

Referencia para citar este artículo: Moreno-Zavaleta, M. T. & Granada-Echeverri, P. (2014). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 121-139.

Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil*

MARÍA TERESA MORENO- ZAVALA**

Consultora en Desarrollo Infantil, Unicef, Lima, Perú.

PATRICIA GRANADA- ECHEVERRI***

Profesora Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.

Artículo recibido en diciembre 7 de 2012; artículo aceptado en mayo 25 de 2013 (Eds.)

• **Resumen (analítico):** *El estudio identifica y analiza las interacciones vinculares existentes en el sistema de cuidado infantil de niños con y sin desnutrición crónica en un mismo contexto de pobreza. Este es un estudio multimétodo, basado en información de campo recopilada y en una construcción teórica que emergió a partir de los resultados obtenidos, ampliando el marco conceptual de la desnutrición infantil. La constelación y gestión del cuidado son dos categorías emergentes, que contribuyen a comprender que en los diferentes escenarios donde transitan los niños hay diversos cuidadores que varían en calidad, permanencia y coherencia repercutiendo esta situación en su estado nutricional. Si bien las mujeres se constituyen en las gestoras principales del cuidado, no son ellas las únicas responsables del cuidado y por ello se recomienda fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario.*

Palabras clave: (Tesauro de Ciencias Sociales de la Unesco): infancia, cuidado, vínculo familiar, nutrición, desarrollo infantil, desnutrición, pobreza, relaciones interpersonales, familia, redes sociales, desarrollo afectivo. (Tesauro Isoc de Psicología): vínculo afectivo, interacción social, relaciones padres-hijos, desarrollo infantil, primera infancia.

Binding interactions in the childcare system

• **Abstract (analytical):** *the study identifies and analyzes the binding interactions existing in the childcare system of children with or without chronic malnutrition in the same context of poverty.*

This is a multi-method study, based on the field information collected and on a theoretical construction that arose from the results obtained, broadening thus the conceptual framework of child malnutrition. The constellation and management of care are two emerging categories that contribute to understanding the fact that there are different care-givers in the different scenarios where the children are that vary in terms of quality, permanence and coherence and this situation has an impact on their nutritional condition. Although women are the main care-givers, they are not the only people

* Este artículo de investigación científica y tecnológica es una síntesis de la investigación realizada por la autora para optar el título de Doctora en Ciencias Sociales Niñez y Juventud, del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde, Colombia. Realizada entre Diciembre del 2009 y el 22 de octubre del 2012.

** Educadora y nutricionista graduada en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Magíster en Gestión Ambiental y Desarrollo, otorgado por Flasco, Ecuador. Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde. Correo electrónico: mariatnz@yahoo.es

*** Magíster en Desarrollo Educativo y Social de la Universidad Pedagógica Nacional, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde. Docente Investigadora de la Universidad Tecnológica de Pereira. Correo electrónico: patygranada@gmail.com



responsible for childcare; therefore, it is recommendable for the family and community support networks to be strengthened.

Keywords: (Unesco Social Sciences Thesaurus): childhood, care, family bonds, nutrition, child development, malnutrition, poverty, interpersonal relations, family, social networks, affective development. (Thesaurus Isoc on Psychology): affective bond, social interaction, parent-children relations, child development, early childhood.

Interações vinculares no sistema de cuidado infantil

• **Resumo (analítico):** O estudo identifica e analisa as interações de vínculo existentes no sistema de cuidado infantil de crianças com e sem desnutrição crônica no Centro Poblado Mi Peru, localizado no município de Ventanilla, Região Callao - Peru, localizado no estrato 1 de pobreza extrema, segundo o SISFOH.

Partindo de um estudo multi-métodos, baseado nas informações de campo coletadas e numa construção teórica que emergiu da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos, procurou-se aprofundar a compreensão social da relação vincular entre mãe e filho, as práticas de cuidado e o estado nutricional, identificando diversos cenários em que a criança transita desde a gravidez. A constelação e gestão do cuidado são duas categorias emergentes que contribuem para o referencial conceitual das políticas públicas na primeira infância.

Pavras-chave: (Tesouro de Ciências Sociais da Unesco): infância, cuidado, vínculo familiar, nutrição, desenvolvimento infantil, desnutrição, pobreza, relações interpessoais, família, redes sociais, desenvolvimento afetivo. (Tesouro Isoc de Psicologia): vínculo afetivo, interação social, relaciones pais-filhos, desenvolvimento infantil, primeira infância.

-1. Introducción. - 2. Marco teórico. -3. Metodología. -4. Descripción de textos y contextos. -5. Interpretación de resultados. -6. Construcción Teórica. -7. Conclusiones y recomendaciones. Lista de Referencias.

1. Introducción

El desarrollo infantil temprano se ha transformado en un punto sociopolítico de urgencia, debido al deterioro manifiesto en las estructuras de crianza tradicionales, o sea, en los núcleos familiares. Primero por la industrialización, y luego por los cambios de la producción agraria que generan migraciones hacia los centros urbanos con el consiguiente desarraigo tanto familiar como cultural.

Actualmente las intervenciones realizadas para la reducción de la desnutrición crónica (DC), se implementan según el modelo causal de Unicef ideado por Urban Jhonson. Este modelo causal, si bien da una mirada de las múltiples variables atribuibles al problema, directa o indirectamente se queda en una perspectiva de causa-efecto, limitando la comprensión real del problema, su complejidad y el soporte en el sistema de cuidado que va surgiendo según el contexto de cada familia.

Al inicio en el estudio centramos nuestra atención en la diada madre/niño o niña; sin embargo, en el hogar encontramos que no existe un solo sujeto cuidador, sino que existe una constelación de cuidadores y cuidadoras que de una u otra manera se encargan de la atención del niño o niña; asimismo, las prácticas de cuidado no son prácticas aisladas sino que están ligadas a un sistema de cuidado que tiene diversos matices, de acuerdo con las capacidades de gestión del sujeto cuidador principal.

En el marco teórico hacemos una revisión de los procesos de interacción afectiva en el niño o niña y la persona adulta que lo cuida. El análisis del contexto amplía los referentes teóricos, ahondando en las teorías actuales sobre las relaciones vinculares con el entorno y los recursos existentes.

Por otro lado, la sensibilidad del indicador de crecimiento (Talla/Edad), permite reconocer que el problema nutricional no siempre es identificado a tiempo, y por ello los procesos

de intervención se inician demasiado tarde para revertir la situación nutricional, y en otros casos dificultan la mejora del estado nutricional de los niños y niñas con DC.

La lectura de las narrativas de cada uno de los niños y niñas del estudio nos permitió conocer de cerca las particularidades de cada quien y las formas como las familias y los sujetos cuidadores principales actúan para ofrecer condiciones para su crecimiento y desarrollo.

A su vez, pudimos comprender cómo en condiciones de pobreza, los servicios y programas públicos influyen en la gestión del cuidado; por un lado, pueden ser un complemento del cuidado, pero por otro pueden ser un obstáculo para ello; si esto es analizado por los sujetos profesionales y técnicos que trabajaban en la disminución de la desnutrición infantil, les será más fácil adecuar sus intervenciones incorporando las interacciones vinculares que se establecen dentro de la familia y con los actores del entorno.

La investigación da elementos clave para una intervención individualizada, en donde el análisis del sistema del cuidado y los vínculos que se establecen en dicho sistema son fundamentales para la prevención de la desnutrición crónica temprana.

2. Marco teórico

La desnutrición crónica es definida por la OMS (2004), como longitud/talla para la edad menor a -2 DE (desviación estándar) de la mediana de la población de referencia, y refleja la falla del crecimiento adecuado en longitud/talla en relación con la edad.

En la década de los noventa, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), teniendo en cuenta que la desnutrición infantil constituye un fenómeno multifactorial originado por factores diversos e interrelacionados, propuso como parte de la Estrategia Mundial de Unicef sobre alimentación y nutrición, un marco conceptual para analizar causas o factores asociados a la desnutrición infantil (Unicef, 1990). Este modelo conceptual utilizado por el Estado peruano para comprender los factores causales de la desnutrición crónica,

describe comprehensivamente los fenómenos relacionados con el problema nutricional, y los organiza por niveles de proximidad causal, sin perder capacidad explicativa y sencillez. El modelo incluye el cuidado materno-infantil inadecuado como una de las tres causas subyacentes, siendo las otras dos una seguridad alimentaria familiar insuficiente, y unos servicios de salud insuficientes.

