APRENDIZAJE Y FORMAS DE PARTICIPACIÓN: LA CONSULTA DE CONTROL DE NIÑO SANO COMO SISTEMA DE ACTIVIDAD

LEARNING AND WAYS TO PARTICIPATING: WELL-BABY VISIT AS ACTIVITY SYSTEM

Scavino, Carolina[1]

RESUMEN

El trabajo analiza las determinaciones que las prácticas sociales tienen sobre el aprendizaje, según el modo de participación de los grupos sociales. Para ello, se analiza el caso del aprendizaje que promueve la consulta de control de niño sano, respecto de la crianza en familias que viven en contextos de pobreza.

Se basa en un estudio cualitativo, con perspectiva etnográfica, que analiza la consulta pediátrica como sistema de actividad.

Palabras clave:

Aprendizaje - Participación - Crianza - Pobreza - Salud

ABSTRACT

The paper analyzes the determinations that the social practices have on the learning according to the way of participation of the social groups. In the matter, there is analyzed the case of the learning that there promotes the well-baby visit respect of the upbringing in families that live in contexts of poverty. It is based on a qualitative study by ethnographic perspective and that analyzes the paediatric visit as activity system

Key words:

Learning - Participation - Upbringing - Poverty - Health

[1]*Lic. en Psicología, UBA. Ex-becaria UBACyT bajo dirección de la Prof. Alicia Stolkiner y actual becaria doctoral del CONICET bajo la dirección de la Prof. Nora Elichiry. Directora de tesis: Prof. Cristina Chardón. Doctoranda del Programa de Doctorado con Mención en Ciencias Sociales y Humanas, UNQ. Auxiliar docente de la Cátedra I de Psicología Educacional de la carrera de Psicología, UBA.*

PRESENTACIÓN

En este trabajo se presentan resultados de una investigación[1] desarrollada entre Julio del 2002 y septiembre del 2003 para una Tesis de Maestría en Psicología Educacional[2], cuyo objetivo consistió en indagar las transformaciones que la asistencia a la consulta pediátrica de control de niño sano, podía promover sobre los sentidos de la crianza de familias que viven en contextos de pobreza en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En un comienzo, el proyecto buscó conocer los alcances que la noción de "Desarrollo Integral en Temprana Infancia" promovida, por UNICEF y la OPS durante la década de los 90' (Myers: 1992), e implementada en Argentina a través del Programa Nacional Materno Infantil y Nutrición (PROMIN); había tenido sobre los sentidos de la crianza no solo de los profesionales médicos sino en particular, de las familias pobres que asistían a los servicios de pediatría a controlar y supervisar el crecimiento y desarrollo de sus niños y niñas.

El estudio fue planteado desde un enfoque sociocultural[3], lo cual implicaba comprender las transformaciones de los sentidos sobre la crianza teniendo en cuenta el contexto de la población estudiada, así como un abordaje de la consulta pediátrica como sistema de actividad. Desde esta perspectiva, los procesos de transformación humana se producirían en función de los aprendizajes que estos realizan en la práctica y según los modos de participación que adoptan en las actividades sociales (Lave: 2001; Engeström: 1987, 1994; Rogoff: 1997).

Desde este encuadre y por los resultados obtenidos, este trabajo reflexiona sobre la importancia de tomar en cuenta la historia sociocultural, para comprender los modos que adopta la participación social, y destacar la noción de interés que trabaja Bourdieu (1980; 1995) para entender los alcances y limitaciones de los procesos de aprendizaje y transformación social. Dos aspectos, que en el marco teórico inicial de la investigación realizada, no se habían puesto de manifiesto y que solo en el transcurso del trabajo de campo se pudieron vislumbrar.

El punto de partida del investigador, su marco epistémico[4], planteaba la historia social en términos de un juego de relaciones donde poder y subjetividad se constituían en variables dependientes, pero no en reglas de producción del mismo (Bourdieu: 1980; Bourdieu-Wacquant: 1995).

Este trabajo muestra cuándo y de qué modo, a lo largo del proceso de producción de conocimiento, fue posible transformar la propia mirada del investigador y sus formas de participación en el trabajo de campo, actuando reflexivamente sobre su propio objeto de estudio, a través de la experiencia de investigación emprendida (Frederic: 1998).

