

Representaciones sociales de madres, médicos pediatras y enfermeras sobre el niño pre-escolar y su salud: un estudio de caso

*Milagros García Cardona **

Resumen

La presente investigación caracteriza las **representaciones sociales** de madres, médicos pediatras y enfermeras sobre **el niño preescolar y su salud**. La muestra de estudio consistió en madres que viven en el área de influencia del ambulatorio urbano tipo III «La Carucieña» en Barquisimeto, Edo. Lara, y pediatras y enfermeras que laboran en dicho centro. Se trata de un estudio de caso, sustentado en el construccionismo como paradigma epistemológico el cual utiliza la estrategia de Muestreo Teórico. El estudio de las representaciones fue realizado a través de los discursos de 10 madres, 2 médicos pediatras y 2 enfermeras, utilizando entrevistas en profundidad como técnica de recolección de información y el diseño de

(*) Sociólogo. Magister en Salud Pública. 1998. Profesora. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto, Edo. Lara. Actualmente realiza investigaciones en el área de representaciones sociales y salud. Dirección Postal: A. P. 566. Barquisimeto, Edo. Lara. Venezuela.

mapas y gráficos de asociación de ideas para su análisis. Se concluye que las madres expresan una representación sobre la salud del niño preescolar restringida a la ausencia de enfermedad, aunque asocian no tener enfermedad con elementos afectivos y la alimentación como elementos claves para tener salud. El crecimiento y desarrollo son conceptos vinculados para la mayoría de las madres y aquellas que separan al desarrollo, lo diferencian incluyendo aspectos físicos y afectivos como la atención materna. Como condicionantes de la salud de sus hijos, las madres identifican al asma, las diarreas, los parásitos y la desnutrición, siendo facilitado a su vez por el cariño y la atención de la madre. Las representaciones de los médicos y enfermeras enfatizan sobre aspectos físicos del desarrollo, principalmente lo vinculado al aumento de peso y talla. El elemento afectivo del desarrollo no aparece de manera explícita en el discurso de los médicos y aparece débilmente en el de las enfermeras, pudiendo entrar en contradicción con la representación de las madres. Asistir a la consulta de niños sanos significa una experiencia traumática para la mayoría de las madres, reconociendo el valor del diagnóstico médico y la comunicación con las enfermeras y manifestando aspirar una mayor comunicación con los médicos. Se busca contribuir al proceso de comprensión del tipo de vínculos que se establece entre los servicios y la población.

Términos Claves: Representaciones sociales, niño preescolar, salud, crecimiento y desarrollo

Abstract

Characteristics of mother, physician and nurse conceptualizations of pre-school children's health. Sample included mothers who live in underprivileged area near the ambulatory center La Carucieña in Barquisimeto. state of Lara, and physicians and nurses who work there. The study was accomplished by extensive interviewing of 10 mothers, 2 physicians and 2 nurses. Interviews were used to gather data and graphics, including association idea maps were used in analysis. It was concluded that the concept of disease was limited to the realization of its presence or its absence, although it was recognized that emotional elements and nutrition play their parts. Growth and development are related concepts for most mothers, and those who separate growth and development believe that physical and emotional aspects are linked to weight and height increase. Emotional elements are not included in the physician's concept of physical development as such. Nurses hold that emotional elements are not a strong influence in development. These disparities are a potential source of contradiction between mothers and health care professionals, especially physicians. Mothers commented that their relationship with the physician was not as good as they would like. The research as a whole is intended to contribute to better all round understanding.

Key words: Conceptualization, children's health, emotional elements, development.

Introducción

Durante los últimos veinte años aproximadamente, Venezuela ha visto transformar su sistema de salud pública, encontrándose que ha habido un aumento en la disponibilidad de infraestructura asistencial. A pesar de dichos cambios, lo que ha significado un aumento en la cobertura de atención de salud, los servicios no son utilizados en la medida de lo deseable. La accesibilidad al sistema de atención ha sido considerada un indicador del nivel de salud de las comunidades, desde el punto de vista de los administradores y planificadores de la salud.

Dentro de los programas preventivos, el Programa de Atención Materno-Infantil es uno de los prioritarios, considerando que éste se dirige a promover la salud de la madre y el niño que habitan principalmente en zonas pobres del país. La mayoría de las madres que acude a las consultas preventivas, llevan a sus hijos regularmente hasta que éstos cumplen los dos años, que es cuando a su vez se prevé que estén cubiertas las inmunizaciones, y cuando según la normativa del M.S.A.S.(1994), se espera que el niño mantenga controles médicos más distanciados (dos al año hasta los cuatro años y uno al año de 4 a 6 años).

De 9 ambulatorios urbanos de la zona del oeste de Barquisimeto, los datos de cobertura reportados por los establecimientos no superan en promedio el 40%, ubicándose la cobertura de higiene preescolar por debajo de la de higiene infantil. Según lo reporta el M.S.A.S.(1989), a pesar de que los planes de acción de la Dirección Materno Infantil han contemplado un aumento en la atención y en la eficacia del programa infantil en general, tal aumento no ha sido acorde con la velocidad del crecimiento de la población infantil.

Para los efectos de la presente investigación, nos referimos sólo a los factores socioculturales o a la denominada accesibilidad cultural que condiciona la aceptabilidad por parte de la población a la oferta de atención de salud: CLIMENT(1988). A su vez, se estudiará esa accesibilidad cultural a través de lo que la gente dice y hace con respecto a su realidad de salud, como una forma de conocer cómo piensan y actúan determinados grupos sociales frente a la realidad cotidiana, asumiendo el estudio de las Representaciones Sociales (JODELET, 1986) como elaboraciones socialmente compartidas, las cuales son una forma de pensar y actuar acerca de objetos y hechos reales que ocurren en la vida cotidiana de individuos y grupos.

Así mismo, se aborda el estudio de las representaciones sociales y la salud, a través de su caracterización en un grupo de madres, en relación con sus hijos en edad preescolar en cuanto a su salud tanto física como mental y se caracteriza también a las representaciones sociales de médicos pediatras y enfermeras que atienden consultas de higiene preescolar en el ambulatorio urbano Tipo III "La Carucieña", de la ciudad de Barquisimeto. Se realizaron entrevistas en profundidad y análisis de los discursos recogidos en dichas entrevistas.

Metodología

El estudio de caso a partir del Programa de Atención al Niño Sano Preescolar implementado en el Ambulatorio Tipo III, La Carucieña, en Barquisimeto, basado en YIN(1984) en donde intervienen diferentes actores: las madres usuarias del programa, los médicos que atienden esas madres y las enfermeras que participan de esa atención de salud. Nos apoyamos en las premisas del muestreo teórico como estrategia de recolección de datos, según lo propuesto por GLASSER Y STRAUSS(1967:1) el muestreo teórico se define como "el proceso de la recolección de datos para generar teoría por la cual el analista, conjuntamente, codifica y analiza su información y decide qué información escoge y luego, donde encontrarla para desarrollar su teoría tal y como surge".

Explora el conjunto de creencias y juicios de valor de madres, pediatras y enfermeras sobre la salud del niño preescolar, estudiando además el contexto donde se generan y estructuran las representaciones sociales que acerca del niño preescolar tienen los grupos mencionados, utilizando como referencia la metodología de análisis de contexto de SPINK(1994), quien propone explorar en tres dimensiones temporales: a) un **tiempo "corto" o tiempo autobiográfico** de las madres con relación al niño, b) un **tiempo "vivido" o tiempo "grupal"** en el cual se incluyen las determinaciones resultantes de los procesos de socialización de las madres y c) un **tiempo "largo"** en el cual es posible identificar los contenidos acumulados por el grupo de pertenencia de la madre en relación con el niño.

Se realizaron entrevistas en profundidad, semiestructuradas a 10 madres, 2 médicos pediatras y 2 enfermeras sociales. A continuación se muestran las categorías usadas para el diseño del guión de entrevista.

