

RED DE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL
REDE DE APOIO SOCIAL FAMILIAR E A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
FAMILY'S SOCIAL SUPPORT NETWORK AND THE PROMOTION OF CHILD DEVELOPMENT

Recibido: 28/01/2015
Aprobado: 15/10/2015

Aline Oliveira Silveira¹
Rafaella Costa Bernardes²
Monika Wernet³
Tatiana Barcelos Pontes⁴
Aline Araújo de Oliveira Silva⁵

El objetivo de este estudio fue describir la percepción de la familia acerca de los vínculos, la red y el apoyo social para la atención y promoción del desarrollo de los niños menores de cinco años de edad. Siete familias que hacían parte del sistema de salud del Distrito Federal, Brasil, fueron entrevistadas. Esta es una investigación cualitativa, descriptiva, utilizando el referencial de la Teoría de Red Social Sistémica. Las narraciones fueron analizadas por el método cualitativo de análisis de contenido temático. Los resultados se agruparon en dos temas: "red social de la familia" y "lazos y apoyo social: la percepción de la familia". La red social utilizada es mínima, centrándose en la densidad de las relaciones entre la madre, el niño y su abuela, con apoyo financiero del padre. Hay proximidad de las viviendas a los servicios de salud, pero con disonancia cultural en las relaciones con sus profesionales. Los profesionales de salud deben integrar en su práctica de cuidado el contexto micro y macro social de la familia como determinantes de la salud y el desarrollo infantil.

Descriptor: Familia; Desarrollo infantil; Apoyo social; Vulnerabilidad social.

Este estudo teve por objetivo descrever a percepção da família sobre os vínculos, a rede e o apoio social para cuidado e promoção do desenvolvimento da criança menor de cinco anos de idade. Para tanto, entrevistou-se sete famílias em vulnerabilidade social vinculadas ao sistema de saúde do Distrito Federal. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, sob o referencial da teoria de Rede Social Sistêmica. A análise das narrativas deu-se pelo método qualitativo de análise de conteúdo temática. Os resultados foram categorizados sob dois temas: "rede social familiar" e "vínculos e apoio social: percepção da família". A rede social utilizada é mínima, centrada na densidade das relações entre mãe, criança e avó, sob o sustento financeiro do pai. Há proximidade da moradia ao serviço de saúde, porém dissonâncias culturais nas relações com seus profissionais. Os profissionais de saúde precisam integrar em suas práticas o contexto microssocial e macrossocial das famílias enquanto determinantes das condições de saúde e de desenvolvimento infantil.

Descritores: Família; Desenvolvimento infantil; Apoio social; Vulnerabilidade social.

The aim of this study was to describe the family perception about bonds, network and social support in terms of care and promotion of child development of children smaller than five years old. Seven families in social vulnerability, linked to the health system of Distrito Federal, Brazil, were interviewed. It is a qualitative descriptive study, structured on the Systemic Social Network Theory. Narrative analysis occurred by using the qualitative thematic content analysis. The results were categorized into two themes: "family social network" and "bonds and social support: family perception". The social network used is minimal, with density of relations between mother, child and grandmother, under the financial support from the father. There is proximity of housing to the health service, but cultural dissonance in relations with its employees. Health professionals need to integrate in their caring practice the micro social and the macro social context of families as determinants of health and child developmental conditions.

Descriptors: Family; Child development; Social support; Social vulnerability.

¹Enfermera. Maestría en Enfermería Pediátrica. Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería de la Universidad de Brasilia (UNB). alinesilveira@unb.br

² Estudiante de Medicina por la UNB. rafaellacbernardes@gmail.com

³Enfermera. Maestría en Enfermería Pediátrica. Doctora en Enfermería. Post Doctorado en Enfermería. Profesora Adjunta en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de San Carlos (UFSCar). mwernet@gmail.com

⁴Terapeuta Ocupacional. Maestría en Ciencias de la Salud. Doctora en Salud del Niño y del Adolescente. Post doctorado por la Universidad de Toronto - Canadá. Profesora Adjunta por la UNB. tatiana.pontes@gmail.com

⁵Estudiante de Psicología por la UNB. aline.araujoos@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La familia, ambiente social primario del niño, es la principal fuente de estímulos para su desarrollo¹, siendo las interacciones de allí influyentes del mismo². En este contexto, el vínculo² y el intercambio de afecto¹ entre niño y su cuidador es considerado factor de protección, mientras que la desestructuración familiar, factor de riesgo².

La unidad familiar, ante las demandas de cuidado del niño es con el fin de suministrarles recursos y estrategias¹, entre los cuales está la red social. Esta es comprendida como el "conjunto de seres con quien se interactúa de manera regular, con quien se conversa, con quien se cambian señas, que corporiza, que hacen a las personas reales"³. Y, en este sentido, la red social personal es la "suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferentes de la masa anónima de la sociedad"²⁻⁴. Ella puede contribuir para el bienestar y procesos de enfrentamiento y adaptación³.

