

Artículo original

Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense

Dres. Adelaida Rodrigo*, Susana Ortale*, Adriana Sanjurjo*,
María Vojkovic* y Juan Piovani**

RESUMEN

Introducción. Durante la primera infancia las prácticas de crianza son críticas, tanto para el crecimiento físico, como para la formación de la inteligencia y la conducta social.

Objetivos. Describir los principales hallazgos del diagnóstico basal sobre la crianza de beneficiarios de un plan social y comunicar la metodología utilizada en el estudio.

Población, material y métodos. Mediante una encuesta a 1.460 familias del conurbano bonaerense se indagaron conocimientos y prácticas de crianza de los dadores de cuidado de 1.874 niños de 0 a 6 años. Se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas e inductivas.

Resultados. Se presentan resultados descriptivos de ocho índices aditivos construidos a partir de la combinación de indicadores.

Poco más de un tercio de las mujeres tuvieron prácticas adecuadas de control reproductivo. Las prácticas relacionadas con la lactancia fueron adecuadas en casi la mitad de los casos. Los conceptos relacionados con la alimentación y con las prácticas de atención psicosocial fueron inadecuados en muchos casos, así como los conocimientos sobre las etapas del desarrollo infantil. Las opiniones de las madres con respecto al cuidado de la salud de sus hijos en general fueron adecuadas, aunque esto no siempre se reflejó en la práctica.

Conclusiones. El sentido de esta propuesta apunta a consolidar una mirada holística a ser utilizada en estudios poblacionales. Los aportes de su aplicación podrían incorporarse en programas de atención a la infancia y en prácticas institucionales. Los hallazgos del estudio, de tipo exploratorio, sugieren la necesidad de que los programas destinados a la infancia, además de abordar los requerimientos alimentarios del niño, incluyan acciones tendientes a satisfacer sus múltiples necesidades.

Palabras clave: crianza, infancia, familia, metodología, índices.

SUMMARY

Introduction. During the first years of life rearing practices are fundamental not only for physical growth but also for the development of intelligence, personality and social behaviour.

Objectives. To describe the main findings of baseline diagnosis of rearing practices in a group of beneficiaries of a social plan and to communicate the methodology used.

Population, material and methods. Through a survey administered to 1,460 families living in poverty in eleven boroughs of Buenos Aires, knowledge and rearing practices of caregivers of 1,874 children

aged 0-6 years were assessed. Descriptive and inductive statistical techniques were used.

Results. Descriptive results of eight additive indexes constructed through the combination of indicators are presented. Slightly more than one kind of mothers reported adequate practices of reproductive control. Nursing-related practices were adequate in nearly a half of cases. Feeding and psychosocial-related practices concepts were inadequate in a high number of cases, as well as knowledge about child development stages. Mother's opinions about their children healthcare practices were usually adequate, though this was not reflected in their actual behaviors in all cases.

Conclusion. The exploratory findings of this study suggest the need to include comprehensive actions aimed to satisfy the multiple requirements of children, besides exclusively considering their feeding requirements, in social programs for childhood.

Key words: rearing, childhood, family, methodology-indexes.

* Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN) de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC).

** Cátedra de Metodología de la Investigación Facultad de Humanidades, UNLP.

Correspondencia:
ceren@netverk.com.ar

Aclaración de intereses:
Para la realización de este trabajo se contó con un subsidio de la C.I.C.P.B.A.