Ampliando el Modelo Causal de Unicef, las investigaciones nos demuestran que la calidad de los ambientes inmediatos en los cuales los niños y niñas crecen, se desarrollan y aprenden, tiene un impacto en su crecimiento y desarrollo (Brazelton & Greenspan, 2000, Greenough, Gunnar, Emde, Massinga & Shonkoff, 2001). Shonkoff (2003) señala que

(...) el ingrediente activo del ambiente, que está determinando el crecimiento y desarrollo del niño, es la calidad de las relaciones que los niños tienen con los adultos importantes en sus vidas. Esta es la base más importante en su ambiente.

Unicef sugiere además un modelo de trabajo, propuesto por Engle, Lhotska y Armstrong (1997), denominado modelo transaccional de cuidado. Este modelo argumenta que los resultados o efectos de las características de los niños y niñas son una función de una larga serie de interacciones mutuas, o transacciones, entre el niño o niña en desarrollo y el sujeto cuidador, y que estas interacciones siguen cambiando constantemente con los cambios en el estado de desarrollo del niño o niña.

Este modelo ilustra los diferentes caminos en los que la relación afectiva niño o niña - cuidador o cuidadora, y las conductas de cuidado resultantes, pueden influir en el crecimiento, en el desarrollo cognitivo y psicosocial, en la ingesta alimentaria y en el estado de salud, y cómo el crecimiento y el desarrollo del niño o niña pueden influir, a su vez, en el cuidado y en la relación afectiva.

Existe consenso en que el rol de los padres y de las madres en los primeros aprendizajes de sus hijos e hijas es de vital importancia (Bradley, Caldwell, Rock, Barnard, Gray, Hammond & Johnson, 1989, Bronfenbrenner, 1979a), y hay quienes sostienen que este rol puede aprenderse, y por lo tanto perfeccionarse, de manera de tener

mayor efectividad al promover en sus niños y niñas un buen desarrollo, especialmente en los primeros años de vida.

Si los niños y niñas afectados por desnutrición continúan expuestos a condiciones ambientales que no satisfacen necesidades básicas, el rezago continuará durante la época escolar. Sin embargo, si estos niños y niñas desnutridos durante sus dos o tres primeros años de vida, reciben cuidados que satisfacen sus necesidades básicas, entonces su desarrollo mental puede rehabilitarse significativamente (Pollitt, 2002).

La comprensión del sistema de cuidado ha tomado como referencia la teoría ecológica del desarrollo de Bronfenbrenner, (1985), y considera la noción de cuidado utilizada en el campo de la enfermería por Watson, (1979), quien define el cuidar como un proceso interconectado e intersubjetivo de sensaciones compartidas entre la enfermera o enfermero y su paciente; este concepto se amplía con Barudy y Dantagnan (2005), quien nos dice que “somos una especie afectuosa y cuidadora”; los seres humanos tenemos una capacidad biológica para percibir situaciones de demandas; esta capacidad está presente en el ser humano, es innata, pero la forma de cuidar es lo que se aprende en la relación con otros. Las formas de cuidado recibidas sobre todo durante nuestros primeros años quedan impregnadas en los seres humanos; si hemos sido cuidados con delicadeza, ternura y esmero, probablemente también desarrollemos estas mismas cualidades para cuidar a otro.

Las interacciones vinculares se definen como los actos comunicacionales y dialécticos entre dos sujetos que están presentes en el sistema de cuidado infantil, es decir, las relaciones vinculares existentes entre los cuidadores o cuidadoras y los niños o niñas en sus diversos escenarios y entre sujetos cuidadores.

Señalaremos diversas teorías que han abordado el tema: por una parte, se encuentran las teorías psicoanalíticas que explican cómo se dan dichas relaciones con las figuras de apego y con los sujetos adultos significativos, así como otras teorías que pretenden ir incorporando otras disciplinas, tales como la eto-eco-antropología,

que concibe al ser humano como resultante de la evolución biológica y cultural.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, surge el concepto de vínculo afectivo, que se refiere a la relación afectiva que se establece en la infancia con las personas cuidadoras, y que proporciona el prototipo de las relaciones afectivas en etapas posteriores a través de representaciones que los niños y niñas van formando, y que incluyen tanto los recuerdos de la relación, como el concepto de la figura de apego y de sí mismo y las expectativas sobre la propia relación. Estas representaciones han sido denominadas *modelos internos activos* (Bowlby, 1988).

Según Spitz (1985), los procesos de vínculo afectivo se van dando a través de la creación de lazos entre padres y madres e hijos o hijas, y dependen de comportamientos de apego que se forman fundamentalmente en el primer año de vida y que son necesarios durante el resto de la existencia.

Lo fundamental en el contacto humano es la percepción del otro y el reconocimiento de que somos percibidos y percibimos al resto. La accesibilidad al otro, el entendimiento mutuo, es lo que Vigotsky (1986) llamó intersubjetividad. El desarrollo se produce en la intersubjetividad, en la interacción de objetos mediáticos recurrentes que consideran al otro.

La madre sostiene, mantiene y contiene al bebé, que elabora a partir de esa contención un sentimiento de confianza y seguridad (vinculación afectiva) y que le aporta, además de bienestar y tranquilidad, una primera definición o referencia sensible de sí mismo (Ajuriaguerra, 1983).

La sensibilidad materna es una habilidad de la madre para percibir e interpretar correctamente las señales y comunicaciones implícitas en la conducta del niño o niña, y de acuerdo con ese entendimiento responder a ellas de un modo apropiado y sin demora (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974).

En sus investigaciones, Lecannelier (2006) concluye que el apego es un proceso, no una situación o evento específico; el vínculo de apego es la propensión innata de los seres humanos a establecer intensas relaciones afectivas y duraderas con una figura cercana que

otorgue seguridad y protección en momentos de estrés y vulnerabilidad.

Pichón-Rivière (2000) considera al sujeto como emergente de un sistema vincular, a partir del interjuego entre necesidad y satisfacción. Conceptualiza este interjuego (necesidad/satisfacción), entre causas internas y externas que operan en la constitución del sujeto en términos de dialéctica entre el sujeto y la trama vincular en que las necesidades cumplen su destino vincular, gratificándose o frustrándose. El vínculo es, para Pichón-Rivière, “una estructura compleja” por varias razones, y la primera es que hay más de dos elementos en juego. De hecho se trata de una estructura triangular, es decir, hay un tercero en juego en la relación sujeto a sujeto; “... el gran tercero de todo vínculo es la cultura”.

La aproximación eco-eto-antropológica de los vínculos pretende comprender cómo el ser humano es producto y productor de su ecosistema, en complejos procesos interaccionales que integran el *ethos* (cognición y comunicación), el *oïkos* (la ecología) y sus variadas formas de organización familiar y social (socio-antropología), Hernández (2010).

3. Metodología

Participantes

Los sujetos participantes del estudio fueron 10 diadas de madres y niños o niñas

entre los 18 y los 24 meses de edad, cinco con desnutrición crónica [DC] y cinco sin DC, de un Asentamiento Humano perteneciente al distrito de Ventanilla-Callao (Perú), y en condición de extrema pobreza, según el Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh). La población elegida tiene acceso a los servicios de salud y a infraestructura sanitaria de agua.

Excluimos aquellas madres con hijos o hijas con bajo peso al nacer (inferior a 1500 gramos), y a quienes presentan enfermedades crónicas (cardiopatías congénitas, enfermedad renal, parálisis cerebral y alteraciones neurológicas), diagnósticos que pudieran asociarse con el deterioro del estado nutricional.

Otros Participantes (informantes clave): Entre ellos se encuentran los miembros de la familia encargados del cuidado del niño o niña, además de la propia madre, el padre, la abuela materna, las tías, entre otros. También encontramos a miembros de la comunidad, tales como la vecina, la madre cuidadora del Wawa Wasi, y promotoras de los programas sociales. En la Tabla 1 mostramos la composición de los casos estudiados.

