

UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CS. MÉDICAS
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA
TESIS DE LICENCIATURA



EL ENTORNO FAMILIAR DEL NIÑO Y SU DESARROLLO PSICOMOTOR

AUTORA: CLARA BOURGUIGNE

TUTORA: LIC. GIORGETTI, MARÍA LUISA
ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:
DRA. MG. VIVIAN AURELIA MINNAARD

2015

*“Los niños comienzan a aprender desde que nacen.
Crecen y aprenden más rápidamente cuando reciben cuidado,
afecto y estímulos adecuados, además de una buena nutrición
y una correcta atención de la salud.
Alentar a los niños a observar y expresarse por su cuenta,
a jugar y a explorar les ayuda en su aprendizaje y
en su desarrollo social, físico e intelectual”
UNICEF & Col. (2002)¹.*

¹Para la Vida fue escrito por el UNICEF, la OMS, la UNESCO, el FNUAP, el PNUD, el ONUSIDA, el PMA y el Banco Mundial. Su objetivo es ofrecer a todo el mundo los conocimientos necesarios para proteger la vida. Presenta datos importantes para evitar muertes, enfermedades infantiles y para proteger a la mujer durante el embarazo y el parto.

DEDICATORIA

A todos mis seres queridos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a esa persona que me acompañó y apoyo durante estos últimos cinco años, quien me incentivo y ayudo, sin la cual no hubiese logrado alcanzar este tan anhelado objetivo.

Agradezco a mi cotutora Vanesa Baima Gahn por brindarme su tiempo, paciencia y conocimientos; también agradezco al Dr. Pablo de la Colina, quien no solo me superviso durante el trabajo de campo para esta investigación, sino también me brindo sus conocimientos.

Al término de esta etapa de mi vida, agradezco profundamente además, a todos aquellos que con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron durante todo este proceso.

RESUMEN

En la actualidad, existe en nuestro país un alto porcentaje de indigencia y pobreza que ilustran la fuerte marginalidad y polarización social. En la Argentina de hoy, los variados rostros de la pobreza, con sus secuelas de desnutrición, enfermedad y marginalidad, nos golpean todos los días con imágenes de los medios masivos de comunicación. De la misma manera los enfrentamos cotidianamente en nuestras ciudades, en la multiplicada presencia de niños e indigentes en las calles. Esta situación de desigualdad y desventaja social genera una mayor vulnerabilidad frente las adversidades y /o agresiones del medio, condicionando el desarrollo integral de este grupo de niños.

Objetivo General: Analizar cuál es el desarrollo psicomotor según las características del entorno familiar, en niños de entre 0 y 2 años que asisten al control de un Centro de Atención Primaria de Salud en Mar del Plata durante el año 2015.

Materiales y Métodos: En esta investigación no experimental transversal descriptiva, participaron 64 niños que asistieron al control de un Centro de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Mar del Plata. Como instrumento de medición se empleó el protocolo de evaluación Kinesica del Hospital Garrahan de Buenos Aires y una entrevista de elaboración personal.

Resultados: De los 64 niños evaluados el 56% presentó alteración en el desarrollo psicomotor. Además se observó que la conducta refleja fue la variable más comprometida en la totalidad de los niños evaluados, donde el 69% no respondió según lo esperado para su edad. Dentro del grupo de niños con perfil psicomotor alterado se observó que el 71% de ellos vivía en un hogar donde no se satisfacían las necesidades básicas, el 52% recibía una estimulación inadecuada para su edad, el 21% presentaba un estado nutricional inadecuado, el 6% de las madres y el 5% de los padres de los niños evaluados habían completado los estudios terciarios, el 71% de las madres estaban desocupadas, y solo el 26% de los padres estaban desocupados.

Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos se podría establecer una relación entre el entorno familiar del niño en desarrollo y su perfil psicomotor. Si bien no todas las variables analizadas repercutieron en el desarrollo del niño, se observó que aquellos niños que presentaron un mayor número de factores de riesgo tuvieron un retraso madurativo mayor.

Palabras Claves: entorno, indigencia, pobreza, desigualdad, desarrollo integral.

ABSTRACT

Today, our country is facing a high percentage of indigence and poverty, which illustrates strong marginalization and social polarization. In Argentina, mass media images depict the various states of poverty and its consequences: malnutrition, disease and deprivation. We face poverty in our cities on a daily basis as the number of indigents and children on the streets grows. Social inequality and disadvantage leads to greater vulnerability when faced with the media's adversity and/or aggression, shaping the overall development of this group of children.

General Objective: To analyze the psychomotor development of children between the ages of 0 and 2 who underwent monitoring at a Mar del Plata Primary Health Care Center during 2015, in relationship with their family environment.

Materials and Methods: 64 children participated in this descriptive, non-experimental, cross-sectional investigation by undergoing monitoring at a Primary Health Care Center in the city of Mar del Plata. The Kinetics Evaluation Protocol of Garrahan Hospital in Buenos Aires was used as a measuring instrument, along with a personal interview.

Results: Of the 64 children evaluated, 56% showed alteration in their psychomotor development. It was also noted that their reflex behavior was the most compromised variable out of all the children observed, where 69% did not respond as expected for their age. Within the group of children with an altered psychomotor profile, it was observed that 71% of them lived in households where basic needs were not met, 52% received inadequate stimulation for their age, 21% had a poor nutritional state, 6% of the mothers and 5% of the fathers of the children observed had completed tertiary education, 71% of the mothers were unemployed and only 26% of the fathers were unemployed.

Conclusion: From the results obtained, a link could be established between the developing child's family environment and their psychomotor profile. While not all analyzed variables affected the child's development, it could be observed that children who had a greater number of risk factors had higher developmental delay.

Keywords: environment, indigence, poverty, inequality, integral development.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1:	6
Psicomotricidad y desarrollo infantil	
Capítulo 2:	19
Desarrollo Integral del niño de 0 a 2 años	
Diseño Metodológico	34
Análisis de Datos	49
Conclusión	74
Anexo	79
Bibliografía	81

A black and white photograph of a young child with dark hair, sitting on a concrete ledge against a textured wall. The child is wearing a striped t-shirt and plaid shorts, and is laughing heartily with their mouth open. The word "INTRODUCCIÓN" is overlaid in large, bold, black capital letters across the center of the image, with a horizontal line extending from the left side of the text across the width of the page.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El desarrollo infantil es un proceso dinámico y sumamente complejo, que se sustenta en una evolución biológica, psicológica y social. Los niños menores de 2 años constituyen el grupo más susceptible de nuestra sociedad. Durante este periodo el sistema nervioso se encuentra en una etapa de maduración y de importante plasticidad, condicionando a este grupo de niños a una mayor vulnerabilidad frente a las adversidades y/o agresiones del medio, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos, puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior.

Si bien cada ser humano al nacer tiene un potencial de desarrollo determinado congénitamente, su expresión final es resultado de la interacción de la genética con los estímulos recibidos desde el entorno familiar, social y comunitario. Isidora de Andraca & colaboradores estudiaron a un grupo de niños de ambos sexos, biológicamente indemnes, y observaron como el desarrollo psicomotor se afecta negativamente ante la presencia de condiciones ambientales adversas que actúan simultáneamente. A partir de las variables medidas se identificaron 17 factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del lactante: Sexo, peso de nacimiento, lactancia materna, temperamento del niño, talla a los 12 meses, nivel socioeconómico, presencia del padre, número de hijos, stress familiar, educación del padre, educación de la madre, inteligencia materna, depresión materna, estimulación en el hogar, ingesta de alcohol. (Andraca, Pino, De La Parra, Rivera, & Castillo, 1998)¹.

Los procesos sensoriales son esenciales en el futuro aprendizaje del niño; constituyen el comienzo del desarrollo cognitivo-motor ya que a través de los sentidos se reciben las primeras informaciones del entorno y se elaboran las sensaciones y percepciones que constituyen los procesos básicos del conocimiento, la inteligencia y el lenguaje. El desarrollo de las capacidades motrices permitirá al infante lograr la independencia además de posibilitar su adaptación a la realidad social. Estos procesos sensoriales son facilitados cuando el niño crece en un ambiente propicio, que responde a las necesidades de cada etapa de su desarrollo. La intensidad, calidad y oportunidad de estos estímulos adquiere características diferentes según el entorno y la familia donde el niño crece. Los estímulos sensoriales son esenciales durante el proceso de maduración (Gema, Lopez Garcia, Lopez

¹ Según los resultados obtenidos en esta investigación, el efecto acumulado de 7 o más factores de riesgo se asocia con una disminución significativa de los puntajes de desarrollo.

