

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**Construcción de Conocimientos Respecto a Salud y Desarrollo Infantil; Entre
Madres, Profesoras y Profesionales de la Salud, de Cinco Centros de Atención en
Primera Infancia de Chía Cundinamarca
Programa de Intervención Psicosocial Salud y Desarrollo Infantil**

*“A mis papas les enseñaron a que en las fiestas se tomaba y les daban trago desde
pequeños y mi papa también nos crio así; en la generación de nosotros fuimos
cambiando el tema de decir groserías a nuestros hijos, no les inculcamos que tengan
que tomar, a los niños no se les da a probar ni siquiera un poquito.
Lo que uno ha visto desde pequeño es una conducta ya aprendida que hay que cambiar
por el bienestar de los niños” (Juana, Agente educativa).*

Trabajo de Grado

Construcción de Conocimientos Respecto a Salud y Desarrollo Infantil; Entre Madres, Profesoras y Profesionales de la Salud, de Cinco Centros de Atención en Primera Infancia de Chía Cundinamarca

Programa de Intervención Psicosocial Salud y Desarrollo Infantil

Autora

Jenny Rocío Méndez Cárdenas Universidad de la Sabana

Facultad de Psicología

2016

Nota del Autor

Este proyecto fue realizado para optar al título de “Magister en Psicología de la Salud y la Discapacidad”, contó con la asesoría de Lilian Patricia Rodríguez Burgos, Ph D en Psicología.

1. Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo analizar cómo cambian las apreciaciones y los diálogos de un grupo de 15 agentes educativas, procedentes de los centros de atención en primera infancia del Municipio de Chía Cundinamarca, a partir de la participación en un programa de formación centrado en la salud y el desarrollo infantil.

Se realizó un estudio cualitativo, con el fin de identificar las apreciaciones de las participantes, antes y después del proceso de formación en salud y desarrollo infantil. Se diseñó y ejecuto un programa de intervención psicosocial, el cual fue desarrollado a través de ocho sesiones.

Los resultados permitieron apreciar las reflexiones planteadas por las participantes, entorno a prácticas centradas en salud, desarrollo infantil, bienestar, calidad de vida, factores protectores, factores de riesgo, enfermedades prevenibles durante la primera infancia y respecto a la relación existente entre salud y discapacidad.

Se logró un proceso de empoderamiento de las agentes educativas, expresado en la responsabilidad y compromiso por la primera infancia. Este tipo de investigación es pertinente debido a que integra procesos investigativos con la realidad social de una comunidad determinada.

Palabras claves. Salud, hábitos de salud, desarrollo, discapacidad, enfermedad, corresponsabilidad familia escuela.

2. Introducción

Los hábitos de salud que se aprenden desde que estamos muy pequeños, son los precursores del tipo de vida y de salud que tendremos en la juventud y posteriormente en la adultez, aspecto que no solo nos va a determinar como sujetos saludables, sino de los que además se determinaran el bienestar de toda una familia, la cual puede contribuir en el progreso de la sociedad. En este sentido centrarnos en los hábitos de salud que se enseñan en los hogares a niños de primera infancia, pueden contribuir en la prevención de enfermedades crónicas e infecciosas las cuales pueden dar paso a la adquisición de una discapacidad.

El problema planteado durante esta investigación busca analizar cómo cambian las apreciaciones y los diálogos de madres biológicas, profesoras de primera infancia y profesionales de la salud, mediante la aplicación de un programa de construcción de saberes en salud y desarrollo infantil; para lo cual se inició comprendiendo los conocimientos que tenían las madres biológicas, profesoras de preescolar y profesionales de la salud, respecto al significado de salud y discapacidad; analizando de esta forma cuales son las dinámicas familiares y las tradiciones adoptadas al interior de los hogares en lo que respecta a rutinas saludables, factores protectores y factores de riesgo aplicados en la cotidianidad. A partir de esta investigación se diseñó un programa de intervención psicosocial en donde se retomaron las concepciones previas de la población participante.

Teniendo en cuenta el propósito que persigue este estudio, se utilizó la investigación cualitativa, queriendo analizar los cambios en los diálogos establecidos entre madres de niños y niñas de primera infancia, profesoras de preescolar y profesionales de la salud de

Chía Cundinamarca, durante el desarrollo del programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”, contribuyendo de esta forma en la comprensión de lo que es la salud y en la modificación de conductas de riesgo para el desarrollo en la infancia.

EL diagnóstico del problema se hizo a través de la investigación cualitativa haciendo uso de la entrevista a profundidad estructurada, grupos focales y métodos visuales; la evaluación del programa se hizo a través de instrumentos de recolección de información cualitativa (construcción de aprendizajes por sesiones) y cuantitativa (referente a la calificación que daban las participantes a cada sesión del programa). Se aplicó en un primer momento una evaluación inicial y posteriormente a la aplicación del programa se hizo una evaluación de resultados.

3. Justificación

Entre los fenómenos que han alcanzado un mayor número de personas afectadas y desatendidas en la sociedad se encuentra la discapacidad, siendo este un fenómeno que altera de manera significativa las dinámicas familiares, especialmente por la falta de respuesta que la sociedad da para su prevención; encontrándonos ante un panorama en donde los programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, no generan una solución totalmente efectiva a dicha problemática. Lo anterior teniendo en cuenta que los programas existentes se basan en enfoques uní-causales, los cuales solo contemplan la enfermedad y su cura, dejando de lado el modelo multi-causal, el cual plantea que existen unos determinantes de la salud (OMS, 2011).

La salud y el bienestar de una persona dependen no solo de condiciones biológicas/genéticas, sino que desde hace algunas décadas se viene considerando la necesidad de abordarla desde un enfoque integrador, que dé cabida a los factores que están en el ambiente (alimentación, condiciones económicas, circunstancias de estrés, entre otros), los cuales tal como lo plantea la OMS (2011), son determinantes que afectan la salud.

Las anteriores problemáticas generan la aparición de un problema de investigación, en donde se ve la necesidad de estudiar y transformar las percepciones y los diálogos que las personas establecen, referente a la relación que ellas creen que existe entre hábitos de salud (determinantes comportamentales y circunstanciales de la salud), prácticas culturales en salud y la discapacidad.

Los malos hábitos de salud o la ausencia de ellos, pueden contribuir en la aparición de una enfermedad y esta a su vez en la adquisición de una discapacidad, condición que sin lugar a duda va afectar la calidad de vida de todo un grupo familiar y va a generar mayores demandas de atención a nivel social, por ejemplo en inversión económica y medidas paliativas.

Algunos de los factores que afectan la calidad de vida de un sujeto dependen especialmente de condiciones que deben garantizarse en la sociedad, entre estos factores se puede citar la salud pública como un determinante en el bienestar de cualquier sujeto, sin embargo este es uno de los temas con los que las personas a diario se sienten más vulneradas. Aun cuando uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos es la salud “[...]su atención en poblaciones vulnerables preocupa internacionalmente” (Mcauliff, 2014, p.1), resaltando que los niños y las niñas de primera infancia son una de las poblaciones que están en mayor situación de riesgo para desarrollar /durante el periodo pre y post natal/ una discapacidad causada por factores relacionados con hábitos de salud (por ejemplo los controles médicos), que tal como se ha mencionado es una condición que afecta el bienestar , desarrollo y la calidad de vida de una persona y su grupo familiar.

Teniendo en cuenta lo anterior, la discapacidad tiene una estrecha relación con la salud, resaltando que con frecuencia se observan casos de discapacidad producidos por variedad de factores sociales, económicos y culturales, entre los cuales se pueden citar: la falta de cuidados prenatales, de conocimiento, de información, de atención médica y de medidas que prevengan condiciones de salud que puedan producir una discapacidad, temas que como se verá más adelante se categorizan como hábitos de salud, en este sentido Crews (2003) menciona lo siguiente:

La Pobreza es un predictor de la discapacidad y las personas que son pobres no pueden tener acceso a atención prenatal o atención de la salud en general, y que pueden estar más expuestos a lesiones o violencia no intencional. La falta de cuidado prenatal puede resultar en bajo peso de bebés al nacer que pueden tener discapacidades del desarrollo, como la Parálisis cerebral (p. 3)

Teniendo en cuenta el apartado anterior, se puede abstraer que algunas condiciones de discapacidad están asociadas a la pobreza, tales como el retraso en el desarrollo, la parálisis cerebral y la discapacidad intelectual, entre otras. En los casos mencionados la discapacidad puede ser ocasionada por condiciones de desnutrición (malos hábitos de alimentación), falta de acceso a servicios de salud -especialmente durante la gestación-, ausencia de controles pediátricos y desconocimiento respecto a cuidados y hábitos de salud que promuevan la calidad de vida de las personas y prevengan enfermedades que puedan desarrollar alguna discapacidad.

Por otro lado se debe tener en cuenta que el desarrollo de las competencias durante la primera infancia, está relacionado con las oportunidades que el contexto ofrece a los niños y a las niñas desde los primeros años de vida, convirtiéndose en determinantes y predictores del progreso de la sociedad; en consonancia con lo anterior la ex Ministra de Educación Vélez (2009), en la carta de Competencias en la Primera Infancia menciona lo siguiente:

Desde la Revolución Educativa entendemos que el desarrollo de nuestro País y el porvenir de las próximas generaciones de colombianos están asociados directamente con la educación que podamos brindarles hoy a nuestros niños, niñas y jóvenes.

Creemos que una de las mejores oportunidades que le podemos ofrecer a Colombia y a sus ciudadanos es el acceso a una educación que comience desde la gestación y continúe durante toda la vida.

Por ello, consideramos como fundamental la atención, el cuidado y la educación en los primeros años de vida, no sólo porque son importantes para el crecimiento, sino también para el desarrollo de competencias para la vida que permitan a los niños y las niñas interactuar consigo mismo, con sus pares, adultos y con el ambiente físico y social que los rodea (Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia, p.6).

La anterior situación puede variar dependiendo de la formación transmitida de generación en generación por medio de los sistemas familiares, en donde tal como lo dice Hart (1931) el periodo de la vida más importante de las personas esta desde la primera infancia hasta la edad escolar, momento en el que se aprenden los hábitos, de los cuales depende la salud que tendrá ese futuro hombre o mujer; destacando que este proceso de aprendizaje inicia en el seno de cada núcleo familiar, en donde generalmente las madres son las encargadas de la enseñanza de comportamientos saludables.

En concordancia con la afirmación planteada por Hart (1931) es en las familias en donde se enseñan y se posibilitan diversas oportunidades de gozar de un bienestar, eliminando riesgos por ejemplo de adquirir una discapacidad que esté relacionada con malos hábitos de salud, como lo son la ausencia de cuidados prenatales, mala alimentación, fiebres o enfermedades que requieren de un seguimiento médico para que no terminen en una discapacidad, tal como es el caso de la meningitis, causada por altos niveles de fiebre, la cual puede producir limitación auditiva y/o visual.

Cabe resaltar que “las vidas de demasiadas personas en el mundo están siendo arruinadas y truncadas por enfermedades crónicas tales como las enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes” (OMS, 2005, p.7); siendo dos de las anteriores enfermedades crónicas ejemplos de causales de discapacidad, citando los accidentes cerebrovasculares, los cuales pueden ocasionar discapacidad intelectual o parálisis cerebral.

Este problema de salud pública nos pone frente a la necesidad de situarnos en investigaciones que determinen las percepciones de poblaciones vulnerables frente a la relación del fenómeno de la discapacidad y los hábitos de salud, comprendiendo desde allí que elementos debe tener un programa de promoción de la salud y desarrollo durante la primera infancia.

Teniendo en cuenta el anterior panorama, esta investigación permitió comprender y aportar en la ejecución de conductas protectoras para la salud y el desarrollo de los niños y las niñas en primera infancia. El insumo aportado es un programa de intervención psicosocial centrado en la promoción de la salud, que contribuyo en la apropiación de conductas protectoras para la salud y en la disminución de factores de riesgo en las participantes de este proceso investigativo.

4. Marco Teórico

El desarrollo teórico se hizo a través de una búsqueda bibliográfica, en donde se consultaron diferentes bases de datos estudiando: tesis, artículos y documentos que desarrollan teóricamente el tema de esta investigación: salud, desarrollo y discapacidad. Se llevó a cabo una búsqueda de las siguientes categorías de análisis: hábitos de salud, desarrollo, discapacidad y relación entre hábitos de salud y discapacidad; tópicos de análisis estudiados y desarrollados desde diversos enfoques de autores que permiten identificar los aspectos más importantes en los fenómenos investigados en este estudio, así como también las acepciones abarcadas en estas áreas temáticas, identificando de esta forma los vacíos investigativos que se encuentran en su interior.

Los autores retomados dan cuenta de las definiciones más importantes para el desarrollo teórico de esta investigación, permitiendo construir una ruta teórica e investigativa.

Hábitos de salud

Esta categoría de análisis se retoma contemplando la importancia que tiene para el desarrollo de todos los niños, las niñas y los adultos, la adquisición de hábitos de salud en sus rutinas diarias. Es necesario tener en cuenta que lo más importante para que una persona logre apropiarse un hábito, sin importar de cual se trate, es el interés e información en él, por lo que resulta de vital importancia generar conocimiento sobre este tema, que en

cierta medida es el que garantiza el goce y disfrute de: bienestar, una vida saludable y calidad de vida. En este sentido resulta una tarea de gran importancia enseñar a los niños y a las niñas desde los primeros años de vida hábitos de salud, por lo que se hace hincapié en los aprendizajes que tienen las familias y/o cuidadores, teniendo en cuenta que son ellos y ellas los primeros agentes formadores de los futuros adultos, quienes se encargaran de reproducir ciertos aprendizajes, tradiciones, rituales y hábitos adquiridos al interior de una familia.

Para definir esta categoría de análisis se requiere en primera medida comprender lo que significa un hábito, para lo cual se retoma la definición dada por Frederick (1955) quien menciona que estos son “[...] la creación de patrones socialmente aprendidos y aprobados [...]” (p.373); en este sentido un hábito sería una acción que se crea al interior de la sociedad y se constituye como patrón conductual a seguir, con el fin de ser reproducido de manera constante. Si nos fijamos nuevamente en la definición dada por Frederick un hábito se contempla como un patrón aprobado y aprendido en la sociedad, sin embargo para este estudio se tendrá en cuenta la anterior acepción sin dejar de lado que existen conductas o acciones que se hacen de forma constante sin que estas sean socialmente aprobadas, por lo que estaríamos hablando que algunos hábitos son aprobados socialmente y otros no, sin embargo en los dos casos dichas conductas se aprenden en la interacción con los demás, puesto que debemos tener en cuenta que todos los seres humanos y especialmente los niños y las niñas aprenden por modelamiento de conductas.

Por otro lado es necesario definir lo que significa el término salud, siendo muy importante la acepción que se adopte para este significante, puesto que se ha observado que en el transcurso de los años la concepción que se tenga de salud, modifica notablemente las

intervenciones e interacciones que se efectúan con una persona o comunidad y la forma como se direcciona dicha relación; en este sentido si estamos centrados en una acepción de salud, en donde esta se relacione de forma exclusiva con el termino de enfermedad o no enfermedad o si por el contrario pensamos en la salud como un concepto amplio y holístico buscaremos la manera de suplir las demandas de nuestros consultantes según las implicaciones del modelo de intervención de la salud seleccionado.

Teniendo en cuenta lo anterior la salud se comprenderá desde un enfoque en donde se perciba como “[...] el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (OMS, 1974, p.222).

En esta investigación se hará referencia a los hábitos de salud como la ejecución de determinadas actividades de manera frecuente, las cuales tienen una repercusión en el estado de salud de una persona.

Desarrollo

Para conceptualizar la categoría de análisis nominada desarrollo, se debe tener en cuenta que esta acepción puede ser abordada desde enfoques que centren su interés por el desarrollo económico, social, político, cultural, sostenible, enfoque del desarrollo humano (capacidades), transcurrir vital (biológico) y/o desde la interacción de todos los factores en mención; sin embargo en lo que a este trabajo respecta, se abordara el desarrollo humano desde las nuevas corrientes que lo conceptualizan, contemplando las capacidades, oportunidades, los derechos y el contexto cultural, es decir, se teoriza desde una perspectiva que se aleja de las concepciones que contemplaban el desarrollo humano, como un proceso exclusivo de cada persona, que permite categorizarlo desde estadios de normalidad, según

lo que socialmente se espera de “él” según la etapa del transcurrir vital en la que se encuentre.