Tabla 1: Composición de población del estudio. Elaborado por María Teresa Moreno-Zavaleta

Información básica	HC con desnutrición crónica	HC sin desnutrición crónica
Número de niños y niñas por sexo	4 varones 1 mujer	3 varones 2 mujeres
Edad promedio que inicial el estudio	15 a 16 meses	16 a 17 meses
Edad de la madre al inicio del estudio	1 adolescentes 4 mayores de 20 años	3 adolescentes 2 mayores de 20 años
Personas que viven en el hogar	Adultos: entre 2 a 4 Niños: entre 1 a 4	Adultos: entre 2 a 6 Niños: entre 1 a 5
Nivel SISFOH	1	2

Instrumentos

Diseñamos una entrevista a profundidad a fin de conocer las historias de vida de las familias en relación con el cuidado infantil.

Realizamos observaciones a las familias durante el cuidado, sobretodo en el momento en que alimentaban a los niños o niñas; asimismo, observamos la atención de los servicios de salud, así como el que realizan las madres cuidadoras en el servicio Wawa Wasi.

Igualmente revisamos fuentes documentales, tarjetas de crecimiento y desarrollo, historias clínicas, ficha Sisfoh, información del Sistema Wawanet.

Procedimiento

Como parte de la organización de la exploración, consideramos establecer 3 momentos en el proceso investigativo:

Momento 1: Descriptivo

- Descripción del contexto, escenarios, recursos, relaciones.

- Descripción de textos: narrativas, HC, curvas de crecimiento, documentos.

Momento 2: Interpretativo

Consta de dos niveles de análisis:

- **Primer nivel:** Relación entre el contexto y el texto en cada uno de los escenarios

a) Interacción de la madre o el sujeto cuidador con el niño o niña durante los momentos de cuidado

Para una mejor comprensión de las interacciones entre la madre o el sujeto cuidador principal con el niño o niña, analizamos, a partir de las narrativas, dichas interacciones en cinco momentos de cuidado: la gestación, el nacimiento, la lactancia, la alimentación complementaria y el juego. En la Tabla 2 presentamos las principales variables y características observadas, relacionadas con las formas de interacción y con las prácticas de cuidado.

Tabla 2: Matriz de Interacción entre Variables y Momentos de Cuidado, elaborada por María Teresa Moreno- Zavaleta

MOMENTOS DE CUIDADO					
Variables	Gestación	Nacimiento	Lactancia	Alimentación complementaria	Juego
Práctica de cuidado	Asistencia a los controles prenatales. Comer bien.	Atención al RN y a la madre por el servicio de salud.	Inicio exclusividad. Destete.	Cantidad calidad consistencia frecuencia. Lugar para comer. Rutinas.	Espacio físico para el juego.
Interacciones	Aceptación del embarazo. Quién le habla al bebé. Quién conversa con la gestante. Acariciar el vientre. Tensiones.	Contacto piel a piel. Compañía durante el parto. Tensiones.	Quién da de lactar. Contacto físico madre-hijo. Atención a la demanda. Tensiones.	Quién o quienes dan de comer. Cómo dar de comer. Proximidad. Tiempo. Tensiones.	Quién o quiénes juegan con el niño. Cómo juegan.

b) El papel del sujeto cuidador en el sistema del cuidado entre escenarios del contexto

Las narrativas nos permitieron identificar que cada niño o niña tiene diferentes escenarios de cuidado, en los cuales el niño o la niña reciben atenciones, ya sea de la familia, de otros cuidadores o cuidadoras de su comunidad, o de programas y servicios públicos existentes en la zona.

Estos escenarios están relacionados con la actividad que realiza la madre, con el tamaño de la familia y con la disposición de otros sujetos cuidadores y servicios de cuidado diurno en la comunidad. La Tabla 3 resume las variables y los escenarios identificados, los sujetos responsables del cuidado del niño o niña en cada escenario, y las relaciones entre estos.

Tabla 3: Matriz de clasificación de Variables y Escenarios de Cuidado elaborada por María Teresa Moreno-Zavaleta

ESCENARIOS DE CUIDADO				
Variables	Familia	Comunidad	Servicio de salud	Políticas públicas
Identificación del cuidador	Mamá, abuela o papá u otros miembros del hogar.	Promotoras de programas sociales Madre cuidadora del wawa wasi. Promotoras de ONG Visión Mundial.	Obstetrices. Enfermeras. Médicos. Técnicos en enfermería.	Ministerio de la mujer. Ministerio de salud. Ministerio de educación. Ministerio de trabajo.
Interacciones	De los miembros de la familia hacia el niño.	De los actores comunitarios hacia el niño.	Del personal de salud hacia el cuidador principal.	Del Estado hacia el cuidador principal.
	De la familia hacia el cuidador principal.	De los actores comunitarios hacia el cuidador principal.	Del personal de salud hacia el cuidador principal.	Del Estado hacia el cuidador principal.
	Del cuidador principal hacia la familia	Del cuidador principal hacia los actores comunitarios.	Del cuidador principal hacia el personal de salud.	Del cuidador principal hacia el Estado.

• **Segundo nivel:** relaciones entre los puentes interpretativos

A partir de cada uno de los actores y escenarios presentes hemos graficado el sistema de cuidado adaptado al modelo de Bronfenbrenner (1979b).

El Gráfico 1, muestra cómo se conforma el sistema del cuidado, la identificación de los diferentes cuidadores y cuidadoras, los actores involucrados en el cuidado del niño o niña. Así mismo, el niño o niña puede pertenecer por un tiempo a un programa de cuidado infantil, y luego salir de su lista de participantes.





Gráfico 1: Modelo de interacción multidimensional del sistema de cuidado infantil. Elaborado por María Teresa Moreno- Zavaleta para el estudio con base en el modelo de Urie Bronfenbrenner

Momento 3: Construcción Teórica

El análisis de los resultados permite el surgimiento de dos categorías: por un lado, conoceremos la constelación de cuidado que nos introduce a la estructura de las redes de cuidado que se forman de acuerdo con las características de cada uno de los casos estudiados. Luego, conoceremos cómo funcionan estas redes, la interacción existente entre los componentes de las redes y el liderazgo que ejerce el gestor o gestora del cuidado para su funcionamiento.

4. Resultados de la descripción de textos y contextos

Una parte de los primeros hallazgos que surgen de la aplicación y análisis de los instrumentos de investigación, ha abonado la configuración de otros 3 grandes escenarios en el sistema de cuidados.

Escenario Familia y Comunidad

- La madre es la cuidadora principal del niño o niña, y son las mujeres las que apoyan ese cuidado en la familia y en la comunidad.
- Las prácticas del cuidado son condicionadas por los recursos y la información existente: A pesar de conocer

lo que “debe hacer”, “se hace lo que se puede”.

- Las prácticas de cuidado varían en la interacción e intensidad entre el cuidador y el niño o niña; la falta de tiempo limita la calidad de la interacción y del cuidado.

Escenario Servicios públicos

- Dificultades en la gestión de la información y seguimiento del estado nutricional de los niños y niñas, que limita la toma de decisiones oportunas del personal de salud.
- La permanencia de una misma madre cuidadora en el Wawa Wasi y la calidad del programa, permite que los niños y niñas que permanecen periodos largos mejoren su estado nutricional y adquieran autonomía en su propio cuidado.
- Las madres reciben información del personal de salud; sin embargo, esta información no les es útil, sobretodo cuando el cuidado del niño o niña está a cargo de múltiples sujetos cuidadores.

Escenario de Políticas Públicas

- Los servicios públicos enfocan su intervención en el cumplimiento de metas, mas no en la calidad de los servicios.

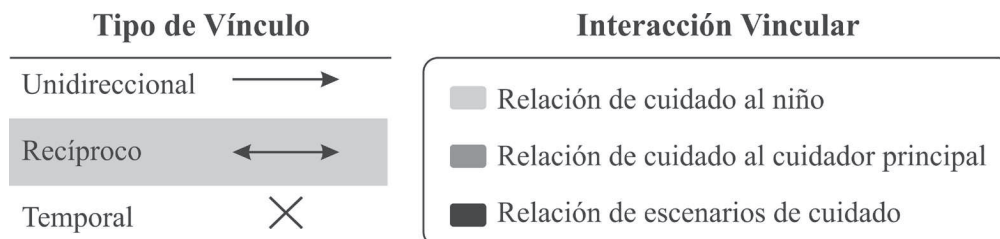
- La falta de articulación entre los servicios públicos crea confusión y desconfianza a la madre, debido a las diferencias en la información que dan a las madres sobre el estado nutricional de sus hijos o hijas.
- Reconocer la existencia de diversas formas de redes de apoyo para el cuidado del niño o niña, y muy pocas redes para el cuidado de quien cuida.
- A pesar de la existencia de políticas públicas nacionales -en algunos casos son declarativas ausentes en la práctica-,

la mayoría enfocan su intervención solo en la madre.