Baena, & Mozos Pernias, 2013)². Las experiencias anormales ya sea de privación o de sobre estimulación pueden modificar el desarrollo normal del niño (Als, y otros, 2004)³.

Según un estudio realizado en Argentina donde se examinó la relación entre el desarrollo infantil con el nivel social y las conductas que conforman la estimulación ambiental, los niños de los sectores sociales más acomodados recibían un grado mayor de estimulación que los niños más pobres. A su vez el primer grupo de niños presento un grado de desarrollo mental o coeficiente intelectual mayor que los niños de sectores sociales más bajos. Además el análisis estadístico permitió establecer que el grado de desarrollo alcanzado por un niño es explicado principalmente por la capacidad de estimulación familiar más que por el nivel social. (Teresa, y otros, 1999)⁴.

Esta investigación surge por la necesidad de integrar a todos aquellos niños que están expuestos a condiciones sociales poco favorables e hipoestimulantes, que sufren dificultades y carencias, atentando contra su desarrollo normal. El nivel socioeconómico familiar tiene una gran influencia en la calidad del entorno familiar ya que ayuda a determinar el entorno físico en el que vive el niño, su vecindario, compañeros de juego, acceso a centros de salud, composición de su alimentación entre otras cosas. En una investigación realizada en la Universidad de Valencia se analizaron estas variables; los resultados indicaron que la clase social en la que se desarrollan los niños es un aspecto altamente relevante en su entorno familiar, teniendo una importante relación con la calidad de éste (Seguí & Serra Desfilis, 1996)⁵. En nuestro país, según datos de CEDLAS, de la Universidad Nacional de la Plata publicados en el año 2014, el 27,3% de los niños entre 0-2 años son pobres y 7,2% indigentes; 200 millones son los niños menores de 5 años que en el mundo no logran desarrollar todas sus potenciales por haber nacido en la pobreza y 18.000 son los que mueren a causa de enfermedades evitable (Stang, 2014)⁶.

² Desarrollo Cognitivo y Motor, Capítulo 2, se describe el desarrollo de los sentidos del niño entre 0 y 6 años.

³ Informe científico, cuyo objetivo es investigar los efectos de la experiencia temprana en la función cerebral y la estructura. Para ello se realizó un ensayo clínico aleatorio, intentando probar la eficacia de un Programa de evaluación, cuidado y desarrollo neurológico del recién nacido.

⁴ Teresa Torralva es Licenciada en Psicología, graduada en la Universidad de Belgrano, Argentina. Desde su graduación se ha dedicado a la Neuropsicología Clínica y a la Investigación en Neuropsicología. Actualmente es directora del Departamento de Neuropsicología de INECO y del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro.

⁵ Paz Víguer Seguí es Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Valencia. Es coordinadora del Grupo de Investigación en Optimización evolutiva (GIOE) de la UV.

⁶ Según el artículo, el 42,6% de los chicos y adolescentes del conurbano bonaerense están en la pobreza, por vivir en hogares sin ingresos suficientes para acceder a los bienes más necesarios.

Es por esta razón que es importante concientizar sobre la necesidad de la estimulación temprana en los lactantes que viven en un contexto de riesgo:

“La Atención Temprana tiene como finalidad ofrecer a estos niños con riesgos de padecer déficits un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que facilitan su maduración en todos los ámbitos, posibilitándoles alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social”. (2005)⁷

Esto quiere decir, que la Atención temprana no debe ser vista exclusivamente como una vertiente de la rehabilitación, sino que debe formar parte de un proceso integral de promoción, protección y prevención, que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños. Cuanto menor sea el tiempo de hipoestimulación o privación o de los estímulos, potencialmente menor será el retraso, ya que la plasticidad dota al sistema nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy significativa en los años posteriores (2005)⁸.

Desde la perspectiva de la kinesiología esto es muy importante, ya que el objetivo del profesional no es únicamente la rehabilitación de las personas, sino también prever y prevenir posibles alteraciones con el fin de mejorar su calidad de vida. Esto permitirá la readaptación del niño al medio, facilitando su futura integración social. Por ello es necesario promover la inclusión del servicio de kinesiología como parte del equipo multidisciplinario en los centros de atención primaria, ya que ésta profesión puede brindar distintas herramientas que permitirán minimizar las posibles alteraciones en el desarrollo psicomotriz de los niños que viven en estas condiciones hipoestimulantes.

Surge el Problema de investigación:

¿Cuál es el desarrollo psicomotor según las características del entorno familiar, en niños de entre 0 y 2 años que asisten al control de un Centro de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Mar del Plata durante Junio en el año 2015?

⁷ El libro Blanco de Atención Temprana fue escrito por un amplio colectivo de expertos del Grupo de Atención Temprana (GAT). Se trata de un consenso científico interdisciplinar de las diversas especialidades que confluyen en este campo.

⁸ Libro Blanco de Atención Temprana Prólogo, Pagina 7.

Objetivo General

Analizar cuál es el desarrollo psicomotor según las características del entorno familiar, en niños de entre 0 y 2 años que asisten al control de un Centro de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Mar del Plata durante Junio en el año 2015.

Objetivos Específicos

- Evaluar los reflejos, la conducta motora y adaptativa, la evolución del lenguaje y la conducta social de cada niño.
- Establecer la proporción de niños con perfil psicomotor normal y con perfil psicomotor alterado para su edad corregida o cronológica según corresponda.
- Averiguar cuáles son las variables más comprometidas en el perfil psicomotor del niño normal y en aquellos que presentan retraso madurativo.
- Indagar sobre las características familiares y de vivienda en cada hogar y la estimulación brindada en las mismas.
- Identificar las características del entorno familiar que influyan y/o condicionen el desarrollo integral del niño.

1ER CAPITULO:

PSICOMOTRICIDAD Y DESARROLLO INFANTIL



Desde la misma etiología de la palabra, la “Psicomotricidad” alude a la unión de dos nociones interrelacionadas: el psiquismo y la motricidad. El vocablo psicomotricidad contiene el prefijo “psico” que deriva del griego y significa “actividad mental” haciendo referencia a sus dos componentes: socio afectivo y cognoscitivo, y el sustantivo “motricidad” que alude a algo motor, que produce y tiene movimiento. El ensamblaje de estos dos términos se refiere entonces a la relación que existe entre el movimiento y la actividad mental, es decir, a la unión entre lo motor y lo psíquico, o dicho de otra manera, a la posibilidad de producir modificaciones en la actividad psíquica a través del movimiento. Estos dos elementos serán las dos caras de un proceso único: el desarrollo integral de la persona (Lázaro, 2000)¹.

La psicomotricidad nace como disciplina en la primera mitad del siglo XX, en el año 1920 luego que Dupréé enunciase la “ley de la psicomotricidad”. Desde entonces, se han propuesto numerosas definiciones y se sigue debatiendo hoy acerca de su objeto, su especificidad y sus límites. La definición propuesta por el Forum Europeo de Psicomotricidad² y consensuada por las asociaciones españolas de Psicomotricidad o Psicomotricistas expresa:

“Basado en una visión global de la persona, el término de “psicomotricidad” integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Partiendo de esta concepción, se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico. (...)”
(Berruezo Adelantado, 2008)³

¹ En este artículo se pretende presentar un ejemplo de inclusión de la Psicomotricidad en el Proyecto Educativo y Curricular de un centro específico.

² El Forum europeo de Psicomotricidad (www.psychomot.org) es una organización que agrupa a representantes de países europeos donde la psicomotricidad, reconocida o no oficialmente, existe y se desarrolla.

³ Pedro Pablo Berruezo y Adelantado fue maestro y psicólogo, doctor en Pedagogía, profesor especialista de Psicomotricidad y profesor titular de la Universidad de Murcia.

Según la Asociación Argentina de Psicomotricidad, ésta se define como:

“Una disciplina científica, permanentemente actualizable que estudia las estrechas relaciones entre lo físico y lo psíquico, pensando al cuerpo del sujeto y sus manifestaciones referidas a sus condiciones de existencia, materiales y simbólicas que determinan una forma particular de hacer y de ser. El estudio de la estructuración psicomotriz, considerada en la dialéctica entre procesos evolutivos y actos constitutivos, pone en evidencia que la construcción del cuerpo es en tanto la construcción del sujeto”. (1977)”⁴.

