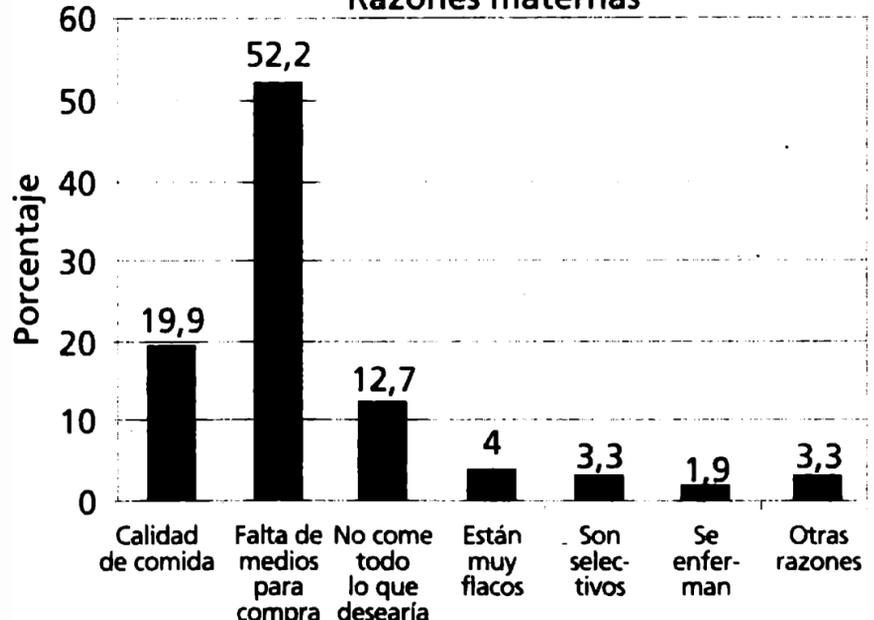


Gráfico 34
Evaluación negativa de la alimentación infantil
Razones maternas

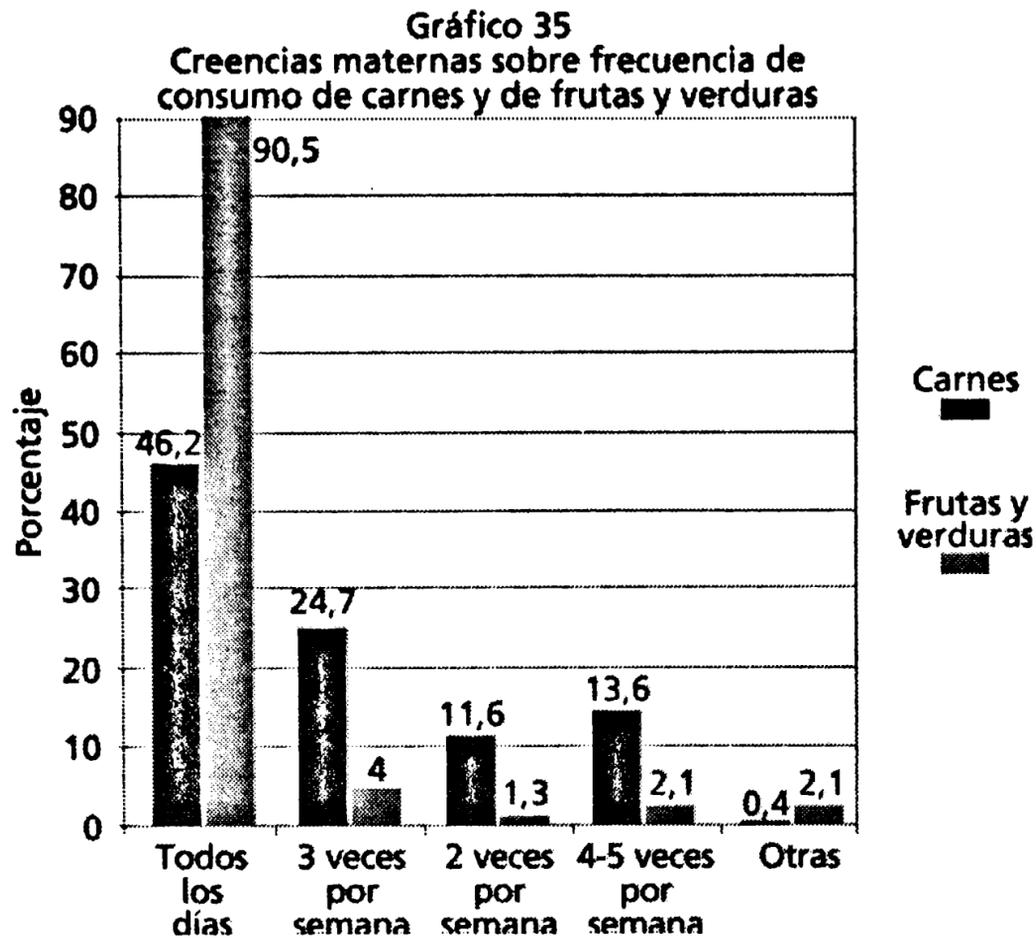


Conocimientos sobre alimentación y prevención de anemia.

Una de las carencias más graves que se han encontrado recurrentemente en diferentes estudios realizados a nivel nacional es la alta tasa de anemia de origen nutricional en población infantil.^{116 117 118 119 120}

Al igual que en el grupo de niños de 0 a 24 meses, en lo que hace a la *frecuencia conveniente de consumo de carne*, el 46% de las informantes cree que a los niños se les debe dar carne todos los días de la semana, un 13,6% refiere que cuatro o cinco veces es la frecuencia indicada, una cuarta parte opina que es aconsejable que consuman carne tres veces por semana, mientras que casi el 12% piensa que dos veces semanales es lo aconsejable (Gráfico 35).

En cuanto al *consumo de frutas y verduras*, el 90% de los casos indica la necesidad de consumo diario de ambos tipos de alimentos (Gráfico 35).



Con respecto a prevención de anemia a través de la alimentación, de los tres alimentos sugeridos en la encuesta: carnes, harina de soja y frutas frescas, surge que casi las tres cuartas partes de las informantes opina que el consumo de carne previene la anemia, menos de la mitad acuerda que la harina de soja no lo hace y más de la mitad opina que las frutas frescas cumplen esa función (Tablas 43, 44 y 45).

114

Carne	Nº de Casos	%
Sí	1045	71,6
No	281	19,3
Ns/nc	134	9,1
Total	1460	100,00

Tabla 43. Prevención de anemia: Creencias maternas sobre carnes.

Harina de soja	Nº de Casos	%
Sí	615	42,2
No	605	41,4
Ns/nc	240	16,4
Total	1460	100,00

Tabla 44. Prevención de anemia: Creencias maternas sobre harina de soja.

Frutas frescas	Nº de Casos	%
Sí	842	57,7
No	463	31,7
Ns/nc	155	10,6
Total	1460	100,00

Tabla 45. Prevención de anemia: Creencias maternas sobre frutas frescas.

Considerando las respuestas correctas referidas a los tres alimentos, se obtiene sólo un 20% de informantes con conocimientos adecuados.

Hábito y composición del desayuno

En las recomendaciones nutricionales tanto nacionales como internacionales, se enfatiza la importancia del mismo y particularmente su relación con el aprendizaje. Los alimentos que se incluyen al despertar, después de varias horas de ayuno, influyen sobre la capacidad de concentración y de estar alerta en las horas subsiguientes, sobre el análisis de la información y la evocación de los conocimientos aprendidos, habiéndose demostrado su relación con el rendimiento escolar.^{121 122 123}

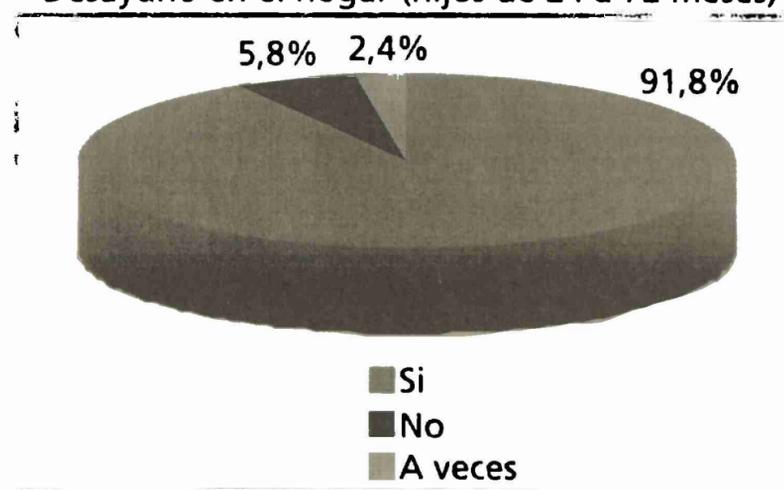
En otros países es hábito que el desayuno sea sustancioso, nutritivo y una de las cuatro principales comidas diarias, adquiriendo para los niños fundamental importancia, sobre todo previo a la concurrencia a establecimientos educativos.

Para Ciudad de Buenos Aires existen datos que dan cuenta de una situación deficiente en este hábito¹²⁴.

115

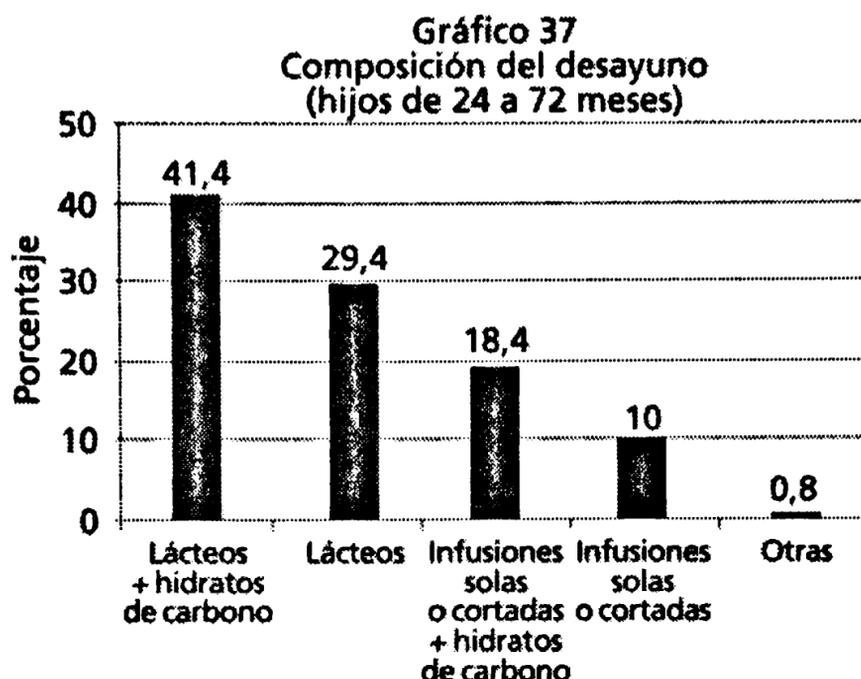
Con respecto a la primera comida diaria, surge que la totalidad de los niños recibe *desayuno*. La gran mayoría lo hace en su hogar (92%) (Gráfico 36).

Gráfico 36
Desayuno en el hogar (hijos de 24 a 72 meses)

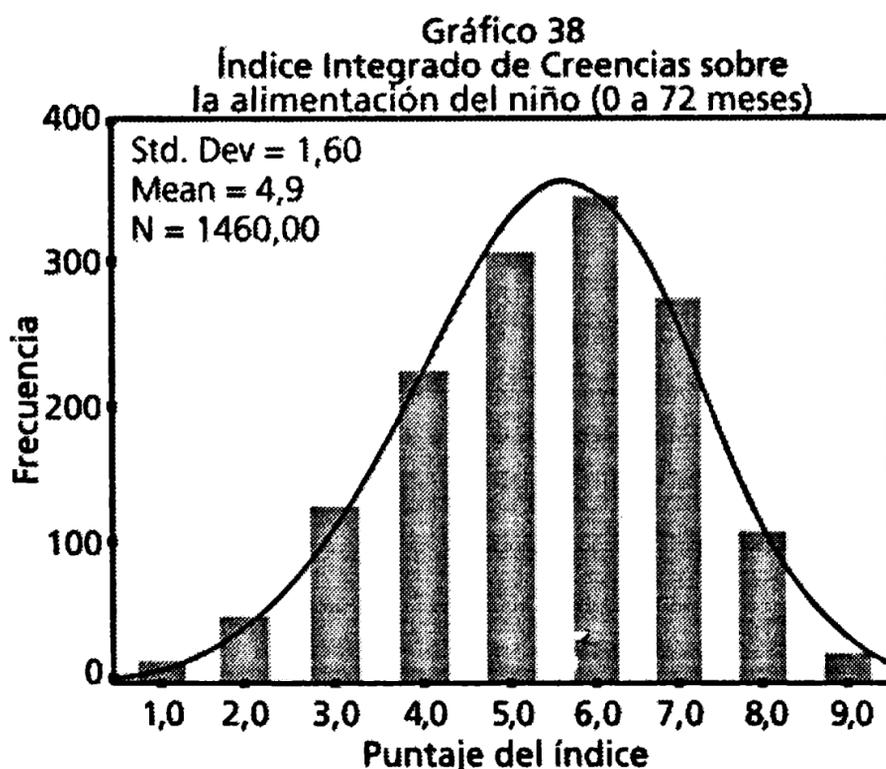


Del conjunto de niños que *desayuna en su casa* habitualmente o a veces, sólo el 41% recibe un desayuno considerado adecuado, o sea, compuesto por lácteos e hidratos de carbono (pan o galletitas y azúcar); menos de un tercio (29%) consume sólo lácteos, un 18% infusiones solas o cortadas con leche junto con hidratos de carbono y el 10% infusiones solas o cortadas con leche sin alimentos sólidos. Cabe observar que en ningún caso se mencionan frutas, jugos naturales, yogures, cereales,

quesos, etc. (Gráfico 37).



Índice Integrado de creencias sobre la alimentación del niño de 24 a 72 meses



Caracterización general de los conocimientos maternos sobre alimentación infantil

Para la caracterización general de los conocimientos/creencias maternas sobre alimentación y nutrición, se construyó un Índice Integrado por las diferentes variables relevadas (Tabla 46). Creencias sobre: duración de la lactancia materna exclusiva, edad de inicio de la alimentación complementaria, edad de introducción de carne, frecuencia de consumo de carnes, frutas y verduras, edad de integración a la mesa familiar, conocimientos sobre alimentos que previenen la anemia, edad de uso de la cuchara y de introducción de alimentos trozados.

A partir de la asignación de un puntaje total de 9, se consideraron las siguientes categorías: conocimientos insuficientes (0 a 4 puntos), conocimientos alimentarios regulares (5 a 7 puntos), conocimientos suficientes (8 a 9 puntos).

De esta caracterización surge que alrededor del 49% presentó opiniones o conceptos básicos inadecuados. Se destaca por ejemplo el bajo porcentaje de opiniones acertadas sobre alimentación y prevención de anemia.

Alrededor de un 50% de las madres presenta conocimientos regulares y sólo una minoría (1,5%) respondió en concordancia con las normativas en la materia.

	Frecuencia	%	% acumulado
Inadecuado	716	49,0	49,0
Regular	722	49,5	98,5
Adecuado	22	1,5	100,0
Total	1460	100,0	

Tabla 46. Índice Integrado Creencias sobre la alimentación del niño de 0 a 72 meses.

En referencia a las creencias sobre la alimentación de los niños pre escolares, la Tabla 47 muestra la fuerte asociación que existe entre estas creencias y el nivel educativo de la madre.

	Educación			Total
	Analfabeto Primario incomp.	Primaria comp. Sec. incomp.	Sec.completa Terc. y Univer.	
Inadecuado	73	374	69	516
	42,2%	37,2%	24,8%	34,5%
Regular	88	542	176	806
	50,9%	53,9%	63,3%	55,3%
Adecuado	12	90	33	135
	6,9%	8,9%	11,9%	9,3%
Total	173	1006	278	1457
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 47 Índice Integrado Creencias sobre la alimentación del niño de 0 a 72 meses.

Chi²: 19,03; p=0,001

Los resultados obtenidos muestran tendencias claras. Por un lado, a menor nivel educativo aumentan las proporciones de creencias maternas inadecuadas (casi duplicada entre el nivel educativo inferior (42%) y superior (25%). Por otro lado, a mayor nivel educativo descienden las proporciones de creencias maternas inadecuadas. Pero, esto último no puede asimilarse plenamente como dato *positivo* en tanto que las creencias de las madres más educadas no se transforman en adecuadas sino en regulares (para nivel PC/SI y SC/T/U). Es decir el mayor nivel educativo permitiría no caer principalmente

en creencias inadecuadas pero no de tener creencias regulares con respecto a la alimentación del niño. Estos resultados coinciden con los hallazgos reportados en numerosos estudios al respecto, demostrando una vez más, la importancia de la educación en general y, como bien social, particularmente la educación de las niñas en tanto futuras madres.