La noción de "sistema de actividad" de Engeström (1987) se utiliza para abordar el análisis de la consulta pediátrica y se recurre a la etnografía, para reconstruir la historia de la comunidad y el centro de salud así como de los sentidos que regulan la utilización del servicio en salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso desde una perspectiva etnográfica con diseño cualitativo. Su objetivo original consistió en estudiar las transformaciones sobre el sentido de la crianza, a través de las representaciones sobre la infancia y el desarrollo de madres o responsables con niños/as de 1 a 4 años y pediatras, que interactuaban en el marco de la consulta de control de niño sano (CNS) de un Centro de Salud ubicado en una comunidad con Necesidades Básicas Insatisfechas[5] (NBI) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El trabajo de campo duró aproximadamente 1 año - de Julio/2002 a Septiembre/2003- y el cuaderno de campo fue la principal herramienta durante toda la estadía (Grupo-Taller de trabajo de campo del IDES: 1999; Guber: 2004)

Por su carácter etnográfico, el trabajo en terreno fue conceptualizado como una "experiencia", más que un momento de administración de herramientas técnicas para la recolección de datos (Hastrup and Hervik: 1994). El proceso de construcción de conocimiento, desde esta perspectiva, se inicia delimitando el problema y recorte del objeto y continúa con el ingreso al campo y la puesta en juego de la propia lógica del investigador en el espacio social que se pretende indagar (Grupo-Taller de trabajo de campo del IDES: 1999; Hastrup and Hervik: 1994).

En este sentido, el ingreso al campo del presente estu-

[1] La investigación pudo ser desarrollada con al apoyo de una Beca de Maestría otorgada por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires para el período 2002-2004.

[2] Tesis de Maestría en Psicología Educacional con orientación en interfase Salud-Educación. "*Prácticas de crianza y consulta de control de niño sano: un análisis sobre intervenciones en salud en contextos de pobreza*" Presentada y a la espera de su defensa. Directora de Tesis: Prof. Alicia Stolkiner

[3] Los enfoques socioculturales no constituyen una tradición homogénea respecto de los temas y problemas que estudian; sin embargo en tanto enfoque se distinguen por su interés en superar viejos planteos dicotómicos respecto a los modos de comprender la existencia humana en términos de "objetivo vs. subjetivo"; "plano interno vs. plano externo de los fenómenos"; "individuo vs. sociedad" (Chaiklin:2000; Castorina-Baquero: 2005; Baquero: 2004)

[4] Refiere a las formas de razonamiento y saberes previos disponibles para el sujeto según su momento del desarrollo y a partir del cual interpreta la cultura (García: 1986; Castorina-Faigenbaum:2000)

[5] Indicador de pobreza basado en condiciones de vida. Advierte que en la comunidad de estudio existen familias en la que uno o más de los cuatro siguientes ítems se cumplen: 1) más de tres personas por cuarto; 2) vivienda de tipo inconveniente: piezas en inquilinato, viviendas precarias, etc; 3) vivienda sin retrete con descarga de agua y 4) niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela.

dio, ha constituido un momento clave para el curso y orientación de su metodología.

Según Frederic (1998) la presencia del investigador en el campo implica una negociación de roles que enriquece la producción de conocimiento, ya que permite sortear la distancia entre la formulación del proyecto de investigación y el conocimiento de la propia dinámica del campo que se pretende estudiar; dicotomía que la propia tradición académica establece en el modo de formular los problemas de investigación (Bourdieu:1995; 1980).

El investigador en terreno se enfrenta a una complejidad donde él mismo debe asumirse como portador de una práctica social. Así, al poco tiempo de ingresar a la comunidad, pude captar en los profesionales de la salud y habitantes del lugar, ciertas preocupaciones que poco tenían que ver con las inquietudes que me había acercado. Registraba esta situación y comprendía que si solicitaba a los pediatras y las familias un tiempo para tomarles unas entrevistas y hacer algunas observaciones, me lo facilitarían. Sin embargo, me preguntaba "¿Por qué?", "¿Qué motivos habría en colaborar con alguien que no era del lugar, ni trabajaba para el centro?". Confirmaba poco a poco, que la intención[6] por desarrollar una investigación de estas características, respondía más a un interés de una maestranda en realizar su tesis de postgrado, que comprender un proceso social y las transformaciones que en él podrían darse.

Tomar conciencia de la distancia que existía entre los intereses académicos y los que organizan el devenir de esa comunidad, me cuestionó sobre si el estudio de las relaciones entre crianza y consulta pediátrica debían pasar por el estudio de las representaciones entre médicos y familias, o más bien por el estudio de los sentidos que cada uno tenía, es decir la lógica desde las cuales organizaban sus actos[7].

En otras palabras, el ingreso al campo puso de manifiesto que resultaba más significativo comprender las transformaciones sobre la crianza a través del estudio de los sentidos que los actores otorgan a sus prácticas, que conociendo sus ideas sobre la infancia y el desarrollo, e intentando comprender cómo dichas ideas pueden ser afectadas en la interacción. Esta reflexión promovió el desafío de reorganizar la estrategia metodológica del trabajo de campo.

Así, a un mes aproximadamente de haber ingresado, se le propuso al Centro de Salud del barrio, desarrollar un *Taller de Crecimiento y Desarrollo* para las mujeres de la comunidad que recibían el Plan de Jefas y Jefes de Hogar[8] y debían asistir como contraprestación, a una capacitación en promoción de la salud que irregularmente llevaba a cabo el centro por falta de tiempo y personal (Scavino: 2004).