Categorías para el Diseño de la Entrevista

Primera parte de la entrevista: Se refiere a las representaciones propiamente dichas

a) Formas de entendimiento de lo que es el niño entre dos y seis años de manera general: profundiza sobre conceptos utilizando palabras claves como: desarrollo del niño, crecimiento, salud, salud y desarrollo, salud y crecimiento, origen, causas, limitaciones, comportamientos esperados por la madre.

b) Formas utilizadas por la madre para saber o percibir cómo está la salud de su hijo, su crecimiento y desarrollo, valoración de lo que considera desarrollo y crecimiento sano.

c) Factores que pueden influir en la salud de su hijo: los que afectan y los que facilitan el desarrollo y crecimiento. Enfermedades más frecuentes.

Segunda parte de la entrevista: se refiere a la percepción que la madre tiene de su contacto con los médicos, enfermeras y el ambulatorio como servicio.

d) La consulta de niño sano preescolar: motivos de consulta, rutina de la consulta, expectativas con respecto a los médicos, enfermeras y el propio ambulatorio.

Siendo consecuentes con lo establecido por el muestreo teórico, el proceso involucró establecer el registro grabado de las entrevistas y la transcripción casi simultánea de las mismas, buscando ir estableciendo las categorías emergentes que se presentaban en los discursos de las madres y el número de madres de relevancia teórica para el estudio, a la vez que contrastarlo con las categorías iniciales establecidas teóricamente.

Las entrevistas fueron acompañadas del análisis de materiales elaborados por el MSAS, OPS, OMS acerca de la atención al niño entre 2 y 6 años. Adicionalmente, se revisaron algunos materiales científicos utilizados por los médicos pediatras acerca del desarrollo infantil.

Las madres, los pediatras y las enfermeras son considerados informantes claves y unidades de análisis para efectos de esta investigación, sin embargo, el foco de atención son las madres, actuando los médicos y las enfermeras como informantes de contexto.

El análisis de las entrevistas se realizó utilizando la técnica propuesta por SPINK (1996). Este se llevó a cabo en cuatro fases muy interrelacionadas entre sí y de la siguiente manera:

1) se transcribieron las entrevistas, poniendo el énfasis a la situación dialógica creada por la secuencia de preguntas y respuestas y de la funcionalidad del espacio de la entrevista.

2) Seguidamente se elaboraron mapas de asociación, para ello se requirió pasar todas las entrevistas a columnas (siete en total), las cuales fueron definidas por unidades de sentido. Las columnas contienen: la Definición, restringida al objeto de asociación; la salud del niño como concepto amplio, y el crecimiento y el desarrollo, como elementos específicos de esa salud. Las Características, Quién Define y Quién promueve, comprenden las asociaciones inmediatas o secundarias y la clasificación de las asociaciones, características de la salud, del crecimiento y desarrollo, formas de verificación del crecimiento y desarrollo del niño por parte de la madre. Las Explicaciones, la cual es usada para incluir las explicaciones en que la madre abunda cuando quiere ampliar algún concepto. La de Otros, es usada para clasificar los contenidos afectivos. El Vínculo, recoge las imágenes, opiniones y experiencias concretas del vínculo con los médicos y enfermeras en sentido estricto y con el ambulatorio en sentido amplio.

3) Posterior a la elaboración de los mapas se realizó un análisis de todas las asociaciones de contenido que compartían las madres por un lado y los médicos y enfermeras por otro.

4) Del análisis de los mapas de manera individual, se elaboraron luego gráficos de asociaciones escogiéndose tres de las unidades de sentido contenidas en los mapas por ser las más inclusivas y relevantes en términos de los objetivos de la investigación: Definición, Quién promueve y El Vínculo, las otras columnas sirvieron para completar algunos aspectos del análisis del discurso, pero no fueron incorporadas en su totalidad en los gráficos.

5) Por último se elaboraron gráficos que recogen los elementos más constantes de las unidades de sentido escogidas anteriormente en todos los gráficos individuales.

Desarrollo

Del estudio de la representación social del niño preescolar y su salud se elaboraron gráficos que puntualizan las relaciones entre elementos cognitivos, las prácticas y las posturas afectivas presentes en el discurso de las madres como informantes principales y de los médicos y enfermeras como informantes secundarios o de contexto. Abordamos el ámbito de las interacciones cara-a-cara, o territorio del tiempo corto que es donde se genera la producción de sentido, a través del discurso de los grupos estudiados. Se hacen algunas referencias al tiempo vivido o territorio de la socialización para lo cual se introducen

citas del discurso de las madres, de pediatras y de enfermeras. Por último, se aborda el tiempo largo de manera tangencial.

El Gráfico No. 1 corresponde a las definiciones de **salud, crecimiento y desarrollo** del grupo de madres entrevistadas. El mismo está centrado en los tres conceptos antes mencionados, mostrando que los conceptos de **crecimiento y desarrollo** aparecen por un lado como conceptos iguales para algunas madres, o significando lo mismo, y por el otro, con significados parecidos para otro grupo de madres. Esta ambigüedad muestra los límites poco definidos de ambos conceptos en la representación de las madres.

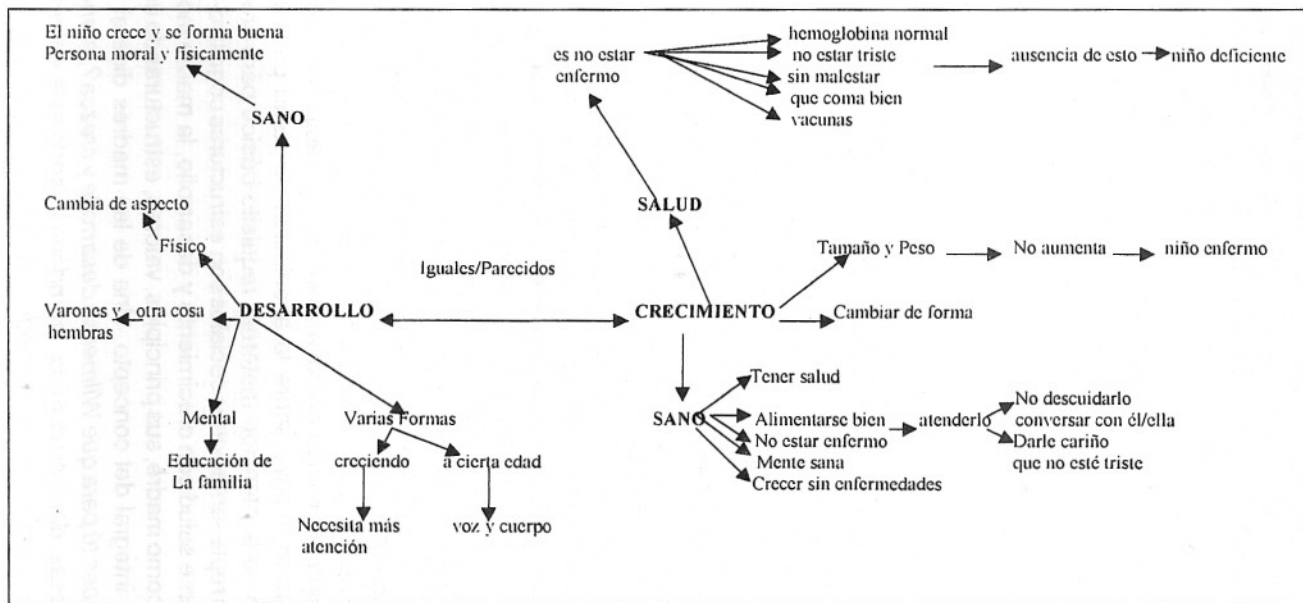
Cuando el crecimiento se equipara al desarrollo, este es circunscrito al tamaño y peso del niño, asociando su estancamiento o disminución, en términos de medidas, a la presencia de enfermedad en el niño.

Cuando el crecimiento se diferencia del desarrollo, este último toma una dimensión independiente relativa y aparece como un concepto más globalizante, discriminando entre el desarrollo físico, y allí se vincula con el crecimiento, y el desarrollo mental, con énfasis en la formación familiar. Aparece también una representación del desarrollo como crecimiento a cierta edad y asociada a la maduración, cambio de forma, voz y diferenciada en hembras y varones.

La salud aparece asociada al crecimiento. Tener salud es crecer y como consecuencia directa, tener salud es no estar enfermo. Esta primera asociación, se complejiza en las asociaciones sucesivas de no estar enfermo, incluyendo allí aspectos afectivos como no estar triste, alimentación y términos que provienen del discurso médico tales como tener la hemoglobina normal y las vacunas. Una de las madres señala, *"para mí estar sano es que ellos tengan su hemoglobina normal, que no los vea tristes, con malestar, cuando uno los ve así es que algo les pasa. También es importante una buena alimentación, si un niño no tiene buena alimentación no crece, es un niño deficiente"*.

