

La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación

The comprehension of the meanings that actors have about the growth and development monitoring program: a step to foster its qualification

Miriam Bastidas-Acevedo ¹
 Julio Nicolás Torres-Ospina ¹
 Adriana Arango-Córdoba ¹
 Gloria Escobar-Paucar ²
 Fernando Peñaranda-Correa ³

Abstract *This paper aims to present a portion of a study aimed to evaluate the effects and impact of the educative component of the Growth and Development Monitoring Program in four Health Institutions in Medellín, Colombia, regarding the meanings that the significant adults (SA) and health team members (HTM) have about the Program and its outcomes. It was done a qualitative evaluative research under a multiple case study. There were found important differences in the meanings of the Program and its outcomes among the stakeholders reflecting differences in interests, priorities, and needs. For the HTM, the Program's axis is the child and the education process is guided to change SA behaviors. In contrast, the SA considers itself a part of the Program axis, as a subject, because his raising role is related to his own development and well being as well as the child's. "Raising" is a socio - historic, cultural and ontological category that should be at center of any early childhood care program. It is very important to understand the meanings of the Program and its outcomes for the stakeholders in order to make better planning, implementation and evaluation of childhood care programs.*

Key words *Growth and Development Monitoring Program, Health education, Rearing, Qualitative evaluation, Meanings, Children*

Resumo *Este artículo intenta presentar parte de los resultados de un estudio dirigido a evaluar los efectos e impacto del componente educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo en cuatro Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la ciudad de Medellín, en relación con los significados que para los adultos significativos (AS) y los miembros del equipo de salud (MES) tienen el Programa y sus resultados. Se realizó una investigación evaluativa desde una perspectiva cualitativa basada en un estudio de casos múltiples. Se encontraron diferencias en los significados que el Programa y sus resultados tienen para los actores, producto de diferentes necesidades, intereses y expectativas. Para el MES el eje del Programa es el niño y la educación se orienta a modificar comportamientos de los AS. Por su parte, el AS se considera eje central y sujeto del Programa pues su función de crianza está en estrecha relación con el desarrollo y bienestar propio y del niño. La "crianza" constituye una categoría socio histórica, cultural y ontológica, que debería estar a la base de cualquier programa de atención a la infancia. Comprender dichos significados es fundamental para formular, ejecutar y evaluar programas de atención a la niñez más productivos.*

Palabras clave *Programa de Crecimiento y Desarrollo, Educación para la Salud, Crianza, Evaluación cualitativa, Significados*

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Dirección: Calle 34c No. 88b - 55, Medellín, Colombia.

garizam@une.net.co

² Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

³ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Introducción

El contexto de la crianza es complejo y difícil para muchas familias. En América Latina, la urbanización, la industrialización, la mayor participación de la mujer en las actividades laborales y los cambios en la estructura familiar, han debilitado las redes de apoyo y modificado las prácticas de crianza¹⁻³. Esta situación se ve agravada por factores socioeconómicos, por cuanto la pobreza y la inequidad limitan la creación de condiciones favorables para el desarrollo de los niños y niñas y dificultan que los adultos brinden a sus hijos la infancia que desearían y que les corresponde⁴. Así, para un importante número de familias, la crianza genera incertidumbre, angustia y desesperanza⁵.

La manera como se interactúe con el niño durante los primeros años y la calidad de las experiencias que se le provean, tendrán gran impacto en su desarrollo emocional, cognitivo y social. De allí la importancia de la crianza, donde la familia proporciona el primero y más importante escenario educativo^{6,7}. En consecuencia, aquellos programas orientados a los primeros años de vida revisiten especial importancia. Se afirma que las influencias positivas de los programas de desarrollo del niño en la primera infancia resuenan en toda la sociedad^{8,9} y que programas de calidad contrarrestan efectos negativos de la pobreza sobre el desarrollo infantil, razón por la cual deberían recibir la atención prioritaria de los gobiernos, plasmada en leyes, políticas, programas y recursos¹⁰.

Los programas ofrecidos desde el sector salud se convierten - en muchos casos- en la única posibilidad que los adultos tienen de recibir apoyo gubernamental en sus labores de crianza. De allí que en Colombia, el Programa que monitoriza el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 10 años adquiriera gran importancia en las instituciones de salud, hasta ser considerado un programa bandera de Promoción de la Salud en el Sistema de Salud Colombiano¹¹.

Ahora, se reconoce que el Programa debería responder a las necesidades y características socio-culturales y económicas de los actores^{12,13}, para lo cual es fundamental su participación en la formulación, ejecución y evaluación del mismo⁹. Desafortunadamente, este tipo de programas se diseñan generalmente de manera vertical por el sector salud^{11,14}. De otro, lado las evaluaciones se centran en aspectos de gestión, privilegiando una perspectiva de ciencia positiva^{15,16}, tanto en el propósito como en la metodología, con enfoques cuantitativos donde predomina la evaluación orientada a medir lo que sucede antes y después de una inter-

vención¹⁷, y a identificar los resultados en relación con propósitos, metas y objetivos preestablecidos¹⁸⁻²². Esta orientación ha sido cuestionada por su incapacidad para explicar lo que realmente sucede entre “el antes” y “el después”, y por su alejamiento de las experiencias de los participantes, con problemas para reconocer algunos resultados significativos^{17,23}. Esto hace difícil entender los significados que los programas y sus resultados tienen para los participantes, fundamentales para formular programas más pertinentes y productivos.