Atención psicosocial del niño preescolar

A partir de la etapa preescolar, el niño necesita realizar ciertas prácticas elementales que le servirán de sustento en el momento de la educación formal. Se ha determinado que existe una relación entre la calidad de la enseñanza en el hogar y el éxito de los niños en la escuela.^{125 126 127}

Más aún, la calidad de tal educación parental aparece relacionada con el nivel de educación de los padres. Los de mayor nivel educativo son más conscientes de las futuras expectativas que demandará la escuela.^{128 129}

Se ha demostrado que si se fortalecen los conocimientos del dador de cuidados acerca del desarrollo infantil y sus habilidades para enseñar, se alientan sus actitudes y expectativas, se producen también cambios apropiados en el crecimiento y desarrollo de los niños.^{130 131 132 133}

Con respecto a la promoción del desarrollo infantil de los niños de dos a seis años, se destacan los resultados más relevantes.

Preocupación materna por el lenguaje de su hijo

En general todos los padres otorgan mucha importancia al habla infantil, interactuando y estando atentos a las producciones orales de sus hijos.

Si el dador de cuidados posee conocimientos básicos sobre las etapas de adquisición del lenguaje y los logros esperables para cada una de ellas, su nivel de alarma debiera ser el correcto ante los posibles retrasos o dificultades en el mismo.

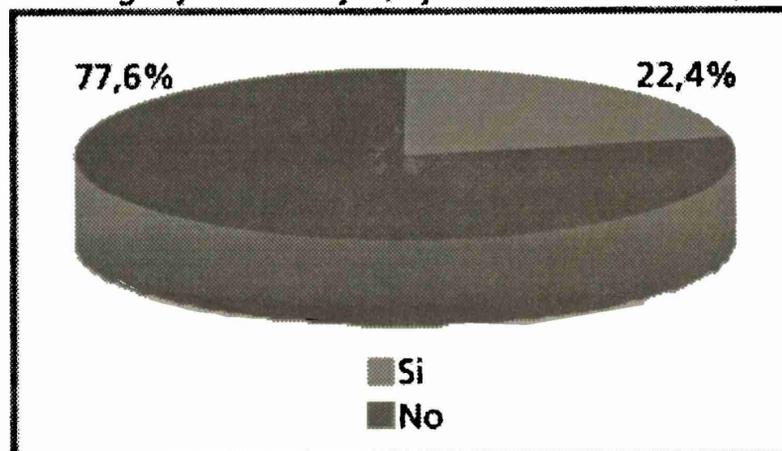
Sin embargo, en investigaciones anteriores realizadas en población pobre, hemos encontrado discrepancias entre el nivel del lenguaje infantil y la opinión de las madres respecto al mismo¹³⁴.

En esta investigación, sólo el 22% de las madres reconoce haber estado preocupada alguna vez por problemas o dificultades en el lenguaje de sus hijos de 24 a 72 meses (Gráfico 38).

* Al respecto, y para un mayor desarrollo del tema, ver el volumen denominado Desarrollo Psicológico Infantil, el cual forma parte de esta serie.

Estos resultados contrastan con los logros en el área del lenguaje de los niños de 2 a 5 años del Grupo Beneficiario* donde en el ítem *Vocabulario*, la calidad de las respuestas es significativamente menor a la encontrada en el grupo de referencia.

Gráfico 39
Preocupación materna por problemas en el lenguaje de su hijo (hijo de 24 a 72 meses)



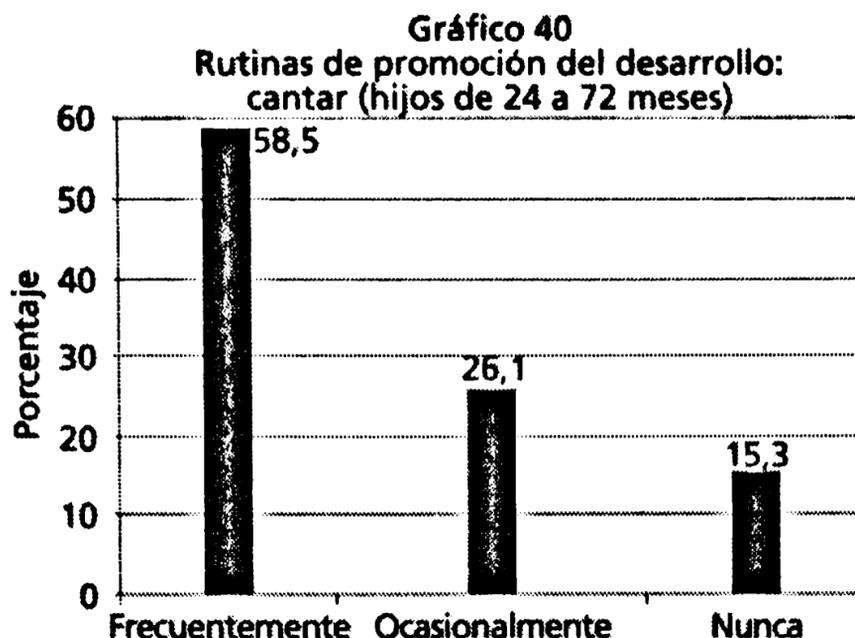
Presencia y frecuencia de cantos y narración de cuentos

Está demostrado que las prácticas frecuentes en torno a la promoción de la lectoescritura, facilitan la posterior comprensión lectora y el aprendizaje escolar. Wells¹³⁵ por ejemplo, encontró que en hogares de clase media los niños participan de numerosas y cotidianas experiencias de narración o mostración de cuentos antes de su ingreso a primer grado, en tanto que en los hogares de clases bajas, halló escasísimas prácticas de este tipo.

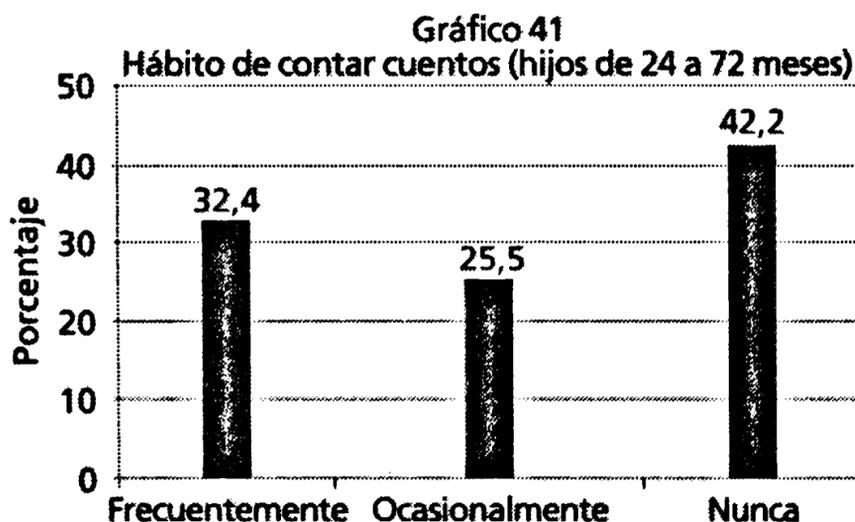
En investigaciones del CEREN¹³⁶, sobre las prácticas de crianza y desarrollo en familias de la pobreza urbana, se encontró correlaciones altamente significativas entre el desarrollo psicológico de niños de 2-5 años de edad y la práctica de lectura de cuentos y promoción de actividades gráficas, aumentando sensiblemente los porcentajes de normalidad cuando esas prácticas eran frecuentes. Cabe destacar que en más de la mitad de los casos examinados (707 niños y sus madres), esas prácticas eran solamente ocasionales o inexistentes.

Consecuentemente las competencias diferenciales con que los niños ingresan a la escuela están vinculados con las experiencias personales de su historia vital temprana¹³⁷.

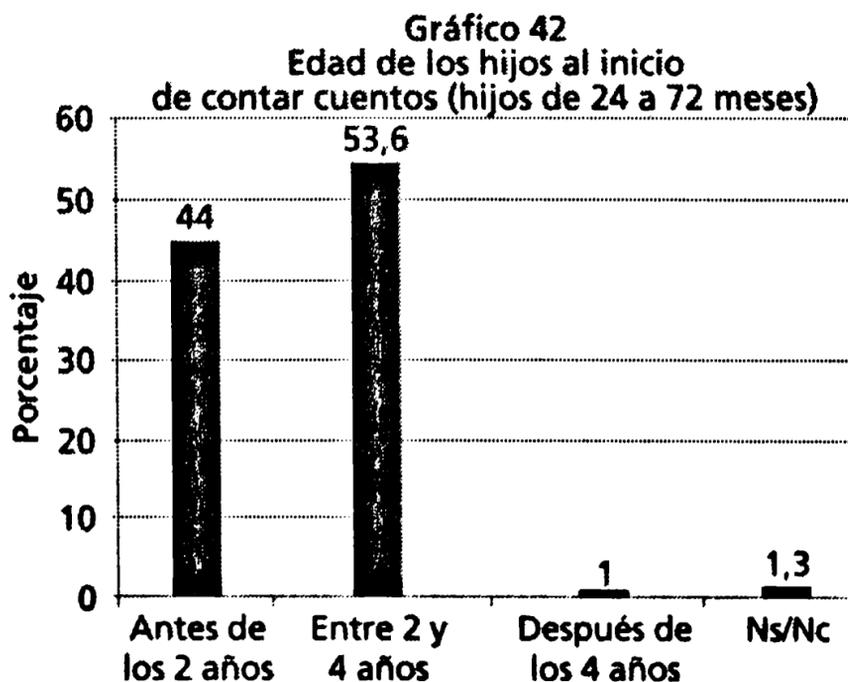
Con respecto a las prácticas de crianza que realizan las madres de niños de 24 a 72 meses del grupo beneficiario, el 58% refiere *cantar* canciones a sus hijos frecuentemente, una cuarta parte lo hacen ocasionalmente y un 15% nunca (Gráfico 40).



En relación a la práctica de *narración de cuentos infantiles*, es preocupante que el 42% refiera no hacerlo nunca y que una cuarta parte lo haga ocasionalmente. Solamente un tercio de las madres manifiesta que dicha práctica es habitual (Gráfico 41).



Del conjunto de madres que refirió contar cuentos frecuente u ocasionalmente, el 44% comenzó a hacerlo antes de los 24 meses de edad de sus hijos, poco más de la mitad lo hizo entre los 24 y 48 meses y el porcentaje restante -residual- a edades superiores (Gráfico 42).



Mostración y lectura de libros con imágenes, provisión de materiales para inicio del grafismo.

Está demostrada su importancia como contextos y prácticas anticipatorias respecto a la promoción de la lectoescritura.^{138 139}

Estas actividades permiten establecer una continuidad entre el desarrollo del lenguaje oral y el aprendizaje del lenguaje escrito, en tanto familiarizan al niño en una serie de conocimientos y habilidades relativas a la alfabetización, ya que, como las demás adquisiciones que realiza un niño durante su desarrollo se logran a través de un proceso continuo en el que están implicados diferentes niveles y etapas evolutivas*.

* Este tema está ampliamente tratado en el volumen Condiciones de la Familia y del Niño para la Alfabetización, el cual forma parte de esta serie.

En relación a la oferta de lápiz y papel, casi la totalidad de las informantes, el 96% refiere que acostumbra a brindar estos materiales a sus hijos para que dibujen (Gráficos 43 y 44).

Gráfico 43
Ofrecimiento de papel y lápiz
(hijos de 24 a 72 meses)

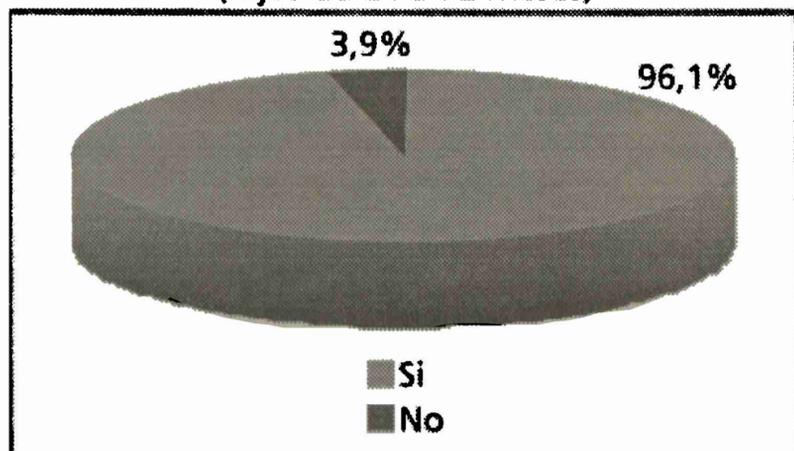
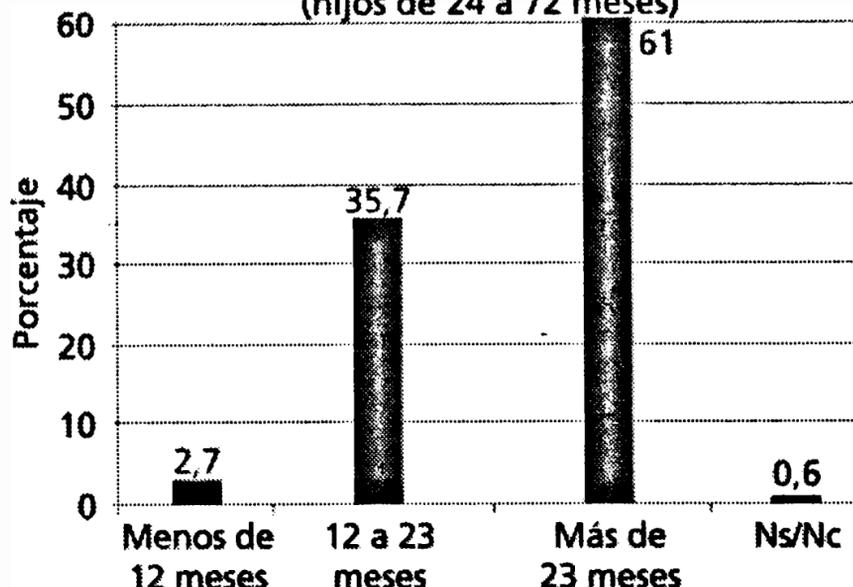


Gráfico 44
Edad de ofrecimiento de papel y lápiz
(hijos de 24 a 72 meses)



Con respecto a la oferta de libros con imágenes, si bien la mayoría de las madres (66%), dice leer o mostrar libros infantiles a sus hijos, un 33% nunca o casi nunca lo realiza. De aquellas que dicen realizar esta práctica solo el 27% refiere hacerlo diariamente (Tabla 48).

	Nº de Casos	%
1 a 2 veces al mes	119	15,6
1 ó 2 veces a la semana	376	49,2
Diariamente	209	27,4
Ns/Nc	60	7,9
Total	764	100

Tabla 48. Frecuencia de lectura de cuentos (hijos de 24 a 72 meses)

Con respecto a la *edad de inicio de contar cuentos* a los niños se observa que solamente un 44% iniciaron esta práctica antes de los 2 años de edad (Tabla 49).

	Nº de casos	%
Antes de los 2 años	335	44,0
Entre 2 y 4 años	408	53,6
Después de los 4 años	8	1,1
Ns/Nc	10	1,3
Total	761	100

Tabla 49. Edad de los hijos al inicio de contar cuentos (hijos de 24 a 72 meses)

Actividades lúdicas

Valoración asignada al juego y participación en la organización de los mismos

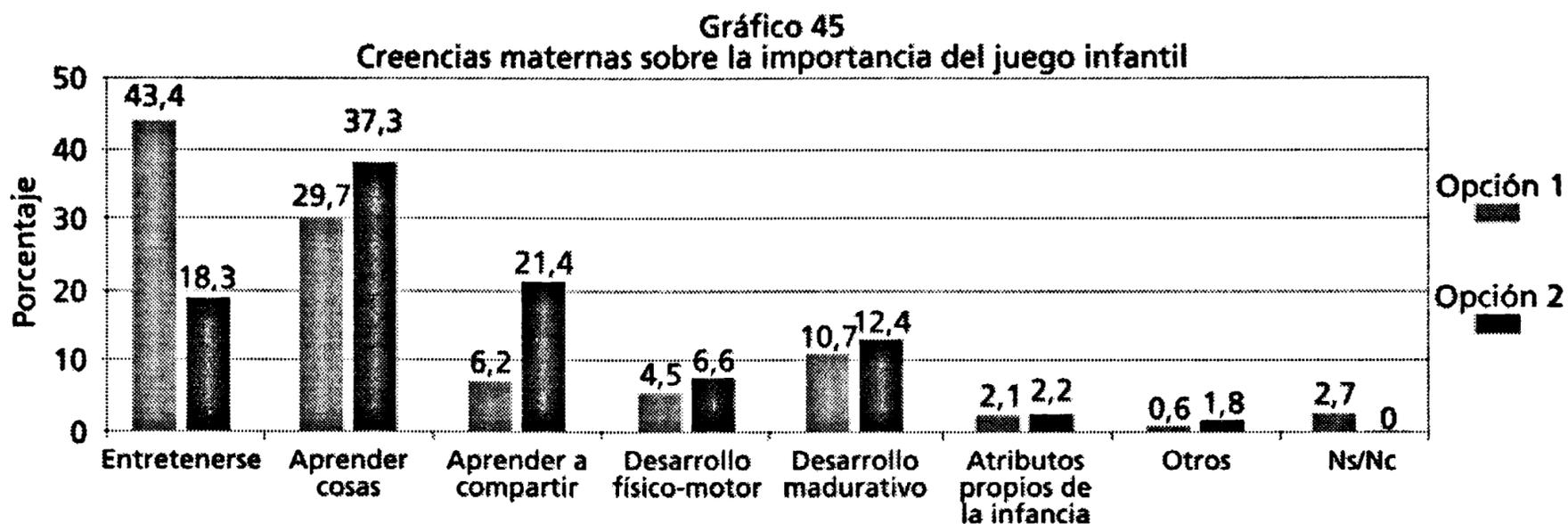
Existe consenso en que el juego es la manera principal a través del cual el niño aprende y se desarrolla en todas sus dimensiones. Las investigaciones de las últimas décadas han dejado en claro que es un modo privilegiado a través del cual se desarrollan y adquieren competencias vitales. Autores como Glitin-Weiner, Sandgrund y Schaefer¹⁴⁰, T. Power y J. Radcliffe¹⁴¹, demuestran que la práctica del juego refleja y produce cambios cualitativos y cuantitativos a nivel de las diferentes variables del funcionamiento general, entre las cuales se incluyen el desarrollo del yo, el estilo cognitivo, la adaptabilidad, el funcionamiento del lenguaje, la responsividad emocional y conductual, la capacidad intelectual, las estrategias de resolución de problemas y los modos de aproximarse a percibir e interpretar el mundo circundante.