Como primera medida se requiere comprender que el desarrollo humano independientemente desde el enfoque o teoría que sea estudiado debe tener en cuenta dos aspectos “[...] por un lado, la necesidad innata, prolongada de la compañía de otros para que acontezca el desarrollo personal, y por otro, la capacidad que tenemos los humanos para recrear la realidad y reinventar la cultura que heredamos” (Duran, 2014, p.197).

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario contemplar algunos antecedentes históricos, que develan la importancia de que el desarrollo humano sea abordado en primera instancia desde las capacidades y desde los derechos, en este sentido Sahuí (2014) menciona:

[...] se sugiere que la corriente principal del discurso político sobre el desarrollo humano, de acuerdo con los informes publicados desde 1990, al poner el énfasis mayor en el concepto de oportunidades, antes que en las capacidades de manera directa, o en los derechos, no presta suficiente o adecuada atención al problema de la discriminación como un factor importante de la desigualdad material entre las personas. Esta se expresa tanto en la privación de ciertas libertades básicas como de bienestar, y no equivale por tanto a la mera desigualdad formal (p.109).

En este sentido, se debe tener en cuenta que el desarrollo humano no es un aspecto que depende únicamente de cada sujeto, sino que más allá de los componentes biológicos, está relacionado con un discurso político que debe abordar el desarrollo desde las capacidades y los derechos, lo anterior con el fin de que en la sociedad se priorice la

relación que el desarrollo humano tiene con temas de desigualdad y discriminación, los cuales sin lugar a dudas son problemáticas que afectan el bienestar de las personas.

Por otro lado al poner la atención en el desarrollo durante la infancia, Marzonetto (2015), señala que “el enfoque de las capacidades nos brinda argumentos para destacar la importancia del desarrollo infantil como instancia formadora de capacidades combinadas (o libertades sustanciales) que les permitan a los niños alcanzar su desarrollo pleno [...]” (p.2). En este sentido el desarrollo humano es “[...] comprendido en términos de capacidades, derechos y oportunidades, requieren de un discurso psicológico libre, pluralista y liberador” (Duran, 2014, p.202).

Teniendo en cuanto lo señalado por Marzonetto (2015) y por Duran (2014), se requiere que se eliminen las barreras de la discriminación, desigualdad, pobreza y demás elementos que alejan a los niños y a las niñas de espacios enriquecidos, en donde la calidad del cuidado sea un elemento fundamental; es preciso anotar que la calidad del cuidado y de los servicios que se ofrecen a los niños y a las niñas, tiene relación directa con las capacidades que ellos y ellas puedan llegar a adquirir. Con relación al desarrollo desde una perspectiva de capacidades Nussbaum (2012) señala:

La capacidad viene a ser, por lo tanto, una especie de libertad: la libertad sustantiva de alcanzar combinaciones alternativas de funcionamientos. Dicho de otro modo, no son simples habilidades residentes en el interior de una persona, sino que incluyen también las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico (p. 40).

Por otro lado autores como Varela, Chinchilla & Murad (2015) mencionan que el desarrollo es “[...]un proceso que conlleva una transformación integral hacia los niveles

más complejos; el cual requiere multiplicidad de experiencias corporales, emocionales, sociales y cognitivas, que obtienen los niños y niñas al interactuar con el mundo que les rodea, para poder desarrollarse” (p.212).

Desde otras perspectivas que teorizan el concepto de desarrollo, se abordan elementos que están relacionados con la interacción humana y las afectaciones que producen nuestras acciones en los sujetos que nos rodean, con relación a esta afirmación Duran (2014) menciona:

[...] El modelo ecológico del desarrollo humano sostiene que las acciones en el mundo social están implicadas en la trama de interacciones, en la que afectamos y somos afectados por las acciones de los otros, y que tales afectaciones pueden tomar rumbos distintos a los deseados o esperados (p.199).

Teniendo en cuenta los postulados del modelo ecológico, existen elementos de interacción que influyen en el desarrollo de la especie humana, por cuanto este se encuentra “[...] directamente articulado con la cultura, ya que él posibilita el acceso a esta red de relaciones que comprende el tejido de todas las capacidades y códigos construidos por los seres humanos en continua cooperación” (Muñoz, 2007, p.109). En este sentido el desarrollo trasciende aspectos que caracterizan el proceso de formación y cambios de un individuo desde etapas evolutivas y secuenciales, atañendo a que más importante que estos aspectos biológicos “la cultura hace posible la interacción y la comunicación, para lo cual el sujeto debe adquirir habilidades a partir de su desarrollo integral” (Muñoz, 2007, p.109).

Para finalizar y acorde con Nussbaum (2012) y Duran (2014) el “[...] enfoque del desarrollo humano consiste en ampliar las oportunidades y las opciones de la gente para

lograr un desarrollo más democrático y participativo, en crear ambientes propicios para que la gente disfrute de una vida larga, saludable y creativa” (p.201).

Discapacidad

La discapacidad es un fenómeno que altera cada vez más las dinámicas familiares, culturales y sociales; debido a diferentes factores entre los cuales se encuentran: el desconocimiento de la población a nivel general, el desconocimiento a nivel profesional, la falta de recursos públicos que afectan la accesibilidad y la inclusión social y educativa de las personas que tienen algún tipo de discapacidad. En la actualidad la discapacidad puede ser abordada desde diversas perspectivas, destacando la definición brindada a partir del modelo social “desde el que la discapacidad deja de ser entendida como una anormalidad del sujeto, y comienza a ser contemplada más bien como una anormalidad de la sociedad” (Campoy & Palacios, 2007,p. 19); encontrando como problemática en este fenómeno la falta de respuesta que la sociedad da a las necesidades de esta población; situación que genera segregación y exclusión social, siendo la exclusión “el conjunto de procesos a partir de los cuales individuos o grupos no pueden participar de manera plena en la sociedad en que viven y, por lo tanto, gozar de una serie de derechos de tipo político, laboral, económico o social” (Ortoll, Casacuberta & Collado, 2007, p.24).

Contemplar la discapacidad desde un enfoque ecológico supone que las situaciones discapacitantes no están en la propia persona, sino en el ambiente, en donde en muchas ocasiones no se generan condiciones de inclusión, accesibilidad y participación; en este sentido la sociedad debe abordarla desde un enfoque multidisciplinar, que dé respuestas a las necesidades de esta población, por lo que el enfoque médico- rehabilitador ha ido

evolucionando debido a la necesidad de reconocer que aunque hayan condiciones propias de una persona, la dificultad real se cimenta en la sociedad, en donde en la mayoría de ocasiones no se garantiza igualdad de condiciones en la obtención de los derechos. “En la actualidad el entendimiento de la discapacidad debe utilizar una perspectiva contextualista con un modelo ecológico de discapacidad basado en la interacción del individuo con su contexto” (Schalock & Verdugo, 2003, en, Verdugo, 2004, p. 10); interacción en donde las representaciones e imaginarios sociales influyen en el desarrollo de estas personas, puesto que dependiendo de lo que se crea y conozca en este caso de la discapacidad, se ejercerán acciones para prevenir su aparición, esto en los casos en donde es producida por accidentes o por malos cuidados prenatales, entre otras condiciones que pueden evitarse (hábitos de salud), o se ejercerán comportamientos para mitigar las dificultades que trae consigo presentar una de ellas cuando está ya hace parte de la vida de una persona.

En este estudio se abordara la discapacidad desde un enfoque ecológico, que reconozca a la persona con discapacidad desde su interacción con el contexto, es preciso analizar aquellas situaciones que se generan en la sociedad como lo son los hábitos de salud y que tienen una relación con la aparición y/o desarrollo de una discapacidad.

Relación Hábitos de Salud y Discapacidad

Si bien es cierto que la discapacidad no debe ser observada -de hecho desde hace muchos años no es lo común-, desde un modelo médico, de prescindencia o rehabilitador, en el que se culpa a la persona o a la familia por tener discapacidad, teniendo como tesis que esta es un “castigo”, que hay que “eliminar a la persona” o que hay que “curarla”,

porque de hecho ni es, ni debe, ni puede ser de esa forma; tampoco podemos negar que hay situaciones de salud que pueden ocasionar una discapacidad, encontrando dentro de este grupo los accidentes, las fiebres altas, las virales (sarampión), la meningitis, entre otras; razón por la cual es posible relacionar la salud y la discapacidad e investigarlas de manera interrelacionada.

Para explicitar la relación entre hábitos de salud y discapacidad vale la pena hacer una breve reseña en donde se pueda apreciar las posibles causas de la discapacidad, analizando algunas de ellas que se traducen en hábitos de salud.

Entre las causas de la discapacidad se puede hacer alusión a los siguientes casos: “Cuando las mujeres embarazadas no comen lo suficiente, muchas veces sus hijos nacen antes de tiempo o falto de peso. Es muy probable que estos niños tengan parálisis cerebral [...]” (Werner, 2013, p.13), entre otras condiciones que afectan la salud de una persona; en el anterior caso se hace referencia al hábito de la buena alimentación, encontrando que este hábito tiene una estrecha relación con una discapacidad, por otro lado encontramos que:

Cuando los bebés y niños chicos no comen lo suficiente, las infecciones los atacan más fácilmente y con más fuerza. La diarrea en un niño gordo es, por lo general, una enfermedad leve, pero en un niño delgado y desnutrido, la diarrea muchas veces causa deshidratación, fiebre y, a veces, daño cerebral grave con ataques o parálisis cerebral. (Werner, 2013, p.13)

Otro de los hábitos de salud que pueden ocasionar discapacidad pueden referirse a que “la falta de higiene y espacios para vivir, junto con una mala alimentación, hacen que sean más comunes las enfermedades como la tuberculosis y las graves discapacidades que esta causa” (Werner, 2013, p.13). Por otro lado “las condiciones de trabajo peligrosas, los

venenos en el aire y la falta de medidas básicas de seguridad causan muchas discapacidades.” (Werner, 2013, p.15); finalmente se puede mencionar que “en algunos países, hay niños que son ciegos porque no comen suficientes alimentos con vitamina A” (Werner, 2013; p.14), “además, ciertos casos de sordera y retraso mental se pueden prevenir usando sal soyada durante el embarazo” (Werner, 2013, p.14).

Teniendo en cuenta el anterior panorama /aclarando que no se están abordando todas las causas de la discapacidad/ nos encontramos ante un enfoque en donde la discapacidad está relacionada con hábitos de salud como lo son: la buena alimentación, la higiene, espacios seguros y controles prenatales.

Construccionismo social.

Para dar inicio a la conceptualización del paradigma que dará soporte a las acciones ejecutadas con la población, se debe tener en cuenta que el objetivo de la propuesta de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil” se centra en contribuir en la formación de agentes educativos (docentes de preescolar, profesionales de la salud y madres de familia), por medio de un programa que fomente los diálogos en temas referentes a salud, construcción de saberes en hábitos de salud, capacidades para el cuidado y promoción de la salud.

El construccionismo social tiene como base las concepciones previas de la población con la que se trabaja y la construcción colectiva de conocimientos, este “se centra en el lenguaje, la comunicación, la experiencia humana subjetiva y el significado que la gente da a sus experiencias en sus contextos históricos, sociales y políticos” (Morano & Paloma, 2007, p.49).

El construccionismo social emerge del modelo ecológico; permite dejar de lado el paradigma positivista desde donde lo más importante es la cuantificación de un dato, la objetividad y la generalización de fenómenos medibles como “objetos” y no la apreciación de los sujetos, poblaciones de las que no se rescataban las voces y se mantenían relaciones horizontales y unidireccionales entre los investigadores (profesionales interesados en un fenómeno) y la población antes concebida como “objeto de estudio”.

Este enfoque promueve que la relación establecida con la población participante durante el proceso de intervención se dé a través de procesos bidireccionales en donde se construyan soluciones entre las comunidades (conocedores de sus propias problemáticas) y los interventores, que en este caso servirán como mediadores de un proceso; los interventores son quienes facilitan las reflexiones, a través de preguntas que permitan a los participantes continuar en constante construcción de su self y de aprendizajes colectivos y/o individuales.

5. Estado del Arte

En este apartado se encuentran los antecedentes que sustentan la importancia de investigar sobre la salud y la discapacidad, como dos fenómenos que tienen una estrecha relación y que pueden llegar a afectar el bienestar de una persona, una familia y de toda una sociedad; en este sentido a continuación se presentan tres artículos que aportan en la construcción de la problemática objeto de estudio de la presente investigación, develando los problemas de salubridad, referentes a hábitos de salud y su relación con la discapacidad.

Se consultaron varios artículos y antecedentes referentes a estadísticas nacionales e internacionales que abarcan alguna de las categorías de análisis (hábitos de salud, discapacidad y relación hábitos de salud y discapacidad), sin embargo a continuación se retoman tres de ellos, los cuales aportan como antecedentes en la construcción del estado de la cuestión.

Para dar inicio a los antecedentes investigativos, el estado del arte situara al lector en la categoría de salud en Colombia y Latinoamérica, destacando hallazgos que vinculan esta categoría de análisis y su relación con otros fenómenos sociales; desde allí se hace hincapié en el artículo: Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo (Álvarez, 2009), el cual narra la existencia de una serie de determinantes de la salud, grupo en el que se encuentran las condiciones económicas y sociales, las cuales alteran y/o afectan la salud de una persona (alimentación, pobreza, recursos, desigualdad social...). En el artículo se destaca, que en Colombia se hizo caso omiso del modelo de determinantes sociales, el cual no centra su atención en una persona, sino en unas condiciones dadas por el

ambiente, es decir que en las prácticas de salud la atención está puesta en un modelo uní-causal, aun cuando este no tuvo los resultados esperados (modelo centrado en la enfermedad y su curación). El anterior panorama deja a Colombia y a nivel general a Latinoamérica, centrada en la intervención de la enfermedad a partir de modelos de prevención, sin tomar en cuenta el actual modelo multi-causal de la salud.

En el artículo los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo (Álvarez, 2009), se pone como punto de partida la importancia de promover la salud y la participación ciudadana, contemplando que las enfermedades tienen un origen multi-causal y que esto está relacionado con determinantes sociales/condiciones de vida, las cuales en este proceso investigativo se retoman como hábitos de salud. Es preciso destacar que tal como se menciona en el artículo analizado, la salud está relacionada con las condiciones de vida, las cuales generan enfermedades infecciosas y a su vez pueden producir discapacidades y afectar el bienestar de todo un grupo social (especialmente de las familias y personas encargadas del cuidado).

Por otro lado se puede apreciar que de forma generalizada en casi todo el mundo, estamos frente a una problemática de salud pública, para lo cual se puede referenciar, el documento: Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital: informe mundial de la OMS (2005); en donde existe un compendio de datos que permiten situarse frente a la problemática de salud pública, la cual está relacionada con el manejo de las enfermedades crónicas y las implicaciones para el bienestar de las personas, así como también la afectación a nivel social que estas condiciones de salud demandan, iniciando por las inversiones económicas; en este sentido la OMS (2005) afirma:

A nivel mundial, de los 58 millones de muertes en 2005, aproximadamente 35 millones será como resultado de enfermedades crónicas. Actualmente son la principal causa de muerte entre los adultos en casi todos los países y la cifra se prevé que aumentará en un 17% en los próximos 10 años (p.7)

Cifras que no dejan muy bien el tema de la salud y que muestra indudablemente sus alcances en términos de afectación del bienestar de las personas y sus necesidades de abordaje; de allí según la OMS (2005) la importancia de prestar atención y dar soluciones integrales a este problema, poniendo en el centro de la solución a la promoción de la salud, siendo esta una estrategia que requiere de la ejecución de medidas preventivas de las enfermedades crónicas, las cuales pueden llegar hasta a quitarle la vida a una persona, que contrajo una enfermedad que pudo haberse prevenido.

Finalmente en el documento: Determinantes sociales de la salud discusión parte 2 un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud, de la OMS (2011), se retoman temas de la equidad de la salud, las estrategias empleadas alrededor de ella y la relación hallada entre el ambiente y la salud. Los determinantes de la salud es una acepción planteada inicialmente por la OMS (2011) quienes “[...] se encargaron de resumir la evidencia sobre cómo la estructura de las sociedades, a través de una mirada de interacciones sociales, normas e instituciones, están afectando la salud de la población [...]” (p.4). La OMS, menciona determinantes tales como, la estratificación de las poblaciones, las condiciones sociales, políticas, materiales (por ejemplo la casa), biológicas (por ejemplo condiciones genéticas) comportamentales (por ejemplo la alimentación, consumo de tabaco, actividad física, entre otros), y circunstanciales (por ejemplo el estrés); los anteriores elementos le dan un lugar a una persona dentro de la sociedad, poniéndola en

posición de mayor o menor vulnerabilidad y determinando algunas condiciones de su bienestar y salud.