Las asociaciones secundarias, combinan desarrollo y crecimiento con salud, derivando en desarrollo sano y crecimiento sano. **Crecimiento sano**, vuelve sobre la asociación de salud pero agrega el elemento de la atención materna, requisito básico para crecer sano. Como las representaciones sociales son estructuras cognitivo-afectivas, al asociarse salud con crecimiento y desarrollo, la madre incorpora su práctica como madre, sus principios, valores, estructurando una noción amplia e integral del concepto. Una de las madres dice al respecto, *"¿qué haces tú para que Wilmer se desarrolle y crezca?, atenderlo bien en sus cosas, darle su comida, atenderlo cuando está enfermo y darle cariño para que se sienta animado, así. Yo le doy cariño ayudándolo a*

Gráfico N° 1. Definición de salud, crecimiento y desarrollo: Las Madres



crecer, que no se sienta triste, conversar con él, jugar con él, las cosas que uno hace pequeño, ayudarlo para que ese desarrollo vaya creciendo"

Resaltan aspectos como la comunicación con el niño y el cariño. A su vez, el desarrollo sano resulta como el concepto más globalizante de todo el gráfico, lo que refleja a su vez el discurso de las madres. **Desarrollo sano es crecer y formarse buena persona moral y físicamente.**

En el caso de los médicos pediatras y enfermeras, (Gráficos 2 y 3, respectivamente), para los primeros, el crecimiento se circunscribe exclusivamente a la talla y el peso, de acuerdo a estándares preestablecidos. El establecimiento de escalas de peso y talla desde los años 80, marca la práctica médica, imprimiéndole a estos conceptos una estandarización.

Las enfermeras incorporan una dimensión del crecimiento como proceso vinculándose al desarrollo como una derivación de éste. Aquí se encuentra una similitud con las madres que equiparan crecimiento con desarrollo. Las enfermeras incluyen los factores condicionantes del crecimiento como parte de la definición, en lo cual coinciden con las madres, solo que estas últimas, no los señalan como factores, son parte intrínseca del concepto.

Para los médicos, el concepto de crecimiento está separado de los elementos afectivos, los cuales aparecen en el discurso de manera indiferenciada y probablemente mezcladas con lo ambiental, enfatizando en el peso y la talla. Esto se corresponde con la definición de la medicina acerca del crecimiento: "...es el crecimiento de la masa corporal a través de los procesos de hiperplasia e hipertrofia, está íntimamente vinculado a la maduración expresada en la desaparición de funciones o condiciones que nos permiten adaptarnos al medio interno o externo y dar respuestas peculiares a los diferentes estímulos. El crecimiento y desarrollo están programados genéticamente y su mayor o menor expresión o calidad del mismo dependerán de los diferentes factores ambientales que sobre él interactúen." HERRERA(1996:3).

En cuanto al desarrollo los médicos lo asocian o bien como un concepto más globalizador, que incluye el crecimiento, o como complemento del crecimiento, aceptando que el desarrollo incluye aspectos físicos, cognitivos y de habilidades. No aparece ninguna asociación con los elementos afectivos vinculados al desarrollo.

Las enfermeras por su parte, lo asocian con habilidades y lenguaje, con una fuerte influencia del discurso de la psicología del desarrollo, centrado en la adquisición progresiva de habilidades y destrezas observables de acuerdo a la actuación del niño. Incorporan además, un concepto propio de su función asistencial como lo es la estimulación.

Gráfico Nº 2. Definición de crecimiento y desarrollo: Los Médicos

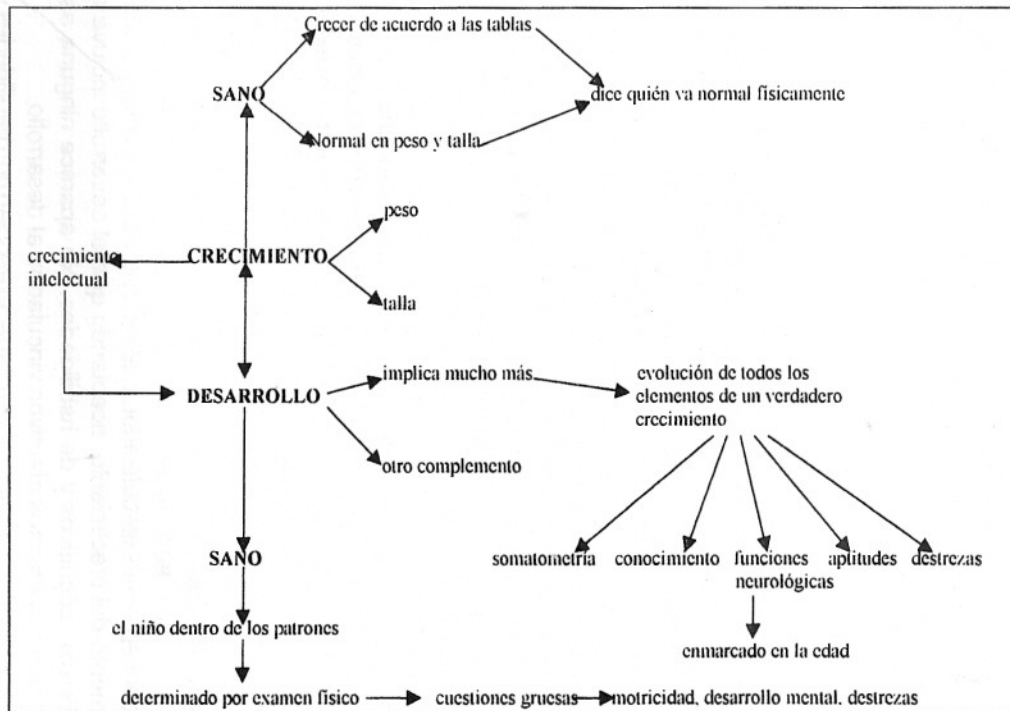
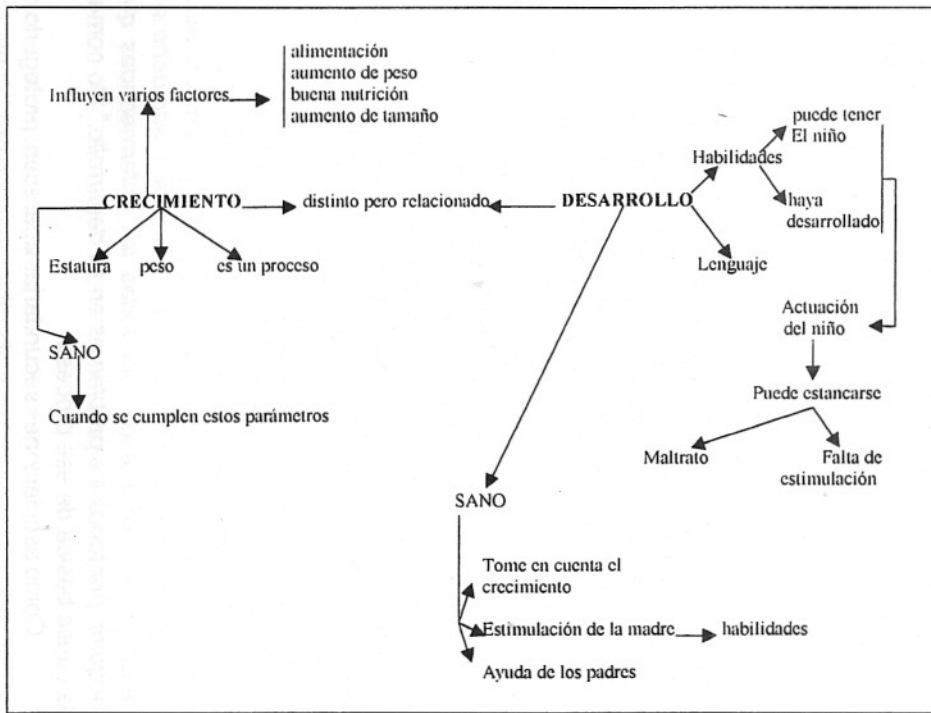


Gráfico N° 3. Definición de crecimiento y desarrollo: Las Enfermeras



Otra asociación que resalta es el maltrato al niño como elemento perjudicial al desarrollo. Ellas parecen haber incorporado una representación del desarrollo sano y sus límites, muy permeada por su práctica clínica y social en el Ambulatorio de La Carucieña donde se presentan muchos casos de maltrato.