INTRODUCCIÓN

En el marco del convenio de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC) con el Ministerio de Desarrollo Humano de la provincia de Buenos Aires para la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida, el Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN) participó durante el año 2003 en el diseño y ejecución de la evaluación de los conocimientos y prácticas de crianza. Esta evaluación comenzó con el diagnóstico inicial (basal) de la población beneficiaria, condición necesaria para poder analizar el impacto de la intervención del Plan a lo largo del tiempo. El CEREN tuvo a su cargo la evaluación de los siguientes componentes: crianza, desarrollo psicológico y condiciones para la alfabetización. El propósito de este artículo es, por un lado, hacer una presentación descriptiva de los principales hallazgos del diagnóstico basal del componente "crianza" y por el otro, comunicar la metodología empleada en el

estudio. Para ilustrar los resultados se recurrió a la sistematización de la información cuantitativa en relación con ocho índices aditivos con los que se buscó dar cuenta de las distintas dimensiones de la crianza. La presentación de la aproximación metodológica, por su parte, se orientó a describir los procedimientos de construcción de tales índices y a justificar su utilización como un medio para captar el complejo contenido semántico del concepto crianza.

MARCO CONCEPTUAL

Definimos a las prácticas de crianza como el conjunto de acciones de atención dirigidas a los niños, basadas en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas que presentan los dadores de cuidados.

Desde un punto de vista teórico, la conceptualización de las prácticas de crianza que se ha seguido en este estudio se basa en el Modelo Ecológico Sistémico de la Familia¹ y en el Modelo de Atención a la Infancia.²

Sin perder de vista los condicionantes macro, exo y meso de esos modelos, se indagaron aspectos de la crianza en el microsistema familiar y dentro de éste se prestó especial atención al rol de los dadores de cuidados. En este sentido, resultan de gran utilidad los documentos innovadores que ha producido UNICEF en el campo de la atención que se debe brindar a las personas en los primeros años de vida.³⁻⁵ Para ello, a fin de conceptualizar la crianza en el sistema microfamiliar y el rol de los dadores de cuidado, hemos tenido en cuenta el Modelo de Cuidados Expandido.⁶

En los organismos internacionales que tienen incumbencias en normativas de salud para la población (OMS, OPS, SCN, UNICEF, PNUD, etc.) existe consenso sobre la forma de evaluar, tanto a nivel individual como poblacional, algunos indicadores que se relacionan con el crecimiento y desarrollo de los niños: el nivel educacional, el nivel socioeconómico, el estado nutricional, el cociente intelectual, etc. No es el caso de las prácticas de crianza. Hasta el momento, no existe una herramienta estandarizada para su evaluación y posiblemente habrá que discutirla y establecerla para cada región y situación en particular. Los esfuerzos por medir y cuantificar las prácticas de crianza se han visto

dificultados por problemas metodológicos. Por una parte, la crianza infantil abarca una serie de conductas interrelacionadas que son difíciles de resumir en pocas variables: medir la calidad de la crianza implica medir simultáneamente una variedad de prácticas complejas que, además, en su mayoría, son específicas para cada edad. Por otra parte, estas prácticas no siempre son "medibles" en sentido estricto: no remiten a propiedades para las cuales exista o pueda existir, una escala e instrumentos de medición estandarizados.

Si bien no existen recomendaciones internacionales precisas, uno de los documentos rectores de UNICEF⁴ propone una síntesis de los diversos métodos de evaluación de las prácticas y recursos. Recomienda el uso del modelo de evaluación de indicadores potenciales nivel país y posibles indicadores de las seis pautas de crianza: Evaluación, Análisis y Herramientas de Acción para el Cuidado (Care Assessment, Analysis and Action Tool CAT) desarrollado inicialmente por Engle en 1992⁷ y modificado en años sucesivos.⁸ Éste se ha tenido en cuenta en la presente investigación, como así también la experiencia previa que se obtuvo en el diseño y aplicación del instrumento utilizado en el marco del Proyecto Colaborativo sobre Alimentación, Desarrollo y Prácticas de Crianza realizado en 1988 (CIC-UNICEF-IDRC).