En respuesta a lo anterior, se realizó una investigación orientada a comprender los resultados del componente educativo del programa de Crecimiento y Desarrollo en cuatro instituciones de servicios de salud en Medellín, Colombia, bajo una perspectiva de evaluación centrada en las demandas, las preocupaciones y las necesidades de los actores (*stakeholders*), dentro de los planteamientos del paradigma constructivista²⁰. En este artículo se presentan los hallazgos relacionados con los significados que tanto el Programa como sus resultados tienen para los actores y las consecuencias que su comprensión tiene para el diseño, ejecución y evaluación del Programa. La evaluación hace parte de una serie de investigaciones que sobre la dimensión educativa del programa el equipo investigador ha realizado en los últimos 8 años. Otros hallazgos, relacionados con el contexto del programa en el sistema de salud y con las visiones sobre educación y prácticas pedagógicas, han sido publicados anteriormente.

Métodos

Se llevó a cabo una investigación evaluativa²⁴ que pretendió recoger las voces de los actores¹⁵ desde una perspectiva cualitativa; evaluación entendida como un espacio participativo de negociación y aprendizaje^{15, 17, 23}, dirigida a la comprensión de los significados que tienen el Programa y los resultados para los actores, así como las razones que los explican.

Entre noviembre de 2002 y abril de 2005 se realizó un estudio de casos múltiples^{25, 26} caracterizado por una visión holística - que rescata la particularidad del caso y su relación con un contexto determinado. Para ello, se hizo una aproximación etnográfica al método, que permitiera comprender las acciones de los actores²⁷, donde los investigadores entendieron su inserción en el campo como la posibilidad de ampliar su horizonte de sentido con el de los participantes²⁸.

Participaron cuatro instituciones, las cuales atienden una proporción importante de la pobla-

ción beneficiaria del Programa en la ciudad de Medellín, Colombia. Cada institución seleccionó una experiencia, bajo el criterio de Stake, para quien el caso se selecciona por la oportunidad de aprendizaje que provea - un criterio diferente a la representatividad, y en ocasiones superior a ésta²⁵. En cada una se llevó a cabo un análisis en profundidad, donde lo esencial consiste en reflejar el caso específico y su particularidad²⁵, para recoger los aprendizajes bajo distintas condiciones, sin la pretensión de establecer comparaciones.

En cada institución se observaron las actividades regulares de un grupo de aproximadamente 10 niños y sus acompañantes (adultos significativos): el ingreso al Programa con médico general, y tres controles grupales de crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida, realizados por un equipo compuesto por enfermera, nutricionista, médico, auxiliar de higiene oral y psicólogo - con variantes según particularidades institucionales. Después de cada actividad se realizó una entrevista con los miembros de los equipos de salud y otra con un grupo de adultos significativos que participaron en las actividades del Programa; para ello se obtuvo su consentimiento informado y se realizó un compromiso de confidencialidad, avalado por el comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, de acuerdo con la normatividad establecida por la Declaración de Helsinki para la investigación biomédica. En total se hicieron 16 visitas de observación, 16 entrevistas grupales con adultos y 16 entrevistas grupales con los equipos de salud.

El análisis de los datos se inició de manera simultánea con la recolección de la información²⁹. Con los textos de las primeras observaciones, las notas de los investigadores y las transcripciones del material grabado, se realizó una primera fase de codificación y una estructura inicial de categorías. La estructura emergente se probó y ajustó en las reuniones del equipo investigador. Como resultado del análisis se construyó una estructura categorial más elaborada, que se consolidó gradualmente durante el proceso. La codificación y clasificación del material se realizó con la ayuda del programa Atlas Ti 4.2.

Para analizar los hallazgos se efectuaron reuniones periódicas con algunos miembros de los equipos de salud y coordinadores institucionales, seleccionados por las mismas instituciones; los resultados finales fueron discutidos con los actores. De ello surgió una descripción de cada caso, un análisis del contexto del programa en el sistema de salud colombiano, así como diferentes visiones de los actores sobre los resultados del programa.

El proceso condujo a reflexiones por parte de todos los actores, con lo cual se buscó recoger sus voces y los significados que orientan sus acciones; estos criterios responden a la naturaleza interpretativa del trabajo investigativo y a la subjetividad de las realidades que orientan la perspectiva constructivista²⁴. Así mismo, con la discusión permanente del equipo investigador, la cuestión de rigor se centró en la reflexividad, lo cual hace posible la emergencia de los aspectos más significativos³⁰. En términos de Lincoln y Guba, el rigor de este tipo de investigaciones radica en ser interpretativamente rigurosos²⁴.

Resultados

Los actores expresaron gran aprecio por el Programa; valoran sus resultados, que no sólo se limitan al niño y su salud, sino a efectos sobre los adultos y las familias y que se proyectan a otros niños y a la comunidad, a través de la difusión de conocimientos. En los adultos significativos (AS), se identificaron resultados en cuatro grandes dimensiones: aprendizajes, cambios de comportamientos que se traducen en prácticas de crianza, sentimientos, y formas de relacionarse con otras personas en torno a la crianza. Por su parte, los miembros de los equipos de salud que ejecutan el programa (MES) también identificaron aprendizajes valiosos, provenientes de sus compañeros y de otros adultos que participan en el Programa.

