

## UNA APROXIMACIÓN EN LA COMUNICACIÓN ETNOMETODOLÓGICA DESDE LAS VOCES DE LAS MADRES SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SUS NIÑOS

Magaly Torres de Cárdenas<sup>1</sup>  
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, UCV

Aura Álvarez de Entrena<sup>2</sup>  
USR

Mary Zulay Moya de Sifontes<sup>3</sup>  
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, UCV

### Resumen:

La investigación se fundamenta en la interpretación que construyen las madres sobre la salud de sus hijos, mediante el método biográfico y la técnica de relato de vida. Los significados construidos por las madres sobre su visión de los temas relacionados con niño sano, fueron diversos, unas orientadas sobre el bienestar físico; otras las preferencias por aspectos emocionales y de las relaciones familiares y otras, sin orden de preferencia, conjugó tanto lo físico como lo emocional.

**Palabras claves:** Etnometodología, investigación cualitativa, método biográfico, relatos de vida, voces de las madres, estado de salud, significado de niño y niña sano.

### INTRODUCCIÓN

A las clásicas definiciones de niño sano que apoyan el adecuado estado del cuerpo, con los debidos estándares de crecimiento y cubriendo necesidades nutricionales en un entorno higiénico, además de contar con un ambiente apacible para el desarrollo mental, se le debe sumar: que todo niño desde que nace ha de tener unos padres o personas a su cargo que expresen formas de trato y comunicación afectiva, ya que tal acción sedimentará con bases confiables la superación de retos mayores en la vida de ese infante.

Es en cuanto a la atención en la crianza del niño, donde la madre o persona a cargo de este importante rol, está de continuo imprimiendo en los menores el sello de la cultura en la cual se desplazan, y además esperando que ese niño sea sano en todo su historia.

---

<sup>1</sup> profmagtomar@gmail.com <sup>2</sup> auraentrena@yahoo.es <sup>3</sup> mzmdes@cantv.net

En lo que respecta a su alimentación y cuidados, la ciencia médica ha dedicado valiosos estudios hasta el día de hoy a favor de la salud de este niño, definiéndolo sano como ideal a alcanzar (Müller, 1941).

El juicio sobre la salud del infante no debe fundarse solo sobre el aumento pondero-estatural, ya que inciden aspectos de tipo bio-cultural en los hábitos inculcados. El niño que verdaderamente resultare sano, es el que guarda una relación equilibrada entre su estado físico-mental y social, y una respuesta apropiada hacia el entorno, tanto inmunitaria, biológica, adecuada en crecimiento y desarrollo, según sus patrones genéticos y estado nutricional, así como en su esfera psíquica.

Las diferencias socioeconómicas son un factor importante en el proceso de crecimiento físico del niño, de igual forma, en las poblaciones afectadas por la pobreza se observa cierto retraso en el crecimiento y desarrollo de los grupos infantiles, viéndose perturbado el potencial genético. Es preciso señalar que la incidencia de la fuerte desigualdad social se torna más evidente en los países en desarrollo.

El niño “supuestamente sano” es el que acude a los controles de vacuna y cuidados infantiles en las consultas para niño sano de los ambulatorios del país. El hecho que se registró en esta investigación, de que el pediatra y/o equipo de salud acepte que el niño está sano en forma inmediata anterior a la vacunación –sin examen médico previo de parte de dicho equipo– solo porque su madre así lo declara, dio lugar a la pregunta dentro del cuestionario: ¿Qué es para Ud., un niño sano?

La insuficiencia ponderal ocupa el primer lugar en todos los países en desarrollo donde la pobreza es un factor subyacente determinante; en donde el grupo más afectado es el de los niños menores de cinco años de edad, ya que según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002: xvii), aproximadamente el 27% de los niños de este grupo de edad tienen insuficiencia ponderal.

La reducción de las desigualdades en salud y la promoción de una mayor equidad social, son los objetivos primordiales de la estrategia: “Salud para Todos” de la OMS, la cual sugiere que puede alcanzarse por medio de estrategias encaminadas a: (a) Reducir la pobreza en su sentido más amplio; (b) asegurar las necesidades sanitarias básicas –por ejemplo– comida, agua, higiene, educación y vivienda en condiciones para todo el mundo; (c) asegurar que todas las personas tienen acceso a una atención sanitaria efectiva (Whitehead, 1998: 37-38).

El peso de la pobreza recae con mayor fuerza en ciertos grupos: en general, las mujeres tienen una condición económica o social en desventaja: en los hogares pobres, con frecuencia soportan una carga de trabajo mayor que los hombres y tienen un nivel de educación más bajo y menos acceso a actividades remuneradas; también los niños sufren en medida desproporcionada y la calidad futura de sus vidas peligra a causa de niveles deficientes de nutrición, atención a la salud y educación (Jiménez, 1994: 98).

Pedro Trigo (2012: 181) en su estudio sobre el componente étnico de la pobreza, señala que hoy presenciamos un desarrollo veloz de las capacidades de las mujeres y de su ejercicio en todos los ámbitos, aun en las mujeres que hacen filas en el sector más pobre, en el que rige todavía el concepto literal de proletaria (ya que sus hijos son su única riqueza pues espera que alguno de ellos la acoja y la atienda).

La familia es el espacio donde se aprende y se ejercitan los valores que hacen que la comunidad familiar sea un ejemplo de convivencia que enriquece a la sociedad y particularmente al contexto donde radica cada familia (Restrepo, 2001). En donde los valores están íntimamente ligados a las personas como principios rectores del actuar humano, tanto como sujeto individual como sujeto social.