Según el Diccionario Francés de Medicina y Biología (1970), la psicomotricidad se define como *“el conjunto de funciones motrices integradas en la actividad psíquica y adaptadas a las necesidades de la vida relacional”*. (Sassano, 2013)⁵

Por otro lado, Basquin expresa en su libro “Terapia Psicomotriz” que la psicomotricidad no se trata de una función simple, aislada si no que se encuentra durante toda la vida en constante interrelación, en dialogo perpetuo e incluso en dialéctica con la totalidad de las demás funciones, sean las internas del organismo o las que ponen en relación con el mundo. Esta disciplina engloba todos los acontecimientos que conducen desde el modelo intrapsíquico de una acción hasta su ejecución. Para ello supone 3 planos: el primero corresponde al modelo mental de la acción a realizar y la estrategia que permitirá su ejecución; el segundo al de las vías de conducción que van a transmitir las informaciones y el tercero al de la ejecución de un acto motor. (Richard & Sanchez, 1996)⁶

Durante la primera infancia el dinamismo motor está estrechamente ligado a la actividad mental: desde el acto motor hasta la representación mental se escalonan todos los niveles, todas las etapas de la relación entre el organismo y el medio (Wallon, Del acto al pensamiento: ensayo de psicología comparada, 1987)⁷. La motricidad y el psiquismo se encuentran imbricadas, se confunden, constituyen dos aspectos indisolubles del funcionamiento de una misma organización (Vayer & Picq, 1985)⁸. A medida que el niño crece si bien esta unidad funcional existe todavía, ya no se observa la interdependencia de

⁴ Asociación Argentina de Psicomotricidad (APP). La misma quedo legalmente constituída a principios de 1977.

⁵ Miguel Sassano es un Psicomotricista egresado en la Universidad de Morón, Argentina. En la actualidad se desempeña como Director y creador de la Licenciatura en Psicomotricidad de esa misma Universidad.

⁶ M. Basquin, Capítulo 1 “Psicomotricidad y su soporte” del libro “Terapia Psicomotriz”.

⁷ Henri Wallon fue un psicólogo francés y director del Instituto de Investigaciones Psicobiológicas del Niño en Paris.

⁸ Pierre Vayer & Louis Picq son los autores de la historia de la Psicomotricidad en la Educación.

los desarrollos motores, afectivos e intelectuales de la primera infancia, sino que existe una diferenciación cada vez mayor entre las diferentes funciones.

El término desarrollo psicomotor fue introducido por el neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke (1845-1905); se refiere al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades: la comunicación, el comportamiento y la motricidad, a lo largo de la infancia en las diferentes aéreas de desarrollo. (Luisa, Álvarez, & Salinas, 2008)⁹ Illingworth, aporto una definición más amplia expresando que el desarrollo psicomotor se trata de un proceso gradual y continuo en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad, que se inician en la concepción y culmina en la madurez, con una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable (Illingworth, 1983)¹⁰. La meta del desarrollo psicomotor es el control y dominio del propio cuerpo hasta lograr todas las posibilidades de acción y expresión que a cada uno le sea posible y de esta forma facilitar la construcción de la propia identidad del niño a través del movimiento. Esto implica un componente externo que es la praxia, es decir la habilidad de poner en marcha programas motores de manera voluntaria y normalmente aprendidos, y otro componente interno o simbólico que se refiere a la representación mental del cuerpo y de sus posibilidades de acción. De esta forma, podemos concebir al desarrollo psicomotor como la evolución de las capacidades para realizar una serie de movimientos corporales y acciones, así como la representación mental y consciente de los mismos.

Es importante tener en cuenta que el tono muscular, la postura y el movimiento son las primeras formas de comunicación humana con el medio (Wallon, Del acto al pensamiento, 1978). Así mismo, los procesos de aprendizaje humano se establecen sobre el sistema tónico-postural y la actividad motriz coordinada e intencional (Quirós & Schragar, 1979)¹¹; de ahí que cualquier alteración que afecte el desarrollo psicomotor es potencialmente generadora de una discapacidad en el aprendizaje. Por eso, el movimiento es un facilitador primario del desarrollo cognitivo, afectivo y motor, particularmente durante la infancia y la niñez, por lo que cualquier dificultad en alguna de estas áreas puede afectar negativamente el proceso de desarrollo general del niño.

El desarrollo psicomotor resulta de la interacción de factores propios del individuo: debido al desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) y a factores vinculados a determinantes del contexto psicosocial de cada niño (Vericat & Orden, 2013).

⁹ Luisa Schonhaut es Pediatra de la Clínica Alemana y la primera egresada del Programa de Magíster de Educación en Ciencias de la Salud.

¹⁰ Ronald Stanley Illingworth fue un pediatra y uno de los más importantes exponente del desarrollo infantil.

¹¹ Este libro sirve como introducción al mundo de la investigación social y de la investigación cualitativa. Analiza los aspectos posturales, vestibulares, propioceptivos, visoauditivos y motores que atañen al lenguaje y al aprendizaje.

Este último hace referencia a la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto lo rodea: personas, imágenes, sonidos, movimientos, juguetes, etc. Estas condiciones que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje. Según citan Young y Fujimoto Gómez:

“El desarrollo humano es moldeado por una interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia. La cultura influye en cada uno de los aspectos del desarrollo y esto se ve reflejado en las prácticas de crianza y creencias, diseñadas para promover una saludable adaptación”.
(Vericat & Orden, 2013)¹²

Por lo tanto, es de importancia crucial estudiar no solo el desarrollo de de los distintos aspectos de la persona, sino también el ambiente en el que la persona se desenvuelve.

A fines de la década del 70, Urie Bronfenbrenner publica su obra titulada “La ecología del desarrollo humano” donde se refiere al desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea, es decir su ambiente ecológico, y en el modo en que se relaciona con él. El modelo ecológico propuesto expresa que el desarrollo humano supone una progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro, las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. La evolución del niño se entiende entonces como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que éste realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente (Ascaso, 2003)¹³.

Desde esta perspectiva se considera que el desarrollo del niño está influenciado por los diferentes contextos en los que vive y por la interacción entre estos. El contexto social en el que vive el niño estaría formado principalmente por la familia, la escuela y el barrio. El niño ocuparía el espacio definido por la intersección entre estos contextos, de modo que su desarrollo estaría influenciado no solo por cada uno de estos sistemas, sino también por la interrelación entre ellos. A su vez, estos tres sistemas formarían parte de un “macrosistema”

¹² En este artículo “El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico se discuten aspectos propios del desarrollo psicomotor y sus alteraciones, con especial énfasis en el retraso psicomotor.

¹³ Tesis doctoral donde se analiza la relación entre diferentes indicadores de problemas socioeconómicos y psicopatología en una muestra clínica de niños y adolescentes.

que representa la cultura y la estructura social, política y económica que los engloba (Lacería, 2004)¹⁴.

Bronfenbrenner señala que el concepto de “ambiente” en sí mismo es complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato del sujeto, para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencia que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. Así concibe a este ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Concretamente, diferencia cuatro niveles que actuarían directa o indirectamente sobre el desarrollo del niño: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El primero estaría formado principalmente por la familia y por todos aquellos contextos más próximos al niño, corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa; el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa; El exosistema incluye el barrio, la escuela y el nivel socioeconómico, entre otros; se refiere a los propios entornos en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida. Por último, el macrosistema hace referencia a la estructura sociopolítica y económica y a la cultura de la comunidad en que vive el niño que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden. Estos cuatro sistemas son considerados factores fundamentales en el desarrollo del niño, siendo el microsistema el más influyente al considerarse un factor proximal que ejerce sus efectos en forma directa en el niño (Sánchez, 2001)¹⁵.

De esta manera podemos decir que quizá la influencia más importante en el desarrollo del niño sea la familia en la que crece. Según diversas investigaciones¹⁶, alguno de los factores del entorno familiar, que influyen en el desarrollo normal del niño tienen que ver con: la edad de los padres donde existe un mayor riesgo en niños que crecen en hogares con padres adolescentes o añosos; si estos son saludables o no, las relaciones que el niño establezca con ellos; el tipo de vivienda en la que crece el niño, cuantas personas vivan en la casa, si tienen hermanos o no, la posición ordinal que ocupa en el número de hermanos, el nivel de estudios de los padres, el nivel socioeconómico familiar, la malnutrición, madres

¹⁴ En este trabajo se demuestra la necesidad de estudiar el proceso de salud y enfermedad del individuo trabajador, bajo la óptica de un nuevo paradigma, donde el individuo, familia y sociedad forman parte de sistemas interactuantes que influyen uno sobre el otro y viceversa.