Desde el punto de vista metodológico, la realización de este taller constituyó un "diseño emergente" (Saltalamacchia: 2002) organizando el proceso de investigación en dos planos: uno **estratégico**, constituido por este taller y a través del cual se pretendía ingresar en la lógica de la comunidad y participar en ella, manteniendo una mirada crítica y dinámica para comprender los sentido de la crianza y la recepción de las prácticas de salud en términos más amplios; y por otro lado, un nivel **táctico**, constituido por las toma de entrevistas a madres, pediatras e informantes claves, la administración de un cuestionario y la realización de observaciones de consulta pediátrica de CNS; que permitiría obtener datos puntuales y precisos, necesarios para el análisis de las relaciones entre crianza y consulta pediátrica. En este nivel se realizaron:

- 23 entrevistas semi-estructuradas: realizadas a madres o responsables de la crianza de niños y niñas de 1 a 4 años que asistían a la consulta pediátrica de control de niño sano (CNS); a pediatras e informantes claves del lugar como integrantes de la comisión vecinal y ex-autoridades del centro de salud. El objetivo de las entrevistas era indagar en las madres y pediatras, las representaciones de la crianza y la significación de la consulta de control de niño sano en el barrio. Las entrevistas a los informantes claves, se centraron puntualmente en profundizar indagaciones sobre la historia del barrio y la creación del centro de salud, donde se desarrollaba la asistencia pediátrica (muestreo teórico y forma de registro: grabación).
- Se administraron 100 cuestionarios a madres o responsables con niños y/o niñas de 1 a 4 años que asisten a la consulta de control de niño sano, para indagar representaciones sobre la crianza y el cuidado infantil como la valoración sobre la asistencia a la consulta de CNS y del centro de salud en general (muestreo casual).
- 15 observaciones no-participantes de consultas de control de niño sano; con el objetivo de analizar la estructura de participación en la consulta pediátrica (se solicitó autorización al pediatra y la familia; forma de registro: reconstrucción por notas al finalizar las observaciones).

Respecto al trabajo sobre los materiales producidos y recopilados: los obtenidos en el nivel táctico, fueron sistematizados en unidades conceptuales (categorías)

[6] "la illusio (…) se refiere al hecho de estar involucrado, de estar atrapado en el juego y por el juego. Estar interesado quiere decir aceptar que lo que acontece en un juego social determinado tiene un sentido, que sus apuestas son importantes y dignas de ser emprendidas" (Bourdieu-Wacquant: 1995:80)

[7] una posición como la mencionada puede conducir al equívoco que los agentes actúan voluntaria y concientemente sobre el mundo cuando en realidad expresan una eficacia práctica. Muchas veces una acción contradictoria para un observador, está fundada en la coherencia de los intereses del grupo, a pesar que el sostenimiento de los mismos a corto o largo plazo los perjudique (Bourdieu: 2004)

[8] Son planes sociales implementados por el gobierno nacional luego de la crisis económica argentina desencadenada durante diciembre del 2001. Los beneficiarios como contraprestaciones tenían que realizar un servicio o recibir capacitación.

a partir de la selección de fragmentos significativos (Stolkiner: 1999). Modalidad que se inscribe dentro de la tradición de la Grounded Theory (Strauss and Corbin: 1994); y los de nivel estratégico: se utilizaron para interpretar y leer los materiales del nivel táctico, para establecer relaciones, identificar nudos problemáticos e identificar prácticas en relación a grupos sociales y respecto del centro de salud. Este tipo de interpretación se logró a través de lo que Barth (2000) denomina método comparativo.

Finalmente, los resultados que se presentan a continuación constituyen un relato, que no pretende describir una "realidad" captada a través de técnicas; consiste en la creación de un conocimiento posible al interior de la experiencia de investigación que pudo llevarse a cabo. En ese sentido, se considera que dicho relato es una expresión de la propia trama de las lógicas de funcionamiento del lugar y sus procesos de transformación, al momento que se desarrolló dicha experiencia (De Souza Minayo: 1997; Hastrup and Hervik: 1994).

COMUNIDAD Y CENTRO DE SALUD: EL SENTIDO SOCIAL DE LAS PRÁCTICAS DE SALUD

La zona sur en la que está ubicada la comunidad de estudio, es una de las áreas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con mayor concentración de villas miserias y viviendas precarizadas (Golbert: 2002); situación que desde hace tiempo implicó para la Ciudad un problema tanto estético como jurídico, ya que las personas que vivían en esas tierras eran consideradas "intrusos" o "usurparedores".