El período que transcurre entre el nacimiento y los primeros seis años de la vida es de singular importancia para el crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y el establecimiento de bases firmes para lograr una vida sana, útil y productiva en la edad adulta (Daza y Peña, 1997: 1).

Por consiguiente, se comprende que el grupo de niños menores de tres años de edad, merecen especial atención debido a sus características biológicas particulares y a la presencia de factores de riesgo que inciden en su crecimiento y desarrollo, por ende en su futura salud como adultos.

La presente investigación se argumenta en episodios que son documentados con un lenguaje natural y que representan lo más fielmente posible cómo siente la madre, qué sabe, cómo lo conoce y cuáles son sus creencias, percepciones y modos de ver y entender la situación de salud (Muecke, 1994).

### *Objetivos de la Investigación*

#### Objetivo General

Interpretar el significado que construyen las madres sobre la salud de sus hijos. Una experiencia vivida en tres ambulatorios del Distrito Sanitario No. 4 "El Valle" en Caracas-Venezuela.

#### Objetivos Específicos

Describir la relación salud y enfermedad construida por las madres sobre la salud de los hijos.

Definir el concepto de salud del niño desde la condición emocional.

Comprender el concepto de salud que construyen las madres sobre sus hijos desde la perspectiva físico-emocional.

### *Orientación teórico epistemológica de la investigación*

En este apartado se presentan las bases teóricas y epistemológicas que orientan la presente investigación, mediante el examen crítico de los fundamentos teóricos y conceptuales de los métodos y técnicas cualitativas de investigación social, empleados en este estudio.

El paradigma seleccionado para orientar esta investigación es el del construccionismo social o socioconstruccionista (Montero, 2006; Sánchez y Wiesenfeld, 2002; Mercado y otros, 2002). Para ello se toman como ejes las dimensiones o los planos del conocimiento que cohesionan dicho paradigma.

En el **plano ontológico**, este paradigma concibe la realidad social como una construcción realizada por hombres y mujeres en sociedad, la cual es interpretada y versionada desde diferentes posiciones, maneras y ópticas, así como desde diferentes enfoques y paradigmas; por lo tanto, para esta investigación se asume que la realidad social y cultural, en donde las madres construyen significados en torno a la salud de sus niños en su experiencia vivida, recibe diferentes versiones y está inmersa en un constante cambio donde están presentes elementos subjetivos que la modelan, tales como creencias, los valores, los saberes, los estereotipos, prejuicios, las expectativas.

**En el plano epistemológico**, el construccionismo social considera que para producir conocimiento en una investigación social, la relación entre el/la investigador (a) y los/las investigados(as) debe ser sustentado en los acuerdos con un sentido cooperacional, mediante la interacción y en una acción compartida para co-construir el conocimiento.

**En cuanto al plano metodológico**, este paradigma le asigna una gran importancia al diálogo, a fin de producir discursos orales individuales y colectivos, mediante la aplicación de métodos y técnicas cualitativas que permiten obtener información a partir de las propias actoras sociales. Por lo tanto, el diseño de investigación y el método que sustenta las técnicas utilizadas en esta investigación tomaron muy en cuenta la interacción de las investigadoras con las investigadas. De esta manera, en esta investigación tanto el método como las técnicas se adaptaron al contexto y valoraron los recursos lingüísticos (narración) de las informantes.

La orientación dada por el enfoque socioconstruccionista aplicada a la presente investigación nos permitió conocer e interpretar la cotidianidad de sus protagonistas. Por lo tanto, para este paradigma el significado y el conocimiento no se descubren sino que son construidos por los seres humanos cuando interactúan con el mundo de vida que interpretan, de allí que diferentes personas o grupos pueden construir diversos significados sobre un mismo fenómeno o sobre una misma realidad (Sandín, 2003). Es decir que, para el socioconstruccionismo no existe una realidad sino múltiples realidades. Estos supuestos teóricos nos permiten alejarnos de los discursos que han predominado en las ciencias sociales, como es el caso de los paradigmas pos positivista y estructural-funcionalista. Así, sostenemos que el planteamiento de considerar los significados que construyen las mujeres sobre la salud de sus hijos, como una producción social, será entendido y comprendido desde una visión de construcción social.

## **METODOLOGÍA**

### *Aspectos metodológicos de la investigación*

Los aspectos metodológicos de esta investigación cualitativa se sustentan en los planos ontológico, epistemológico y metodológico del paradigma socioconstruccionista *supra* señalado, adoptando de manera coherente el diseño de investigación cualitativa emergente, apoyándose además en los postulados teóricos de la Fenomenología social, tomando en cuenta de la obra de Husserl (2001), el principio metodológico al que denominó “reducción fenomenológica”:

expresión básica de la conciencia no interpretada. En la observación de los hechos, las cosas y los significados según este autor, es necesario identificar los aspectos invariables de la percepción de los objetos y considerar los atributos de la realidad como componentes de lo que es percibido o como un presupuesto.

Schütz (1970), sus reflexiones fundamentan la investigación cualitativa al soportar sus presupuestos?, partiendo del principio en el cual vivimos en un mundo intersubjetivo. Este mundo es experimentado y tipificado por el individuo y por su semejante, en él las personas se comunican en forma directa con los antecesores y con sus sucesores. La situación biográfica influye sobre los motivos, la dirección y el modo como cada persona ocupa el espacio en la acción social, la cual es entendida como la forma de expresión de libertad y tiene un significado subjetivo.