No obstante, los actores también manifestaron sentimientos ambivalentes hacia el programa, de satisfacción y frustración. Estos sentimientos reflejan distintos intereses y necesidades, pero especialmente los diferentes sentidos que AS y MES dan al programa.

AS: Satisfechas, no sólo lo bien atendidas, sino que hicimos mucho, sobre todo cómo alimentarlo bien, lo encontraron muy aliviado [...] sale uno muy tranquilo.

MES: Se llena uno de satisfacción cuando ve que de pronto las mamás, o los papás, o los cuidadores expresan que han tenido cambios y que se han sentido beneficiados con ellos.

AS: Pero a veces no le llena a uno las expectativas que tiene cuando viene, o sea, uno se va de aquí, hace los ejercicios, la comidita y todo eso, pero uno llega con ciertas expectativas aquí y resulta que se va con ellas.

MES: Entonces eso sí lo pone a uno triste, que la gente no quiera abrirse al cambio, sino que quieran seguir en la misma.

MES: Aquí perdimos el tiempo [...] uno dice que pesar, no cerramos lo que hicimos, aunque sabemos que se sembró algo, pero no siquiera saben más cosas.

A continuación se presentan los hallazgos sobre los significados del Programa y sus resultados para los AS y los MES, desde el punto de vista de cada uno de ellos. De esta forma se contrastarán sus posiciones. Más que consensos y homogeneidades, se presentan constructos, con visiones y posturas que ilustren las lógicas propias de cada grupo.

La visión del adulto significativo (AS)

El AS se sitúa a sí mismo como eje del Programa, buscando dos objetivos inseparables: una crianza segura, productiva y satisfactoria, y el bienestar del niño; en este sentido, no son escindibles su propio bienestar y el del niño. El Programa contribuye al logro de ambos objetivos desde tres dimensiones: una dimensión educativa, una de “certificación social” y otra de resolución de problemas de salud (Gráfico 1).

Con respecto a la primera dimensión, el proceso educativo tiene sentido para el AS en la medida en que los aprendizajes le son útiles para cualificar

su criterio y resignificar la crianza. El AS - en especial la madre - se ve asediada por múltiples presiones, que hacen difícil y angustiosa la toma de decisiones con respecto a la crianza. En este escenario, el AS considera opciones, las reconsidera, y hace valer su punto de vista o cede ante las demandas que se le hacen desde diferentes instancias, lo cual afecta, en ocasiones, su identidad y su dignidad.

Desde que yo quedé embarazada, me hice una meta y era obtener un conocimiento que me tranquilizara frente a la crianza.

Una señora a mí me decía: “déle la leche de bolsa (entera), mire como está (mi niña) y no le ha pasado nada”. Pero entonces [...] uno entra como en esa duda, ¿será que sí?, Por eso más que todo, tiende uno a venir (al Programa) para salir de dudas.

Frente a estas situaciones, los conocimientos desarrollados en el Programa son ampliamente valorados por el AS, en la medida en que le permiten tomar mejores decisiones, lo cual contribuye a evitar errores y resolver las dudas e incertidumbres que genera la crianza. No obstante, la toma de decisiones implica un proceso activo de resignificación que hace el AS a las demandas provenientes del Programa, teniendo en cuenta sus características personales y culturales, así como su situación

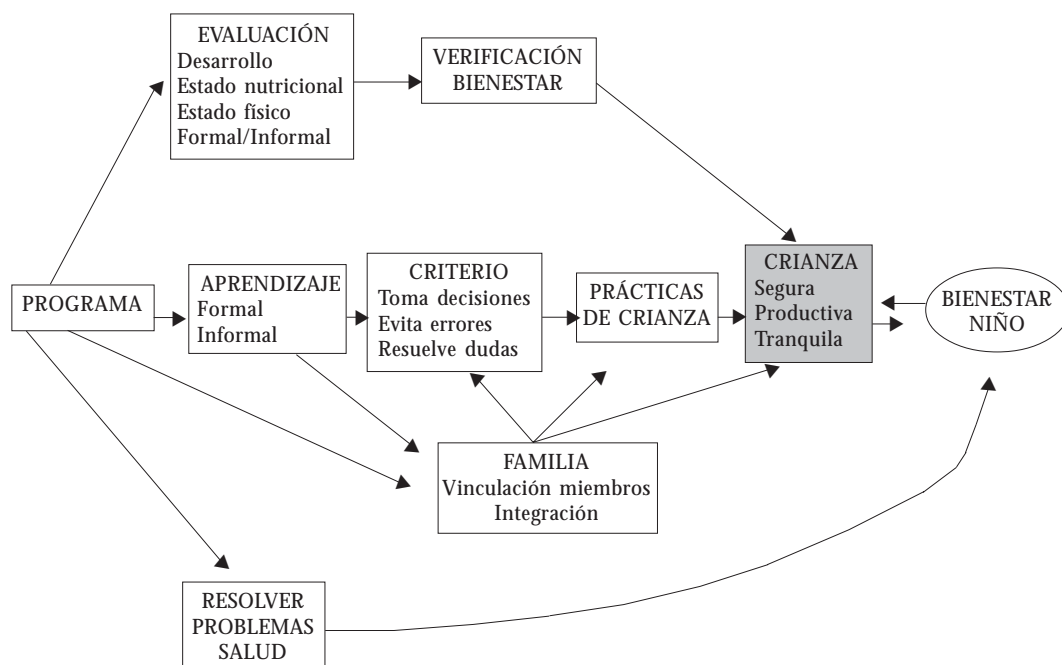


Gráfico 1. Visión del adulto significativo sobre el programa y sus resultados.

socioeconómica. Así, en ocasiones el AS ve pertinentes las recomendaciones planteadas por el MES y las utiliza en sus prácticas de crianza, pero en otras no las ve apropiadas y las rechaza o adecúa a su contexto particular.