Aparece como un elemento que se vincula con lo afectivo en el diagnóstico del niño sano en la consulta.

El Gráfico No. 4, denominado Quién y Qué promueve, corresponde a aquellos factores que facilitan o dificultan el crecimiento y desarrollo y posibilitan la salud del niño en el discurso de las madres.

El discurso aparece mostrando dos caras de una misma moneda, dos ejes principales. Casi que por opuestos lo que facilita el desarrollo y crecimiento, cuando no está presente puede limitarlo. La primera asociación que surge es que enfermarse mucho afecta severamente el crecimiento y desarrollo, identificándose dos enfermedades frecuentes en los niños de la zona de La Carucieña como son la diarrea y el asma. Ambos problemas son los primeros motivos de consulta del ambulatorio, éste tiene inclusive, un programa de prevención de asma en niños. A su vez, la diarrea está entre las diez primeras causas de muerte en niños menores de 5 años en el Estado Lara según cifras del MSAS.

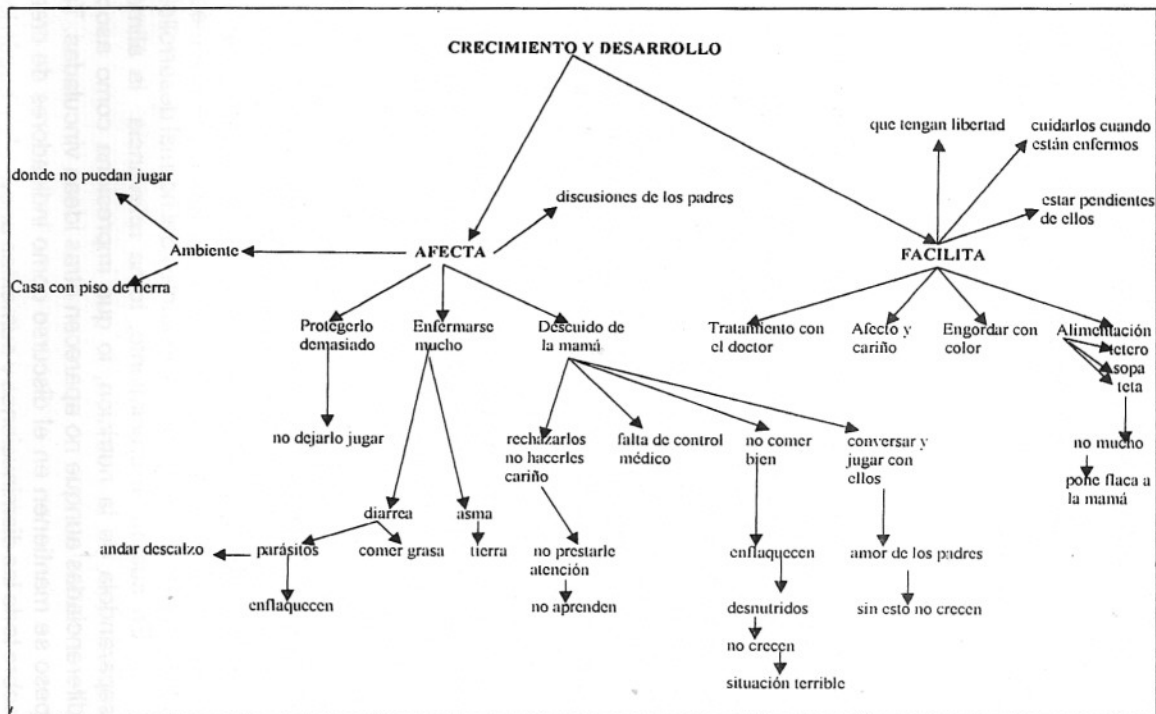
Diarreas y parásitos aparece como una fuerte asociación, estos, enflaquecen al niño y le limitan su crecimiento.

Una segunda asociación que se repite es la idea de que el crecimiento y el desarrollo se pueden afectar por el descuido de la madre. Esta idea del descuido tiene una carga afectiva importante, revelándose valores acerca de lo que debe ser una madre y de las acciones que se espera que ella despliegue para garantizar la salud del niño.

Una idea fuerte que aparece en la mayoría de los discursos es el temor a la desnutrición, reseñada como situación terrible y asociada a la creencia de que estar flaco es algo malo. Una madre refiere, "*si el niño no se alimenta bien, es un niño desnutrido, eso debe ser terrible tener un niño desnutrido, por todas las enfermedades que puede adquirir, por todos los problemas en su desarrollo.*" No comer bien es la causa básica de ese proceso.

Como asociaciones secundarias aparecen: protegerlo demasiado, las peleas de los padres y el ambiente como predisponente a sufrir de enfermedades o desequilibrios emocionales. Como contraparte, tratarse con el doctor, brindar afecto, engordar y alimentarse, estar pendiente de ellos, cuidarlos cuando están enfermos y ofrecerles un ambiente de libertad, recoge todo lo positivo de los condicionantes del crecimiento y desarrollo.

Gráfico Nº 4. Qué y quién promueve la salud, el crecimiento y el desarrollo: Las Madres



Es importante señalar que en ambos ejes aparece el contacto con el médico como predisponente o facilitador del crecimiento del niño. Esto parece indicar que las madres reconocen todavía en la atención médica, en la vigilancia del médico, un factor de seguridad en el desarrollo de sus hijos.

En el Gráfico 5, los médicos asocian el crecimiento sano y los factores que lo afectan, a las enfermedades más frecuentes en los niños preescolares, clasificándolas como respiratorias, gastrointestinales y desnutrición. Coinciden en esta asociación con las madres, donde aparece la preocupación porque el crecimiento se afecta cuando sus hijos se enferman mucho. La coincidencia se da precisamente porque el asma y la diarrea están entre los primeros motivos de consulta en el ambulatorio, apareciendo como primera asociación en ambos grupos.

Como factores básicos que limitan el crecimiento aparecen asociadas la alimentación y las malas condiciones de vida. A pesar de que la alimentación deficiente es una consecuencia de las malas condiciones de vida, en la representación del médico, asocia a las condiciones de vida estrictamente con lo físico ambiental y sanitario.

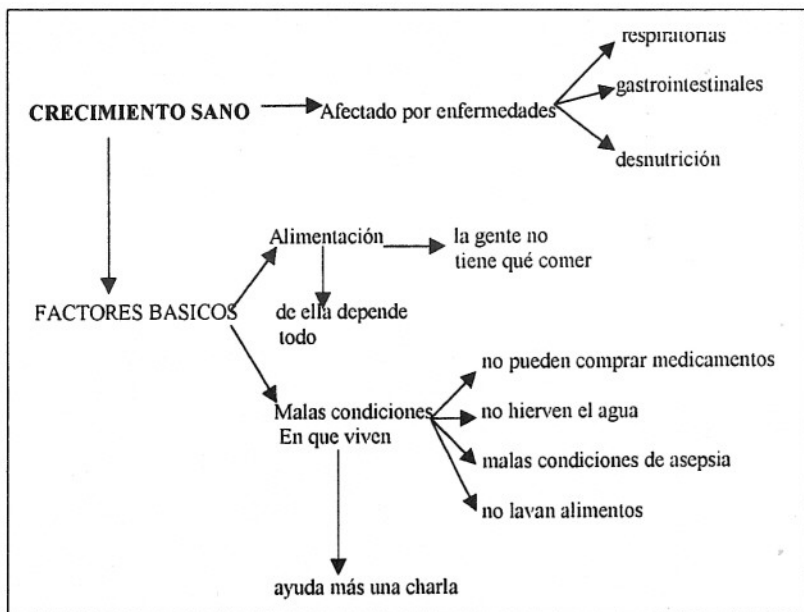
La alimentación vista como factor clave del desarrollo no aparece vinculada en el discurso a la desnutrición, como es el caso de las madres. Ella aparece como enfermedad sin vinculación aparente con las condiciones de vida.