Sin embargo, la relación entre el juego, el desarrollo y el aprendizaje no es evidente para muchos padres. En estudios anteriores¹⁴², hemos constatado que el juego, para un importante porcentaje de padres y madres, es *una pérdida de tiempo*, un *quehacer propio de la infancia*, lo cual se reflejó en sus actitudes frente al juego, el lugar que ocupa en su jerarquía de valores y como consecuencia, en sus prácticas de crianza.

Valoración asignada al juego

Si bien todas las madres opinan en forma positiva sobre la *importancia* y el *significado del juego*, la primera opción que dan las informantes se vincula con el entretenimiento en el 43% de los casos, el 30% opina que el juego es importante para el aprendizaje y un 11% para el desarrollo madurativo. Al solicitarles una segunda respuesta

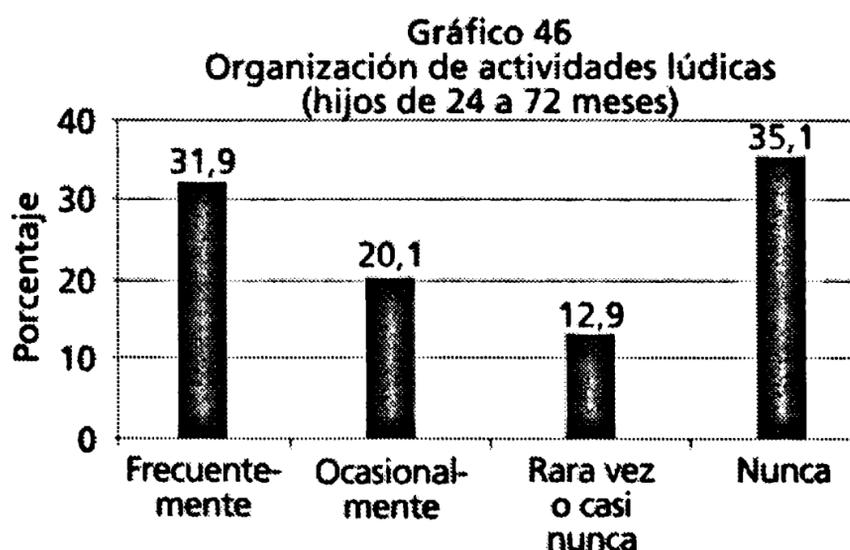
alternativa, aparece en primer lugar el aprendizaje de cosas con el 37% de respuestas, la socialización se registra en el 21% de respuestas y el entretenimiento en el 18%. El efecto sobre el desarrollo madurativo mantiene el peso que se registra en la primera opinión brindada (11%) (Gráfico 45).



Participación en la promoción del juego

Casi un tercio de las informantes afirma que suele inventar o proponer juegos con frecuencia. Un porcentaje similar (35,1%) plantea que nunca acostumbra a *organizar juegos* o participar en otras actividades lúdicas con sus hijos. Un 20% dice que tal actitud es ocasional y casi un 13% rara vez participa u organiza juegos (Gráfico 46).

123



Estas respuestas sobre las prácticas respecto al juego - sólo un 30% lo estimula de manera sostenida- muestran la disociación respecto a la valoración manifestada en las creencias.

Cabe resaltar que, con relación a las respuestas registradas hace casi 20 años en población carenciada del conurbano¹⁴³ prácticamente no ha habido cambios sustantivos, ya que en aquel momento, el 80% no organizaba juegos o jugaba con sus hijos.

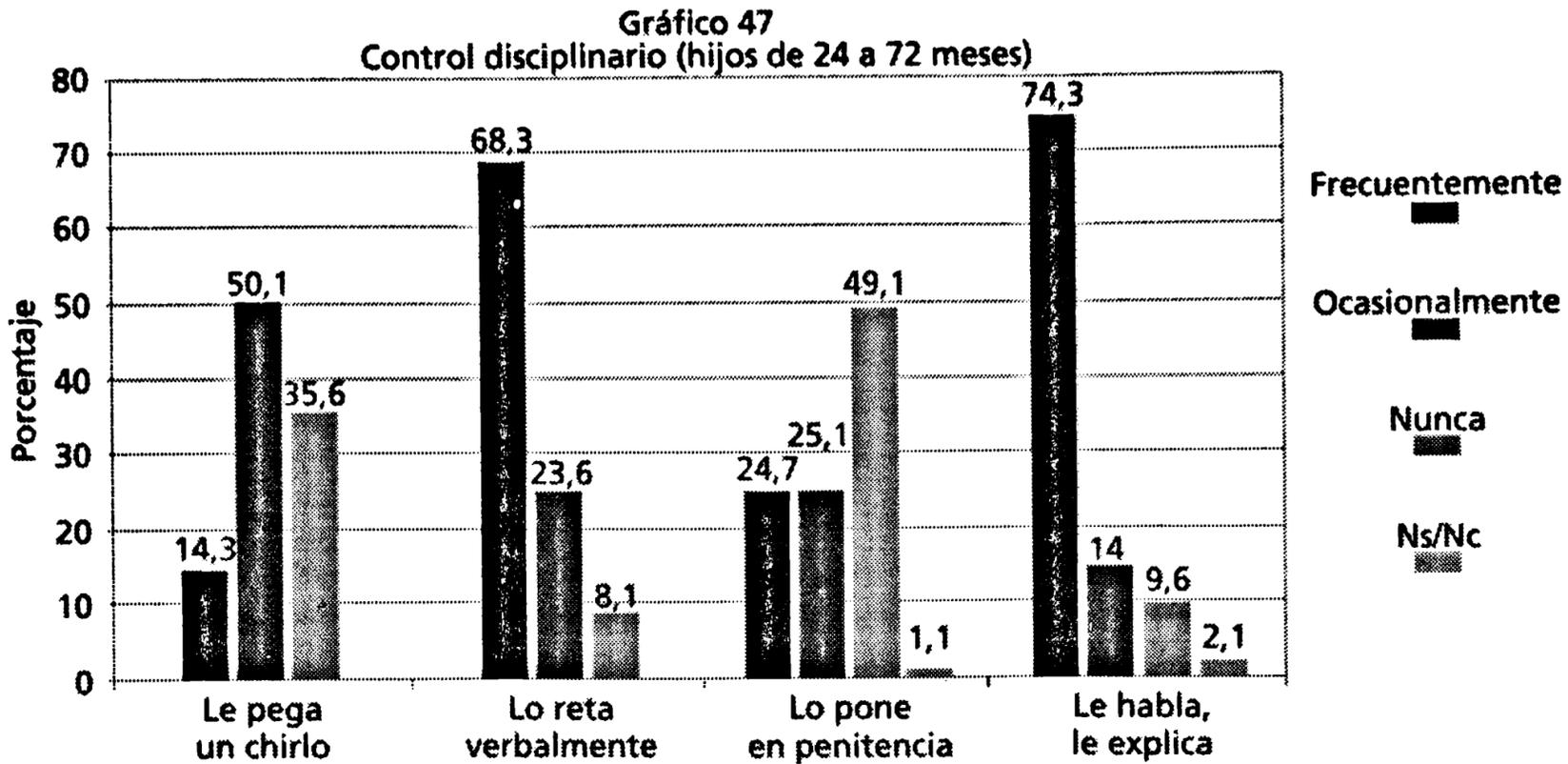
Prácticas de Control Disciplinario

El control de comportamientos ejercido adecuadamente y sin castigos físicos, favorece un buen desarrollo afectivo, social, emocional y cognitivo. Se acepta en nuestra cultura que las acciones de control disciplinario no deben ser sinónimo de castigo, amenazas o maltrato, ni tampoco implicar el abuso de autoridad. Por el contrario, deben impartir un mensaje de enseñanza positivo que favorezca la reflexión sobre la acción realizada y un aprendizaje para referirse a futuro. Según Morris Green¹⁴⁴, la misma se debe ejercer no coercitivamente, sino con fundamentos, reglas razonables, conscientes y flexibles para así favorecer el desarrollo de controles internos del niño. Sin embargo, es habitual que para formar o enseñar se utilicen y combinen tanto estrategias positivas como negativas.

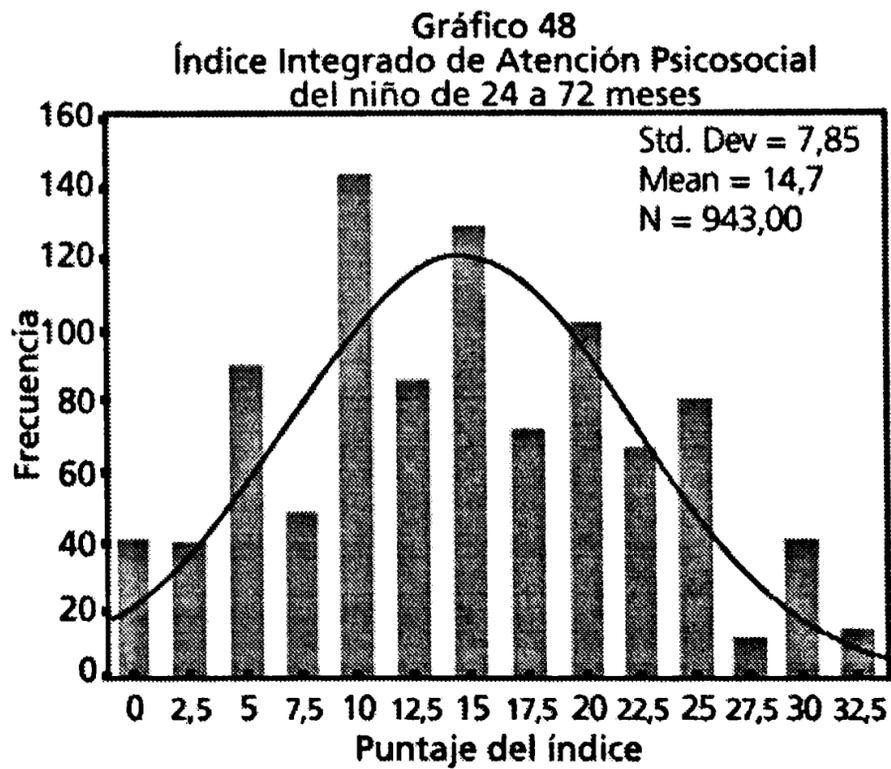
Según Waterton¹⁴⁵ para el control disciplinario, como ocurre con otros aspectos de la crianza, las prácticas están determinadas por la cultura del grupo, nivel socioeconómico, educativo, religión, situaciones de estrés, conflictos familiares y estilos disciplinarios transmitidos por la familia. "La disciplina ejercida adecuadamente, permite un desarrollo afectivo y social que se traduce en niños con: confianza en sí mismos, actitud creativa frente a la realidad, mayores habilidades para relacionarse con los demás, autoestima positiva, pensamiento crítico reflexivo. desarrollo de metas realistas".

Respecto a las *actitudes punitivas maternas* hacia los hijos de 24 a 72 meses, y considerando cada una de las alternativas de manera independiente, se encuentra que:

- > El *diálogo* y la *explicación* sobre lo inapropiado de determinados comportamientos es considerado por las tres cuartas partes de las informantes como el habitual, se refiere usar eventualmente en el 14% y nunca es utilizada por el resto.
- > De las prácticas punitivas, el *reto verbal* es la modalidad más frecuente, apareciendo en el 68% de los casos, casi una cuarta parte lo hace a veces, y un 8% nunca utiliza esta modalidad
- > La *penitencia* se aplica con frecuencia en la cuarta parte de los casos y ocasionalmente en la misma proporción; casi la mitad (49%), nunca recurre a esta forma de castigo hacia el niño.
- > Por último, solo el 14% frecuentemente *pega un chirlo*, un 50% lo hace ocasionalmente y el 36% nunca (Gráfico 47).



Índice Integrado de creencias sobre desarrollo psicosocial de niños de 24 a 72 meses



Caracterización de los conocimientos y prácticas maternas de promoción del desarrollo infantil

Con los resultados obtenidos en la indagación de los conocimientos / creencias y prácticas de atención psicosocial que presentan las madres de los niños de 24 a 72 meses se realizó una caracterización general de las madres mediante un Índice Integrado por las diferentes variables relevadas, donde de un puntaje máximo asignado de 32 puntos se consideró: 0-16: inadecuadas; 17-22: regulares; 23-32: adecuadas (Gráfico 48).

De esta categorización surge que un 64% presentó

opiniones y prácticas básicas que deben mejorar para esta etapa de la infancia. Se destaca por ejemplo la baja proporción de prácticas en torno al juego, y la escasa frecuencia en la narración de cuentos y de lectura con los niños; prácticas todas de relevancia para esta etapa y posteriores desempeños. Un 19% de casos encuestados presentan prácticas regulares, la mayoría alejadas de las pautas establecidas, y solo un 17% posee conocimientos y prácticas apropiadas sobre todos los aspectos indagados (Tabla 50).

	Nº de casos	%
Inadecuado	566	63,6
Regular	170	19,1
Adecuado	154	17,3
Total	890	100,0

Tabla 50. Índice Integrado de Atención psicosocial del niño de 24 a 72 meses.

	Educación			Total
	Analfabeto Primario incomp.	Primaria comp. Sec. incomp.	Sec. completa Terc. y Univer.	
Inadecuado	64	316	67	447
	67,4%	63,8%	55,4%	62,9%
Regular	18	96	26	140
	18,9%	19,4%	21,5%	19,7%
Adecuado	13	83	28	124
	13,7%	16,8%	23,1%	17,4%
Total	95	495	121	711
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 51. Índice Integrado de Atención psicosocial del niño de 24 a 72 meses, según nivel educativo de la madre. $\chi^2=4,86$ $p=0,302$ (Diferencia no significativa)

Para el análisis de los datos del Índice Integrado de Promoción Psicosocial en relación al Nivel Educativo de las madres se tomó en cuenta aquellas que tenían solo un niño por familia para no sesgar los datos obtenidos.

El cuadro precedente no denota diferencias estadísticas significativas. Todos los niveles educativos denotan tener más de 5 de cada 10 madres con prácticas de atención psicosocial del niño inadecuadas. Pero en ella, también existe una tendencia relacionada con un descenso de estas prácticas inadecuadas a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre. Así de un total de 67% de madres con prácticas inadecuadas en las madres sin instrucción formal o con primario incompleto, se reduce a 55% en las que presentan nivel educativo más elevado.

Comentarios

El análisis del conjunto de Prácticas de Atención Psicosocial que brindan las madres, tanto a los niños pequeños, -como se encuentra en el capítulo respectivo- como a los infantes, revela una situación preocupante.

En términos generales se encuentra mayor déficit en las prácticas de promoción que se realizan con los niños mas pequeños, que, como se sabe, es el período en el que se está produciendo un gran desarrollo cerebral que depende fundamentalmente de la calidad del estímulo que se le ofrece.

Las opiniones brindadas en torno a las etapas del desarrollo infantil revelan conocimientos mayoritariamente deficientes.

En general existe un mayor conocimiento sobre las pautas motoras del desarrollo; por ejemplo el 77% de las madres opina adecuadamente sobre la edad de comienzo de la deambulación, mientras que en relación a otros hitos del desarrollo, como por ejemplo el lenguaje, los conceptos son en general más erróneos, siendo adecuados solo en el 46% de los casos.

Asimismo, si bien la valoración del juego es siempre positiva, sólo un 30% de las respuestas indican prácticas de promoción efectivas.

127

Cuidados de la salud de los niños

El cuidado de la salud infantil es uno de los factores más importantes para el desarrollo de un país. Si bien la familia y la comunidad necesitan del apoyo de los servicios de salud y de las instituciones para promover la salud infantil y vigilar el crecimiento y desarrollo del niño, el nivel de conocimientos de las madres aparece como un fuerte factor de protección en la prevención del riesgo de enfermar.

La consulta oportuna ante señales de alarma, reconocer la necesidad de una buena alimentación de sus hijos para crecer sanos, conocer la utilidad de los controles periódicos de salud, prevenir enfermedades buco-dentales, identificar las enfermedades más comunes, y la necesidad de su prevención, son también acciones de cuidados en el hogar necesarios para mantener la salud de los niños.

Nivel de alarma. Conductas ante enfermedades comunes de la infancia.

Se recabaron las opiniones de las madres sobre las conductas a seguir ante tres situaciones de enfermedad frecuentes en los niños.