Por otro lado las estadísticas internacionales contemplan las causas de morbilidad y la necesidad de abordar problemáticas de salubridad, las cuales han disminuido en comparación con años anteriores pero siguen siendo prevalentes en la morbi mortalidad de la población en todo el mundo; al respecto la OMS (2014) realizó un reporte de las 20 primeras causas de muerte a nivel mundial en el año 2012, allí se alude a que 10 de las principales 20 causas de muerte son por enfermedades infecciosas o de carácter materno, neonatal y nutricional, entre las cuales se encuentran las complicaciones del parto prematuro, enfermedades diarreicas, asfixia y traumatismos del parto, infecciones neonatales, meningitis y malnutrición.

Información que sitúa a la primera infancia como una población vulnerable de sufrir muertes prematuras, se debe tener presente que dentro de dicha población también se abordan a las gestantes, encontrándose en riesgo la vida de los neonatos y la de las gestantes haciendo hincapié en que “cada día mueren cerca de 800 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto” (OMS, 2014, p.3). Al respecto de la mortalidad infantil la OMS (2013) menciona que:

Si bien se han hecho grandes avances desde el comienzo del milenio, especialmente en la reducción de las defunciones pos neonatales, las mejores mediciones indican que casi 7 millones de niños menores de cinco años murieron en 2011. Por la experiencia de los países de ingresos altos, sabemos que casi todas estas muertes podían prevenirse (P.4).

Como complemento de la información copilada anteriormente, la OMS menciona las medidas que se establecieron en la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2012 con el fin de mitigar las condiciones desfavorables de salud en primera infancia, por lo que todos los países llegaron al acuerdo de “ [...] trabajar para detener nuevos aumentos de la proporción de niños con sobrepeso, una de las seis metas mundiales en materia de nutrición destinadas a mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño para 2025” (OMS, 2014, p.9).

En lo referente a datos estadísticos nacionales, el Ministerio de Salud (2013) menciona que “alrededor del 82% de las muertes en niños menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida, se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana” (p.117). Información de la que se puede abstraer que varias de las causas de mortalidad infantil son consecuencia de condiciones ambientales, las cuales son prevenibles. En esta misma línea el Gobierno Colombiano (2014) en el Informe de seguimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio menciona lo siguiente:

La probabilidad de que un recién nacido muera antes de alcanzar los cinco años de edad en los países de ingresos medio altos es de 20 por cada 1.000 nacidos vivos. Se estima que más de la mitad de las defunciones en esta edad se pueden evitar tratando las enfermedades causantes con intervenciones simples y asequibles, y que casi el 75% de esas defunciones se deben a sólo seis trastornos: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/SIDA (p.69).

Finalmente cabe resaltar que en términos regionales, Bogotá hace parte de uno de los cinco distritos/departamentos que presentó la mayor tasa de mortalidad infantil en el año 2013 (MINSALUD, 2014).

A nivel general los documentos revisados, develan la importancia de investigar la salud como un problema existente en la sociedad, sin embargo se debe tener en cuenta que este tema está totalmente ligado a las enfermedades, mientras que la relación con discapacidad no queda tan explícita aun cuando se sabe, que enfermedades crónicas o infecciosas pueden llegar a generar una discapacidad, como es el caso de la fiebre, la cual puede causar por ejemplo meningitis y convertirse en la antecesora de una limitación auditiva, o un accidente cerebrovascular ser el productor de una discapacidad intelectual o una parálisis cerebral. En este sentido en la presente investigación se retoman los determinantes comportamentales y circunstanciales, planteados por la OMS (2011), como hábitos de salud, que pueden ocasionar una discapacidad, la cual podría ser evitada mejorando los determinantes comportamentales y circunstanciales de las diferentes poblaciones, especialmente las más vulnerables.

6. Formulación del Problema

6. 1. Área Temática

Salud y desarrollo infantil.

6. 2. Pregunta de Investigación

¿Cómo cambian las apreciaciones de un grupo de agentes comunitarios del municipio de Chía Cundinamarca, a través de la participación en un programa centrado en la salud y el desarrollo infantil?

6. 3. Objetivos

6. 3. 1. Objetivo general

Analizar cómo cambian las apreciaciones de un grupo de madres, profesoras de preescolar y profesionales de la salud de centros de atención en primera infancia, a partir de la participación en un programa de formación centrado en la salud y desarrollo.

6. 3. 2. Objetivos específicos

Identificar las tradiciones culturales (mitos y realidades) relacionadas con hábitos de salud de las familias participantes de la investigación.

Diseñar y aplicar un programa de formación que promueva las condiciones de vida saludable (hábitos de salud).

Contribuir en la reflexión de hábitos de riesgo relacionados con la ausencia de hábitos de salud.

A partir de los resultados formular conclusiones dirigidas a madres de niños de primera infancia, profesoras de preescolar y profesionales de la salud de Chía que promuevan condiciones de vida saludable.

7. Metodología

7.1. Paradigma, Tipo y Método de Investigación

Esta es una investigación Cualitativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), que se fundamenta en un diseño de investigación acción, queriendo de esta forma comprender y aportar en la ejecución de conductas protectoras para la salud y el desarrollo de niños y niñas en primera infancia.

La investigación acción es la base estructural de este estudio contemplando que el objetivo planteado se acoge a los principios de la investigación acción:

Su objetivo va más allá de resolver problemas o desarrollar mejoras a un proceso, pretende que los participantes generen un profundo cambio social por medio de la investigación. El diseño no solo cumple funciones de diagnóstico y producción de conocimiento, sino que crea conciencia entre los individuos sobre sus circunstancias sociales y la necesidad de mejorar su calidad de vida (Álvarez – Gayou 2003. En, Hernández, Fernández & Baptista 2014, p.530)

7.2. Selección de los Participantes

Participaron en el diagnóstico inicial 70 agentes comunitarias, 15¹ de ellas participaron en el programa de formación distribuidas así (ver Tabla 1):

¹ Solo asistieron 15 participantes, teniendo en cuenta que los talleres exigían presencialidad. El programa fue validado como un curso de actualización en salud y desarrollo infantil. Este fue realizado en conjunto con la secretaria de desarrollo social del municipio de Chía Cundinamarca. Debido a la metodología era necesario que el grupo fuera pequeño con el fin de lograr un intercambio de saberes efectivo entre las participantes.

Tabla 1: Participantes del programa

<i>Grupo</i>	<i>Numero</i>	<i>Promedio de Edad</i>	<i>Escolaridad</i>
<i>Madres de familia</i>	9	26 años	<i>Bachiller</i> <i>Técnico(enfermeras)</i>
<i>Educadoras</i>	4	46 años	<i>Profesional(Licenciadas en preescolar)</i> <i>Técnico(Preescolar)</i>
<i>Profesionales de la salud</i>	2	49 años	<i>Técnico (auxiliar de enfermería)</i>

7. 3. Métodos de Recolección de la Información

La metodología de esta investigación, se enmarca en la utilización de tres técnicas de recolección de información, entre las cuales se encuentran: la entrevista a profundidad estructurada (ver Anexo 1), dos grupos focales (ver Anexo 2) y métodos visuales.

La primera técnica de recolección de información fue la entrevista, la cual fue aplicada posteriormente al pilotaje de la guía temática. La entrevista “[...] se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006, p.597).

El instrumento de recolección de información empleado en esta técnica, fue una guía temática construida a partir de quince preguntas agrupadas por cinco categorías de análisis, la primera de ellas referente a discapacidad, la segunda a hábitos de salud, la tercera y la cuarta referentes a la relación existente entre discapacidad y hábitos de salud y la quinta indagó sobre historias/experiencias de discapacidad y hábitos de salud.

La segunda técnica de recolección de información fue un grupo focal; para su ejecución se construyó un instrumento de investigación que contenía cuatro preguntas orientadoras respecto a los conocimientos en salud y discapacidad que tenían las

participantes. Se desarrollaron dos grupos focales, el primero de ellos dirigido a profesoras de preescolar y profesionales de la salud y el segundo grupo focal se desarrolló con madres de niños y niñas en primera infancia. La sesión estuvo centrada en el diálogo e intercambio de saberes de las participantes.

La tercera técnica de recolección de información fueron los métodos visuales. Se hizo uso de 21 imágenes relacionadas con hábitos de salud; cada una de ellas presentaba un escenario en el que se podían observar conductas saludables y/o factores de riesgo. Se presentaron las imágenes a las participantes, con el fin de que realizaran narraciones frente a las percepciones que tenían con las mismas.

La técnica para evaluar el programa de intervención psicosocial fue el cuestionario. Esta técnica fue aplicada a través de dos instrumentos (ver Anexo 3 y 4); el primero de ellos contenía siete preguntas abiertas, con las que se indagó sobre los conocimientos de las madres, profesoras y profesionales de la salud, antes y después de su participación en el programa de intervención psicosocial.

El segundo instrumento fue diseñado con el fin de evaluar cada una de las sesiones del programa. La matriz implementada contenía tres preguntas abiertas, que cuestionaron sobre los aprendizajes claves construidos, la importancia de estos y sugerencias para las próximas sesiones.

Se seleccionaron las anteriores técnicas e instrumentos de recolección de información, con el fin de obtener amplios y significativos datos, abstraídos por diferentes métodos que permitieran corroborar y ampliar la información obtenida de las participantes.

7.4. Triangulación de la Información

Para hacer el análisis de los datos de esta investigación se utilizó el análisis de contenidos, utilizando los pasos que este método plantea para analizar la información, se realizó análisis de redes temáticas; se utilizó este tipo de análisis teniendo en cuenta que una de las razones por las cuales se retoman métodos de recolección de información cualitativa, es porque éste “[...] abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis de contenido [...]” (Amezcuca & Gálvez, 2002, p.423).

El análisis de contenido fue seleccionado debido a que se deseaba comprender y analizar los contenidos no solo teóricos, sino aún más importante aquellos emergidos de entrevistas y narraciones de los grupos poblacionales que participaron en el presente estudio. Se analizó y contrastó la información (contenidos) encontrados en documentos y en las narraciones obtenidas a través de los métodos de recolección de información.

Los instrumentos de recolección de información cualitativa se analizaron por medio del programa QSR Nvivo.

Posterior a la aplicación de los instrumentos de recolección de información se inició el proceso de triangulación entre métodos, del cual emergió un tema global: relación salud y desarrollo; cuatro temas organizacionales: hábitos de salud, tradiciones familiares en la enseñanza de hábitos de salud, corresponsabilidad familia y escuela en la enseñanza de hábitos de salud y discapacidad y 53 temas básicos (ver Anexo7).

Las anteriores categorías emergieron del análisis efectuado en la triangulación de la información arrojada en las entrevistas, grupos focales y cuestionarios aplicados con las

participantes. Teniendo en cuenta lo anterior se establecieron como categorías de análisis las tres siguientes: salud, discapacidad y relación entre discapacidad y salud (ver Tabla 2).

Tabla 2: Categorías de Análisis

TEMA GLOBAL: Relación Salud y Desarrollo

Categorías de Análisis	Temas Organizacionales
Salud.	Hábitos de salud. Corresponsabilidad familia y escuela en la enseñanza de hábitos de salud. Tradiciones familiares en la enseñanza de hábitos de salud.
Discapacidad.	Discapacidad.
Desarrollo	Desarrollo
Relación entre Discapacidad y Hábitos de Salud.	

7.5. Fases de la investigación

El proyecto de investigación fue desarrollado a partir de agosto de 2014 y finalizó en agosto de 2016, para ello se tuvo como marco de referencia las fases mencionadas a continuación:

Contacto con la Secretaría de Desarrollo Social y con centros de atención en primera infancia de Chía. En la primera fase de investigación se llevó a cabo una reunión con algunas coordinadoras de los Centros de Atención en Primera Infancia y con la coordinadora del programa gestantes y lactantes de la Secretaría de Desarrollo Social. Durante este encuentro, se planteó el interés en desarrollar un proceso investigativo en temas relacionados con salud durante la primera infancia. Las coordinadoras socializaron

temas de interés y problemáticas de los Centros de Atención en Primera Infancia. En esta fase se seleccionó la población que haría parte del proceso investigativo, teniendo como criterio fundamental que estuvieran interesadas en participar en las diferentes fases de la investigación. Las personas interesadas en participar de la investigación firmaron un consentimiento informado (ver Anexo 5), en donde autorizaron la utilización de fotos, audios e información necesaria para el proceso investigativo. Vale la pena resaltar que los nombres utilizados en este documento son seudónimos de las participantes, esto con el fin de respetar la confidencialidad de las madres, profesoras y profesionales de la salud que hicieron parte del proceso investigativo.

Construcción de instrumentos de recolección de información y validación de los mismos. En la segunda fase de la investigación, se construyeron las guías temáticas de la entrevista y del grupo focal, así como también se determinaron las imágenes y preguntas que serían empleadas en la implementación de los métodos visuales de investigación. Posterior al diseño de los instrumentos con los que se efectuaría el diagnóstico de necesidades de la población participantes, estos fueron validados, a través de su aplicación con un grupo de madres de niños y niñas de primera infancia y de docentes de un proyecto de una entidad pública de Bogotá. Se realizaron las modificaciones respectivas teniendo en cuenta el pilotaje.

Diagnóstico de necesidades y delimitación de categorías de análisis. En la tercera fase de investigación, se aplicaron los instrumentos de recolección de información validados con anterioridad. Se reconocieron las necesidades y prioridades a trabajar con la población, para ello se realizó un análisis de la información de donde emergieron las categorías de análisis que enmarcan la investigación.

Recolección de insumos conceptuales. Teniendo en cuenta la información obtenida y las categorías que emergieron durante el diagnóstico de necesidades, se construyó el marco teórico y el estado del arte, el cual dio fundamento al proceso investigativo y aportó en la construcción de datos que sustentaron la problemática estudiada.

Construcción de la propuesta de intervención psicosocial. En la quinta fase de investigación, se construyó la propuesta de intervención psicosocial; se tuvieron en cuenta los datos arrojados del diagnóstico de necesidades para la formulación de las sesiones, temáticas, cronograma y metodología a emplear durante las ocho sesiones de intervención psicosocial.

Construcción de instrumentos de evaluación de la propuesta de intervención psicosocial. Se diseñaron dos cuestionarios con el fin de recolectar información durante todo el proceso de intervención psicosocial. Uno de ellos es un cuestionario con preguntas abiertas de evaluación inicial, el segundo instrumento corresponde a un cuestionario de resultados posteriores a la aplicación del programa de intervención psicosocial y el tercer instrumento se diseñó con el fin de evaluar cada sesión de la propuesta.

Aplicación de la propuesta de intervención psicosocial y de los instrumentos de investigación. En la séptima fase de investigación, se aplicaron las ocho sesiones de intervención psicosocial y los instrumentos de recolección de datos.

Análisis de la información y resultados de la investigación. En la octava fase, se realizó la triangulación y análisis de los datos, obtenidos de los métodos empleados durante la investigación; para ello se utilizaron matrices de análisis y el programa Nvivo.

Presentación de resultados con la población participante y entrega de certificados. En la novena y última fase de investigación, se realizó una socialización de

los resultados obtenidos durante el proceso investigativo, destacando aspectos del diagnóstico de necesidades e información obtenida durante el programa de intervención psicosocial. Se dejaron explícitos alcances y proyecciones para futuras investigaciones e intervenciones con la población. En esta fase las participantes recibieron un certificado, en donde se reconoció su compromiso en el curso de actualización-programa de intervención psicosocial “Salud y desarrollo infantil”.

8. Descripción del Programa de Intervención Psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”

El programa (ver Anexo 6). está fundamentado en el modelo construccionista social, por lo que tuvo una metodología centrada en los diálogos entre las participantes, la interacción de forma bidireccional, la reflexión guiada a través de preguntas, el lenguaje generador de conocimientos y realidades, la participación de la población como agentes activos de la intervención y del cambio social. El programa se implementó a través de 8 sesiones (ver Tabla 3) que fueron certificadas.