El objetivo del presente estudio fue realizar el diagnóstico basal sobre crianza en beneficiarios de un plan social.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Las variables sustantivas del componente "Crianza" quedaron distribuidas en las siguientes dimensiones: a) cuidados de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; b) lactancia materna; c) alimentación; d) atención psicosocial del niño; e) cuidados de salud de los niños; f) condiciones sanitarias y protección en el hogar. Para poder caracterizar a las familias a las que pertenecen los beneficiarios del Plan Más Vida se seleccionaron variables basales que expresan sus peculiaridades sociodemográficas y habitacionales y que incluyen, asimismo, otro conjunto de indicadores correspondientes a la dimensión "Condiciones sanitarias" (abastecimiento de agua, eliminación de aguas servidas, etc.).

Para el relevamiento de la información se diseñó un cuestionario semiestructurado *ad hoc* teniendo en cuenta los distintos segmentos identificados como poblaciones objetivo, a saber: a) embarazadas, b) madres con niños de hasta 12 meses, c) niños de 12 a 24 meses, d) niños de 24 a 72 meses.

La versión final del cuestionario incluyó 125 preguntas organizadas en cinco formularios.

Como resultado del trabajo de campo se relevó información sobre 1.460 familias y 1.874 beneficiarios del Plan Más Vida. Su distribución se observa en la *Tabla 1*.

La información se analizó mediante técnicas estadísticas descriptivas e inductivas. En este artículo, tal como se indicó en la introducción, se presentan sólo los resultados descriptivos pertinentes a ocho índices aditivos que se construyeron a partir de la combinación de indicadores.

La selección de los indicadores se basó en los siguientes criterios: aceptada validez, alta capacidad descriptiva, suficiente representatividad de las diversas dimensiones de pertenencia y suficiente variabilidad para discriminar entre situaciones. En términos generales, se recurrió a indicadores empleados en estudios previos, en especial aquellos citados en el marco conceptual.

Una vez identificados los indicadores, se los combinó en un índice aditivo para cada dimensión de análisis. El procedimiento utilizado fue su normalización a través de una puntuación, resultado de la apoyatura teórico-metodológica adoptada y de las normativas existentes tanto nacionales como internacionales para la mayoría de los indicadores. En el caso de aquellos sobre los cuales no existen normativas o valores límite precisos, el grado de adecuación se deter-

minó mediante el consenso del equipo basado en trabajos previos y otros realizados por investigadores de la Universidad Nacional de La Plata y de la Universidad Nacional de Buenos Aires.⁹⁻¹³

Con esta lógica, los resultados se agruparon de acuerdo con una escala ordinal según el grado de adecuación de las prácticas y creencias de crianza en adecuadas, regulares e inadecuadas.

Para la mayoría de las dimensiones en cuestión, al estado de cada unidad de observación para cada uno de los indicadores pertinentes se le asignó el valor 0 cuando su respuesta no se ajustó a la normativa y 1 cuando se consideró adecuada, excepto en aquellos relacionados con la atención psicosocial, cuyas respuestas asumieron los valores: 0, 1 y 4. De este modo y a falta de criterios consensuados y valores límites precisos, se buscó incluir mayor variabilidad en su apreciación y valoración.

Elaboración de los índices

- a. **Control reproductivo:** incluye control ginecológico, control de la natalidad, oportunidad del primer control de embarazo, número de controles de embarazo, control posparto, oportunidad del control posparto. El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 6 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías: 0-2 puntos, inadecuada; 3-4 puntos, regular; 5-6 puntos, satisfactoria.
- b. **Cuidados durante el embarazo:** incluye tabaquismo, preparación para la lactancia, información formal, formación informal, ayuda durante el embarazo, aporte de hierro, aporte de vitaminas. El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 7 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías: 0-3 puntos, inadecuada; 4-5 puntos, regular; 6-7 puntos, adecuada/satisfactoria.
- c. **Lactancia materna:** incluye iniciación a la lactancia, duración de lactancia exclusiva, edad de incorporación de otra leche, edad de incorporación de otros líquidos. El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 4 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes catego-

Tabla 1. Detalle de la población relevada

Tipo de beneficiario	N	%
Embarazadas	215	11,5
Niños de 0 a 12 meses	518	27,6
Niños de 13 a 24 meses	195	10,4
Niños de 25 a 72 meses	964	50,5
TOTAL	1.874	100

Fuente: Evaluación Plan Más Vida (diagnóstico basal); Encuesta Crianza realizada en 11 distritos del conurbano bonaerense. CEREN/CIC-PBA, 27 de marzo al 11 de abril de 2003.