El barrio de estudio, fue creado en el 69' bajo la presidencia de Onganía (1966-1970) como Núcleo Habitacional Transitorio[9] (NHT), en el marco del Plan de Erradicación de Villas de Emergencia (PEVE) implementado en la década de los 60', con el objetivo de trasladar a los habitantes "villeros" de la ciudad a zonas del interior de la provincia de Buenos Aires (Blaustein: 2001; Martinez: 2004).

Los NHT eran la etapa intermedia del PEVE y se caracterizaban por ser barrios construidos explícitamente en zonas periféricas y poco accesibles de la Ciudad, edificados sobre terrenos con bajo nivel sanitario y construcciones precarizadas; para que los pobladores allí trasladados, no se asentaran y finalmente accedieran a ser llevados fueran de la ciudad con la promesa de mejoras en la calidad de vida.

El caso de estudio si bien surgió como NHT, su particularidad residía en que la etapa final del PEVE, el traslado a localidades con mejores condiciones habitacionales, no llego a cumplimentarse. Esta singularidad le otorgó a sus habitantes, a medida que fueron pasando los años, una identidad diferente al resto de los grupos poblacionales que poco a poco y de modo espontáneo, se fueron asentando a su alrededor.

Los habitantes de esta comunidad, comenzaron a autodenominarse "población cautiva" en oposición a las poblaciones linderas que consideraban "villeros" o "usurpadores". Esta identidad, según los informantes entrevistados, no solo los diferenciaba de otros grupos poblacionales sino también, les permitió organizarse socialmente en reclamo de mejoras en las condiciones de vida habitacional y la obtención de una "vivienda definitiva". Así fue como se crea, según relatan los informantes, la "Comisión Vecinal".

Al momento de ingresar al campo, el barrio ya contaba con 30 años de existencia, con un Centro de Salud, una Escuela Primaria y un Jardín de Infantes, todos gestionados a través de la Comisión Vecinal en articulación con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a fines de la década de los 90', cuando desde el gobierno comienza a impulsarse el principio de "radicación" de villas en la Ciudad en materia de política habitacional[10].

Según los informantes consultados, el Centro de Salud con el que cuenta el barrio, es el resultado de un paulatino proceso iniciado a principios de los 90' por parte de la Comisión Vecinal del lugar, con el objetivo de contar con un pediatra para los problemas de salud de los niños de la comunidad.

El centro de salud, cuya construcción se inicia en 1997 y finaliza en 1999, a diferencia de otros centros del área programática del Hospital de referencia, fue creado por la Comisión Vecinal del barrio y no cumplimentaba, en el momento de realizar la investigación[11], los requisitos de distancia e infraestructura que las autoridades del sector salud consideran necesaria para la radicación del mismo. Sin embargo, luego de su construcción contó con el reconocimiento de las autoridades del hospital de referencia, y se le asignaron recursos humanos para su funcionamiento.

Es interesante señalar que antes de la construcción del centro de salud, la Comisión Vecinal a principios de los 90', logra que del centro de salud de la villa lindera, se le envíe un pediatra para ocuparse de los problemas de salud infantil del barrio.

Se considera que la llegada de este profesional al lugar, promovió una reorganización en la dinámica y funcionamiento de la participación social; no quiere decir que éstas no existieran, pero desde el punto de

[9] Los NHT conformaban grupos de viviendas compuestos por habitaciones de 13,3 m2 destinados para albergar un máximo de 3 personas, sin divisiones internas más que el baño. Estos núcleos habitacionales no contaban con servicio de gas natural aunque si de una red cloacal precaria.

[10] El principio de "radicación" de villas que introduce la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires permite avanzar en obras de infraestructura y pavimentación para integrar estos barrios al tejido social.

[11] Luego del 2003, supe que desde las autoridades del sector salud se destinaron fondos y recursos para ampliar el centro de salud y equiparlo con las mismas condiciones que otros centros de la entonces secretaría de salud.

vista histórico, solo podemos dar cuenta de una nueva forma de gestión social por parte de la Comisión Vecinal y por ende de su grupo social, con la introducción del pediatra.

Cuando éste ingresa a la comunidad, trae aparejado consigo todo un conjunto de intereses y lógicas del campo de la salud de las cuales la comunidad no tomará partido. Estas cuestiones versaban principalmente sobre la modalidad de atención, entre perspectivas de atención primaria de la salud o asistencialismo y referían a los estilos de intervención a implementar, que de algún modo orientarían no solo las acciones de salud en el barrio sino en particular, los sentidos que sus habitantes podrían tener sobre dichas acciones.

Ni la Comisión Vecinal ni los habitantes del barrio que participaban entonces de diferentes actividades de salud que se realizaban en el barrio, según declaran los informantes, consideraban que tenían "derecho" a participar en las discusiones que se daban entre los profesionales de la salud que iban acercándose a la comunidad desde la llegada del pediatra. En particular la Comisión Vecinal era conciente y estaba al tanto de esas discusiones, y en ningún momento consideró relevante participar. Consideraban que la organización del trabajo de salud en el barrio, era una cuestión que comprometía y correspondía solo a dichos 'profesionales'.