A partir del entendimiento de que las prácticas de cuidado de la familia se inscriben en un cuadro de red de relaciones sociales³, los profesionales de salud deben considerarla en sus proyectos terapéuticos^{4,5}. La promoción y estímulo del desarrollo infantil dirigen prácticas en la salud² y tiene íntima articulación con el apoyo profesional a la familia en la identificación, acceso y uso de su red social. Tales aspectos ganan necesidad de atención especial en contextos de vulnerabilidad social, donde es común familias mandadas por mujeres y decurrentes, en gran parte, de gravidez precoz e indeseada, inestabilidad familiar y abandono⁶.

De ese modo, es relevante ampliar la comprensión de la articulación entre la red social y el cuidado familiar al niño en contextos de vulnerabilidad social, o sea, donde se experimenta exclusión social con prejuicio a los derechos⁷. Las relaciones establecidas, sea con amigos, familiares más distantes, comunidad, o aquellas con equipamientos sociales, como los servicios de salud, tienen papel fundamental para el

desarrollo infantil⁸ con recomendaciones de agarrarlos y trasladarlos con foco en la atención a la salud infantil⁹.

El presente estudio tiene como objeto el cuidado al niño en contexto de vulnerabilidad social bajo la pregunta "cómo familias en situación de vulnerabilidad social articulan la red social en el cuidado de sus niños?". El objetivo fue de describir la percepción de la familia sobre los vínculos, la red y el apoyo social para cuidado y promoción del desarrollo del niño menor de cinco años de edad.

MÉTODO

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, para proponer una exploración que valore el fenómeno como es experimentado, con fin al entendimiento de los sentidos e interpretaciones del mismo en los términos de sus significados¹⁰.

Siete familias en contexto de vulnerabilidad social que tenían en su unidad niños menores de cinco años de edad integraron el estudio. Otros criterios adoptados fueron: ser ambos padres mayores de 18 años de edad y tener al niño en acompañamiento de puericultura en el servicio de Atención Primaria de Salud (APS) perteneciente a la Regional de Salud de Paranoá. Como criterios de exclusión se adoptó incapacidad del miembro de la familia para generar narrativa comprensible. Así, participaron de la entrevista siete madres, dos padres y una abuela materna.

La Regional de Salud del Paranoá incluye el entorno este de Brasilia, Distrito Federal e integra tres ciudades: Paranoá, Itapuã y São Sebastião. Tal región tiene relevante índice de vulnerabilidad social, la mayoría de sus habitantes son de baja renta, no concluyeron la enseñanza primaria o son analfabetos¹¹. En lo que se refiere a la población infantil, la minoría de los niños (4,9%) cuenta con guardería o preescolar (una en la región), de forma que, cuando los padres precisan ausentarse, cerca de 41% de ellos quedan en casa bajo los cuidados de familiares, amigos, conocidos o solos¹¹.

El acceso a las familias fue vía unidades de salud de la APS, en ocasión de espera por la consulta de puericultura del niño. En el primer contacto fueron dadas las informaciones sobre la investigación y realizado el convite para la participación a la misma. Frente al interés en participar se marcaba día, horario y local de su preferencia. Todas las entrevistas fueron realizadas en local privado en la misma unidad de salud, respetándose la elección de la familia.

Todas las recomendaciones éticas en la investigación con seres humanos fueron seguidas. La investigación se inició después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Estado del Distrito Federal – FEPECS/SES/DF, bajo el protocolo de número 153.841, y la participación de los sujetos fue oficializada por medio de la lectura y asignatura del Término de Consentimiento Libre Esclarecido (TCLE).

La recolección de datos fue realizada en el año de 2014, utilizándose la estrategia de entrevista, desarrollada en dos etapas. En el primer momento se hizo la construcción del genograma y del Mapa Mínimo de Relaciones (MMR)³. El genograma es un instrumento utilizado para la evaluación de la estructura interna de la familia¹², mientras que el MMR traza la red social por medio de la exploración de relaciones sociales: amistad; familia; relaciones de trabajo y estudio; y relaciones comunitarias: sistema de salud y agencias sociales. En esta exploración, el MMR adopta tres grados de proximidad: relaciones con mayor grado de compromiso, relaciones de compromiso intermediario y relaciones ocasionales³. Estas, a su vez, son categorizadas con las siguientes características estructurales: tamaño, densidad, composición, dispersión, homogeneidad/heterogeneidad y funciones de la red³

Después de la primera etapa, la entrevista fue desarrollada a partir de las preguntas: "mirando para su genograma ¿quién consideran ustedes que son las personas que más contribuyen para el cuidado y desarrollo de su niño? ¿Cómo contribuye?"; "Entre los recursos identificados por ustedes, ¿cuál consideran que ayuda más

en el cuidado con el niño? ¿Por qué?"; "¿Ustedes sienten falta de algún servicio o recurso para cuidar y promover el desarrollo saludable de su hijo?". Aspectos como dificultades y facilidades, presencia o ausencia de recursos y sentimientos en relación al cuidado y desarrollo del niño fueron explorados a lo largo de la entrevista.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas en la íntegra y, posteriormente, analizadas a partir de las etapas preconizadas por el método de análisis cualitativo de contenido¹⁰, a la luz del Modelo de Red Social Sistémica³.