- rías: 0-2 puntos, inadecuada; 3 puntos, regular; 4 puntos, adecuada.
- d. **Conocimientos y creencias sobre alimentación infantil:** incluye opinión sobre tiempo de lactancia materna exclusiva, edad de incorporación de las primeras papillas, edad de incorporación de carnes, frecuencia semanal de consumo de carne, frecuencia semanal de consumo de frutas y verduras, edad de incorporación de alimentación completa, alimentos que previenen la anemia, oportunidad de manejo de utensilios para comer, oportunidad de introducción de alimentos trozados. El puntaje máximo que puede asumir este índice es 9 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías: 0-4 puntos, inadecuada; 5-7 puntos, regular; 8-9 puntos, adecuada.
- e. **Atención psicosocial del niño de 1-2 años:** incluye frecuencia de cantos, práctica de narración de cuentos, práctica de lectura/mostración de libros, frecuencia de lectura/mostración de libros, organización de juegos. El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 16 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías: 0-6 puntos, inadecuada; 7-12 puntos, regular; 13-16 puntos, adecuada.
- f. **Atención psicosocial del niño de 2-6 años:** incluye edad de inicio de oferta de lápiz y papel, oportunidad y frecuencia de prácticas de cantos, organización de juegos, práctica y oportunidad de inicio de cuentos, práctica y oportunidad de inicio de lectura/mostración de libros, frecuencia de lectura/mostración de libros. El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 32 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías: 0-16 puntos, inadecuada; 17-22 puntos, regular; 23-32 puntos, adecuada.
- g. **Cuidados de la salud del niño:** incluye la opinión sobre conductas frente a: fiebre, episodios de diarrea, infecciones respiratorias agudas; conveniencia de control bucodental y edad adecuada de consulta. El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 5 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías: 0-2 puntos,

inadecuada; 3 puntos, regular; 4-5 puntos, adecuada.

- h. **Condiciones en el hogar:** incluye variables de base tales como tipo de vivienda, tipo de sanitario, disponibilidad de agua corriente, ubicación de la fuente de agua, eliminación de aguas servidas, eliminación de basura, eliminación de insectos y roedores, disponibilidad de mobiliario para almacenar alimentos frescos y secos. El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 9 puntos. En función del valor obtenido en cada caso se establecieron las siguientes categorías: 0-5 puntos, inadecuada; 6-7 puntos, regular; 8-9 puntos, adecuada.

La lógica de este procedimiento de construcción de índices se basa en el principio de la medición compuesta, práctica común cuando se trata de relevar el estado de las unidades de observación en propiedades complejas para las cuales no existe un único indicador que logre representar todo su contenido semántico. En estos casos, sólo buscando un indicador para cada uno de los aspectos que consideramos fundamentales se puede evitar la reducción de la generalidad de un concepto. Después de haber distinguido analíticamente sus distintos aspectos, representado cada uno por un indicador, la unidad del concepto puede recomponerse combinando los indicadores en un índice.¹⁴ La construcción de índices, desde el punto de vista metodológico, constituye el procedimiento más simple y frecuente a tal fin y consiste en sumar los valores atribuidos a los indicadores individuales.¹⁵

Pero tal como lo sostienen algunos autores¹⁴⁻¹⁶ la lógica de la utilización de índices no se limita únicamente a la posibilidad de integrar indicadores que representan distintos aspectos de un concepto, sino en que cada indicador suele tener distintas fuentes de error y sesgo: al combinar varios indicadores en una medida compuesta, los errores tienden a cancelarse unos con otros.¹⁶

RESULTADOS

Los resultados cuantitativos obtenidos para cada uno de los ocho índices aditivos construidos se presentan en la *Tabla 2*. Se destacan las observaciones más relevantes:

El índice integrado de control reproductivo evidencia la presencia de poco más de un

tercio de mujeres con prácticas adecuadas. Asimismo, el índice integrado de cuidados durante el embarazo muestra que sólo una minoría de mujeres, el 15%, presenta cuidados satisfactorios.