La reconstrucción histórica del surgimiento del centro de salud, permitió reconocer dos sentidos que regulaban el proceso de participación y movilización social en la comunidad:

Por un lado, un sentido de pertenencia y derecho, basado en el incumplimiento del Estado respecto a las condiciones de vida habitacional. Situación que no solo promovió la construcción de una nueva identidad en comparación a otros grupos sociales, sino también una forma de organización alternativa, a través de la Comisión Vecinal, para gestionar y mejorar las condiciones de vida del lugar.

Por otro, un sentido objetivo y neutral, respecto al impacto del accionar de los profesionales de la salud[12] sobre la comunidad: "*Ellos saben lo que hacen*"

La presencia de los profesionales de la salud en la comunidad sería vista como signo de mejoras en las condiciones de vida. Sin embargo, la entrega de leche y medicamentos, el primer censo de seguridad ambiental, la detección del número de hijos/as por madre, que dio lugar a la creación del grupo de 'procreación responsable', ¿no serían acciones del equipo de salud que transponen condiciones de vida sociales en problemas de salud?

Cuando los profesionales entrevistados, comentaban que una de las dificultades en las madres o responsables de los niños y niñas del barrio, era "*el adormecimiento de las pautas de alarma*" o bien, que la mayoría de las veces éstos asistían a la consulta de CNS, porque así accedían a la leche; ¿el habitante del barrio no quedaría transpuesto en el campo de la salud, de modo tal que su bajo nivel de instrucción sería una dificultad para saber detectar pautas de alarma; o que su bajo poder adquisitivo sería un obstáculo para valorar la consulta pediátrica como espacio de cuidado?. Otro caso por ejemplo sería la organización del tiempo en el barrio y su modo de manifestarse en la asistencia a la consulta: la informalidad e inestabilidad de los trabajos de las familias, así como la falta de recursos materiales y/o económicos despliega complejas relaciones de intercambio donde la espera y eventualmente la falta de respuesta está al orden del día. Las demoras que hay en los centros de atención o en los espacios de consulta son significados como "tiempos de espera", donde el profesional "está ocupado" o "no disponible". Sin embargo, las ausencias por parte de las familias a la consulta, son significados como "faltas de compromisos" por parte del equipo de salud.

¿Qué es lo que hace que la Comisión Vecinal y los profesionales de la salud, no discutan entre sí sobre lo que es necesario hacer en materia de salud para mejorar las condiciones de vida del barrio? Creo que esta ausencia de discusión, se corresponde con un sentido compartido, un interés común, la '*illusio'* en términos de Bourdieu (1995), basado en la creencia de que es el Estado quien sabe lo que los grupos sociales necesitan, fundado en la noción de "Naturaleza Humana" y la "Objetividad" de la Ciencia, que portan los profesionales en su ejercicio y que constituyen dos pilares del biopoder en términos foucaultianos (Scavino-Perelman: 2007).

Entonces queda el interrogante, ¿de qué sirven las acciones en salud si ellas son aplicadas más allá de los sentidos que organizan la vida social de la comunidad?

Otro ejemplo, en una de las actividades del Taller de Crecimiento y Desarrollo se les preguntó a un grupo de madres, cuál era su opinión respecto a la afirmación del informe socio-ambiental de 1997, sobre la correlación significativa entre el bajo nivel educativo de las madres del barrio con el alto número de embarazos.

Ellas plantearon que la decisión de tener un hijo siendo adolescentes, fue una elección personal vinculada al deseo de tener su propia familia, otras dijeron que el embarazo había constituido un medio para irse de sus casas. Entonces les pregunté, si consideraban que la escuela podía o les había ayudado a tomar decisiones sobre el embarazo, algo así como ayudarlas a evaluar las consecuencias a futuro de esta decisión. Ellas consideraron que esa actitud hubiese sido buena tenerla en cuenta, pero no consideraban que fuera la escuela sino la familia, a través del diálogo, quien podría promoverla. En ese momento, reconocían que el embarazo adolescente estaba en relación más con la ausencia del diálogo que con la falta de educación, en una legitimación de la presión, la obligación y el castigo como medios fami-

[12] Esta valoración también puede ser extendida a docentes de escuela

liares cotidianos de resolución de problemas.
Creo que este ejemplo, como varios otros ya mencionados, permiten dar cuenta la importancia de trabajar sobre los sentidos que organizan a la comunidad antes de aplicar acciones de salud como si fueran acciones neutras y objetivas.