¹⁵ XI Reunión Interdisciplinar sobre Población de Alto Riesgo de Deficiencias en Madrid. En una mesa redonda, se expuso acerca de los factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana.

¹⁶ “Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar” por Paz Viguer Seguí y Emilia Serra Desfilis, “Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas” por Isadora de Andraca & cols. , “Desarrollo Psicomotor en niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto” por Luisa Schonhaut B. & cols.

solteras, padre ausentes, la depresión o problemas psiquiátricos de uno o ambos padres, entre otros. Tales factores de riesgo generalmente no ocurren de manera aislada; a medida que se combina un mayor número aumenta la probabilidad de un menor rendimiento cognitivo.

Todos estos factores son más frecuentes en condiciones de pobreza, postulándose por tanto que el nivel socioeconómico bajo amplifica la vulnerabilidad biológica. La clase social ayuda a determinar el entorno físico en el que vive el niño, su barrio, sus compañeros de juego, su acceso a los centros de salud, la composición de su alimento, las prácticas educativas de los padres, la estructura autoritaria de la familia, su estabilidad, entre otros. Si bien la proporción de niños con un desarrollo psicomotor alterado es mayor en este tipo de población, muchos niños que crecen en condiciones precarias se desarrollan normalmente. (Lira, 1994)¹⁷ Se requiere por lo tanto, evaluar cual o cuales de los factores de riesgo anteriormente mencionados estarían específicamente asociados al retraso en el desarrollo del niño.

Por lo mencionado anteriormente, al analizar el desarrollo psicomotor del niño, no se debe observar únicamente su comportamiento de manera aislada, o como fruto exclusivo de su maduración, sino siempre en relación al ambiente en el que el niño se desarrolla. Por esta razón, es fundamental que se realice una evaluación de desarrollo psicomotor en cada niño y se analicen los resultados conociendo, mediante entrevistas a padres o tutores, la situación en la que vive cada individuo. La Academia Americana de Pediatría recomienda la utilización de pruebas estandarizadas para detectar problemas de desarrollo, como parte sistemática de las vistas preventivas de salud, ya que la identificación de los trastornos del desarrollo basándose únicamente en la impresión subjetiva del profesional de salud es insuficiente. Se ha demostrado que, utilizando solo el juicio clínico se detectarían, antes de la edad escolar, menos del 50% de los niños con retraso mental, retraso de lenguaje u otros problemas de desarrollo. (Vericat & Orden, 2010)¹⁸

La evaluación del desarrollo psicomotor permite conceptualizar los comportamientos observados en el desarrollo según una clasificación amplia que va desde los movimientos mecánicos y automáticos hasta los movimientos coordinados complejos. Actualmente se dispone de una gran cantidad de herramientas útiles para la pesquisa de problemas en el desarrollo. Las técnicas desarrolladas para evaluar este proceso suponen una pluralidad de alternativas metodológicas, concepciones teóricas y énfasis en distintos aspectos. Por un lado existen algunos instrumentos tradicionales cuyo objetivo es la obtención de una medida

¹⁷ Estudio científico donde se evalúa en qué medida las características del niño y sus padres podrían considerarse indicadores de riesgo para el desarrollo. Para ello se estudiaron 943 niños.

¹⁸ Si usted desea ampliar la información puede consultar el informe: "el desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico" de dichos autores.

global del desarrollo del sujeto, tales como cociente de desarrollo y cocientes madurativos. Ejemplos de estos instrumentos pueden ser: La escala de Brunet-Lézine para aplicarse en niños de 0 a 5 años que permite determinar un cociente de desarrollo; Las escalas de Bayley destinadas a niños de 0 a 30 meses que evalúan el desarrollo mental y psicomotor; La escala observacional del desarrollo de Secadas que permite ser aplicada desde el nacimiento hasta la adolescencia incluyendo en el perfil información sobre el desarrollo físico, desarrollo sensorial, coordinación motriz, y desarrollo sensoriomotor. Por otro lado, existen algunos procedimientos para evaluar áreas específicas de desarrollo (Garaigordobil, 1999)¹⁹.

En las distintas etapas de desarrollo del niño es importante establecer un patrón de desarrollo básico de normalidad que nos permita estipular mediante la evaluación en qué situación se encuentra cada niño; además sirve como forma de seguimiento para conocer si existe o no progreso y si este es adecuado o no.

Es fundamental tener en cuenta sin embargo, las variaciones individuales de cada individuo; la adquisición progresiva de las distintas funciones o habilidades no se realiza según un programa secuencial rígido y estereotipado, sino que presenta variaciones en el modo, ritmo o tiempo de desarrollo que requiere cada nueva habilidad lograda. Estas variaciones en los niños pequeños muchas veces dificultan la posibilidad de distinguir entre los cambios que podrían considerarse normales o esperables y los retrasos de maduración provenientes de trastornos temporales o permanentes. De esta manera podríamos referirnos a una “normalidad estadística” en la cual cuanto más lejos del promedio se encuentre un niño, en cualquier aspecto, es menos probable que sea normal. (Vericat & Orden, 2013)²⁰

El desarrollo psicomotor puede verse alterado de diversas formas. La Academia Americana de Pediatría define como problemas del desarrollo a todos aquellos cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo del niño. Estos trastornos se evidencian cuando existe un fracaso en el logro de las conductas esperadas para una determinada edad. (2010)²¹ Según el “Libro Blanco de Atención Temprana”, el trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y/o social. Si bien

¹⁹ Estudio científico, de tipo exploratorio donde se analiza la relación entre la inteligencia verbal y no verbal con diversas funciones psicomotrices.

²⁰ Este artículo discute aspectos propios del desarrollo psicomotor y sus alteraciones, con especial énfasis en el retraso psicomotor.

²¹ Veriat & Oden, Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica.

algunos problemas del desarrollo pueden ser transitorios, los retrasos en la edad temprana pueden estar asociados a posteriores discapacidades. (2005)²²

El retraso psicomotor es uno de los trastornos más frecuentes detectados entre los niños pequeños. Este término se utiliza para referirse a un diagnóstico provisional, en donde los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 2 o 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Se trata de un diagnóstico inicial que muchos niños reciben hasta las 5 años de edad y se utiliza cuando se detectan dificultades importantes, pero no se sabe exactamente a que corresponden. Este retardo, podría darse en todas las áreas del desarrollo del niño, así como también en un área concreta siendo las demás normales. El término “retraso psicomotor” suele mantenerse hasta que pueda establecerse un diagnóstico definitivo a través de pruebas formales. A diferencia de otros trastornos de la infancia donde existe una desviación del patrón normalizado de desarrollo, los niños con retraso madurativo si bien presentan un retraso cronológico, siguen la pauta normalizada de desarrollo (García, 2014)²³.

Existen diversas posibilidades diagnósticas en las que puede desembocar un cuadro que inicialmente se manifestó como retraso psicomotor: puede ocurrir que el retraso sea una variante normal del desarrollo, donde existe una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo, en ausencia de algo intrínsecamente anormal, en cuyo caso se normalizara espontáneamente solo que en forma más lenta, antes de la edad preescolar. Cuando esto no ocurre, puede que sea un verdadero retraso por falta de estimulación por parte del entorno familiar y social, en cuyo caso podría normalizarse si se adecua la educación y el ambiente del niño. Otra posibilidad es que el retraso surja como una consecuencia de una enfermedad crónica extra neurológica, en cuyo caso podría ir mejorando en la medida que desaparece la enfermedad de base o podría dejar distintos grados de secuelas en el niño. Por otra parte, un retraso puede deberse al efecto de un déficit sensorial aislado, o ser la primera manifestación de una futura deficiencia mental, cuyo diagnóstico definitivo en casos leves, no suele evidenciarse hasta el final de la edad preescolar.

La detección precoz de los trastornos en el desarrollo psicomotor ofrece la posibilidad de una intervención temprana y un tratamiento oportuno, lo cual permite corregir muchas de las alteraciones y atenuar otras y evitar en ocasiones que una patología se instaure como definitiva. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos, mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso.

²² Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana.

²³ Jesús Jarque García es pedagogo, Máster en psicología y gestión familiar. Master en coaching pedagógico y educacional. Pertenece a la Sociedad Española de Pedagogía. Este sitio es una página educativa destinada a padre, madres, maestros/as y profesionales que intervienen con niños.