Entonces todo al pie de la letra, yo no le cambio, ni más, ni menos.

Pero es porque pienso que mi experiencia con el niño me demuestra otra cosa diferente al conocimiento que aquí nos dan.

Pero no siempre encuentra que los MES valoren ese otro conocimiento ligado a la experiencia y a la vida práctica, lo cual genera barreras para la escucha

Investigador: ¿Por qué crees que no te escuchan?

AS: Creo que ahí hay una razón fundamental, y es contraponer un conocimiento científico a la experiencia, y que simplemente ellos le dan prelación a esos conocimientos científicos.

El AS valora los aprendizajes producto de dos tipos de educación, una proveniente de las actividades educativas que el MES hace de manera estructurada o no estructurada, y otra del contacto con otros AS, quienes poseen experiencias y saberes diferentes al suyo. Este último intercambio incluye una dimensión afectiva, en donde comparan sentimientos con personas que viven una situación similar, entre quienes encuentra receptividad a sus inquietudes y emociones.

Que haya un intercambio de ideas entre todos los que asistimos, tanto de los profesionales como de las madres [...] y las experiencias de otros papás son importantes”.

El Programa a mí me ha enriquecido muchísimo, porque he tenido la posibilidad de relacionarme con otras madres, con otros niños; porque veo que coincide el conocimiento que nos brindan con las experiencias de esas otras madres y esos otros niños.

Bien sea porque asiste en compañía de otros miembros de la familia, o porque comparte con ellos los conocimientos desarrollados, la diseminación de los aprendizajes a la familia es considerada por el AS como de gran importancia. Con ello, otras personas se vinculan a la crianza, lo cual a su vez genera mayor integración familiar. Además, una mejor comprensión de la crianza por parte de otros miembros de la familia hace posible un escenario más armónico y más propicio para apoyar al AS en su función de puericultor.

En este momento mi compañero se ha involucrado más para hacer los ejercicios que antes [...] a nosotros nos ha ayudado mucho, nos ayuda a que seamos más unidos, a compartir más con la niña.

La dimensión “de certificación social” se produce mediante los exámenes y pruebas realizadas

por los MES, investidos con la legitimidad para certificar el bienestar del niño, y por ende, el rol de puericultor del AS. En consecuencia, para el AS son de gran importancia la evaluación del estado nutricional mediante la toma de medidas antropométricas, la evaluación del desarrollo psicomotor (Escala Abreviada del Desarrollo) y la evaluación del estado general de salud efectuado por el médico con el examen físico. Estos le proveen referentes valiosos para mitigar sus propias dudas y enfrentar las demandas externas que se le hacen constantemente. Por lo tanto, la certificación social realizada desde el Programa constituye otro elemento central para fortalecer el criterio del AS y apoyar el desarrollo de una crianza más productiva, segura y satisfactoria.

Yo salí contenta porque la niña tenía buen peso, tenía buena talla, estaba bien, iba bien.

Uno siempre piensa: ¿bueno, mi hijo sí está creciendo lo suficiente?, ¿sí está bien? Entonces cuando ve a los otros niños también en condiciones muy similares, le brinda cierto grado de tranquilidad.

Esta dimensión de “certificación social”, de apoyo, no es comprendida por el MES quien interpreta la demanda como un estorbo para la función educativa.

MES: [...] si lo único que interesa es saber cuánto pesa y cuánto mide el niño o la niña, no es sino que pidan una cita médica que demora veinte minutos, no se tienen que quedar las dos horas aquí [...] porque [...] la parte educativa es lo más importante.

Además, el peso que el MES da al cambio del comportamiento, en oportunidades puede ir en contra de esta necesidad del AS.

AS: Mi niña tiene todos los peros [...] chupa cobija, chupa chupo, toma tetero [...] ella dijo que no era bueno [...] yo me quedé muy desanimada, mucho, mucho.”

La tercera dimensión hace referencia a la trascendencia que tiene para el AS el Programa como una oportunidad para resolver los problemas de salud que al niño se le presentan.

¿Por qué le gustó la sesión?

Imagínense que (mi niño) tenía conjuntivitis [...] y la doctora me le mandó su buena fórmula [...] La doctora me lo miró, y sí, tenía todas las venitas brotadas. ¡Esa fórmula le cayó supremamente bien!

La visión del miembro del equipo de salud (MES)

Para el MES, el Programa tiene como eje el desarrollo integral del niño, e identifica tres campos de acción que contribuyen al logro de este propósito:

la educación que se imparte al AS, la diseminación de los contenidos educativos a los demás miembros de la familia, y la detección oportuna de alteraciones del crecimiento y desarrollo (Gráfico 2).