Tabla 3: Unidades Temáticas del Programa de Intervención Psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”

Sesión	Unidades Temáticas	Metodología Presencial	Metodología para desarrollar en la Casa-Jardín
Uno	Derechos de los niños y las niñas. Estadísticas internacionales y nacionales de mortalidad infantil. Introducción a la definición de salud.	Seminario: Charla. Videos. Actividades cortas. Cuestionario de evaluación de conocimientos previos al programa.	Red de apoyo en medio tecnológico (whatsapp), en donde las participantes opinaron desde sus experiencias frente a problemáticas referentes a salud y desarrollo infantil.

SALUD Y DESARROLLO INFANTIL

Dos	Problemas de la comunidad en términos de salud y desarrollo infantil.	Taller. Elaboración de árboles de problemas sobre la salud y el desarrollo en primera infancia.	Se sugiere continuar planteando posibles problemas de la comunidad referentes a salud y desarrollo.
Tres	Relación salud-comportamiento: Determinantes de la salud Conductas/factores de riesgo para la salud. Enfermedades frecuentes en primera infancia.	Seminario: Debates orientados con preguntas. Árbol genealógico con preguntas orientadoras referentes a la salud.	Seguimiento de conductas y factores de riesgos observados en casa, jardín, casa de vecinos, instituciones públicas (entidades de salud), entre otras. Registro con fotos.
Cuatro	Detección de enfermedades y alarmas para acudir a profesionales de la salud.	Se proyectaran acciones de cuidado de la salud para ser aplicados en la casa y escuela durante la semana.	Hacer un cuadro en donde se destaquen conductas de riesgo existentes en la familia y/o sitio de trabajo; en la columna del lado escribir las estrategias que se podrían implementar para modificarlas.
Cinco	Atención, cuidado y educación: Estilos de vida Conductas saludables/Factores protectores. Enseñanza en primera infancia de conductas de cuidado de la salud.	Socialización definición salud: Construcción de la definición del grupo.	Actividades que fomenten la protección de los niños y las niñas a través de la enseñanza de hábitos de salud. Seguimiento fotográfico de las actividades desarrolladas durante la semana en la casa y el jardín.
Seis	Factores protectores, estilos de vida saludable/conductas saludables.	Soluciones ante problemáticas en salud y desarrollo infantil.	Posteriormente subirán las fotos/videos de este material al grupo creado en whatsapp.
Siete	Bienestar y calidad de vida: Corresponsabilidad familia – escuela, en la adquisición de conductas saludables durante la primera infancia.	Juego de roles. Reflexión de los roles de las agentes educativas.	Hacer un cuadro comparativo destacando conductas que hayan modificado durante este proceso.
Ocho	Prácticas de buen trato. Evaluación y compromisos	Ejercicio de compromiso con relación a la salud y desarrollo infantil. Cuestionario de evaluación del programa.	

9. Resultados

Con el fin de que exista claridad sobre la información obtenida durante el proceso investigativo, los resultados son presentados con base a las categorías de análisis y a la aplicación de la propuesta de intervención psicosocial.

9.1. Resultados Desde las Categorías de Análisis

Salud.

Hábitos de salud. Los instrumentos de recolección de información, permitieron identificar los conocimientos existentes respecto a esta categoría de análisis, así como también suministraron datos sobre las transformaciones que tuvieron las agentes educativas posterior a la aplicación del programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”.

Con relación a los conocimientos previos de las participantes, se identificó que el aprendizaje de hábitos de salud no era percibido como un aspecto esencial en el desarrollo de un ser humano; estos eran apreciados como una opción o posibilidad dentro de los procesos de formación; es así como se dispersaba la relación existente entre salud, hábitos, desarrollo y riesgos, encontrando una prevalencia en ejecutar acciones dadas por la experiencia propia y/o de otros; teniendo como factor predominante la instauración de los mitos, tradiciones y aprendizajes adquiridos como herencia cultural.

Entre las apreciaciones que realizaron las participantes, se encuentran que la salud son los diferentes procesos que permiten mantener un “estado sano”; se hace referencia a

que la salud es estar bien, no comer cosas malas que puedan causar enfermedades, la salud esta relacionada con comer cosas saludables. “mantener el cuerpo y la mente sanamente libre de cualquier enfermedad” (Madre de familia). Con lo anterior se evidencia que para las participantes la salud esta relacionada con la ausencia de enfermedades; este concepto es apreciado desde un reduccionismo de lo que en realidad quiere decir la palabra salud, relacionandolo estrechamente con el tener o no determinadas enfermedades.

Respecto a los habitos de salud, se identificó que aquellos reconocidos como importantes, son los que se ejecutan de forma mecanica y que han sido aprendidos a traves del modelamiento de conductas, especialmente de los padres, abuelos y profesores; sin embargo no se precisan las razones por las que deben se aplicados, los beneficios que estos traen y la relacion que tienen con el desarrollo y la calidad de vida de cualquier sujeto, principalmente la de los niños y las niñas, quienes dependen del acompañamiento de un adulto para la ejecución y aprendizaje de los habitos de salud.

Por otro lado los hábitos de salud eran apreciados como la ejecución de actividades muy puntuales, entre las cuales se mencionaron la alimentación saludable, la vacunación, el lavado de manos y el cepillado de dientes.

Al centrarse en las respuestas de las docentes, se identificó que aun cuando ellas son agentes educativas con un rol importante en la enseñanza de prácticas de cuidado de la salud de los niños y las niñas de primera infancia y sus familias, ellas se centran en sus experiencias como mamás y en las practicas ejecutadas desde su hogar y no desde los centros de desarrollo infantil. Las agentes educativas destacan la importancia de implementar hábitos de salud como un factor que hace parte del cuidado de la salud de sus

propios hijos (as), dejando de lado su función como formadoras de los niños y las niñas de los jardines en los que trabajan.

En el análisis de la información efectuado a través de Nvivo, se obtuvieron los siguientes temas básicos: ausencia de enfermedades, bienestar, felicidad, “la salud como normalidad”, buen estado físico, estar sano, estar bien, cuidados que una persona tiene, relación con la dimensión emocional, salud reproductiva y sexual y vida en comunidad; por otro lado son definidas categorías tales como problemas de salud, entre los que fueron mencionados los siguientes: aumento de enfermedades prevenibles, ERA, EDA, gripa, malas costumbres, mitos sobre la aparición de enfermedades que impiden la adherencia de conductas saludables, mitos sobre la asistencia al médico, mortalidad infantil y sobre peso. Finalmente emergió una categoría en donde se clasifican los hábitos de salud, entre los que se mencionaron la alimentación saludable, aseo, cepillado de dientes, controles médicos, higiene, lavado de manos, practicar deporte y ponerle las vacunas a los niños y a las niñas.

Posterior a la aplicación de la propuesta de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”, las participantes reconocieron que la salud tiene que ver con aquellos elementos de la vida que involucran el bienestar físico y emocional, en donde cada sujeto en primera instancia reconoce lo que le hace bien a su organismo, lo que le afecta, lo que socialmente lo limita o lo impulsa en la obtención de sus sueños y metas (dimensión social y emocional) y de allí determinan los cambios que deben efectuar para alcanzar el bienestar y la calidad de vida requerida para sentirse satisfechos.

Aunque la categoría bienestar fue comprendida e incorporada en los discursos de las participantes, esta fue puesta a discusión en repetidas ocasiones, teniendo en cuenta el elemento de subjetividad que la describe; se mencionó que esta definición, da amplias

posibilidades de interpretarla y vivirla de una forma particular, sin embargo fue claro para las docentes, profesionales de la salud y madres de familia, que existen factores para el desarrollo de los niños y las niñas, que tienen que ver con la incorporación de medidas protectoras para la salud, las cuales no pueden ser subjetivas, ni negociables bajo ninguna circunstancia, tal como ocurre con la ejecución de los hábitos de salud.

Tradiciones familiares en la enseñanza de hábitos de salud: Se identificó que las participantes tienen tradiciones culturales que enmarcan la ejecución de hábitos de salud al interior de sus familias, es decir que aquellos hábitos aplicados con sus hijos (as) y estudiantes, corresponden en gran medida a lo que sus padres y abuelos les transmitieron como herencia cultural.

Las participantes señalaron que las actividades relacionadas con la salud que eran ejecutadas de forma cotidiana en sus hogares de origen, son en gran medida las que ellas continúan aplicando en sus familias constituidas durante la adultez. Las madres de familia, profesionales de la salud y docentes, hicieron alusión a que la complejidad en aprender nuevas prácticas de cuidado de la salud y transformar las existentes, está relacionada con los aprendizajes adquiridos desde la infancia y con las costumbres que la cultura les ha reforzado durante toda su vida como “saludables y buenas”, aun cuando estas sean perjudiciales para la salud.

Fue un logro que durante el proceso de intervención psicosocial, las participantes reconocieran aquellas prácticas y tradiciones culturales que no han sido favorables para su salud, ni para la de sus familias. Identificaron que existen tradiciones que no contribuyen en la obtención de una vida saludable y reconocieron que aunque es complejo transformar las

prácticas que han ejecutado desde niñas, es necesario empezar a cambiar determinadas rutinas que no les dejara ningún beneficio a largo plazo.

Las participantes manifestaron interés en modificar algunos hábitos de salud e instaurar nuevas rutinas, especialmente por lo que esto representa para el desarrollo de sus niños y de sus niñas; hicieron hincapié en que la herencia cultural que dejaran a sus hijos (as) y estudiantes continuara siendo reproducida acorde a lo que les enseñen durante la infancia.

Corresponsabilidad familia - escuela en la enseñanza de hábitos de salud. Se identificó que existe dificultad a la hora de aplicar factores protectores para la salud de los niños y de las niñas; uno de los elementos que influyen en la implementación de factores protectores y hábitos de salud, está relacionado con la corresponsabilidad entre familia y escuela, puesto que estos son los escenarios es donde pasan mayor cantidad de tiempo los niños y las niñas y son los espacios en los que aprenden rutinas básicas de cuidado para la salud.

Respecto a los hallazgos mencionados en el apartado anterior, las mujeres participantes de este proceso investigativo, hicieron alusión a que existe una gran dificultad en la coordinación de acciones entre los escenarios familia y escuela y en la adquisición de responsabilidades de los profesionales que allí se encuentran, así como en los roles que deben desempeñar.

Mediante la recolección de datos se analizó, que el problema de corresponsabilidad está centrado en la articulación entre las docentes, profesionales de la salud y las madres de familia; por lo que la principal dificultad puede llegar a estar relacionada con la

comunicación y coordinación de acciones que contribuyan en el desarrollo de los niños y de las niñas.

Durante el proceso de ejecución del programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”, las agentes educativas (madres, docentes y profesionales de la salud), lograron reconocer la importancia de articular acciones en estos dos escenarios (familia-escuela), teniendo en cuenta la responsabilidad que demandan los roles que ejercen en la sociedad, puesto que estos tienen que ver con la formación de seres humanos con capacidades y habilidades para cuidar de su propia salud. Se destacó la importancia de que exista una adecuada comunicación y que se respeten los procesos que se estén llevando a cabo en cada uno de los escenarios en mención.

Desarrollo.

El desarrollo es una categoría de la que no se obtuvo mucha información, puesto que las participantes precisaban esta categoría de análisis, como un aspecto inherente a los procesos naturales de los niños y de las niñas; durante el proceso de intervención psicosocial las madres, profesionales de la salud y las docentes, rescataron que el desarrollo está afectado de forma positiva o negativa por los determinantes que existen en el contexto inmediato de los niños y de las niñas, teniendo presente que al exponerlos a riesgos o suprimirles los derechos fundamentales, no favorecen su desarrollo.

La categoría desarrollo, quedó plasmada al interior del proceso de intervención psicosocial como un elemento que está relacionado con las posibilidades que se ofrecen desde las familias y escuelas en las que se desenvuelven los niños y las niñas, de allí la importancia de enriquecer dichos escenarios y proveer lo que esta población requiere durante cada uno de los momentos de sus vidas.

El mayor logro obtenido en esta categoría de análisis, estuvo relacionado con la generación de diálogos en los que las participantes se apartaron de la concepción de desarrollo desde los estándares de normalidad esperados en la sociedad; lo que quiere decir que las participantes efectuaron análisis, en los que destacaron que los procesos de desarrollo de cada niño son diferentes y dependen de muchas variables, entre las cuales se hicieron alusión a condiciones de discapacidad, enfermedades y estímulos ambientales.

Discapacidad.

Los instrumentos de recolección de información permitieron identificar las representaciones que tenían las participantes respecto al fenómeno de la discapacidad.

Los conocimientos previos de las participantes estaban centrados en que la discapacidad era una limitante, una minusvalía, una situación que impide “continuar” con la vida y con las actividades cotidianas; la discapacidad era apreciada como un obstáculo para tener una vida “normal” y fue descrita como una condición permanente durante toda la vida. Teniendo en cuenta los relatos abstraídos de las narraciones iniciales de las participantes, se logró identificar que existía un desconocimiento frente a lo que es una discapacidad y las causas que la pueden producir. El concepto abordado de discapacidad, estaba sujeto a factores de “normalidad” y de “funcionamiento” y no tenían en cuenta un enfoque de derechos, ni un enfoque diferencial.

Los temas básicos extraídos del análisis de redes (Nvivo), respecto a la categoría discapacidad fueron: la discapacidad causada por accidentes, la discapacidad causada por factores genéticos, la discapacidad como una condición de nacimiento, relacionada con la incompatibilidad sanguínea, relación entre discapacidad y ausencia de hábitos saludables, la discapacidad como un impedimento, una limitación, la discapacidad relacionada

estrechamente con la cura de una enfermedad; emerge una categoría que tiene que ver con que la “discapacidad no tiene solución”; entre la clasificación de la discapacidad se destaca la cognitiva, física y la “dislexia” (según narraciones de las participantes).

Es importante hacer hincapié en que las categorías mencionadas con antelación, permitieron identificar que existía desconocimiento frente al tema de discapacidad y que las participantes tenían imaginarios en los que ligaban a la persona con discapacidad con palabras peyorativas como discapacitado, limitado, enfermo, entre otras categorías que lo que buscan es encontrar una solución ante determinadas situaciones que no son consideradas “normales, ni saludables” en la sociedad.

Durante el proceso de aplicación del programa de intervención psicosocial, las participantes empezaron a transformar algunas concepciones sobre discapacidad, haciendo reflexiones relacionadas con las potencialidades de las personas con discapacidad y la importancia de la sociedad en la eliminación de barreras para la participación. Se amplió el concepto de lo que es una discapacidad y se centralizó la atención en la sociedad como elemento esencial que favorece o disminuye la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

Relación entre discapacidad y hábitos de salud.

Las participantes de la investigación, no encontraron una relación directa entre los factores de riesgo que representan la ausencia de los hábitos de salud, con la adquisición de una enfermedad y/o discapacidad, por lo que no hay una percepción de riesgo sobre las implicaciones de no enseñar y aprender hábitos de salud desde la primera infancia.

No se evidencio con claridad, conocimientos sobre la relación existente entre hábitos de salud, enfermedad y discapacidad, considerando que estos son acepciones desligadas, por lo que se entienden como conceptos aislados y que no tienen intersección en ningún momento.

Posterior a la aplicación del programa de intervención psicosocial, las participantes lograron identificar elementos que permiten establecer una relación entre salud, desarrollo, enfermedad y discapacidad. Desatacando que los hábitos de salud son transversales, afectan al desarrollo y pueden generar enfermedades que mal cuidadas podrían producir discapacidades.

Es importante destacar que el ejercicio empleado para el análisis de esta categoría, fue la metodología del marco lógico, de donde se retomó el árbol de problemas, generando una cadena descendiente y ascendente de problemas, causas y efectos relacionados con temas de salud durante la primera infancia. Este fue un ejercicio complejo de ejecutar, debido a que a las participantes se les dificulto establecer con claridad causas de la no ejecución de hábitos de salud, esto teniendo en cuenta las concepciones y tradiciones analizadas en apartados anteriores, sin embargo las mujeres participantes de este proceso investigativo lograron identificar factores de riesgo en el cuidado de sus hijos (as) y estudiantes, que pueden afectar su desarrollo; entre los cuales fueron destacados factores ambientales (contaminación), actitudinales (descuido y desinterés), comportamentales (no ejecución de conductas saludables) y personales (condiciones de enfermedades que requieran cuidados específicos).

