

2011

Fil: Mascolo, Adriana Paola. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social; Argentina

Accidentes domésticos en niños y niñas de cero a un año : el entorno doméstico

Mascolo, Adriana Paola

Mascolo, Adriana Paola

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/500>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social
Comisión de Tesis

Accidentes domésticos en niños y niñas de cero a un año. El entorno doméstico.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 4251	Signature Top
Vol.:	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

19 NOV 2012

Alumnas:

Mascolo, Adriana Paola
DNI: 33.102.464
Matrícula 9191/05

Pico Estrada, Jessica María
DNI: 93613236
Matrícula: 8364/04

Directora

Mag. Barbieri, María Cristina

Co- directora

Lic. Cano, Georgina

Año 2011

**Accidentes domésticos en
niños y niñas de cero a un año.
El entorno doméstico.**

Mar del plata, 2011.

Agradecimientos I:

Principalmente estoy muy agradecida por haber tenido la posibilidad de estudiar en una facultad pública y por cada uno de los docentes que día a día se esfuerzan por formar profesionales.

Gracias a nuestra directora de Tesis Cristina, por su compromiso y guía mientras realizamos esta investigación y a Georgina por abrirnos las puertas del Hospital Materno y por sus consejos.

En lo personal quiero agradecer principalmente a mi mamá, Catalina, por su apoyo cotidiano y por su paciencia, a todos lo que me alentaron como mi novio Alejandro con su incondicional compañía y apoyo, mis amigas, mi primo Francisco.

Y obviamente a mis compañeras que hicieron que estudiar fuera más divertido y con quienes compartí miedos y alegrías, Adriana y Lorena que son otro regalo que me dejó la facultad.

Gracias a todos por acompañarme en este camino.

Jessica Pico Estrada.

Agradecimientos II:

En primer lugar, agradezco la oportunidad de estudiar en esta institución, a cada uno de los docentes que me formaron y, especialmente, a Cristina Barbieri y Georgina Cano, sin cuya ayuda y compromiso no hubiera sido posible elaborar el presente documento.

En lo personal, agradezco:

A mis papás, los mejores del mundo... que primero me dieron la Vida, después me criaron y luego, con enorme esfuerzo, me dieron la oportunidad de acceder a un título universitario...

A mis hermanos, mis sobrinos, a todas mis amigas y demás familiares que me acompañaron y me dieron las fuerzas necesarias para llegar hasta aquí...

A mi novio Fran, quién siempre me contuvo, me alentó y estuvo a mi lado en todo momento...

Y, a mi querida amiga Jessica, con la cual compartimos charlas, salidas, años de facultad y la realización de este documento... sin ella no hubiera sido lo mismo.

Adriana.

INDICE

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. OBJETIVOS.....	9
3.1. Objetivo General.....	9
3.2. Objetivos específicos.....	9
4. DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	10
5. MARCO TEÓRICO.....	11
5.1. Estudios anteriores relativos al problema objeto de investigació..	11
5.2. Conceptos y aspectos teóricos referentes al problema planteado.	13
5.2.1. Concepto de salud: El Proceso Salud-Enfermedad.....	13
5.2.2. Accidentes.....	14
5.2.3. Sistema de Salud Argentino.....	15
5.2.4. Educación y Promoción para la Salud.....	17
5.2.5. Familia.....	19
5.2.6. La división sexual del trabajo: El rol de la mujer dentro de la familia.....	25
5.2.7. Los cuidados y las mujeres.....	27
5.2.8. Familia y vida cotidiana.....	30
5.2.9. Vivienda saludable.....	31
5.2.10. Primer año de vida.....	34
6. METODOLOGÍA.....	42
6.1. Enfoque de riesgo.....	42
7. CONTEXTUALIZACIÓN.....	46
8. DESARROLLO DEL TRABAJO.....	49

9. ANÁLISIS DE DATOS.....	51
10. CONCLUSIÓN.....	61
11. PROPUESTAS DE TRABAJO.....	63
12. BIBLIOGRAFÍA.....	67
13. ANEXO.....	71

1. RESUMEN

En el presente trabajo se analizó la problemática “Accidentes domésticos en niños y niñas de cero a un año que fueron internados en el HIEMI durante el 2009 y que residen en la ciudad de Mar del Plata” con la finalidad de ampliar conocimiento acerca de las características que presentan las familias de esos niños /as en los aspectos socio-económicos habitacionales. Para ello indagamos acerca de los tipos de familia, el nivel educativo adquirido por los cuidadores del niño/a, el acceso a una vivienda saludable, la situación laboral y la red social en la que están insertas las familias

En la realización de esta investigación se tomó una muestra direccionada, basada en el criterio de dispersión territorial. Al mismo tiempo, se desecharon aquellos casos en que los niños/as no residían en la ciudad de Mar del Plata, como así también los casos en que el accidente se trataba, en realidad, de un hecho de violencia.

De este modo, se seleccionaron diez casos y se realizaron entrevistas domésticas semi-estructuradas, enriquecidas por el relevamiento de las condiciones materiales del entorno doméstico de relevancia a los fines de este estudio.

Los resultados obtenidos arrojaron luz sobre una problemática de creciente impacto en la actualidad y sobre el entorno doméstico como el ámbito primero en que al niño/a debe proveerse seguridad.

2. INTRODUCCIÓN

Durante el periodo comprendido entre los meses de abril y diciembre del año 2009, en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) de Mar del Plata, se llevó a cabo una investigación utilizando técnicas de tipo cuanti y cualitativas de los casos de pacientes que sufrieron accidentes domésticos y de tránsito, requiriendo de internación en dicha institución.

Esta investigación fue realizada por los profesionales del Servicio Social del HIEMI conjuntamente con estudiantes de pre-grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Para ello se entrevistó a 436 padres de los pacientes de 0 a 15 años que estuvieron internados, pudiéndose observar un número importante de casos correspondientes a la franja etárea de 0-1 año.

A raíz de ello, se pretende profundizar sobre las características que presenta la vida cotidiana de las familias de los niños/as menores de un año de edad que sufrieron accidentes.

Se toma esta franja etárea debido a que la seguridad de los menores de un año es, exclusivamente, responsabilidad de sus padres o cuidadores, esto se debe a la dependencia que presentan respecto a los adultos, ya que por su desarrollo psico-motriz aún no se encuentran capacitados para valerse por sí mismos. El bebé sufre al nacer un cambio brusco, "pierde su envoltura". Por lo tanto es de esperar que el adulto funcione como envoltura protectora que sostiene y cohesiona, física y emocionalmente al niño/ a.

No es en la calle, ni en el jardín en donde más sufren accidentes los bebés. Esto sucede dentro de su propio hogar, ya que generalmente los menores de un año por su temprana edad no concurren a instituciones de tipo educativa o recreativa. A raíz de ello, es fundamental; como se indica en "*Guía para la atención y cuidado de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años*", elaborada por la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén; que los niños y niñas permanezcan y transiten en ambientes seguros y protegidos, desde su nacimiento e incluso antes. Desde este punto de vista, la seguridad no va en desmedro de la libertad, al contrario: un espacio protegido es un

ámbito seguro donde los niños/as pueden moverse y explorar paulatinamente sus límites. El primer espacio seguro que hay que ofrecer es el hogar. Es donde los niños/as permanecerán más tiempo al menos hasta la edad escolar. La supervisión parental es fundamental, pero no es materialmente posible – y mucho menos deseable- ejercerla en forma directa las 24 horas del día en un ámbito con múltiples amenazas. Por lo tanto, resulta aconsejable dirigirse a la modificación positiva del contexto hogareño y a limitar la supervisión directa para aquellas ocasiones que lo ameritan: el baño, el cambiado de pañales, el traslado, etc. (Ministerio de Salud de Neuquén: 2010)

A raíz de esto creemos pertinente analizar la problemática teniendo en cuenta las características de la vivienda, desde la perspectiva de vivienda saludable.

El Trabajo Social, como profesión, se caracteriza por su proximidad a la vida cotidiana de los sujetos, lo cual brinda un acercamiento a la realidad y a los factores de riesgo que intervienen en la irrupción del accidente.

La intención de esta investigación es aportar una lectura socio-económica habitacional respecto de la temática de accidentes domésticos en niños/as menores de un año que fueron internados en el HIEMI durante el año 2009.

Desde la especificidad del Trabajo Social, se intentará proponer un dispositivo de prevención que funcione en las instituciones dedicadas al primer nivel de atención, que estando enfocadas en los cuidados del niño o niña menor de un año, complementen los objetivos del Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones (PROPAL).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

Conocer las características que presenta la vida cotidiana de las familias de los niños/as menores de un año de edad que sufrieron accidentes domésticos en el transcurso del año 2009, siendo internados en el HIEMI, a fin de generar estrategias de intervención desde el trabajo social enmarcado en un enfoque integral de la salud.

3.2. Objetivos específicos:

- Retomar contacto con los padres de los niños menores de un año que sufrieron accidentes domésticos durante el año 2009, siendo internados en el HIEMI.
- Indagar acerca de la organización de la familia en relación al cuidado del niño, tanto antes como después del accidente.
- Conocer qué grado de educación formal / no formal y específica en el área de la educación para la salud presentan los padres de los niños accidentados.
- Relevar información referida a inserción laboral, ingresos y acceso a programas sociales a fin de establecer la condición socio- económica del hogar.
- Observar la situación habitacional y las características del medio en el que habitan los niños menores de un año.
- Proponer alternativas de trabajo desde el Servicio Social tendientes a la prevención de accidentes domésticos en niños/as.

4. DELIMITACIÓN DEL TEMA

En la ciudad de Mar del Plata, en el Hospital Especializado Materno Infantil una de las problemáticas con mayor recurrencia es la de accidentes en niños/as. Para este estudio se tomaron los casos de niños y niñas que al momento del accidente tenían entre 0-1 año de vida. A pesar de que esta institución es centro de derivación de toda la Zona Sanitaria Octava, fueron escogidos únicamente casos de internación de niños/as cuyas familias residen en la ciudad de Mar del Plata.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Estudios anteriores relativos al problema objeto de investigación.

Los accidentes domésticos en niños/as constituyen una problemática que se presenta, aunque con sus características particulares, en las diferentes provincias argentinas. La misma, actualmente trasciende el ámbito académico, para inscribirse en los medios de comunicación. En ellos, particularmente en periódicos, se encontraron análisis de profesionales que trataron la problemática.

Según la Dirección de Estadísticas e información en Salud del Ministerio de Salud y ambiente de la nación, en nuestro país en el periodo comprendido por los años 2001-2004, los accidentes ocupan el cuarto lugar entre las principales causas de defunción en menores de un año y asciende para ocupar el tercer lugar en 2007¹.

Según un artículo publicado en el diario Clarín en junio de 2008, denominado "Accidentes domésticos: muere un chico por día en la Argentina" de Adriana Santagati, "...ocultos detrás de otras urgencias, los accidentes domésticos son un peligro silencioso que mata a un chico por día en la Argentina, además de dejar una enorme cantidad de lesionados que no registra ninguna estadística..."

Como se afirma en el mismo artículo, Carlos Nasta, titular de la Subcomisión de Prevención de Accidentes de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), ha señalado que detrás de cada lesión hay un alto costo sanitario, educativo, laboral y psíquico; y que los accidentes de tránsito provocan más muertes, pero que hay más chicos que sufren los domésticos. El especialista apunta que el tema, aunque es grave, 'no está en agenda: no se toma conciencia'.

Por lo tanto, acuerdan que la única manera de evitar este problema, es tomando precauciones.

¹ Blog Médico. Año 2010. **Accidentes en el hogar: Prevención.** Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CXf9McTzmA4J:www.blog-medico.com.ar/sociedad-y-salud/accidentes-en-el-hogar-prevencion.htm+ministerio+de+salud+estad%C3%ADsticas+sobre+accidentes+dom%C3%A9sticos&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar&source=www.google.com.ar>
Consultado el día: 25/03/2011

Ambos expertos coinciden que un contexto socioeconómico desfavorable propicia los accidentes, pero advierten que ocurren en todas las clases sociales e insisten en que la clave es la vigilancia que los adultos tengan sobre los menores².

Particularmente en nuestra ciudad, según un artículo del Diario La Capital del día 3 de febrero de 2010, el jefe del Servicio de Cuidados Críticos y Medicina Ambulatoria del HIEMI, doctor Mauro Costantini, dio a conocer que el 50% de las internaciones de menores en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil -HIEMI- se debe a traumatismos originados en accidentes, tanto en los hogares como en la vía pública. El problema se convirtió en la principal preocupación de las autoridades del nosocomio después de la pandemia de gripe A H1N1. Desde el año 2008 han notado un incremento en los accidentes pediátricos, cuyo denominador común es que estos niños/as estaban realizando alguna actividad sin supervisión adulta. Se considera que hay una creciente propensión de los padres a desatender a los niños.

De acuerdo a las estadísticas que maneja el HIEMI, los principales accidentes en niños menores de 4 años se producen en los hogares, en tanto que quienes tienen entre 4 y 6 años suelen accidentarse en veredas, plazas, jardines de infantes o colegios. Desde los seis años en adelante, los traumatismos se originan por accidentes en la vía pública, destacándose los accidentes de tránsito como principal causa.

Para concluir el Dr. Constantini recomienda la adaptación del hogar como principal medida preventiva. (La Capital: 2010)

² Adriana Santagati (2008) **Accidentes domésticos: muere un chico por día en la Argentina**. Argentina. Disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:89SkG7jigC0J:edant.clarin.com/diario/2008/06/07/sociedad/s-01688863.htm+ministerio+de+salud+argentina+estad%C3%ADsticas+sobre+accidentes+dom%C3%A9sticos&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ar&source=www.google.com.ar>
Consultado el día: 25/03/2011

5.2. Conceptos y aspectos teóricos referentes al problema planteado.

A continuación serán presentados diferentes aspectos teórico-conceptuales que intentan brindar un panorama amplio respecto al ámbito en que se inscribe la investigación, como así también, sobre el objeto de estudio definido.

5.2.1. Concepto de salud: El Proceso Salud-Enfermedad.

Para comenzar, y debido a que nuestra investigación se enmarca en el campo de la salud, se ha decidido explicitar, algunos conceptos ligados a ella.

Cuando se intenta definir la salud se observa que el concepto ha sido entendido de distintas maneras. Según diversos enfoques sobre el tema, ha habido una evolución histórica en el pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, así como acerca de los modos de conservarla o recuperarla.

“(…) En el transcurso del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones sobre salud:

Uno ocurre en la primera mitad, cuando la medicina se subordina a la biología.

El otro momento corresponde ya a la segunda mitad del siglo, y es al que se adhiere en esta investigación, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se habla del proceso de salud-enfermedad (…) Son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el logro de un nivel o el desarrollo de una o más enfermedades específicas, sólo entendidas en ese contexto”³

Luego de una lectura exhaustiva hemos seleccionado algunos conceptos de “Salud” que coinciden con la perspectiva de nuestro estudio, a saber:

³ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2009) **Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios**. Argentina. Módulo I. Pág. 35.

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS: 1945)

“... el hecho social producto de una circunstancia política, económica, cultural y social que se da en una población en un determinado tiempo y lugar. Es un fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población (INE Jara)”⁴

En esta investigación se intenta clarificar una problemática que afecta a la salud de cientos de niños/as que son atendidos en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, la cual refiere a la gran incidencia de accidentes domésticos.

5.2.2. Accidentes.

Los accidentes domésticos aunque no son considerados una enfermedad, actúan de manera negativa sobre la salud, tomando diferentes formas: sean estas lesiones, traumatismos, quemaduras, fracturas, ahogamientos, asfixias, entre otras.