5. Interpretación de resultados

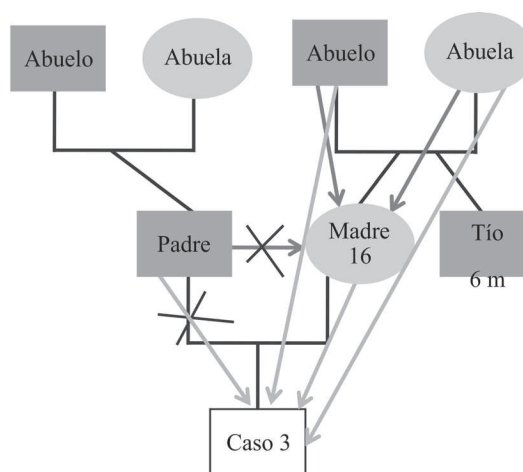
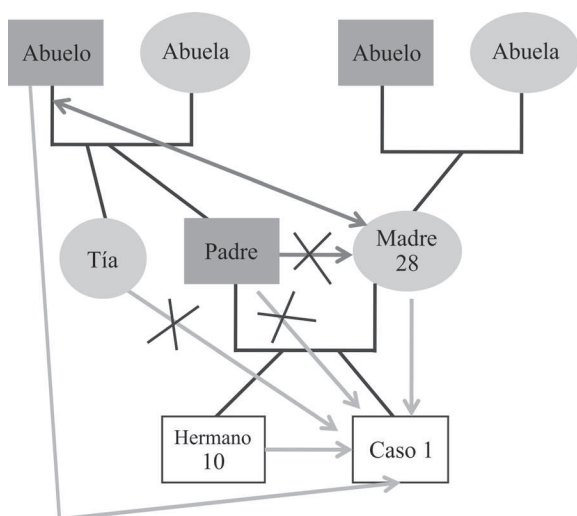
Realizamos la interpretación de resultados a partir del análisis de las narrativas de los diez casos estudiados, y para una mejor comprensión del sistema de cuidado fuimos graficando las relaciones existentes en cada familia; para ello utilizamos flechas de colores a fin de conocer el tipo de relación, así como su temporalidad o no.

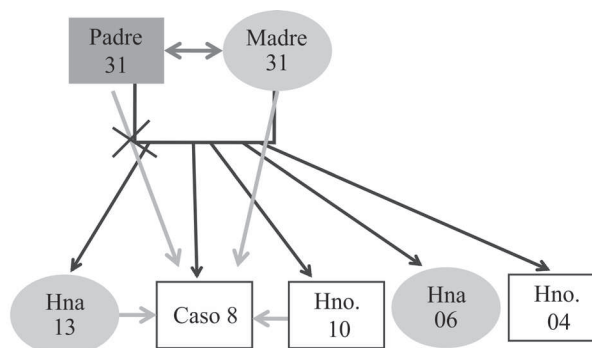
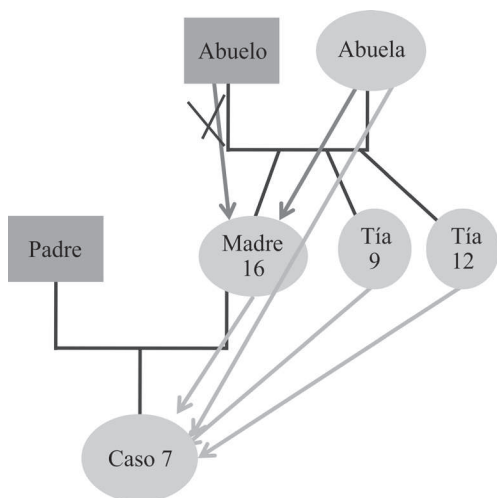
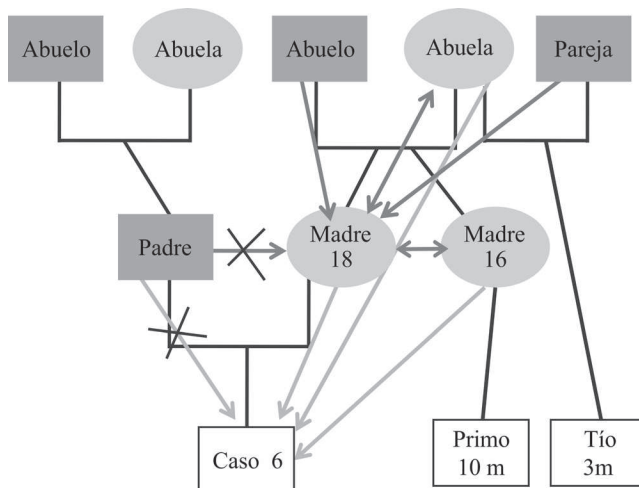
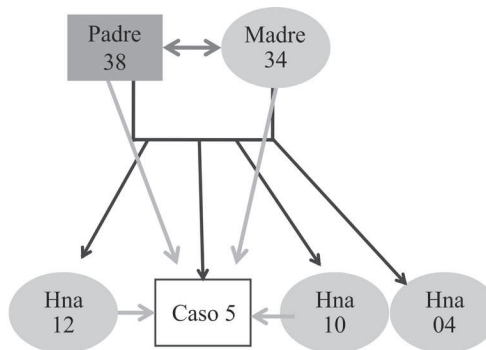
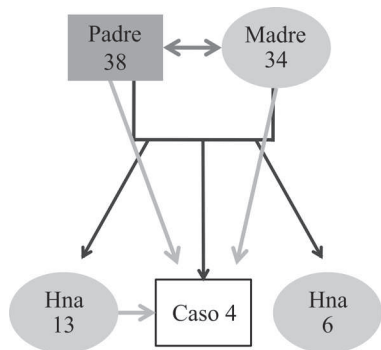
Gráfico 2: Leyenda de símbolos. Elaborada por María Teresa Moreno Zavaleta.



Utilizando el sistema de símbolos obtuvimos las relaciones vinculares al interior

de cada una de las familias de los niños y niñas con DC y sin DC.





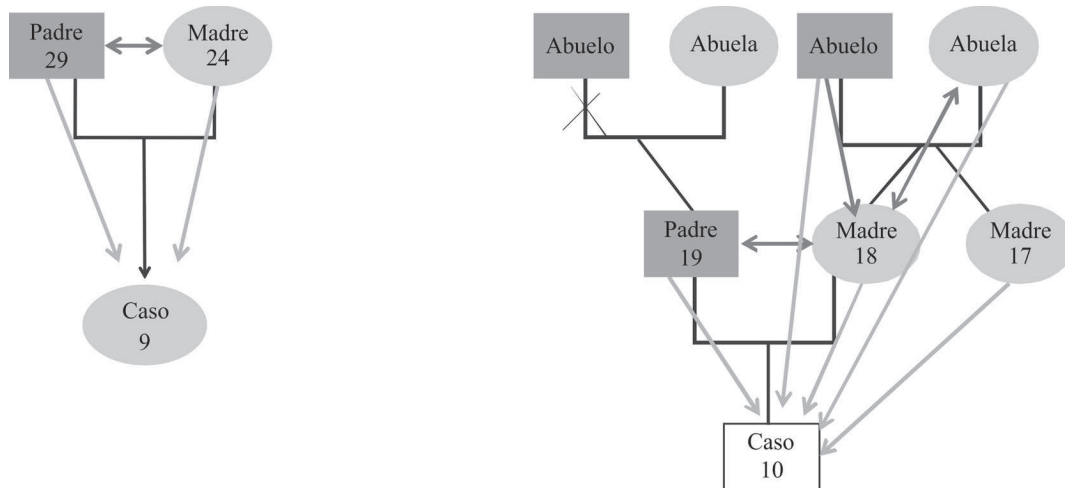


Gráfico 3. Sistema de cuidado infantil de cada familia, niños y niñas con DC y sin DC. Elaborado por María Teresa Moreno-Zavaleta.