9.2. Resultados Desde la Aplicación de la Propuesta de Intervención Psicosocial

El tema global que emergió de la triangulación de datos, es la relación existente entre la salud y el desarrollo infantil, por lo que este fue tomado como tema principal en el diseño y aplicación del programa de intervención psicosocial.

Es importante destacar que durante todo el proceso de ejecución del programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”, (tuvo una intensidad de doce horas divididas en ocho sesiones desarrolladas los días sábados y conto con la participación de 15 agentes educativas), hubo un promedio de asistencia del 100% en la totalidad de las sesiones. Lo anterior indica que las 15 participantes asistieron a todas las sesiones, incluyendo las dos de diagnóstico de necesidades (estas ultima fueron adicionales al programa). Los contenidos y la metodología empleada durante el programa de intervención psicosocial, fueron percibidos como pertinentes, necesarios y coherentes con las problemáticas relacionadas a la primera infancia.

Mediante el primer momento de la evaluación y posterior a los resultados de la aplicación de la propuesta de intervención psicosocial, se pudo identificar una ampliación conceptual en el significado de las acepciones salud, discapacidad y desarrollo, ligándolas con temas de responsabilidad en la educación y crianza de los niños y de las niñas y con la garantía de sus derechos.

Tal como se puede identificar en la tabla 3, el concepto de salud al final del proceso empezó a tener mayor relación con temas integrales de la vida, enfatizando en las dimensiones sociales, emocionales y el bienestar subjetivo como un elemento esencial en la satisfacción personal.

Por otro lado, las participantes durante la ejecución del programa, encontraron la relación existente entre la salud y el desarrollo infantil, identificando que la primera es necesaria para que los niños y las niñas logren su mayor potencial como seres humanos.

Tabla 4: Matriz del Primer Momento de Evaluación y de Resultados posteriores a la aplicación de la Propuesta de Intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”

Preguntas de cuestionario	Primer momento de la evaluación	Resultados posteriores a la aplicación del programa
1. ¿Qué significa para ti la palabra salud?	<p>“Es el bienestar tanto físico como psicológico” (Luz Dary, agente educativa).</p> <p>“La salud es prevenir las enfermedades” (Sofía, agente educativa).</p> <p>“Comer saludable. Hacer ejercicios. Tomar jugos” (Nelly, agente educativa).</p> <p>Tener la salud es un estado bien, sin ninguna enfermedad, para vivir saludable” (Juana, agente educativa).</p> <p>“Estar bien, sentirse bien moralmente y como la palabra lo dice en su salud” (Cristina, agente educativa).</p> <p>“Es la persona que tiene vida” (Fernanda, agente educativa).</p>	<p>“Es el bienestar físico, mental, psicológico y no la falta de enfermedades” (Luz Dary, agente educativa)..</p> <p>“La palabra salud es prevenir los accidentes en el hogar (factores protectores), tener una alimentación sana y hábitos saludables” (Sofía, agente educativa).</p> <p>“Buen estado físico, psicológico y mental de cada persona” (Nelly, agente educativa).</p>
2. ¿Qué es para ti una persona sana?	<p>“Para mí una persona sana es la cual no tenga una incapacidad de alguna parte de sus extremidades, sea capaz de manejarse como una persona normal y también cuando están sin ningún problema” (María, agente educativa).</p> <p>“Una persona sana es no tener enfermedades. Tener los dientes sanos. Se cuida de las harinas, grasas” (Liliana, agente educativa).</p> <p>“Una persona sana es tener las habilidades en su integridad personal y así responder de manera adecuada ante cualquier actividad” (Carolina, agente educativa).</p> <p>“Que viva sin dolor, se alimente bien, que coma fruta, verduras, coma a sus horas, para poder vivir bien y estar sano” (Claudia, agente educativa).</p> <p>“Una persona tranquila, feliz, muy bien cuidada de su salud” (Sandra, agente educativa).</p> <p>“Para mí una persona sana es aquella que se cuida en todo aspecto, ya sea en cuanto a lo respectivo a su cuerpo como ejercicio y comer cosas saludables” (Sonia, agente educativa).</p> <p>“La que se preocupa por estar al cuidado de su cuerpo como saber alimentarse y tener cuidado con todo” (Jennifer, agente educativa).</p>	<p>“Es alguien que refleja bienestar en todos los aspectos de su vida y persona” (Luz Dary, agente educativa).</p> <p>“Una persona sana es la cual tenga o no tenga una discapacidad, porque tienen y pueden hacer muchas cosas” (Nelly, agente educativa).</p> <p>“Comer saludable y hacer ejercicio, cuidarse mucho” (Consuelo, agente educativa).</p> <p>“Una persona sana es estar bien de ánimo, física y psicológicamente, querer hacer algo, compartir momentos; tener una buena alimentación y bienestar físico” (Jennifer, agente educativa).</p> <p>“Vivir con buena alimentación, salud, ejercicio, ir al médico para poder estar bien” (Carolina, agente educativa).</p> <p>“Estar bien psicológica, física y mentalmente” (Piedad, agente educativa).</p> <p>“Una persona con una mente psicológica y mental bien” (María, agente educativa).</p> <p>“Alguien que refleja en su estado emocional y físico una completa salud y bienestar” (Liliana, agente educativa).</p>

“Es cuando no tiene hábitos. Es extrovertida. Es sobre saliente”(Consuelo, agente educativa). *“La que está bien en forma espiritual, psicológicamente”* (Sofía, agente educativa).

3. ¿Qué significa para ti el desarrollo Infantil?

“Es el proceso integral de los niños y las niñas de acuerdo al entorno que se le brinde” (Luz Dary, agente educativa).
“Desarrollo infantil es el cuidado de la alimentación y los controles de desarrollo y crecimiento y alimentación sana y saludable” (Sofía, agente educativa).
“Es el desarrollo integral del niño o niña que fortalece todas sus capacidades y habilidades físicas motoras psicológicas” (Luz Dary, agente educativa).
“Saber cómo están los niños de peso talla, que este activo” (Nelly, agente educativa).
“El desarrollo infantil es lograr que los niños estudien” (Sofía, agente educativa).
“Es el buen desarrollo y evolución en cada una de sus etapas de integración, crecimiento y áreas en sus haceres y saberes manifestados a lo largo de su desarrollo” (Juana, agente educativa).
“Es que el niño coma sano. Crezca. Estar pendiente en las citas de crecimiento y desarrollo. Enseñarles valores a respetar” (Nelly, agente educativa).
“Tener un desarrollo con nuestros hijos. Dándoles buena alimentación, llevándolos a un jardín, enseñarles hábitos, cosas de la vida de ellos” (Cristina, agente educativa).
“Compartir con muchos niños pequeños para poderles brindar un apoyo y puedan crecer educados para que de acá a mañana sean unas personas que puedan ayudar a otras” (Juana, agente educativa).
“Crecimiento en los niños tanto físico y de salud” (Fernanda, agente educativa).
“Es la educación que uno brinda a los niños en su desarrollo de crecimiento y bienestar” (Cristina, agente educativa).
“Que los niños tengan una buena calidad de vida” (María, agente educativa).
“Que cada niño tiene que vivir su desarrollo y cada etapa a su debido tiempo” (Fernanda, agente educativa).
“La base de cada niño para su desarrollo en la vida. Es la forma en que un niño amplía lo que sabe, lo que hace un ambiente acorde y con las herramientas necesarias. Proceso de reconstrucción y reorganización permanente” (Liliana, agente educativa).
“Es algo que nos da cierta tranquilidad de saber que nuestros hijos se fortalecen día a día en todos los aspectos de su vida” (María, agente educativa).

4. ¿Qué se puede hacer para que los niños y niñas se desarrollen mejor?

“Brindar un ambiente sano donde pueda aprender, explorar y poner en práctica todo su aprendizaje. Tanto en su hogar como el entorno que lo rodea” (María, agente educativa).
“Mejorar los hábitos de vida y alimentación. Evitarles riesgos y brindarles calidad de vida” (María, agente educativa).
“Poniéndole más atención y siendo responsable. Una buena enseñanza y ejemplo para un futuro mejor” (Piedad, agente educativa).
“El buen hábito de alimentación, buen hábito de autonomía, buen desarrollo de educación” (Piedad, agente educativa).
“Brindarles desde su gestación una buena y sana alimentación, el amor de padre y madre en su formación, pero en especial el respeto por su bienestar, derechos y sana convivencia” (Consuelo, agente educativa).
“Hacer ejercicios. Llevándolos a controles médicos para vivir mejor” (Consuelo, agente educativa).
“Trabajando con los maestros y personas las cuales damos al cuidado de nuestros hijos para su desarrollo ya que esto se hace día a día” (Jennifer, agente educativa).
“Presentar un buen servicio de salud e interés a partir del estado, quien es responsable de dar desde la gestación el bienestar en su desarrollo” (Jennifer, agente educativa).
“Estar pendientes de su formación en cada aspecto de la vida. Compromisos respecto esparcimiento y otros. Ofrecerles todas las herramientas no solo físicas sino emocionales para que su desarrollo sea óptimo” (Sonia, agente educativa).

5. ¿Sabes, cuáles son los derechos de los niños y las niñas? Podrías enunciar algunos

“Tener un nombre y apellidos. Una nacionalidad. Una familia. Derecho al estudio y a la salud” (Sandra, agente educativa).
“Derecho a la vida, a la educación, la salud, la alimentación. El derecho al respeto, el derecho a ir a controles de crecimiento y desarrollo” (Sandra, agente educativa).
“El derecho a jugar. El derecho a opinar y tomar decisiones. El derecho a la educación” (Claudia, agente educativa).
“A tener un nombre, hogar, a la vida, a tener un registro, a

	<p><i>“Derecho a tener nombre a registrarlos a tener una familia y apoyo. Vivienda. Recreación. Derecho a la comida” (Carolina, agente educativa).</i></p> <p><i>“Derecho a la libre expresión. Derecho a vivir, A un buen trato” (Liliana, agente educativa).</i></p>	<p><i>estudiar, a ser importantes (Claudia, agente educativa).</i></p> <p><i>“Vivienda, recreación, protección, educación, tener nombre y nacionalidad, la vida, buen trato, derecho a la familia, derecho a la vida, al buen trato” (Carolina, agente educativa).</i></p> <p><i>“Libre expresión. Respeto, cariño. Respeto, vacunas” (Liliana, agente educativa).</i></p> <p><i>“El derecho a la vida, a no ser explotados sexualmente (protección)” (María, agente educativa).</i></p>
<p>6. ¿Crees que hay alguna relación entre salud, desarrollo y garantía de derechos de los niños y las niñas?</p>	<p><i>“Es un derecho pero pocas veces se cumple por diferentes razones” (Fernanda, agente educativa).</i></p> <p><i>“En algunos casos se han visto negados los derechos de salud a la primera infancia, no por falta de recurso, sino por el interés de algunos padres en brindarles su protección” (Cristina, agente educativa).</i></p> <p><i>“Pienso que es como una cadena que va toda por lo mismo y a lograr un solo objetivo el bienestar, tranquilidad de los niños” (Juana, agente educativa).</i></p>	<p><i>“Si porque a mejor desarrollo mejora la salud” (Fernanda, agente educativa).</i></p> <p><i>“Es muy relacionado porque la salud y el desarrollo de los hábitos del cuidado” (Cristina, agente educativa).</i></p> <p><i>“Si todo va de la mano, porque de esta manera se llega a una buena calidad de vida en el ser humano” (Juana, agente educativa).</i></p> <p><i>“Garantía enseñar buenos hábitos para la familia” (Nelly, agente educativa).</i></p> <p><i>“Si todos tienen la misma proyección. Porque todo tiene de alguna manera cosas importantes para las personas” (Sofía, agente educativa).</i></p> <p><i>“Sí. Desarrollo y salud la relación que existe: es una dimensión constitutiva del ser humano que construye y se vive durante toda la vida desde nuestro nacimiento es la construcción que hacemos nosotros como seres humanos” (Luz Dary, agente educativa).</i></p>
<p>7. ¿Quién es el responsable o responsables de la salud y desarrollo de los niños y las niñas?</p>	<p><i>“Los papas. Todos somos responsables de la salud de los niños y las niñas y los primeros son sus padres” (Sofía, agente educativa).</i></p> <p><i>“Los responsables de la salud y desarrollo son los padres y los maestros” (Nelly, agente educativa).</i></p> <p><i>“En la salud principalmente los padres, como en el desarrollo, pero en el desarrollo también son importantes las tres personas. Tanto como padres y gestores de salud a un cuidado de cada uno” (Juana, agente educativa).</i></p>	<p><i>“Los padres, los profesores y el estado. Las mamás y las maestras” (Sofía, agente educativa).</i></p> <p><i>“El estado, comunidad educativa, familia, entidades como ONG, Bienestar Familiar. Padres, profesores, familiares” (Nelly, agente educativa).</i></p> <p><i>“Primero la familia, segundo los agentes educadores y la sociedad” (Juana, agente educativa).</i></p> <p><i>“Papá, más mamá, igual comunidad, país y planeta” (Fernanda, agente educativa).</i></p>

En la Tabla 5 se pueden evidenciar ejemplos en los que se reportan cambios en las rutinas de las participantes, abstrayendo que elementos básicos de la cotidianidad llegan a ser significativos en la implementación y adquisición de hábitos de salud. Se refieren

modificaciones en rutinas de alimentación, lavado de manos y eliminación de factores de riesgo, tales como la exposición a objetos peligrosos y a lugares inseguros.

Es preciso anotar que los cambios referidos son elementos que contribuyen en la garantía de condiciones mínimas de seguridad, las cuales pueden ser apreciados como factores protectores para la salud y el desarrollo de los niños y de las niñas.

Posterior a la culminación del programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”, las participantes reportaron los siguientes cambios en los hábitos de salud que aplicaban en la cotidianidad.

Tabla 5: Seguimiento de conductas de Riesgo para la Salud

Narrativas: Antes del Programa	Narrativas: Posterior al Programa
<i>“Comíamos en la cama. Nunca comíamos en el comedor” (Liliana, agente educativa).</i>	<i>“Comemos en el comedor y compartimos en familia” (Liliana, agente educativa).</i>
<i>“Mis hijos no se lavaban las manos cuando era necesario” (María, agente educativa).</i>	<i>“Hoy en día lo hemos implementado todos los días y cada vez que sea necesario” (María, agente educativa).</i>
<i>“No empacaba en las onces a mis hijos fruta” (Fernanda, agente educativa).</i>	<i>“Hoy lo hago todos los días por tener mejor salud” (consumo de frutas) (Fernanda, agente educativa).</i>
<i>“Mis hijos solo se lavaban los dientes dos veces al día” (Cristina, agente educativa).</i>	<i>“Hoy lo hacemos tres veces al día” (lavado de dientes) (Cristina, agente educativa).</i>
<i>“Nunca jugaba con mis hijos ningún día de la semana” (Juana, agente educativa).</i>	<i>“Ahora lo trato de hacer todos los días una hora” (prácticas de juego) (Juana, agente educativa).</i>
<i>“Mis hijos acostumbran a comer mucho dulce en el día” (Nelly, agente educativa).</i>	<i>“Hoy en día solo le doy un dulce en la tarde” (Nelly, agente educativa).</i>
<i>“Tomas corrientes a total disposición de los niños” (Sofía, agente educativa).</i>	<i>“Me ha servido en tener cuidado con las conexiones eléctricas que no queden expuestos los niños a esa corriente” (Sofía, agente educativa).</i>
<i>No tenía cuidado con la higiene en el baño» (Luz Dary, agente educativa).</i>	<i>“En el baño siempre bajar la tapa del inodoro para evitar que nos salpiquen las bacterias ya que estas también generan enfermedades” (Luz Dary, agente educativa).</i>

Tal como se puede apreciar en la tabla 6 durante cada sesión del programa de intervención psicosocial, las participantes realizaban una evaluación en la que valoraban

cuantitativa y cualitativamente el proceso desarrollado durante la jornada, dejando consignada la evaluación numérica de cada sesión y la descripción cualitativa de las mismas”.

Se puede abstraer que hubo satisfacción por parte de las madres, profesoras y profesionales de la salud participantes del proceso, respecto a los temas abordados, identificándolos como necesarios y pertinentes para su vida cotidiana y los roles asumidos con sus hijos (as) y estudiantes; durante cada sesión quedaba claridad frente a las generalidades de los temas que habían sido desarrollados.

En cada sesión surgieron análisis, inquietudes y reflexiones, las cuales fueron expuestas en los resultados por categorías de análisis, mencionados con antelación.