Según el artículo de las Lic. Iliane Materno Parra y Zoe Alonso Díaz, denominado “Accidentes en el Hogar”, un ‘accidente’ es un “acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales”⁵, y se reserva el término ‘accidente en el hogar’ para aquellos que “...ocurren en la vivienda propiamente dicha, patios, jardín, garajes, acceso a los pisos, vestíbulos de las escaleras, y todos los lugares pertenecientes al domicilio”⁶. Los accidentes en el hogar, según la OMS, son los de mayor morbilidad. Algunos estudios demuestran que la cifra de lesionados por accidentes en el hogar es 5 veces superior a los ocasionados por el tránsito, y

⁴ Op. Cit. 3. Pág. 37.

⁵ Iliane Materno Parra y Zoe Alonso Díaz. **Accidentes en el hogar**. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/accidentes_en_el_hogar.pdf Consultado el día 16/01/2011

⁶ Op. Cit. 5.

figuran entre las 5 causas principales de defunción en los niños de 1-14 años en 20 países de América Latina⁷.

Como se argumenta en el artículo “Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar” de la Dra. Lidia Arlaes Yero y otros, “los accidentes son la causa más común de muerte en los niños, siendo importante la influencia de los factores de riesgo en los hogares... los de tipo domésticos son la tercera parte del total de los accidentes que se reportan como productores de lesiones y muertes”⁸.

Entre las causas más frecuentes de accidentes se destaca:

- Caídas
- Quemaduras
- Intoxicaciones
- Asfixia

Los accidentes domésticos tienen lugar entre familias que presentan diferentes condiciones socio-económicas-educativas y habitacionales, pero no todas concurren a las mismas instituciones de salud. Esto se debe, entre otras cosas, a las características que toma el Sistema de Salud Argentino.

5.2.3. Sistema de Salud Argentino.

Nuestro sistema de Salud se caracteriza, sobre todo, por “una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: Público, De la seguridad social y Privado.

Pero, además, continúa la fragmentación hacia dentro de cada uno de los subsectores.

⁷ Rigol O, Pérez F, Perea J, Fernández J, Fernández JE (1990) **Medicina general integral**. La Habana, Cuba. Editorial Pueblo y Educación. Pág. 69-76.

⁸ Lidia Arlaes Yero y otros (1998) **Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar**. Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n6/mgi12698.pdf> Consultado el día: 16/01/2011

El subsector público está fragmentado en niveles: Nacional, Provincial y Municipal; queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: 2009)

Dentro del subsector público, que es en el cual nos situamos para realizar la presente investigación, y particularmente en relación con la problemática de accidentes domésticos, tienen interés particular:

- los 27 Centros de salud y unidades sanitarias de la Municipalidad
- el Hospital Interzonal Especializado Materno infantil (HIEMI), de la Provincia de Buenos Aires.

En los centros de salud y unidades sanitarias, en la actualidad, tiene vigencia un programa provincial destinado a prevenir los accidentes y las lesiones, denominado ProPAL, ya que se considera que “la responsabilidad del Estado en cuanto a la protección de la salud pública, es regularla, vigilarla y promoverla. (por tal motivo) es deber del Sector Salud tomar medidas que promuevan acciones orientadas a disminuir la vulnerabilidad individual y social, así como promover acciones que logren una adecuada sensibilización y educación al ciudadano en prevención de lesiones.”⁹

Así, el desafío “implica no sólo lograr la disminución de muertes y lesiones causados por los accidentes, sino también, como objetivo principal, la modificación de conductas de riesgo entre los miembros de nuestra sociedad en los diferentes ámbitos donde desarrolla su actividad cotidiana. Esto implica trabajar en la incorporación y asimilación de nuevos valores, actitudes y hábitos saludables. Al mismo tiempo, se plantean como objetivo, promover la gestión del riesgo a través de la implementación y desarrollo de programas continuos y sostenibles de prevención, promoción y atención de las lesiones; con la finalidad de desarrollar mecanismos y estrategias para la protección de los usuarios vulnerables, y la generación de comunidades seguras.”¹⁰

⁹ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Año Desconocido) **Programa de prevención de accidentes y lesiones (PROPAL)**. Argentina. Disponible en:

<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/propal/propal.html> Consultado el día: 15/02/2011.

¹⁰ Op. Cit. 9.

Pese a la existencia de este programa, durante el año 2009, se evidenció en el HIEMI un considerable grupo de niños/as menores de un año que ingresaron por causa de accidente doméstico. Este hecho resulta significativo debido a que, al no concurrir a instituciones de tipo educativas, deportivas o culturales por su corta edad, el cuidado y vigilancia de ellos recae principalmente en sus padres y/o cuidadores.

El HIEMI depende administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, aunque funciona de manera descentralizada.

Este hospital se encuentra vinculado con la coordinación de la Zona Sanitaria VIII, pues es el hospital materno-infantil de referencia de la misma. De acuerdo al área de influencia, es decir al alcance del área geográfica de donde provienen sus pacientes, el HIEMI es Interzonal, pues recibe la derivación de los 16 partidos de dicha Región, que ocupa la zona sudoeste de la provincia de Buenos Aires.

El HIEMI trabaja en relación a la prevención secundaria, abordando la problemática de accidentes domésticos una vez que estos han ocurrido, al mismo tiempo que intenta articular con el primer nivel de atención (centros de salud y unidades sanitarias, antes mencionados).

Resulta importante considerar, entonces, que una parte importante de la población que acude al subsector público proviene de familias en situación de precariedad laboral, o bien con jefes y jefas de hogar desempleados, que no cuentan con cobertura social, ni con los recursos financieros necesarios como para acceder a servicios de salud a través del sub-sector privado.

5.2.4. Educación y promoción para la Salud.

Se parte de la idea de que la mayor parte de los accidentes domésticos pueden prevenirse. Por este motivo, resulta de fundamental importancia trabajar en torno a la educación y a la promoción de la salud, las cuales están destinadas a promover el cuidado de sí mismo y de los otros.

En términos conceptuales, Góes Pereyra Lima sostiene que "La educación ocurre formal e informalmente en la vida social, en un proceso polidireccional

de gran complejidad. Vivenciada distintamente por las personas y grupos de la población, refleja valores sociales, la realidad histórica, sociocultural y política, ideologías, condiciones de vida, y prácticas pedagógicas ella será siempre acción educativa (...) La educación, en su especificidad, es una práctica social orientada para la formación de la persona en su integralidad.”¹¹

En el mismo texto, L'Abbate sostiene que cuando se habla de 'Educación para la salud', "se parte del presupuesto que las metas que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de un país o región, solamente podrán ser alcanzadas si las medidas de orden política son combinadas con acciones específicas en el interior de las instituciones, sobre todo en los servicios de salud, y otros sectores en los cuales la educación para la salud sea relevante: escuelas, empresas, sindicatos, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de barrio, comunidades religiosas, y otros (...) La Educación para la Salud debe estar involucrada en el cotidiano de las personas, considerando una multiplicidad de aspectos: desde aquellos relacionados a los cuidados con el cuerpo y la mente hasta la percepción de los bienes colectivos producidos por la sociedad, que los ciudadanos pueden y deben usufruir, y la lucha para que tales derechos sean efectivos (...) Los procesos educativos deben penetrar de forma capilar, en lo posible, a toda la sociedad. Sólo así, podrá ocurrir una nueva promoción de la salud, o sea aquella que tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social.

(...) La Educación para la Salud es una práctica social concreta, que se establece entre determinados sujetos - profesionales y usuarios - que actúan en el interior de las instituciones, en busca de autonomía, capaces de escoger y tomar decisiones, considerando valores éticos de justicia, solidaridad, productividad y equidad, actuando como educadores en su relación con el otro (individuo, grupo, comunidad).”¹²

La educación para la salud está estrechamente ligada con la promoción de la salud, la cual es definida por la Carta de Ottawa (1986) como “proceso de

¹¹ Góes Pereyra Lima (Año desconocido) **Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: Especificidades, interfaces, intersecciones.** Brasil. Pág.1-2 Disponible en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.oria/xviconf.htm> Consultado el día: 5/05/2011

¹² Op. Cit. 11. Pág. 3.

capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y de salud, incluso un mayor control sobre ese proceso. Agregase que: para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, individuos y grupos deben ser capaces de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o saber manejar el medio ambiente. Esto significa controlar los factores políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, los cuales incluyen: habitación, educación, alimentación, renta, acceso a los servicios de salud, ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social, y otros.”¹³

Estos factores pueden materializarse y adquirir formas particulares al interior de cada familia, la cual al mismo tiempo resulta un ámbito propicio para implementar procesos de promoción y educación para la salud.

5.2.5. Familia.

En esta investigación la familia cumple un rol crucial, ya que el desarrollo de los niños de 0 a 1 año (franja etárea definida para realizar la investigación) tiene lugar, principalmente, en ella, que se presenta como espacio de socialización primaria y como ámbito indispensable en que el niño puede desarrollar su existencia.

En este sentido, se adhiere al concepto de ‘naturalización de la institución denominada familia’ elaborado por Durham, Eunice. Para ella “...es propio del sentido común concebir a las instituciones relativamente estables de la sociedad como formas “naturales” de organización de la vida colectiva, antes que como productos modificables de la actividad social. En el caso de la familia, la tendencia a la “naturalización” está especialmente reforzada por el hecho de tratarse de una institución relacionada privilegiadamente con la regulación social de actividades de base nítidamente biológicas: el sexo y la reproducción.”¹⁴

¹³ OMS (1986) **International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa, Ontario, Canada.

¹⁴ Durham Eunice (1983) **Familia y reproducción humana**, en Revista perspectiva antropológica. Río de Janeiro, Brasil. Pág. 1.

De acuerdo con ello, hemos decidido adoptar una serie de definiciones que permitan abarcar las diferentes formas que adopta la familia y comprender mejor dicho concepto.

Eloísa de Jong sostiene que "...La familia es una institución de la sociedad y una organización material, por este motivo podemos hablar de ella como una particular forma de organización institucional, que se da en un tiempo y en un espacio, donde se comparten responsabilidades en función de la reproducción social de la vida, y que utiliza y necesita de determinados medios para lograrlo (...) La familia es también un grupo, con un tiempo y un espacio compartido, donde cada sujeto tiene su propia representación interna de lo que constituye el escenario familiar, donde la tarea del grupo es la reproducción social de la vida según funciones y roles."¹⁵

Torrado realiza una distinción entre hogar y familia. "...El termino hogar, por su parte, comprendería un grupo de personas que comparten la misma vivienda y que se asocian para proveer en común a sus necesidades alimenticias o de otra índole vital. Y por otra parte, la familia abarca a dos o más miembros de un hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción o matrimonio"¹⁶.

Según Carlos Eroles, "la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. En su tarea socializadora, la familia cumple con la trascendente función social de preservar y transmitir los valores y las tradiciones del pueblo, sirviendo de enlace a las generaciones"¹⁷.

Jelin Elizabeth aclara que "las redes de ayuda mutua entre vecinas y parientes tienen una gran importancia, muchos niños son cuidados por sus abuelas no convivientes, existen ayudas y complementariedad en las

¹⁵ De Jong Eloisa (2001) **La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social**. UNER. Argentina. Editorial espacio. Pág. 26.

¹⁶ Torrado, Susana (1998) **Familia y Diferenciación Social. Cuestión de Método**. Buenos Aires, Argentina. Ed. EUDEBA. Documento 5. Pág.4.

¹⁷ Eroles, Carlos (1998) **Familia y trabajo social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional**. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.

responsabilidades domesticas entre vecinas, tanto como ayudas en situaciones de crisis o emergencias, etc.”¹⁸

La misma autora, en ‘Familia: Crisis y Después’ sostiene que “en el campo de las creencias e imágenes sobre la familia y los vínculos familiares existen fuerzas que empujan en direcciones contradictorias hacia profundas transformaciones en la organización y en la ideología familiar. La tensión entre la solidaridad y la unidad de los miembros y la individuación y autonomía personal que generan conflictos es, a esta altura, constitutiva de la familia. Así y todo, para esta autora, “la familia es una institución formadora de futuras generaciones... Sin intervenciones externas, tiende a transmitir y reforzar patrones de desigualdad existentes: su accionar en un sentido más equitativo requiere una acción afirmativa por parte del Estado o de otras instancias colectivas”¹⁹.

“Residencia, domesticidad, parentesco y sexualidad son, para esta autora, tal como lo menciona en su libro titulado ‘Pan y Afectos’, los parámetros dentro de los cuales se mueve esa unidad que nos elude, la familia”²⁰

Estas definiciones de tipo abarcativas permiten tomar la clasificación que realiza Arriagada Irma en su artículo denominado “Políticas Sociales y Familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo”. Según la misma, las familias pueden ser:

- Las familias nucleares. Son aquellos constituidos por padre, madre e hijo/s. Los hogares nucleares urbanos muestran en su interior cierta diversidad en su constitución, ya que se puede distinguir entre familias nucleares de jefatura masculina y femenina.

- Las familias monoparentales. Son aquellas familias compuestas por padre o madre e hijo/s. La constitución de este tipo de hogar obedece a

¹⁸ Jelín, Elizabeth (1998) **Pan y Afectos. La transformación de las familias**. Buenos Aires, Argentina Cap V: “Lo privado y público” Pág. 58.

¹⁹ Jelín, Elizabeth (1994) **Familia, crisis y después** en Wainerman, C. “Vivir en Familia”. Buenos Aires, Argentina. UNICEF/ Losada. Pág. 41.

²⁰ Op. Cit. 18. Pág 56.

diversos fenómenos: aumento de las separaciones y divorcios entre las parejas; incremento de la fecundidad adolescente que no va acompañada por matrimonio; migración laboral de los esposos y también situaciones de viudez.

• Las familias extensas y compuestas. Las familias extensas son aquellas conformadas por padre, madre, hijos/as y por otro/s parientes; se puede entender como aquellas familias en las que, por ejemplo, conviven tres generaciones o más. Las compuestas, por su parte, son aquellas conformadas por padre, madre, hijos/as, (puede haber o no otros parientes) y por otras personas con las que no existe relación de parentesco. Estos hogares reflejan diversas situaciones desde cierta perspectiva, se los considera como modelos más “tradicionales” de familia, que el proceso de urbanización trasladó del campo a la ciudad; desde otra perspectiva, su persistencia y en ciertos momentos su crecimiento, se ha asociado con estrategias de las familias urbanas para enfrentar la crisis económica por la que han atravesado las sociedades latinoamericanas.

• Los hogares sin núcleo. Se trata de personas que tienen o no lazos de parentesco, pero no hay relación de filiación, es decir, están constituidos sólo por hermanos, abuelos, nietos, primos, tíos, sobrinos y no parientes.

• Los hogares unipersonales. Representan aquellos hogares en los que sólo vive una persona, pero no son considerados familia. Hubo un crecimiento en la magnitud de los hogares unipersonales que obedece principalmente a tendencias de envejecimiento de la población. También constituyen una proporción muy importante de los hogares con jefatura femenina, que se explica por la mayor esperanza de vida de las mujeres,

es decir, una parte importante de estos hogares estaría formado por viudas. (Arriagada: 1997)

Existe al mismo tiempo otra manera de clasificar los hogares o las familias. Luis Beccaria y Pablo Vinocur en 'La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza', toman para hacerlo, variables de tipo socio-económicas: LP y NBI.

Ellos sostienen que existen "dos aproximaciones tradicionalmente utilizadas para la medición de la pobreza: la denominada línea de pobreza (LP) y la de necesidades básicas insatisfechas (NBI). La primera presupone la determinación de una canasta básica de bienes y servicios de costo mínimo que se construye respetando las pautas culturales de consumo de los estratos populares en un determinado momento histórico. Esta canasta normativa, una vez establecido su valor, define la LP. La valorización de una canasta de alimentos de costo mínimo, a su vez, permite determinar la línea de indigencia (LI).