LA CONSULTA DE CONTROL DE NIÑO SANO Y LOS APRENDIZAJES PARA LA CRIANZA

La consulta de control de niño sano (CNS) es una intervención del sector salud en el marco de los Programas Materno-Infantiles. Esta consulta establece que los padres y/o referentes del niño/a entre 0 y 6 años de vida, tienen que realizar consultas esporádicas para el monitoreo del crecimiento y supervisión del desarrollo infantil.
En el caso estudiado, la entrega de leche, que es una acción focalizada de los programas materno-infantiles para las comunidades de bajos recursos, se realiza a condición de que la madre o referente del niño/a asistan a la consulta de CNS y cumplimente con la periodicidad de la misma.
De las observaciones realizadas, se pudo conocer que la consulta de CNS se desarrolla en un tiempo promedio de 15' aproximadamente, y se caracteriza por ser un tipo de actividad muy pautada, donde sus interacciones cumplen la siguiente secuencia de acción:

a. ingreso de la familia y saludo;
b. el médico solicita documentación de vacunas y lee la historia clínica;
c. se inicia la rutina con control (examen físico; medición y peso) o el referente plantea alguna inquietud y luego se retoma la rutina de control
d. se hace un diagnóstico del niño/a y se informa al referente sobre los parámetros o no de normalidad del niño;
e. Cierre de la consulta, con anotaciones en la historia clínica.

Los intercambio comunicacionales en su interior, se caracterizan por un tipo de diálogo de indagación (Burbules: 1999) donde las dos partes tienen como meta dar una respuesta a una pregunta específica. Las preguntas están al servicio de confirmar o indagar una situación; y en la mayoría de los casos, la respuesta del médico confirma la sospechas de la madre o referente.
Todas las preguntas abiertas, que pueden generar diálogo comprensivo al interior de la consulta, se cierran con respuestas del pediatra que siempre ocupa el lugar de saber, independientemente de que posteriormente la madre o referente siga sus prescripciones.
Para las madres o referentes del lugar, según las entrevistas y cuestionarios administrados, la consulta pediátrica constituye un espacio valorado para aprender terminología y conocimientos técnicos, que le permiten resolver y/o evitar problemas de salud cotidianos. En este sentido, según la distinción que hace Engeström (1994) sobre el aprendizaje, la consulta de CNS se constituiría en una actividad que promueve aprendizajes de nivel superficial, es decir vinculado a estrategias de memorización, focalizando la atención en temas concretos sin comprensión integral de los mismos.
Por otra parte, debido a que las madres se autoperciben con bajo nivel educativo, no adoptan posiciones críticas en los intercambio con los profesionales, salvo que su experiencia lo legitime; y consideran que un "buen" pediatra es aquel capaz de entablar un vínculo afectivo y personalizado con ella y sus hijos/as, así como hacerse entender y dejarlas tranquilas frente a las preguntas que le formulen.
Las madres consultadas, consideran a la crianza como una acción específicamente familiar, vinculada a la formación de la personalidad del niño; mientras que el cuidado está asociado al 'cuerpo biológico'. Esta distinción hace que el centro de salud sea considerado un lugar para obtener recursos (leche, medicamentos, atención, etc) más que un espacio de referencia para la crianza, un espacio técnico, más que un lugar donde compartir una experiencia de apoyo para sus tareas educativas familiares.
La caracterización de la crianza y el uso de la consulta pediátrica descriptas anteriormente, no diferirían respecto de otros grupos sociales con nivel económico y estándar de vida diferentes. Sin embargo, la particularidad del sentido de la crianza en las familias que viven en contextos de pobreza, residiría en las condiciones de vida, -ambientes con inestabilidad y/o precariedad laboral, espacios habitacionales y/o libres reducidos y poco seguros; la baja autoestima en el nivel educativo de los adultos a cargo o bajas alternativas posibles frente a proyectos futuros, el número de hijos a cargo y la situación afectiva de la pareja parental- que serían situaciones que las madres del barrio han señalado, que combinados de diferentes formas, inciden en el proceso de construcción del sentido de la crianza.
En otras palabras, si bien la infancia es valorada por las madres y referentes consultados, como un momento de vida que necesita protección, cuidado y educación; por otro lado, consideran que sus condiciones de vida constituyen un obstáculo para lograr seguridad en sus prácticas de crianza. Nuevamente, como vimos en la historia de la creación del centro de salud, las condiciones de vida serían el tema central que afectaría los procesos de construcción de significado en la comunidad, ya que este sería su mayor preocupación (Torrado:1995).
En este sentido, las percepciones sobre el espacio de consulta pediátrica, no hacen más que validar el sentido de las prácticas de salud como una característica que eleva sus condiciones de vida, legitimando su consideración técnica, objetiva y neutra. Sin embargo, el punto de vista de los pediatras, más que una intercambio que enriquezca las estrategias que las familias pueden lograr para hacer frente a la crianza en condiciones adversas; constituyen un espacio de transposición social,

donde los prejuicios sobre el comportamiento familiar en esos contextos y una evaluación negativa sobre lo que los padres pueden lograr, nuevamente situaría a los habitantes de allí en una situación de la que constantemente intentan salir.

CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos, se considera que la consulta de CNS no sería un espacio de interacción y participación social capaz de promover una revisión respecto a los sentidos de la crianza de familias que viven en contextos de pobreza; no tanto por el desempeño de los pediatras sino por el dispositivo en que se organiza la actividad. La consulta pediátrica en general y la de CNS en particular, constantemente está interviniendo para 'evitar la muerte' o 'la patología' y por lo tanto su meta no se orientaría al intercambio de experiencias.

Por otro lado, el trabajo realizado en esta comunidad, ha demostrado que los sentidos de la crianza no dependen tanto del desarrollo cultural o nivel educativo del grupo social, como de los modos de participar en la vida diaria. Es decir, el sentido técnico, objetivo y neutro de la consulta de CNS es algo compartido por las familias del barrio como por el cuerpo de profesionales, y así ambos cumplen las reglas de interacción establecidas.

Sin embargo, cabe señalar que este modo de significar el mundo no es un acto voluntario de los agentes. Su propia implicación en la dinámica social, llevaría a que toda transformación sea producto de la tensión de los intereses en juego. En este sentido, para que algo se transforme, se tendría que desajustar lo que espera el médico de sí y la comunidad del servicio que usa; y en el caso particular de la comunidad de estudio, se considera que éste desajuste podría residir en un cuestionamiento a que las condiciones de vida se mejoran con la obtención de servicios. Dicho cuestionamiento permitiría abrir una reflexión sobre otros caminos posibles en el proceso de participación social.

Se considera que para que se produzca un proceso de aprendizaje de nivel profundo (Engeström:1994), sería necesario un replanteo de la lógica que sostiene la comunidad, es decir que su reclamo no sea solo un reclamo de condiciones de vida sino como grupo social; algo del orden que ni una pavimentación, una construcción de una escuela o un centro de salud puede significar; hacer un uso de los servicios que cuestione la legitimación institucional de las desigualdades, en la distribución social de los recursos y posibilidades de existencia en el mundo.

Finalmente, se considera que el enfoque sociocultural del aprendizaje desde el que se ha partido, ha colaborado en el análisis de la problemática en tanto concibe al aprendizaje no como un proceso de recepción y almacenamiento de la información que impacta en la configuración del conocimiento, habilidades y/o aptitudes de los individuos; sino como algo que ocurre y transforma la implicación de los agentes en las actividades, un cambio en el modo de explicar, comprender y participar desde la propia participación social (Engeström: 1994; Rogoff: 1997; Lave: 2001). Sin embargo, Bourdieu (1995) señala que la implicación de los agentes en sus prácticas está definida más que por el utilitarismo por su arbitrariedad histórica, es decir la historia que como grupo social poseen en relación a otros grupos. En este sentido, se considera que el aprendizaje es la expresión de un proceso más que un producto, un proceso de condiciones sociales más que procesos internos individuales; y que para comprenderlo hay que advertir quiénes y cómo se relacionan, más que el fin o meta que ese encuentro produce.

En este sentido, la noción de "sistema de actividad" que ofrece Engeström (1987) para el análisis de los procesos de aprendizaje retoma estos postulados, pero deja sin plantear las resistencias que la estructura o campo puede establecer al cambio social (Elhammoumi: 2000; Bourdieu-Wacquant: 1995)

En este trabajo se tomo la noción de "sistema de actividad", para descentrar la mirada del individuo como unidad de análisis de los tradicionales estudios de psicología del aprendizaje, y la perspectiva etnográfica para estudiar la práctica social y reflexionar sobre su vinculación con los modos de existencia humanos. Así, se pudo observar que la acción social se desarrolla en la contradicción de las prácticas a través de actos interpretativos que deben ser leídos en su historicidad (Bourdieu: 1980; 2004). Se considera que la posibilidad de leer estas contradicciones sería una de las tareas del trabajo de investigación en cs. sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barth, F. (2000) Metodologías comparativas na análise dos dados antropológicos, en *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*, Contra Capa, Río de Janeiro

Baquero, R. 2004) Analizando unidades de análisis. Los enfoques socio-culturales y el abordaje del desarrollo y el aprendizaje escolar; en Castorina, J. A. y Dubrovsky, S. (comp.) *Psicología, Cultura y Educación*, Ed. Novedades Educativas, Argentina

Bourdieu, P. y Wacquant L.J.D. (1995): *Respuestas-Por una Antropología Reflexiva*, Ed. Grijalbo, México.