El MES considera el proceso educativo como el campo de acción más importante para promover el desarrollo integral del niño. Es una educación dirigida a suministrar información que los educandos no tienen, con el fin de modificar las prácticas de crianza consideradas como factores de riesgo para la salud del niño. Conocimientos y recomendaciones que se imparten como verdades únicas.

MES: *Nosotros cumplimos con decirles lo que debe ser y lo que no debe ser, eso es producto de una experiencia, de investigaciones [...] pero ya ustedes son los que deciden cambiar, es la vida de sus hijos, ustedes [...] asumen la responsabilidad y las consecuencias de ello.*

La educación tiene sentido en la medida que el AS “lleve a la práctica” los conocimientos desarrollados, lo cual implica modificar las conductas consideradas por el MES como inadecuadas para el bienestar y el desarrollo del niño. Por tanto, con los conocimientos adquiridos y las recomendaciones presentadas en el Programa, el AS corrige errores en sus prácticas de crianza.

Uno genera cambios en ellas [las madres]. Definitivamente venir acá con cierta regularidad hace que ellas sí aprendan y que sí apliquen.

Al concebir que hay aprendizaje sólo en la medida en que se logra un determinado comportamiento, el MES puede manifestar sentimientos de pesimismo y frustración frente a los resultados de la educación.

Venir aquí cada tres meses y “hablan muy rico pero no aplicamos”. Entonces el que aprende y no aplica no aprendió.

[uno se siente muy mal] **cuando a las mamás no les interesa [la educación] y no sabe uno, como captar su atención para brindarles el conocimiento que ellas no tienen.**

El MES percibe que las posibilidades de cambio en los AS están relacionadas con su compromiso hacia la crianza y que algunos de éstos - madres adolescentes o trabajadoras que descargan sus responsabilidades en las abuelas del niño o en otra persona - tienen poco compromiso hacia la crianza. Estima que los aprendizajes logrados por los AS les hacen comprender mejor el desarrollo del niño y las prácticas de crianza adecuadas, con lo cual es posible que reconsideren su papel, ganen compromiso hacia su rol como puericultor, y por

ende, una mejor disposición para cambiar las prácticas de crianza.

Hay una mayor apropiación de ese papel de mamá, hay [...] un vínculo afectivo más estrecho con el niño.

El MES es consciente de las presiones y demandas que se le hacen desde el exterior al AS, y reconoce que éstas le generan dudas y angustias, exacerbadas por su falta de conocimiento, en especial en madres sin experiencia. Por esto, el conocimiento adquirido en el Programa y el aprendizaje de prácticas de crianza consideradas por el MES como correctas, le permiten al AS esclarecer dudas y disipar angustias, lo cual propicia la toma de decisiones más adecuadas.

Pero no es suficiente que el AS tenga la información y conozca las prácticas más convenientes para su hijo; para el MES es también necesario que éste pueda hacer frente a las influencias provenientes de otras personas, consideradas por el MES como negativas, en especial sus propias madres (las abuelas de los niños). De esta manera, al esclarecer las dudas e indicar las prácticas de crianza correctas, se fortalece el criterio del AS, quien así puede defender lo que se pretende desde el Programa, y lograr los comportamientos esperados.

En este sentido, se comprende el valor que el MES confiere a la diseminación de los conocimientos en el ámbito de la familia, pues se requiere que todos posean los conocimientos considerados como correctos y puedan “hablar el mismo lenguaje”, constituyendo éste el segundo campo de acción. Lo anterior es percibido por el MES como un mecanismo para la integración de la familia en torno a los propósitos del Programa y para neutralizar, en parte, las influencias perjudiciales que puedan ejercer otros miembros de la familia.

MES: [...] **es soportar las presiones que hay en el medio, ¿cierto? Son muchas: de la abuelita, la tía, la prima, y uno con la inseguridad cree que el otro sabe más. Entonces por eso es que los invitamos a que vengan con todos los acompañantes que quieran y a que pregunten mucho, para que tengan bases concretas y precisas con que tener discusiones o conversaciones con todas las personas.**

El tercer componente hace referencia a la detección oportuna de alteraciones del crecimiento y desarrollo, la cual se hace necesaria para promover la salud del niño y su desarrollo integral.

[...] **el objetivo central del Programa es detectar alteraciones del desarrollo y promover el buen trato.**

[...] **el objetivo clave es lograr que el niño este sano, [...] prevenir enfermedades.**