Por último es importante señalar, que el discurso de los médicos se centra en los factores negativos o limitantes del crecimiento, manteniéndose, en contraposición a las madres, en el eje de los factores que limitan, muy influenciados por el enfoque médico orientado hacia la enfermedad.

En el Gráfico 6 aparecen las asociaciones resultantes del discurso de las enfermeras. Los ejes de la argumentación están en cómo el crecimiento por un lado y el desarrollo por el otro, pueden ser afectados, muy vinculado con los conceptos que manejan las enfermeras de ambos aspectos. Las asociaciones, al igual que los médicos, se vinculan más con los factores limitantes del normal desarrollo del niño.

En cuanto al crecimiento, toma relevancia la alimentación, separándola de la nutrición, lo que impresiona como asociaciones diferenciadas aunque no aparecen otras ideas vinculadas. Tamaño y peso se mantienen en el discurso como indicadores de crecimiento, sobre todo las disminuciones y aumentos anormales, según lo establecen las pautas establecidas en la literatura.

Gráfico Nº 5. Qué y quién promueve: Los Médicos

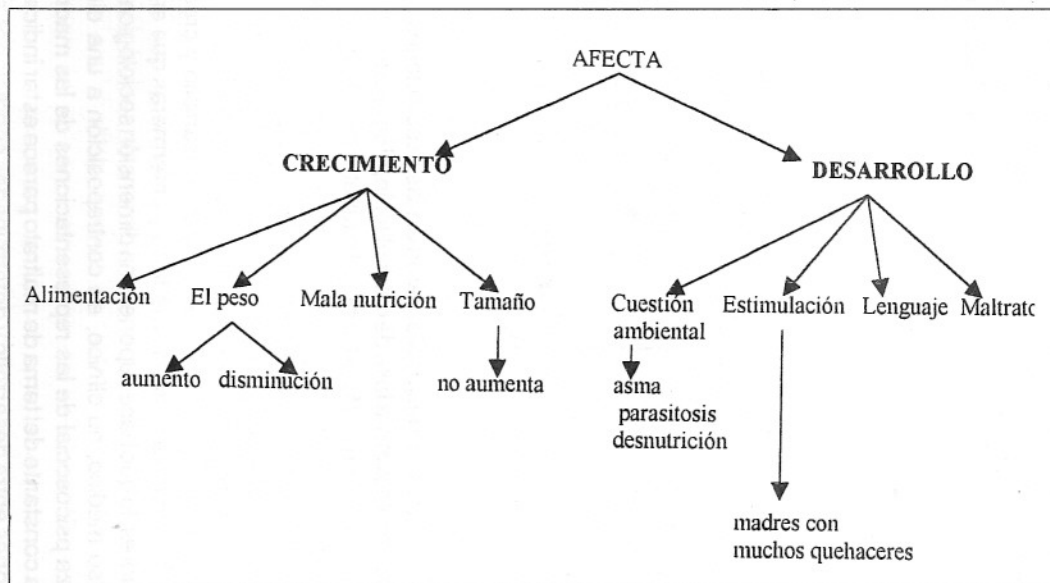


Con relación al desarrollo, retoman las asociaciones derivadas del concepto con relación a la falta de estimulación, el lenguaje como capacidad de comprensión del mundo exterior y el maltrato como anomalía social que conlleva a la desatención del niño. La asociación al ambiente coincide con los médicos, al relacionarlo con el enfoque ecológico condicionante para la aparición de enfermedades. Lo ambiental es visto como saneamiento o más aún como ausencia de saneamiento adecuado.

La asociación condiciones de vida, desarrollo y crecimiento, es más fuerte y explícita entre los médicos y enfermeras que en el discurso de las madres, lo que hace suponer una dimensión sociológica permeando el discurso médico, no clínico, en contraposición a una dimensión de naturaleza psicosocial de las representaciones de las madres.

La constante del tema de maltrato parece estar indicando fuertes asociaciones entre desarrollo y determinadas condiciones sociales que se dan en el contexto de vida de los pacientes que llegan a la consulta del ambulatorio.

Gráfico N° 6. Qué y quién promueve: Las Enfermeras



El Gráfico No. 7, denominado el Vínculo, es una síntesis del discurso de las madres acerca del tipo de relaciones establecidas con los médicos de la consulta de niño sano, las enfermeras y el ambulatorio. El gráfico muestra como aparecen cuatro (4) ejes del discurso.

El primer eje donde el centro de las asociaciones es la figura del médico, entendido como un genérico que resume a los médicos que han atendido a su o sus hijos en la consulta de niño sano. Las asociaciones sucesivas reportan una constante que se da en el discurso popular sobre la dificultad para entender las explicaciones que da el médico cuando la madre le solicita alguna aclaratoria sobre algún aspecto de la salud de su hijo.

Otra asociación muestra al médico como una persona "regañona", atribuyéndole esa actitud a fallas de la madre que no obedece lo recomendado por el médico, agregándose a ello características de personalidad del médico que parecen ser aceptadas por algunas de las madres. *"Es mejor que sea regañón, así uno no está jugando la pelota con ellos y hace lo que él manda"*.

El médico es visto como competente en términos de que para las madres un médico que examina bien al niño es buen médico. Esta asociación se repite a lo largo de los discursos de las 10 madres entrevistadas

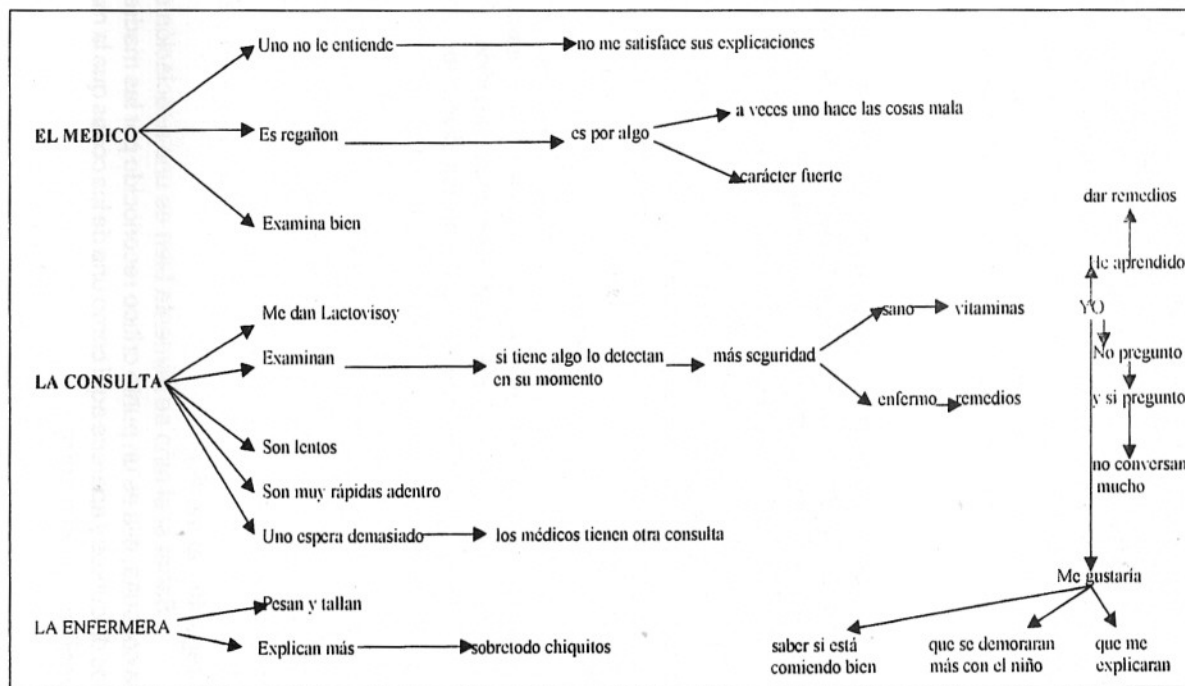
El segundo eje, la consulta, retoma la idea de la importancia del examen médico como fuente de seguridad, pues si el niño está sano siempre se obtiene alguna recomendación como es el caso de las vitaminas y si está enfermo el médico es el indicado para recetar los remedios.