Seguidamente construimos los escenarios de cuidado para relacionarlos entre sí.

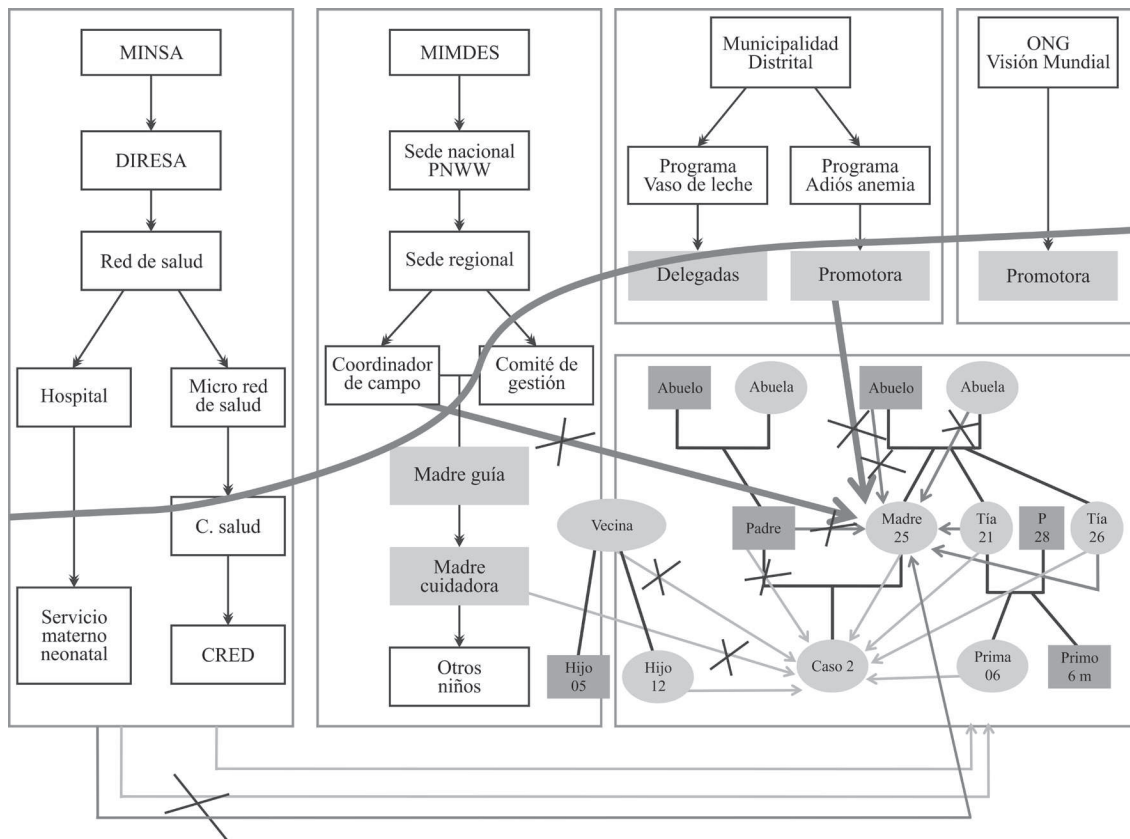


Gráfico 3. Caso 2, Bibiana. Elaborado para el estudio por María Teresa Moreno-Zavaleta

En la mayoría de los casos aparecen los mismos escenarios de cuidado, a excepción de un caso que, en vez de contar con el servicio de salud público, cuenta con el servicio de Es Salud, un seguro de salud que generalmente lo tienen las familias cuyos padres y madres trabajan en el sector público.

A partir de la construcción de éstos gráficos pudimos identificar cómo está compuesto el sistema de cuidado infantil de cada uno de los casos estudiados, y cómo se realizan las interacciones vinculares dentro de dicho sistema.

6. Construcción Teórica

La constelación del cuidado

La investigación permitió definir la constelación del cuidado como un conjunto de actores involucrados en el cuidado infantil, que interactúan entre sí; su permanencia y continuidad es fundamental para fortalecer las interacciones vinculares.

La constelación del cuidado es la estructura del sistema de cuidado en los que se tejen vínculos y se identifican rupturas que requieren ser sustituidas para mantener el sistema de cuidado.

Características de la constelación de cuidado:

- Características del sujeto cuidador en relación con los vínculos que establece
- Permanencia y continuidad del sujeto cuidador
- Respuesta oportuna o tardía a la demanda
- Relación Privilegiada o no con el niño o niña
- Fragilidad del vínculo
- Fragmentación del vínculo
- Diversidad del cuidado
- Coherencia entre sujetos cuidadores
- Calidad del cuidado

En cuanto a las condiciones del sujeto cuidador, se identifica la constante búsqueda de apoyo por parte de la madre. La constelación del cuidado, como lo vimos gráficamente, no sólo abarca la relación del cuidado con el niño o niña, sino que a su vez se convierte en una red de apoyo al sujeto adulto cuidador. En los

gráficos se observa no se observa la ausencia permanente de un cuidador adulto porque siempre hay alguien que está al cuidado del niño, sin embargo este alguien no siempre es la figura de apego, lo que nos indica que el niño cuenta con una red de apoyo o con múltiples figuras de apego.

Otro aspecto clave es el cuidado entre pares, es decir, cuando la madre siente que comparte la misma situación con otras madres, por tanto siente que no es la única que enfrenta dificultades en el cuidado de su hijo o hija. Los grupos de ayuda entre pares son espacios valiosos para promover el cuidado entre madres, sobre todo cuando son primerizas. En el estudio no encontramos grupos de apoyo formalmente constituidos, sino personas del entorno, sobre todo las hermanas que se convertían en el apoyo de la madre.

La construcción de una red de cuidado puede tener diversos matices; esto va a depender de la oferta existente cercana a la madre, por un lado de la misma familia, de los amigos, amigas, vecinas o vecinos, o por los centros de cuidado que ofrece el Estado a través del Wawa Wasi.

Los casos estudiados nos permiten comprender que una red de cuidadores y cuidadoras es una gran ayuda para la madre, pero también puede convertirse en un obstáculo si no hay coherencia en el cuidado, es decir, si los sujetos cuidadores externos desconocen las normas o prácticas mínimas de atención a los niños y niñas. Durante las visitas a los cuidadores y cuidadoras externos a la familia de la madre (por ejemplo, en el caso de la vecina), observamos dificultades para relacionarse con el niño o niña y lograr establecer rutinas para ejercer las prácticas de alimentación, tanto por el tiempo, por los espacios designados y por la empatía entre el niño o niña y el sujeto cuidador.

Con base en el estudio hemos encontrado tres tipos de situaciones que responden a la configuración del sistema de cuidado. Estos son: la fragilidad del cuidado, la fragmentación y la diversidad del cuidado.

La fragilidad del cuidado se refiere a las situaciones concretas y particulares donde la madre tiene el apoyo práctico de alguien que cuida a su hijo o hija, sin embargo, este

cuidado -no siempre- está acompañado con un apoyo emocional que la respalda y fortalece en su rol de madre. El apoyo de otros cuidadores y cuidadoras suele ser un alivio para la madre, porque sabe que tiene con quien dejar a su hijo o hija, pero a su vez le genera sentimientos de culpa y cuestiona su rol de cuidadora principal. Aunado a ello, el estado nutricional del niño o niña incrementa la preocupación de la madre, que se siente confundida porque el personal de salud le hace sentir que no es capaz de asumir el cuidado de manera efectiva.

La otra situación encontrada, llamada fragmentación del cuidado, nos habla de la débil comunicación entre los sujetos cuidadores, lo que genera un sistema de cuidado incoherente e inestable para el niño o niña, con formas de crianza que pueden ser diferentes y hasta contradictorias con base en las características personales de los cuidadores y cuidadoras: costumbres, creencias, edad, información que tenga el cuidador o cuidadora, entre otras.