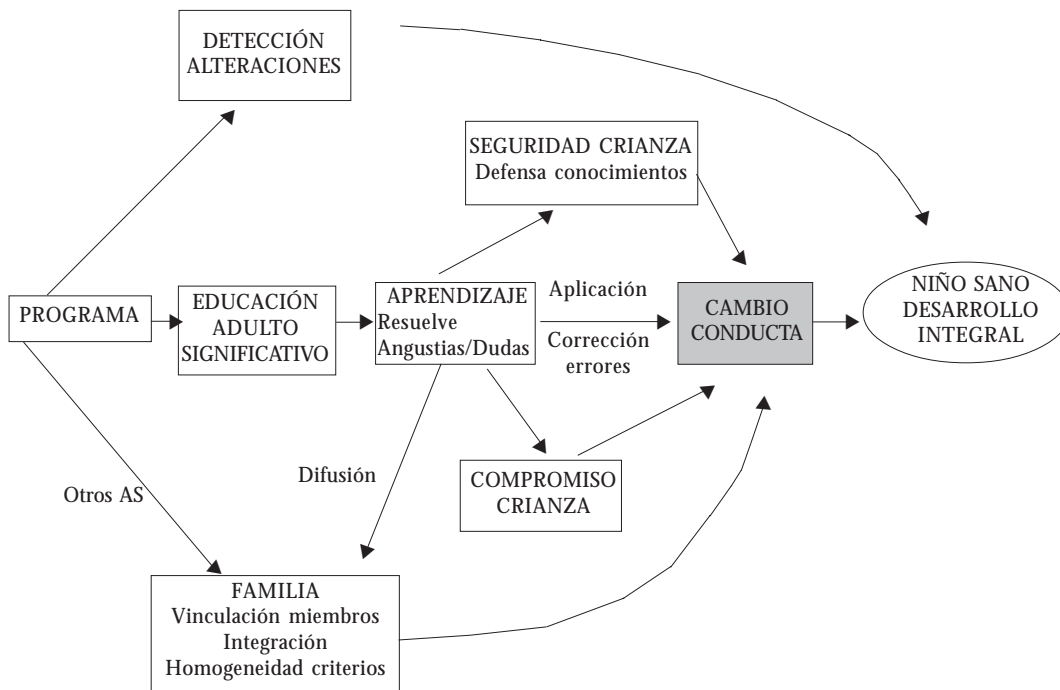


Gráfico 2. Visión del miembro equipo salud sobre el programa y sus resultados.

Discusión

La investigación permitió comprender los significados diversos que tienen, para los adultos y para los equipos de salud, el Programa y sus resultados. Las diferencias abarcan tanto divergencias en la identificación de los componentes constitutivos del Programa, como del significado que éstos tienen para cada uno de los actores. Así, se encuentra diversidad de intereses, expectativas, necesidades y formas de comprender el Programa y la realidad.

La forma de concebir el Programa constituye una diferencia central: el AS no desliga el bienestar del niño de su función de crianza, la cual realiza de acuerdo con sus características personales y sus condiciones socioeconómicas y culturales, situándose él mismo en el centro del Programa. Este hallazgo reafirma la crianza como una categoría ontológica y socio histórica que implica una reestructuración de la vida mental y social del AS para cumplir con las demandas que la sociedad y el niño le hacen³¹⁻³³. Para ello, el AS debe hacer un complejo proceso de armonización entre esas demandas ex-

ternas y sus demandas internas o deseos, en el marco de un proceso de socialización e individuación, hacia la construcción de su rol como puericultor, relacionado con su identidad como AS, como persona y como miembro de un grupo poblacional. El AS se acerca al Programa con la necesidad de realizar una crianza que cumpla con las demandas sociales de supervivencia y bienestar del niño³¹⁻³⁴, pero que también le genere reconocimiento de las personas con las cuales se relaciona, así como satisfacción personal, en la medida en que pueda llevar a cabo la crianza que valora y desea. El adulto pretende entonces recibir soporte para lograr una crianza productiva para el niño y satisfactoria para él como persona y como puericultor^{5, 35}.

Por su parte, la visión del MES expresa otros intereses y prioridades, en la medida en que centra el Programa en el bienestar del niño, con lo cual concibe la crianza - el rol del AS - como un instrumento para lograr este propósito. Esto explica que la acción educativa se dirija a transformar los comportamientos del AS, orientación consecuente con un enfoque persuasivo-motivacional de la educa-

ción para la salud, ampliamente difundido dentro del ámbito sanitario^{36, 37}.

Estas distintas visiones del programa y sus resultados reflejan dos racionalidades diferentes: una que responde a una lógica propia del pensamiento cotidiano³⁸⁻⁴⁰; la otra, a una lógica biomédica^{41,42}. La lógica del pensamiento cotidiano se orienta desde un potencial disposicional y de percepción, producto de su pertenencia a un grupo particular y configurado por un capital socio-cultural específico, esto es, por un “*habitus*” determinado^{43,44}. Desde este “*habitus*” construye su realidad y el significado de ésta, conforme a un conocimiento compartido que le permite dar sentido a su cotidianidad, un conocimiento afinado en la cultura. Es una racionalidad basada en una verdad contextual y cambiante, de acuerdo con los requerimientos y necesidades de la vida cotidiana, pues es en esencia una verdad práctica, que se valida de acuerdo al éxito que obtenga³⁸⁻⁴⁰. Por su parte, la lógica biomédica se fundamenta en una racionalidad propia de la ciencia positiva, con verdades universales, lo cual implica su invariabilidad según contextos o situaciones. Es una racionalidad fundada en el poder de la medicalización⁴⁵ y el reduccionismo científico, que reifica el modelo biomédico para la explicación de los fenómenos y lleva a disgregar y “absolutizar” un punto de vista relativo^{41, 46}. Se estructura así una relación asimétrica entre el experto – profesional del área de la salud – y el profano – paciente – al suponer la ignorancia de éste último sobre la enfermedad, ante lo cual no tiene voz⁴¹.