La segunda aproximación remite a las manifestaciones materiales que evidencian falta de acceso a ciertos servicios como vivienda, agua potable y educación. Así, según el criterio de las NBI se considera como pobres a los hogares que responden a por lo menos, uno de los siguientes indicadores:

- a) Conviven más de tres personas por cuarto, (hacinamiento).
- b) Sus viviendas carecen de servicios sanitarios básicos, cuyo indicador es la ausencia de inodoro con arrastre de agua
- c) Sus viviendas son precarias (construidas con materiales de desecho o en terrenos de tenencia precaria)
- d) Hay niños en edad escolar que no asisten a la escuela
- e) Hay 4 ó más personas por miembro ocupado (carga de dependencia) y el jefe de hogar tiene un nivel de instrucción igual o menor a segundo grado de primaria...

Ambos métodos evalúan situaciones diferentes. El NBI, la pobreza histórica o estructural, es decir la de aquellos sectores que han sufrido carencias esenciales por generaciones y que difícilmente puedan superarlas mediante

estrategias individuales, aun cuando sus ingresos sean superiores al valor de la LP; estos sectores requieren programas sociales, como los de crédito para la vivienda, construcciones de redes de agua potable, etc. El método de la LP toma en cuenta aquella situación de pobreza que sólo se expresa en ingresos insuficientes y que en la Argentina es resultado de un proceso de pauperización.

La combinación ambos métodos de medición (NBI y LP) propuesta por los autores da lugar a un conjunto de categorías que dan cuenta de la heterogeneidad de las condiciones de pobreza y, a su vez, permite inferir cuáles son las intervenciones más adecuadas y efectivas para cada situación.

A partir de este marco referencial surge clasificación de los hogares en cuatro grupos principales, (que puede ser aún más compleja si se incorporan gradientes en la intensidad de las carencias):

	LP	No pobres
NBI	Estructurales	Transicionales
No NBI	Pauperizados	No pobres

»21

Los autores identificaron grupos de distintos grados de intensidad de la pobreza entre los pobres por NBI, definiendo los siguientes estratos:

- "Pobreza extrema: constituido por aquellos hogares que presenten *al menos una* de las siguientes cuatro condiciones: 1) ingresos inferiores al valor de la LI; 2) vivienda precaria; 3) vivienda sin servicio higiénico d arrastre de agua; 4) hacinamiento y además tenencia precaria de vivienda.

- Pobreza estructural no extrema: constituido por aquellos hogares con *al menos una* de las siguientes condiciones: 1) hacinamiento; 2) deserción escolar; 3) tasas de dependencia de cuatro y más inactivos por miembro ocupado; 4) tenencia precaria de vivienda. En todos los casos con ingresos inferiores a la LP, pero superiores a la LI.

²¹ Beccaria Luis y Vinocur Pablo. **La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza.** En "Ciencia hoy". Vol 4 N° 21. Cód 4290. Buenos Aires. Año 1992. Pág. 20

- Pobreza estructural con ingresos suficientes: constituido por hogares con las mismas características que el subgrupo anterior, pero con ingresos mayores que la LP.”²²

5.2.6. La división sexual del trabajo: El rol de la mujer dentro de la familia.

Para Margullis Mario, “la distinción ente sexo y género... tiende a poner de manifiesto que muchos de los comportamientos distintivos de hombres y mujeres tienen su base en los procesos de socialización: Sexo remite principalmente a los comportamientos y diferencias que reconocen origen biológico o anatómico, mientras que la palabra género da relevancia a los condicionamientos de tipo cultural, el modo en que cada cultura ha ido definiendo históricamente los comportamientos esperados y el lugar social de hombres o de mujeres.”²³

Todas las sociedades humanas conocidas poseen una división sexual del trabajo, una diferenciación entre roles femeninos y masculinos que encuentra en la familia su manifestación más privilegiada. La variabilidad de formas de la división sexual del trabajo se construye en torno a una tendencia prácticamente universal: la separación de la vida social en una esfera pública, eminentemente masculina, asociada a la política y a la guerra y una esfera doméstica privada, femenina, sujeta a la reproducción y al cuidado de los niños.

“La revolución sexual de los años 60 impactó con gran intensidad en las instituciones que regulaban la vida afectiva y familiar... dio lugar a un proceso de sucesivas libertades y adaptaciones, desafiando los desequilibrios anteriores y acelerando el cuestionamiento y la transformación de instituciones seculares como el matrimonio y la familia.

La revolución sexual... refiere a un cambio dramático que afectó profundamente las normas y costumbres... la familia y la definición social de

²² Op. Cit. 21. Pág. 21

²³ Margulis, Mario (2003) **Mandatos culturales sobre la sexualidad y el amor**, en Margulis, M y otros, Juventud, cultura y sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Ed. Biblos. Pág.28.

los roles femeninos impulsando y acelerando la transformación de las instituciones que estaban en la base de la vida privada en las sociedades occidentales.

Hasta finales del siglo XIX...las mujeres dependían legalmente del padre o del marido y recién en el siglo XX hubo progresos significativos en su derecho al voto en los principales países de Europa, lo cual no significó la plena igualdad en la escena política: Durante la primera mitad del siglo XX crecieron los movimientos que luchaban por la igualdad de los sexos. La mayor participación de la mujer en el trabajo y en actividades hasta entonces típicamente masculinas... contribuyó a una mayor independencia en el plano de las costumbres y la vida cotidiana y a una mayor soltura en el uso del cuerpo (...) La llamada revolución sexual fue un proceso histórico, con raíces en la dinámica social, económica y cultural, impulsado por importantes contradicciones sociales... El control de la fecundidad comenzó a ser asociado con propuestas de reducción del tamaño de la familia y desde luego con la introducción de técnicas anticonceptivas. Ello, sumado a la demanda de fuerza de trabajo femenina en el campo laboral, abrió el camino hacia un nuevo tipo de mujer que liberada del prolongado ciclo de embarazos y partos podía aspirar a familias más pequeñas y a un crecimiento de la importancia de la pareja, lo que estaba asociado con los discursos sobre el amor y la comprensión recíproca como formas de realización personal (...)

El principal acontecimiento visible de este proceso de cambio fue la píldora, o sea la divulgación de un nuevo tipo de anticonceptivo oral cuyo control quedaba a cargo de la mujer (...)

La revolución sexual de los 60 inicia un proceso todavía inacabado, entre cuyas transformaciones principales señala la progresiva libertad sexual y los cambios trascendentes en dirección de una autonomía sexual femenina.²⁴

Los nuevos métodos anticonceptivos ofrecen a la mujer la "perspectiva de una sexualidad abierta a su propio placer, sin la imposición de numerosos embarazos y partos. El placer femenino, se comienza a instalar... primero como posibilidad, luego como reclamo y por último como un derecho. Esto

²⁴ Op. Cit. 28. Págs. 38-39.

implica nuevos modelos de mujer... Los códigos culturales que regulaban la forma de ser mujer: lo que le estaba permitido, sus modos de hablar y de interactuar, sus aspiraciones y posibilidades de crecimiento personal y sus derechos y obligaciones, comienzan a transformarse.”²⁵

5.2.7. Los cuidados y las mujeres

Según un estudio realizado por María Teresa Martín Palomo, “en nuestra sociedad las familias han asumido el cuidado de las personas, especialmente de aquellas que tienen menos autonomía -niños, ancianos, enfermos, personas con algún tipo de discapacidad. El reparto de los cuidados se resuelve en este contexto bajo una lógica binaria que estructura las tareas y responsabilidades en función del género: sobre las mujeres recaen aquellos trabajos que se desarrollan en el ámbito doméstico-familiar y que tienen relación con el cuidado de los miembros de la familia, mientras que los hombres son los principales responsables del ámbito público. Hasta no hace mucho tiempo esta férrea división de papeles ha sido fundamental para la vida social ya que la familia ha ocupado un lugar central como proveedora de protección y seguridad.”²⁶

La autora revisa los diferentes enfoques teóricos que abordan los cuidados y los debates que están desarrollándose en la actualidad en los países europeos en torno a la gestión pública de la atención a las personas en situación de dependencia. En dicho análisis se explorarán los aspectos materiales, afectivos y morales de los cuidados y cómo se ha transformado el significado de los mismos.

“...Una de las dificultades teóricas y empíricas que se ha encontrado para analizar las actividades realizadas por las mujeres en las familias, tiene que ver con el hecho de que en el ámbito doméstico familiar, al contrario de lo que ocurre en la esfera económica, en que las mercancías se intercambian por

²⁵ Op. Cit. 23. Pág. 41.

²⁶ Martín Palomo, María Teresa. (2008) **Los cuidados y las mujeres**. Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Pág. 4. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF> Consultado el día:
27/06/2011

otras mercancías, se consume otro tipo de relación entre personas: la disponibilidad permanente del tiempo de las mujeres al servicio de la familia.”²⁷

“La segunda línea de investigación se desarrolla a partir del análisis del modo en que mujeres y hombres comparten, o no, el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar... Poco a poco se va perfilando una corriente sociológica que inicia el proyecto de articular simultáneamente dimensiones familiares y profesionales de la vida de las mujeres, en su vida cotidiana y también en sus trayectorias laborales. Estos estudios cuestionan la idea de que “la familia sea cada vez más igualitaria, al mostrar cómo las mujeres que trabajan fuera del hogar, en familias denominadas de ‘*doble ingreso*’ o de ‘*doble carrera*’, siguen siendo las principales responsables de las tareas domésticas y del cuidado de sus miembros. También se ha puesto de relieve que la distribución de recursos, poder y tiempo influyen en la participación diferencial de las mujeres en el mercado laboral, en la esfera política y, en general, en la esfera pública.

(...)La especificidad de los cuidados radica en que se encuentran en un territorio transfronterizo especialmente cuando se prestan en el marco de las relaciones familiares, muchas veces dentro de los hogares, sin ninguna remuneración a cambio, bajo un fuerte contenido moral y afectivo.”²⁸

Una propuesta sugerente, que permite analizar los cuidados en entornos familiares en sus diferentes dimensiones, es la que desarrolla Rachel Salazar al diferenciar en la vida familiar tres aspectos: “los materiales, es decir, aquellos relacionados con la oferta y consumo de servicios dentro del hogar; los morales –disciplinarios, socialización de los menores, sentido del deber y de la responsabilidad (abnegación, sacrificio); y los afectivos, donde se introduce la dimensión emocional de las relaciones familiares (calidad humana, preocupación por el otro, resentimiento, amor).”²⁹

²⁷ Fougeryollas-Schwebel (2002), citado en: Martín Palomo, María Teresa, **Los cuidados y las mujeres**. Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Año 2008. Pág. 4. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF> Consultado el día: 27/06/2011

²⁸ Op. Cit. 26. Pág. 4-5.

²⁹ Rachel Salazar (2001), citado en: Martín Palomo, María Teresa. **Los cuidados y las mujeres**. Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Año 2008. Pág. 5. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF> Consultado el día: 27/06/2011

“En general, la materialidad de los intercambios los hace más visibles y medibles tanto en términos de tiempo como de dinero, dos magnitudes que se han estandarizado en las ciencias sociales, si bien, como señalábamos más arriba, éstas presentan limitaciones y dificultades tales como medir tareas realizadas simultáneamente.”³⁰ Además, los cuidados se caracterizan por su invisibilidad y discreción. De hecho, “...de esta invisibilidad y discreción depende su éxito en tanto que los cuidados se hacen visibles cuando algo falla, cuando faltan o no se cubren adecuadamente, por lo que la invisibilidad de los cuidados presenta un déficit crónico.”³¹

En relación con los aspectos morales la autora se refiere a “las ideas como principios últimos de comportamiento, por las cuales actuamos o creemos actuar, es decir, aquellas construcciones que definen lo que está bien y lo que está mal, lo que es bueno y lo que es malo, lo que se considera valioso, correcto, apropiado para una convivencia justa... Esta perspectiva es prometedora para abordar cómo se transmiten y negocian entre diferentes generaciones los saberes y competencias sobre cuidados, así como la responsabilidad moral de los mismos, o ¿es algo que ocurre de forma simultánea? Es fundamental inquirir sobre las cuestiones morales y afectivas en la construcción de los saberes y competencias, en la negociación sobre las relaciones y las prácticas sobre cuidados para deconstruir la tradicional “naturalización” del ser y el deber ser por el que se adjudican los cuidados a las mujeres y los cuidados son, por lo general, confundidos con la feminidad. El concepto de cuidados se amplía enormemente desde un enfoque que contempla cuestiones afectivas y morales a la par que las propiamente materiales. No obstante, se debe insistir en que cuando se habla de cuidados en realidad se está hablando de una gran cantidad de trabajo, un trabajo que puede ser o no realizado, un trabajo contingente, que participa directamente en

³⁰ Legarreta (2005), citado en: Martín Palomo, María Teresa. **Los cuidados y las mujeres**. Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Año 2008. Pág. 5. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF> Consultado el día: 27/06/2011

³¹ Molinier (2005), citado en: Martín Palomo, María Teresa. **Los cuidados y las mujeres**. Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Año 2008. Pág. 5. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF> Consultado el día: 27/06/2011

el mantenimiento o la preservación de la vida del otro, de asistir a sus necesidades básicas o en promover su autonomía. Así, los cuidados son sobre todo trabajos, prestados con amor, por dinero o a cambio de cualquier otro tipo de bienes materiales o simbólicos... pero trabajo a fin de cuentas: trabajo de cuidados. (...) La escasa distribución de los cuidados entre hombres y mujeres en entornos familiares, junto con la limitación de los sistemas de protección social así como la escasez de los servicios públicos para proveer de cuidados se traduce en una transferencia del mismo a otras mujeres de diferentes generaciones, de diferentes estatus socioeconómicos o diferentes países. Y ello tiene lugar mediante el desarrollo de un doble proceso: por un lado, se abren nuevas oportunidades laborales para muchas mujeres dentro y fuera de los hogares; por otro lado, se reparten los cuidados entre mujeres de diferentes generaciones de las redes familiares.”³²

5.2.8. Familia y vida cotidiana

Carlos Eroles sostiene que si definimos transitoriamente al trabajo social como el quehacer científico que desarrolla una metodología de intervención tendiente a favorecer la generación de condiciones para mejorar la calidad de vida de los sectores populares, los grupos sociales a partir del protagonismo y participación de las familias, los grupos sociales y las comunidades, el rol del trabajador social, es acompañar la lucha popular por la transformación social, ofreciendo su intervención específica en los niveles micro y de macro actuación profesional.

Esta tarea como quehacer profesional que conjuga un ámbito de micro actuación, la vida cotidiana, y un espacio de macro actuación, la política social.

Como ámbito de la con-vivencia social, la cotidianeidad se presenta como el espacio donde se manifiestan e interactúan necesidades, condicionamientos, afectos, valoraciones, relaciones humanas y vínculos personales. Las formas concretas que reviste la vida de los hombres están directamente relacionadas con las modalidades en que la existencia material se produce y se reproduce.

³² Op. Cit. 26. Pág. 6-8.