Otra asociación que se repite en los discursos es una contradicción aparente pues si bien las madres reportan que el médico examina bien los niños, por otro lado, las consultas son rápidas. El elemento tiempo, factor relativo, parece presentar problemas a la hora de llenar las expectativas de la madre. Vemos como en el cuarto eje, identificado con el Yo del discurso, una de las aspiraciones de las madres es que les expliquen aquello que no entienden y que se demoren con el niño. Reconocen su poca capacidad para hacerle preguntas al médico.

Saber si el niño se alimenta bien es una asociación directa con la consulta, ella es un punto crítico reconocido por las madres en todos los discursos y aparece aquí como una de las cosas que la madre busca verificar con el médico.

La espera interminable de las madres en el ambulatorio, aparece como asociado a la consulta, reconociendo como la causa fundamental, la ocupación del médico en la práctica privada.

Gráfico N° 7. El vínculo: Las Madres.



Las enfermeras son vistas como aquellas que registran el peso y la talla asignándoseles la característica de ser quienes tienen una mayor comunicación con las madres, sólo que reconocen que es sólo hasta que el niño tiene un año de vida. Las madres sienten que a nivel de la consulta preescolar ese acompañamiento se debilita.

El Gráfico 8, del vínculo, está referido a las asociaciones del discurso médico sobre su relación con las madres-niños en la consulta de niño sano. El gráfico muestra 2 ejes, un eje referido a la cobertura de la consulta, centrado en aspectos de funcionamiento del ambulatorio y un eje de la consulta en la que aparece la madre como un elemento dentro de ella.

Con relación a la cobertura, la primera asociación que aparece es la madre. El médico señala que es ella la que abandona el control del hijo cuando deja de ser lactante. Clasifica a éstas por tanto, en dos grupos. Las madres de lactantes según el discurso del médico llevan más a los niños pues se enferman más, cosa que comparte el médico a medias con las madres.

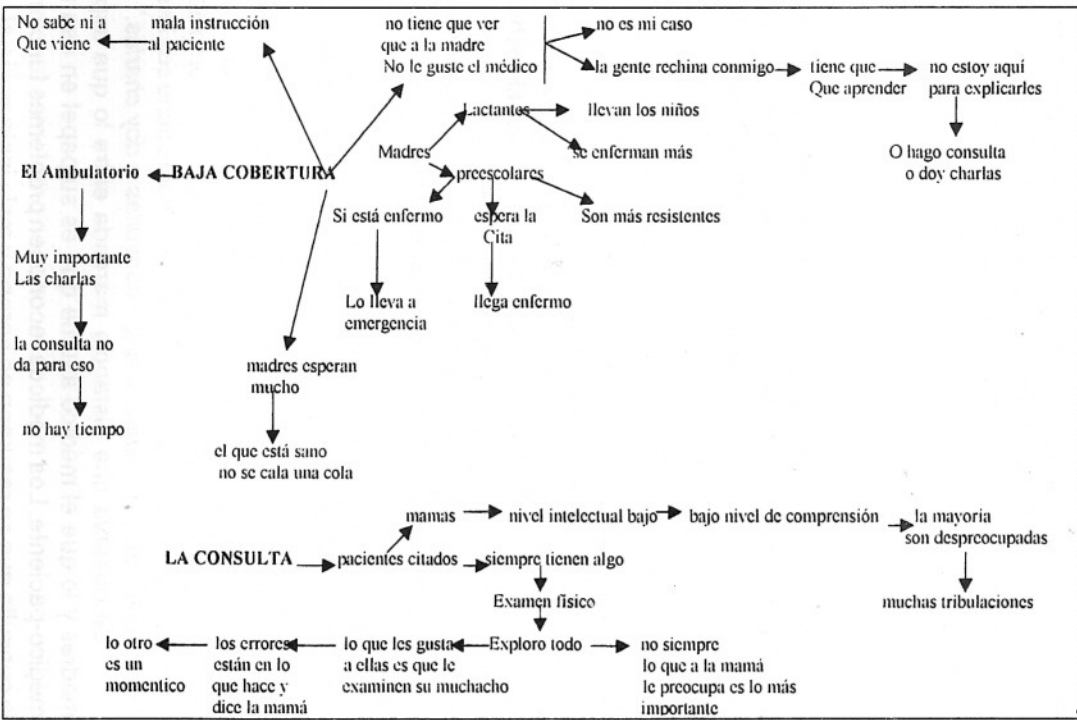
En contraposición, las madres de niños preescolares, los que a su vez son más resistentes, si están enfermos los llevan a emergencia o esperan las citas de control y el niño llega enfermo. Se observa una mezcla del discurso médico con lo aprendido por éste en su práctica clínica.

No hay asociación de la baja cobertura con el rechazo de la madre al trato del médico. Uno de los pediatras refiere lo siguiente, "*no creo jamás que sea por eso. Eso es cuestión de la idiosincrasia propia de la madre*". El elemento cultural aparece como explicación al posible rechazo de las madres a la atención médica en el ambulatorio. Los médicos han desarrollado toda una teoría e hipótesis acerca del comportamiento de las madres, configurando su representación sobre lo que son las relaciones médicos-madres.

Otra asociación que coincide con las madres, pero en el lado opuesto, es que las pacientes son intolerantes y deben pagar un precio para aprender porque el médico se percibe a sí mismo como un técnico que ejecuta una tarea y la interacción con la madre tiene sus límites, "*no estoy aquí para explicarles, o hago consultas o doy charlas.*"

Se observa una distancia marcada entre lo que aspiran las madres y lo que el médico asume que es su papel en esa relación médico-paciente. Los médicos reconocen problemas funcionales de la consulta que se resumen en horario y mala instrucción al paciente que a diferencia de las madres es achacado al ambulatorio y su funcionamiento por conocer las causas "ocultas" que a las madres se les presentan como simple ausencia del doctor por ocupaciones

Gráfico N° 8. El vínculo: Los Médicos



fuera del ambulatorio. Esto parece señalar una falta total de información al paciente sobre el porqué funciona la consulta de la manera como está.

Existe una asociación de prevención y actividades educativas. Los médicos reconocen el papel fundamental de las actividades educativas que realiza el ambulatorio, descartando su participación en ellas, debido a la falta de tiempo. Esto es reforzado por el tipo de tareas asignadas por el programa al médico y la enfermera, profundizando el abordaje biologicista de la atención al paciente.

En el eje de la consulta, no aparece ninguna asociación con los horarios y el tiempo dedicado a los pacientes, a pesar de que las madres señalan como problemáticos esos aspectos. El énfasis se centra en el examen físico y exploración del niño, resaltando la duda por parte del médico acerca de que la madre maneje adecuadamente criterios de normalidad, por lo que la información proveniente de la madre es un insumo aparentemente cuestionado dentro de la rutina de diagnóstico.

Las madres aparecen en el discurso como personas con una baja capacidad de comprensión, lo que se corresponde quizás con el desinterés manifestado por las madres por parte del médico en explicarles y comunicarse con ellas. Habría que profundizar un poco en esta asociación de la despreocupación de las madres pues probablemente se refiera más a la desatención de las medidas sanitarias o a determinados tratamientos, lo que estaría ubicado a cierta distancia de la concepción de atención que manifestaron las madres.