Como método se utilizó el Método Biográfico. Asimismo, se aplicaron técnicas cualitativas de investigación social relacionadas con la narración y los relatos; de tal manera que se produjeron discursos individuales con la aplicación de la técnica de Relato de Vida.

En el diseño cualitativo, las decisiones las toman la o las investigadoras de acuerdo a como se va perfilando el objeto de estudio; sin embargo estas decisiones no son improvisadas toda vez que en éste diseño se esbozan las estrategias de investigación sin perder de vista los fundamentos conceptuales que orientan la investigación. Valles (1999: 78-79), considera que en la investigación cualitativa, "el diseño no se estampa mediante un molde o modelo que sirvió una vez, sino que se moldea cada vez a partir de criterios maestros generadores de respuestas".

La planificación de este estudio se realizó bajo la concepción emergente, apoyándonos en las consideraciones teóricas desarrolladas por Wiesenfeld (2001: 147): "a) se asume una falta de conocimiento previo sobre las distintas realidades, de allí que la apertura del problema inicialmente formulado dificulta su focalización y planificación previa; b) el contexto particular del estudio determina en gran medida el desarrollo del mismo; c) lo que emerge está en función de la interacción entre el investigador y el fenómeno y es imprescindible; d) los sistemas de valores interactúan de forma imprevisible para influir un producto".

Coherentemente con los fundamentos conceptuales descritos, en esta investigación se asumió una perspectiva metodológica amplia, desprejuiciada, con un enfoque de cambio.

Por ello, consideramos adecuado adoptar el Método Biográfico, ya que este es susceptible de adaptarse a las incertidumbres que plantean las nuevas reali-

dades presentes en los espacios sociales de cotidianidad, donde han surgido fenómenos sociales que están en vías de hacerse y rehacerse, dentro de intensas relaciones intersubjetivas y que se presentan sin contornos definidos, entre los cuales están los procesos de construcción de significados sobre la experiencia vivida de las madres.

El Método Biográfico es definido por Boscán y Monasterio (2002: 122), como: Un enfoque, una manera o una vía de conocer lo vivido por las personas, con toda su carga de subjetividad, partiendo de la estructuración de los acontecimientos que construye la persona que narra su vida y así poder conocer su contexto socio-cultural, recuperando la totalidad a partir de particularidades.

En este orden de ideas, consideramos adecuada la selección del método biográfico para estudiar las concepciones y significados que sobre la salud de sus hijos elaboran las madres. Esta selección contribuyó con los propósitos de esta investigación por las siguientes razones: En primer lugar, este método nos permitió captar la realidad social en general y la realidad en particular de cada una de las madres, profundizando en las construcciones humanas como condición propia de las madres como actores sociales y, en segundo lugar, contribuyó con el abordaje de esa realidad para conocerla, entenderla y comprenderla bajo una interacción investigador-investigada, facilitando la co-construcción del conocimiento.

En síntesis, por intermedio del método biográfico se reconstruyeron las acciones vividas por las madres como actoras de su propia vida personal, experimentadas con otros actores a través de relaciones intersubjetivas, que dan lugar a saberes, sentidos, significados, creencias, valores, sentimientos, motivos humanos que exigen ser estudiados por la investigación cualitativa.

Por ello, el método biográfico adoptado como perspectiva metodológica en esta investigación, nos exigió asumir un procedimiento, no estructurado para examinar construcciones intersubjetivas, tales como: la definición de salud de los niños, la experiencia vivida por sus padres, la intersubjetividad, la vida cotidiana, los valores, las identidades, los intereses personales, aspectos éstos que emergieron como producto de la interacción dialógica con los entrevistados (Martínez, 2000).

Para llevar a cabo este estudio, se utilizó la técnica cualitativa de investigación social como es el relato de vida, a fin de producir en el aspecto individual (en nuestro caso: 27 madres que asistieron a la consulta de niño sano en centros ambulatorios en El Valle, Caracas), la narración de las experiencias de las entrevistadas, pero relacionada con eventos, procesos, acontecimientos y que

éstos influyeron en la construcción de los significados al crear una intersubjetividad dialógica, abrir la complejidad y aumentar los intercambios intersubjetivos.

El relato de vida mediante entrevistas a profundidad, consiste en una relación de diálogo entrevistador-entrevistado, en la cual se persigue conocer y entender las experiencias, así como otros procesos vividos por los actores sociales, que en nuestro caso se aplicó a partir de los significados e interpretaciones que elaboran el sentido de los contenidos y/o tópicos a tratar durante la entrevista, dichos significados van surgiendo en el desarrollo de la misma, lo que la aleja del establecimiento y definición de categorías previamente establecidas (Sánchez y Wiesenfeld, 2002).

#### *La selección de las informantes*

Los criterios para seleccionar a las participantes se adecuan a la naturaleza teórica del diseño emergente, es decir, las actoras o informantes fueron escogidas en relación con el tema de investigación, en este caso los significados que construyeron las mujeres madres sobre la salud de sus niños y niñas en su experiencia vivida, en su mundo de su vida familiar; así pues, este tipo de selección se caracteriza porque la escogencia de las informantes no es *a priori*, lo que determinó la selección de las participantes una a una de acuerdo a como se fue obteniendo la información. Ésta estrategia nos permitió ir perfilando la selección a medida en que la investigación progresaba. Como resultado de esta modalidad fuimos obteniendo una gran variedad de significados, interpretaciones, percepciones sociales, opiniones, silencios y afirmaciones acerca de la temática abordada.