Cotidianeidad es la manifestación inmediata, en un tiempo, en un ritmo, en un espacio, de las complejas relaciones sociales que regulan la vida de los hombres en una época histórica determinada. (Eroles: 1998)

Ahora bien, la familia es la institución en que las personas desarrollan mayormente su cotidianeidad. Jelin Elizabeth en 'Pan y Afectos' sostiene que "la organización social de las actividades domésticas incluye la producción y el consumo cotidiano de alimentos y otros bienes y servicios de subsistencia, así como las actividades ligadas a la reposición generacional, es decir tener hijos, cuidarlos y socializarlos y atender a los ancianos. En el ámbito doméstico se lava, se plancha, se limpia, se cocina, se come; todas estas tareas donde la cercanía física es fundamental: quienes las realizan para sí mismas/os y aquellos a quienes se cuida y se atiende se ven cara a cara prácticamente todos los días (...) Para llevar adelante estas tareas toda unidad doméstica requiere tener acceso a recursos... la adquisición de recursos es problemática y la unidad doméstica debe desarrollar los mecanismos para su obtención o creación, para su defensa, para su recreación continua y para su administración. Los recursos pueden provenir de distintas fuentes: el trabajo remunerado y no remunerado de los miembros, las transferencias de instituciones formales reconocidas para este fin (fundamentalmente el Estado, a través de pensiones y servicios), la ayuda de organizaciones sociales solidarias (organismos no gubernamentales), los ahorros propios y otras fuentes de ingresos (rentas, inversiones) y las transferencias informales basadas en redes de ayuda mutua e intercambio (incluyendo las remesas de miembros de la familia migrantes a otros lugares). A su vez los recursos pueden ser monetarios o constituirse en bienes y servicios de uso directo."³³

"Respecto a las tareas ligadas a la reproducción generacional de la población- tener hijos, cuidarlos, educarlos-, las relaciones familiares construyen los vínculos fundamentales, coincidan o no con el grupo doméstico. Los padres y madres son, en términos de expectativas sociales y de preceptos legales, los responsables de dar protección y cuidado a sus hijos."³⁴

³³ Op. Cit. 18. Págs.56-57

³⁴ Op. Cit. 15. Págs. 60-61

5.2.9. Vivienda saludable.

Mirta Chockler considera que los niños/as deben permanecer y transitar en ambientes seguros y protegidos, desde su nacimiento e incluso antes. Un ambiente seguro para ellos/as es seguro también para los adultos. La autora considera que la seguridad no va en desmedro de la libertad, al contrario: un espacio protegido es un ámbito donde los niños/as pueden moverse y explorar paulatinamente sus límites. El primer espacio seguro que hay que ofrecer es el hogar. Es donde los niños/as permanecerán más tiempo al menos hasta la edad escolar. La supervisión parental es fundamental, pero no es materialmente posible –y mucho menos deseable- ejercerla en forma directa las 24 horas del día en un ámbito con múltiples amenazas (Ministerio de Salud de Neuquén: 2010).

En esta investigación se adhiere a la propuesta de 'Vivienda Saludable', la cual fue enunciada en 1987 por la Organización Mundial de la Salud y lanzada como iniciativa para las Américas en 1994 por la Organización Panamericana de la Salud.

La misma es definida como el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia, vinculadas a su protección y desarrollo, incluye también un concepto de peridomicilio de límites abiertos y difusos, que la funden e integran a la noción de comunidad.

Las potencialidades que ofrece para la comprensión integral este concepto de vivienda saludable están vinculadas, por un lado, a que la vivienda se constituye en el primer espacio estructurante de determinadas condiciones y estilos de vida, en el que el hombre transita una parte sustancial de sus días y de su vida y, por otro lado, a que han sido ampliamente descriptos el sinnúmero de problemas de salud, vinculados a deficientes condiciones medioambientales e insalubridad de la vivienda.

Esta relación entre vivienda y salud constituye, en el caso de América Latina, para María Beatriz Ciuffolini y Humberto Jure, un aspecto altamente

preocupante si se considera que aproximadamente 127 millones de habitantes viven en asentamientos precarios urbanos.

Además, estas condiciones de precariedad habitacional afectan principalmente a las poblaciones más pobres y a los más vulnerables, como niños menores de 5 años, grupos poblacionales que por sus condiciones vitales pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda.

De esta forma, el concepto de vivienda saludable alude a un espacio residencial que promueve la salud de sus moradores cumpliendo condiciones fundamentales ligadas a condiciones de vida (tenencia segura, ubicación diseño y estructura adecuada, servicios básicos de calidad) y a estilos (bienes de consumo seguros y hábitos de comportamiento saludables).

Los autores consideran que esta propuesta de 'Vivienda Saludable' merece una reelaboración en función de considerar no solamente las clásicas variables de evaluación de la vivienda: materialidad (materiales de techo, paredes, pisos, etc.); espacio habitable (hacinamiento); provisión de servicios básicos (agua potable, electricidad, saneamiento ambiental, recolección de residuos, etc.); equipamiento del hogar (electrodomésticos, teléfono, etc.), localización de la vivienda (en relación a las posibles amenazas que implican la proximidad a carreteras, fábricas, etc.) sino que de cuenta además de los determinantes políticos, socioeconómicos, culturales, etc.

En este sentido, la "vivienda saludable" es entendida como recurso para analizar y comprender el desarrollo de los modos de vida que una familia configura en un determinado contexto comunitario

Entonces, la propuesta de vivienda saludable, al considerar como campo de referencia al hombre en su hábitat y su significancia en términos de calidad de vida, aparece como un concepto operativo con múltiples potencialidades para estructurar modelos de abordaje integral de los problemas de salud. (Ciuffolini y Jure: 2006)

5.2.10. Primer año de vida.

Dado que para la realización de este trabajo se tomaron casos de niños/as de 0 a 1 año, se cree imprescindible el estudio de la etapa evolutiva que estos atraviesan. Se toma a Jean Piaget por ser un referente en el estudio del desarrollo del niño.

Una de las características centrales de Jean Piaget es la consideración del niño como sujeto activo en su proceso de evolución.

De este modo, el pensamiento se desarrolla en el niño a través de una serie de estadios evolutivos. La primera fase de dichos estadios, que comprende hasta los dos años de vida, está dominada por lo que Piaget llama inteligencia senso- motriz. En este estadio el bebé adquiere cierta capacidad de discriminación de la realidad porque, más allá de los reflejos hereditarios, pone en funcionamiento lo que este autor denomina asimilación perceptiva y motriz. El lactante no se contenta con chupar cuando mamá, sino que chupa también en el vacío, se chupa los dedos cuando los encuentra, después, cualquier objeto que fortuitamente se le presente, y, finalmente, coordina el movimiento de los brazos con la succión hasta llevarse a veces, el pulgar a la boca. En una palabra, asimila una parte de su universo a la succión, hasta el punto de que su comportamiento inicial podría expresarse diciendo que, para él, el mundo es esencialmente una realidad susceptible de ser chupada. Es cierto que, rápidamente, ese mismo universo habrá de convertirse en una realidad susceptible de ser mirada, escuchada y, cuando los propios movimientos lo permitan sacudida.

En un segundo estadio, la asimilación se hace más progresiva, produciéndose la "reacción circular" que abre camino a una serie o "esquema" de conductas primarias. Ello ocurre el cuarto o quinto mes, y es el momento en que el bebé empieza a adquirir los primeros hábitos.

En un tercer estadio correlativo, que alcanza hasta el octavo o noveno mes, se produce la coordinación de la visión y de la prensión, que permite el tránsito del hábito a la inteligencia. A partir de entonces y hasta que el niño cumple el primer año, se atraviesa una etapa en la que las adquisiciones anteriores se aplican al logro de objetivos nuevos.

El periodo que va del nacimiento a la adquisición del lenguaje está marcado por un desarrollo mental extraordinario. Consiste nada menos que en una conquista, a través de las percepciones y los movimientos, de todo el universo práctico que rodea al niño pequeño.

La evolución del espacio práctico es enteramente solidaria de la construcción de objetos, al principio hay tantos espacios, no coordinados entre sí, como campos sensoriales (espacios bucal, visual, táctil, etc.) y cada uno de ellos está centrado en los movimientos y la actividad propios. El espacio visual, por ejemplo al principio, no conoce al principio las mismas profundidades que el niño habrá de construir más adelante

Ahora bien, la evolución de la afectividad durante los dos primeros años da lugar a un cuadro que, en conjunto, se corresponde bastante exactamente con el que permite establecer el estudio de las funciones motrices y cognoscitivas. Existe por ejemplo un paralelismo constante entre la vida afectiva y la vida intelectual. La afectividad y la inteligencia son, pues, indisolubles y constituyen los dos aspectos complementarios de toda conducta humana. (Piaget: 1991)

Desde el punto de vista de Chokler Mirta, tras el nacimiento del bebé sigue un período de adaptación y ajuste para toda la familia. Este es un período vulnerable y clave para el niño.

El niño o la niña comienzan a interactuar con su entorno, aprende y se va adaptando a su familia, que tendrá que ir entendiendo las señales que emita para poder responder a sus necesidades físicas y psicológicas. El estilo de esta interacción estará influenciado por las características socioculturales del medio en el que viven.

El bebé sufre al nacer un cambio brusco, "pierde su envoltura". Esta angustia puede ser mitigada cuando el adulto funciona como envoltura protectora que sostiene y cohesiona, física y emocionalmente.

La relación con la madre (también podría ser un cuidador adulto significativo) aparece como el primer factor de importancia fundamental en la formación de la personalidad del niño/a. La madre ofrece los cimientos para la construcción

de la salud mental. El “personaje materno” es indispensable, pues nuestra propia vida se desprende y depende del mismo.

La función paterna sostiene y apoya.

La autora expone la evolución de los niños/as de 0 a 1 año de la siguiente manera:

- **El niño y la niña de un mes:** Al mes de vida el niño/a ha aumentado de peso, talla y Perímetro cefálico (PC). En general duerme 16 a 20 horas diarias, y durante la vigilia ya fija la mirada en un rostro, sigue un objeto con sus ojos, responde a las voces de sus padres y se calma al ser alzado/a en brazos.

En lo que se refiere al desarrollo psicomotor:

- **Vínculo y Socialización:** mira a la cara, presta atención a las voces conocidas, cesa el llanto cuando le hablan y lo alzan. Puede aparecer la sonrisa social. Se deja bañar y vestir en forma relajada.

- **Motricidad Autónoma:** mantiene postura en flexión, presenta movimientos espontáneos simétricos de los miembros (se estira, patalea), reflejo tónico-cervical asimétrico, Moro completo y simétrico, manos semiabiertas (se van abriendo ligeramente cada vez con mayor frecuencia), prensión palmar refleja. Apoyo, enderezamiento y marcha refleja.

- **Coordinación y Juego:** fija la mirada en algo que le llama la atención.

- **Lenguaje y Comunicación:** está alerta al sonido y responde parpadeando, llorando, sobresaltándose, girando la cabeza o callándose.

- **El niño y la niña de 2 meses:** A los 2 meses de vida el bebé se muestra muy interesado cuando se le habla cara a cara, y sigue el rostro humano si éste se desplaza.

El bebé participa activamente de la interacción con su madre y otros familiares a través del llanto y otras “señales”, que los mismos aprenden a decodificar.

Con respecto al desarrollo psicomotor:

- **Vínculo y Socialización:** presenta sonrisa social, lo cual constituye un hecho significativo para los padres, que los llena de satisfacción. Se comunica a través de movimientos corporales y gestos. Se deja bañar y vestir en forma relajada.

- **Motricidad Autónoma:** presenta manos semiabiertas en período de vigilia. Persisten reflejos arcaicos (prensi3n palmoplantar).

- **Coordinaci3n y Juego:** sigue el desplazamiento de un objeto hasta la l3nea media y puede mirar su mano que pas3 involuntariamente por delante de sus ojos.

- **Lenguaje y Comunicaci3n:** presta atenci3n a los sonidos, especialmente a la voz de su madre, y le responde. Gorjea, balbucea. Comienza a orientar su cuerpo para acomodarlo a las fuentes de sonido.

• **El ni3o y la ni3a de 3 meses:** En esta etapa de la vida el ni3o/a incrementa la comunicaci3n con el medio respondiendo a los est3mulos visuales y auditivos en forma activa.

En lo que se refiere al desarrollo psicomotor:

- **Vínculo y Socializaci3n:** responde a la voz y al rostro del observador con movimientos corporales, sonrisas y carcajadas. Se deja vestir y ba3ar y empieza a cooperar.

- **Motricidad Aut3noma:** reflejo de Moro presente pero disminuido.

- **Presi3n palmar:** disminuci3n de intensidad. Comienza con posici3n en l3nea media, ya tiene sost3n cef3lico bastante firme. Gira de costado.

- **Coordinaci3n y Juego:** Sigue el desplazamiento de un objeto dentro de su campo visual. Las manos se convierten en objeto de exploraci3n, las mira, las junta, las aleja o acerca, juega, se las lleva a la boca.

- **Lenguaje y Comunicaci3n:** orienta atenci3n hacia los sonidos y las voces (especialmente de su madre). Emite sonidos, grita y llora. Vocalizaci3n prolongada.

• **El niño y la niña de 4 meses:** Es muy sociable, responde con sonrisas y muecas cuando se le habla, se interesa en las personas y en el medio, a veces deja de mamar para mirar curioso/a alrededor. Empieza a explorar los objetos con su boca.

Con respecto al desarrollo psicomotor:

- **Vínculo y Socialización:** disfruta el contacto social, aunque tiene preferencia por sus padres. Comienza a cooperar con el baño y el vestido si se le permite. Chapotea en el agua.

- **Motricidad Autónoma:** han desaparecido la mayoría de los reflejos arcaicos, pasa desde la posición boca arriba a la de costado. Puede tomarse los pies y jugar con ellos.

- **Coordinación y Juego:** junta las manos en la línea media, se las lleva a la boca. Estando boca arriba ya alinea cabeza, tronco y miembros. Mantiene sus manos semiabiertas la mayor parte del tiempo. Se ha incrementado el movimiento de los ojos, que será acompañado por la cabeza y el tronco. Aumenta la actividad y la ejercitación de todo el cuerpo. Toma objetos voluntariamente con una mano.

- **Lenguaje y Comunicación:** reacciona activamente cuando se le habla: sonríe, balbucea, da gritos y carcajadas. Vocalización prolongada. Gira la cabeza hacia voces *conocidas*.

• **El niño y la niña de 6 meses:** El niño y la niña en esta edad se caracterizan por su sociabilidad y simpatía, mostrándose expresivos y atentos. Comienza a pronunciar sílabas y prefiere permanecer con los que son familiares y conocidos. Incrementa su movilidad por lo que está más expuesto/a a lesiones como la aspiración de cuerpos extraños por llevarse las cosas a la boca, también a quemaduras y a caídas. Intenta tomar objetos con las manos usando los dedos y la palma. Se lleva los objetos a la boca y los pasa de una mano a la otra. Vocaliza, da gritos, usa consonantes como "pa-pa" o "ma-ma", comienza a imitar las voces, sigue con la mirada, sonríe a todos, a

veces con carcajadas y se molesta si los rostros familiares desaparecen de su campo visual mostrando ansiedad ante los extraños.

En lo que se refiere al desarrollo psicomotor:

- **Vínculo y Socialización:** Muestra ansiedad ante la presencia de extraños, se angustia en la separación y se alegra y sonríe con los familiares y conocidos. Cooperar con el baño y el vestido. Chapotea en el agua.

- **Motricidad Autónoma:** Gira boca abajo, pasando de la posición dorsal a la ventral y de esa postura nuevamente a la dorsal. Algunos niños/as se desplazan reptando. Se toma los pies y los lleva a la boca.

- **Coordinación y Juego:** Manipula un objeto, lo pasa de una mano a otra. Juega a las escondidas.

- **Lenguaje y Comunicación:** Pronuncia bisílabos, emite sonidos para comunicarse, balbucea interactuando con otros y se interesa en emitir sonidos nuevos.