La diversidad del cuidado, entendida por un conjunto de sujetos cuidadores que están a cargo del cuidado del niño o niña, puede ser para estos una riqueza de experiencias y de diferentes formas de adaptación con cada cuidador o cuidadora, pero a la vez puede ser sobreestimulante, generando un estrés en su comportamiento porque, lejos de generar seguridad, lo puede angustiar. Si el conjunto de cuidadores y cuidadoras son permanentes, el niño o la niña aprende a distinguir a cada quien y a conocerlos, pero cuando el conjunto de sujetos cuidadores son esporádicos o temporales, esto genera dudas y ansiedades.

La calidad del cuidado está relacionada con aspectos propios del contexto donde se da la interacción entre el niño o niña y sus cuidadores y cuidadoras, pero también con las características personales de estos, con la manera como se efectúa la atención y cuidado del niño o niña, y con el apoyo que reciben dichos cuidadores y cuidadoras para ejercer el cuidado.

En cuanto a las condiciones del contexto para criar al niño o niña, es importante considerar la necesidad de contar con servicios básicos -sobre todo agua segura-, alimento suficiente disponible para el niño o niña, y

viviendas saludables. Esto último se refiere a los espacios físicos, lo que implica contar con espacios apropiados para cuidar al niño o niña, pensados a partir de sus necesidades, donde se sientan seguros y valorados.

La gestión del cuidado

Se define gestión de cuidado como la capacidad que tiene el gestor o gestora del cuidado para superar la adversidad, y para optimizar los recursos, el tiempo y las constelaciones de cuidado que garanticen continuidad y permanencia, superando la fragmentación y fragilidad del sistema.

La gestión del cuidado supera el estigma de la madre como única responsable del cuidado.

El rol gestor implica la planificación, la organización, la toma de decisiones y el control de los resultados de las decisiones tomadas. El estudio permite identificar que en la gestión del cuidado infantil se da este proceso cuando la madre organiza los recursos -humanos y económicos- que tiene a su disposición, distribuye tareas y toma decisiones.

En cuanto a la planificación, se puede ver que si bien la planificación familiar es casi inexistente, ya que todos los embarazos no se programaron, cuando se asume la maternidad y el proceso de gestación se va planificando la llegada del niño o niña y luego la atención que se le brindará.

Cabe mencionar que el niño o niña, desde antes de nacer, depende directamente de la madre, quien decide tenerlo o no. Si bien la decisión de tenerlo o tenerla puede estar mediada por valores éticos y morales que la obligan a no abortar, se siente con la responsabilidad de asumir el cuidado de sus hijos e hijas. Sin embargo, la falta de apoyo y la necesidad de contar con los recursos económicos para su subsistencia, limitan sus prácticas de cuidado y sobretodo su capacidad para identificar oportunamente el problema nutricional, y actuar a tiempo para prevenirlo.

En las narrativas observamos que la planificación suele ser de corto plazo, y se da como respuesta a alguna necesidad o urgencia. No se encuentra una proyección a mediano plazo, probablemente porque en los contextos

de pobreza existe cierta dificultad para prever lo que sucederá en el futuro, y se opta por resolver las necesidades más urgentes.

Con respecto a la organización, las narrativas nos dan cuenta de los esfuerzos que realiza la madre para disponer todos los recursos con los que cuenta, de modo que se brinde la mejor atención a su hijo o hija. En la medida en que la madre se ve obligada a trabajar o a estudiar, debe organizar -antes de salir o volviendo del trabajo- que los cuidadores y cuidadoras temporales cumplan las rutinas previstas para el cuidado de su hijo o hija.

A pesar de haber una constelación del cuidado, se corrobora que la gestión siempre recae en la madre y es ella quien organiza el sistema de cuidado. Si opta por el cuidado institucionalizado, debe respetar las reglas y normas de la institución, como en el caso del programa Wawa Wasi; en cambio, si ella contrata a alguien, ella es quien delega responsabilidades a los cuidadores y cuidadoras temporales.

En los casos analizados, la madre es la encargada de organizar el cuidado del niño o niña, es decir, es ella quien toma las decisiones para la atención de su hijo o hija y distribuye las tareas con base en los recursos con los que cuenta: económicos, humanos y de tiempo. En el caso de las madres adolescentes que son estudiantes o que trabajan, ellas asumen el rol de organizar el cuidado.

Las decisiones que toma para la organización del cuidado de su niño o niña están vinculadas a sus características propias, como mujer y madre, y a las de su entorno: su edad, su nivel educativo, su nivel socio-económico, los vínculos afectivos que tenga, así como su estado físico y mental.

Es la madre la que contrasta su opinión con las de los otros sujetos cuidadores, sobre todo la información que le brindan otras mujeres como su propia madre, sus tías y hermanas, así como el personal del establecimiento de salud y las madres cuidadoras de los Wawa Wasi, en caso que su hijo o hija acuda a estos servicios.

En el caso de la red de familiares (abuelas o tías del niño o niña; incluso vecinas), la madre tiene tanta confianza que suele dar pocas o casi ninguna indicación sobre el cuidado; más bien

la madre parece esperar que las cuidadoras temporales resuelvan los problemas que se presenten como si fueran sus propios hijos o hijas.

La toma de decisiones se da con base en la información y recursos con los que la madre cuenta, lo que le permite ejecutar las acciones de cuidado. Sin embargo, debido a sus limitados recursos, muchas veces no cuenta con oportunidades que le permitan decidir qué es lo mejor para su hijo o hija, sino que por el contrario se ve obligada a asumir acciones aunque no esté de acuerdo con ellas.

Las características del sujeto cuidador y de su red de soporte influyen en la toma de decisiones, ya que lo fortalecen o lo debilitan emocionalmente. En algunos de los casos analizados encontramos en las madres mayor capacidad de resiliencia para sobreponerse a las dificultades, incluso para proyectarse en el futuro, a pesar de los acontecimientos adversos.

Así mismo, la influencia socioeconómica y cultural del entorno se puede convertir en un agente que obstaculiza o que facilita la asertividad en la toma de decisiones.

Una capacidad, que vale la pena resaltar, es que en uno de los casos estudiados observamos cómo la madre participa en los programas sociales (comedor popular) para garantizar la alimentación de la familia; esta es una capacidad de la mujer de agenciarse, y es muy notorio encontrar estos ejemplos en otras zonas periurbanas, donde las mujeres han sabido sacar adelante a sus familias, debido a su participación en los comedores populares.

En cuanto al control, observamos que es la característica de gestión menos desarrollada en las madres adolescentes o en las madres primerizas, en cuyos casos las abuelas se apropian del control del cuidado debido a la inexperiencia de sus hijas, haciéndolas sentir que no son capaces de asumir esta tarea.

En el caso de las madres que llevan a sus hijos o hijas al servicio de cuidado diurno, ellas no ejercen la toma de decisiones ni el control sobre lo que hace la madre cuidadora, dado que confían en que existe un control por parte del programa. Lo mismo sucede en el caso de los servicios de salud, donde la madre acepta pasivamente las recomendaciones del equipo

de profesionales, sin contradecirlos, aunque a veces no les hagan caso.

Tanto en los servicios de salud como en los Wawa Wasi se observa la falta de mecanismos para recoger las demandas de las madres y que estas sean tomadas en cuenta para optimizar los servicios.

Asimismo, estos servicios institucionalizados, que cuentan con una estructura de control, carecen de un monitoreo constante de la calidad de atención, lo que trae como consecuencia que el personal pueda cometer reiteradas veces los mismos errores, como por ejemplo, no identificar a tiempo el problema nutricional y brindar una consejería inadecuada.

Otro ejemplo es que ambos servicios brindan diferente información del mismo niño o niña, creando confusión en la madre e inestabilidad en la gestión de su cuidado, y generando asimismo una atención inoportuna de la desnutrición, teniendo que invertir más tiempo y recursos para revertir las consecuencias.

El servicio de salud cumple un rol importante proporcionando a la madre la información precisa para que ella tome las decisiones que requiere de manera oportuna; sin embargo, la información no es precisa ni confiable. Entonces puede ser que ir al ES no sea una ventaja sino un “tener” que cumplir con las normas y no ver mejoras en su hijo o hija.