Episodio de diarrea infantil. Ante esta situación, más de la mitad de las mujeres, el 60%, afirma que se debe realizar la consulta médica. Casi una cuarta parte refiere que debe ser tratada en el hogar y luego realizar la consulta y un 16% opina que debe ser tratada sólo en el hogar.

Episodios de tos y fiebre. Cuando se presentan estos síntomas en los niños, el 68% de las informantes refiere que debe consultar al médico, una cuarta parte opina que puede ser tratado en el hogar y luego realizar la consulta médica y sólo el 6% cree que es posible la atención en el hogar exclusivamente.

Episodios de fiebre. El tratamiento inicial en el hogar con la posterior consulta médica concentra la mayor proporción de respuestas (43%). Una proporción levemente menor, el 40%, responde que debe ser atendida por médicos y los tratamientos exclusivamente caseros se registran en el 17% de los casos (Tabla 52).

128

	Episodios de diarrea		Signos de infecciones respiratorias agudas		Episodios de fiebre	
	Nº de casos	%	Nº de Casos	%	Nº de Casos	%
Se debe tratar en su casa	237	16,2	89	6,1	244	16,7
Se debe tratar en la casa y llevar al médico si es necesario	338	23,2	375	25,7	627	42,9
Se debe llevar al médico	885	60,6	996	68,2	589	40,4
TOTAL	1460	100	1460	100	1460	100

Tabla 52. Actitud materna ante episodios de diarrea, signos de infecciones respiratorias agudas y episodios de fiebre.

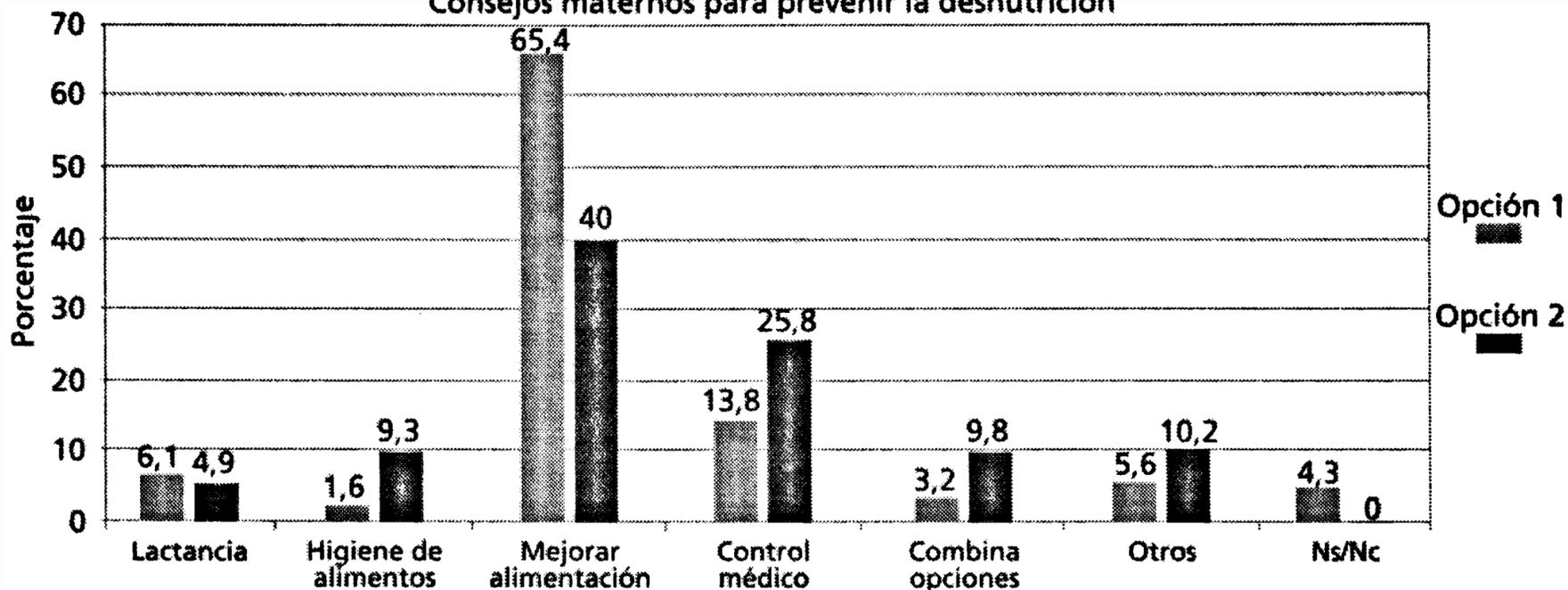
Prevención de la desnutrición

Se indagó qué recomendaciones o consejos darían las encuestadas a otras madres para evitar la desnutrición. En el 65% de los casos, se relacionan con mejoras cuali-cuantitativas en la alimentación. Un 14% aconseja la importancia de los controles de salud, un 6% enfatiza la importancia del sostenimiento de la lactancia y el 1,5%

hace referencia a la higiene de los alimentos.

Las respuestas dadas como segunda opción reflejan un mayor peso de los controles médicos (26%), un menor peso de las indicaciones alimentarias (40%) y un incremento de la importancia de la higiene de los alimentos (9%) (Gráfico 49).

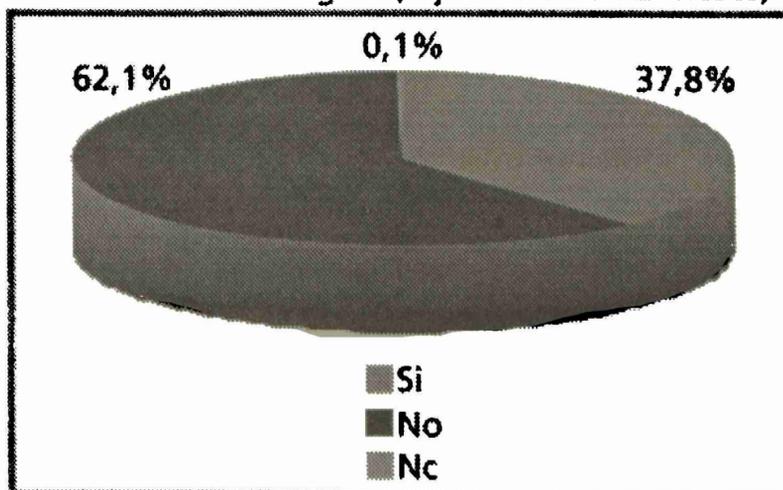
Gráfico 49
Consejos maternos para prevenir la desnutrición



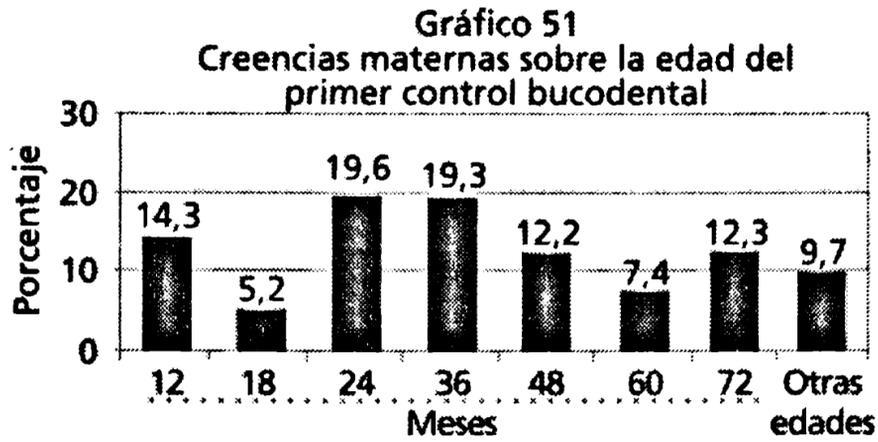
Controles de Salud Bucodental

Dentro de los cuidados de la salud este fue otro indicador considerado. De las respuestas obtenidas se observa una situación preocupante; ya que más de la mitad de los niños de 24 a 72 meses (62,1%) nunca fue llevado al odontólogo para control o atención bucodental (Gráfico 50).

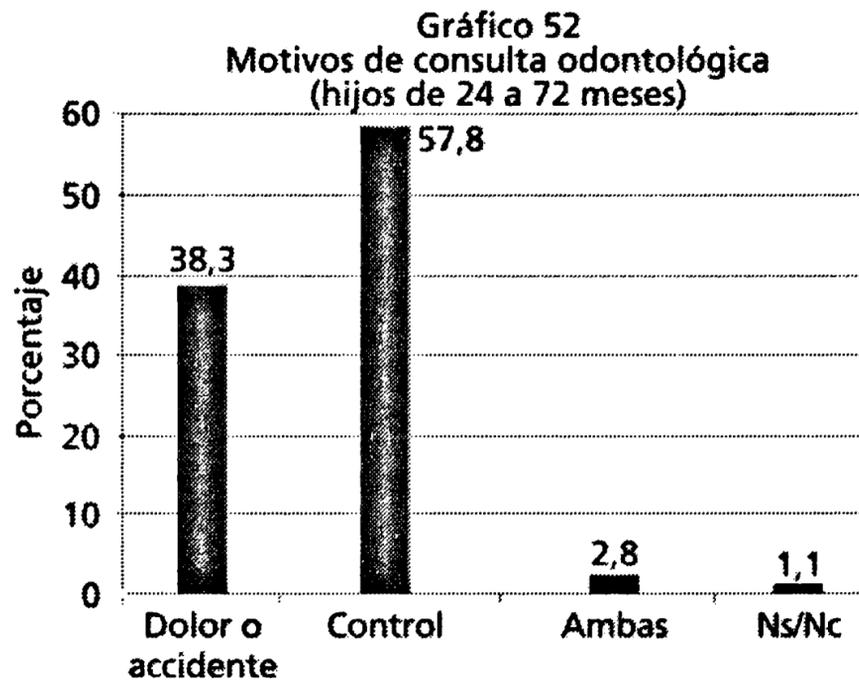
Gráfico 50
Control odontológico (hijos de 24 a 72 meses)



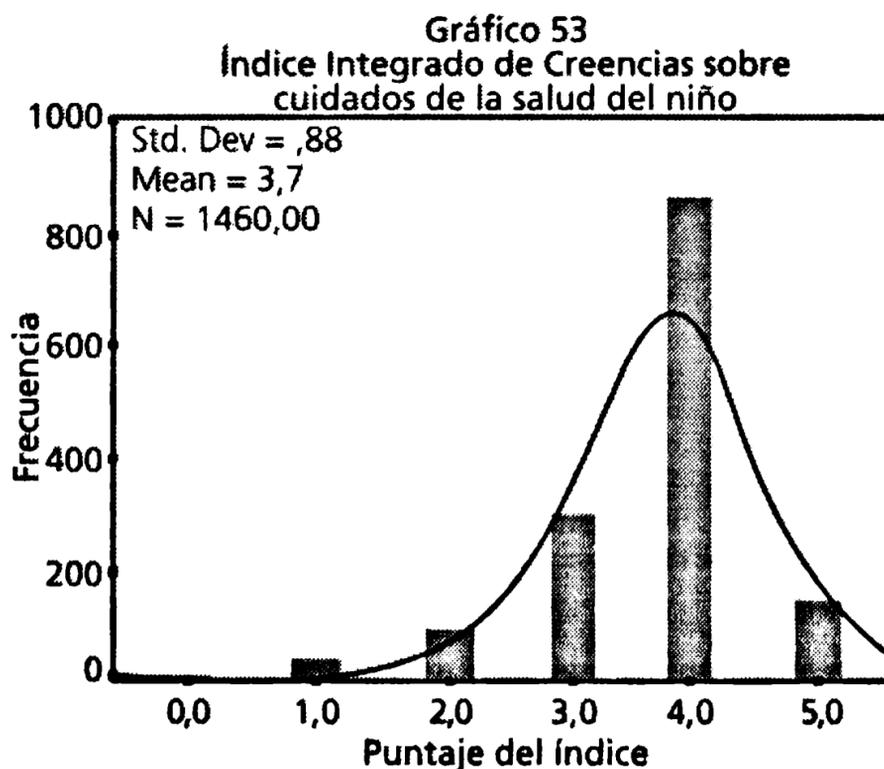
Conocimientos sobre control odontológico. Si bien casi la totalidad afirma que se deben realizar, se observa una gran dispersión sobre cuando deberían comenzar a realizar dicho control (Gráfico 51).



Prácticas de Control Odontológico. Dentro de los que realizaron alguna consulta odontológica (el 38% del total), el 58% lo hizo para control de salud, el 38% por dolor o accidente y el 3% tanto por dolor o accidente como para control (Gráfico 52).



Índice Integrado de creencias sobre cuidados de la salud de los niños de 24 a 72 meses



Caracterización general de los conocimientos maternos sobre cuidados de la salud del niño preescolar

Las opiniones que sustentan las madres sobre *Cuidados de la Salud de los niños* son en general satisfactorias.

La mayoría manifiestan niveles de alarma correctos ante situaciones de enfermedades comunes en la infancia. Asimismo, en torno a la problemática de la desnutrición infantil las indicaciones de las madres para prevenirla son todas adecuadas.

Estos datos muestran sólo el nivel de conocimientos que poseen las madres; cuando éstos se contrastan con su práctica las brechas se hacen notorias.

Con los resultados obtenidos de los indicadores de cuidados de la salud se realizó una caracterización general mediante un Índice Integrado por las diferentes variables relevadas (Gráfico 53).

De un puntaje máximo asignado de 5, se consideró: 0-2 puntos: conocimientos y prácticas inadecuadas; 3 puntos: regulares, 4 y 5: adecuadas.

De esta caracterización surge que alrededor de un 70% presentaron opiniones adecuadas. Es de notar que la mayoría de variables que se examinaron, se corresponden a creencias u opiniones que sostienen las madres; cuando éstas se contrastan con lo que dicen hacer en la práctica (por ej.: control odontológico), las brechas se hacen notorias en tanto las prácticas son muy deficientes, no así el conocimiento de la normativa (Tabla 53).

El cruce del índice de creencias sobre los cuidados de la salud del niño no muestra diferencias sustantivas según el nivel educativo. En este sentido las creencias con respecto a los cuidados de la salud son similares entre los diferentes niveles de instrucción.

En esta uniformidad se destaca que 7 de cada 10 madres poseen creencias adecuadas respecto de los cuidados de la salud del niño (Tabla 54).

Inadecuados	Regulares	Adecuados
9,9%	20,3%	69,8%
145	297	1018

Tabla 53. Índice Integrado de Creencias sobre cuidados de la salud del niño de 24 a 72 meses.

Educación				
	Analfabeto Primaria incomp.	Primaria comp. Sec. incomp.	Sec. completa Terc. y Univer.	Total
Inadecuado	20	102	23	145
	11,6%	10,1%	8,3%	10,0%
Regular	42	198	61	301
	24,3%	19,7%	21,9%	20,7%
Adecuado	111	706	194	1011
	64,2%	70,2%	69,8%	69,4%
Total	173	1006	278	1457
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 54. Índice Integrado de Creencias sobre cuidados de la salud del niño de 24 a 72 meses, según nivel educativo de la madre.

Chi²=3,83 p=0,429 (Diferencia no significativa)

Comentarios sobre la crianza de niños pequeños y preescolares

En la evaluación realizada de las creencias y prácticas del grupo beneficiario en relación tanto a los niños pequeños como a los que se encuentran en etapa preescolar, se destacan los siguientes hallazgos.

De la caracterización general sobre *conocimientos en nutrición y alimentación* que presentan las madres, realizado mediante un índice integral de las diferentes variables relevadas, surge que alrededor de un **30%** no tiene conceptos básicos en alimentación adaptada a las diferentes etapas de la infancia. Solo un **13%** posee conocimientos adecuados y *más de la mitad* de las madres encuestadas muestran una situación intermedia, no alcanzando niveles de conocimientos satisfactorios.

El análisis del conjunto de *Prácticas de Atención Psicosocial* que refieren brindar las madres, tanto a los niños pequeños como a los preescolares, muestra una preocupante situación en relación al conjunto de los indicadores seleccionados sobre promoción del desarrollo.

Esto es así, particularmente en el caso de los niños pequeños (período que coincide con la organización del sistema nervioso y del cerebro en particular). Así por ejemplo, la promoción del desarrollo del lenguaje oral y escrito es escasa. Cuando se observa el tipo y frecuencia con que les cantan canciones, les cuentan cuentos, les muestran libros, les organizan juegos, aparecen prácticas satisfactorias en porcentajes muy bajos (**20%**), coincidiendo con resultados encontrados en investigaciones similares nacionales e internacionales.^{146 147 148 149}

Los conocimientos en torno a las etapas del desarrollo infantil son desiguales, según se trate del desarrollo motor o de áreas más complejas de identificar por las madres, pero más significativas desde el punto de vista pronóstico, como es el caso del desarrollo del lenguaje. En el primer aspecto las respuestas dan cuenta de información correcta para una gran proporción de casos. En el segundo caso, las opiniones que brindan son mayoritariamente erróneas.

Con respecto al juego, las madres lo valoran positivamente, pero las prácticas para promocionarlo en forma efectiva sólo aparecen en el **30%** de los casos.