Por esta razón, es fundamental que el agente de salud a cargo de la evaluación sepa valorar adecuadamente el desarrollo del niño. Para ello es necesario conocer en profundidad las características de normalidad ya que como dice Illingworth: “*El conocimiento de lo normal es una base fundamental para el diagnóstico de lo anormal*”. (Iceta, 2002)²⁴

Gracias a la amplia divulgación de información científica respecto a la trascendencia de los primeros años de vida, en muchos países del mundo se han impulsado programas y estrategias para dar la atención debida a los distintos aspectos del desarrollo infantil, más allá de los cuidados para asegurar la supervivencia y la buena salud de los niños. Además, se formularon políticas y programas nacionales de desarrollo del niño en la primer infancia, que tienen como objetivo garantizar el derecho de los niños y niñas a un “buen comienzo de vida”, lo que significa que sean físicamente saludables, estén mentalmente alertas, sean emocionalmente seguros, socialmente competentes y capaces de aprender (UNICEF, 2005)²⁵.

En Argentina existen desigualdades y desventajas sociales en algunos grupos de la población, que confluyen en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencias de situaciones externas y/o internas. Las principales consecuencias de la desigualdad social son: la pobreza, el derecho a la sanidad, la desnutrición, la inmigración, las enfermedades, la falta de educación o la falta de inserción laboral. Esta vulnerabilidad social se expresa como *fragilidad e indefensión* ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como *debilidad interna* para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de posibilidades que se le presenta; como *inseguridad permanente* que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar (Busso, 2001)²⁶.

Por esta razón, las posibilidades que tienen los niños que nacen en un entorno de vulnerabilidad social, de sobrevivir y de desarrollarse plenamente son menores. En Argentina, el 9% de los niños nacen de madres analfabetas o de madre que no terminaron la escuela primaria, lo que pone a sus hijos en clara desventaja; el 58% de los niños menores de 5 años que viven en el país lo hacen en hogares pobres y el 26%, en hogares por debajo de la línea de indigencia. Esto significa que 6 de cada 10 niños carecen de un entorno protector, capaz de estimular al niño, exponiéndolo a sufrir problemas en su desarrollo. En

²⁴ Ainho Iceta describe el desarrollo normal del niño hasta los 2 años, analizando las áreas de desarrollo, las variantes de normalidad y las señales de alerta clasificadas cronológicamente.

²⁵ Este material es el resultado del trabajo conjunto de un grupo de personas provenientes de distintas áreas vinculadas con la crianza, salud y educación de niños y niñas.

²⁶ Este documento fue preparado para el Seminario Internacional “Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe”.

las regiones de mayor pobreza, la vivienda es inadecuada, con acceso difícil al agua potable y a condiciones sanitarias mínimas. Además, las dificultades de comunicación y transporte y la inseguridad alimentaria, inciden negativamente en la calidad del entorno protector al que los niños tienen derecho. Todo ello genera condiciones de enorme tensión familiar y de frustraciones por la carencia de empleo y de ingresos de los padres: se trata de un ambiente afectivo poco propicio para que los padres puedan adoptar y sostener prácticas de crianza y educación favorables al desarrollo de los niños pequeños. En efecto, los niños experimentan la pobreza no solamente a través de la falta de ingresos de sus padres, sino como un entorno general que no es propicio para su desarrollo (UNICEF, 2005)²⁷. Los infantes por lo tanto son los más perjudicados por la pobreza porque los afecta en la raíz misma de su potencial de desarrollo. Es por ello que la eliminación de la pobreza y la reducción de la disparidad deben estar entre los objetivos principales de todas las iniciativas de desarrollo. Además las oportunidades para que los niños logren mayores niveles de desarrollo personal aumentan cuando son favorecidas por políticas públicas y programas de apoyo a la familia formulados con abordajes multidisciplinares e intersectoriales. (UNICEF, 2005)²⁸

Como agentes de salud, el kinesiólogo no tiene a su alcance los instrumentos o estrategias para erradicar la pobreza entre los distintos grupos en nuestro país, pero si pueden participar en la educación sanitaria y en el seguimiento y estimulación temprana en niños que presentan riesgo psico-social con el fin de promover la inclusión y brindar a cada niño las herramientas para ser productivos y resistentes, para tener una dignidad personal y para participar de forma activa en su propio desarrollo.

En nuestro país, como en muchos otros, existen Centros de Atención Primaria en Salud, recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pretenden mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud y rehabilitación. Estos centros de carácter interdisciplinar y orientación holística, tienen por objetivo proporcionar la atención necesaria a la población infantil entre 0 y 6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. La intervención abarca aspectos intrapersonales: biológicos, psíquicos, sociales y educativos, propios de cada individuo y aspectos interpersonales, relacionados con su propio entorno, con su familia, la escuela y la cultura (Vera & Pérez López, 2009)²⁹.

²⁷ UNICEF, Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano, página 16. Esta información se obtiene de la Dirección de Estadísticas de Salud, Informe estadístico 2003, Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, 2004.

²⁸ UNICEF, Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano, donde se cita a la Sesión Especial de Naciones Unidas a favor de la infancia: "Un mundo apropiado para los niños" párrafo 18.

²⁹ Trabajo científico donde se revisan los cambios que se han producido a lo largo del tiempo en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

“El principal objetivo de la Atención Temprana (AT) es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”. Además mediante la AT se busca: reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño, optimizar en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño, introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas, evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios producidos por un trastorno o situación de riesgo, atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño, considerar al niño como sujeto activo de la intervención, entre otras. Dentro de la Atención Temprana de Salud podrían distinguirse tres niveles: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria en Salud. (2005)³⁰

A la Prevención Primaria de Salud le corresponde la protección de la salud, orientada a promover el bienestar de los niños y sus familias. Para ello debe identificar y señalar ante las instituciones sociales, aquellas circunstancias que puedan ser relevantes para la elaboración de normas o derechos universales en el ámbito de promoción y protección del desarrollo infantil. La Prevención Secundaria se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo. Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo. Por último, a La Prevención Terciaria le corresponde remediar las situaciones identificadas como de crisis biopsicosocial. Para ello se debe trabajar no solo con el niño, sino también con la familia y con el entorno en el que vive.

Existen múltiples razones que justifican la intervención temprana durante la infancia. En la Conferencia Magistral: “Romper el Ciclo de la Pobreza: Invertir en la Infancia”, Amartya Sen³¹ expresa:

“En efecto, la calidad de la niñez tiene importancia no solo para lo que pase en la niñez sino también para la vida futura. Las inversiones para la infancia son importantes por su propio derecho debido a que ellas abren

³⁰ Si usted desea ampliar la información acerca de los objetivos de la Atención Primaria de Salud, se sugiere leer los puntos 1 y 2 del Libro Blanco de la Atención Primaria, Páginas 13-18.

³¹ Ganó el Premio Nobel de Economía en el año 1998 por su contribución a la investigación de la teoría del bienestar, las cuales han ayudado a la comprensión de los mecanismos que subyacen la hambruna y la pobreza.

el camino para toda una vida de mejor salud, desempeño mental y físico y productividad” (Sen & Brundtland, 1999)³².

Basándose en el argumento de los derechos humanos, según el Banco mundial y otras organizaciones:

“Los niños tienen derecho a desarrollar su potencial total, y el permitir que el desarrollo sea truncado, cuando bien pudiese prevenirse es una violación a un derecho básico”. (Amar, Abello Llanos, & Tirado García, 2005)³³

Desde el punto de vista social, la transmisión de valores morales, sociales y culturales positivos que se logran cuando se interviene en la infancia temprana, tanto en el niño como es su familia, justifica esta intervención ya que se logra fortalecer la sociedad. Desde el punto de vista económico, los programas de atención han demostrado que los niños que participan de estos logran mejores resultados cognitivos, conductuales y sociales, están mejor preparados para la educación en la escuela, tienen menor riesgo de padecer problemas de salud, lo cual le ahorra a la sociedad el costo de intervenir en programas curativos o le evita el costo de la repetición escolar por bajo desarrollo cognitivo (Amar & cols. 2005)³⁴.

Por lo tanto, los programas de intervención temprana en la infancia beneficiarían tanto a los niños, permitiéndoles alcanzar el máximo de sus posibilidades, así como también a la sociedad, que se beneficia del éxito alcanzado por estos niños, pudiendo aumentar su productividad y recudiendo el costo de tratar problemas psicosociales asociados a un desarrollo inadecuado.