Estas diferencias entre los dos grupos de actores ayudan a explicar las distintas formas de concebir el Programa y sus resultados, y tienen repercusiones sobre la manera de impulsarlo y evaluarlo. Así, en la medida en que el MES identifica el desarrollo de conocimientos y el fortalecimiento del criterio del AS en función de comportamientos preestablecidos, no logra reconocer el valor que le da el AS a su crecimiento personal y al fortalecimiento de su criterio. De otro lado, supeditar el desarrollo del Programa a cambios de comportamiento preestablecidos, restringe la posibilidad de que éste responda a las necesidades y características del educando. Se evidencia así una posición unilateral del MES que tiende a excluir la voz del AS, consecuente con el modelo biomédico.

Cuando las visiones corren paralelas, sin instancias de mediación, se limitan las posibilidades para la construcción de consensos, entendidos como mínimos concertados desde los cuáles se puedan discutir las diferencias, desde un principio de respeto.

Estos resultados son coherentes con los planteamientos de Lolas⁴¹, quien señala que los pro-

gramas de salud tienen dificultades para responder a las necesidades y características del paciente, como resultado de una perspectiva biomédica que define un tipo de relaciones asimétricas. Reflejan además la complejidad de un programa que involucra tanto a madres, padres y otros adultos significativos, como a miembros de equipos de salud de diversas disciplinas, instituciones con características propias y un sistema de salud inscrito en contextos socioculturales particulares.

Así mismo, Martinic, Van Dam y Montes *et al*⁴⁷ encontraron diferencias entre las perspectivas de los distintos actores que participan en experiencias de educación, como resultado de la complejidad de las relaciones educativas y comunicativas que se establecen entre las instituciones y los participantes en los proyectos de educación popular: “tales diferencias se constatan tanto en el plano del poder como en el de las interpretaciones y saberes que circulan en el trabajo pedagógico”⁴⁷. Por su parte, Martinic destaca también cómo estos proyectos educativos trascienden lo cognitivo, permitiendo a los educandos satisfacer necesidades materiales y simbólicas de reconocimiento e integración social⁴⁷.

Conclusiones

Comprender los diferentes significados que para los actores tiene el Programa y sus resultados es fundamental para reconocer la existencia de distintas lógicas de pensamiento, potenciales disposicionales y de percepción, intereses, necesidades, aspiraciones y deseos con los cuales el adulto significativo y el miembro del equipo de salud llegan al escenario educativo. De esta manera, se hace evidente la necesidad de analizar el proceso educativo más allá del ámbito de las sesiones, lo cual implica comprender las diferentes influencias y fuerzas que afectan las relaciones, los discursos y las prácticas pedagógicas, desde posiciones críticas y de apertura.

Una comprensión más profunda de los significados requiere una escucha reflexiva y hermenéutica, capaz de relativizar la propia verdad. Al promover un ambiente comunicativo, en el cual tanto el miembro del equipo de salud como el adulto significativo puedan interactuar con sus necesidades, intereses y significados, se permite la construcción conjunta de nuevas interpretaciones³⁹ y se generan dos condiciones básicas para impulsar programas y proyectos más relevantes y productivos: primera, que las acciones respondan de manera más adecuada a las características, necesidades e intereses de los actores, y segunda, una mayor satisfacción de quienes ejecutan los programas, en la

medida en que pueden identificar y valorar otros logros observados por los adultos significativos, con lo cual se amplía su visión sobre el Programa.

De otro lado, también es necesario reconocer la relevancia de otros procesos de carácter afectivo, relacional y grupal que no son adjetivos a la dimensión cognitiva de la educación. La educación, desde una perspectiva integral, promueve, en una forma activa e intencionada, la realización de diferentes necesidades en el marco de los ambientes de aprendizaje.

De manera particular, los resultados de esta investigación llaman la atención sobre la necesidad de asumir la crianza como categoría central del Programa de Crecimiento y Desarrollo, lo cual implica tomar al adulto como sujeto, para superar posiciones reduccionistas e instrumentales que conciben la crianza como una serie de prácticas, algunas de las cuales constituyen factores de riesgo que deben ser modificadas - desde la visión unilateral del miembro del equipo de salud. Estas visiones

limitan las posibilidades de diseñar y ejecutar programas más productivos para los niños, los adultos significativos, sus familias y la sociedad en general. Así mismo, se pone de manifiesto la necesidad de darle valor a la forma en que el adulto significativo percibe la crianza y la recrea en su vida cotidiana.

Los resultados también destacan la necesidad de incorporar a la evaluación del Programa de Crecimiento y Desarrollo - y en general a la evaluación de los programas de atención a la niñez - la mirada de ambos grupos de actores, en un ambiente que propicie la comunicación, como requisito para una mejor comprensión de la realidad, punto esencial en la formulación y desarrollo de cualquier programa de promoción de la salud. Tal mirada precisa no solamente la identificación de las necesidades e intereses de los actores, de los componentes estructurales, del funcionamiento y los resultados del Programa, sino también de los significados que éstos tienen para los participantes.

Colaboradores

Los autores han colaborado igualmente en la elaboración del artículo.