• **El niño y la niña de 9 meses:** El niño/a de esta edad evidencia sus progresos y logros de una manera más fácil, dado que interactúa con más fluidez con el medio que lo rodea. Hay un gran desarrollo en el lenguaje receptivo, al igual que las capacidades de socialización.

Sus avances en la motricidad le permiten moverse con más facilidad en búsqueda de creciente independencia así como los logros en la motricidad fina nos indican el desarrollo cognitivo que ha alcanzado el bebé. Gatea, logra ponerse de pie con sostén y puede desplazarse apoyado a los muebles. Inicia prensión con la mano haciendo pinza. Responde al "no", silabea, dice mamá o papá, reconoce su nombre, juguetes y personas conocidas. Juega a las escondidas, busca un juguete y lo da, y aplaude con las manos.

Respecto al desarrollo psicomotor:

- **Vínculo y Socialización:** Ante un extraño reacciona con seriedad y temor. Cooperar con el baño y el vestido. Pone o saca los brazos y/o piernas en la ropa. Chapotea en el agua.

- Motricidad Autónoma: El niño/a se desplaza reptando o gateando. Se sienta solo/a por sí mismo/a.

Puede arrodillarse o intentar pararse para luego desplazarse unos pasos si está afirmado en ambas manos en los muebles o la pared de la casa.

- Coordinación y Juego: En esta etapa descubre la permanencia de los objetos, si el objeto está oculto o tapado puede destaparlo y tomar el mismo después de estar fuera de su campo visual. Juega a las escondidas. Manipula un objeto. Realiza movimientos de pinza al comer llevándose los alimentos a la boca o apoyando la cara cubital de la mano para tomar un objeto.

- Lenguaje y Comunicación: imita gestos como saludar con las manos o aplaudir. Entiende palabras como el “no” o “chau”. Usa protoimperativos (señala para pedir) y protodeclarativos (señala para mostrar).

• **El niño y la niña de 12 meses:** Cuando el niño/a tiene 12 meses, se evidencian avances en los desplazamientos y el desarrollo motor en general, mirando esta área del desarrollo en el contexto más amplio de la integración con otras áreas, y su importancia para la familia. El rango de edad normal para la adquisición de la marcha es muy amplio, por lo que la edad de la deambulación independiente no es un marcador diagnóstico.

La primera vez que un niño o niña se para sin apoyo y da sus primeros pasos independientes son hitos en el desarrollo de la personalidad: es algo que se hace solo y con mucho valor.

La movilidad alcanzada lo expone a mayores riesgos. Es función de los padres ofrecerle un entorno seguro para explorar.

El niño de 12 meses dice sus primeras palabras con sentido, reconoce objetos cotidianos, usa la pinza digital superior, y puede entregar un objeto ante una orden verbal. Es desconfiado con los extraños, y generalmente llora durante su examen.

En lo que se refiere al desarrollo psicomotor:

- Vínculo y Socialización: reconoce objetos cotidianos, hace ajustes personales a la ropa, pone o saca los brazos y/o pierna en la ropa. Puede sacarse alguna ropa. Bebe solo del vaso.

- Motricidad Autónoma: Se incorpora de rodillas (se arrodilla), se pone de pie con apoyo, puede dar algunos pasos sin sujetarse

- Coordinación y Juego: usa pinza superior (pulgar e índice). Manipula varios objetos. Construye con objetos (apila al menos tres objetos). Garabatea espontáneamente.

- Lenguaje y Comunicación: dice papá –mamá con significado. Dice dos palabras distintas a papá o mamá. (Ministerio de Salud de Neuquén: 2010)

6. METODOLOGÍA

6.1. Enfoque de riesgo

Las autoras Blanco y Franco describen el concepto de enfoque como una modalidad que permite enfatizar una perspectiva de abordaje de la intervención profesional, frente a las situaciones problemáticas que afrontan los sujetos.

Aparece aquí necesario definir el concepto de riesgo. Se entiende por él, a aquella posibilidad que vivencia una persona, grupo o comunidad de sufrir un daño (de origen biológico, psicológico o social) o vulneración de un derecho.

En este marco deben incluirse todas aquellas situaciones problemáticas que afectan al sujeto, impidiéndoles el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales o que perturban sus formas de relación y convivencia

Bajo esta visión, el Trabajo Social, trascenderá una concepción, por lo menos parcializada, de abarcar problemas sociales definidos no sólo desde una perspectiva socio-económica, o socio-cultural, de marginación o pobreza, para incluir a la totalidad de las personas y familias que requieren asistencia del Estado o de la comunidad organizada.

Ahora bien, este tipo de enfoques requiere de una mirada cautelosa y de una aplicación crítica.

El concepto de riesgo es susceptible de apreciación objetiva y subjetiva. La apreciación objetiva, indica que el riesgo está determinado por la concurrencia de determinados factores que entrañan la posibilidad cierta de producir un daño o vulneración.

Es fundamental, sin duda, no confundir riesgo -posibilidad de- con daño, que es hecho consumado, ni caer en el simplismo o reduccionismo de concatenar irremediabilmente ciertos factores que con una futura conducta o situación socialmente no deseable, pues fomenta una visión estigmatizadora.

Resulta entonces indispensable definir adecuadamente los factores y los grupos de riesgo, pues ello posibilitara planificar e implementar acciones de orientación asistencia y tratamiento acertados.

Algunos conceptos vinculados con este enfoque son:

–Factor de riesgo: se entiende por este, a características o circunstancias detectables en relación con una persona, grupo o comunidad que se estima asociada con la probabilidad de sufrir un daño.

–Población de riesgo: Podría comprenderse en esta categoría a aquellas personas o grupos, que se encuentran atravesadas por una determinada situación detentando entonces una caracterología que posibilita su agrupamiento.

–Situación de riesgo: Podemos calificar las situaciones de riesgo atendiendo a su gravedad en: bajo, medio y alto riesgo, según se dé la concurrencia y frecuencia de determinados factores, como así también del grado de indefensión y la capacidad de respuesta de la persona o grupo.

–Vulnerabilidad: Es aquella situación objetiva o subjetiva, que de origen material, emocional o psicosocial, que lleva a experimentar al sujeto su condición de indefensión, dada la fragilización de los “soportes” personales y/ o comunitarios. Tal proceso debe enmarcarse en la fuerte fragmentación individual y /o socio-colectiva existente en el actual contexto.

El enfoque de riesgo es un concepto traspelado de las ciencias médicas, que partir de los criterios amplios de salud, se ha posibilitado su adaptación a las ciencias sociales.

Se comenzó a considerar ciertos comportamientos sociales como factores de riesgo. Por un lado, ello permitió una aplicación pertinente, evitando o mitigando el daño. Por el otro convivió la mirada reduccionista que a manera de ecuación aritmética, utilizaba el enfoque en forma estigmatizadora e implementaba prácticas iatrogénicas.

A esta altura podemos afirmar que es indispensable tener en cuenta el contexto en el que los hechos acontecen, insistiendo en que la aparición u ocurrencia de uno o varios factores de riesgo solo significan la probabilidad.

Descifrar esta probabilidad, resulta de suma utilidad para planificar acciones en el nivel de la prevención. De esta manera los enfoques de riesgo y prevención se combinan y complementan claramente.

El concepto de prevención se relaciona al de riesgo en cuanto a que surge como respuesta ante el supuesto advenimiento o amenaza de daño.

Dada esta situación, aparecen entonces y de manera articulada, un conjunto de acciones destinadas a evitar la producción de ese daño o vulneración, o a limitar sus consecuencias.

Estas acciones tenderán a colocar al sujeto afectado en situación de autovalimiento y seguridad psicológica, brindándole la posibilidad de ejercer su autodeterminación a través de estrategias que posibiliten una instancia superadora.

Existen distintos niveles de prevención, según sean sus objetivos. Aquí se pueden señalar tres: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.

Por prevención primaria entendemos al conjunto de acciones educativas, comunicacionales y psico-sociales, que procuran impedir la producción de un daño o vulneración de un derecho, altamente probable dada la concurrencia de determinados factores de riesgo.

El objetivo fundamental de este nivel de prevención es la protección y promoción de la salud, como así también elevar la calidad de vida de los sujetos. En este nivel de prevención, la circunstancia más cualitativa, es el aporte de una información nueva o resignificada.

Cuando se habla de prevención secundaria, se hace alusión al espacio donde la problemática social o familiar se halla instalada, y la forma de abordarla, radica en todas aquellas acciones a nivel de tratamiento.

El objetivo de estos tratamientos es restablecer la situación previa o del derecho afectado, por un daño o vulneración efectivamente producidos.

Es fundamental comprender que más allá del modelo instrumentado, resulta una condición casi indispensable, el abordaje interdisciplinario, dada la complejidad de la realidad social.

En cuanto a la prevención terciaria, puede decirse que incluye a todas aquellas problemáticas que han generado condiciones de carácter irreversible,

por lo cual la acción profesional estará dirigida a la adaptación activa del sujeto o grupo a las nuevas circunstancias.

La tarea entonces del profesional, dependerá de la naturaleza del problema, y del modelo que aquel considere apropiado implementar. Dichas modalidades se verán reflejadas en el desarrollo de los distintos modelos de intervención en Trabajo Social.

7. CONTEXTUALIZACIÓN

Como intervención operante en la realidad social que define la situación concreta que afecta a una persona, a una familia, a un grupo social, el Trabajo social estará siempre determinado por contextos significativos. Estos contextos desde el socio-histórico cultural hasta el familiar determinan las posibilidades de desarrollo humano. (Eroles: 1998)

Luis Beccaria y Pablo Vinocur analizan la situación de la Argentina en el mercado mundial desde la crisis de los años treinta haciendo hincapié en las problemáticas sociales que generó el modelo de economía abierta instaurado en este país a partir del 1976.

La privilegiada asociación de este país con el mercado mundial, hasta la crisis del treinta, y luego, la enorme expansión del mercado interno posibilitaron sustentar el modelo de sustitución de importaciones, generaron las condiciones de vida que resultaron las mejores del continente y comparables con las de algunas naciones europeas.

La consolidación del modelo de acumulación a través de la sustitución de importaciones llevada a cabo por el peronismo implicó desde el punto de vista sociológico, el alumbramiento de la clase obrera y la generalización de políticas sociales que sentaron las bases de la versión nacional del "Estado de Bienestar".

Pero en 1976 se puso en marcha un proyecto que buscaba modificar radicalmente el patrón de acumulación. La idea era volver a basar el crecimiento en las ventajas comparativas, abriendo la economía a la competencia internacional y reduciendo el papel del Estado tanto en la producción de bienes y servicios como en la regulación de los mercados. Es a partir de 1976 cuando comienzan a observarse alteraciones significativas en las tendencias que venían operando, y que derivaron en la aparición de serios problemas sociales que se resumen en los elevados niveles de pobreza.

Sin duda el hecho más destacable del periodo, y que va a signar el devenir futuro de la economía es el acelerado crecimiento de la deuda externa. Dicha situación aumento más el riesgo de una pronta devaluación, lo cual se

exacerbo hacia mediados de 1980 al anunciarse el futuro cambio de autoridades políticas. En Marzo de 1981, junto con el cambio de presidente, se modificó el esquema de política económica, el país pasa a enfrentar una seria restricción externa, el sector privado sale de ella demostrando un alto grado de endeudamiento tanto interno como externo.

El anuncio de la vuelta a la vida democrática hacia fines de 1982, el hecho de que se esperasen políticas expansivas de quienes ganaran las elecciones y el aumento de las remuneraciones favorecen en algo el nivel de actividad.

Los acuciantes problemas de la coyuntura impidieron que se explicase un modelo de desarrollo suficientemente articulado, y más aun que se buscara el consenso necesario para lograr el respaldo político que un proyecto de esa naturaleza requiere. Solo hacia 1989 comienza a dibujarse una propuesta articulada que se enmarca en el paradigma neoliberal vigente a nivel mundial.

El proceso que se inició en los setenta tuvo como resultado un incremento de la pobreza global, explicado por la caída de los ingresos de un segmento social muy significativo. Esto da como resultado una estructura social sumamente heterogénea compuesta por sectores que tienen muy distinto origen. (Beccaria- Vinocur: 1992)

Beccaria y López en el texto "el debilitamiento de los mecanismos de integración social" explican que una sociedad altamente integrada se caracteriza por ofrecer a sus miembros un modo de vida estable y homogéneo, facilitando los mecanismos que le garantizan el acceso y el disfrute de los bienes que en ella se producen. En el mundo occidental de los últimos cincuenta años, y fundamentalmente en las sociedades altamente urbanizadas, donde los satisfactores a las necesidades se adquieren en el mercado, el trabajo asalariado se convirtió en el principal mecanismo de integración social.

La agudización de las dificultades de generación de empleo formal, la fuerte reducción de los salarios y la ampliación de las brechas de ingresos entre grupos de trabajadores verificados durante el periodo 1975-1990 erosionaron estos principios de cohesión. Se redujeron de este modo las posibilidades que muchos hogares tenían de acceder a bienes y servicios, y creció además la distancia entre los diferentes estratos sociales. El crecimiento y la mayor

heterogeneidad del universo de la pobreza es una clara expresión de este proceso. La reconversión productiva generada a principios de los noventa agudizó esta creciente incapacidad del aparato productivo de generar puestos estables.

El impacto que estas transformaciones tienen en la calidad de vida de las familias depende de su grado de dependencia respecto del sistema productivo para la construcción de sus ingresos, así como de la solidez del vínculo que con el establezcan. El nivel de educación formal alcanzado por las personas es uno de los factores que más claramente incide en las posibilidades que tienen de conseguir trabajo así como en la determinación de las características de los puestos laborales a los que acceden.

A comienzos de la década de los noventa inmediatamente antes de ponerse en marcha las transformaciones económicas, el mercado de trabajo ya mostraba claras dificultades en su rol de integrador de la sociedad. En efecto, dotaba a los miembros de los estratos más bajos de vínculos muy débiles con el sistema productivo, dificultándoles así el acceso a recursos adecuados y estables que les garanticen niveles mínimos de bienestar y posibilidades de ascenso social.

A su vez, la inserción laboral a través de puestos precarios privaba a gran parte de estos hogares del acceso a la red de instituciones de seguridad social que operan como modos de protección ante el riesgo, lo que agudiza el grado de desprotección de estas familias. (Beccaria- López: 1997)

8. DESARROLLO DEL TRABAJO

Como se ha mencionado, la elección de la problemática trabajada surgió de la residencia de pre-grado realizada en el HIEMI, por una de las alumnas. En un comienzo, quienes realizan esta investigación, se reunieron con la Lic. Georgina Cano, quién sería la co-directora de Tesis, para acordar qué información brindaría el servicio social del HIEMI y cómo se abordaría el trabajo. En el marco de dichas reuniones, también se evaluó la unidad de análisis a considerar.

Por otro lado, las alumnas solicitaron a la Mg. Cristina Barbieri, que sea su Directora de Tesis. La misma aceptó y las orientó desde lo teórico y empírico, aportando un conjunto de variables a tener en cuenta al momento de efectuar la investigación.

A partir de entonces, se comenzó a realizar una lectura exhaustiva sobre la problemática elegida y los temas a ella relacionados, la cual permitió a las estudiantes tener una visión profunda de ella, delimitar el ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) que se utilizará a lo largo del trabajo, escoger el enfoque que brinde una perspectiva de análisis y diseñar el instrumento que se utilizará para la recolección de datos: entrevista semi-estructurada.

Paralelamente, se efectuó la elaboración del Plan de Tesis, que permitió a las alumnas plasmar el diseño de la investigación, delimitando: tema, fundamentación, objetivo general, objetivos específicos, aspectos a considerar en el marco teórico, tipo de diseño, objeto de estudio, técnicas de recolección de datos, y las características específicas del trabajo.