“La intervención en la población infantil susceptible de sufrir alguna limitación en su proceso de desarrollo va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades individuales que se derivan de las discapacidades. El logro de las competencias que son propias del proceso evolutivo va a situar a los niños en condiciones favorables para comprender el mundo circundante y para adaptarse al entorno natural y social.”(2005)³⁵

³²Durante la conferencia el autor destaca la importancia no solo de de examinar las necesidades de inversión en la niñez sino también de hacerlo una forma conceptualmente adecuada.

³³ José Juan Amar Amar es Psicólogo y sociólogo. Ph D en Psicología social de Columbia Pacific University y consultor de la UNESCO en educación inicial.

³⁴ Esta investigación científica busca establecer el impacto en el desarrollo de los niños que han participado en el Programa de Atención Integral a la Infancia colombiana en sus aspectos físicos, cognitivos, personal social y rendimiento académico.

³⁵ Si usted desea ampliar la información puede consultar el “Libro Blanco de Atención Temprana”, página 6.

2DO CAPITULO:

DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS



DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS

El crecimiento y el desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados. Sin embargo conllevan diferencias que es importante precisar. “Se entiende por crecimiento un aumento progresivo de la masa corporal, tanto por el incremento en el número de células como por su tamaño; conlleva un aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman. Este proceso se inicia en el momento de la concepción del ser humano y continúa a través de la gestación, infancia, niñez y adolescencia. El desarrollo implica la diferenciación y madurez de las células y se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida. Este proceso indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y/o social”. (Gema, Lopez Garcia, Lopez Baena, & Mozos Pernias, 2013)¹

El desarrollo infantil es un proceso de cambio continuo, en el que el niño o niña aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimiento y relación con los demás. Se trata de un proceso multidimensional que incluye cambios en un plano físico o motor relacionados a su capacidad para dominar movimientos, un plano intelectual que tiene que ver con su capacidad para pensar y razonar, un plano emocional que atañe a su capacidad para sentir y un plano social por su capacidad para relacionarse con los demás. (Arlette, 2003)².

Los estudios demuestran que desde el inicio de la vida poseemos un potencial interno y que éste se desarrollará de acuerdo a la calidad, cantidad y el momento en el cual se realicen las conexiones o circuitos neuronales. De ahí la importancia de la estimulación, entendida como un conjunto de acciones que contribuyen a potenciar el desarrollo integral del ser humano, desde la vida intrauterina y durante la infancia, para prevenir posteriores problemas relacionados con factores biológicos y ambientales en las áreas específicas de su desarrollo. (Segura, 2000)³

El desarrollo de la persona puede dividirse en tres ámbitos principales: Biosocial, Cognitivo y Psicosocial. Estos tres ámbitos son fundamentales para el entendimiento del ser humano en cada una de sus etapas evolutivas.

¹ El libro Desarrollo Cognitivo y Motor consta de ocho capítulos. El capítulo 1 describe el desarrollo humano. Además se plantean casos prácticos que contribuyen a operativizar más el contenido.

² La Dra. Arlette Doussoulin es Kinesióloga de la UFRO, Magíster en Ciencias de la Motricidad Humana y ahora doctora en la misma disciplina. Durante su trayectoria ha sido Directora de la Carrera de Kinesiología y Directora del Diplomado en Psicomotricidad de la UFRO. Ella es además especialista en Neurokinesiología.

³ En el Congreso Mundial de Lecto-escritura que se desarrolló en la ciudad de Valencia, España, con el lema: Exploremos el cerebro infantil.

El ámbito biofísico se encarga de estudiar el desarrollo físico, sensorial, cerebral, motor y del sueño. (Cantero, Perez, & Navarro, 2011)⁴ Los padres y la cultura, son elementos fundamentales en el desarrollo de la persona y hacen que éste sea un proceso biosocial y no meramente biológico.

El crecimiento físico permitirá al niño desarrollar la motricidad y por lo tanto, la exploración del ambiente, del medio físico que lo rodea, lo cual es imprescindible para el desarrollo cognitivo.

El recién nacido pesa aproximadamente 3,4kg y mide alrededor de 51 cm; hacia el cuarto mes, el bebe duplica el peso y al cumplir el año lo habrá triplicado. Durante el segundo año, si bien el crecimiento físico es aún muy rápido, se lentifica en relación a los primeros 12 meses. Hacia los 24 meses de vida entonces, la mayoría de los niños pesará alrededor de 13 kg y medirá entre 81 y 91 cm (Berger, 2007)⁵. Esto quiere decir, que un niño de 2 años promedio tendrá casi la mitad de la altura a la que llegara cuando sea adulto. A su vez, tendrá entre el 15 y el 20% del peso que alcanzara en la edad adulta y será cuatro veces más pesado que al momento de nacer.

Durante la niñez, el sueño regular y suficiente se correlaciona con la maduración del cerebro, el aprendizaje, el equilibrio emocional y la adaptación psicosocial. Los niños pequeños pasan la mayor parte del tiempo durmiendo y se despiertan muy a menudo; la razón por la que duermen 17 horas o más por día es que las hormonas de crecimiento tienden a liberarse durante el sueño (Berger, 2007)⁶.

En la década de los sesenta algunos investigadores (Wolf, 1966)⁷ observaron la variabilidad del estado del nivel de alerta en diferentes bebes y a su vez, reconocieron cierta similitud y regularidad entre ellos. Ello les llevo a identificar 6 posibles estados: Sueño tranquilo, sueño activo (R.E.M.), somnolencia, inactividad en alerta, actividad en alerta y llanto. La distribución temporal de los estados de sueño cambia rápidamente con la edad y a medida que el cerebro va madurando. En el recién nacido, los ciclos de sueño y vigilia se pueden ir alterando cada 3 o 4 horas coincidiendo con las diferentes tomas de alimento. Los RN suelen soñar mucho; el sueño activo disminuye luego de las primeras semanas al igual que la somnolencia. Los periodos de sueño tranquilo se hacen paulatinamente mas largos por la noche y a partir de las 5 o 6 semanas, ya se han conseguido sueños con solo uno o dos despertares nocturnos. Hacia el año la mayoría de los niños no pasa de dos sueños al día y

⁴ En este libro se describen las diferentes etapas y ámbitos del desarrollo humano.

⁵ Si usted desea ampliar la información puede consultar de ese autor, el libro "Psicología del Desarrollo", Capítulo 5 página 131.

⁶ Idem página 134.

⁷ "Causes, controls and organization of behavior in neonate", escrito por Peter H. Wolf, quién se dedico al estudio del comportamiento infantil, la coordinación motriz, la sonrisa y el llanto en la infancia.

sus esquemas de sueño se hacen similares a los ritmos familiares de sueño y vigilia. (Berger, 2007)⁸

Dentro del desarrollo biosocial ningún aspecto es más crítico que el rápido crecimiento del cerebro. Aun no se llega a formar una teoría abarcativa del su desarrollo, a pesar de los esfuerzos combinados de neurólogos, educadores, psicólogos y pediatras. Sin embargo, la amplia variedad de estudios en muchas disciplinas van brindando conocimientos nuevos y muy promisorios.

El cráneo del RN es desproporcionadamente grande ya que debe tener el tamaño suficiente para contener el cerebro, cuyo peso al nacer es casi el 25% de su peso en la edad adulta y casi el 75% hacia los 2 años. (Berger, 2007) El cerebro humano no está definitivamente formado en el momento del nacimiento; su crecimiento comienza de manera explosiva y con velocidad decreciente (Teresa, y otros, 1999)⁹. A los 12 días de fertilizado el óvulo, el cerebro ya puede reconocerse. Al nacer, contiene más de cien mil millones de neuronas, muchas más de las que cualquier persona puede llegar a necesitar. Por el contrario, el cerebro del RN posee muchas menos dendritas y sinapsis de las que tendrá en el futuro. Durante los primeros dos años de vida, se produce un crecimiento y refinamiento acelerado de los axones y dendritas y se originan las sinapsis, especialmente en la corteza cerebral. Éste crecimiento dendrítico es la principal razón por la cual el cerebro triplica su peso en los primeros dos años. A los cinco años, el cerebro ha alcanzado el 80% de su crecimiento total y a los ocho años está prácticamente concluido (Segura, 2000)¹⁰.