Apoyándonos en nuestra experiencia en el mundo de la salud, la educación y la nutrición, desde el inicio de esta investigación pensamos que tal variedad podría estar representada por las diversas experiencias de las madres. Así mismo, a partir de las diversas prácticas que realizan y también en atención a sus diversos contextos particulares (familiares, laborales, sociales).

#### *El proceso de interpretación: La identificación de expresiones de sentido, las categorías y la triangulación de la información*

En el desarrollo de este importante aspecto metodológico nos sustentamos entre otros en la recomendación de Pérez (1999: 103), quien plantea que la interpretación de la información en la investigación cualitativa “no es algo que se lleva a cabo al final de la investigación, sino que es una tarea que se realiza a lo largo de todo el proceso de la misma”.

En este orden de ideas en el tratamiento de la información, se utilizaron procedimientos eminentemente cualitativos, de manera pues, que después de haber escuchado de manera reiterativa los discursos obtenidos a través de las entrevistas, una vez transcritas, se realizaron varias lecturas de todo el texto, prestando mucha atención de manera minuciosa y exhaustiva y procedimos a identificar las expresiones de sentido y significados que se intuyeron a partir de frases, conjeturas, aspectos identificadores que luego permitió agruparlas en temáticas de investigación, esta fase se construyó reflexionando sobre el sentido y el significado que se otorga al discurso oral y escrito obtenido.

En dicha fase de interpretación tomó gran relevancia la reflexividad, toda vez que existe un esfuerzo por crear un sentido, dilucidar significados, tomar en cuenta las opiniones y el contexto narrado de ese mundo de vida, transitando por la interpretación y triangulando los discursos.

De tal manera que, la interpretación del discurso oral, se orientó a la producción de conocimientos y no de datos. Por lo que le otorgamos un sentido y un significado al esfuerzo inseparable del carácter subjetivo que posee, es por ello, que esta forma de interpretar la información es una construcción social que parte de la reflexividad de las investigadoras.

González (2000: 47), al respecto señala:

Uno de los aspectos que caracterizan la producción de conocimiento en la investigación cualitativa es la atención al carácter singular de lo estudiado, que se expresa en la legitimidad que se atribuye al estudio de casos. En la Investigación Cuantitativa tradicional, en contraste, la singularidad es eliminada dentro de la red de categorías estandarizadas que orientan la producción de conocimientos, pues sólo tiene el estatus estadístico de lo no significativo.

El procedimiento utilizado en esta investigación es totalmente opuesto a la forma de establecer variables en la investigación cuantitativa, ya que para este enfoque sus categorías son preestablecidas, surgen de la teoría, del marco teórico o de las hipótesis previamente formuladas; mientras que en nuestro caso éstas emergieron de la propia información obtenida. De allí que, el procedimiento de identificación de las categorías y expresiones de sentido puesto en práctica se acogió al principio teórico que plantea que: en la investigación de corte cualitativo la identificación de expresiones de sentido se realiza sintetizando el sentido y el significado de los discursos, incorporando la reflexividad de las investigadoras. Las bondades de la identificación de expresiones de sentido son destacadas ya que esta forma de presentar e interpretar la información, permiten que las investigadoras se encuentren con los hallazgos que le permitan generar

conocimiento teórico, bien sea en la forma de reflexiones o en la forma de conceptos en construcción.

Es de resaltar, que las técnicas para interpretar la información emergieron en la medida en que avanzamos en la investigación ya que las mismas fueron utilizadas para obtener una visión lo más completa posible de la realidad objeto de estudio.

La triangulación fue el otro procedimiento metodológico utilizado y que consiste en vincular el *objeto de estudio* con distintas perspectivas teóricas, con enfoques metodológicos, con testimonios de los participantes, con conceptos; es decir, con *diferentes fuentes de información*. En síntesis, se utiliza para *abrir epistemológicamente el objeto de estudio*, ya que éste no tiene un solo nivel de información. Por ejemplo, se puede triangular pasando de una entrevista individual a una grupal, donde ambas se complementen, sin negar que pueden ser contenidos que difieran en algún aspecto en particular. En otros términos, la triangulación sirve tanto para avalar una idea, una propuesta, un enfoque, como para disentir y/o rechazar. En esta investigación el proceso de triangulación se realizó a partir de las fuentes bibliográficas, de teorías y de contenido de los discursos individuales.

En cuanto a la *etnometodología* –sistematizada por primera vez en la obra de “Harold Garfinkel para 1967” (comentado pero no citado por Briones, 2002: 100)– donde la esencia es no juzgar la naturaleza de las explicaciones ofrecidas por las personas entrevistadas, sino analizar dichas explicaciones en función de su uso en la vida cotidiana. Su campo físico de trabajo son ambientes micro no institucionales como el hogar, e institucionales como la escuela, la sala de espera de un hospital, etc.

En este estudio cualitativo bajo la perspectiva etnometodológica con un diseño No Experimental (no hubo manipulación de las variables y la interpretación de los datos es ideográfica); el mayor interés está en el análisis de las conversaciones y no en la naturaleza de las mismas, estas explicaciones están en función de su uso en la vida cotidiana (Briones, 2002: 89-100); agrega Rusque (2003: 182-183), en el área cualitativa el investigador tiene como objetivo el saber qué piensa la persona y conocer de las cosas que no se pueden observar directamente, como sus ideas, intenciones, sentimientos. De aquí, que el título del trabajo: “una aproximación”, obedece a que nos acercamos para vincularnos con el paradigma interpretativo y en términos epistemológicos.