La conducción del análisis incluyó los siguientes pasos sistemáticos: codificación de los datos; categorización de los datos e integración de los mismos en núcleos temáticos¹⁰. Se hizo lectura y relectura de las entrevistas con la identificación de las opiniones de la familia acerca de los vínculos y del apoyo social y su influencia en el cuidado y promoción del desarrollo saludable del niño. Tales elementos fueron analizados e integrados considerándose: las características estructurales de la familia y de su red social y las relaciones establecidas por la familia con los sistemas de apoyo social.

RESULTADOS

Las familias demostraron como características de su estructura interna: formación nuclear, composición de adultos jóvenes con edad materna entre 18 a 39 años y paterna de 18 a 37 años y baja escolaridad, variando de enseñanza primaria incompleta a enseñanza secundaria incompleta. Tres familias cohabitaban en la misma residencia, miembros de familia extensiva: abuelos maternos, tío materno y nuera. Excepto una familia que tenía hijo adolescente, las demás estaban en la etapa de hijos pequeños, con niños de un mes y 10 días hasta cuatro años de edad. Las madres eran las cuidadoras principales del niño, de manera que solo una de ellas estaba en el mercado de trabajo.

Los resultados fueron categorizados en dos temas: "red social familiar" y "vínculos y apoyo social: percepción de la familia".

- La red social familiar

baja escolaridad de los padres y miembros significativos que cuidan del niño; bajo nivel económico; la multiplicidad de hijos entre los componentes de la red y composición predominante de adultos jóvenes con pequeña representación de personas más viejas o ancianas. Los profesionales de salud, como subgrupo con características sociales y culturales distintas intersectan la red familiar, tornándola heterogénea, y actúan como intermediarios de prácticas sociales volcadas al cuidado del niño en los primeros años de vida.

Entre las funciones predominantes de la red familiar, se destacan: apoyo emocional, apoyo espiritual; guía cognitivo; regulación social y la ayuda material y de servicios. El apoyo emocional e instrumental para el cuidado del niño son funciones predominantes de la red familiar. La regulación social y la función de guía cognitivo son predominantes en la relación con los profesionales de salud. Las personas ligadas a las entidades religiosas también ejercen la función de guías cognitivos, con apoyo espiritual y creencias, que moldean determinados comportamientos, prácticas educativas y de cuidado de salud. El Sistema de salud, representado por los profesionales que actúan en la APS, tiene como función predominante la ayuda material y de servicios, como las consultas de crecimiento y desarrollo; la vacunación; las consultas de odontología, y en la situación de enfermedad del niño: la emergencia y el acceso a exámenes, medicamentos y tratamientos.

- Vínculos y apoyo social: percepción de la familia

El cuidado del niño en los primeros años de vida altera la dinámica, la diversidad y la cobertura de la red social familiar. El apoyo social y el fortalecimiento de la familia son comprendidos como resultados de las relaciones establecidas en cuatro dimensiones, a partir de las cuales este tema es presentado: relaciones familiares; relaciones de trabajo; relaciones comunitarias y relaciones con servicios de salud.

*** Relaciones Familiares**

Conjunto de vínculos establecidos entre los individuos que componen el núcleo familiar inmediato del niño y entre éstos, la red

familiar más amplia o familia extensiva.

El niño pequeño es concebido como vulnerable y dependiente lo que determina que sea foco de atención de la familia. Esta, a su vez, significa el primer y principal espacio de relación y favorecedor de la salud y del desarrollo del niño. En ese contexto la madre ejerce la función de suplir sus necesidades, a través de su presencia constante; de la alimentación; de los cuidados cotidianos de higiene y confort; del estímulo ofrecido por medio de diálogos, contacto y juegos; y del manejo de complicaciones de salud.

El cuidado del niño con una función predominante del vínculo materno se apoya en los conceptos socialmente construidos de ser el cuidado la responsabilidad del género femenino y de la lactancia poder ser practicada exclusivamente por la madre. Estos atributos restringen la división del cuidado del niño con otras personas.

La madre es el principal vínculo y apoyo social para el niño crecer y desarrollarse de forma saludable. Es así que la familia define la función materna y, a su vez, es así que la madre define su propio papel y funciones predominantes dentro de la familia. Basado en eso, los demás miembros de la familia asumen una posición intermediaria o periférica en la red de cuidados y promoción del desarrollo del niño, con contactos menos frecuentes, relacionamientos y vínculos de menor intensidad y menor compromiso con su bienestar. En ese contexto de relación están presentes el padre, los abuelos y los padrinos como personas importantes en la vida del niño y que ejercen influencias directas o indirectas en su desarrollo.