Tabla 6: Evaluación del Programa de Intervención Psicosocial

	sesión 1 y 2	sesión 3 y 4	sesión 5 y 6	sesión 7 y 8
Evalué la sesión de forma cuantitativa y cualitativa	4,5	5	5	5
Mencione aprendizajes claves que considera fueron construidos durante esta sesión	<p><i>“Infecciones, muertes y los cuidado de nuestros hijos, saber que podemos cambiar y mostrarles lo que es importante para la vida de ellos” (María, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Respeto por los derechos de los niños. Obligación que tenemos de hacerlos respetar” (Luz Dary, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Los derechos humanos. Saber sobre</i></p>	<p><i>“El árbol de problemas y consecuencias. Aprendí sobre los niños como hay que tratarlos bien, hay que enseñarles cosas para que ellos de aquí a mañana sean alguien en la vida” (María, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Factores de riesgo para los niños. Hábitos y consecuencias. Consecuencias que tienen los problemas y soluciones. Alimentarlos bien” (Luz Dary, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Tener cuidado con los factores de riesgo.</i></p>	<p><i>“Factores de riesgo para prevenir. Enfermedades, costumbres. Riesgos en nuestro sitio de trabajo, familiar y vecinal. Alimentación” (María, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Enfermedades, riesgos. Hábitos alimentarios. Mejorar la salud. Hábitos antiguos, tienen que ver con la salud de las generaciones” (Luz Dary, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Familia, hijos, abuelos. Cuidados con nuestros</i></p>	<p><i>“Saber que salud no es solo lo físico, sino mental y emocional. Sobre, niños y adultos con discapacidad. Comportamiento, salud, desarrollo, comunicación. Salud, compromisos, respeto, tolerancia” (María, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Buenos hábitos de salud, educación y bienestar” (Luz Dary, Agente educativa).</i></p> <p><i>“Desarrollo, salud,</i></p>

salud y derechos, el contacto directo con las madres” (Juana, Agente educativa).
 “Tema de gran apoyo para mi labor tanto personal y profesional. Aprender a escuchar, la comunicación, los valores” (Nelly, Agente educativa).
 “Corregir las cosas que cometo con mi hijo. Dar ejemplo Dedicar tiempo a los niños, darme cuenta que no respeto derechos” (Liliana, Agente educativa).

Bienestar, salud, factores de riesgo. Salud es tanto lo físico como lo psicológico, no solo aseo personal” (Juana, Agente educativa).
 “Dedicación a los niños. Aprender cosas que pueden hacer daño. Salud y comunicación con la familia” (Nelly, Agente educativa).
 “Valorar, cuidar y respetar. Salud, Nutrición y efectos ambientales” (Liliana, Agente educativa).
 Hábitos de salud»

hábitos familiares. Buscar soluciones a problemas en nuestra familia” (Juana, Agente educativa).
 “Enfermedades graves hereditarias, prevención y mejoría con tratamientos oportunos. Profundización de factores y conductas de riesgo” (Nelly, Agente educativa).
 “Tratos y riesgos. Conductas y riesgos a nivel familiar y social, como las prevengo” (Liliana, Agente educativa).

bienestar, calidad de vida. Salud infantil. Sobre los niños en desarrollo aprendí lo que no sabía” (Juana, Agente educativa).
 “Valorar más a las personas. Manejo con los niños. Desarrollo de los niños se fundamenta en el bienestar físico, psicológico y social que le rodea” (Nelly, Agente educativa).

10. Discusión

Los resultados muestran que se cumplió el objetivo general de la investigación el cual era “analizar cómo cambian las apreciaciones de un grupo de madres, profesoras de preescolar y profesionales de la salud de centros de atención en primera infancia, a partir de la participación en un programa de formación centrado en la salud y desarrollo”; logrando de esta forma construir narraciones respecto a las apreciaciones de las participantes en lo referente a tradiciones culturales, hábitos de salud y desarrollo infantil. Lo cual es coherente con lo que plantea, Varela, Chinchilla & Murad (2015), quienes mencionan que:

Se hace necesario un diálogo intercultural, que lleve a un crecimiento mutuo entre culturas y discursos que tienen un origen y una finalidad diferente, de otras formas de comprender y de estar en el mundo, donde para enriquecer las prácticas de crianza se debe valorar otros espacios, formas de vida, de pensamiento, de constitución de sujetos y saberes” (p.203).

En concordancia con el anterior postulado, el dialogo y el intercambio de saberes constituyen, un escenario en los que se validan las practicas, pensamientos y concepciones que tienen las poblaciones, respecto a las diferentes formas de concebir la vida y el desarrollo de un sujeto; en este sentido Muñoz (2007) señala que “la comunicación permite un intercambio cultural y de información recíproco, donde los seres humanos logran el entendimiento y pueden llegar a un acuerdo sobre intereses y aspectos que vinculan al grupo”(p.109).

Las experiencias vinculantes de mujeres, que son madres docentes y profesionales de la salud, conllevan a la reflexión y análisis de nuevas prácticas en sus vidas; teniendo como punto de partida un interés compartido, en donde el objetivo es generar posibilidades que permitan a niños y niñas el desarrollo de sus capacidades y la construcción de escenarios que garanticen los derechos que son inherentes a ellos y ellas. Desde este postulado se resalta que procesos de intervención, que creen ambientes en los que la población participante, tenga la posibilidad de intercambiar experiencias, analizar temas y resolver problemas, se constituyen en escenarios significativos y productivos para las transformaciones de discursos y patrones culturales que se pueden convertirse en un riesgo para la salud.

El programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”, promovió el intercambio de saberes y transformación de los diálogos referentes a los temas en estudio, es así como se generaron reflexiones y análisis en donde la conclusión inminente, es que los hábitos de salud que se enseñan y reproducen en la sociedad son el resultado de tradiciones que se han conservado culturalmente desde las familias; en este sentido los procesos de educación están ligados con las transformaciones de tradiciones culturales, prácticas del cuidado de la salud, entre otros aspectos relacionados con el desarrollo humano; con relación a esta afirmación Muñoz (2007) hace referencia a que la educación:

[...] Aporta elementos al desarrollo humano, ya que ella permite que el sujeto se involucre en procesos para su propio desarrollo (capacidad de resiliencia, cuidado de sí y autocuidado), posibilitándole que sea consciente y asuma una actitud encaminada a la transformación personal y colectiva (p.109).

En concordancia con lo anterior las participantes lograron cambiar las apreciaciones que tenían frente a la relación existente entre la ausencia de hábitos de salud y la aparición de enfermedades y discapacidades, identificando su responsabilidad en la enseñanza de los hábitos como base para el desarrollo de los niños y las niñas.

Durante el desarrollo de la propuesta de intervención psicosocial las participantes llegaron a análisis tales como que en algunas ocasiones la ausencia de hábitos de salud puede ser un antecesor de una discapacidad, que tal como menciona Werner (2013) pueden causarse por mala alimentación durante la gestación (PC, retraso en el desarrollo) y después del nacimiento (puede causar daño cerebral, PC), por mala higiene lo cual aumenta las posibilidades de que se produzcan enfermedades dando un rango de posibilidad de desarrollar una discapacidad asociada a ella.

Con relación al planteamiento de Werner (2013) existen discapacidades que podrían llegar a prevenirse, situación que no era reconocida por las participantes; quienes desconocían que estos tipos de hábitos podían causar discapacidad especialmente en los niños y las niñas, por ser quienes están más propensos y expuestos a la vulneración de los derechos tales como la alimentación y atención médica, teniendo en cuenta que con sus cortas edades no cuentan con las capacidades suficientes, de ser garantes de sus propios derechos.

En lo que respecta al primer objetivo específico del proceso investigativo que era “identificar las tradiciones culturales relacionadas con hábitos de salud de las familias participantes de la investigación”, se lograron abstraer narraciones en donde no solo se identificaron aquellas prácticas culturales que se aplicaban como resultado de herencia cultural y familiar, sino aún más importante y en consonancia con el segundo objetivo

específico de la investigación, las participantes analizaron los riesgos que traen para la salud, las inadecuadas tradiciones familiares relacionadas con los hábitos; como consecuencia de dichos hábitos de salud muchas de las enfermedades de los integrantes de sus familias murieron por enfermedades asociadas con la ausencia de hábitos de salud, llegando de esta forma a comprometerse con la transformación de prácticas inadecuadas para la salud de sus hijos y estudiantes.

Teniendo en cuenta los anteriores hallazgos “se requiere que la psicología del desarrollo humano se ocupe más de la salud, de examinar los términos de referencia para describir el sufrimiento psicológico” (Duran, 2014, p.202), aun mas cuando se reconoce que la salud es un concepto tan amplio y que todas las personas no logran un estado de bienestar que contribuya en su satisfacción, bienestar y desarrollo, convirtiéndose esto en un factor de riesgo para el desarrollo de los niños y las niñas.

Desde esta perspectiva se destaca el valor que tienen los procesos de intervención psicosocial centrados en la promoción de la salud, puesto que desde un enfoque de construcción colectiva de conocimientos e intercambio de saberes entre las poblaciones y un profesional que pueda direccionar los objetivos del proceso, las personas generan mayor adherencia a la implementación de prácticas en este caso relacionadas con la salud y el desarrollo infantil; acorde con este análisis Muñoz (2007) señala:

La promoción de la salud se convierte [...] en una herramienta de gran valor para la intervención desde el trabajo social en salud, porque ella posibilita la participación de el/la profesional de esta área en la construcción de proyectos colectivos, que lleven al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, no perdiendo de vista la salud y el bienestar como metas comunes a ambos procesos (p.109).

Es importante resaltar que las poblaciones que más afectadas se ven por la ausencia de prácticas adecuadas de salud, son los niños y las niñas, quienes durante la primera infancia están más susceptibles a riesgos y están más dispuestos al aprendizaje de hábitos de cuidado de la salud; es por ello que se requieren de formadores (familias, profesionales de la educación y de la salud) que rompan las tradiciones que les fueron enseñadas a lo largo de sus vidas y que ponen en riesgo el desarrollo de las nuevas generaciones; en concordancia con Marzonetto (2015):

La primera infancia constituye un momento importante para el desarrollo cognitivo y social de los niños y niñas, por tanto las oportunidades que se brinden en esta primera etapa constituida desde el nacimiento hasta los 5 años de edad resulta crucial tanto para su escolaridad futura como para sus oportunidades en la vida adulta (p.1).

Por otro lado cabe señalar que la discapacidad es multifactorial, por lo cual estudiarla no es una tarea fácil, sin embargo hay indicios como lo menciona Werner (2013), que develan con claridad la relación entre las enfermedades y la discapacidad, esta es una percepción que emergió de los datos en la triangulación de la información, en donde se relacionaba discapacidad con enfermedades, así como también hábitos con enfermedad, lo que permite identificar una relación, la cual es necesaria ampliar en las comunidades con las que se trabaja, así como también en la literatura que da registro de estos fenómenos; lo anterior sin querer decir que la discapacidad sea una condición que se puede prevenir en todos los casos, porque se sabe que hay situaciones en donde es una condición “impredecible” e inevitable.

La anterior propuesta señala la relación existente entre el desarrollo, la discapacidad, los hábitos de salud y las enfermedades, comprendiendo que una discapacidad no es una enfermedad, pero si en muchas ocasiones puede deberse a una de ellas producida por malos hábitos de salud.

Finalmente en lo que respecta al “Programa de Intervención Psicosocial Salud y Desarrollo Infantil” se obtuvieron dificultades en el abordaje de la totalidad de las temáticas durante las ocho sesiones por lo que un próximo programa podría contemplar un diseño en donde el proceso sea más amplio, con el fin de profundizar en cada uno de los temas a trabajar; por otro lado se podría plantear la aplicación del mismo programa de intervención psicosocial con más de tres grupos que se desarrollen de forma simultánea, con el fin de permitir que un mayor número de población del Municipio de Chía logre acceder a un proceso de construcción de conocimientos como el planteado en el presente estudio. Sería interesante plantear la posibilidad de aplicar el programa en toda Cundinamarca.

11. Conclusiones

Se cumplieron los objetivos de la investigación, conocer las apreciaciones de la población participante y realizar un proceso de formación dirigido a madres, profesoras de preescolar y profesionales de la salud.

La metodología integró dos aspectos importantes, rigor investigativo y participación de la comunidad en problemáticas socialmente relevantes. Se encontraron aspectos muy positivos como el compromiso de la población, en los temas relacionados con garantizar a sus niños y niñas un “futuro mejor”. Los aspectos por mejorar están referidos a la intensidad horaria empleada en el programa y la construcción de redes sociales.

Por otro lado, vale la pena destacar que más allá de los resultados, en este estudio se integraron los procesos de docencia, investigación y proyección social, lo cual está relacionado con la misión de la Universidad de la Sabana y de la Maestría en Psicología de la Salud y la Discapacidad. Se tuvo como propósito investigar y aportar a la realidad de la zona de influencia.

La familia como escenario esencial en el aprendizaje de factores protectores para la salud, debe ser analizada desde su relación con el contexto, evitando culpabilizarla como único responsable en los comportamientos de los sujetos, puesto que es explícito que la adquisición de hábitos y de patrones comportamentales depende de una historia socio-cultural en el que se encuentra inmerso el sistema familiar.

Las participantes de la propuesta de intervención psicosocial lograron ampliar su comprensión de lo que significa la salud, saliendo un poco del esquema “ausencia de enfermedad”.

Se empieza a evidenciar y resaltar la relevancia y relación de la salud en todos los procesos de desarrollo durante la primera infancia, transformando el mito de que existe una relación únicamente en lo referente a talla, peso, alimentación y vacunación; las participantes empezaron a construir conceptos relacionales entre estos dos ejes temáticos.

Tanto, madres, como docentes y profesionales de la salud lograron mayor claridad en la definición e identificación de los factores de riesgo hallados en sus contextos. Es preciso mencionar que ligar estos factores de riesgo a elementos comportamentales se torna mucho más complicado que identificar factores de riesgo ambientales.

Las participantes lograron analizar la relación que existe entre las tradiciones familiares y el aprendizaje de hábitos de salud.

La corresponsabilidad familia escuela es un elemento que permite una mayor comprensión y modificación de comportamientos en los actores que se encuentran involucrados en estos escenarios, sin embargo, resulta complejo un ejercicio en donde se cuente con la cantidad de personas necesarias para modificar problemáticas tales como la desnutrición, la muerte neonatal por causas evitables entre otras problemáticas presentes en la salud y desarrollo infantil.

Contar con un grupo heterogéneo, en donde las participantes tenían diferentes experiencias, debido a sus ocupaciones y profesiones, permitió que este proceso fuera muy valioso, sin embargo podría ampliarse la cantidad de profesionales de la salud que participen y hacer extensiva la invitación a otros actores de la comunidad que tengan relación con procesos de enseñanza de hábitos de salud con niños y niñas durante la primera infancia.

12. Grupo de Investigación

El proyecto de investigación “**Construcción de Conocimientos Entre Madres, Profesoras y Profesionales de La Salud, Respecto a Salud y Desarrollo Infantil**”, hace parte de la línea de investigación **cognición y desarrollo del grupo de Cognición, Aprendizaje y Socialización.** (Facultad de psicología de la Universidad de la Sabana, directora **Lilian Patricia Rodríguez**).

13. Anexos

Anexo 1: Guía temática de la entrevista

Tema: Relación entre discapacidad y hábitos de salud

Objetivo de la Entrevista: Indagar sobre la percepción/representaciones que las familias tienen acerca de la relación existente entre discapacidad y hábitos de salud.

Introducción: Esta entrevista nace con el fin de conocer las representaciones que las familias y/o cuidadores de niños y niñas tienen respecto a la relación existente entre hábitos de salud y discapacidad; es importante destacar que en las siguientes preguntas no se evaluarán sus respuestas, ni se le darán un valor de buenas o malas, teniendo en cuenta que este instrumento busca reconocer los saberes previos que poseen las personas frente a este tema sin dar juicios de valor.

Población participante:

Nombre del participante:

Fecha:

Lugar:

1. [Conocimiento sobre el tema: Discapacidad] En primer lugar quisiera saber sus conocimientos frente a discapacidad; es importante que traiga a colación todas las cosas que ha escuchado, leído o que ha visto sobre el tema. ¿Qué ha escuchado que

es la discapacidad? ¿Qué cree que causa la discapacidad? ¿Qué tipos de discapacidad existen? ¿Qué situaciones de la vida cotidiana pueden causar una discapacidad?