Es de especial interés considerar, que fue escogida la muestra de las madres de niños con edades comprendidas entre uno a tres años de edad, porque además de ellos representar a un sector de la población no institucionalizada, y

por ende, más desprotegida en cuanto a los programas sociales se refiere, presentan mayor vulnerabilidad ante los efectos de la carencia de nutrientes dentro de la población infantil. La participación de las madres en este estudio corresponde a las que asisten a la consulta de niños sanos en tres ambulatorios del Distrito Sanitario No. 4 "El Valle" en Caracas.

El método biográfico apoyado por el relato de vida describe lo que la gente hace, cómo se comportan y cómo interactúan entre sí, para significar sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo éstos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias; podríamos decir que describe las múltiples formas de vida de los seres humanos.

Es importante señalar el hecho de que la progenitora aprobó el Consentimiento Informado, conociendo que podía abandonar la investigación en el momento que así lo considerara. Como criterio de exclusión de este estudio se consideró a toda madre que acudiendo a la consulta de niño sano, se negara a participar en el estudio a través de consentimiento informado y firmado, o que los niños no estuvieran en el rango de edad señalado, de uno a tres años.

La unidad de investigación la constituyó: el binomio madre-niño cuya madre podía ser un familiar en línea de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, tíos, etc.) o en su defecto cualquier persona a cargo y responsabilidad del menor. De allí, que se contó con 27 madres.

## RESULTADOS

Para la consecución de los fines del presente trabajo, se expone a continuación la información obtenida a través de las respuestas dadas por las madres:

### *Categorización del significado sobre la salud de los niños y niñas desde las voces de las madres.*

La categorizaron de las respuestas dadas, una serie de opiniones y tendencias, las cuales se muestran a continuación:

### Voces de las Madres: Significado en la salud de los niños

A través de las preguntas formuladas a las madres se obtuvieron expresiones textuales que describen el deseo expresado por ellas:

#### ¿Qué es para Ud. un niño sano?

Las respuestas de las 27 madres entrevistadas comprenden cuatro conceptos, cada uno compuesto con los adjetivos calificativos usados por ellas, las cuales enfatizaron el concepto con prioridad hacia los *cuidados físicos* del niño, dirigían su atención hacia la condición *emocional* del niño con responsabilidad directa de los progenitores, daban importancia a ambos aspectos donde se explica al ser humano como un ente *físico-emocional*.

#### Salud versus enfermedad

Las madres enfatizaron en el concepto de salud de sus niños versus la pérdida de la misma, más allá de cualquier interpretación numérica. Igualmente se observa el valor conferido al alimento, o a la vacuna protectora como factores que promueven salud. Entre las expresiones más significativas mencionamos

*Carmen* dice: “Un niño sano es el que está bien alimentado, que tenga sus vacunas...”

*Luisa* responde: “Aunque, así sea de gripe se enferman, pero no tiene problemas de retardo físico u orgánico, sin enfermedades hereditarias, ni hospitalizarlo para operaciones...”

*María* dice: “No sufre de bronquitis, ...fiebre, ...vómitos, ...diarrea, ...neumonía, ...parásitos, y hay que cuidarlos cuando tiene las defensas bajas, porque “agarran” cualquier enfermedad, así como observar la hemoglobina”

*Bertha* responde: “En su aspecto psicomotor muy desarrollado”

*Expresiones de las madres sobre la condición emocional del niño*

Se describen las respuestas de las progenitoras dirigiendo su atención hacia la parte emocional y se denota el énfasis en la responsabilidad de parte de los progenitores.

Marisol dice: que un niño emocionalmente sano es aquel que es “un niño deseado”

Para *Carmen*: es aquel que “vive en un ambiente agradable...”

Hilda: Con cariños de su papá y mamá, yo no crecí con papá...

*Teresa*: Que disfrute su niñez...

*Rosa*: Si es quietecito nos asusta...

*Luisa*: Que aprenda rápido cuando yo le hable

*Bertha*: Que uno lo ve hacer sus cosas normales

*Expresiones de las madres sobre el ser humano como un ente físico-emocional*

Mostramos las expresiones de las madres que dieron importancia a ambos aspectos, donde se explica al ser humano como un ente *físico-emocional*. Entre las expresiones más significativas se mencionan:

Mercedes dice: que el niño sea avispao, que brinque, salte, ría, corra

Teresa: Es alegre, es feliz, que echa broma, aunque sea inquieto

Luisa: Es pila, contento, tremendo, buen semblante, no dolores, que bochinche

Carmen Luisa: Que ría mucho, que sea robusto, que no esté gordo, ni apocadito, ni inapetente,

Amada: Con su inteligencia, que duerma bien, que no sea llorón y con espíritu de echar broma

*Expresiones de las madres sobre niño sano como concepto de salud*

A continuación presentamos las expresiones de las madres que recogen el criterio de salud:

Dulce afirma que: su niño es sano cuando lo vea perfectamente bien...

Yusbelis: Que no sufra de nada...

Linda: Que esté todo el tiempo sano...

Gloria: Ninguna clase de problemas...