El padre tiene como función predominante proveer el sustento económico. El trabajo reduce su tiempo de interacción con el niño, sin embargo, cuando se hace presente, asume, con grado de compromiso variado, la responsabilidad, dividiendo las demandas de cuidado con la mujer. La forma como el padre asume su papel en la relación con los hijos y con la mujer depende de sus valores y de habilidades para organizar las actividades de la vida diaria en el sentido de encontrar tiempo y disponibilidad emocional para interactuar con el niño, como es

apuntado en las líneas:

Yo no acostumbro a dejar a él (hijo) con nadie, ni con mi madre, porque él (hijo) es muy pequeñito, toma el pecho todavía, pero cuando mi esposo está en casa es él que me ayuda, a cuidar, a cambiar, ese tipo de cosa (madre, familia 6)

La madre es quien cuida de él (nieto), claro, ella es la madre, tiene que cuidar... yo también, segunda madre no? (abuela materna, familia, 3)

Yo converso, estímulo a él (hijo)... las madrinas también mi amiga ve a él siempre porque vive cerca, mi hermana unas dos veces por mes porque vive lejos, ellas vienen, juegan con él, ayudan a cuidar, dan muchos regalos... mi suegra también. (madre, familia, 7)

Las abuelas, maternas y paternas, son las principales fuentes de apoyo. Sin embargo son visitadas en momentos, identificados por la madre, como de necesidad extrema. Son designadas como personas importantes para el niño, pero, el contacto y el apoyo están condicionados a la urgencia de la situación, la disponibilidad de tiempo y a la proximidad geográfica.

La dependencia del apoyo informal para el cuidado del niño es cuestionada por la madre, pues evalúa que las condiciones y los recursos de las mujeres que componen la red (tías, abuelas, madrinas, amigas, vecinas) son a veces extremadamente escasos. Tal constatación le impide el pedido de ayuda a la familia extensiva y la busca de alternativas formales, como guarderías y pre-escolares, que se presentan como posibilidades. Con todo, la ausencia de confianza en la calidad del cuidado ofrecido en esos lugares y la dificultad de acceso son desafíos en esa trayectoria y en la tentativa de ampliar la red de apoyo, como es observado en la siguiente descripción:

Mi madre ayuda, pero es muy raro, muy difícil, si preciso mucho a ella (hija) queda con mi madre, pero solo cuando no pueda llevarla (hija) conmigo, porque es muy difícil, porque ella (abuela) no vive cerca, ella no vive aquí en Paranoá (madre, familia 2).

El cuidado del niño es un proceso social, construido y reconstruido conforme a las demandas identificadas por la madre. Exige de la madre habilidades, que impregnan los dominios cognitivo, emocional e instrumental, así como recursos materiales y financieros. Entre las principales dificultades percibidas por las madres están: el miedo de bañar en los primeros días de vida; el manejo de los cólicos; la ausencia de descanso nocturno; la sobrecarga con las actividades domésticas; la

vigilancia y prevención de accidentes, el manejo de enfermedades y cuestiones financieras bajo su cuidado. En este contexto, sentimientos de soledad y desesperación son relatados por la madre, así como inseguridad en la toma de decisión sobre la mejor manera de cuidar del hijo, como vemos en las líneas:

Mi madre solo baña a ella, porque yo no baño no. Yo tengo miedo. Entonces mi madre viene a casa a bañarla... pero lo más difícil es que ella siente muchos cólicos y ahí yo quedo desesperada pensando en lo que voy a hacer, ella siente muchos cólicos y no duerme de noche y... sola yo quedo despierta para cuidar de ella (madre, familia 1)

Lo más difícil así... es el cuidado que tiene que tener todo el tiempo para no caerse, no lastimarse, y cuando se enferma (madre, familia 4)

Es difícil así, nosotros pagamos alquiler y él (hijo) no puede tomar el pecho, ahí tiene que comprar la leche, y la leche es cara (madre, familia 7)

* Relaciones de Trabajo

Las relaciones de trabajo implican vinculación con personas e instituciones capaces de generar apoyo formal o informal para la familia cuidar y proveer el desarrollo del niño. La importancia del vínculo con el trabajo, para esas familias, se centra como medio de adquirir los recursos para las necesidades esenciales de vivienda, confort, vestimenta, alimentación adecuada y transporte. Las personas de las relaciones de trabajo no son identificadas como integrantes de la red social de la familia.

En el contexto del trabajo, el cambio principal se da en el vínculo de la mujer. Al hacerse madre y asumir para sí la responsabilidad por el cuidado del niño, las mujeres de este estudio tomaron la decisión de romper sus vínculos con el trabajo para dedicarse íntegramente al cuidado del niño. Sin embargo, la mujer pasa a vivir un conflicto entre sus deberes de madre y la necesidad financiera de la familia. A pesar del niño beneficiarse de su presencia los recursos financieros se vuelven más escasos, pudiendo acarrear dificultades.