Se estima que el número de dendritas de la corteza cerebral se multiplica por cinco durante los primeros 24 meses de vida, con alrededor de 100 billones de sinapsis a los 2 años de esas. Por cada neurona pueden llegar a formarse hasta 15 000 nuevas conexiones. Este aumento en el número de dendritas que ocurre en el cerebro del niño durante los primeros 2 años de vida se denomina exuberancia pasajera. A este crecimiento acelerado de dendritas le sigue un proceso de modelado o poda, donde las neuronas que no se utilizan se atrofian y mueren así como las dendritas que se usan menos o no se conectaron correctamente pierden aquellas conexiones sinápticas (Berger, 2007).

Los neuro-científicos William Greenough y Mary Beth Hatten, coinciden en afirmar que existen “ventanas cerebrales” que se abren entre las 17 semanas de gestación y los 5 años de vida, y éstas serán la clave para que el niño o niña tengan una mayor o menor

⁸ Para ampliar la información se sugiere consultar el libro Psicología del Desarrollo, Capítulo 5 página 134.

⁹⁹ En este estudio se evalúa el desempeño intelectual de una población de niños de 6, 12, 24 y 60 meses de la ciudad de Ushuaia en busca de una relación entre el desarrollo infantil y variables estructurales y funcionales. Se demuestra que el grado de estimulación ambiental que recibían los niños de los sectores sociales más acomodados fue mayor que el de los niños más pobres.

¹⁰ Este texto se extrajo del Congreso Mundial de Lecto-escritura, celebrado en Valencia en Diciembre del año 2000.

receptividad (Segura, 2000)¹¹. Estas afirmaciones nos advierten acerca de la importancia que tiene una estimulación adecuada desde la vida intrauterina y en los primeros años de vida. No solo los padres y madres de familia, los educadores y las educadoras deben asumir un papel mucho más activo en la creación de un ambiente propicio para potenciar el desarrollo integral de la persona, sino también los gobiernos de cada país, son responsables de proveer oportunidades y de esta forma no limitar los derechos y por tanto el futuro de estos niños y niñas. El desarrollo saludable del cerebro tiene un impacto directo sobre las habilidades cognitivas.

Las experiencias negativas, así como la falta de estímulos adecuados durante los primeros años pueden ocasionar que ciertas estructuras no se configuren o lo hagan de manera deficitaria aun a pesar de que luego el estímulo en forma tardía sea de mayor intensidad. Esto tiene un impacto decisivo en la vida adulta ya que pueden causar desórdenes neurológicos y trastornos de conducta. El abandono, el maltrato, la desnutrición o la hipoestimulación son algunos ejemplos de factores capaces de dañar el cerebro infantil. (Teresa, y otros, 1999)¹²

En cuanto al desarrollo sensorial, todos los sentidos ya desempeñan una función al momento de nacimiento. Durante el primer año de vida el niño usa los sentidos para organizar y clasificar sus experiencias.

El desarrollo sensorial es el comienzo del desarrollo cognitivo-motor. A través de los sentidos se reciben las primeras informaciones del entorno y se elaboran las sensaciones y percepciones, que constituyen los procesos básicos de conocimiento. Viendo, tocando, oliendo y explorando el entorno mediante el movimiento, el niño va asimilando experiencias y descubriendo objetos y sus características. Los órganos sensoriales son los encargados de recoger la estimulación que nos brinda el medio y de transmitirla al cerebro, que es donde se registra esa información y se convierte en una sensación. La sensación es por tanto, el efecto producido en las áreas cerebrales por la excitación que se originó en el órgano sensorial, a partir de un estímulo procedente del medio interno o externo (Palacios, Marchesi, & Coll, 1990)¹³. La percepción es un proceso que está incluido dentro del procesamiento de la información y que nos permite organizar, interpretar y codificar los datos sensoriales, a fin de conocer el objeto. Percibirlo significa tomar conciencia de que ese objeto existe, de que tiene consistencia, cualidades, etc.; para ello es necesario la

¹¹ Exploremos el cerebro infantil la conformación de los circuitos neuronales momentos críticos: ¿Por qué y para qué explorar el cerebro infantil?, Página 2.

¹² Investigación científica con 400 niños sanos donde se demuestra que el grado de estimulación ambiental que recibían los niños de sectores sociales más acomodados fue mayor que el de los niños más pobres.

¹³ "Psicología evolutiva" es el primer volumen de la obra que consiste en tres tomos; cada uno de ellos abarca distintas etapas según la edad del desarrollo del niño.

experiencia y la madurez cortical. Cada sistema sensorial dispone de receptores para recoger la información del medio y transmitirla al cerebro por medio de las vías nerviosas a fin de descifrarla y darle significado.

Los sistemas sensoriales que más influyen en el desarrollo cognitivo motor son: el visual, el auditivo y el somato sensorial o táctil-cinestésico. La visión es el sentido menos maduro al nacer. El feto no tiene nada para ver y por tanto la conexión entre los ojos y la corteza visual no puede formarse. Los RN enfocan los objetos que están a una distancia entre 30 y 75 cm. Poco después la experiencia visual se combina con la maduración cortical visual aumentando su destreza. A los dos meses el bebe mira más atentamente el rostro humano y sonríe de modo tímido y fugaz. Hacia los tres meses aparece la visión binocular¹⁴. La audición, por otro lado, es ya bastante fina al nacer. Este sistema es el más importante para el desarrollo normal del lenguaje. Ciertos sonidos parecen provocar algunos reflejos, aun sin que intervenga la percepción consiente. A medida que el tiempo pasa, la audición sensible se combina con el desarrollo cerebral, para distinguir patrones de sonidos y sílabas. El Sistema somato sensorial o táctil-cinestésico tiene varios tipos de receptores: articulares, en músculos y tendones, vestibulares, térmicos y del dolor. Los sentidos del gusto y el olfato ya funcionan al nacer y rápidamente se adaptan al mundo social (Berger, 2007)¹⁵.

El desarrollo de las habilidades motoras es de gran importancia en el lactante. Los niños hallan en su cuerpo y en el movimiento las principales vías para entrar en contacto con la realidad que los envuelve y de esta manera, adquirir los primeros conocimientos acerca del mundo en el que están creciendo y desarrollándose. Sin duda, el progresivo descubrimiento del cuerpo como fuente de sensaciones, la exploración de las posibilidades de acción y funciones corporales, constituirán experiencias necesarias sobre las que se irá construyendo el pensamiento infantil. Asimismo, las relaciones afectivas establecidas en situaciones de actividad motriz, y en particular mediante el juego, serán fundamentales para el crecimiento emocional.

El fin del desarrollo motor es conseguir el dominio y control del propio cuerpo hasta obtener todas sus posibilidades de acción, permitiendo al niño lograr la independencia. Dicho desarrollo se pone de manifiesto a través de la función motriz, la cual está constituida por movimientos orientados hacia un objetivo. Ésta juega un papel primordial en su evolución y perfeccionamiento desde los modelos primarios reflejos hasta los modelos consientes, deliberados y voluntarios que intervienen en los mecanismos de control postural, equilibrio y desplazamiento. La mejora motriz está sujeta a cuatro leyes del desarrollo: Ley

¹⁴ Capacidad de enfocar los dos ojos coordinadamente con el fin de ver una única imagen.

¹⁵ Para profundizar más en el tema remitirse a esta obra del autor : Psicología del desarrollo, capítulo 5, paginas 146-148.

céfalo-caudal, Ley próximo-distal, Ley de lo general a lo específico y Ley del desarrollo de flexo-extensores (Madrona, Contreras Jordan, & Gómez Barreto, 2008).¹⁶

Al momento del nacimiento, el niño depende totalmente del adulto para satisfacer sus necesidades. Su tono muscular se caracteriza por una hipotonía del tronco y la hipertonía de los miembros. La motricidad carece de toda voluntariedad, siendo los movimientos más característicos la movilidad espontánea¹⁷ y la actividad refleja: reflejos profundos y superficiales y reflejos arcaicos¹⁸. Algunos de estos reflejos se mantienen y otros desaparecen de manera progresiva a medida que madura el SN, para ir sustituyéndose por movimientos voluntarios y deliberados (Jiménez, 2000)¹⁹. Estas acciones deliberadas que coordinan las distintas partes del cuerpo y producen grandes movimientos se denominan motricidad gruesa. La motricidad fina, por otro lado, es el proceso de refinamiento del control de la motricidad gruesa. Esta habilidad se desarrolla a través del tiempo, de la experiencia y del conocimiento. Para ello, implica una destreza que resulta de la maduración del sistema neurológico (Madrona, Contreras Jordan, & Gómez Barreto, 2008)²⁰.