Al momento de efectuar la recolección de la información, se seleccionó el material que brindaron los profesionales del servicio social del HIEMI, descartando aquellos casos que fueron observados o diagnosticados como casos de violencia doméstica o familiar, como así también aquellos en que los niños/as residen en localidades aledañas a la ciudad de Mar del Plata; quedando de esta manera un total de 50 casos que conforman la población a investigar. De estos 50 casos se eligieron un 20% a partir de una muestra

direccionada basada en el criterio de dispersión territorial de las familias, en la ciudad de Mar del Plata.

Al mismo tiempo, se buscó lograr variabilidad de las áreas a estudiar en las familias: grado de instrucción, situación económica, tipo de vivienda, red social en la que está inserta la familia, acceso a la información sobre cuidados del niño, etc. Esto, si bien se ha logrado en algunos aspectos del trabajo, no se ha alcanzado en otros (ejemplo de ello: no se pudo entrevistar madres adolescentes), debido a la falta de predisposición de ciertas familias para ser entrevistada, direcciones o teléfonos inexistentes, entre otros. Por lo tanto, los resultados obtenidos no son extrapolables al universo empírico, aún así se obtuvo información significativa.

Cada entrevista fue planificada de manera conjunta con las familias de los niños/as accidentados, de manera telefónica

Para la realización de las entrevistas domiciliarias, como se expuso anteriormente se acordaron de manera telefónica fechas y horarios. En determinados casos se obtuvo una respuesta negativa ante el pedido, lo cual posiblemente se deba a la existencia de un imaginario colectivo que asocia la profesión del trabajo social a un rol de control o policíaco.

Luego de la realización de las entrevistas se confeccionaron tablas en donde se volcaron los resultados obtenidos y se llevó a cabo una revisión y reelaboración del Marco Teórico teniendo en cuenta la información revelada por cada familia.

Una vez avanzada la investigación, se procedió a analizar los resultados obtenidos en cada entrevista, en relación con los objetivos propuestos al inicio del trabajo. De esta forma surgieron las propuestas de intervención, las cuales podrían servir de apoyo para quienes abordan la problemática en lo cotidiano.

9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el marco de la investigación, se llevaron a cabo entrevistas a diez familias de niños/as de 0 a 1 año que fueron internados en el HIEMI por causa de accidentes domésticos en el 2009, con el fin de profundizar en el conocimiento de la situación socio-económica-educativa y habitacional de las mismas, intentando buscar regularidades que permitan explicar la problemática, como así también las singularidades de cada caso particular. En este trabajo se parte de la premisa de que la población investigada presenta en su mayoría características específicas:

- Son niños/as de 0 a 1 años de edad.
- Una parte importante de la población que acude al HIEMI proviene de familias con situación de precariedad laboral, pues muchos de los jefes o jefas de hogar se encuentran empleados de modo informal, realizan labores por cuenta propia, son beneficiarios de planes sociales y otros son desempleados, lo cual denota que no cuentan con cobertura social.

En cada entrevista se trabajó sobre diversos tópicos, los cuales fueron analizados para arribar a las siguientes conclusiones:

Características de los niños/as al momento en que ocurrió el accidente:

En 4 de los 10 casos analizados los niños/as tenían 4 meses al momento del accidente, lo cual se explica por el aumento de la actividad y la ejercitación de todo el cuerpo, y la posibilidad de pasar desde la posición boca arriba a la de costado, característica de este tiempo de vida. Esto aumentaría el riesgo de caídas ya que comienza a moverse por sus propios medios, y los padres pueden no estar atentos a tal situación.

Por otra parte, los accidentes ocurren a lo largo de toda la vida, observándose también en niños/as de 40 días, 2, 5, 7, 8 y 11 meses.

Respecto al sexo, se puede observar que 6 de los casos son niños y 4 niñas.

En lo que se refiere al diagnóstico médico, 7 de los 10 bebés tomados sufrieron Traumatismo Encéfalo Craneano y 4 el mismo diagnóstico pero acompañado por fracturas³⁵.

La principal causa de los accidentes, por otro lado, es la caída. Ésta se observa en los 10 casos, aunque varía la forma en que se produce, pudiéndose encontrar caídas de brazos de algún hermano o adulto, de mesa, de silla y de cochecito. Esto se debe, en ciertos casos, a que los cuidadores no están capacitados o son muy jóvenes: tíos, hermanos pequeños, bisabuela, entre otros. En determinadas familias, las madres se encuentran sobrecargadas por las tareas del hogar y delegan el cuidado de los hijos más pequeños (bebés) a los más grandes que, por lo general, no superan 13 años de edad.

Grupo familiar conviviente:

En cuanto al grupo familiar conviviente se puede observar que las 10 familias entrevistadas cuentan con la presencia de la madre, no así con la de los padres, ya que hay 3 casos en que los padres no conviven con sus hijos.

En este sentido podemos observar que hay 7 familias de tipo nuclear y 3 familias extensas, no pudiendo determinar familias monoparentales. Esto último se debe a que, si bien hay 3 casos en que las madres deben hacerse cargo de sus hijos/as sin el apoyo o la compañía paterna, las mismas vuelven a convivir con sus padres (abuelos/as de los niños/as) o nunca se han alejado de ese hogar. La persistencia y en ciertos momentos el crecimiento de las familias

³⁵ Se denomina trauma craneoencefálico a las alteraciones que sufre el encéfalo, sus cubiertas meníngeas, su estuche óseo o los tejidos blandos epicraneales producto a una agresión mecánica.

El traumatismo craneoencefálico entre las patologías que afectan el sistema nervioso es una de las más frecuentes, afectando cada año un número importante de pacientes. Su incremento se ha visto favorecido por el desarrollo alcanzado en la vida moderna, siendo los accidentes su principal causa.

El trauma craneoencefálico es la principal causa de muerte traumática en los niños, tanto en los países desarrollados como los en vías de desarrollo. Constituyen además causas de primer orden de retraso mental, epilepsia e incapacidad física.

Maydolis Tirado Soler y otros (Año desconocido) **Comportamientos de los traumatismos craneoencefálicos. Estudio de 5 años.** Guantánamo, Cuba. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/123_comportamiento_del_traumatismos_craneoencefalicos._estudio_de_5_anos.pdf Consultado el día: 16/01/2011

extensas, se ha asociado con estrategias para enfrentar crisis económicas que han debido atravesar las sociedades latinoamericanas.

Por otra parte, 7 de los 10 niños/as accidentados tienen hermanos/as y de ese grupo 5 sólo tienen un/a hermano/a. Esto puede influir en que la madre no pueda prestarle la atención debida al bebé, por causa de los requerimientos del resto de los niños bajo su cuidado en distintas edades y con diferentes demandas.

Características de las madres:

Hay 4 de las 10 madres que comprenden la franja de edad de 21-25 años, 2 la de 36-40 años, otras 2 de 41-45 años, una de 26-30 años y otra de 31-35 años.

Las edades de las madres solteras varían entre los 24-40 años. Cabe aclarar que si bien la intención inicialmente era abarcar una muestra representativa en lo que respecta a la edad de los padres, no se pudo realizar entrevistas a madres y/o padres adolescentes o menores de 21 años, ya que no se logró concretar comunicación con dichas familias.

Con respecto al nivel educativo de las mismas, 6 de las 10 tienen primario completo, una secundario incompleto, otra secundario completo y otras 2 terciario o universitario incompleto. Entre las más jóvenes de 21 a 40 años, excepto en sólo un caso, todas han cursado sólo el nivel primario. Mientras que son las de 40 a 45 las que tienen más años de instrucción formal. Como puede observarse, hay un predominio de madres que sólo han alcanzado bajos niveles de educación formal, con lo cual se podría suponer la existencia de una correlación entre la baja escolarización y la propensión a los accidentes de sus hijos.

En lo que se refiere a la ocupación 6 son amas de casa, mientras que otras se desempeñan como comerciantes, empleadas domésticas, ayudantes de cocina y vendedoras. Como se puede observar, el trabajo extradoméstico de la mujer-madre no implica necesariamente una transformación en las relaciones entre géneros. Muchas veces, se trata de una "mercantilización de las tareas

domésticas”, ya que comienzan a ofrecer una extensión de su labor doméstica para el mercado.

Cabe aclarar que 2 de las 3 madres que viven en familias extensas llevan a cabo actividades laborales fuera del hogar, y la que no, se debe al hecho de padecer una discapacidad que le impide hacerlo. Las madres de edad entre 31-45 años son en su totalidad amas de casa.

Las mujeres con mayor grado de instrucción formal (sólo dos casos) que, en este caso no superan los niveles terciario o universitario incompleto, se desempeñan como amas de casa o bien extienden estas tareas al mercado laboral.

Respecto a la situación de salud, hay 8 de los 10 casos en que las madres no tienen enfermedades crónicas que pueden afectar el cuidado de los/as hijos/as. Las madres que presentan alguna enfermedad tienen entre 21-25 años y se desempeñan como amas de casa.

Características de los padres:

Tres de los 7 padres tienen entre 26-30 años y 4 entre 36-40 años, no encontrándose tanta variabilidad como en el caso femenino.

Con respecto al nivel de educación formal 6 de los 7 padres presentes, tiene primario completo y sólo uno secundario incompleto, representado por el padre más joven.

En lo que se refiere a la ocupación, 3 de los 7 padres se desempeñan de modo autónomo en la construcción y 2 en el comercio; y sólo 2 trabajan en relación de dependencia, aunque en condiciones de precariedad laboral.

Los varones que realizan actividades laborales por cuenta propia son los pertenecientes al grupo de edad de 36-40 años, mientras que los padres más jóvenes son por lo general trabajadores en relación de dependencia.

La situación laboral de estos padres se ve afectada por la flexibilización y precarización laboral que tuvo su auge en la institución del Estado Neoliberal y que, aunque de manera más atenuada, permanecen hasta la actualidad.

Esta situación se ve agravada, al mismo tiempo, por la devaluación de las credenciales, que se resume en la disminución del valor de los títulos o acreditaciones educativas. En los casos analizados poseer nivel primario de educación condiciona aún más el acceso a un empleo digno, lo cual provoca que las familias no estén insertas en el sistema de seguridad social, debiendo atenderse en instituciones de salud públicas.

Respecto a la situación de salud, ninguno de los padres presenta enfermedad.

Características de los hermanos:

En este caso, 7 de los 10 niños/as accidentados poseen hermanos, 6 tienen sólo un/a hermano/a.

Las edades de los hermanos varían entre 1-5 años (2 casos), 6-10 (4 casos) y 11-15 (2 casos). Además, las edades de los/as hermanos/as tienen relación con las edades de las madres: a mayor edad de las madres, mayor edad de los/as hermanos/as.

Todos los niños/as en edad escolar se encuentran asistiendo al colegio. Además, sólo 1 presenta enfermedad. Este único caso coincide con una madre que también tiene enfermedad: ambos requieren mucho cuidado y, en este caso en particular, esta situación influyó en la irrupción del accidente.

Con respecto a la ocupación, ninguno de los niños trabaja fuera del hogar, si concurren a la escuela y colaboran con las tareas domésticas.

Características de los otros parientes convivientes:

Estos varían entre tíos, abuelos y, tíos y abuelos juntos. Algunos de ellos son ambulantes.

Red Social en la que está inserta:

Se ha podido observar que 8 de las 10 familias entrevistadas reciben ayuda de la red en la que se encuentran insertos. De estos 8 casos, 7 reciben ayuda en lo que refiere a cuidados del bebé y 1 en lo que respecta a apoyo económica. Además, de estos 8 casos, 3 reciben ayuda de las abuelas, 2 de los tíos, 2 de hermanos y 1 caso en que colaboran otros familiares del niño o niña.

En este sentido es importante resaltar que los accidentes suelen ocurrir porque muchos de los cuidadores ocasionales del niño/a como por ejemplo hermanos o tíos no están capacitados para llevar a cabo esta tarea.

Información acerca de Prevención de accidentes domésticos:

Respecto a esta cuestión, 7 de las 10 madres entrevistadas recibieron información acerca de 'cuidados del niño' proveniente del Sistema de Salud, cabe aclarar que recibieron instrucción sobre cuidados del niño a nivel general. En muchos casos no recuerdan haber recibido particularmente sobre los riesgos que se presentan en el ambiente.

Por otro lado, hay madres que explican el accidente acudiendo a rasgos de la personalidad del bebé como por ejemplo "es inquieta, mi primer hijo era más tranquilo".

Entre los profesionales que brindaron información sobre cuidados del bebé, en general, encontramos que provienen de diversas disciplinas: Enfermeros/as, Pediatras, Neonatologos/as, Clínicos.

A nivel institucional el HIEMI aparece como la principal fuente de información sobre cuidados del bebé que recuerdan las madres (4 casos), ubicándose en segundo lugar las instituciones de atención primaria de la salud (2 casos) , y en tercer lugar, el HIEMI Y APS en forma conjunta y la UOCRA, representando cada una un caso.

Personas que están a cargo de los cuidados del niño:

Las madres son las principales cuidadoras. Este punto fue analizado detenidamente y arrojó como resultado que, si bien éstas pueden recibir o no ayuda del padre u otros miembros de la red en que se inserta la familia, sigue siendo la mujer la que asume con mayor peso esta responsabilidad. Se encontraron 3 casos en que las madres son solteras, 3 en que las madres comparten la responsabilidad con el padre del niño/a, 2 en que madres y abuelas aparecen como encargadas de los cuidados del bebe, y 1 caso en que la responsabilidad recae sobre la madre y algún hermano/a del niño, y a su vez los tíos/as aparecen en sólo un caso como colaboradores.

Experiencia previa sobre cuidados del bebé:

Respecto a este tópico, se observó que 8 de los 10 casos analizados presentaba experiencia previa en cuidados de niños/as de cero a un año. Este punto merece especial atención, ya que desde el ámbito de la salud no se debe presuponer que únicamente las madres y familias primerizas necesitan recibir información sobre la temática.

Por otro lado, no eran muchas las familias que habían vivenciado previamente otros accidentes (2 casos), de los cuales uno fue accidente de tipo doméstico y otro automovilístico.

Condiciones generales de la vivienda:

Es importante mencionar que en uno de los casos trabajados no se pudo realizar la entrevista en el domicilio de la familia, ya que los padres del niño trabajan más de 10 hs por día fuera del hogar, por lo cual la entrevista se realizó en el local de trabajo de la madre.

El total de las viviendas observadas (9 casos) presentaban construcción de material. Los techos variaban entre losa, tejas y chapa. La totalidad de las casas contaba con piso, ya sea cerámico o cemento alisado. Al mismo tiempo,

en todas las unidades habitacionales se encontraban las aberturas en buen estado (puertas ventanas, sin presencia de vidrios rotos, etc.).

En ninguno de los casos se observaron instalaciones de gas en mal estado, ni de electricidad. En 8 de los 9 casos se contaba con sistema sanitario de arrastre de agua, visualizándose además en la mayoría de los casos un ambiente limpio o aseado (7 casos).

Lo cual se observa como favorable para la crianza de los niños.

Aún así, en determinados casos se pudo observar existencia de elementos riesgosos al alcance los niños, animales peligrosos, y una familia que presentaba hacinamiento, aunque se debe aclarar que se trata de una vivienda en construcción.

La mayoría de los bebés (9 casos) comparte la habitación, sólo uno posee habitación propia. Además, 7 poseen cuna y 3 comparten la cama con los padres. Esta situación también debe ser tenida en cuenta como posible indicador de riesgo por los profesionales de la salud.