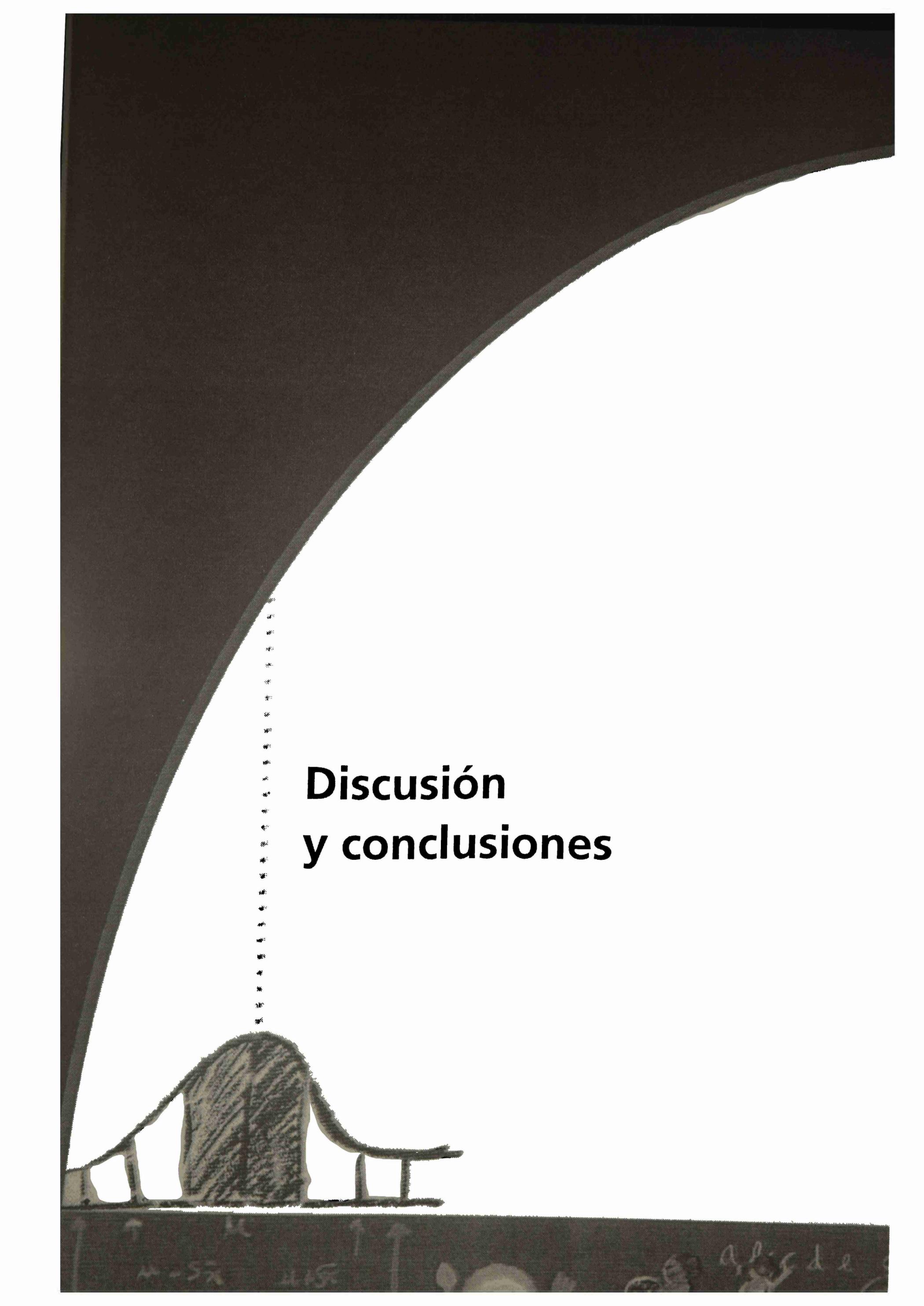
Estos datos son coincidentes con los encontrados en otras investigaciones similares.^{150 151}

El conjunto de las respuestas indica prácticas de mejor calidad cuando los niños son más grandes. Para los niños pequeños las acciones que promuevan el desarrollo se encuentran en muy escasa proporción.

Esta circunstancia es preocupante, ya que “aunque la configuración física del cerebro viene determinada biológicamente y se desarrolla en las etapas prenatales, las conexiones neuronales dentro del encéfalo, determinantes del desarrollo posterior, son producto de la relación del niño con su entorno (humano y material).

La fase en que el desarrollo cerebral es más rápido cubre los dos primeros años de vida, preparándose así el desarrollo de las funciones intelectuales, emocionales, físico inmunológicas y sociales más significativas”¹⁵².

Está demostrado que los niños poco estimulados son más vulnerables a la enfermedad y la malnutrición y poseen menos recursos y motivaciones para aprender,^{153 154} para reforzar en los padres o cuidadores las prácticas de crianza exitosas. *Para ejercer su función parental, los adultos también necesitan apoyo como personas.* Es pues importante conocer las condiciones de crianza que presenta la familia y saber qué conocimientos posee y con qué recursos cuenta para apoyar el crecimiento y el desarrollo del niño.



Discusión y conclusiones

Discusión y conclusiones

La evaluación de la Línea de Base en torno a la Crianza, ha focalizado un conjunto de prácticas y conocimientos que presentan los dadores de cuidados, incluidas en las dimensiones indagadas (cuidados de salud de la mujer en edad fértil y durante el embarazo, parto y puerperio; lactancia materna; alimentación; atención psicosocial del niño; cuidados de salud de los niños; condiciones sanitarias y protección en el hogar) cuyos principales resultados se han presentado en los capítulos correspondientes.

Para su caracterización general, se construyeron los Índices Integrados que se presentan a continuación.

La calificación de los diferentes indicadores que componen los índices se realizó siguiendo las normas nacionales vigentes, o en caso de no existir metas o normas específicas, la misma se basó en la valoración de juicio de expertos.

Lactancia materna	● Puesta al pecho	Mantener y arbitrar medidas para evitar el abandono temprano de la lactancia.
	● Tiempo de lactancia materna exclusiva	
Lactancia materna	● Edad de incorporación de otra leche	Fortalecer Consejerías en Lactancia Materna.
	● Edad de incorporación de otros líquidos	
Creencias en alimentación del niño (0 a 24 meses)	● Duración de lactancia materna exclusiva	Incrementar las acciones de consejería en lactancia. Promover conocimientos y habilidades para la alimentación infantil acorde a las diferentes etapas: > hábitos saludables > valor nutricional de los alimentos > coordinación neuromadurativa del niño y su relación con la alimentación
	● Edad de incorporación de alimentación complementaria	
	● Edad de incorporación de carne	
	● Frecuencia semanal de consumo de carne	
	● Frecuencia semanal de consumo de frutas y verduras	
	● Edad de incorporación a la mesa familiar	
	● Alimentos y prevención de anemia (carne)	
	● Alimentos y prevención de anemia (harina de soja)	
	● Alimentos y prevención de anemia (fruta)	
	● Oportunidad de uso de la cuchara	
● Oportunidad de recepción de alimentos trozados		
Condiciones del hogar	● Tipo de instalación sanitaria	Condiciones estructurales deficientes. Sostenimiento de las prácticas de higiene ambiental.
	● Disponibilidad de agua corriente	
	● Eliminación de aguas servidas	
	● Eliminación de basura	
	● Eliminación de insectos	
	● Eliminación de roedores	
	● Disponibilidad de almacenamiento de alimentos frescos	
	● Disponibilidad de almacenamiento de víveres secos	
	● Tipo de vivienda	

Atención psicosocial del niño (0 a 24 meses)	● Prácticas de Cantos	Desarrollar acciones específicas para la promoción de prácticas oportunas y adecuadas de atención psicosocial del niño pequeño: fortalecimiento del vínculo, importancia de cantos, cuentos y juegos para el desarrollo del Sistema Nervioso Central.
	● Prácticas de Narración de cuentos	
	● Lectura o mostración de libros con imágenes	
	● Frecuencia de lecturas	
	● Organización de juegos y/o actividades lúdicas	
Atención psicosocial del niño (24 a 72 meses)	● Oferta de papel y lápiz	Desarrollar acciones específicas para la promoción de prácticas oportunas y adecuadas de atención psicosocial del niño preescolar: oferta de materiales didácticos.
	Edad de inicio de la oferta de papel y lápiz	
	● Oportunidad y frecuencia de práctica de cantos	Promoción de la lectura en el hogar y en el ambiente cercano al niño.
	● Práctica de narración de cuentos	
	● Edad de inicio de narración de cuentos	Incrementar la participación de los dadores de cuidados en la organización de actividades lúdicas.
	● Lectura o mostración de libros infantiles	
	Edad de inicio en la mostración de libros	
	● Frecuencia de lectura/mostración	
	● Organización de juegos y/o actividades lúdicas	
Creencias sobre cuidados de la salud del niño	● Nivel de alarma frente a Diarreas	Enfatizar acciones de control buco-dental. Sensibilizar sobre su importancia en la infancia.
	● Nivel de alarma frente a Tos y fiebre	
	● Nivel de alarma frente a Fiebre	
	Consulta odontológica	Sostener actitudes de alarma oportuna en salud.
	● Oportunidad del primer control odontológico	

INDICE INTEGRADO GLOBAL

● Oportunidad y N° de controles de embarazo	Fortalecer acciones para mejorar controles del embarazo, posparto y preparación para la lactancia materna.
● Oportunidad de control posparto	
● Preparación para la lactancia	Contribuir al sostenimiento de la práctica de la lactancia materna exclusiva y a los cuidados de la embarazada en el hogar a través de Consejerías.
● Contención y ayuda durante el embarazo	
Tiempo de lactancia exclusiva	
● Edad de incorporación de otra leche	Promover conocimientos y habilidades para la alimentación infantil acorde a las diferentes etapas.
Edad de incorporación de alimentación complementaria	
Prácticas de cantos	Desarrollar acciones específicas para la promoción de prácticas oportunas y adecuadas de atención psicosocial.
Oportunidad de oferta de papel y lápiz	
● Oportunidad de mostración de libros con imágenes	Enfatizar acciones de control bucodental y sensibilizar sobre su importancia en la infancia y sostener actitudes de alarma oportuna en salud.
● Frecuencia de prácticas de lectura	
● Organización de juegos y/o actividades	
● Alarma temprana frente a enfermedades comunes de la infancia	
● Oportunidad de control odontológico	

Estos hallazgos dan lugar a las siguientes reflexiones:

Las últimas investigaciones llevadas a cabo en materia del vínculo entre salud, nutrición y desarrollo muestran consenso en que un suministro de comida adecuado no es suficiente para asegurar la supervivencia de un niño. No es suficiente en forma aislada la provisión de micronutrientes, ni el acceso a la educación, ni la ausencia de enfermedad.

El crecimiento y el desarrollo integral de los niños se logra cuando todas estas variables están presentes, sustentadas por prácticas adecuadas de crianza en el hogar¹⁵⁵.

Esta noción engloba todos los elementos de apoyo que un niño requiere para ejercer su derecho a la supervivencia, a la protección, al cuidado, a fin de garantizarle un desarrollo óptimo.

El apoyo de la familia y a la familia resulta crucial para el crecimiento y desarrollo saludable del niño, y si se quiere que la familia ofrezca los mejores cuidados posibles, en circunstancias adversas, ha de prestársele apoyo en el desempeño de su función parental. En las poblaciones que se encuentran en riesgo social hay que trabajar junto con los padres o cuidadores para reforzar las prácticas de crianza exitosas.

La disímil adecuación a las normativas de los conocimientos y prácticas -encontrada en la mayoría de las dimensiones consideradas-, refuerza la importancia de desarrollar trabajos con las familias en torno a la crianza de los niños pequeños, planteando el desafío de que la información sea asimilada por el esquema familiar y transformada en prácticas exitosas.

Elaborar programas para la primera Infancia, consiste en satisfacer, simultánea y oportunamente, las múltiples necesidades del niño en los planos de la salud, la nutrición y la estimulación psicosocial y fortalecer al mismo tiempo su entorno vital.

Por ello, de la evaluación de la Crianza realizada para Línea de Base surge que los programas destinados a la infancia en riesgo, además de abordar directamente las necesidades alimentarias del niño, deberían incluir acciones tendientes a:

- > Enfatizar actividades para lograr controles ginecológicos, de embarazo y posparto regulares.
- > Mantener y extender la oferta de servicios y recursos para controlar la natalidad.
- > Aportar suplementos nutricionales específicos para las embarazadas.

- > Mejorar los cuidados de la embarazada en el hogar: concientizar a las mujeres y a su entorno sobre la importancia de cuidados especiales, colaboración en las tareas domésticas y abandono de hábitos perjudiciales.
- > Promover consejerías de lactancia materna e incrementar las acciones de consejería para sostén de la lactancia.
- > Mantener y arbitrar medidas para evitar el abandono temprano de la lactancia.
- > Promover conocimientos y habilidades para la alimentación infantil acorde a las diferentes etapas: hábitos saludables -valor nutricional de los alimentos- coordinación neuromadurativa del niño y su relación con la alimentación .
- > Desarrollar acciones específicas para la promoción de prácticas oportunas y adecuadas de atención psicosocial del niño pequeño: fortalecimiento del vínculo, importancia de cantos, cuentos y juegos para el desarrollo del Sistema Nervioso Central.
- > Desarrollar acciones específicas para la promoción de prácticas oportunas y adecuadas de atención psicosocial del niño preescolar: oferta de materiales didácticos. Promoción de la lectura en el hogar y en el ambiente que rodea al niño. Incrementar la participación de los dadores de cuidados en la organización de actividades lúdicas.
- > Sostener actitudes de alarma oportuna en salud.
- > Enfatizar la promoción del control buco-dental. Sensibilizar sobre su importancia en la infancia.

Más allá de los resultados específicos que arroja este estudio, el sentido de la propuesta conceptual y metodológica utilizada para la evaluación integral de la crianza, apunta a consolidar una mirada holística sobre la misma a ser utilizada en estudios poblacionales.

Los aportes de su aplicación, podrían traducirse en acciones globales a ser incorporadas en programas de atención a la infancia y en las prácticas institucionales.

Bibliografía

- ¹ CIC/UNICEF/IDRC (1988) "Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentación, crianza y desarrollo infantil". Bs. As. Argentina.
- ² Ortale, M.S. (1999) "Mujer, alimentación y nutrición infantil. Estudio comparativo en familias pobres urbanas del Gran La Plata". En: di Virgilio, Ojeda y Sautú comp.: Mujer, trabajo y familia, Editorial de la UNLP, La Plata.
- ³ Ortale, S. (1996) "Estudio comparativo del consumo alimentario en familias pobres urbanas del Gran La Plata (1988-1994). Ponencia presentada en las Segundas Jornadas sobre "Mujer, Pobreza y Trabajo", Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Fac. de Ciencias Humanas, Universidad Nac. de La Pampa, La Pampa.
- ⁴ Ortale Susana. (2002) "Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres del gran La Plata" Tesis doctoral; Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.
- ⁵ Cusminsky M. Vojkovic, M. Zorzoli MC. (1988) "Asistencia al desnutrido: una experiencia interdisciplinaria". Medicina y Sociedad.
- ⁶ Ortale Susana. (2002) "Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres del gran La Plata" Tesis doctoral; Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.
- ⁷ Ortale, S. (1996) "Estudio comparativo del consumo alimentario en familias pobres urbanas del Gran La Plata (1988-1994). Ponencia presentada en las Segundas Jornadas sobre "Mujer, Pobreza y Trabajo", Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Fac. de Ciencias Humanas, Universidad Nac. de La Pampa, La Pampa.
- ⁸ Ortale, S. (1996) "Estudio comparativo del consumo alimentario en familias pobres urbanas del Gran La Plata (1988-1994). Ponencia presentada en las Segundas Jornadas sobre "Mujer, Pobreza y Trabajo", Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Fac. de Ciencias Humanas, Universidad Nac. de La Pampa, La Pampa.
- ⁹ Ortale, M.S. y Rodrigo, M.A. (1998) "Condiciones de vida, nutrición infantil y morbimortalidad en familias pobres urbanas del Gran La Plata". En: Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Nº 2 vol. 48 (2): 146-151, Venezuela.
- ¹⁰ Di Iorio, S.; Ortale, S. y Rodrigo, A. (1997): "Pobreza, desarrollo psicológico, y escolaridad en una cohorte de niños con desnutrición temprana" en: Revista de Nutrición Clínica, vol. VI nº 1. Bs. As.