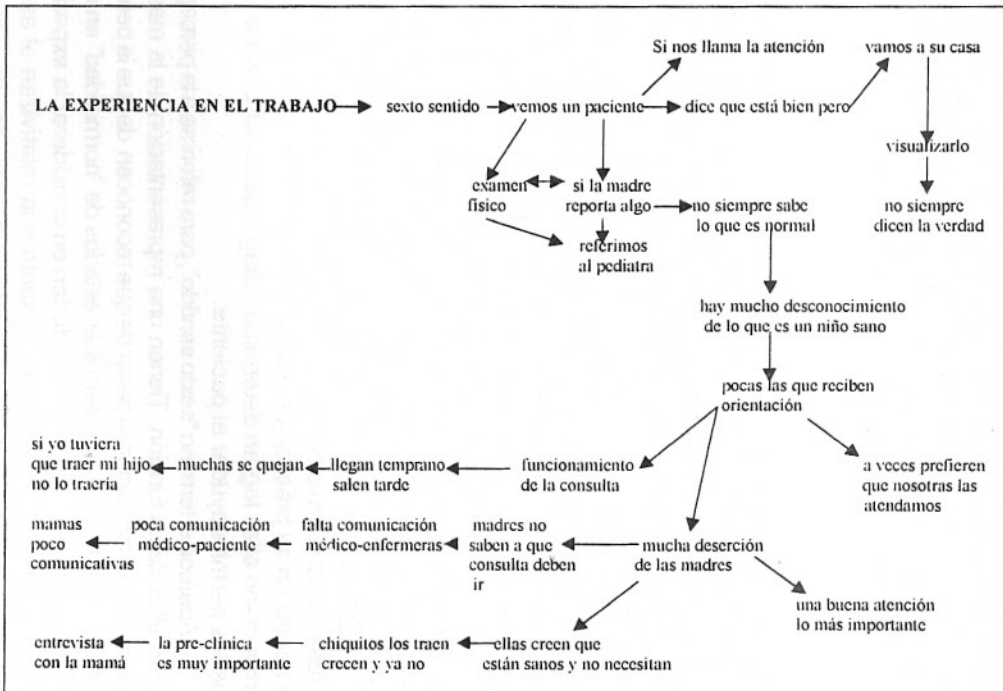
El Gráfico 9, corresponde a las asociaciones de las enfermeras al referirse al vínculo con las pacientes. El discurso de las enfermeras se centra en su práctica de trabajo rescatando de manera afectiva, la forma como ellas logran determinar, diagnosticar situaciones de salud que les permita ayudar al paciente.

Aparece el término "sexto sentido", para referirse a la percepción que tienen ellas de su función. Tienen una representación de la madre como fuente útil de información, a pesar de que reconocen de que la perciben con limitaciones a la hora de determinar estados de "normalidad" en el niño.

Al igual que los médicos, dudan en considerar la experiencia de la madre como fuente de conocimiento o la relativizan al asociar, no saber lo que es normal, al desconocimiento de los parámetros científicos de normalidad de un niño.

El problema de la cobertura lo asocian a la deserción de las madres por mala atención, falta de comunicación médico-madre, médico-enfermeras y madres poco comunicativas.

Gráfico Nº 9. El vínculo: Las Enfermeras



Reconocen que las madres llevan a los niños a consulta cuando están pequeños, cuando crecen dejan de llevarlos y por último enfatizan en el horario de la consulta y la larga espera de las consultas aparece como un mal insalvable.

Conclusiones

El análisis del discurso a través de la asociación de ideas evidencia que las madres expresan una representación de la salud del niño preescolar con las siguientes características: a) está restringida a la ausencia de enfermedad, aunque a través de una reasociación con el término "ausencia de enfermedad", se descubre que se da una ampliación de la representación de la salud, vinculándola con elementos afectivos, la alimentación como factor clave en la salud e incorporando indicadores de salud provenientes del discurso médico como la hemoglobina normal y la protección por vacunas; b) el crecimiento y el desarrollo aparecen como conceptos vinculados, sin embargo, algunas de ellas separan el crecimiento del desarrollo, ampliándose éste, incorporando toda una dimensión afectiva de la madre, valorizando principalmente el papel de la atención materna en ese proceso; c) identifican como factores condicionantes de la salud, el crecimiento y el desarrollo a las enfermedades: asma, diarreas, parásitos y desnutrición, y la ausencia del cuidado de la madre. La primera aparece llena de imprecisiones, falta de información con incorporación de creencias familiares y grupales. La mayoría de las madres no tiene una explicación clara de la causalidad de las enfermedades. Este hecho puede estar condicionando una débil atención y seguimiento por parte de las madres a los niños cuando están sanos.

El elemento afectivo del desarrollo, entendido como el cariño y la atención al niño, constituye una constante en la representación de las madres. Este elemento aparece débilmente en la representación de las enfermeras y está ausente en la representación de los médicos. Esto puede tener implicaciones prácticas importantes con relación a la atención de salud al niño sano, no existiendo una coincidencia entre los énfasis que establece la madre para seguir el crecimiento y desarrollo de su hijo y los que se siguen en la práctica diaria de la consulta del niño sano preescolar.

La alimentación aparece de manera persistente en el discurso de las madres, vinculándola con las posibilidades de tener salud y crecer. Las madres reportan recibir escasa o nula información-

orientación sobre alimentación. Esta pudiera ser una consecuencia directa del énfasis puesto por el discurso médico en el seguimiento a los aspectos físicos del crecimiento y desarrollo, por lo que la consulta de niño sano parece estar abordando débilmente lo que tiene que ver con los conceptos y rutinas alimentarias que las madres siguen con sus hijos.

En la representación de las madres el médico aparece como una figura contradictoria. Por un lado es considerado una guía para orientar a la madre, por el otro, es señalado como alguien con poca capacidad de comunicación y de mal carácter. Esta representación parece evidenciar contradicciones en la relación médico-paciente lo que puede influir en la aceptabilidad de la atención médica, sobre todo la preventiva. El ambulatorio y las consultas de niño sano están referidos a imágenes como demora, largas colas y consultas apuradas, significando una experiencia perturbadora para todas las madres. El desconocimiento aparente de las madres acerca de las causas de todo este proceso, puede estar condicionando fuertemente la asistencia de un número mayor de madres a las consultas. Ellas transmiten su insatisfacción a otras madres convirtiéndose en una realidad rechazada por todas.

Los médicos enfatizan en los aspectos físicos del crecimiento y desarrollo, el aumento de peso y talla como indicadores de crecimiento normal y muy vinculado a patrones preestablecidos. La dimensión afectiva del desarrollo no aparece como elemento relevante en el contenido del discurso del médico. Este hecho pudiera estar indicando que el médico ha integrado poco a su conocimiento médico, aquellos elementos que provienen de la experiencia con la madre, sobre todo porque vemos que para ella la dimensión afectiva tiene principal relevancia.

En la representación del médico sobre su papel en la relación con las madres, éste no se reconoce como un educador permanente, aunque valora el papel del ambulatorio en la educación al paciente. Esta idea puede estar condicionando al médico a que no asuma como práctica rutinaria enfatizar en la comunicación y exploración del punto de vista de las madres. Ellas son vistas por el médico, en mayor medida que por las enfermeras, como entes pasivos y con baja capacidad de comprensión, y como tales no son incorporadas formalmente a la rutina de la consulta consolidando una distancia entre el médico y la madre y su desmotivación a llevar al niño a no ser que sea cuando está enfermo.

El abordaje de la realidad utilizando una perspectiva constructorista y con un enfoque cualitativo, fue fundamental para el

desarrollo de este trabajo. Permitió que los propios sujetos de investigación expresaran, a través de los discursos, sus contradicciones, "verdades" y puntos de vista, demostrando que cada versión de la realidad, la de las madres, la de los médicos y enfermeras y la del propio investigador, conviven y se condicionan, ofreciendo una aproximación más completa de los fenómenos sociales.

El uso de los gráficos de asociación de ideas, ayudaron a comprender cómo se organizan los discursos tanto del investigador como de los informantes, recogidos en un mismo instrumento y ofreciendo ventajas sobre otras técnicas de recolección y análisis de datos donde el investigador no aparece interactuando con sus informantes. Replantea por tanto, la posición del sujeto en la cuestión del conocimiento, éste pasa a ser un ente activo construyendo una explicación plausible de los hechos.

Recomendaciones

El conocimiento vivencial de la madre no debe ser anulado o superado en favor del conocimiento médico, sino que por el contrario, ambos deben ser observados y considerados en una relación de determinación mutua tal y como ocurre en la realidad. Un mayor conocimiento por parte del personal que atiende las consultas de niños sanos, acerca del mundo simbólico de las madres puede, sin lugar a dudas, facilitar las relaciones y prácticas entre médicos y madres en beneficio de los niños.

Considerando que los servicios de salud deben recuperar el punto de vista de la población usuaria para orientar permanentemente sus acciones, el estudio de las representaciones sociales de las madres sobre la salud de sus hijos debe comenzar a ser un instrumento frecuente para el diseño de estrategias de atención de salud, máxime en el área de la prevención donde no es la enfermedad y la urgencia, el motor que dirige la acción de la población, sino más bien la motivación por la protección de la salud, lo que exige un conocimiento mayor de sus representaciones y cómo ellas están marcando el comportamiento diario de la gente.