Otro tópico trabajado fue la existencia de espacios dedicados al juego de los niños, y sólo una de las familias había preparado este espacio. Cabe aclarar que no se pretende una habitación separada o especial para el juego sino un espacio que cuente con juegos y/o juguetes y esté debidamente protegido bajo criterios de seguridad para el niño.

Situación económica de las familias:

La canasta Básica Alimentaria (CBA) y la Canasta Básica Total (CBT) son determinadas por el INDEC respecto a la clasificación de tres hogares que consideran tipo.³⁶

³⁶ Hogares tipos considerados por el INDEC:

Hogar 1: de tres miembros, compuesto por una jefa de 35 años, su hijo de 18 y su madre de 61.

Hogar 2: de cuatro miembros, compuesto por un jefe varón de 35 años, su esposa de 31 años, un hijo de 5 y una hija de 8 años.

Hogar 3: de cinco miembros, constituido por un matrimonio (ambos de 30 años) y 3 hijos de 5, 3 y 1 año cumplidos.

La mayor parte de las familias estudiadas no encajan rígidamente en ninguno de estos tipos analíticos constituidas. Por tal motivo, se ha decidido realizar un promedio entre cada una de estas familias, en el período que va de octubre a diciembre de 2010, momento en que se realizaron las entrevistas en profundidad.

Los datos obtenidos muestran que durante ese período de tiempo la CBA es de \$ 551.21 y la CBT de \$ 1191.78.

Respecto a la clasificación por hogares de Beccaria y Vinocur, expuesta en apartados anteriores, se puede concluir que, en todos los casos analizados, los niños/as accidentados viven con ingresos superiores a la LP: Tres de las familias declara poseer ingresos suficientes para cubrir la canasta básica de alimentos (sin especificar el monto exacto), otras 2 perciben un ingreso aproximado de \$ 1500 mensuales y, las 5 restantes cuentan con un ingreso superior a \$ 2000.

Estos ingresos están constituidos tanto por aquellos percibidos en concepto de remuneración por algún trabajo realizado, como por transacciones que realiza el Estado mediante la implementación de planes sociales como por ejemplo "Asignación Universal por hijo" y "Más Vida".

Respecto a la clasificación por NBI que proponen los mismos autores, se han encontrado que una de las familias presenta déficit en uno de los criterios utilizados para su determinación. Por ejemplo, conviven más de 3 personas por habitación; aunque cabe aclarar que, en este caso en particular, esto se debe a que la vivienda está en construcción.

Puede considerarse un caso de Pobreza extrema (aquél hogar que no cuenta con servicio de arrastre de agua) y otro de Pobreza estructural con ingresos suficientes (el caso en que hay hacinamiento). Sin embargo, como antes ha sido aclarado estas viviendas están aún en construcción.

Cada uno de estos hogares presentaría un valor diferente tanto de CBA como de CBT, debido a las unidades consumidoras y al período de que se trata (varía mes a mes).

Instituto Nacional de estadísticas y Censo (INDEC) (2011) **Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total**. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/74/canasta_01_11.pdf Consultado el día: 20/01/2011

Antes de concluir cabe aclarar que la opinión pública aparece como descreída y escéptica respecto a los valores de la CBA y CBT, establecidos por el INDEC. Se considera que no reflejan la realidad del país y que la inflación es muy elevada. Por tal motivo, pese a que se ha utilizado este criterio para el análisis por ser los datos oficiales, se cree conveniente tener en consideración este aspecto.

10. CONCLUSIÓN

A lo largo del proceso de investigación se observó la ausencia de estadísticas a nivel nacional o provincial sobre internaciones por accidentes, encontrándose únicamente aquellas que refieren a defunciones producidas por causas variables. Esto remite a pensar que la problemática es minimizada debido a que no aumenta la tasa de mortalidad de manera significativa, aunque sí genera secuelas.

En este sentido, si bien se conoce la existencia del programa PROPAL (cuyo ámbito de aplicación corresponde al nivel de atención primaria de la salud), al momento de la realización de las entrevistas ninguna familia refirió haber recibido información específica sobre la temática en el ámbito de la APS. El HIEMI por su parte, si bien se ocupa de la prevención secundaria se manifiesta como el principal referente o educador de los responsables de los niños, aunque ello sea luego de ocurrido el accidente.

En las entrevistas realizadas surgió como tópico relevante la falta de conocimiento específico sobre los cuidados del niño/a en la prevención de accidentes, por ejemplo las cuidadoras manifestaron no conocer la existencia de diferentes estadios que atraviesa el niño/a en su desarrollo psico-motriz, lo cual genera que las madres no presten especial atención a estos cambios. Esto puede verse condicionado por el hecho de que, en su mayoría, las madres o cuidadoras entrevistadas cumplieron tan sólo el nivel primario de educación formal, lo cual puede influir como limitación de la capacidad de reflexión y alerta sobre los constantes peligros que rodean al bebé y las formas, posibles o recomendadas, de atenuarlos o neutralizarlos.

La caída se presenta como el principal motivo de accidente lo cual acentúa la necesidad de informar sobre las precauciones a tomar.

Cabe destacar que la madre se presenta en la mayoría de los casos como la principal figura de responsabilidad en los cuidados del niño, si bien esto se sustenta en una división sexual de trabajo sobre bases biológicas en los primeros meses de vida, también influye fuertemente el contenido moral construido socialmente que le asigna a la mujer el rol de los cuidados.

Este hecho se relaciona directamente con la sobrecarga que vivencian las madres, en especial cuando deben ocuparse, además, del cuidado de otros/as hijos/as. Las mismas, en determinadas ocasiones, delegan los cuidados a miembros de la familia. Así, las abuelas aparecen como figura fundamental en lo que refiere a prestación de ayuda. Sin embargo, en ciertos casos hay otros miembros del grupo familiar que asumen estas tareas sin poseer los conocimientos necesarios para emprenderla.

Estas mujeres en muchos casos también se desempeñan laboralmente fuera del hogar, realizando tareas culturalmente feminizadas, fenómeno que E. Jelin ha denominado "mercantilización de las tareas domésticas". Esto aumenta la carga físico-emocional y las hace más vulnerables y propensas a descuidar a sus niños/as.

Para finalizar, y teniendo como referencia el concepto de 'vivienda saludable', se puede apreciar que, en algunos casos el desorden (por ejemplo un cajón de leñas filosas en medio de un living), en otros casos el desconocimiento de los riesgos (Perros rottweiler en el jardín, bebés cuidados por sus hermanitos), en otros la situación económica y también el nivel educativo, son constitutivos (junto a las clásicas variables de evaluación de la vivienda: materialidad, espacio habitable, provisión de servicios básicos, equipamiento del hogar, localización de la vivienda) de las condiciones y estilos de vida de las diferentes familias.

La educación para la salud se constituye en un recurso fundamental a la hora de buscar soluciones a esta problemática, ya que como ha sido expresado en apartados anteriores está destinada a elevar la calidad de vida y a promover el cuidado personal y de los otros, desde un trabajo en red que articula diversas instituciones ya sean de salud, educativas, religiosas, entre otras.

Luego de la realización de esta investigación que se constituyó en un proceso de aprendizaje se conformaron posibles estrategias de intervención a tener en cuenta desde la especificidad del Trabajo Social.

11. PROPUESTAS DE TRABAJO

Se considera necesario aclarar que las propuestas de intervención surgen luego del Trabajo de Campo.

- En primer lugar se recomienda la consulta de material bibliográfico, informes sobre la problemática, índices de ocurrencia de la misma en la localidad, entre otros.
- Se cree que la realidad es tan compleja y versátil que resulta inaprendible desde un enfoque particular y que su comprensión exige de una interpretación trans-disciplinaria. Para ello se recomienda la conformación de equipos interdisciplinarios o transdisciplinarios según sea conveniente.

El equipo interdisciplinario: Esta forma de trabajo en equipo se realiza con un grupo de profesionales que, perteneciendo a diversas disciplinas, se reúnen para obtener un objetivo y resultado común, pero manteniendo campos científicos y aportando con una cuota de determinación que debe respetarse como regla de interdependencia disciplinaria. El liderazgo en estos casos es "funcional" y opera según los aspectos a tratar y el tiempo de ejecución de los trabajos. El rol del líder es alternativo, los resultados obtenidos representan, entonces, los aportes de las diferentes ciencias y son consecuencia de una integración que considera a cada una de las disciplinas con sus metodologías y conceptos instrumentales.

El equipo transdisciplinario: Se trata de un grupo de profesionales que integrados a fines y objetivos de proyectos, programas o trabajos científicos, se distinguen por la creación consciente y/o inconsciente de metodologías que, en lo operativo plantean la metadisciplinaria.

- Se comparte la idea de Cristina de Robertis, de que esta problemática puede ser abordada de diferentes formas por los profesionales. Una de ellas sería la intervención directa con las familias de los niños.

Las intervenciones directas son las que se dirigen al asistido en una relación frente a frente. El asistido, entonces, está presente y es actor tanto como el trabajador social. Asistido-Trabajador Social, se encuentran así, juntos, comprometidos en un proceso que los modificará a los dos y que introducirá

cambios tanto en uno como en el otro. Las intervenciones directas, pueden ejercerse y aplicarse en situaciones muy diversas, tanto por el campo de aplicación del Trabajo Social como por la dimensión del asistido al que se dirige (individuo, familia, grupo.). La autora menciona seis grandes tipos de intervenciones directas. En este caso se expone la de Informar- Educar:

Las intervenciones que se agrupan bajo este rubro son aquellas en las que el trabajador social utiliza prioritariamente sus conocimientos y su saber para responder a las necesidades del asistido aportándole conocimientos en diversos campos: legislación social, derechos de los usuarios, recursos y organismos existentes y su utilización, derecho excepcional a ciertas ayudas, y también todo lo que concierne al aprendizaje en el campo de la salud, la alimentación, los cuidados de los niños pequeños, la organización familiar, etc.

Esta forma de intervención tiene como objetivo proveer al asistido de los conocimientos suficientes para que pueda escoger y hacer valer sus derechos con pleno conocimiento de causa.

Las intervenciones educativas en trabajo social se nutren de dos ejes: adquisición de conocimientos y de aptitudes y socialización. Lo que se refiere a aportar conocimientos y favorecer el aprendizaje de comportamientos vinculados a los roles sociales ejercidos por los adultos. Se trata aquí de capacitar a los adultos a desempeñar roles tales como: madre, padre, cónyuge, organización del hogar, miembro de grupos sociales, etc. Es decir, "la transmisión de un saber y un saber hacer".

- Se propone la creación de una revista informativa que proporcione a las familias de los recién nacidos herramientas para el cuidado de los bebés, haciendo referencia a la necesidad de un ambiente saludable y con amplia orientación sobre cómo lograrlo.
- Se ha visualizado la necesidad de desnaturalizar el rol materno como único y primordial en el cuidado y sostén de los hijos, incluyendo al padre como figura responsable en estas tareas. Históricamente se ha depositado este deber de cuidado en la figura materna, con una visión biologicista que relaciona al rol materno con el cuidado de los hijos y de esta manera justifica diferencias desde lo científico. "En coherencia con los mitos de *madre-mujer-naturaleza*, aquella

esencia de lo femenino no amerita cuestionamiento ni reflexión. El rol de la ama de casa no posee valor económico social agregado, transcurre como natural obligación femenina”.

- La perspectiva de género propone la deconstrucción cotidiana de los posicionamientos tradicionales, prácticas sociales de varones y mujeres. La perspectiva de género implica la ruptura con la familiaridad acrítica, con la repetición de los lugares naturalmente asignados.
- Cuando uno de los responsables del cuidado del bebé sufre una enfermedad, se considera que se debe reforzar la intervención, orientándola a la prevención desde los factores que aumentan las probabilidades de accidente, ejemplo madre epiléptica. Por otro lado, se debe hacer hincapié en la red de contención con la que cuenta esta persona, que podrá proporcionar apoyo.
- Otro aspecto a tener en cuenta es la orientación que se debe brindar a las familias que viven en ambientes precarios y no poseen medios económicos para modificarlos en lo referente a políticas de vivienda que se aplican en la localidad, y datos de ONG y movimientos sociales que se dedican a la obtención de una vivienda digna para familias excluidas.
- Para la creación de programas o proyectos de prevención de accidentes proponemos la lectura del material “Comunidades Seguras”, que tiene su origen en la 1° Conferencia Mundial de Prevención de Accidentes y Lesiones realizada en Estocolmo, Suecia en Septiembre de 1989 como respuesta a tan complejo problema. Los programas comunidades seguras son estrategias de prevención de accidentes y violencias desarrollados en un ámbito geográfico determinado en los que participan coordinada y simultáneamente el sector público, el sector privado, entidades intermedias y grupos voluntarios de la comunidad utilizando una metodología operativa denominada de Gestión Asociada.

No existe un modelo universal que pueda ser utilizado en todos los países o siquiera en todas las ciudades del mismo país, sino que los modos de intervención varían de acuerdo a cada experiencia. El tipo de metodología de

trabajo que permite vehiculizar un programa Comunidades Segura debe ir más allá de la transmisión de conocimientos o información relativa a un tema que “un grupo de especialistas” trasmite a “otros menos capacitados”

El marco metodológico de los PCS consiste, en última instancia en un proceso educativo orientado a crear una cultura de la seguridad y presentar un menú de opciones saludables. Por ello, el tipo de metodología a utilizar intenta “corresponsabilizar personal y colectivamente a los ciudadanos, a las instituciones comunitarias y a los responsables de la gestión de gobierno en la defensa del derecho a la seguridad y a la salud”.

En consecuencia con esta definición conceptual debe hacerse un ajuste de los métodos de abordaje: una didáctica comunitaria, capacitación permanente de los recursos humanos, intervención sobre las condiciones de operacionalización de estructura e infraestructura de los sectores intervinientes y una puesta en consideración de las condiciones ambientales, psicológicas y urbanísticas locales.

A la vez, debe fomentarse una idea de globalidad en la definición de salud, asociándola a la calidad de vida y a estilos y comportamientos seguros y saludables. La promoción de actitudes seguras se hará siempre desde una perspectiva positiva. Esto implica multiplicar la capacidad de reconocimiento y las opciones de conductas seguras en todos los comportamientos de la vida cotidiana generando valores que afirmen una ideología: la prevención y el control.

12. BIBLIOGRAFÍA

- De Jong Eloisa (2001) **La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social.** UNER. Entre Ríos, Argentina. Editorial espacio.
- De Robertis, Cristina (2006) **Metodología de la Intervención en Trabajo social.** Buenos Aires, Argentina. Ed. Humanitas.
- Durkham Eunice (1983) **Familia y reproducción humana.** Revista perspectiva antropológica. Río de Janeiro, Brasil. Año 1983.
- Entel, Rosa (2002) **Mujeres en situación de violencia familiar.** Argentina. Ed. Espacio.
- Eroles, Carlos (1998) **Familia y trabajo social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional.** Buenos Aires, Argentina. Ed. Espacio.
- Jelín, Elizabeth (1994) **Familia, crisis y después,** en Wainerman, C. "Vivir en Familia". Buenos Aires, Argentina. UNICEF/ Losada.
- Jelín, Elizabeth (1998) **Pan y Afectos. La transformación de las familias.** Fondo de Cultura Economía. Buenos Aires, Argentina.
- Margulis, Mario (2003) **Mandatos culturales sobre la sexualidad y el amor,** en Margulis, M y otros, `Juventud, cultura y sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires´. Buenos Aires, Argentina. Ed. Biblos.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2009) **Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios.** Argentina.
- OMS (1986) **International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa, Canadá: OMS.
- Piaget, Jean (1991) **Seis estudios de psicología.** Barcelona, España. Ed. Labor S.A.