Bourdieu, P. (2007) *El sentido práctico*, Ed. Siglo XXI, Argentina (Original: 1980, Le sens pratique, Les Éditions de Minuit)

(2004) *El baile de los solteros*, Ed. Anagrama, Barcelona (Original: 2002, Le bal des célibataires, Éditions du Senil)

Blaustein, E (2001) *Prohibido Vivir aquí*, Comisión Municipal de la Vivienda, GCBA

Burbules, N. (1999) *El diálogo en la enseñanza.* Buenos Aires. Amorrortu

Castorina, J.A. y Baquero, R. (2005) *Dialéctica y psicología del desarrollo*, Amarrortu editores, Buenos Aires.

Castorina, A. y Faingenbaum, G. (2000) Restricciones y conocimiento de dominio: hacia una diversidad de enfoques, en *Revista IRICE* Nº14, Pp. 5-26, Rosario-Argentina

Chaiklin, S. (Ed.) (2000) *The Theory and Practice of Cultural-Historical Psychology,* Aarhus University Press, Oxford-UK

De Souza Minayo, M.C. (1997) *El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires

Elhammoumi, M. (2000) "Lost-or Merely Domesticated? The Boom in Socio-Historicocultural Theory Emphasises Some Concepts, Overlooks Others" in Chaiklin, S. (Ed.) (2000) *The Theory and Practice of Cultural-Historical Psychology,* Aarhus University Press, Oxford-UK

Engeström, Y. (1987) *Learning by expanding: An activity-Theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-Konsultit.

Engeström, Y. (1994) *Training for Change: new apprach to intruction and learning in working life*.OIL, Geneve. (Tradución: "Aprendizaje" por Juan Carlos Llorente)

García, R. (1986): "Conceptos básicos para el estudio de los sistemas complejos" en E. Leff (comp): *Los problemas del crecimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Golbert, L. (2002) ¿Hay opciones en el campo de las políticas sociales? El caso del gobierno autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, en Ziccardi, A. (comp) *Pobreza, Desigualdad social y Ciudadanía*, CLACSO, Argentina

Grupo-Taller de trabajo de campo del IDES (1999) De las notas de campo a la teoría. Descubrimiento y redefinición de Nagual en los registros chiapanecos de Esther Hermitte, en *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, Año 7, N° 8, Colegio de Graduados en Antropología

Guber, R. (2004) *El Salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología posmoderna*. Paidos, Buenos Aires

Frederic, S. (1998) "Rehaciendo el campo. El lugar del etnógrafo entre el naturalismo y la reflexividad" en *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, Año VI, N° VII. Colegio de Graduados en Antropología.

Hastrup, K. y Hervik, P. (1994): "Introduction". En. K. Hastrup y P. Hervik (eds.) 1994: *Social experience and anthropological knowledge*. Routledge, London and New York.

Lave, J. (2001) *La práctica del aprendizaje*, en Chaiklin, S. y Lave, J. (Comps) Estudiar las prácticas, Amarrortu editores, Buenos Aires

Martinez, C. (2004) Juegos de reconocimiento del derecho al espacio urbano en la Ciudad de Buenos Aires, en Laboratorio/n line, *Revista de Estudios sobre el cambio social*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Año IV, N°16, Verano (Disponible on-line: http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo.htm)

Myers, R. (1992) *Los doce que sobreviven*, OPS-UNICEF, Colombia

Rogoff, B. (1997) *Cognition as a Colloborative Process*, Handboock of child psychology, John Wiley & Sons. NY, Chapter 14. Pp 679-744

Saltalamacchia, H. (2002) *La investigación cualitativa y su proyecto*. Seminario Intensivo. IDES. CD -Noviembre

Scavino, C. (2004) *Taller de crecimiento y desarrollo: una experiencia de intervención comunitaria*, trabajo de maestría para el Seminario Psicología y Comunidad, Maestría en Psicología Educacional, UBA, (inédito)

Scavino, C. y Perelman, M. (2007) "¿Naturaleza Humana o biopoder?", Trabajo final del Seminario de Doctorado "Biopolítica, poderes sobre la vida y fuerza de lo viviente: Foucualt a la luz de tres interpretaciones (R. Esposito; P. Virno; G. Agamben)", Centro Franco-Argentino de Altos Estudios, Universidad de Buenos Aires (inédito)

Stolkiner, A (1999) *Procesamiento y Análisis de Entrevistas*, material de trabajo Seminario de Tesis II Maestría en Psicología Educacional, UBA (inédito)

Strauss y Corbin (1994) Grounded Theory Methodology, del libro *Handbook of Cualitative* Research, comp. Denzin y Lincoln, Sage Publications, California. Cap. 17, Pp. 273-285

Torrado, S. (1995) "Vivir apurado para morirse joven" en *Revista Sociedad*, UBA, Octubre, Buenos Aires

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2008
Fecha de aceptación: 12 de agosto de 2008