Las referencias de trabajos empíricos sobre el tema abordado aquí son escasas, lo cual exige continuar en esta línea de investigación a los efectos de alcanzar un conocimiento más amplio sobre las representaciones sociales y la salud, sobre todo en el contexto venezolano donde los estudios de representaciones sociales están en proceso de desarrollo.

Bibliografía

- ALVAREZ, G.(1988). *Compendio de Puericultura y Pediatría*. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- CLIMENT, G.(1988). *Factores de riesgo psicosocial y atención de salud*. Informe de Avance, CONICET, Buenos Aires, Argentina.
- DEOLIVEIRA, D.(1991). *O desenvolvimento infantil e suas representações: dimensões do saber técnico-profissional e do senso comum*. (Tesis de maestría). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Sao Paulo. Brasil
- GLASSER, P. y STRAUSS, A.(1967) *The Discovery of Grounded Theory. Strategy for Qualitative Research*. De. Aldine. New York.
- HERRERA, J. (1996). *Manejo Ambulatorio del Paciente Pediátrico*. Ediciones Fundaeducó, 4ta. edición. Decanato de Medicina, UCLA. Barquisimeto, Venezuela.
- IBAÑEZ, T. (1988). *Ideologías de la Vida Cotidiana*. Ediciones Sendai, Barcelona, España.
- _____ (1994). "La construcción del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista". En: MONTERO, M. (coord.) **Conocimiento, Realidad e Ideología**, Fascículo 6, AVEPSO. Caracas, Venezuela.
- JODELET, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Psicología Social y Problemas Sociales, Vol. II, Buenos Aires, Paidós.
- MOSCOVICI, S.(1977). *El Psicoanálisis su imagen y su público*, PUF, segunda edición revisada, París.
- MSAS (1989) **VII Congreso de Salud Pública**, Tomo IV, Caracas, Venezuela.
- _____ (1994) *Manual de atención al lactante y preescolar: normas y procedimientos*. Dirección General Sectorial de Salud, Dirección Materno-Infantil. 2da. edición, Caracas, Venezuela.
- SPINK, M. J. (1993) "Permanencia e Diversidade nas Representações Sociais da Hipertensão Arterial Essencial". En autores varios: **Tópicos especiales en Psicología Social: Las Representaciones Sociales, aspectos teóricos y metodológicos**. Mimeo. Universidad Simón Bolívar. Caracas. p. 156-172.
- _____ (1994a) "Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais". En: JORCHELOVITCH, S. Y

GUARESCHI, P. (org.), **Textos en Representações Sociais**, Vozes, Petropolis, Brasil.

_____ (1994b) "*Práticas discursivas e Produção de sentido*". En: **Saude e Sociedade** 3(2): 149-171.

_____ (1996a). "*O Discurso como Produção de sentido*". (ponencia) En: **VI Simposio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP**. Río de Janeiro.1-15.

_____ (1996b). "*Social Representations and Discursive Practices: Integrating the Cultural, Social and Local Intersubjective Levels in the Production of Meaning*". In: **Symposium: Methodological Problems in the Analysis of Social representations**. IInd. Conference for Socio-cultural Research- Vygotsky-Piaget. Geneva.

STEINAR, K. (1995). "*The qualitative research interview: a phenomenological and hermeneutical mode of understanding*". Journal of Phenomenological Psychology, Vol. 14, No. 2, pp. 171-195. En: **Guía de Metodología Cualitativa**, Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

YIN, R.K. (1984). **Case Study Research. Design and Methods, Applied Social Research**, Methods Series, Volume 5, Sage Publications, Beverly Hills.

FERMENTUM. Número Quince 1.— Tema Central: Investigar y Publicar: Una relación indispensable. 1.— Las publicaciones periódicas especializadas: una reflexión liminal. **Roberto Chacón**. 2.— Estrategia de valoración de las revistas científicas latinoamericanas. **Hebe Vessuri**. 3.— Hacia una corriente principal propia: La Bibliografía Socioeconómica de Venezuela (BSEV). **Leonor Pulgar**. 4.— Relación Editores-Bibliotecólogos. **Carlos Ceballos Sosa**. 5.— ¿Por qué una revista multidisciplinaria?. **Rubén Sierra Mejía**. 6.— Algunas ideas en torno a las revistas culturales. **Miguel Riera**. 7.— El porvenir del libro a partir de la experiencia canadiense. **Devis Vangeois**. II.- Explorando la ciudad a través de las revistas científicas de la ULA: 1.— Historia del Boletín Antropológico (Museo Arqueológico, Centro de Investigaciones Etnológicas, Universidad de Los Andes). **Jacqueline Clarac**. 2.— Las revistas científicas en Ciencias Sociales. El caso FERMENTUM (Revista Venezolana de Sociología y Antropología). **Carmen Teresa García y Oscar Aguilera**. 3.— Las revistas de la Universidad de Los Andes. **Irma Guillén**.

FERMENTUM. Número Catorce I.-Tema Central: En búsqueda del sujeto urbano.
 1.-La búsqueda del sujeto urbano. **Nelson Morales y Carmen Teresa García. 2.—** Cuando se escucha a la gente: una clínica para intervenciones espirituales. **María Méndez Peña. 3.—** La participación social para el desarrollo: ¿Panacea, moda o engaño?. **Nelson Morales. 4.—** La historia oral, la gente común y los estudios urbanos en América Latina. **Patricia Pensado Laglisse. 5.—** Escuchar: La política de la vida diaria. **John Forester. 6.—** El análisis de políticas públicas a partir de la teoría crítica de Habermas: La propuesta de John Forester. **Silverio González Téllez. II.-** Explorando la ciudad: Mérida hacia un desarrollo sostenible. IX Plan de la Nación hacia un proyecto de país consulta estatal-Estado Mérida. **Cecilia Scorza, José Rojas López y Alberto Pérez. III.-** Reseñas: El XX Congreso ALAS y la Comisión de trabajo 17.

FERMENTUM Número Trece. I.— Tema Central. 1.— El "Sujeto de la Política Social". A manera de presentación. **C. T. García y N. Morales. 2.—** Los Hogares de Cuidado Diario: Una mirada desde el lado de adentro. **A. T. Guerrero. 3.—** Menores "en la calle" y "de la calle": Prostituidos y abandonados. **N. Morales. 4.—** La salud pública en Venezuela: Cuando el remedio es peor que la enfermedad. **M. Méndez P. 5.—** El Sujeto Tardomoderno. **P. Alzuru. II.—** Explorando la ciudad: Las dulceras de Mérida: ¿Una tradición y una opción de trabajo que se extingue?. **C. T. García. III.—** Reseñas.

FERMENTUM. Número Doce: I.— Tema Central: Finales de Siglo... y todavía faltan muchos otros muros por derrumbar. A manera de presentación. 2.— Mujeres pobres frente al Estado postsocial. ¿Protagonismo?. **M. H. Di Liscia. 3.—** Las categorías de análisis también nos excluyen: El caso del llamado "sector informal". **C. T. García. 4.—** Mujeres militantes y movilizaciones políticas en el movimiento estudiantil nicaragüense en los años 70. **B. Kritt. 5.—** La mujer venezolana y su participación política: Una mirada retrospectiva. **C. Rosillo. 6.—** "Querer tener hijos": Mujeres, pobreza y salud reproductiva. Un estudio de caso: Río Caribe. **M. Jiménez y F. Rengifo. 7.—** Reflexiones acerca de la Encíclica Evangelium Vitae. **G. Parentelli. 8.—** La mujer cubana como sujeto social. Un proceso contradictorio. Reflexiones sobre un estudio de casos. **M. Sosa y C. Proveyer. 9.—** La ciencia y el sexismo. La agresividad del varón: Un mito. **V. Ferrara. 10.—** Los estudios de la mujer en Venezuela. **G. Comesaña. II.—** Explorando la ciudad: Mujeres que construyen historia local y actual: Apolonia Peña. **C. T. García. III.—** Reseñas: Libros y Revistas. Llamados a Concurso y Eventos.