Con relación a la lactancia, el índice expresa prácticas adecuadas en casi la mitad de los casos.

Con respecto a la alimentación, el índice arroja que la casi totalidad de las madres carecía de conceptos adecuados sobre frecuencia de consumo y de los alimentos que previenen la anemia.

El análisis del conjunto de prácticas de atención psicosocial que las madres refieren realizar, tanto a los niños pequeños como a los preescolares, muestra un alto grado de deficiencia en la práctica de canto, contar cuentos, organización de actividades lúdicas, etc. En términos relativos, resultan más inadecuadas las prácticas de promoción que se realizan con los niños de hasta 2 años de edad (72% insatisfactorias).

Los conocimientos en torno a las etapas del desarrollo infantil son mayoritariamente deficientes. Del conjunto de aspectos indagados se destaca la existencia de un conocimiento mayor sobre las pautas motoras, mientras que en relación a los otros hitos del desarrollo, por ejemplo el lenguaje, los conceptos son en general erróneos.

Con relación a las creencias sobre cuidados de la salud de los niños, las madres evidencian opiniones en general satisfactorias; casi las tres cuartas partes de las mujeres manifiestan tener niveles de alarma correctos frente a diferentes situaciones de enfermedades comunes en la infancia. Sin embargo, para el caso de la salud bucodental, cuando se contrasta la creencia con su práctica (control odontológico, por ejemplo) se encuentra que la primera es mayoritariamente correcta y la segunda muy deficiente.

DISCUSIÓN

En general, se observa a través de los índices que las prácticas y conocimientos sobre crianza que sustentan las madres de la población estudiada son mayoritariamente insatisfactorias. No obstante, en algunas dimensiones, como por ejemplo la lactancia materna, los resultados se ajustan en mayor medida a las normativas, hecho que posiblemente se relacione con las intensas y continuas campañas desarrolladas durante las últimas décadas por los organismos nacionales e internacionales que tienen competencia en la temática.¹⁷⁻²¹ En este mismo sentido, cabe mencionar que los conocimientos sobre lactancia son en su mayoría satisfactorios.

Esta dimensión contrasta con los hallazgos sobre creencias y prácticas de atención psicosocial: las primeras muestran ser sumamente limitadas²² y las segundas, insuficientes en el caso de la mayoría de los indicadores relevados. Estos hallazgos coinciden con otros estudios realizados a nivel nacional e internacional.^{10,11,22-29}

Esto podría estar relacionado con la escasa relevancia que ha tenido hasta el momento la promoción del desarrollo psicosocial infantil en las políticas públicas nacionales.

En este sentido, resulta oportuno recordar que investigaciones llevadas a cabo en materia del vínculo entre salud, nutrición y desarrollo,³⁰⁻³² han permitido alcanzar un consenso en cuanto a que un suministro de comida adecuado no es suficiente para asegurar la supervivencia de un niño. No basta la provisión de micronutrientes en forma aislada, ni el acceso a la educación o la ausencia de enfermedad. El crecimiento y el desarrollo integral de los niños se logra cuando todas estas variables están presentes, sustentadas por prácticas adecuadas de crianza en el hogar.^{6,33-35}

TABLA 2. Resultados obtenidos en los ocho índices aditivos

Índice	Calificación general (%)		
	Adecuada	Regular	Inadecuada
Control reproductivo	34,7	43,4	22
Cuidados durante el embarazo	15	36	49
Lactancia materna	48	7	45
Creencias sobre la alimentación del niño	1	50	49
Atención psicosocial del niño (1-2 años)	3	25	72
Atención psicosocial del niño (2-6 años)	17	19	64
Creencias sobre cuidado de la salud del niño	69	21	10
Condiciones del hogar	2	88	10