2. [Conocimiento sobre el tema: Hábitos de salud] El tema del que hablaremos a continuación, es un tema con el que tienen contacto todas las personas especialmente cuando son las encargadas de la crianza de un niño o de una niña, por lo cual me gustaría indagar sobre sus conocimientos en hábitos de salud ¿Qué cree que es un hábito de salud? ¿Cuáles hábitos de salud existen? ¿Para qué sirven los hábitos de salud?
3. [Relación del tema: discapacidad y hábitos de salud] Teniendo en cuenta el objetivo central de esta entrevista y sabiendo de antemano sus conocimientos sobre los dos temas que se están indagando, quisiera que conversáramos sobre la relación que existe entre discapacidad y hábitos de salud ¿Cuál cree que es la relación entre discapacidad y hábitos de salud? ¿Considera que los hábitos de salud, afectan el desarrollo de un niño o de una niña (¿cómo?)? ¿Cree que la ausencia de un hábito de salud puede causar discapacidad?
4. [Relación del tema: discapacidad y hábitos de salud] ¿Considera que existen buenos y malos hábitos de salud (¿cuáles son adecuados y cuáles son inadecuados?)? ¿Cree que es importante tener adecuados hábitos de salud (¿Por qué?)? ¿Qué hábitos de salud implementa en su casa (¿Por qué?)?

5. [Historias/experiencias sobre los temas: discapacidad y hábitos de salud] Ya hemos conversado sobre todo lo que conoce con relación a estos dos temas, ahora quisiera que me contara, algunas historias que haya escuchado sobre discapacidad y/o hábitos de salud. ¿Conoce a alguien con discapacidad? ¿Qué hábitos de salud ha visto que tengan en casa de la persona que conoce (de no conocer a nadie, los que cree que se aplican)?

Anexo 2: Estructura grupo focal

Salud y Formación de Agentes Educativos.

Sesión Numero 2: Grupo Focal

Estudiante: Jenny Rocío Méndez Cárdenas

Asesora: Lilian Patricia Rodríguez Burgos

Marcadores Contextuales

Fecha:

Lugar:

Hora:

Parte Número 1

Se direccionara un grupo focal a través de la plenaria de cinco preguntas. Para el desarrollo de la sesión en un primer momento se organizaran subgrupos en donde se plasmaran en carteleras los mitos, imaginarios y construcciones sociales respecto a los hábitos de salud aprendidos y ejecutados en la cotidianidad de la vida. Posterior al intercambio de saberes en los equipos de trabajo se recurrirá a socializar los trabajos realizados frente a todo el grupo. Las preguntas que orientaran la conversación son:

- ¿Qué es la salud?
- ¿Qué es un hábito de salud?

- ¿Para qué sirven los hábitos de salud?
- ¿Qué tradiciones referentes a cuidados de la salud se implementaban en las familias de origen de los (as) participantes?
- ¿Consideran que los hábitos de salud que se enseñan a los niños y a las niñas influyen en su desarrollo? ¿De qué forma y por qué?

Parte Número 2

Se ubicaran 10 imágenes, relacionadas con la salud y el desarrollo, en una cuerda, posteriormente se invitaran a los y las participantes de la sesión a realizar un recorrido por los lugares en donde están las imágenes y tomar apuntes frente a las percepciones que tienen de cada una de ellas; en un segundo momento se realizara una mesa redonda y se conversara frente a las impresiones que cada persona se llevó de las imágenes observadas.

Parte Numero 3

Cada madre gestante o lactante escribirá en una hoja los temas referentes a salud y desarrollo de los que quisieran aprender o profundizar y las problemáticas que pueden tener en sus contextos familiares respecto al tema abordado.

Anexo 3: Evaluación Inicial y Evaluación Posterior a la aplicación del Programa de

Intervención Psicosocial

Programa de Formación en Salud y Desarrollo Infantil

Construcción de Diálogos Entre Madres, Profesoras y Profesionales de la Salud, Respecto a

Salud y Desarrollo Infantil

Población participante:

Nombre del participante:

Edad:

Fecha:

Lugar:

1. ¿Qué significa para ti la palabra salud?

2. ¿Qué es para ti una persona sana?

3. ¿Qué significa para ti el desarrollo Infantil?

4. ¿Qué se puede hacer para que los niños y niñas se desarrollen mejor?

5. ¿Sabes, cuáles son los derechos de los niños y las niñas? Podrías enunciar algunos

6. ¿Crees que hay alguna relación entre salud, desarrollo y garantía de derechos de los niños y las niñas?

7. ¿Quién es el responsable o responsables de la salud y desarrollo de los niños y las niñas?

Anexo 4: Evaluación de Cada Sesión del Programa de Intervención Psicosocial

Programa de Formación en Salud y Desarrollo Infantil

Construcción de Diálogos Entre Madres, Profesoras y Profesionales de la Salud, Respecto
a Salud y Desarrollo Infantil

Población participante:

Nombre del participante:

Edad:

Fecha:

Lugar:

Evalúe la sesión de forma cuantitativa y cualitativa:

Mencione aprendizajes claves que considera fueron construidos durante esta sesión:

¿Considera importantes los temas abordados en esta sesión?

¿Qué expectativas tiene para la próxima sesión?

Anexo 5: Consentimiento informado

Universidad de La Sabana

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología de La Salud y La Discapacidad

El proyecto “Construcción de Conocimientos Entre Madres, Profesoras y Profesionales de la Salud, Respecto a Salud y Desarrollo Infantil”; es una propuesta de intervención psicosocial que está diseñada en el marco de un proceso de investigación, cuyo objetivo es analizar cómo cambian las representaciones sociales y el discurso de madres de familia y agentes educativas de niños y niñas de primera infancia, mediante la construcción y aplicación de un programa de formación en salud y desarrollo. Esta investigación está siendo realizada por una estudiante de la Universidad de la Sabana, de la Maestría en Psicología de la Salud y la Discapacidad. La investigación está dirigida por la docente Lilian Patricia Rodríguez Burgos quien asesora la parte metodológica y práctica del proceso investigativo.

Si usted desea de forma voluntaria hacer parte de esta investigación, su participación consistirá en diligenciar algunos instrumentos de investigación, asistir a reuniones programadas con anterioridad y desarrollar actividades en torno a la salud y desarrollo infantil. Usted puede terminar su participación en el presente proyecto en cualquier momento.

Además autorizo utilizar el materia audiovisual que se haya tomado durante el tiempo que participe en el proyecto con fines investigativos.

Cordialmente

Lilian Patricia Rodríguez Burgos

Jenny Rocío

Méndez Cárdenas

He leído y comprendo la información suministrada anteriormente sí No

Estoy de acuerdo en hacer parte de este proyecto sí No

Nombre del participante: Firma

Identificado con cedula de ciudadanía numero

Celular _____ Teléfono fijo _____

Anexo 6: Programa de Intervención Psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil*” Descripción Del Programa de Intervención Psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”*

Planificación del programa

Objetivos

Objetivo General

Generar un escenario de construcción, apropiación y dialogo en temas referentes a salud, con el fin de contribuir en el desarrollo y la garantía de derechos de niños y niñas del Municipio de Chía Cundinamarca, a través de un programa de intervención psicosocial centrado en la promoción de la salud.

Objetivos Específicos

Transformar los discursos y diálogos que se generan en torno a los temas de salud y desarrollo infantil en madres de niños en primera infancia, profesoras de preescolar y profesionales de la salud del Municipio de Chía.

Promover buenos hábitos en las madres de familia, profesoras de preescolar y profesionales de la salud del Municipio de Chía, por medio de la concienciación acerca de los factores que inciden en el desarrollo infantil, riesgos y oportunidades.

Estimular el desarrollo de prácticas saludables madres de familia, profesoras de preescolar y profesionales de la salud del Municipio de Chía para el cuidado calificado de los niños.

Fortalecer y desarrollar la corresponsabilidad social que tienen madres de familia, profesoras de preescolar y profesionales de la salud del Municipio de Chía, respecto a la salud y desarrollo “adecuado” de los niños y las niñas de primera infancia.

Evaluación inicial del programa

La evaluación inicial del programa se realizó a través de los conocimientos previos de las agentes educativas participantes del programa de intervención psicosocial, para esto se diseñó un cuestionario con siete preguntas abiertas, este fue aplicado al inicio y finalización del programa. Adicionalmente cada sesión fue evaluada con un formato que constaba de tres preguntas, allí se indagó por la valoración que daban las participantes al proceso de formación, se preguntó por información cualitativa y cuantitativa.

Diseño del Programa

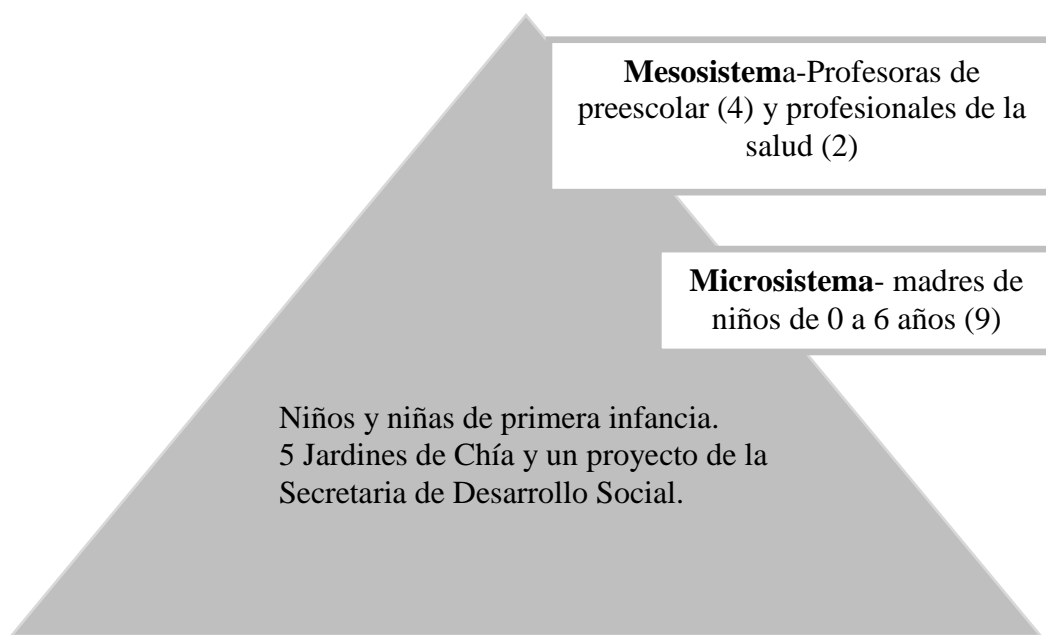
Participantes

Teniendo en cuenta que las problemáticas planteadas son de origen multi-causal y que están mediadas por aspectos encontrados en los sistemas de la sociedad, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) plantea la existencia de cinco sistemas que influyen en el desarrollo de una persona: el microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y el cromosistema. Los anteriores sistemas destacan las relaciones que existen en el contexto para el surgimiento de un fenómeno, por lo cual el programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil” retomara dos de los cinco sistemas planteados por dicho autor con el fin de tener un mayor alcance en el impacto de las acciones a ejecutar; los sistemas

retomados son: Microsistema (Madres de familia) y el mesosistema (jardín-profesoras y profesionales de la salud). En este sentido la población que se tomara para el presente programa son las madres de niños y niñas de primera infancia, profesoras de preescolar de cinco jardines del Municipio de Chía y profesionales de la salud.

Los instrumentos de recolección de información para la construcción del programa se aplicaron a los tres actores representantes de cada uno de los sistemas anteriormente descritos.

Participantes del Programa de Intervención psicosocial



Alcance (Que se quiere lograr y a qué nivel)

Específico: Debido a que el nivel de intervención del presente programa está dirigido a una población en particular delimitada a las madres, profesoras de preescolar y enfermeras del municipio de Chía Cundinamarca participantes del programa de intervención psicosocial “Salud y Desarrollo Infantil”, su alcance también se demarca al beneficio de esta población en particular.

A nivel macro se desea lograr la obtención de adecuadas prácticas de cuidado en niños y niñas de 0 a 5 años del Municipio de Chía participantes del programa de intervención psicosocial, lo cual propiciara la disminución en gastos de salud y educación y la construcción de adecuadas dinámicas familiares, las cuales contribuyen en el desarrollo durante la infancia. Para la obtención de dichos fines se contemplaran los siguientes ítems de la Carta de Ottawa “la creación de ambientes favorables” (OMS,1986, p.3), debido a que se desean efectuar cambios en el contexto/ambiente de los niños y las niñas, puntualmente en lo referente a condiciones adecuadas de prácticas de crianza, “reforzamiento de la acción comunitaria” (OMS, 1986, p.4) con lo que se pretende que exista un ambiente que apoye la crianza de forma asertiva, generando además que exista un proceso de participación y empoderamiento frente al cuidado calificado en la primera infancia y finalmente se busca “el desarrollo de las aptitudes personales” (OMS, 1986, p.4) referentes al aprendizaje, comprensión e implementación de las prácticas de cuidado. Con lo anterior se explicita que el programa tendrá un alcance a nivel social en donde se tiene como meta fortalecer capacidades para el cuidado y disminuir conductas de riesgo para la salud de los niños y las

niñas en primera infancia de los jardines infantiles de la Secretaria de Desarrollo del municipio de Chía Cundinamarca participantes de este proceso de investigación.

Marco Conceptual del Programa de Intervención Psicosocial

Fundamentación Paradigmática del Programa

El modelo socio construccionista permite contemplar y analizar el amplio panorama que rodea una problemática en particular; es así como se acompañaran procesos con madres comunitarias y madres de familia quienes busquen soluciones ante dificultades de salud de sus niños y niñas referentes a ausencia de prácticas saludables, para esto constantemente se dignificara a la población contemplando la problemática desde sus perspectivas y desde actuaciones pasadas que no han sido tan efectivas en dicha población.

Teniendo en cuenta que el paradigma del programa de intervención psicosocial es el construccionismo, a continuación se especificara lo referente a lo ontológico, ideológico y metodológico, comprendiendo que estos conceptos definen el marco general de la fundamentación a tener en cuenta en la intervención:

Ontología: Esta propuesta de intervención estará encaminada a la Co-construcción de realidades, por lo que las madres comunitarias y las madres de familia reconstruirán de forma colectiva sus propias realidades y creencias que las conduzcan a tener determinadas prácticas de salud con sus niños y niñas.

Ideología: Se buscara conseguir cambios sociales en las madres comunitarias, madres de familia y profesionales de la salud referentes a prácticas de salud aplicadas con niños y niñas de primera infancia.

Para el desarrollo de la propuesta se tiene en cuenta que “[...] la comprensión de que la noción de realidad deviene de una construcción social, asumiendo que esta es una perspectiva y no una “verdad”” (Dabas, 1993, p.24) , con lo anterior se desea explicitar que dicha premisa es una parte fundamental en el diagnóstico de necesidades, por lo que la realidad de la comunidad debe surgir de una construcción social que no será un asunto estático, inmodificable y con una sola variable, en este sentido la propuesta generara espacios de dialogo, reflexión y construcción de las realidades desde la propia comunidad, comprendiendo que son ellas, en este caso las madres comunitarias y de familia quienes conocen sus propias realidades, para esto también se debe tener en cuenta que no se buscara que exista una única lectura de la realidad de los problemas, debido a que cada persona de forma independiente tiene su propia perspectiva de los hechos, por ello la importancia de establecer buenos canales de comunicación en donde se logre un consenso frente a los objetivos esperados de forma colectiva por la comunidad y la responsabilidad de cada integrante de ella dentro de la búsqueda de estas soluciones o potenciamiento de capacidades referentes a la ejecución de prácticas de cuidado y de hábitos de salud.