Lenny: Que no esté presentando ningún tipo de enfermedad, así sea gripe...

Digna: Que tenga todas sus partes normales

*Expresiones de las madres sobre aspectos generales y representativos del estado de salud en el contexto físico-emocional y moral del niño y la niña*

Entre estas podemos mencionar las expresiones más significativas manifestadas por nuestras informantes claves:

Nilsa: Que esté como yo, en perfectas condiciones, que no está enfermo

Emilia: Bien alimentado, buen peso, buen color, que no se enferme con frecuencia

Rosa: Un niño tremendo, bien alimentado, bien educado, bien atendido

Rafaela: No haiga sufrido de ninguna enfermedad, que...

Yurubí: Si es gripe es normal, yo digo ¡ENFERMEDADES!...

Camila: Por lo menos, algo más fuerte, diría yo

Sebastiana: Que no presente ningún problema al nacer y que siga igual por el resto de su vida

Gladys: Me imagino que no sufra de ninguna enfermedad, pero siempre se enferman de algo

Belkis: ¡Cónchale, así como es él!...

Beatriz: No sufra de nada, que no sufran ningún tipo de enfermedad...

Angélica: No sé...nunca me habían hecho esa pregunta

Carolina: Que no tenga diarreas, vómitos...

Cecilia: Que tenga alimentación balanceada de carnes, cereal, vegetales, jugos, vitaminas, leche y aseo personal.

Melisa: Que nazca bien de todo, peso, talla y se lo den de una vez a uno

María: Primero que esté bien cuidado, segundo que juegue, y que esté bien en todos los sentidos

Mercedes: Vamos a decirle que...un niño que no le dé mucha gripe, que no se enferme seguido; enfermo uno lo conoce: está triste, no se mueve, está tranquilito

Salome: Un niño que no esté presentando cualquier tipo de enfermedades, así sea gripe

Katuska: ¡Cónchale, qué no se enferme!

Regina: Un niño sano para mí..., que yo lo cuide y refleje salud, no que se vea apagadito. Sucito ,...colonita (de colonia perfumada), le lavo mucho las manos

Emilia: Bueno, yo diría!!!, que es aquel que no sufre enfermedades de nutrición, que no le dan muchas fiebres, gripe o tos, –por lo menos– la considero así, nunca me la han hospitalizado

Rosa: Que no se enferme, alentadita, cuidada, aseada, que le den mucho amor, mucho cariño, porque está alegre

Carmen: Que es feliz porque tiene papá... que yo no tuve

**DISCUSION**

Hecho interesante, el relativo a las respuestas de las 27 madres sobre lo que es un niño sano, donde se ofrecieron posiciones diversas a través de las respuestas, unas muy centradas en el bienestar físico de su hijo; otras, se orientaron hacia las preferencias por los aspectos emocionales y de las relaciones familiares; así como un tercer grupo –sin orden de preferencia, conjugó ambas vertientes fusionando lo físico con lo emocional en una sola respuesta.

A todo esto, la madre no sólo responde –en términos figurados, más bien espera ver signos de una realidad esperada y acorde con su deseo de madre; deseo plasmado en un verdadero optimismo, que se traduce con un lenguaje llano trazando las coordenadas donde se desempeñará una vida futura próspera: para su hijo.

La base sobre la cual se parte en la declaración de los derechos del niño, debe ser tomado primeramente del discurso de la progenitora, quien expresa el sentir de esa fuerte unión con el niño a su cargo.

Se detecta igualmente una fuerte tendencia hacia la parte emocional del niño, que expresa que lo desea: “avispa, que brinque, ría, bochinche, inteligente y con espíritu de echar broma”, entre otras; hasta llegar a la madre que con perfección describe que “no sufra de nada” y que “esté todo el tiempo sano”.

En el presente estudio, las madres expresaron un comportamiento generado desde sus hábitos, costumbres y tradiciones, enmarcadas en un sistema socio-económico; originándose una respuesta biológica-orgánica, que se convirtió en un estado nutricional de sus hijos.

La tradición –o transmisión de costumbres de una generación a otra– en un proceso de transculturación pueden ser cambiadas o no, en diversos grados de adaptación, siempre que en la medida que el sujeto trans-culturizado lo permita. Se quiere con ello, significar que las manifestaciones de toda cultura: científicas o técnicas, ético o moral y estético o artístico, individualizan a un grupo social determinado y lo caracterizan. Las costumbres a su vez son el resultado de la generalización de los hábitos o estructura más sencilla de carácter individual y mecánico reflejo que consiste en la repetición sistemática de ciertos actos.

En el marco de estas consideraciones, se observa que todas las actividades de nuestra vida están condicionadas culturalmente, y es así como el conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas en las diferentes culturas se practican en una determinada sociedad. Todas ellas provenientes de un valor común donde predomina el saber popular, este último insuflado por el amor de madre

ya legitimado en la cotidianidad. Esta progenitora sin contar con niveles educacionales, mucho menos de origen científico, académico ni tecnológico, trasmite sus creencias con las prácticas sociales de generación en generación.

En este sentido resulta interesante valorar el predominio que tiene el saber popular y sus diferentes manifestaciones en la formación de los seres que viven en sociedad, ya que el amor viabiliza conductas de aceptación al otro, por eso es la emoción que funda lo social, el respeto, la colaboración y el compartir (Antequera, 2008: 23).