El personal de salud, más allá de brindar información, tiene que hacer el seguimiento individual de cada caso; sin embargo, estos sujetos no parecen responsabilizarse de los casos, más bien otorgan a la madre toda la responsabilidad del estado del niño o niña, quien luego se siente débil o con poca claridad de lo que puede hacer y mientras ella va comprendiendo que debe mejorar sus prácticas, el tiempo pasa perjudicando el estado de salud de su hijo o hija.

Es preciso mencionar que las actitudes del personal de salud también responden a las demandas del mismo sector, generalmente orientadas al logro de coberturas y muy poco a la calidad de atención.

Los establecimientos de salud a donde acuden la mayoría de los niños y niñas del

estudio, tienen una gran demanda de atención, lo que repercute en el tiempo que le dan a cada uno de los usuarios y usuarias; asimismo, hay muy poco acompañamiento de sus actividades por parte del personal de la Red de Salud a la cual pertenecen.

Otro aspecto clave que surge de las narrativas es que las prácticas que promueve el sector salud, si bien permiten un mayor acercamiento de las madres a sus bebés, desde el contacto precoz, el alojamiento conjunto, LM, entre otras, no se profundiza en la comprensión de la importancia del cuidado del bebé, ni en el vínculo afectivo y ni en la construcción de redes de soporte a la madre desde su gestación.

7. Conclusiones y recomendaciones

La presente investigación configura una nueva perspectiva del cuidado, con dinámicas diversas según el contexto, que difieren de acuerdo a la fragilidad, fragmentación y diversidad de las interacciones vinculares.

Si bien es el niño o niña es el sujeto central y de interés del cuidado, aún queda mucho por aprender sobre su rol como protagonista de su crecimiento y desarrollo a partir de su relación con su cuidador o cuidadora o con su red vincular.

Las relaciones vinculares no se dan solo entre la madre y el hijo o hija, sino que se dan con otros actores familiares o actores comunitarios, por lo que los vínculos son múltiples, convirtiéndose en factores protectores del cuidado, en tanto exista permanencia y continuidad.

La gestión del cuidado constituye un proceso de optimización del cuidado infantil, que representa un valor agregado a las intervenciones públicas.

Los aportes de los psicoanalistas han sido muy importantes para conocer la importancia del vínculo afectivo entre el sujeto cuidador principal y el niño o niña, muchas veces siendo la única cuidadora principal la madre. Sin embargo, al estudiar el vínculo entre la madre y el niño o niña, podemos inferir que este vínculo no siempre es exclusivo de la madre; es decir, no es ella la única que puede establecer dicho vínculo. La presente investigación nos está

demostrando que no necesariamente el niño o niña está directamente relacionado con su madre; el vínculo se da también con otros individuos que, en ausencia de ella, ejercen un rol tan igual que como lo haría la madre. Esta situación nos ha llevado a preguntarnos ¿por qué tendría que ser la madre la única responsable del cuidado?, ¿qué pasa con los otros sujetos cuidadores?, ¿es posible que los otros también se den cuenta de que su rol de cuidado va más allá de sustituir al sujeto cuidador principal, pues el cuidado se da porque el sujeto que es cuidado lo necesita para su crecimiento y desarrollo?

Al contar la madre con una constelación de cuidadores y cuidadoras, tendríamos que pensar hasta qué punto la constelación se convierte en un soporte de cuidado y cómo los sujetos cuidadores se comprometen a cuidar al niño o niña, de la misma manera como lo haría la propia madre. El estudio nos devela que no siempre el sujeto cuidador sustituto asume el cuidado con toda la responsabilidad que esto implica; la responsabilidad de la acción de cuidar tiene diversos matices, dependiendo de las características de los cuidadores o cuidadoras y de su disposición para cuidar, si lo hacen solo por ganar dinero o también para acompañar a crecer y desarrollar al sujeto menor.

La descripción del rol de la madre, referida por Winnicott (1987), da a la madre un rol privilegiado con su hijo o hija, y al padre o madre, o a un tercero, un rol de contención; es necesario comprender que en las transformaciones de la familia se intercambian roles: por un lado, por la ausencia del padre, y por otro porque la figura de la abuela pasa de ser de contención a sustituir el rol privilegiado de la madre.

La acción de cuidar se convierte, por tanto, en un fenómeno social, es decir, en el que el cuidado no es atribuible solo a la madre natural sino a todos los individuos que de una u otra manera están involucrados en la vida de los niños y niñas pequeños. Según un proverbio, “se necesita un pueblo para educar a un niño”; esta tesis estaría afirmando que en la medida en que todo el “pueblo” esté comprometido de manera articulada y coherente, será posible que el niño o niña reciba un cuidado de calidad, y es sumamente importante dedicarle un tiempo

a fortalecer las relaciones humanas que se van configurando en la constelación del cuidado. Esto implica que todas las personas responsables del cuidado inviertan tiempo y recursos para favorecer el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y de las niñas.

Un elemento clave en la gestión del cuidado es que existe una persona que se encarga de liderar el cuidado, o al menos de las pautas para que otros ejerzan el cuidado; la forma como el gestor o gestora del cuidado lidere el cuidado va permitir o no la coherencia de este; sin embargo, cada individuo trae consigo una serie de creencias y actitudes que las pone en práctica, las que muchas veces son más poderosas que las que solicita el gestor o gestora. Por tanto, la responsabilidad de dejar al niño o niña al cuidado del otro, está otorgando poder al otro para que lo cuide, y no siempre dicho cuidado será igual a los acuerdos tomados entre el cuidador sustituto y el sujeto gestor; por tanto, el gestor o gestora del cuidado tendrá que evaluar si ha elegido bien a su cuidador o cuidadora sustituto, y evaluará si debe continuar o no con dicha ayuda.

Las teorías sobre la noción del vínculo nos dice que la relación vincular no es estática, que está en movimiento, es decir, que se construye en la relación de dos sujetos. El estudio nos permite evidenciar que esta relación dialéctica se da entonces no solo entre quien cuida y quien recibe el cuidado, sino entre quien cuida al que cuida, lo que es importante para que ejerza mejor su cuidado; dejar solo al sujeto cuidador puede ser perjudicial para el mismo niño o niña, que requiere de una figura constante y coherente, y no ambivalente e insegura.

Los servicios institucionalizados del cuidado, si bien ejercen un rol importante en el cuidado del niño o niña, no deben perder de vista que la responsabilidad recae tanto en la madre como en los otros miembros de la familia, y que durante el tiempo que permanece el sujeto cuidador con los niños y niñas, estos merecen un cuidado de calidad; además, que en la medida en que se comprometen de manera sensible y empática con el niño o niña, están contribuyendo en su crecimiento y desarrollo, sin quitar a la madre y a los otros miembros del hogar su rol y responsabilidad. El cuidado

entonces es más enriquecedor, porque el niño o niña aprende a ser cuidado de manera responsable en los diferentes escenarios por los cuales transita.

El estudio también identifica que se ha ido perdiendo el cuidado “corporativo”, que fue identificado solo en un caso, donde toda la familia asume el cuidado de los niños y niñas como parte de su responsabilidad, no importando la relación de consanguinidad que se tenga con los sujetos bajo cuidado, sino que se ejerce el cuidado para todos y todas porque todos y todas son igualmente importantes para la sobrevivencia del grupo familiar.

La relación de la madre con los otros cuidadores y cuidadoras es un tema muy poco abordado por los teóricos, dado que al sublimizar el rol de la madre como única responsable del cuidado, por ser ella la que trae al niño o niña al mundo, o por ser ella la que está anatómicamente equipada para ello, se ha dejado de lado la necesidad de contener a la madre, brindándole apoyo en el mismo hogar y promoviendo que el cuidado no recaiga solo sólo en ella.

La madre, al sentir que es ella quien tiene la responsabilidad principal sobre el cuidado del niño o niña, se siente obligada a rendir cuentas ante los otros cuidadores y cuidadoras sobre los resultados de su cuidado, que se refleja en el crecimiento y desarrollo de su hijo o hija. En los casos analizados, donde el estado nutricional del niño o niña no es favorable, las madres manifestaban tristeza, culpabilidad y preocupación constante, más aun cuando no podían hacerse cargo del cuidado directo porque tenían que salir a trabajar.