El hombre, padre, a su vez, asume para sí la responsabilidad por el sustento financiero de la familia y fortalece su vínculo con el trabajo. Cuando las necesidades exceden los recursos la mujer se siente obligada de ayudar financieramente, y recurre al trabajo informal. También se ve como alternativa compartir la función de sustento con los

padrinos del niño.

La mujer planea volver a trabajar y estudiar, pues sabe de la importancia de ese apoyo para la salud y para la garantía de mejores condiciones de vida para el niño. La meta para el retorno al trabajo se pauta: en la edad del destete del niño; en la edad que el niño tenga menor vulnerabilidad a la enfermedad y mayor independencia y con la seguridad de continuidad del cuidado. Sin embargo, la ausencia de recursos comunitarios, condiciones financieras y de apoyo formal o informal para el cuidado de los hijos pequeños hace con que la mujer desista de la continuidad del trabajo o de sus perspectivas de estudio, rompiendo definitivamente el vínculo y perpetuando una condición de baja escolaridad y renta en la familia, como explicado en las líneas:

Yo salí de mi servicio no, porque no tenía a nadie que cuidase de él, entonces yo siento falta de mi trabajo, pero yo salí por necesidad mismo para cuidar de él (hijo), ... ahora solo mi marido está trabajando (madre, familia 4)
Para mejorar el cuidado yo tengo que trabajar también. ... cuando ella tenga seis meses yo voy a trabajar no? (madre, familia 1)

* Relaciones Comunitarias

Engloban el conjunto de interacciones y vinculaciones que son establecidas por la familia en su comunidad con personas e instituciones sociales. La comunidad ejerce un papel de estructuración para las relaciones familiares y en el proceso de desarrollo infantil. Tiene el potencial de proveer nuevas dimensiones de interacción y ampliar el espacio relacionado con la familia, a depender de la historia, del tiempo y de la forma de cómo la familia interactúa y se integra a su comunidad.

Las relaciones comunitarias, así como los vínculos y apoyo social, articulados a ese contexto, se centran en aquellas establecidas con los servicios de salud y con la iglesia. Las relaciones con vecinos y amigos son restrictas y son raros aquellos que actúan como apoyo.

Las relaciones con los sistemas de educación son inexistentes. La familia atribuye a eso la ausencia de acceso (no existencia de vacante) y a la ausencia de confianza en las instituciones presentes en la comunidad. En lo que se refiere al sector privado, la condición financiera es inhibitoria

del acceso.

Las actividades de recreación son restrictas al domicilio y visitas a parientes que residen próximos. Se revela con eso la dificultad de la familia encontrar recursos útiles en su medio social, como dice en las líneas que siguen:

Nosotros (padres e hijos) acostumbramos siempre de ir a la iglesia, tres días por semana, y en la casa da mi madre, solo (madre, familia 6)

La guardería né... falta...yo estoy queriendo arreglar escuelita para ella, no tienen lugar... ..ya va a hacer 5 años né... (madre, familia 5)

El vínculo con sistemas de salud, a pesar de presente es considerado importante, pero es visto como tenue. La dificultad de acceso a las consultas, el tiempo de espera, la escasez de profesionales, la dificultad de identificarlos y su abordaje poco acogedor y respetuoso son aspectos apuntados como barreras para la vinculación. Por otro lado, la proximidad geográfica entre el servicio de salud y el domicilio facilita el acceso y el abordaje acogedor de algunos profesionales favoreciendo el vínculo.

El diálogo, entre el profesional y la familia, es identificado como importante recurso para el fortalecimiento del vínculo, siendo valorados y percibidos como fuente de apoyo social aquellos profesionales atentos, que permiten a la familia exponer sus preguntas; que esclarecen dudas y enseñan los cuidados con el niño, como se lee abajo:

Yo no tengo de qué reclamar, los médicos son buenos, atentos, preguntan cómo es que está... ayudan mucho... cuando ella estaba con un mes, ella perdió peso, ella venía perdiendo mucho peso porque yo no estaba sabiendo amamantar bien, yo creía que ella estaba mamando, y ella no estaba chupando, ahí ella quedó con un kilo y poco, ahí me encaminaron para el hospital, donde solo es recogida leche materna, ahí allá tienen un médico muy bueno que me indicó, me enseñó derecho, ahí ella fue ganando peso, ahora ella está normal, pero si no fuese por él (médico) ella estaba internada. Me llevaron para el banco de leche, ahí fue que me orientaron, el médico de allá es muy bueno, él me llamaba a casa para saber cómo ella estaba, con aquella preocupación que yo nunca había visto de médico, yo hasta me sorprendí (madre, familia 2)