- ¹¹ Di Iorio, S.; Ortale, S.; Rodrigo, M. A: (2001) "Patrones de crianza y desarrollo infantil. Estudio de niños, madres y docentes en un Jardín de Infantes del partido de La Plata". Revista Salud Problema N° 10. Nueva Epoca, UNAM Año 6, 2001.
- ¹² Zorzoli, C.; Vojkovic, M.C., Cusminsky, M. (1999): "Valoración del Crecimiento y Desarrollo..." CIC
- ¹³ Rodrigo, M.A. (2000): "Prácticas de crianza. La iniciativa por la atención en nutrición y desarrollo infantil", Unicef, Bs. As.
- ¹⁴ Vojkovic M. (1993). "Identificación de factores de riesgo de patología crónica en el escolar". Tesis Doctoral UNLP.
- ¹⁵ Piacente T., Talou, C., Rodrigo, M.A. (1990) "Piden pan... y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo". UNICEF ed. Siglo XXI. Bs. As.
- ¹⁶ CIC/UNICEF/IDRC (1988) "Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentación, crianza y desarrollo infantil". Bs. As. Argentina.
- ¹⁷ Ariés, P. (1987) "El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen". Madrid. Taurus.
- ¹⁸ DeMause, LL (1991) "La evolución de la infancia" Historia de la infancia. DeMause, LI (editora). Madrid: Alianza Universidad. p. 15-92.
- ¹⁹ Varela, J (1986) "Aproximación genealógica a la moderna percepción social de los niños" Revista de Educación, 281, 155-175.
- ²⁰ Escolano, B. (1980) "Aproximación histórico-pedagógica a las concepciones de la infancia". Studia Pedagogica, 6, 5-16.
- ²¹ Casas, F. (1998) "Infancia: perspectivas psicosociales". Barcelona: Paidós.
- ²² DeMause, LL (1991) "La evolución de la infancia" Historia de la infancia. DeMause, LI (editora). Madrid: Alianza Universidad. p. 15-92.
- ²³ Alzate Piedrahíta. M V. (2004). "El descubrimiento de la infancia, modelos de crianza y categoría sociopolítica moderna". Revista de Ciencias Humanas N° 31. Colombia.
- ²⁴ Evans J., Myers, R., Ilfeld, E. (2000) "La primera infancia cuenta". Ed: Banco Mundial Washington.
- ²⁵ Myers, R. G. (1993). Los doce que sobreviven. Publ.Cient. N°545. Ed. OPS-UNICEF-TACRO. Washington DC.

- ²⁶ Myers, R. (1992). "The Twelve Who Survive", Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World. London: Routledge.
- ²⁷ Myers, R. G. (1993). Los doce que sobreviven. Publ.Cient. N° 545. Ed. OPS-UNICEF-TACRO. Washington DC.
- ²⁸ Becker, Gary (1964) "Human Capital", Chicago: The University of Chicago Press, 1964.
- ²⁹ Schafer, HR (1994) "Decisiones sobre la infancia". Madrid. Aprendizaje-Visor.
- ³⁰ Lautrey J. (1985) "Clase social, medio familiar e inteligencia". España: Visor.
- ³¹ Piacente T., Talou, C., Rodrigo, M.A. (1990) "Piden pan... y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo". UNICEF ed. Siglo XXI. Bs. As.
- ³² Kotliarenco, M. A., Cáceres I. y Fontecilla M. (1997) "Estado del Arte en Resiliencia. Santiago, Edición conjunta Organización Panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- ³³ Alvarez, M. de la L. (1996) "Familia y pobreza. Un estudio generacional", ed. Univ. de Santo Tomás, Sgo. de Chile.
- ³⁴ Bronfenbrenner, U. (1979). "The ecology of human development: Experiments by nature and design". Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ³⁵ Engle, PL, Menon, P, Haddad, LH. (1997). "Care and Nutrition: Concepts and Measurement". Occasional Paper, International Food Policy Research Institute, Washington, DC.
- ³⁶ Engle, P. y Huffman S. (1996): "Care for life", Unicef.
- ³⁷ Bronfenbrenner, U. (1979). "The ecology of human development: Experiments by nature and design". Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ³⁸ Bronfenbrenner, U. (1979). "The ecology of human development: Experiments by nature and design". Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ³⁹ Sameroff, A. J. and Seifer, R. (1983) "Familiar Risk and Child Competence". Child Development 54 (1254-1268).
- ⁴⁰ UNICEF-IDRC-CIC (1990): Piden pan...y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo. Ed. Siglo XXI.
- ⁴¹ UNICEF (1990 b) "Strategy for improved nutrition of

children and women in developing countries". UNICEF Policy Review: New York.

⁴² UNICEF (1998) La iniciativa sobre la atención. Sección Nutrición. N.York.

⁴³ UNICEF, (2002). "Estado mundial de la infancia 2002". Nueva York.

⁴⁴ Engle P, Lhotska L, Armstrong H. The Care Initiative: Care for Nutrition. Guidelines for Assessment, Analyses and Action to improve care for nutrition. New York Unicef, Nutrition Section, 1997 ; 72 p

⁴⁵ UNICEF, (2002)."Las escuelas y las familias por la educación. Guía de orientación para el trabajo en talleres". Bs. As.

⁴⁶ UNU-UNICEF-UCLA. (1988) "Procedimientos de Asesoría Rápida" Scrimshaw S., Hutado E.

⁴⁷ Engle, P. (1992): "Care and child nutrition proceedings of the Unicef" International Nutrit. Conference, NY.

⁴⁸ Engle, P. y Huffman S. (1996): "Care for life", Unicef.

144|

⁴⁹ CIC/UNICEF/IDRC (1988) "Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentación, crianza y desarrollo infantil". Bs. As. Argentina.

⁵⁰ Rodrigo MJ, Palacios J. (coords.) (1998) "Familia y Desarrollo Humano". ed. Alianza, colecc. Psicología y Educación, Madrid.

⁵¹ UNICEF-IDRC-CIC (1990): Piden pan...y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo. Ed. Siglo XXI.

⁵² UNICEF (1990 b) "Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries". UNICEF Policy Review: New York.

⁵³ UNICEF (1998) Estado mundial de la infancia.

⁵⁴ UNICEF, (2002). "Estado mundial de la infancia 2002". Nueva York.

⁵⁵ OPS. (1999) "Propuestas metodológicas para la promoción del Desarrollo Integral de la Niñez en el nivel municipal".

⁵⁷ Palacios, J.; Marchesi, A.; Carretero, M. (1997) "Psicología Evolutiva 2. Desarrollo Cognitivo y Social del Niño". Alianza Editorial S. A. Madrid.

⁵⁸ Myers, R. (1992). "The Twelve Who Survive", Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World. London: Routledge.

- ⁵⁹ Jelin, E. (1994) "Familia: crisis y después...". En Wainerman, C.: Vivir en familia, Unicef/Losada, Bs. As.
- ⁶⁰ Jelin, E. (1994) "Familia: crisis y después...". En Wainerman, C.: Vivir en familia, Unicef/Losada, Bs. As.
- ⁶¹ Kliksberg, B. (1994) "La escalada de la pobreza en América Latina". En: Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial, CLAD-PNUD; FCE, México.
- ⁶² Minujin, A. y Kessler, G. (1995) "La nueva pobreza en la Argentina". Ed. Planeta, Bs. As.
- ⁶³ INDEC (2003) "Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos. Mayo 2003". Información de prensa. Bs. As., julio de 2003.
- ⁶⁴ INDEC (2003) "Encuesta Permanente de Hogares. Base usuaria ampliada de EPH" (BUA)
- ⁶⁵ INDEC (2003) "Encuesta Permanente de Hogares. Base usuaria ampliada de EPH" (BUA)
- ⁶⁶ INDEC (2003) "Encuesta Permanente de Hogares. Base usuaria ampliada de EPH" (BUA)
- ⁶⁷ INDEC (2003) "Encuesta Permanente de Hogares. Base usuaria ampliada de EPH" (BUA)
- ⁶⁸ INDEC (2003) "Encuesta Permanente de Hogares. Base usuaria ampliada de EPH" (BUA)
- ⁶⁹ INDEC (2003) "Encuesta Permanente de Hogares. Base usuaria ampliada de EPH" (BUA)
- ⁷⁰ Murmis, M. y Feldman, S. (1993) "La heterogeneidad social de las pobrezas". En: Minujin ed. Cuesta Abajo, Unicef/Losada, Bs. As.
- ⁷¹ Beccaria, L.; López, N. (1996) "Sin trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina". Unicef/Losada, Bs. As.
- ⁷² Eguía, A., Piovani, J., Loustau, C., Chironi, F. ; Rusiñol, G. (2001) "Evolución de la situación laboral del Gran La Plata en la última década". En: Vº Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Asociación Argentina de Especialistas del Trabajo, Bs. As.
- ⁷³ Bourdieu, P. (1990) "Sociología y cultura". Grijalbo, México.
- ⁷⁴ Myers, R. (1992). "The Twelve Who Survive", Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World. London: Routledge

⁷⁵ UNICEF/WHO/UNESCO/UNFPA (1993). Facts for Life. A Communication Challenge, P&LA ed; UK.

⁷⁶ Ministerio de Salud de la Nación (2002) "Guía para el uso de métodos anticonceptivos", Bs. As.

⁷⁷ Schwarcz, R. (1999) "Maternidad segura en Argentina"; en O'Donnell y Carmuega (comp.) Hoy y mañana Salud y calidad de vida de la niñez Argentina, CESNI, Bs. As.

⁷⁹ Ministerio de Salud de la Nación/OMS/OPS (2003) "Situación de Salud en Argentina" Bs. As.

⁸⁰ Schwarcz, R. (1999) "Maternidad segura en Argentina"; en O'Donnell y Carmuega (comp.) Hoy y mañana Salud y calidad de vida de la niñez Argentina, CESNI, Bs. As.

⁸² Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF (2001) "Repercusiones de la anemia en distintas etapas de la mujer", Buenos Aires.

⁸³ SIEMPRO (2000) "La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años" Serie de Informes de Situación Social, N°3, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación

146

⁸⁴ UNICEF/INDEC (2003) "Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990/2001". 2 Serie Análisis Social, Bs. As.

⁸⁵ UNICEF/INDEC (2000) "Situación de las mujeres en la Argentina". 1 Serie Análisis Social, Bs. As.

⁸⁶ UNICEF/INDEC (2000): Situación de las mujeres en la Argentina. Serie Análisis Social 1, Bs. As.

⁸⁷ SIEMPRO (1997) "La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años" Serie de Informes de Situación Social, N°3, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.

⁸⁸ SIEMPRO (1997) "La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años" Serie de Informes de Situación Social, N°3, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.

⁸⁹ Engle P, Lhotska L, Armstrong H. The Care Initiative: Care for Nutrition. Guidelines for Assessment, Analyses and Action to improve care for nutrition. New York Unicef, Nutrition Section, 1997 ; 72 p

⁹⁰ Rodrigo A; Vojkovic M, (2002) "Proyecto Nutrición, Alfabetización y Desarrollo Psicológico". UNICEF.

⁹¹ Rogoff Bárbara (1993) "Aprendices del pensamiento.

El desarrollo cognitivo en el contexto social". Barcelona, Paidós (Cognición y desarrollo humano, 27)

⁹² Pollitt, E.; Levitsky, D.; Mc Gregor S.G.; Uauy R. (1995) "The relationship between undennutrition and behavioral development in children" The journal of nutrition, vol 125 suppl.

⁹³ Uauy R. (2001) "Mechanisms for nutrient effects on brain development ans cognition" in Nutrition and Brain Workshop Series clinical & performance Program, vol. 5 Nestle

⁹⁴ Hart, D.; Atkins, R.; Fegley, S. June (2003) "Personality and Development in Childhood: A Person-Centered Approach".

⁹⁵ Palacios, J.; Marchesi, A.; Carretero, M. (1997) "Psicología Evolutiva 2. Desarrollo Cognitivo y Social del Niño". Alianza Editorial S. A. Madrid.

⁹⁶ UNICEF 2004 Estado mundial de la infancia 2004: las niñas, la educación y el desarrollo. Nueva York.

⁹⁷ UNICEF 2003 Participación Infantil. Estado Nutricional de la Infancia 2003.

⁹⁸ INDEC (2003) "Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos. Mayo 2003". Información de prensa. Bs. As., julio de 2003.

⁹⁹ UNICEF 2004 Estado mundial de la infancia 2004: las niñas, la educación y el desarrollo. Nueva York.

¹⁰⁰ Programa Materno Infantil/ Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As. (s/f): "Curso de Capacitación de Enfermería perinatal a distancia"(CEPAD), Pcia. Bs. As.

¹⁰⁴ Clacyd. (2003) "Enfoque integral del desarrollo en la infancia. El futuro comprometido".

¹⁰⁶ Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As. (1998): "Lineamientos para la alimentación del niño menor de 2 años", PROMIN/ PMI, Subprograma de Salud Integral del Niño de 0-5 años, Buenos Aires

¹⁰⁷ Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) (2001) "Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años", Buenos Aires.

¹⁰⁸ Clacyd. (2003) "Enfoque integral del desarrollo en la infancia. El futuro comprometido".

¹¹⁰ Engle P.y Lhotka, L. (1999) "The role of care in programmatic actino for nutrition" En: Food nutrition

Bull.20:121-135

¹¹¹ Engle, P. y Ricciuti, H. (1995): "Psychosocial aspects of care and nutrition", Food and Nutrition Bulletin, vol. 16 N° 4.

¹¹² Evans J., Myers, R., Ilfeld, E. (2000) "La primera infancia cuenta". Ed: Banco Mundial Washington .

¹¹³ Bock Philip (1977) "Introducción a la moderna Antropología Cultural", FCE, México.

¹¹⁴ Ortale, M.S. y Rodrigo, A. (1996) "Estudio Biocultural de la Desnutrición Infantil de causa primaria en el Gran La Plata, Pcia. de Bs. As, Argentina". En: Archivos Latinoamericanos de Nutrición, vol. 46 (2): 136-142, Venezuela.

¹¹⁵ Ortale, M.S. y Rodrigo, M.A. (1998) "Condiciones de vida, nutrición infantil y morbimortalidad en familias pobres urbanas del Gran La Plata". En: Archivos Latinoamericanos de Nutrición, N° 2 vol. 48 (2): 146-151, Venezuela.

¹¹⁶ Calvo, E.; Gnazzo N. (1990) "Prevalence of iron deficiency in children aged 9-24 months from large urban area of Argentina". Am. J. Clin. Nutr.; 52:534-8.

148

¹¹⁷ Calvo E.; Sosa E. (1991) "Iron status in non-pregnant women of child-bearing age". Eur. J. Clin. Nutr.; 45:215-20

¹¹⁸ O'Donnell y Carmuega (1999) "Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina". Cesni, Bs.As.

¹¹⁹ Proyecto NUTRIABA. (1999) "Encuesta Nutricional de la Pcia. de Buenos Aires". Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Programa Materno Infantil -PROMIN-CESNI.

¹²⁰ Morasso, M. y col. (2003) "Deficiencia de hierro y de vitamina A y prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad en Chaco, Argentina". Archivos Latinoamericanos de Nutrición; vol.53 N° 1 21-27.

¹²¹ Vera Noriega, J. y col. (2000). "Evaluación de los efectos de un programa de desayunos escolares en atención y memoria". Arch. Lat nutr. Vol.50, N1. Pags 35- 41.

¹²² Pollit E, Cueto S, Jacoby E. (1998) "Fasting and cognition in well and undernourished schoolchildren: a review of three experimental studies"; Am J Clin Nutr.

¹²³ Pollit E, Mathews R. (1998) "Breakfast and cognition: an integrative summary". Am J Clin Nutr 1998; 67 (suppl): 840s-

¹²⁴ O'Donnell, A., Britos, S. y col. (2003) "Encuesta sobre

hábitos de desayuno, capacidad cognitiva y rendimiento físico en escolares". Programas Alimentarios en Argentina. CESNI.

¹²⁵ Rutter, Michael and Marjorie.(1993) "Developing Minds: Challenge and Continuity Across the Life Span". (New York: Harper Collins, 1993).

¹²⁶ Seguel, X., Bralic, S. y Edwards, M.; (1989) "Más Allá de la Sobrevivencia". CEDEP, Santiago, Chile

¹²⁷ Scarborough, H.S.; Dobrich, W. & Hager, M. (1991). "Preschool literacy experience and later reading achievement". Journal of Learning Disabilities, 24, 508-511.

¹²⁸ Piacente, T.; Rodrigo, M. A. y Urrutia, M. I. (1997) "Nivel educacional de la madre y desarrollo del lenguaje temprano". Psicodiagnosticar, Revista de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (A.D.E.I.P.). Vol. II, Año VII, 1997, 71-88.

¹²⁹ Burchinal, M. et all (1997) "Early Intervention and mediating processes in cognitive performance of children of low income african american families". Child Development, 68, 935-954.

¹³⁰ Izquierdo, T. y Rodríguez, S. (1987) "Proyecto modalidades no convencionales de atención al preescolar" UNICEF/JNJI GUIA DE TRABAJO PARA LA CASA. TOMO I Y TOMO II. PROGRAMA CADEL .

¹³¹ Lira, M.I. y Seguel, X. (1993) "Diseño y Evaluación de Talleres Educativos para Padres de Sectores Pobres". Ed. CEDEP, Santiago de Chile.

¹³² Marder, S.; Rodrigo, M.A. (1997). "Estrategias de intervención en desarrollo psicológico y desnutrición infantil primaria". Revista de Nutrición Clínica, Vol VI (2), 20-24.

¹³³ Rodrigo, M.; Boffi, S.; Apezteguia, M. (1998) "Promoción del desarrollo psicológico. Talleres con madres de niños en riesgo biológico-social" Investigaciones en Psicología UBA.año 3 n°2 pag

¹³⁴ Di Iorio, S.; Ortale, S.; Rodrigo, M. A (2000) "Patrones de crianza y desarrollo infantil. Estudio de niños, madres y docentes en un jardín de infantes". Revista Salud Problema. UNAM 79-92 5 (9) : 79-92.

¹³⁵ Wells, G. (1985). "Preschool literacy-related activities and success in school". In D.R. Olson; H. Torrance & Hilyard (Eds) Literacy, language and learning, 229-255. New York:

Cambridge University Press.

¹³⁶ Piacente, T.; Rodrigo, M. A. y Urrutia, M. I. (1998) "Creencias y Prácticas maternas sobre la adquisición del lenguaje temprano. Relaciones con el desarrollo del lenguaje de los niños". Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Revista de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, Año 4 N° 1, 102-116.137-150.