Es importante señalar, que el niño estará influenciado por los rasgos culturales de su entorno, ya que no dispone de defensas de origen cultural; se evidencia que las prácticas de las disciplinas que le impone su progenitora, como mediadora de cultura, tiene un impacto decisivo en la formación del niño, acorde a patrones preestablecidos por su madre, que a manera de cascada también le fueron implantados a ella.

Todo lo anterior configura a un niño con una alta dependencia materna y/o del hogar de crianza, no sólo en el aspecto señalado, en el espacio socioeconómico, sino en el plano de la nutrición del niño.

De tal manera, se ha observado que el estado relativo de crecimiento, más que un indicador del estado de salud, se torna fundamental su alta dependencia de factores socioeconómicos y demográficos así como de lo cultural, que por supuesto son prácticas de las representaciones del orden de lo higiénico-alimentario presentes en el entorno del niño.

Es conocido que el crecimiento final del niño viene a ser el resultado de la acción conjunta de factores genéticos y ambientales. La armonía entre ambos factores hace posible que se cumpla el proyecto de crecimiento; mientras que cualquier agresión puede lograr que el mismo, se cumpla parcialmente o no llegue a cumplirse (Méndez Castellano y otros, 1996: 407).

En la medición de actitudes de las madres, se observaron respuestas que las llevaron emitir el concepto que ellas tenían de "niño sano": Enfatizando, que en el caso de las actitudes estas sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí, se procedió a perfilar escalas categóricas con las opiniones de las mismas a ser usadas en la presentación de los datos. No existe aprendizaje sin dimensión afectiva que le acompañe y que consolide nuestra percepción y comprensión de la realidad humana (Marín, 2011: 45).

La salud en los niños incluye la salud física, mental y social; es así como los padres, familiares y representantes y el Estado se preocupa por participar en el logro de esta característica.

La salud se relaciona al concepto de calidad de vida, el conocimiento que poseen las personas o grupos de ellas de que se compensan sus necesidades y no se les niega la oportunidad de alcanzar un estado de felicidad y realización personal, bien sea a través de actividades miméticas, que le dan goces y sentido de existencia o desde la perspectiva de salud y calidad de vida, las cuales no pueden objetivarse ni establecerse, sino percibirse y orientarse en función de las particularidades de las personas y los grupos sociales.

El concepto calidad de vida posee diversos enfoques, matices, significaciones y formas de comprenderlo, justificarlo y aplicarlo, e incluso, contiene un componente objetivo y uno subjetivo. Lo objetivo se refiere a las convenciones mundiales que existen sobre el concepto calidad de vida, a los resultados de investigación que ha adelantado la bioética y otras disciplinas como la sociología, la medicina, la antropología, la filosofía, la ingeniería ambiental, la psicología, la pedagogía y la teología, entre otras. Lo subjetivo, se relaciona a las múltiples formas de comprensión y manifestación personal del concepto, a la valoración de las actitudes, a aquello que es inherente en cada ser humano, al ser y al sentir y a los imaginarios personales y colectivos que inciden sustancialmente en la comprensión del concepto. Esta red de tejidos, sin duda hacen complejo, cualquier estudio que se desee emprender en pro de la comprensión y concientización de la importancia de trabajar cotidianamente por la calidad de vida (Romero Ibáñez, 2009).

La mirada que las madres poseen sobre la salud de sus hijos es una construcción cultural e histórica en donde participan diferentes factores, entre los cuales se destaca su crianza y la posición que asumieron en su familia y en su comunidad que posteriormente la transfieren a sus hijos.

Cuando se constituyó la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), pasó a ser la salud un estado de bienestar físico, mental y social y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o discapacidad. De allí, que las madres expresen diferentes opiniones sobre esa definición: para Mercedes un niño sano: *“es un niño avispa, que brinque que salte, que bochinche”*; mientras que para María: *“es un niño que no esté enfermo”*, pero para la experiencia de vida de Carmen: *“que es feliz porque tiene papá... que yo no tuve”*.

El derecho a la salud está ligado estrechamente a otros derechos humanos y su materialización depende de la construcción de diferentes factores de forma óptima. Como son el derecho de la madre y el padre a una buena y completa

educación, el derecho a que los padres tengan acceso al trabajo, a los servicios adecuados a vivienda. Por lo tanto, el derecho a la salud, está estrechamente ligado a otros derechos humanos fundamentales y su materialización depende de la realización de estos otros, especialmente el derecho al agua (que incluye el derecho al acceso al agua potable y a saneamiento adecuado) y el derecho a la alimentación.

De este modo, el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los Estados deben asegurar (OMS, 1946):

- El derecho a un sistema de protección de la salud
- El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales
- La promoción de la salud materna e infantil
- El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados
- Educación y la concienciación sobre la salud.

La salud y sobre todo la salud de los niños y niñas, se encuentra asociada a la cultura y a la vida cotidiana de la familia, a la historia familiar, en donde la construcción de significados sobre salud participan factores ancestrales, religiosos, éticos y en muchos casos la historia materna y la forma como ellas fueron criadas se manifiesta en la crianza de sus hijos donde priva la enseñanza recibida de sus ancestros.

Tradicionalmente las madres sienten la responsabilidad ética de la prevención de enfermedades de sus niños a través de la vacunación y el control médico por ejemplo, pero también se deben atender los problemas de corte o incidencia patológica

En ese orden de ideas, esperamos que los niños de hoy puedan pronunciar estas palabras en su edad adulta: "tuve la oportunidad de crecer y desarrollarme con todo mi potencial puesto a la orden de una Patria a la cual hoy sirvo". Y se escribirá entonces: "*Las Voces de los Niños Felices de Venezuela*".