Por otro lado, el profesional no es visto como apoyo cuando adopta una postura jerárquica y posesiva: de ausencia de abertura para preguntas e indisponibilidad para escuchar; de medicar al niño sin buscar comprender su problema; y de negligencia

frente a la situación del niño y de la familia. Ese abordaje hace con que la familia se calle, frente al recelo de ser mal tratado y la vergüenza decurrente de eso, guardando para sí sus dudas, preocupaciones y necesidades. La negligencia del profesional, muchas veces, lleva a la familia a desvincularse definitivamente del servicio público de salud y buscar alternativas en el sector privado, mismo con recursos financieros escasos. Especialmente en las situaciones de enfermedad del niño, las familias perciben solas, como es observado en las descripciones: *A mí no me gustó... llevé a él (hijo) al médico y le dio un remedio, pero no llegó a tocarlo, no lo examinó en nada, preguntó lo que tenía, yo le dije, ahí pronto, puso en el papelito y pronto... no dan abertura, solo hacen las preguntas de ellos, pregunta, usted responde y lo manda irse (madre, familia 5)*

Nosotros no podemos preguntar nada porque ella (profesional) sale con groserías para uno, ahí queda muy difícil porque a veces tenemos dudas y nosotros nunca preguntamos... cuando él tuvo neumonía, yo pensé que ellos (profesionales) me iban a ayudar más, pero no ayudaron, simplemente dijeron que él no tenía nada y ahí yo lo llevé al hospital particular y me dijeron que estaba con principio de neumonía, ahí yo tuve que arreglarme sola en casa, comprar remedio, tuve que virarme solita, yo y mi marido (madre, familia 4).

Las relaciones establecidas con el sistema de salud, además de problemáticas y fragmentadas, fueron identificadas como el principal, a veces único, apoyo comunitario para el cuidado y promoción del desarrollo saludable del niño. Sin embargo, la calidad y el tipo de apoyo que encuentran en ese sistema social son variadas. Cuando se identifica como fuente de apoyo, el contenido se centra en las informaciones y explicaciones que proporcionaron la adquisición de conocimientos para cuidar mejor del niño, siendo citado el correcto manejo de la lactancia materna y de la alimentación infantil; la identificación y tratamiento de infecciones intestinales; el manejo de la fiebre; la oferta de servicios de vacunación, de consulta de crecimiento y desarrollo y de odontología para el niño.

Las consultas de crecimiento y desarrollo son identificadas como un servicio importante para la certificación del bienestar del niño. El bienestar, muchas veces, se reduce a la comprensión del peso y estatura adecuados. Esos indicadores antropométricos

son parámetros utilizados por la familia, y por el profesional de salud, para evaluar la calidad del cuidado ofrecido al niño en el domicilio, revelando una percepción limitada de desarrollo infantil.

DISCUSIÓN

La red social familiar tiene influencia en la salud, en la constitución y en el desarrollo del niño. El mapeo de la red social y la percepción de la familia acerca de los vínculos que establece y de las dimensiones de apoyo revelaron áreas de fragilidad y de ausencia de recursos fundamentales para la potencialización de las acciones de salud en una perspectiva de promoción del desarrollo infantil.

Se destaca la fragilidad estructural de la red social en lo que concierne a la pequeña cantidad de personas identificadas como fuente de apoyo; al grado de conexión: alto nivel de densidad entre la madre-niño y bajo entre los demás miembros de la red; la dificultad de acceso a las personas, servicios y recursos sociales; y las características socioculturales predominantes: baja escolaridad, condiciones de trabajo y renta.

Las redes de pequeño porte o mínimas son menos efectivas en situaciones de exceso de demandas o tensión de larga duración, pudiendo generar sobrecarga³. Las redes sociales se modifican a lo largo del ciclo de vida¹³ y entre los eventos normativos la transición para la paternidad¹³, la migración^{3,14} y los cambios en las relaciones de trabajo, como la salida de la madre, pueden reducir el tamaño de la red y la disponibilidad de apoyo social, hechos encontrados en este estudio.

Se sabe que las familias con hijos pequeños enfrentan múltiples demandas y desafíos cotidianos para conciliar tareas financieras y domésticas, y desempeñar sus funciones básicas de protección, alimentación, comodidad y la socialización¹⁵. Los efectos de las transiciones pueden ser más significativos cuando las dificultades e inestabilidades ya se hacen presentes en la vida familiar en consecuencia de su baja condición sociocultural, privación financiera y ausencia

de recursos para lidiar con estresores adicionales ^{6,16}.

Es importante considerar la familia como el ambiente primario y los padres como núcleo social de promoción del desarrollo del niño. En la medida en que la inestabilidad familiar influye en el acceso a recursos y su bienestar psicoemocional ese proceso afecta la calidad del cuidado y, consecuentemente, el bienestar del niño¹⁶. Se puede deducir que a ausencia de una red de apoyo sensible a las necesidades de la familia en esa fase de su ciclo de vida puede potenciar los factores de estrés, generar sobrecarga y comprometer la variedad y calidad de los vínculos, del cuidado de parientes, de las experiencias de interacción y de los estímulos al desarrollo del niño.