Como lo menciona Dabas “[...] las representaciones de los agentes varían según su posición en la red social y según su habitus, que conforman un conjunto de esquemas de apreciación y de percepción. El habitus produce prácticas y representaciones [...]” (1993, p.226) que serán analizadas por medio de encuentros sociales en donde se generen procesos de comunicación y de intercambio de dichos constructos sociales que conducen sus prácticas cotidianas. En este sentido del construccionismos social se retomaran estrategias tales como el uso de la comunicación como elemento primordial para orientar la

construcción de soluciones a las problemáticas o dinámicas a mejorar en las comunidades por lo que se resalta que “la forma primaria de la comunicación es la oral” (Pearce, 1994, p.268); en este sentido la forma y la importancia de comunicarnos unos con otros tienen como base la oralidad, en donde se pasa de la teoría a la praxis debido a que se hace una reflexión frente a lo que pensamos, decimos y hacemos, por lo que la propuesta se direccionara a que las madres comunitarias y de familia logren reconstruir el origen de sus tradiciones en cuanto a hábitos de salud, analizándolos y llegando a conclusiones frente a lo más favorable para el desarrollo y crecimiento de los niños y las niñas que están a su cargo, consiguiendo a través de las prácticas de oralidad un lenguaje generativo de realidades protectoras para la salud de la población.

La interacción con el otro es la ruta mediante la cual nos construimos en los contextos, logrando tener capacidades particulares dependiendo al contexto en el que estemos. En las intervenciones se retomaran las experiencias de las participantes por medio de prácticas de oralidad e intercambio lingüístico en donde se intercambien saberes y se construyan las diversas perspectivas de una misma problemática que afecte a la comunidad en cuanto a prácticas de salud.

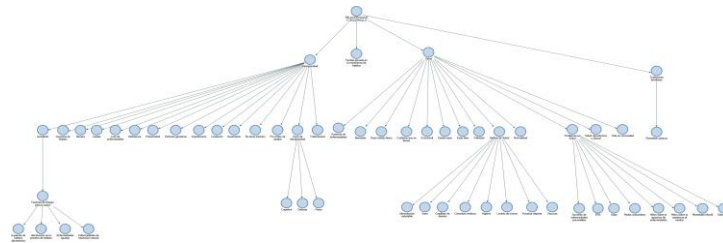
Intervención en Red Social

Retomando a Elkaïm “el fracaso del tratamiento obedecía con frecuencia al hecho de que trabajamos con una unidad demasiado restringida, la familia. Ello nos indujo a ampliar estas sesiones familiares invitando a ciertos parientes y amigos capaces de desempeñar un papel significativo” (1989, p.21), teniendo en cuenta los hallazgos de Elkaïm respecto a las dificultades en las intervenciones sociales se decide que las intervenciones a efectuar tendrán un enfoque en la intervención en red, por lo que la

población participante será en una primera medida las madres de familia de niños y niñas de primera infancia quienes son las primeras formadores de hábitos de salud, por otro lado se ampliara la red participante a las profesoras de preescolar como segundos agentes responsables en la educación y el cuidado calificado de niños y niñas de primera infancia y finalmente se tendrán como participantes en la intervención en red a profesionales de la salud de los jardines comunitarios quienes también están inmersas en la implementación de prácticas de salud.

La intervención en red social constituirá una base para el desarrollo de la propuesta “Salud y Desarrollo Infantil” se retomara la definición dada por Elkaïm y por Sluzki. En primera medida Elkaïm menciona que “[...]la red social es un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia”(1989, p.24) y en palabras de Sluzki “[...] la red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (1998, p.42). Son las anteriores definiciones las que inducen la inclusión de diferentes agentes involucrados en la implementación de hábitos de salud en niños y niñas de primera infancia, considerando que tanto madres de familia, como comunitarias y profesionales de la salud constituyen una base social importante para la transformación de las prácticas de salud con los niños y las niñas de los jardines seleccionados de Chía Cundinamarca.

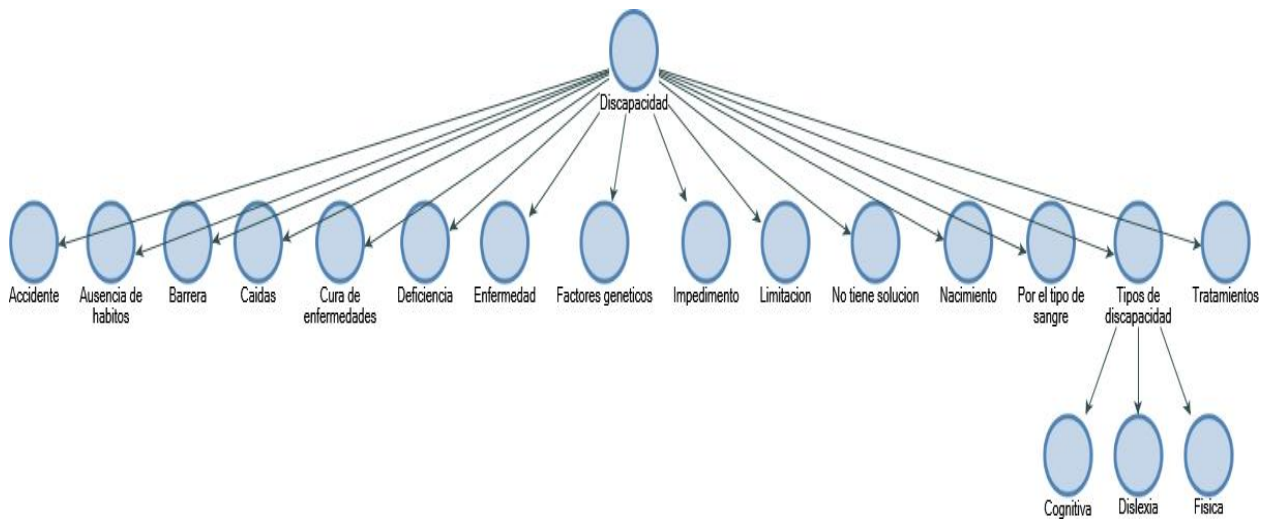
Anexo 7: Modelo - Red de Análisis



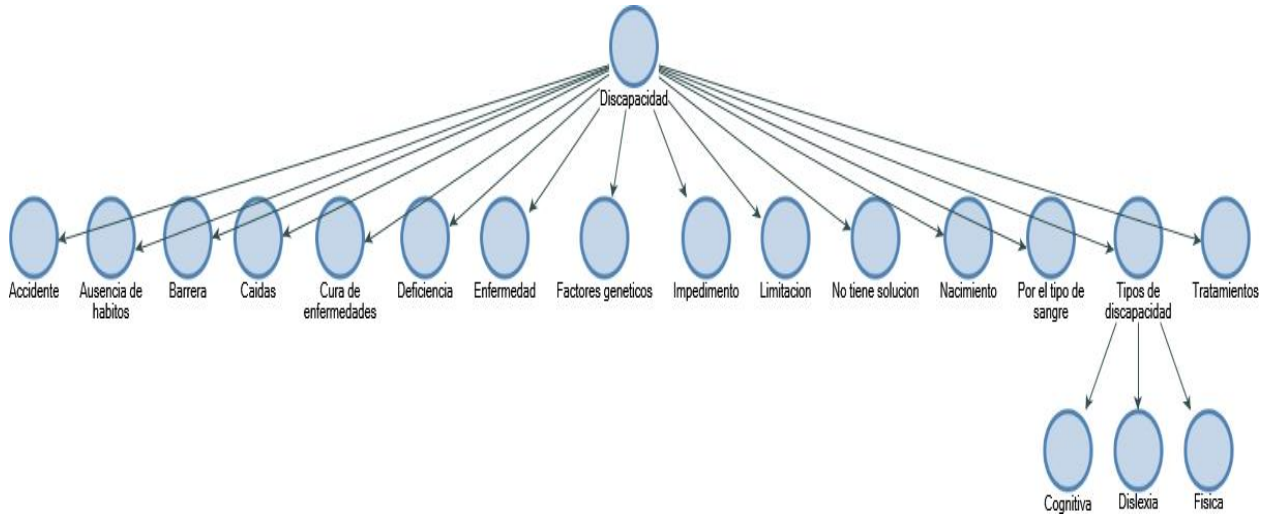
Tema Global y Temas Organizacionales



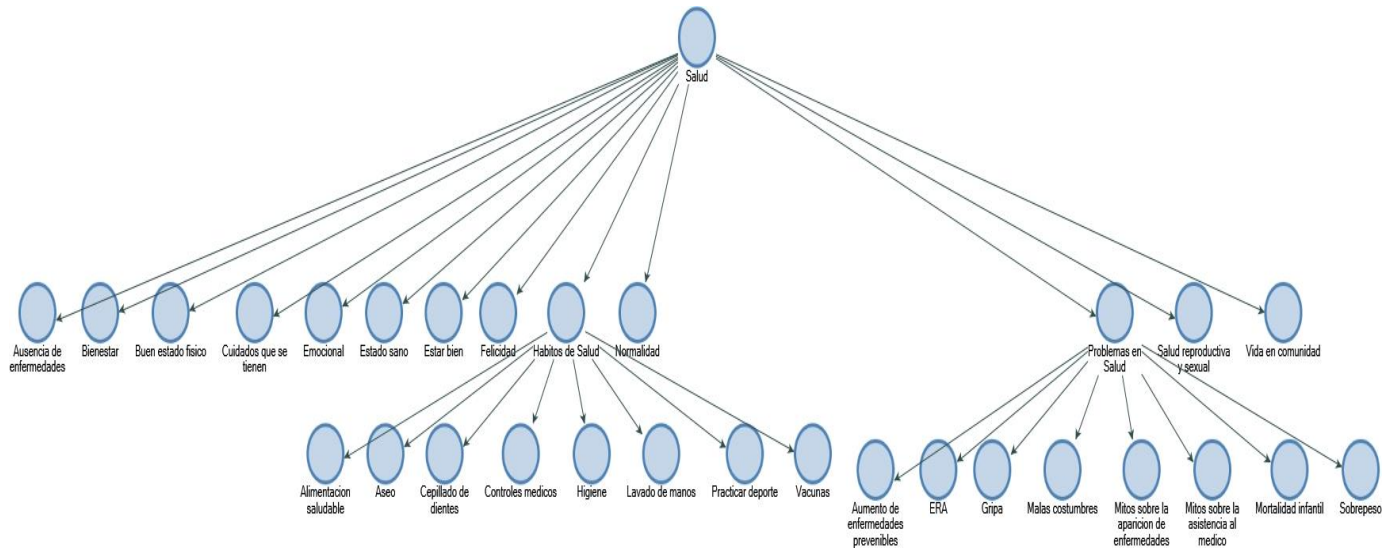
Tema Organizacional 1 Discapacidad



Tema Organizacional 1 Discapacidad



Temas Organizacional Salud



14. Referencias Bibliográficas

- Alcaldía de Chía Secretaría de Educación (2010). Educación con Justicia Social Una Escuela de Todos y para Todos. Documento Base para la Implementación del Plan de Atención Integral Para La Primera Infancia del Municipio De Chía.
- Álvarez, G. (2003). En Hernández, Fernández & Baptista (2014). Metodología de la Investigación. Sexta edición; (p.530).
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes Sociales de la Salud: más allá de los factores de riesgo. Financiada por la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, Bogotá, Colombia.
- Amezcu, M. & Gálvez, A. (2002). Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública; (76: 423-436 N° 5)
- Bronfenbrenner (1987). En Monreal, M. & Guitart, M. (2012). Consideraciones Educativas de la Perspectiva Ecológica de Urie Bronfenbrenner. Contextos Educativos. Universidad de Girona.
- Campoy, I. & Palacios, A. (2007). Igualdad no Discriminación y Discapacidad: Una Visión Integradora de las Realidades Española y Argentina. Universidad Carlos III de Madrid. Editorial DIKINSON ;(p.19).
- Crews, D. (2003). Redefining The Role Of Public Health In Disability. Annu. Rev Health.
- Dabas, (1993). En Red de redes. Buenos Aires: Paidós.

- Duran, N. (2014). Psicología y Desarrollo Humano: Razones Para Una Nueva Manera de Pensar. *Revista De Psicología GEPU*, 5(2), 196-204. Retrieved from <https://search-proquest-com.ez.unisabana.edu.co/docview/1778466381?accountid=45375>
- Elkaïm, M. y otros. (1989). Las prácticas de la terapia de red. Barcelona: Gedisa. Capítulo 1. La Intervención de Red Social: las Terapias de Red, Teoría y Desarrollo.
- Frederick, T. (1955). Chapter Eighteen. Principals of psychological examining: A systematic textbook of applied integrative psychology; (p. 373-391). Brandon, VT, US: Journal of Clinical Psychology, v, 494 pp.
- Gobierno Colombiano (2014). Informe de seguimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Hart, A. (1931). Chapter III Good and bad habits. The child from one to twelve: Psychology for parents. New York, NY, US: Whittlesey House/McGraw-Hill Book Company, xxi.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Capítulo 5. Cuarta Edición. México. Mc Graw Hill.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta edición. México. McGRAW-HILL.
- Lerma, H. (2009). Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto. Cuarta edición, Bogotá, Ecoe Ediciones.
- Marzonetto, G. (2015). Playing with disadvantage. Social stratification in child care services in Buenos Aires (Order No. 10006462). Available from ProQuest Dissertations & Theses A&I: Social Sciences. (1762745112). Retrieved from

- <https://search-proquest.com.ez.unisabana.edu.co/docview/1762745112?accountid=45375>
- McAuliff, k. (2014). Empowered and disempowered voices of low-income people with disabilities on the initiation of government-funded, managed health care. *Psychosocial Intervention* 23.
- Ministerio de Salud (2013). *Análisis de la Situación de Salud Colombia*.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Programa nacional de prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda en Colombia. Bogotá, Colombia.
- Morano & Paloma (2007). En Maya, García & Santolaya. Estrategias de intervención psicosocial. Casos Prácticos. Madrid: Piramide. Cap.3
- Muñoz Franco, N. E. (2007). Promoción y desarrollo humano: Su relación actual con el trabajo social en salud. *Trabajo Social*, (9) Retrieved from <https://search-proquest.com.ez.unisabana.edu.co/docview/1677643120?accountid=45375>
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*, Barcelona: Paidós.
- Nussbaum (2012). En Duran, N. (2014). *Psicología y Desarrollo Humano: Razones Para Una Nueva Manera de Pensar*. *Revista De Psicología GEPU*, 5(2), 196-204. Retrieved from <https://search-proquest.com.ez.unisabana.edu.co/docview/1778466381?accountid=45375>
- OMS (1986). *Salud y Bienestar Social. Canadá y asociación canadiense de salud pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud*. Canadá.

- OMS (1974). En: Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 219-254.
- OMS (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report. Who Library Cataloguing Publication Data. Disponible en: http://translate.googleusercontent.com/translate_f
- OMS (2011). Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genève.
- OMS (2013). Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal.
- OMS (2014). Estadísticas sanitarias mundiales Una mina de información sobre salud pública mundial. Figura 2. Las 20 primeras causas de muerte prematura de hombres y mujeres a nivel mundial.
- Ortoll, E.; Casacuberta, D. & Collado, A. (2007). La Alfabetización Digital en los procesos de Inclusión Social. Editorial UOC (p.24).
- Pearce, W. (1994). Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. En Schnitman. D.F. (1994). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires. Paidós (p. 265-283).
- Sahuí, A. (2014). La igualdad en el discurso del desarrollo humano. *Andamios*, 11(25), 105-128. Retrieved from <https://search-proquest-com.ez.unisabana.edu.co/docview/1801640401?accountid=45375>

Schalock & Verdugo. (2003) En Verdugo, M.. (2004). Calidad de Vida y Calidad de Vida Familiar. Medellín: II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidades. Un desafío (p. 10).

Secretaría de salud; subsecretaría de prevención y promoción de la salud y centro nacional para la salud de la infancia y la adolescencia (2006-2012). Programa de acción específico prevención de la mortalidad infantil. Libro blanco. México.

Sluzki, C. (1998). La red social frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa. Cap. 2: La Red Social: Propositiones generales.

Varela, S., Chinchilla, T., & Murad, V. (2015). Prácticas de crianza en niños y niñas menores de 6 años en Colombia. Zona Próxima. N° 22. Retrieved from <https://search-proquest-com.ez.unisabana.edu.co/docview/1702131756?accountid=45375>

Vélez, C. (2009). Carta de la Ministra. En, Puche, R. Orozco, M.; Orozco, B.; Correa, M. & Corporación Niñez y Conocimiento (2009). Desarrollo Infantil y Competencias en la Primera Infancia. Documento N° 10. Revolución Educativa Colombia Aprende. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Bogotá.

Werner, D. (1996 -2013). El niño campesino deshabilitado. Una guía para promotores de salud, trabajadores de rehabilitación y familias. Capítulo 3 Prevención de Discapacidad. Hesperian guías de salud. En, http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_dvc_2013/es_dvc_2013_03.pdf