Fuente: Evaluación Plan Más Vida (diagnóstico basal); Encuesta Crianza realizada en 11 distritos del conurbano bonaerense. CEREN/CIC-PBA, 27 de marzo al 11 de abril de 2003.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los dos objetivos planteados inicialmente en el artículo –la consideración de los resultados específicos ya sumariamente presentados y discutidos y el análisis crítico de la metodología empleada– es fundamental advertir que estos resultados –por las características mismas del estudio– son de tipo exploratorio y, por lo tanto, no deberían considerarse en ningún caso como concluyentes. Ellos sugieren la necesidad de que los programas destinados a la infancia en riesgo, además de abordar directamente los requerimientos alimentarios del niño, incluyan acciones conjuntas tendientes a satisfacer sus múltiples necesidades.

Con respecto a la estrategia metodológica empleada, si bien los instrumentos metodológicos resultaron en general aptos a los fines para los cuales fueron diseñados –diagnóstico basal de la población beneficiaria del Plan Más Vida– la cuestión de su fiabilidad y validez constituyó un punto crítico y deberá ser tenida escrupulosamente en cuenta, en especial si se desea profundizar en este tipo de estudios.

Por todo lo expuesto, el CEREN se encuentra abocado al desarrollo, la estandarización y validación de un instrumento que permita un diagnóstico rápido de las prácticas de crianza con sensibilidad y especificidad, con el fin de avanzar en su investigación científica y que se preste a una utilización rápida por parte de pediatras, trabajadores sociales y otros profesionales.

Agradecimientos

Lic. Elsa Aronne, responsable del diseño metodológico de la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida, CIC.

Ing. María I. Urrutia, responsable del análisis estadístico de los componentes a cargo del CEREN-CIC.

Lic. Javier Santos, participación en la elaboración de índices del Componente Crianza. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
2. Engle PL, Menon P, Haddad LH. Care and nutrition: Concepts and measurement. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 1997.
3. UNICEF. Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. New York: UNICEF, 1990. (UNICEF Policy Review).
4. UNICEF. La iniciativa sobre la atención. New York: UNICEF Sección Nutrición, 1998.
5. Zeitlin M, Mansour M, Levine RA. State of the art paper on positive deviance in nutrition. New York: UNICEF, 1987.
6. Engle P, Lhotska L, Armstrong H. The care initiative: assessment, analysis and action to improve care for nutrition. New York: Unicef Nutrition Section, 1997.
7. Engle P. Care and child nutrition proceedings of the UNICEF. New York: International Nutrition Conference, 1992.
8. Engle P, Huffman S. Care for life. New York: UNICEF, 1996.
9. Querejeta M, Marder S. Contexto alfabetizador y alfabetización emergente. XI Jornadas de Investigación: Psicología, Sociedad y Cultura. Facultad de Psicología. UBA, Buenos Aires. Tomo 2. Memorias de las XI Jornadas de Investigación Psicología, Sociedad y Cultura, 2004; 308-310 (ISSN 1667-6750).
10. Piacente T, Rodrigo MA, Urrutia MI. Nivel educacional de la madre y desarrollo del lenguaje temprano. *Psicodiagnosticar*. 1997; 7:71-88.
11. Piacente T, Rodrigo MA, Urrutia MI. Creencias y prácticas maternas sobre la adquisición del lenguaje temprano. Relaciones con el desarrollo del lenguaje de los niños. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 1998; 1:102-116.
12. Borzone de Manrique AM, Rosenberg C. ¿Qué aprenden los niños cuando aprenden a hablar? Buenos Aires: Aique, 2000.
13. Diuk B. Procesos de enseñanza y aprendizaje inicial de la lectura y la escritura en niños de sectores urbanos marginales. Tesis Doctoral (inédita). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la U.N.L.P., 2003.
14. Marradi A. Concetti e metodo per la ricerca sociale. Florencia: La Giuntina, 1984.
15. Singleton RA, Straits BC, Straits MM. Approaches to social research. New York: Oxford University Press, 1988.
16. Lazarsfeld P. De los conceptos a los índices empíricos. En: Boudon, R. y Lazarsfeld, P. Metodología de las Ciencias Sociales. Barcelona: Laia, 1979.
17. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal, Tomo III. Dirección de Salud Materno Infantil, 1998.
18. Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires. Informe de Lactancia Materna 2004. Resumen Ejecutivo sobre los resultados del Censo de beneficiarios 2003. P. 26, 2004.
19. Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires. Lineamientos para la Alimentación del niño menor de 2 años. 2002.
20. UNICEF/OMS. Práctica y Promoción de la Lactancia Natural en Hospitales Amigos del Niño, Ginebra, 1993.
21. CLACYD. Lactancia Materna y Lactancia Artificial. Diferencias de Crecimiento y Desarrollo en niños de la ciudad de Córdoba; Argentina. Publicación N° 4. Córdoba, Argentina. 2001.
22. Rodrigo MA, et al. Evaluación diagnóstica de crianza (Línea de base): Evaluación de impacto del Plan Más Vida. Informe Técnico enviado para su publicación a CIC/MDH, junio 2005.
23. Burgess SR, Hecht SA, & Lonigan CJ. Relations of the home literacy environment (HLE) to the development of reading-related abilities: a one-year longitudinal study. *Reading Research*