En lo que se refiere a la unión, el alto nivel de densidad conduce a relacionamientos rígidos, mientras que, un bajo nivel de densidad también reduce la efectividad de la red por la ausencia de preocupación unos con los otros³. Esa constatación indica que las necesidades familiares quedan parcialmente negligentes, lo que puede implicar en factor de riesgo³. Dato encontrado en este estudio.

La dispersión o distancia geográfica entre los miembros de la red social, afecta la facilidad de acceso y la sensibilidad de la red a las variaciones de necesidades de apoyo del individuo³. Se puede afirmar que las características socioculturales, en especial la limitación de recursos financieros, potencializan la distancia, restringen los contactos y el acceso, creando y manteniendo una red social vinculada a la región de domicilio de las familias. La homogeneidad de la red tiene ventajas en lo que se refiere a la facilidad de identificación sociocultural entre los individuos, sin embargo la capacidad de proveer apoyo queda limitada¹². Una red heterogénea facilita la activación y utilización de sistemas de apoyo, ampliando el contenido y las oportunidades de interacciones, las experiencias y los aprendizajes³.

Entre las dimensiones de apoyo ejercidas por la red social familiar se identifica el apoyo instrumental, apoyo financiero o material y de servicios de salud y el apoyo cognitivo ejercido tanto por los familiares más próximos

del niño como por los profesionales de salud. Hay una fuerte relación entre el apoyo instrumental percibido y accesado por la madre y la salud del niño¹⁷. Madres que poseen apoyo financiero, disponibilidad para el cuidado del niño y apoyo en el cuidado de la casa experimentan mayor satisfacción social y bienestar, resultando en mayores beneficios para la salud del niño¹⁷. Por otro lado, el bajo apoyo social materno puede contribuir para la transmisión intergeneracional de riesgos y dificultades sociales ^{6,17}. La disminución de las necesidades materiales aumenta el sentido de control personal y reduce la negligencia de parientes ¹⁸.

Se destaca la ausencia de recursos para actividades de ocio y de vínculo con centros de educación como importantes determinantes para la salud y desarrollo del niño. Muchos niños menores de cinco años no alcanzan su potencial de desarrollo principalmente por causa de la pobreza, de deficiencias nutricionales y de inadecuadas oportunidades de aprendizaje y estimulación¹⁹. La calidad del ambiente de educación infantil y la habilidad para acceder y beneficiarse de programas de intervención son apuntados como mecanismos de protección o íntimamente relacionados a la educación materna¹⁹. Con todo, la disponibilidad de equipamientos sociales volcados a la educación se mostró incipiente en número, así como en calidad de vínculo en la población aquí estudiada.

Los resultados validan elementos de la red social de apoyo familiar evidenciados en estudios anteriores, especialmente en lo que concierne a la presencia de dos tipos de red – las redes de apoyo formales, representada por las relaciones con profesionales, y las redes de apoyo informales, representada por las relaciones personales constituidas en la familia y en la comunidad⁵. En la red de apoyo informal la familia extensiva, en especial las abuelas y, con menor grado de compromiso otros miembros del género femenino, tiene participación en el cuidado y en la promoción del desarrollo infantil⁵. En las redes informales, la cohesión y el control social, cuando presentes en la comunidad, generan un mayor apoyo social, que es relacionado a estilos de parentesco más efectivos, especialmente en lo

que se refiere a la calidad de la comunicación padres-hijos y la vigilancia²⁰.

CONCLUSIÓN

El estudio trae una comprensión sobre la estructura y la dinámica de la red y del apoyo social familiar en el cuidado y promoción del desarrollo del niño en contexto de vulnerabilidad social. Esa comprensión permitió la identificación de las dimensiones de apoyo social y, por consecuencia, áreas de fuerza y de fragilidad con implicaciones en el funcionamiento familiar y, consecuentemente en el desarrollo infantil.

El profesional de salud debe considerar el contexto micro y macro social de las familias como determinantes de las condiciones de vida, de salud y desarrollo infantil. Para eso, se hacen necesarios cambios en los paradigmas y prácticas de cuidar con: 1) la adopción de los conceptos de red social y de apoyo social; 2) incorporación de instrumentos que exploren el ambiente social, como el genograma y MMR; 3) el reconocimiento del impacto de la red social en el desarrollo infantil, particularmente en situación de vulnerabilidad social y migraciones; y, 4) intervenciones focalizadas en la construcción de redes efectivas, que permitan a las familias potencializar sus recursos y acceder al apoyo que necesitan. Esa mirada amplia contribuye para el desarrollo infantil y tiene potencial de empoderar familias en vulnerabilidad social.

Este estudio, al explorar la red social en el cuidado al niño, demostró la relevancia de atribuir valor a tal elemento en las prácticas de atención a la salud infantil. Se resalta que otras investigaciones deben buscar avanzar en las preguntas ligadas a la red social y al cuidado familiar al niño, en busca de comprensión del cómo la red social puede ser abordada y explorada en el cuidado en salud volcado a la promoción del desarrollo infantil.