Los vínculos se construyen en la interacción diaria y continua; la sola presencia de una persona no implica una interacción vincular.

El cuidado infantil no puede atribuirse solo a la madre, pues se requiere identificar las redes de cuidado no solo alrededor del niño o niña sino también alrededor de quienes cuidan: cuidado al sujeto cuidador. Es necesario profundizar más en la participación del padre y en la figura masculina en el cuidado.

El estado nutricional del niño o niña es un indicador de que algo no está yendo bien; no podemos atribuir el problema solo a una

persona, sino que es indispensable conocer las redes de cuidado, la interacción vincular y la calidad del vínculo.

Se requiere mejorar la calidad de los servicios de salud, no solo en las técnicas de antropometría y en los registros, sino además en la relación con el niño o niña como sujeto y no como objeto de atención.

En la formulación de las políticas públicas, debemos tomar en cuenta que, si bien el niño o niña no espera, y su atención demanda una respuesta oportuna y rápida, es importante que se fortalezcan capacidades en el personal encargado de las ofertas de los servicios, para que puedan relacionarse empáticamente con el cuidado o red de sujetos cuidadores y con el niño o niña, facilitando herramientas que permitan actuar oportunamente y haciendo sentir al cuidador o cuidadora y al grupo de sujetos cuidadores que todos y todas, incluyendo el personal de los servicios, son responsables del cuidado del niño o niña.

Al estudiar los casos, vemos que existen otros elementos que están presentes y que si no son controlados estarían siendo obstáculo para lograr la disminución de la DC. Por tanto, los resultados de la investigación invitan a profundizar el modelo conceptual de la desnutrición crónica, fortaleciendo el análisis del sistema de cuidado y la calidad de las relaciones que se establecen entre los niños o niñas y sus cuidadores o cuidadoras, como elemento esencial para intervenir eficiente y eficazmente en la reducción de la desnutrición crónica.

Las políticas e intervenciones dirigidas a la infancia requieren ampliar el marco conceptual de la desnutrición, incluyendo las interacciones vinculares de calidad durante los primeros tres años de vida.

En uno de los casos estudiados se resalta las formas de cuidado de una familia afroperuana, en la que las mujeres, ya sean madre o hermanas, fijan el interés en todos los niños y niñas, y todas cuidan a todos sin distinguir si es su hijo o hija, sobrino o sobrina, nieta o nieto, creando un sistema de cuidado “corporativo”, es decir, todos y todas se apoyan para apoyar a todas y a todos.

En el caso de los cuidadores y cuidadoras externos a la familia (vecina, madre cuidadora, personal del establecimiento de salud), observamos que ponen límites al cuidado; inclusive no logran establecer vínculos afectivos con el niño o niña. En uno de los casos analizados observamos que la vecina, quien pasa todo el día al cuidado de una de las niñas del estudio, no asume el cuidado con la misma responsabilidad de la madre, a pesar de que la sustituye; más bien lo hace como puede y no como cuidaría a sus propios hijos e hijas.

Los niños y niñas que asisten varios meses al Wawa Wasi, a cargo de una misma madre cuidadora, logran establecer vínculos estrechos con ella, y adquieren autonomía en las prácticas de autocuidado.

Debido a la fragmentación del cuidado, el niño o niña está expuesto a permanentes contradicciones e incoherencias de parte de sus diferentes cuidadores y cuidadoras que no le dan la seguridad necesaria para que pueda alimentarse y explorar el mundo que lo rodea.

El diagnóstico de desnutrición crónica en el niño o niña a temprana edad, ejerce una presión en los cuidadores y cuidadoras que les genera ansiedad por revertir el estado nutricional del niño o niña, enfocando su esfuerzo en el alimento y obligándolo a comer sin considerar que la ansiedad de la persona adulta repercute en el estado emocional del niño o niña, causando inapetencia o situaciones de tensión que debilitan su estado de salud y empeoran su situación nutricional.

La gerencia del cuidado se ve limitada también por la información con la que cuenta la madre y por la información que recibe de su entorno y de los servicios a los cuales acude; sus decisiones pueden ser más certeras en la medida en que comprende la magnitud del problema o siente la confianza de poder contribuir a mejorar sus prácticas de crianza.

La carencia de una información de calidad en los diferentes servicios que ofrece el Estado, dio lugar a la necesidad de realizar un análisis sobre los problemas y ofrecer posibles soluciones a la mejora de la calidad de información. Durante el año 2011, Unicef-Perú apoyó la mejora de la información del sistema de monitoreo y vigilancia nutricional, tanto

en el programa nacional Wawa Wasi como en los programas de la municipalidad distrital de Ventanilla, a fin de asegurar un monitoreo oportuno y eficiente del crecimiento de niños y niñas que acuden a los programas.

La investigación nos permite evidenciar la necesidad de articular los servicios entre sí, para que puedan brindar una información coherente con la constelación del cuidado, así como se requiere articular los servicios con redes de protección social para contener emocionalmente a las familias, sobre todo a la mujer durante el periodo de gestación y a las madres adolescentes durante el embarazo y los primeros años de vida de sus hijos e hijas.

Se observa que cuando existe una interacción afectiva entre sujetos cuidadores y niños o niñas durante el momento de cuidado, esta se da a través de miradas, gestos y contacto físico, pero se evidencia una débil comunicación oral, es decir, no se construye un diálogo entre ellos, lo que no permite que sus habilidades de lenguaje se desarrollen.

Con respecto a las políticas públicas existentes, muchas veces se quedan en el discurso, como por ejemplo lineamientos sobre prácticas esenciales (contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva, presencia de un familiar durante el parto, entre otros) que no logran implementarse efectivamente, que no llegan a todas y a todos, que no llegan a tiempo; por lo que urge hacerles seguimiento y contribuir a crear redes de apoyo para impulsar el rol gestor de la madre, o de quien haga sus veces, a efectos de lograr un cuidado integral del niño o niña durante sus primeros años de vida.

Lista de referencias

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton D. J. (1974). *Infant-mother attachment and social development: "Socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals."* In M. P. M. Richards (eds.) *The integration of a child into a social world.* London: Cambridge University Press.
- Ajuriaguerra, J. (1983). *De los movimientos espontáneos al diálogo tónico-postural*

- y las actividades expresivas. *Anuario de Psicología*, (28), pp. 7-18.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Bradley, R., M., Caldwell, S., Rock, K., Barnard, C., Gray, M., Hammond, S. & Johnson, D. (1989). Home environment and cognitive development in the first 3 years of life: A collaborative study involving six sites and three ethnic groups in North America. *Developmental Psychology*, 25 (2), pp. 217-235.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2000). *The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish*. Cambridge: Da Capo Press
- Bronfenbrenner, U. (1979a). Contexts of child rearing: problems and prospects. *American Psychologist*, 34 (10), pp. 844-850.
- Bronfenbrenner, U. (1979b). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1985). Contextos de crianza del niño. Problemas y prospectiva. *Infancia y Aprendizaje*, 29, pp. 45-55.
- Engle, P. L., Lhotska, L. & Armstrong, H. (1997). The Care Initiative: Guidelines for Analysis, Assessment and Action to Improve Nutrition. New York: Unicef.
- Greenough, W., Gunnar, M., Emde, R. N., Massinga, R. & Shonkoff, J. P. (2001). The impact of the caregiving environment on young children's development: A different ways of knowing. *Zero to Three*, 21 (5), pp. 16-23.
- Hernández, A. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana*. Bogotá D. C.: Universidad Santo Tomás.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- OMS (2004). Estudio multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento (EMPC). *Food and Nutrition Bulletin*, 25 (supplement 1), S3-S84.
- Pichón-Rivière, E. (2000). *La Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pollitt, E. (2002). *Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Shonkoff, J. P. & Phillips, D. (eds.) (2003). *From Neurons to Neighborhoods*. Washington D. C.: National Academies Press.
- Spitz, R. A. (1985). *El primer año de vida del niño*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Unicef (1990). *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. New York: Unicef.
- Vigotsky, L. (1986). *Pensamiento y Lenguaje. Cognición y desarrollo humano*. Madrid: Paidós.
- Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Brown.
- Winnicott, D. W. (1987). *Babies and their Mothers*. Reading: Addison-Wesley.