- Rigol O, Pérez F, Perea J, Fernández J, Fernández JE. (1990) **Medicina general integral**. La Habana, Cuba. Ed. Pueblo y Educación.
- Torrado, Susana (1998) **Familia y Diferenciación Social. Cuestión de Método**. Buenos Aires, Argentina. Ed. EUDEBA.

Artículos periodísticos y de revistas

- Beccaria, Luis y Vinocur, Pablo (1992) **La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza**, en "Ciencia hoy". Vol 4 N° 21. Cód 4290. Buenos Aires, Argentina.
- La Capital de Mar del Plata (Artículo periodístico) **El 50% de las internaciones de niños en el Materno Infantil es por Traumatismos**. Argentina. 3 de febrero de 2010. Disponible en: <http://www.lacapitalmdp.com> Consultado el día: 10/03/2010
- Narváez, Rubén Osvaldo (1963) **Trabajo en equipo, interdependencia disciplinaria**. Archivos de pediatría. Sociedad Argentina de pediatría. Argentina. Nro. 317.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) **Programa comunidades seguras** (no se conocen otros datos)

Artículos disponibles en la Web

- Adriana Santagati (2008) **Accidentes domésticos: muere un chico por día en la Argentina**. Argentina. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:89SkG7jigC0J:edant.clarin.com/diario/2008/06/07/sociedad/s-01688863.htm+ministerio+de+salud+argentina+estad%C3%ADsticas+sobre+accidentes+dom%C3%A9sticos&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ar&source=www.google.com.ar> Consultado el día: 25/03/2011
- Blog Médico (2010) **Accidentes en el hogar: Prevención**. Lugar desconocido. Disponible en:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CXf9McTzmA4J:www.blog-medico.com.ar/sociedad-y-salud/accidentes-en-el-hogar-prevencion.htm+ministerio+de+salud+estad%C3%ADsticas+sobre+accidentes+dom%C3%A9sticos&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar&source=www.google.com.ar> Consultado el día: 25/03/2011

- Ciuffolini, María Beatriz y Jure, Humberto (2006) **Estrategias de comprensión integral del proceso salud-enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable**. Córdoba, Argentina. Centro de estudios avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/ciuffolini-jure.pdf> Consultado el día: 17/02/2011
- Góes Pereyra Lima (Año desconocido) **Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: Especificidades, interfaces, intersecciones**. Brasil. Disponible en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.ora/xviconf.htm> Consultado el día: 5/05/2011
- Iliane Materno Parra y Zoe Alonso Díaz (Año desconocido) **Accidentes en el hogar**. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/accidentes_en_el_hogar.pdf Consultado el día 16/01/2011
- Instituto Nacional de estadísticas y Censo (INDEC) (2011) **Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total**. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/74/canasta_01_11.pdf Consultado el día: 20/01/2011
- Lidia Arlaes Yero y otros (1998) **Factores de riesgo asociados a los accidentes en el hogar**. Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n6/mgi12698.pdf> Consultado el día: 16/01/2011

- Martín Palomo, María Teresa (2008) **Los cuidados y las mujeres.** Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). Pág. 4.
Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/cps/11308001/articulos/POSO0808230029A.PDF>
F Consultado el día: 27/06/2011
- Maydolis Tirado Soler y otros (Año desconocido) **Comportamientos de los traumatismos craneoencefálicos. Estudio de 5 años.** Guantánamo, Cuba. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/123_comportamiento_del_traumatismos_craneoencefalicos._estudio_de_5_anos.pdf
Consultado el día: 16/01/2011
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Año desconocido) **Programa de prevención de accidentes y lesiones (PROPAL)**". Buenos Aires, Argentina. Disponible en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/propal/propal.html> Consultado el día: 15/02/2011.
- Ministerio de Salud de Neuquén (2010) **Guía para la atención y cuidado de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años.** Neuquén, Argentina. Disponible en:
http://www4.neuquen.gov.ar/salud/images/Norma_del_menor_de_seis_anos/gua%20del%20cuidado%20y%20atencin%20de%20la%20salud.pdf Consultado el día: 27/10/2010

13. ANEXO

ENTREVISTA

Datos Personales del niño: _____

Edad en que ocurrió el accidente: _____

Sexo: M F

Diagnóstico: _____ Causa: _____

Grupo familiar conviviente:

	Edad	Sexo	Nivel Educativo	Situación Laboral	Situación de Salud
Madre					
Padre					
Hermanos					
Otros					

Red Social en la que está inserta:

¿Recibe ayuda del grupo familiar no conviviente, de quién, qué tipo de ayuda?

¿Recibe ayuda de alguien más (vecinos, amigos), de quién, qué tipo de ayuda?

¿Recibieron algún tipo de información en lo concerniente a las precauciones domésticas que se deben tomar para evitar accidentes domésticos? ¿De quién? ¿De qué institución?

Características de la vida cotidiana:

Narración de un día de su vida cotidiana:

Situación Económica:

¿Qué tipo de ingresos percibe: salario, ayuda de familiares, planes sociales, asignaciones familiares, etc?

Cuidados del niño:

¿Qué personas del grupo familiar están a cargo del cuidado del niño?

Esa persona, ¿tuvo alguna experiencia previa en el cuidado de niños, hijos anteriores por ejemplo?

¿Dentro del grupo familiar hubo algún otro accidente vinculado a los niños, antes o después? ¿De que tipo?

¿Qué medidas de prevención tomaron para que no vuelva a ocurrir?

Características de la vivienda:

Condiciones generales:

Piso: Tierra Piedras Cemento Cerámico Madera

Techo: Cartón Chapa Madera Losa Tejas

Aberturas: posee Si No

Humedad: posee Si No

Accesos de electricidad: Cables Enchufes

Instalaciones de gas: (VER)

Orden: Muy bueno Bueno Regular Malo

Limpieza: Muy buena Buena Regular Mala

Existencia de chimenea: _____

Baño: Si No ¿Dónde se baña al bebé? _____

Elementos al alcance de los niños:

Cortantes o punzantes: Cuchillos Navajas Hachas Otros: _____

Armas de fuego: _____

Medicamentos: _____

Sustancias tóxicas: _____

Espacios dedicados al niño:

Cuenta con habitación propia: Si No ¿Con quién comparte? _____

Donde duerme: Cuna Cama Cama cucheta

Comparte cama: Si No ¿Con quién comparte? _____

¿Existe algún espacio dedicado al juego? ¿Cómo está conformado? _____

Existencia de animales:

Perros:

Gato:

Otro:

		Datos de Base										
	Nombre	Edad en que ocurrió el accidente		Sexo		Diagnóstico Médico	Causa	Grupo Familiar Conviviente				Otros
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino			Madre	Padre	Hermanos		
1)	Bianca		Femenino	4 meses	TEC	Caida de cama	x	x	1 hermano			
2)	Franco	Masculino		40 días	TEC y FX	Caida de cama	x				Abuelos	
3)	Karin		Femenino	5 meses	TEC	Caida de brazos	x	x	1 hermano			
4)	Bryan	Masculino		11 meses	TEC y FX	Ns/Nc	x	x				
5)	Valentin	Masculino		7 meses	TEC	Caida del coche	x				Tios (3) y abuelos 2	
6)	Araceli		Femenino	2 meses	TEC	Caida de brazos	X	X	1 hermano			
7)	Marcos	Masculino		4 meses	TEC y FX	Caida de brazos	X	X	1 hermana			
8)	Nayra		Femenino	4 meses	TEC	Caida de mesa	X		1 hermano		1 tío	
9)	Brisa		Femenino	4 meses	TEC	Caida de silla con hermana	X	X	1 hermana			
10)	Luciana		Femenino	8 meses	TEC	Caida de cochecito	X	X	2 hermanos			

Grupo Familiar Conviviente						
Edad	Sexo	Nivel Educativo	Situación Laboral	Padecimiento de E		
Madre	1)	41	F	Secundario completo	Ama de casa	Sin enfermedad
	2)	24	F	Primario completo	Ama de casa	Ataxia
	3)	22	F	Secundario incompleto	Ama de casa	Epilepsia
	4)	23	F	Primario completo	Atiende verduleria propia	Sin enfermedad
	5)	40	F	Universitario incompleto	Limpieza/ temporal	Sin enfermedad
	6)	45	F	Terciario completo, Univ inc	Ama de casa	Sin enfermedad
	7)	35	F	Primario completo	Ama de casa	Sin enfermedad
	8)	29	F	Primario incompleto	Ayudante de cocina	Sin enfermedad
	9)	25	F	Primario completo	Vendedora	Sin enfermedad
	10)	40	F	Primario completo	Ama de casa	Sin enfermedad
Padre	1)	40	M	Primario completo	Pintor/independiente	Sin enfermedad
	2)	Ausente				
	3)	29	M	Primario completo	Empleado pesca	Sin enfermedad
	4)	27	M	Secundario incompleto	Distribucion verduras	Sin enfermedad
	5)	Ausente				
	6)	38	M	Ns/Nc	Propietario almacen y distribucion verduras	Sin enfermedad
	7)	37	M	Primario completo	Electricista	Sin enfermedad
	8)	Ausente				
	9)	26	M	Primario completo	Vendedor en corralón	Sin enfermedad
	10)	36	M	Primario completo	Obrero construcción	Sin enfermedad

	1)	9 años	M	Cursando primario	colabora tareas domesticas	Sin enfermedad
Hermanos	2)					
	3)	3 años	M			
	4)					
	5)					
	6)	13 años	M	Estudiante	colabora tareas domesticas	Sin enfermedad
	7)	10 años	F	Estudiante		Sin enfermedad
	8)	4 años	M			Sin enfermedad
	9)	9 años	F	Estudiante		Sin enfermedad
	10)	15 y 7 años	F y M	Estudiantes		Sin enfermedad

	1)	abuelos 65 y 67 años	F y M	Primario	Jubilados, changas.	Sin enfermedad
Otros	2)					
	3)					
	4)					
	5)	Tios: 42 22 38	F M M	Universitario incompleto Universitario incompleto Primario	Trabajo temporal, changas Trabajo temporal, changas Trabajo temporal, changas	Sin enfermedad Sin enfermedad Sin enfermedad
	6)					
	7)					
	8)	Tío 26 años	M	Primario completo	Desempleado	Sin enfermedad
	9)					
	10)					

Red Social en la que está inserta la familia			¿Qué tipo de ayuda?
¿Recibe ayuda del	¿De quién?		
Si	No		
X		Abuela, vecina, hno	cuidado de los niños
X		Abuela, madrina.	cuidado del bebé
X		Abuelos, amigos, otros familiares	económica, ayuda material
	X		
X		Abuela y tíos	cuidado de los niños
X		Padre y hermanos	cuidado de los niños
X		Padre, abuela y hermana	Cuidados del bebé
X		Tío	Cuidado de los niños
X		Abuela	Cuidado de los niños
	X		

Información recibida acerca de Prevención de Accidentes Domésticos			
¿Recibieron	Ejemplo	¿De quién?	¿De qué institución?
Si	No		
X		enfermera	HIEMI
X		pediatra	APS "El Martillo"
X		neonatóloga	HIEMI
X		enfermera y dra referente	HIEMI
X		pediatra y enfermera	APS "El Martillo" e HIEMI
	X		
X		No recuerda	APS
X		Comunicación visual	APS
X			HIEMI
X		Pediatra	UOCRA

Cuidados del Niño		
Persona/as que está/ an a cargo del	Presenta experiencia previa	¿De qué tipo?
	Si No	
1) Madre y padre	Si	Con primer hijo
2) Madre y abuela	No	
3) Madre	Si	Con primer hijo
4) Madre	Si	Con primer hijo (actualmente no conviviente)
5) Madre y abuela	No	Madre primeriza
6) Madre y hermano	Si	Con primer hijo.
7) Madre y padre	Si	Con primer hijo
8) Madre y tío	Si	Con primer hijo
9) Madre y padre	Si	Con primer hijo
10) Madre	Si	Con primer hijo

Otros accidentes de tipo doméstico		
¿Hubo algún otro accidente?	¿De qué tipo?	Medidas tomadas para evitar próximos accidentes
Si No		
1) Si	Caida de escalera	Se trava acceso a escalera, anexó protector a la puerta, enchufes tapados
2) No		Regalaron al perro, espacio p juego protegido
3) No		Exámenes médicos a la madre(epilepsia)
4) No		Mayor cuidado
5) No		Atarlo al coche, vigilar esalera
6) No		No usar babysit, precauciones al utilizar fuego de la hornalla
7) No		
8) No		
9) No		
10) Si	Automovilístico	Colocar sillita para bebé en el automóvil

Condiciones Generales de la Vivienda										
	Piso	Techo	Aberturas	Humedad	Accesos de Electricidad en mal estado	Instalacion es de gas en mal estado	Orden	Limpieza	Existencia de chimeneas	Baño Completo
1)	Ceramico	Tejas	Si	No	No	No	Muy bueno	Muy bueno	No	Si
2)	Cerami	Chapa	Si	No	No	No	Bueno	Bueno	No	Si
3)	Cement	Losa	Si	Si	No	No	Bueno	Bueno	Si	Si
4)	Ceramico	Losa	Si	No	No	No	Ns/Nc	Ns/Nc	Si	Si
5)	Ceramico	Tejas	Si	Si	No	No	Regular	Regular	No	Si
6)	Ceramico	Losa	Si	Si	No	No	Regular	Regular	No	Si
7)	Cemento	Chapa	Si	Si	No	No	Bueno	Bueno	Si	Si
8)	Cerámico	Losa	Si	No	No	No	Bueno	Bueno	Si	
9)	Cerámico	Tejas	Si	No	No	No	Regular	Bueno	No	No, vivienda en construcción
10)	Cemento	Losa	Si	Si	No	No	Bueno	Bueno	No	Si

Elementos peligrosos al alcance de los niños			
	Corto Punzantes	Armas de Fuego	Medicamentos
1)	No	No	No
2)	No	No	No
3)	Si	No	No
4)	No	No	No
5)	No	No	No
6)	No	No	No
7)	No	No	No
8)	Si	No	No
9)	Si	No	No
10)	No	No	No

Espacios dedicados al niño										
Habitación propia		Comparte habitación con...			¿Dónde duerme?			¿Comparte cama?		Espacio dedicado al juego
Si	No	Padres	Madre	Padres	Madre	Padres	Madre	Cama	Cucheta	¿Con quién?
		Cuna								
1)	No	Padres	Madre	Si						No
2)	No	Madre		Si						Si
3)	Si			Si				Si		No
4)	No	Padres				Si				No
5)	No	Madre				Si				No
6)	No	Padres		Si						No
7)	No	Padres y hermana		Si						Pileta
8)	No	Madre		Si						No
9)	No	Padres				Si				No
10)	No	Hermanos		Si						No

Existencia de animales				
Perros		Gatos		Otros
1)	No	Si		No
2)	No	No		No
3)	Si (raza peligrosa)	No		No
4)	No	No		No
5)	No	Si		No
6)	No	No		No
7)	Si	No		No
8)	Si	No		No
9)	Si	No		No
10)	Si	No		No

Criterios que permiten determinar situaciones de pobreza			
	Ingreso Promedio	Nº de ambientes	Cantidad de habitantes de la vivienda
1)	Más de 2.000	4	3
2)	1500 Aprox.	2	4
3)	1501 Aprox.	3	4
4)	Más de 2.000	2	3
5)	Ns/ Nc		7
6)	Más de 2.000	3	4
7)	Variable (canasta básica cubierta)	1	3
8)	Variable (canasta básica cubierta)	3	5
9)	3.000 Aprox.	3	4
10)	2.500 Aprox.	3	5