¹³⁷ Marder, S.; Piacente, T.; Rodrigo, M. A.; Urrutia, M.; Rainieri, J., (2001) "Dimensiones del lenguaje en preescolares de diferente procedencia sociocultural"; en: Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina Vol. 47 (3): 209-219, Buenos Aires.

¹³⁸ Ninio, A. (1980). "Picture-book reading in mother-infant dyads belonging to two subgroups in Israel". Child Development, 51, 587-590.

¹³⁹ Di Iorio, S.; Ortale, S. y Rodrigo, M.A. (2001): "Cociente intelectual, pautas de crianza y evaluación institucional de niños en edad preescolar de un Jardín de Infantes del Gran La Plata, Bs. As. (Argentina). Aceptado para su publicación en la revista Salud Problema, publicación semestral de análisis científico de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de México.

150

¹⁴⁰ Glitin-Weiner, Sandgrund & Schaefer (2000) "Play Diagnosis and Assesment ". 2da ed. New York: John Wiley & Sons, Inc , Power, T, Radcliffe J (2000). Assesing the cognitive ability of infants and toddles through play the symbolic play test. En: Glitin-Weiner, Sandgrund & Schaefer (2000) Play Diagnosis and Assesment 2da ed. New York: John Wiley & Sons

¹⁴¹ Power, T.; Radcliffe J. (2000) "Assesing the cognitive ability of infants and toddles through play the symbolic play test". En: Glitin-Weiner, Sandgrund & Schaefer (2000) Play Diagnosis and Assesment 2da ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.

¹⁴² CIC/UNICEF/IDRC (1988) "Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentaciòn, crianza y desarrollo infantil". Bs. As. Argentina.

¹⁴³ CIC/UNICEF/IDRC (1988) "Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentaciòn, crianza y desarrollo infantil". Bs. As. Argentina.

¹⁴⁴ Morris Green , P. (2001) "Qué hacer con los niños enojados" Contemp Pediatr ;2001;18 (8):65-84

¹⁴⁵ Waterton,T. (2000). "Giving Guidance on child discipline" B.M.J; 320:261-262.

¹⁴⁶ Piacente T., Talou,C., Rodrigo, M.A. (1990) "Piden pan... y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo". UNICEF ed. Siglo XXI. Bs. As.

¹⁴⁸ UNICEF, IDRC-CEDEP, 1988

¹⁴⁹ CESNI (1995). "Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición". Edición Fundación Jorge Macri, Bs. As.

¹⁵⁰ Piacente T., Talou,C., Rodrigo, M.A. (1990) "Piden pan... y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo". UNICEF ed. Siglo XXI. Bs. As.

¹⁵¹ Di Iorio, S.; Ortale, S.; Rodrigo, M. A: (2001) "Patrones de crianza y desarrollo infantil. Estudio de niños, madres y docentes en un Jardín de Infantes del partido de La Plata". Revista Salud Problema N° 10. Nueva Epoca, UNAM Año 6, 2001.

¹⁵² Evans J., Myers, R., Ilfeld, E. (2000) "La primera infancia cuenta". Ed: Banco Mundial Washington .

¹⁵³ Engle P, Lhotska L, Armstrong H. The Care Initiative: Care for Nutrition. Guidelines for Assessment, Analyses and Action to improve care for nutrition. New York Unicef, Nutrition Section, 1997 ; 72 p

¹⁵⁴ Zeitlin, M.F. & Formacion, C.S. (1981). "Nutrition intervention in developing countries. Study It: Nutrition education". Cambridge, Mass., USA, Oelgeschlager, Gunn and Hain Pub.

Bibliografía

- Aberastury, A. (1986) "El niño y sus juegos". Paidós. Ecuador.
- AFACIMERA-UNICEF (2003) "Lactancia materna. bases científicas para la practica clínica".
- Ageitos, M.L. (1999) "La lactancia materna". En: Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina, Cesni, Bs. As.
- Aguirre, P. (1986) "El encubrimiento en el estudio de la desnutrición o cómo las víctimas se convierten en culpables". En: Revista de Antropología, Nº1, Bs. As.
- Aguirre, P. (1997) "Incidencia de las estrategias domésticas de consumo en el acceso a los alimentos", en (Alvarez, M. comp) Antropología y práctica médica, INAPL, Secretaría de Cultura de la Nación, Bs. As.
- Alvarez, M. de la L. (1996) "Familia y pobreza. Un estudio generacional", ed. Univ. de Santo Tomás, Sgo. de Chile.
- Alvear A., J.; Vio del Río, F.; Juez García, G. (2001). "Lactancia materna: mucho más que solo nutrientes". Rev. Chil. Nutr; 28 (supl.1):22-28, Chile.
- Alzate Piedrahíta. M V. (2004). "El descubrimiento de la infancia, modelos de crianza y categoría sociopolítica moderna". Revista de Ciencias Humanas Nº 31. Colombia.
- Ariès, P. (1987) "El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen". Madrid. Taurus.
- Baquero, R. (1996) "Vigotsky y el aprendizaje escolar". Buenos Aires. Aique.
- Beccaria, L.; López, N. (1996) "Sin trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina". Unicef/Losada, Bs. As.
- Becker, Gary (1964) "Human Capital", Chicago: The University of Chicago Press, 1964
- Berger, P. ; Luckmann, T. (1978) "La construcción social de la realidad". Amorrortu, Bs. As.
- Bock Philip (1977) "Introducción a la moderna Antropología Cultural", FCE, México.
- Bosch, L. (1983) "Desarrollo intelectual del preescolar".
- Bourdieu, P. (1990) "Sociología y cultura". Grijalbo, México.

Bronfenbrenner, U. (1979). "The ecology of human development: Experiments by nature and design". Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brown, K.; Allen, L.; Dewey, K. (1996) "State of the Art Paper on Complementary Feeding". Documento presentado en el UNICEF/OMS. Consultation, noviembre 27-diciembre 1, 1995, Montpellier, France.

Brown, K.; Creed-Kanashiro, H.; Dewey, K.G. (1995) "Optimal complementary feeding practices to prevent childhood malnutrition in developing countries". Food and Nutrition Bulletin. 16 (4), p.320-339

Bruner, J. (1987) "El habla del niño. Aprendiendo a usar el lenguaje". Paidós.

Bruner, J. (1984) "Acción, pensamiento y lenguaje". Madrid: Alianza Editorial

Burchinal, M. et al (1997) "Early Intervention and mediating processes in cognitive performance of children of low income african american families". Child Development, 68, 935-954.

154

Cabello, A.; Ochoa, J.; Filp, J. (1992) "Estudio de pautas, prácticas y creencias en la crianza de niños entre 0 y 6 años de sectores marginados de Chile", Santiago de Chile: CIDE

Calvo E.; Gnazzo N. (1990) "Prevalence of iron deficiency in children aged 9-24 months from large urban area of Argentina". Am. J. Clin. Nutr.; 52:534-8.

Calvo E.; Sosa E. (1991) "Iron status in non-pregnant women of child-bearing age". Eur. J. Clin. Nutr.; 45:215-20

Calvo, E (2003): "Estudio multicéntrico sobre alimentación y riesgo de desnutrición infantil", en Ministerio de Salud de la Nación CONAPRIS, Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia 2003, Buenos Aires.

Cañete, H. (1991) "Juego y vida. La conducta lúdica del niño y el adulto". El Ateneo.

Carmona Concha, M; Mardones Loyola, M. (2000) "Detección de niños en riesgo de maltrato a través de la aplicación de un instrumento en el consultorio Alejandro del Río". Tesis doctoral. Universidad Pontificia. Chile

Carmuega, E. (1999): "La calidad de la dieta de los dos primeros años de vida" en O'Donnell, A., Carmuega E. (eds.) Hoy y Mañana. Salud y Calidad de Vida de la Niñez Argentina; CESNI; Buenos Aires.

Casas, F. (1998) "Infancia: perspectivas psicosociales". Barcelona: Paidós.

Cava León, N. y col. (2002) "Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia". Washington, D.C.: OPS.

CESNI (1995) "Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición". Edición Fundación Jorge Macri, Bs. As.

Chávez, A; Martínez, H; Guarneros, N; Allen, L. (1998) "Nutrition and psychomotor development during the first six months of life". Salud pública Méx;40(2):111-18, Méjico.

CIC/UNICEF/IDRC (1988) "Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentación, crianza y desarrollo infantil". Bs. As. Argentina.

Clacyd. (2003) "Enfoque integral del desarrollo en la infancia. El futuro comprometido".

Cusminsky M, Vojkovic, M. Zorzoli M. (1995) "Diez años después". Publicación CIC.

Cusminsky M. Vojkovic, M. Zorzoli MC. (1988) "Asistencia al desnutrido: una experiencia interdisciplinaria". Medicina y Sociedad.

DeMause, LL (1991) "La evolución de la infancia" Historia de la infancia. DeMause, LI (editora). Madrid: Alianza Universidad. p. 15-92.

Deval J. (1994) "El desarrollo Humano. Psicología". Red Federal de Formación Docente Continua. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Siglo XXI Editores.

Di Iorio S., Ortale S., Rodrigo M.A.,(1999) "Patrones de Crianza. Estudio inicial en un Jardín de Infantes del Gran La Plata". 2º Encuentro de Investigación. SAP.

Di Iorio, S.; Ortale, S. y Rodrigo, M.A. (2001): "Cociente intelectual, pautas de crianza y evaluación institucional de niños en edad preescolar de un Jardín de Infantes del Gran La Plata, Bs. As. (Argentina). Aceptado para su publicación en la revista Salud Problema, publicación semestral de análisis científico de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de México.

Di Iorio, S.; Ortale, S.; Rodrigo, M. A (2000) "Patrones de crianza y desarrollo infantil. Estudio de niños, madres y docentes en un jardín de infantes". Revista Salud Problema. UNAM 79-92 5 (9) : 79-92.

Di Iorio, S.; Ortale, S.; Rodrigo, M. A: (2001) "Patrones de crianza y desarrollo infantil. Estudio de niños, madres y docentes en un Jardín de Infantes del partido de La Plata". Revista Salud Problema N° 10. Nueva Epoca, UNAM Año 6 , 2001.

Di Iorio, S.; Ortale, S. y Rodrigo, A. (1997): "Pobreza, desarrollo psicológico, y escolaridad en una cohorte de niños con desnutrición temprana" en: Revista de Nutrición Clínica, vol. VI n° 1. Bs. As.

Di Iorio, S.; Urrutia, I.; Rodrigo, A. (1998): "Desarrollo infantil, nutrición y pobreza", Archivos Arg. de Pediatría, vol. 96 N° 4.

Diario Clarín (2004) "Campaña de UNICEF: Buscan proteger los derechos de los chicos de 0 a 3 años", 21/7/04, Buenos Aires.

Eguía, A., Piovani, J., Loustau, C., Chironi, F. ; Rusiñol, G. (2001) "Evolución de la situación laboral del Gran La Plata en la última década". En: Vº Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Asociación Argentina de Especialistas del Trabajo, Bs. As.

156

ENCUNA. (2004) "Estudio nutricional y de las condiciones de vida de la niñez pobre del norte argentino". Cruz Roja Alemana, Cruz Roja Argentina, kNACK.

Engle P.; Ricciuti H. (1995) "Psychosocial aspects of care and nutrition". Food and Nutrition Bulletin, 16 (4), 356, 377.

Engle P.L., Bentley M.; Pelto G. (2000) "The role of care in nutrition programmes: Current Research and a research agenda"

Engle P.y Lhotka, L. (1999) "The role of care in programmatic actino for nutrition" En: Food nutrition Bull.20:121-135

Engle, P. (1991): "Maternal work and child care strategies in periurban Guatemala", Child development, 62:954-965.

Engle, P. (1992): "Care and child nutrition proceedings of the Unicef" International Nutrit. Conference, NY.

Engle, P. y Huffman S. (1996): "Care for life", Unicef.

Engle, P. y Ricciuti, H. (1995): "Psychosocial aspects of care and nutrition", Food and Nutrition Bulletin, vol. 16 N° 4.

Engle, PL, Menon, P, Haddad, LH. (1997). "Care and Nutrition: Concepts and Measurement". Occasional Paper, International Food Policy Research Institute, Washington, DC.

Engle P, Lhotska L, Armstrong H. The Care Initiative: Care for Nutrition. Guidelines for Assessment, Analyses and Action to improve care for nutrition. New York Unicef, Nutrition Section, 1997 ; 72 p

Escolano, B. (1980) "Aproximación histórico-pedagógica a las concepciones de la infancia". *Studia Pedagogica*, 6, 5-16.

Estudio CLACYD. (1997) "2 perfiles epidemiológicos de alimentación, crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida". pub.nº2. Eudecor, Córdoba, Argentina.

Estudio CLACYD. (2001) "Lactancia materna y lactancia artificial. diferencias de crecimiento y desarrollo de la ciudad de Córdoba". Argentina

Estudio CLACYD/CESNI (2000) "Encuesta de la ciudad de Córdoba y Gran Córdoba". Municipalidad de la ciudad de Córdoba y Pcia. de Córdoba.

Evans J., Myers, R., Ilfeld, E. (2000) "La primera infancia cuenta". Ed: Banco Mundial Washington .

Evans y Shah (1994): "Child care programmes", *Maternal and child health and family planning*, OMS.

Evans, J.L. (1993): "Health care: the care required to survive and thrive" *Coordinators Notebook* 13.

Fernstrom, J.D.; Uauy, R.; Arroyo, P. (2001) "Nutrition and Brain". Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Program, Vol.5

Garvey, C. (1981) "El juego infantil". Ediciones Morata. Madrid.

Gesell, A. (1980) "El niño de uno a cinco años". Paidós. Buenos Aires.

Glitin-Weiner, Sandgrund & Schaefer (2000) "Play Diagnosis and Assesment ". 2da ed. New York: John Wiley & Sons, Inc , Power, T, Radcliffe J (2000). Assesing the cognitive ability of infants and toddlers through play the symbolic play test. En: Glitin-Weiner, Sandgrund & Schaefer (2000) *Play Diagnosis and Assesment* 2da ed. New York: John Wiley & Sons.

Gómez Ramírez y col. (2000) "Puericultura: el arte de la crianza". Colombia

Grantham Mc Gregor S.M., Powell C.A., Walker S.P. and Himes J.H. (1991). "Nutritional Supplementation, psychosocial simulation and mental development of stunted children: the Jamaica Study". *Lancet*: 338:1-5.

Gunning, T. (1998) "Assessing and Correcting Reading and Writing Difficulties". Boston: Allyn and Bacon.

Hart, D.; Atkins, R.; Fegley, S. June (2003) "Personality and Development in Childhood: A Person-Centered Approach".

Huffman, S. et al (2000) "Improving Infant Feeding Practices: Programs Can Be Effective". *Mal J Nutr* 6(2): 139-146,

INDEC (2002) "Censo nacional de población, hogares y viviendas 2001. Resultados provisionales. Total del país". Bs. As.

INDEC (2002) "Incidencia de la pobreza y de la indigencia en el Gran Buenos Aires". Bs. As.

INDEC (2003) "Anuario Estadístico de la República Argentina 2002-2003". Bs. As.

INDEC (2003) "Encuesta Permanente de Hogares. Base usuaria ampliada de EPH" (BUA)

158 INDEC (2003) "Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos. Mayo 2003". Información de prensa. Bs. As., julio de 2003.

INDEC (2003) "La salud a través de las encuestas de hogares en la Argentina". Serie perfil de Condiciones de Vida N° 2, Bs. As.

INDEC (2003) "Mercado de trabajo: principales indicadores de los aglomerados urbanos Mayo 2003". Información de prensa. Bs. As., julio de 2003.

INDEC (2003) "Revista Informativa del Censo 2001 N° 7" (sept./03)

INDEC (2003) "La salud a través de las encuestas de hogares en la Argentina". Serie perfil de Condiciones de Vida N° 2, Bs. As.

Izquierdo, T. y Rodríguez, S. (1987) "Proyecto modalidades no convencionales de atención al preescolar" UNICEF/JNJI GUIA DE TRABAJO PARA LA CASA. TOMO I Y TOMO II. PROGRAMA CADEL.

Jelin, E. (1984) "Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada". Estudios CEDES, Bs. As.

Jelin, E. (1994) "Familia: crisis y después...". En Wainerman, C.: *Vivir en familia*, Unicef/Losada, Bs. As.

Kliksberg, B. (1994) "La escalada de la pobreza en América Latina". En: Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial, CLAD-PNUD; FCE, México.

Kotliarenco, M. A., Cáceres I.y Fontecilla M. (1997) "Estado del Arte en Resiliencia. Santiago, Edición conjunta Organización Panamericana de la Salud/Fundación Kellogg/Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Lautrey J. (1985) "Clase social, medio familiar e inteligencia". España: Visor.

Lautrey, J. (1985): Clase social, medio familiar e inteligencia, ed. Visor, España

Le Corre P ; Saavedra V; Triviño B; Pacheco B. (2000) "La disciplina mucho más que un castigo: rol del pediatra". *Pediatr. día*;16(4):267-71, Chile.

Lejarraga y col. (2004) "Desarrollo en contexto". Paidós.

Lejarraga, H. y Pascucci, C. (1999) "Desarrollo Psicomotor del niño", en: Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina, (O'Donnell y Carmuega coords.), Cesni, Bs. As.