Además de esto, equipamientos vinculados a la educación se revelaron como fragilidad en el escenario estudiado, sin exploración más densa de la relación Salud, Educación y promoción del desarrollo

infantil, hecho que precisa ser explorado en otros estudios. Los años de estudio materno tienen correlación directa con ambientes promotores al desarrollo infantil y, en este sentido, las relaciones con los equipamientos de educación se revelaron frágiles en el estudio y merecen futuras exploraciones.

Entre las limitaciones del estudio, se obtuvo una comprensión transversal de la dinámica de la red social familiar, a partir de una perspectiva metodológica cualitativa interpretativa circunscrita al contexto de una región del Centro-Oeste brasileiro. Por lo tanto, se sugieren nuevas investigaciones bajo otros enfoques metodológicos y/o con poblaciones de diferentes regiones brasileras.

REFERENCIAS

1. Oliveira DKS, Nascimento DDG, Marcolino FF. Perceptions of family caregivers and professionals in the family health strategy related to the care and neuropsychomotor development of children. *J Hum Growth Dev.* [Internet]. 2012 [citado en 28 ene 2014]; 22(2):142-50. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/44943/48565>.
2. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012 [citado en 28 ene 2014]; 65(1):148-54. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/22.pdf>.
3. Sluski CE. A rede social na prática sistêmica - alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
4. Vanderlinde LF, Borba GA, Vieira ML. Importância da rede social de apoio para mães de crianças na primeira infância. *Rev Ciênc Hum.* [Internet]. 2009 [citado en 5 feb 2014]; 43(2):429-43. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2009v43n2p429/12486>.
5. Alexandre AMC, Labrocini LM, Maftum M.A, Mazza VA. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2012

- [citado en 5 feb 2014]; 46(2):272-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a02v46n2.pdf>.
6. Pinto RMF, Micheletti FABO, Bernardes LM, Fernandes JMPA, Monteiro GV, Silva MLN. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. *Serv Soc Soc.* 2011; 105:167-79.
 7. Gomes CVA, Santos BVBS, Santos FL, Santos GMO, Andrade MH, Neves AF et al. Políticas públicas e vulnerabilidade social: uma reflexão a partir de experiência de estágio. *Rev Ciênc Ext.* 2015; 11(1):116-30.
 8. Furtado MCC, Silva LCT, Mello DF, Lima RAG, Petri MD, Rosário MM. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012 [citado en 5 feb 2014]; 65(1):56-64. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/08.pdf>.
 9. Mello DF, Pancieri L, Wernet M, Andrade RD, Santos JS, Silva MAI. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. *Rev Eletrônica Enf.* [Internet]. 2014 [citado en 5 feb 2014]; 16(1):52-60. Disponible en: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a06.pdf>.
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 11. Departamento Intersindical de Pesquisas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Relatório analítico final da pesquisa socioeconômica em territórios de vulnerabilidade social no Distrito Federal. [Internet]. Brasília: DIEESE; 2011 [citado en 5 feb 2014]. Disponible en: <https://www.dieese.org.br/relatoriotecnico/2010/produto6.pdf>.
 12. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ed. São Paulo: Roca; 2012.
 13. Wrzus C, Hänel M, Wagner J, Neyer FJ. Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2013; 139(1):53-80.
 14. Ayón C. Latino families and the public child welfare system: examining the role of social support networks. *Child Youth Serv Rev.* 2011; 33(10):2061-6.
 15. McGoldrick M, Carter B, Petkov B. Becoming parents: the family with young children. In: McGoldrick M, Carter B, Garcia-Preto N, editors. *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives.* 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2011. p. 211-31.
 16. Osborne C, Berger LM, Magnuson K. Family structure transitions and changes in maternal resources and well-being. *Demography.* 2012; 49(1):23-47.
 17. Tuney K. Perceived instrumental support and children's health across the early life course. *Soc Sci Med.* 2013; 95:34-42.
 18. Cang J. Instrumental social support, material hardship, personal control and neglectful parenting. *Child Youth Serv Rev.* 2013; 35(9):1366-73.
 19. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black M, Nelson CA, Huffman SL et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet.* 2011; 378(8):1325-38.
 20. Byrnes H, Miller BA. The Relationship between neighborhood characteristics and effective parenting behaviors: the role of social support. *J Fam Issues.* 2012; 33(12):1658-87.

CONTRIBUCIONES

Aline Oliveira Silveira fue responsable por la concepción del estudio, elaboró el delineamiento metodológico y contribuyó en el análisis, interpretación y discusión de los datos y en la redacción del artículo. **Rafaella Costa Bernardes** contribuyó en la recolección, análisis, discusión de los datos y de la redacción del artículo. **Monika Wernet** y **Tatiana Barcelos Pontes** contribuyeron en la redacción y revisión crítica del artículo. **Aline Araújo de Oliveira Silva** colaboró en la recolección y análisis de los datos.