- Quarterly, 2002; 37(4): 408-426.
24. DeBaryshe BD, Caulfield MB, Witty JP, Sidden J, Holt HE, Reich CE. The ecology of young children's home reading environments. *Society for Research in Child Development Abstracts* 1991; 8:227.
 25. Goswami U. Causal connection in beginning reading; The importance of rhyme. *J Res Read* 1999; 22:217-240.
 26. Hoff-Ginsberg E. Mother-child conversation in different social classes and communicative settings. *Child Dev* 1991; 61:782-796.
 27. McCormick CE, Mason JM. Intervention procedures for increasing preschool children's interest in and knowledge about reading. En: Teale, WH, Sulzby, E. *Emergent literacy: writing and reading*. Norwood, NJ: Ablex 1986; p.90-115.
 28. Miller WH. Home prereading experiences and first grade reading achievement. *The Reading Teacher* 1969; 22:641-645.
 29. Ninio A. Picture-book reading in mother-infant dyads belonging to two subgroups in Israel. *Child Dev* 1980; 51:587-590.
 30. Grantham Mc Gregor SM, Ani CC. Undernutrition and mental development. En: *Nutrition and Brain*. Fernstrom JD, Uauy R, Arroyo P. Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical & Performance Program. Nestle Ltd. Vevey, Basel, London 2001; 5:1-18.
 31. Zuluaga Gómez JA. *Neurodesarrollo y estimulación*. Ed Médica Panamericana, Bogota, Colombia, 2001.
 32. Cusminsky M, Vojkovic MC. Diez años después. *Publicación CIC/PBA, Serie Difusión* 1997; 7(1):1-92.
 33. Myers RG. *Los doce que sobreviven*. Washington DC: OPS, UNICEF, TACRO, 1993. (Publ. Cient. N°545).
 34. Calvo E. Estudio multicéntrico sobre alimentación y riesgo de desnutrición infantil. Ministerio de Salud de la Nación CONAPRIS Beca R. Carrillo A. *Oñativia* 2003; 1-29. Buenos Aires, 2004. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Resumen-ejecutivo-nutricion-2003.pdf>
 35. Evans J, Myers R, Ilfeld E. *La primera infancia cuenta*. Washington: Banco Mundial, 2000.