Lira, M.I. y Seguel, X. (1993) "Diseño y Evaluación de Talleres Educativos para Padres de Sectores Pobres". Ed. CEDEP, Santiago de Chile.

López, A. y Romeo, M. (1999) "Estudio sobre indigencia y desnutrición infantil. Según la EPH y el Programa de UN para el desarrollo", Equis (Equipo de Investigación Social), Bs. As.

Maccoby, E. y Martin, J. (1983): "Socialization in the context of the family: parent-child interactions", en: E. M. Hetherington (ed) Socialization, personality and social development, vol. IV, Handbook of child psychology, Wiley ed., New York.

Marder, S.; Piacente, T.; Rodrigo, M. A.; Urrutia, M. I.; Rainieri, J., (2001) "Dimensiones del lenguaje en preescolares de diferente procedencia sociocultural"; en: *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* Vol. 47 (3): 209-219, Buenos Aires.

Marder, S.; Rodrigo, M.A. (1997). "Estrategias de intervención en desarrollo psicológico y desnutrición infantil primaria". *Revista de Nutrición Clínica*, Vol VI (2), 20-24.

Ministerio de Salud. (2003) "Metas de lactancia materna". Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2002) "Guía para el uso de métodos anticonceptivos", Bs. As.

Ministerio de Salud de la Nación/OMS/OPS (2003) "Situación de Salud en Argentina" Bs. As.

Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF (2001) "Repercusiones de la anemia en distintas etapas de la mujer", Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. Programa Materno-Infantil (1997) "Encuesta Pcial. para el Monitoreo del Cumplimiento de la Meta de Lactancia Materna 1996".

Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As. (1997) "Encuesta provincial nutricional de niños y embarazadas, Programa Materno-Infantil". MSPBA, Bs. As.

Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As. (1998): "Lineamientos para la alimentación del niño menor de 2 años", PROMIN/PMI, Subprograma de Salud Integral del Niño de 0-5 años, Buenos Aires

160

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Dirección de Maternidad e Infancia (1993) "Propuesta normativa perinatal". Tomos 1 y 2, Buenos Aires.

Minujin, A. y Kessler, G. (1995) "La nueva pobreza en la Argentina". Ed. Planeta, Bs. As.

Morasso, M. y col. (2003) "Deficiencia de hierro y de vitamina A y prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad en Chaco, Argentina". Archivos Latinoamericanos de Nutrición; vol.53 N° 1 21-27.

Morris Green , P. (2001) "Qué hacer con los niños enojados " Contemp Pediatr ;2001;18 (8):65-84

Murmis, M. y Feldman, S. (1993) "La heterogeneidad social de las pobrezas". En: Minujin ed. Cuesta Abajo, Unicef/ Losada, Bs. As.

Myers, R. (1992). "The Twelve Who Survive", Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World. London: Routledge.

Myers, R. G. (1993). Los doce que sobreviven. Publ.Cient. N°545. Ed. OPS-UNICEF-TACRO. Washington DC.

Myers R. G. (2000) "Atención y desarrollo de la primera infancia en Latinoamérica y El Caribe: Una revisión de los diez últimos años y una mirada hacia el futuro". REVISTA

IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN número 22 año 2000.

Ninio, A. (1980). "Picture-book reading in mother-infant dyads belonging to two subgroups in Israel". *Child Development*, 51, 587-590.

O'Donnell y Carmuega (1999) "Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina". Cesni, Bs.As.

O'Donnell, A., Britos, S. y col. (2003) "Encuesta sobre hábitos de desayuno, capacidad cognitiva y rendimiento físico en escolares". *Programas Alimentarios en Argentina*. CESNI.

OMS-UNICEF (2003) "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño". Ginebra.

OPS. (1999) "Propuestas metodológicas para la promoción del Desarrollo Integral de la Niñez en el nivel municipal".

OPS/OMS (1983) "Manual para la atención de la madre y el niño", Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares, Washington.

Ortale S., Sanjurjo A., Osimani N., Rodrigo M.A., (1998) "Educación Materna y Condiciones de Salud en Niños Desnutridos de La Plata". *Revista Salud Problema*. Universidad Autónoma de México. # 5. Diciembre.

Ortale Susana. (2002) "Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres del gran La Plata" Tesis doctoral; Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

Ortale, M.S. (1999) "Mujer, alimentación y nutrición infantil. Estudio comparativo en familias pobres urbanas del Gran La Plata". En: di Virgilio, Ojeda y Sautú comp.: *Mujer, trabajo y familia*, Editorial de la UNLP, La Plata.

Ortale, M.S. y Rodrigo, A. (1996) "Estudio Biocultural de la Desnutrición Infantil de causa primaria en el Gran La Plata, Pcia. de Bs. As, Argentina". En: *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 46 (2): 136-142, Venezuela.

Ortale, M.S. y Rodrigo, M.A. (1998) "Condiciones de vida, nutrición infantil y morbimortalidad en familias pobres urbanas del Gran La Plata". En: *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, Nº 2 vol. 48 (2): 146-151, Venezuela.

Ortale, S. (1996) "Estudio comparativo del consumo alimentario en familias pobres urbanas del Gran La Plata (1988-1994). Ponencia presentada en las Segundas Jornadas sobre "Mujer, Pobreza y Trabajo", Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Fac. de Ciencias

Humanas, Universidad Nac. de La Pampa, La Pampa.

Ortale, S.; Rodrigo, M.A. (1998) "Pobreza, desnutrición infantil y morbilidad en niños de familias pobres urbanas del Gran La Plata". Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Vol. 48, Nº 2, 146-151.

Ortale, S.; Sanjurjo, A.; Osimani, N. y Rodrigo, M.A.(1999) "Educación materna y condiciones de salud en niños desnutridos de La Plata". Publicado en: Salud Problema, publicación semestral de análisis científico de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, vol. 4 Nº 2.

Osorio E., J.; Weisstaub N., G.; Castillo Durán, C. (2002) "Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones". Rev. chil. nutr;29(3):280-285, Chile.

Palacios, J.; Marchesi, A.; Carretero, M. (1997) "Psicología Evolutiva 2. Desarrollo Cognitivo y Social del Niño". Alianza Editorial S. A. Madrid.

Patrice L. Engle,(2000) Punto de enfoque, I F P R I, LOGRAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL URBANA EN EL MUNDO EN DESARROLLO Las mujeres urbanas: En busca del equilibrio entre el trabajo y la atención a los niños

162

Patrice L.Engle & Cynthia Breaux (1998) "Social policy report. Fathers' Involvement with Children: Perspectives from Developing Countries". Patrice L. Engle & Cynthia Breaux SRCD.

Piacente T., Talou,C., Rodrigo, M.A. (1990) "Piden pan... y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo". UNICEF ed. Siglo XXI. Bs. As.

Piacente, T. (2001) "Modulo 5: El Desarrollo Psicológico Infantil: Sus determinantes. La Importancia del Desarrollo del Lenguaje". Buenos Aires. UNICEF (en prensa).

Piacente, T. (2001) "Modulo 6: Desarrollo Psicológico Infantil y Adquisición del lenguaje oral y escrito. Su evaluación". Buenos Aires. UNICEF (en prensa).

Piacente, T.; Rodrigo, M. A. y Urrutia, M. I. (1997) "Nivel educacional de la madre y desarrollo del lenguaje temprano". Psicodiagnosticar, Revista de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (A.D.E.I.P.). Vol. II, Año VII, 1997, 71-88.

Piacente, T.; Rodrigo, M. A. y Urrutia, M. I. (1998) "Creencias y Prácticas maternas sobre la adquisición del lenguaje temprano. Relaciones con el desarrollo del lenguaje de los

niños". Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Revista de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, Año 4 N° 1, 102-116.

Pollit E, Cueto S, Jacoby E. (1998) "Fasting and cognition in well and undernourished schoolchildren: a review of three experimental studies"; Am J Clin Nutr.

Pollit E, Mathews R. (1998) "Breakfast and cognition: an integrative summary". Am J Clin Nutr 1998; 67 (suppl): 840s-

Pollitt, E.; Levitsky, D.; Mc Gregor S.G.; Uauy R. (1995) "The relationship between undernutrition and behavioral development in children" The journal of nutrition, vol 125 suppl.

Power, T.; Radcliffe J. (2000) "Assesing the cognitive ability of infants and toddlers through play the symbolic play test". En: Glitin-Weiner, Sandgrund & Schaefer (2000) Play Diagnosis and Assesment 2da ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Programa Materno Infantil/ Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As. (s/f): "Curso de Capacitación de Enfermería perinatal a distancia" (CEPAD), Pcia. Bs. As.

PROMIN (1990, 2000, 2001) "Documentos de Desarrollo Infantil". Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Proyecto NUTRIABA. (1999) "Encuesta Nutricional de la Pcia. de Buenos Aires". Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Programa Materno Infantil -PROMIN-CESNI.

Range SKR, Naved R and Bhattarti S. (1997) "Child Care Practices Assosiated with positive and negative nutritional outcomes for children in Bangladesh". IFPRI, Washington USA

Rebolledo Acevedo, A; Atalah Samur, E; Araya L., H; Mondaca, A; Garrido, S; Castillo L., C; Herrera, P. (2000) "Evaluación de un modelo de intervención para fomentar estilos de vida saludables en preescolares". Rev. chil. nutr;27(3):368-75, Chile.

Rodrigo A; Vojkovic M, (2002) "Proyecto Nutrición, Alfabetización y Desarrollo Psicológico". UNICEF.

Rodrigo MJ, Palacios J. (coords.) (1998) "Familia y Desarrollo Humano". ed. Alianza, colecc. Psicología y Educación, Madrid.

Rodrigo, M.; Boffi, S.; Apezteguia, M. (1998) "Promoción del desarrollo psicológico. Talleres con madres de niños

en riesgo biológico-social" Investigaciones en Psicología UBA.año 3 n°2 pag 137-150.

Rodrigo, M.A. (2000): "Prácticas de crianza. La iniciativa por la atención en nutrición y desarrollo infantil", Unicef, Bs. As.

Rodrigo, M.A.; Piacente, T.; Urrutia, M.I.; Ortale, S. (1999). "Creencias y prácticas de lactancia en población urbano-marginal. Cambios en una década". Actas del VIII Simposio Argentino de Pediatría Social, 1er. Encuentro de Pediatría Social del Cono Sur y II Simposio Argentino de Lactancia Materna. Mar del Plata, 27-4 al 2-5-99.

Rodrigo, M.A.; Sanjurjo, A.; Urrutia, M.I.; Osimani, N.(2002). "Prácticas de Crianza en una Población en Riesgo". XL Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP). Libro de resúmenes. Pag. 131. Pinamar.

Rogoff Bárbara (1993) "Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social". Barcelona, Paidós (Cognición y desarrollo humano, 27)

Rondal, J. A. (2000). "Componentes del lenguaje y aspectos del desarrollo desde la perspectiva de la evaluación". En M. Puyuelo Sanclemente; J.A. Rondal y E. H. Wiig, Evaluación del lenguaje. Barcelona: Masson

Rosenfeld M., Ruiz V. (2000). "Desarrollo ó Subdesarrollo Infantil?". UNICEF Argentina

Ruel M, Kenneth Brown, Caulfield L, (2003).Moving Forward with Complementary feeding; Indicators and Research Priorities. FCND. DP N° 146.

Rutter, Michael and Marjorie.(1993) "Developing Minds: Challenge and Continuity Across the Life Span". (New York: Harper Collins, 1993).

Sabulsky, J. et al. (1997) "Alimentación, crecimiento y desarrollo", ed. Eudecor, Córdoba.

Sameroff, A. J. and Seifer, R.(1983) "Familiar Risk and Child Competence". Child Development 54 (1254-1268).

Scarborough, H.S.; Dobrich, W. & Hager, M. (1991). "Preschool literacy experience and later reading achievement". Journal of Learning Disabilities, 24, 508-511.

Schafer, HR (1994) "Decisiones sobre la infancia". Madrid. Aprendizaje-Visor.

Schwarcz, R. (1999) "Maternidad segura en Argentina";

en O'Donnell y Carmuega (comp.) Hoy y mañana Salud y calidad de vida de la niñez Argentina, CESNI, Bs. As.

Secretaría de Educación Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2003) "Diseño Curricular para el nivel inicial"

Seguel, X., Bralic, S. y Edwards, M.; (1989) "Más Allá de la Sobrevivencia". CEDEP, Santiago, Chile.

SIEMPRO (1997) "La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años" Serie de Informes de Situación Social, N°3, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.

SIEMPRO (2000) "La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años" Serie de Informes de Situación Social, N°3, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.

Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) (2001) "Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años", Buenos Aires.

Torrvalva T. y Cugnasco, I. (1999) "Estudios epidemiológicos sobre desarrollo infantil", Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina, (O'Donnell y Carmuega coords.), Cesni, Bs. As.

Triana B. (1993) en Rodrigo M.J. "Las teorías implícitas, una aproximación al conocimiento cotidiano" ed. Visor, 1993, Madrid

Uauy R. (2001) "Mechanisms for nutrient effects on brain development and cognition" in Nutrition and Brain Workshop Series clinical & performance Program, vol. 5 Nestle

UNICEF (1990 b) "Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries". UNICEF Policy Review: New York.

UNICEF (1996). Engle P. y Huffman S.: Care for life.

UNICEF (1998) Estado mundial de la infancia.

UNICEF (1998) La iniciativa sobre la atención. Sección Nutrición. N.York.

UNICEF Argentina (2000). Rosenfeld M., Ruiz V. Desarrollo ó Subdesarrollo Infantil?

UNICEF CIC IDRC (1988) "Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentación, crianza y desarrollo infantil".

UNICEF, (2002). "Estado mundial de la infancia 2003".

Nueva York.

UNICEF, (2002). "Las escuelas y las familias por la educación. Guía de orientación para el trabajo en talleres". Bs. As.

UNICEF, IDRC-CEDEP, 1988

UNICEF, IDRC-CLAEH, 1988,

UNICEF/INDEC (2000) "Situación de las mujeres en la Argentina". 1 Serie Análisis Social, Bs. As.

UNICEF/INDEC (2000): Situación de las mujeres en la Argentina. Serie Análisis Social 1, Bs. As.

UNICEF/INDEC (2003) "Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990/2001". 2 Serie Análisis Social, Bs. As.

UNICEF/WHO (1987) Zeitlin M., Mansour M. y Levine R.: State of the Art Paper on Positive Deviance in Nutrition. Joint Nutrition Support Programme.

UNICEF/WHO/UNESCO/UNFPA (1993). Facts for Life. A Communication Challenge, P&LA ed; UK.

166 UNICEF-IDRC-CIC (1990): Piden pan...y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo. Ed. Siglo XXI.

UNU-UNICEF-UCLA. (1988) "Procedimientos de Asesoría Rápida" Scrimshaw S., Hutado E.

Van Esterik, P. (1995): "Care, caregiving and caregivers", Food and Nutrition Bulletin, vol. 16 N° 4.

Varela, J (1986) "Aproximación genealógica a la moderna percepción social de los niños" Revista de Educación, 281, 155-175.

Vera Noriega, J. y col. (2000). "Evaluación de los efectos de un programa de desayunos escolares en atención y memoria". Arch. Lat nutr. Vol.50, N1. Pags 35- 41.

Veríssimo, M, Ramalho; Rezende, M., Fonseca, R. (2003). "Relationships between day care center and family according to day care center's educators". Rev. bras. crescimento desenvolv. hum;13(1):27-39,Brasil.

Vigotsky, (1982) "El desarrollo de los procesos psicológicos superiores". Barcelona. Crítica.

Vigotsky, L. S (1962). "Thought and language". Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Traducción en español (1973): Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: La Pléyade.

Vinocur, P. (1999): "Exclusión y pobreza: derechos y

oportunidades perdidas de los niños”, Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina, (O’Donnell y Carmuega coords.), Cesni, Bs. As.

Vojkovic M, (2004). “Alimentación saludable para crecer bien nutridos”. Publicación Fundación PROINFANTIA, La Plata.

Vojkovic M, Zorzoli C, Cusminsky M. “100% teta. ciento por ciento lactancia materna”. CIC. (en prensa)

Vojkovic M. (1993). “Identificación de factores de riesgo de patología crónica en el escolar”. Tesis Doctoral UNLP.

Wachs, T.; Sigman; Bishry et al. (1992): “Caregiver child interaction patterns in two cultures in relation to nutrition”, Internat. Journal of Behavioral Development, 15:1-18.

Waterton, T. (2000). “Giving Guidance on child discipline” B.M.J; 320:261-262.

Wells, G. (1985). “Preschool literacy-related activities and success in school”. In D.R. Olson; H. Torrance & Hilyard (Eds) Literacy, language and learning, 229-255. New York: Cambridge University Press.

Winnicott D. (1993) “Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional”. Buenos Aires: Paidós,

167

Winnicott, D.W. (1987). “Realidad y juego”. Editorial Gedisa. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004 The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children. A REVIEW. DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT

Zeitlin, M.F. & Formacion, C.S. (1981). “Nutrition intervention in developing countries. Study It: Nutrition education”. Cambridge, Mass., USA, Oelgeschlager, Gunn and Hain Pub.

Metodología de la Evaluación de Impacto

Componente Alimentario

Componente Condiciones de la Familia y del Niño para la Alfabetización

Componente Crianza

Componente Desarrollo Psicológico Infantil

Componente Nutricional