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antequera, Idalis (2008), *Representaciones Sociales de la Mujer Venezolana desde la Cotidianidad*, (Inédito), Trabajo Especial de Doctorado en Ciencias de la Educación,

- Núcleo Regional de Postgrado, Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez, Caracas.
- Boscán, A y Monasterios, E. (2002), *La potencialidad heurística del método biográfico para la investigación educativa*, Barquisimeto: IPB.
- Briones, Guillermo (2002), "Epistemología de las Ciencias Sociales" (Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas en Investigación Social), *El Libro de Briones*, composición electrónica: ARFO Editores e Impresores Ltda, Bogotá.
- Daza, C. H. y Peña, M. (1997), "La situación alimentaria y nutricional de los niños menores de 6 años en la región de América Latina y el Caribe", *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*, Alejandro O' Donell, José María Bengoa, Benjamín Torún, Benjamín Caballero, Eleazar Lara Pantin y Manuel Peña (Editores), Programa ampliado de libros de texto (PALTEX), OPS/OMS, Washington.
- González, A. (2000), "La Construcción de las Identidades Masculinas y Femeninas en la Escuela", en Blanco N. (2001) *Educación en Femenino y en Masculino*: Nieves Blanco (coord.) Akal S.A., España.
- Husserl, E. (2001), *Idéa de fenomenología*, Lisboa: Edições.
- Jiménez Martínez, F. (1994), "Pobreza v. Salud, un desafío a Nuestro Desarrollo", *El Desarrollo Humano en Venezuela (Perspectiva Actual)*, Bernardo Kliksberg (Compilador), PNUD-Monte Ávila Editores Latinoamericana, Caracas.
- Marín, J. (2011), "La Visión Global de la alimentación en la reflexión del Dr. José María Bengoa", *Re. An Venez Nutr*, Vol. 24 (1).
- Martínez, M. (2000), *Seminario y taller de Metodología Cualitativa*, Universidad Simón Bolívar, Instituto de Estudios del Conocimiento, Caracas.
- Méndez Castellano, H.; López B. M. E.; Benaim Pinto, G.; Maza Zavala, D.; González-Scholts, I; Guinand Baldó, A. (1996), "Proyecto Venezuela -Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela-", *Tomo II*, Ministerio de la Secretaría, FUNDACREDESA, Caracas.
- Mercado, J. Gastaldo, D. y Calderón, C. (Compiladores) (2002), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*, Universidad de Guadalajara, Instituto Jalisciense de cancerología, Jalisco.
- Montero, M. (2006), *Hacer para Transformar: El Método de la Psicología Comunitaria*, Paidós, España.
- Muecke, M. (1994), *On the evaluation of ethnographies*, Sage Publications, London.
- Müller, E. (1941), "Alimentación y Tratamiento del Niño (con breves indicaciones clíni-

- cas)", Manuel Marín y G. Campo, S.L., (Eds.), traducido del alemán por el Dr. J. González-Campo de Cos, Madrid.
- Organización Panamericana de La Salud (OPS) (2002), "La Salud en las América", *Publicación Científica y Técnica*, Vol. II, No. 587, ed. 2002, Washington.
- Organización Mundial de la Salud (1946), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, [www.who.int/governance/eb/who](http://www.who.int/governance/eb/who) (consulta: 15 /07/2013).
- Pérez, G. (1999), *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II Técnicas y Análisis de datos*, Muralla, Madrid.
- Restrepo, A. (2001), *Ética y Valores para un Humanismo en las Relaciones*, Latinoamericana Paulinas, Bogotá.
- Rusque, A. (2003), *De la Diversidad a la Unidad en la Investigación Cualitativa*, Vadel Hermanos Editores, Valencia, Venezuela.
- Romero Ibáñez, P. (2009), *Hacia una comprensión del concepto de calidad de vida*, [www.pedagogíadelahumanización.org](http://www.pedagogíadelahumanización.org)
- Sánchez, E y Wiesenfeld, E. (2002), "El construccionismo como otra perspectiva Meta teórica para la producción del conocimiento en Psicología ambiental", J. Guevara y S. Mercado (Coord.), *Temas selectos de Psicología ambiental*, México: Unam-Greco-Fundación Unilibre.
- Sandín, M. (2003), *Investigación Cualitativa en Educación: Fundamentos y Tradiciones*, Mc Graw Hill, España.
- Schütz, A. (1970), *Reflections on the problem of relevance*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Trigo, Pedro S.J. (2012), "Opción por los pobres: Propuesta para un tratamiento sistemático y situado", *Revista de Teología*, Instituto de Teología para Religiosos (ITER), Facultad de Teología, UCAB, No. 59, sep-dic, Caracas.
- Whitehead, M. (1998), "Perspectivas Internacionales sobre la Efectividad y Variabilidad de las intervenciones para reducir las Desigualdades en Salud", *Dimensión Humana*, Vol. 2, No. 1, España.
- Wiesenfeld, E. (2001), *La autoconstrucción. Un estudio psicosocial del significado de la vivienda*, Comisión de Estudios de Postgrado, FHyE-UCV, Caracas.
- Valles, M. (1999), *Técnicas Cualitativas de investigación social: Reflexión Metodológica y práctica profesional*, Síntesis Sociología S.A., Madrid.