Referências

1. Profamilia. Salud sexual y reproductiva: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [consultado 2006 jun]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/index_ends.htm
2. Aguirre E, Durán E. *Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Colombia: Lito Camargo; 2000.
3. Lejarraga H. *El desarrollo del niño en contexto*. Buenos Aires: Paidós; 2004.
4. Kliksberg B. *La situación social de América Latina y sus impactos sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas*. [consultado 2005 mar]. Disponible en: http://www.fcs.ucr.ac.cr/~seres/index_archivos/CEPAL-ProblemasSocialImpactoFamiliaAL.pdf
5. Peñaranda F. La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud* 2003; 1(1):209-230.
6. White B. *Los tres primeros años de vida*. Bogotá: Vergara Editores; 1990.
7. Villegas ME. La familia como espacio privilegiado para el desarrollo humano. In: Posada AD, Ramírez GH, Ramírez JF, compiladores. *El niño sano*. 3ª ed. Bogotá: Medica Panamericana; 2005. p. 357-362.
8. Correa A, Correa M, Díaz Y, Olaya A, Grisales H, Velásquez M. Detección del riesgo psicosocial en niños. Salud Integral para la infancia. *Pediatría Social*. Universidad de Antioquia, Medellín 2000-2002. *Saludarte* 2003; (10):7-23.
9. Myers R. *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993.

10. National Association for the Education of Young Children. *What are the benefits of high quality early childhood?* [brochure]. Washington, D.C.: NAEYC; 1996.
11. Lalinde M, Vargas J, Gómez L, Beleño A, Botero S, Estrada H. *Salud integral para la infancia: manual de normas técnicas y administrativas*. Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia; 1993.
12. Organización Panamericana de la Salud. *Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Declaración de Alma Ata*. 1978 [consultado 2006 jun]. Disponible en: <http://www.ops.oms.org>
13. Evans J, Myers R, Ilfeld E. *Early childhood counts. A programming guide on early childhood care for development*. Washington, D.C.: The World Bank; 2000.
14. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 0412 de 2000. Bogotá: El Ministerio; 2000.
15. Oakley P, Pratt B, Clayton A. Key elements in the evaluation of outcomes and impact. In: Oakley P, Pratt B, Clayton A, editors. *Outcomes and impact: Evaluating change in social development*. Oxford: Intrac; 1998. p. 47-78.
16. Nutbeam D. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promot Int* 1998; 13(1):27-44.
17. Swanson J, Chapman L. Dentro de la caja negra: asuntos teóricos y metodológicos en la realización de una investigación evaluativa con enfoque cualitativo. In: Morse J, compilador. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 80-111.
18. Lasky L, Brindis C. *Evaluación de programas de salud*. México: McGraw Hill Interamericana; 1997.
19. Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson; 1987.
20. Escudero T. *Desde los tests hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación*. [consultado 2005 mar]. Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v9n1/RELIEVEv9n1_1.htm
21. Stufflebeam, D. Alternative approaches to educational evaluation. A self-study guide for educators. In: Popham WJ, editor. *Evaluation in education. Current applications*. Berkeley: Mc Cutchan; 1974. p. 98-143.
22. Scriven M. Evaluation perspectives and procedures. In: Popham WJ, editor. *Evaluation in education. Current applications*. Berkeley: McCutchan; 1974.3-93.
23. LeCompte M. *Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas* [consultado 2005 mar]. Disponible en: <http://www.uv.es/RELIEVE/v1/RELIEVEv1n1.htm>
24. Lincon Y, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 2000. p. 163-188.
25. Stake R. Case Studies. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 2000. p. 435-454.
26. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
27. Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. In: Bohannan P, Glazer M, compiladores. *Antropología: lecturas*. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
28. Gadamer HG. *Verdad y método II*. Salamanca: Sígueme; 1992.
29. Coffey A, Atkinson P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
30. Davis D, Dood J. Qualitative research and question of rigor. *Qual Health Res* 1997;12(2):279-289.
31. Stern D. *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.
32. Badinter E. *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós; 1991.
33. Burin M. Ámbito familiar y construcción de género. In: Burin M, Meler I, compiladores. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós; 1998.
34. Meler I. Parentalidad. In: Burin M, Meler I, compiladores. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós; 1998.
35. Bettelheim B. *No hay padres perfectos. El arte de educar a los hijos sin angustias ni complejos*. 3^a ed. México: Grijalbo; 1989.
36. Salleras L. *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
37. Serrano M. *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
38. Heller A. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península; 1977.
39. Martinic S. Saber popular. In: Mariño G. *Del mesianismo y el populismo al diálogo de saberes*. Bogotá: Dimensión Educativa; 1990. p. 51-80.
40. León E. *Usos y discursos teóricos sobre la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos; 1999
41. Lolás F. *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile: Andrés Bello; 1997.
42. Chauvenet A. Biología y gestión de los cuerpos. In: Achard P. *Discurso biológico y orden social*. México: Editorial Nueva Imag; 1980. p. 9-14.
43. Bourdieu P, Passeron JC. *La reproducción. elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. 3^a ed. México D.F.: Distribuciones Fontamara S.A.; 1998.
44. Bourdieu P. *Capital cultural, escuela y espacio social*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores S. A.; 1998.
45. Foucault M. Historia de la medicalización. *EduMed Salud* 1977; 11(1):3-25.
46. Berger P, Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1968.
47. Martinic S. La construcción dialógica de saberes en contexto de educación popular. *Aportes* 1996; 46:64-82.

Artigo apresentado em 22/03/2007
Aprovado em 14/11/2007