¹⁶ Artículo científico donde se recogen conceptos y supuestos en torno al desarrollo motor, los contenidos motrices, la expresión corporal, el juego motor y el planteamiento metodológico y programador de la motricidad en la etapa de educación infantil.

¹⁷ Autónomos, no controlados, sin meta ni significación aparente, no intencionales y aparecen sin ninguna estimulación externa.

¹⁸ Presentes desde el nacimiento; forman parte del comportamiento normal del RN.

¹⁹ El presente artículo se centra en la importancia de incorporar programas de prevención e intervención psicomotriz en toda propuesta educativa durante los primeros años de vida.

²⁰ En el papel "Habilidades motrices en la infancia y su desarrollo desde una educación física animada se expresa la importancia del cuerpo y el movimiento durante la primera infancia, ya que constituyen las vías principales para entrar en contacto con la realidad que los envuelve.

En la siguiente tabla, se observa la evolución de estas habilidades motoras en los niños desde su nacimiento hasta los 2 años de edad.

Tabla Nº 1: Evolución de las Habilidades Motoras desde el nacimiento hasta los 2 años.

EDAD	EVOLUCIÓN REFLEJOS	CONDUCTA MOTORA	CONDUCTA ADAPTATIVA
RN a 3 meses	Succión-deglución, Búsqueda, Puntos Cardinales, Extensión Cruzada, Galant, Globelar, Moro, Babinsky, Grasping, Marcha.	Tortugueo	Fija
	Tónico Cervical Asimétrico		Seguimiento Visual
	Cocleo-Palpebral	Manos a la Boca	Mira su Mano
4 a 6 meses		Control Cefálico	
	Landau	Control Cefálico y de Tronco c/ Apoyo Antebrazos	Barrido
		Sentado c/ Apoyo	Rasgueo
7 a 9 meses	Equilibrio de Tronco DV y DD		Objetos a la Boca
		Manos y Pies a la Boca	
	De Enderezamiento. Cuerpo s/ Cuerpo	Sentado s/ Apoyo	Prensión Radio-Palmar
		Rolado Voluntario	Transfiere
10 a 12 meses		Se Sienta Solo	Noción de Objeto
		Cuadrupedia	
	De Equilibrio	Gateo	Prono-Supinación
13 a 18 meses		Bipedestación	Tira Objetos
			Dedo Índice en Agujero
		Camina c/ Ayuda	Pinza Fina
		Camina Bien	Introduce Objetos en Frascos
		Sube Escaleras	Encaja
19 a 24 meses		Gateando	
		Sube Sillas s/ Ayuda	Torre 4 Cubos
	Control de Esfínteres		Pinza Elegante
		Sube Escaleras c/ Ayuda	Patea la Pelota
		Salta en el Lugar c/ 2 Pies	Introduce Objetos Pequeños en Frascos
		Lanza la Pelota	Torre de 8 Cubos

Fuente: Adaptado del Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Padiatría adaptado.

El desarrollo cognitivo del niño en la primera infancia se puede explicar por medio de las teorías del desarrollo. Éstas, buscan establecer sistemáticamente principios y generalizaciones que proporcionen un marco coherente para la comprensión de cómo y porque las personas cambian a medida que envejecen.

A lo largo del siglo XX y siglo XXI se han propuesto diversos y muy variados enfoques acerca del desarrollo humano; cada una de estas teorías ha sido objeto de crítica, pero

todas han contribuido en gran parte a la interpretación actual sobre el desarrollo de la persona.

En la primera mitad del siglo XX, dos corrientes opuestas, el psicoanálisis y el conductismo, comenzaron como teorías generales de la psicología y luego se aplicaron específicamente al desarrollo infantil. El *psicoanálisis*, cuyo representante fue Sigmund Freud (1857-1939) aporta la primer visión global de la conducta humana y nos hace conscientes del impacto que tienen las experiencias vividas en la niñez temprana en el desarrollo posterior. John Watson, por otro lado, padre del *conductismo*, se ocupó del estudio sistemático de la conducta observable, de todo aquello que podía ver y medir. Para Watson, el aprendizaje se producía por condicionamientos como una respuesta concreta a partir de un estímulo concreto. El conductismo entonces nos ha mostrado los efectos que tienen las respuestas inmediatas, las asociaciones y los ejemplos en el aprendizaje cotidiano (Berger, 2007)²¹.

Hacia mediados de siglo surgió la *teoría cognitiva* que enfatiza la estructura y desarrollo de los procesos de pensamiento y comprensión. Los cognitivistas tratan de determinar cómo piensa una persona y como su grado de comprensión afecta la conducta. El representante de esta corriente fue Jean Piaget (1896-1980) quien se propuso establecer el mecanismo de construcción del pensamiento humano.

Piaget sostuvo que el avance del intelecto se produce porque los seres humanos buscan el equilibrio cognitivo, es decir un estado de equilibrio mental. Para lograr este equilibrio es necesario interpretar las nuevas experiencias a través de las ideas preexistentes. Cuando, se produce una nueva experiencia que es discordante e incomprensible el individuo experimenta cierto desequilibrio cognitivo, que si bien en un primer momento crea confusión, conduce al desarrollo cognitivo porque las personas deben adaptar viejos conceptos (Javier, 1992)²².

El pensamiento por lo tanto se adapta a la experiencia. Esta adaptación se logra a través de dos procesos fundamentales: por asimilación y por acomodación. Asimilación es la acción que ejerce el individuo sobre los objetos que lo rodean, modificándolos en función de esquemas mentales preexistentes. A través de la acomodación, el sujeto modifica sus esquemas en el intercambio con el medio. La acción que ejerce el ambiente es transformadora, ya que los datos que se incorporan a la experiencia producen cambios y

²¹ Psicología del desarrollo, donde Berger explica en el capítulo 2 del libro las distintas teorías del desarrollo de la persona

²² Este trabajo presenta la obra de Piaget desde una amplia perspectiva; se analizan sus implicaciones educativas, y en particular las referencias a la Didáctica de las Ciencias.

crean nuevos esquemas cognitivos (Schapira, 2007)²³. Estos procesos de adaptación ocurren durante toda la vida, y constituyen la esencia de la inteligencia.

Piaget describió cuatro períodos característicos de la inteligencia: sensoriomotriz (RN-2 años), el preocupacional (2-6 años), el operacional concreto (6-11 años) y el operacional formal (desde los 12 años). Al primer periodo se lo subdivide a su vez en 6 etapas. En cada aspecto de la inteligencia sensoriomotriz existe una interacción activa entre el cerebro y los sentidos, donde las sensaciones, percepciones y la cognición se reciclan en un ida y vuelta, en lo que Piaget llamo reacciones circulares (Berger, 2007)²⁴.

Tabla N°2: Periodo Sensoriomotor de Piaget

REACCIONES CIRCULARES	ETAPA	CARACTERÍSTICAS
PRIMARIAS	Los Reflejos (RN-2 meses)	Los RN responder a sus experiencias a través de reacciones innatas simples. A medida que estas se transforman en acciones deliberadas, comienza la inteligencia sensoriomotriz.
	Primeras Adaptaciones Adquiridas (2-4 meses)	Comienza la adaptación de los reflejos y los sentidos y la organización de las percepciones.
SECUNDARIAS	Conciencia de las cosas (4-8 meses)	El niño interactúa con su entorno, con personas y objetos para hacer que las experiencias sean emocionantes y los acontecimientos interesantes duren.
	Adaptación y Anticipación (8-12 meses)	El niño piensa en un objetivo y comienza a comprender como lograrlo. Responde a personas y objetos más deliberadamente y con un propósito; anticipa sucesos que satisfarán sus necesidades y deseos y logra la permanencia del objeto.
TERCIARIAS	Descubrimiento de nuevos medios a través de la experimentación activa y creación (12-18 meses)	Las actividades del bebe dirigidas a un objetivo se vuelven más expansivas y creativas. Es la etapa del "pequeño científico" donde el niño experimenta con el objetivo de averiguar, empleando el método de ensayo y error, permitiéndole descubrir las distintas posibilidades con un objeto.
	Nuevos medios a través de las combinaciones mentales (18-24 meses)	Los niños comienzan a anticipar y resolver problemas simples, piensan en las consecuencias antes de actuar; simulan e imitan conductas que han observado.

Fuente: Berger (2007)

Como contraste pero complemento de estas tres grandes teorías, surgen dos nuevas corrientes de pensamiento que son multiculturales y multidisciplinarias. Por un lado surge la *teoría sociocultural* con Lev Vigotsky (1896-1934) como pionero de la misma; el tema central

²³ Investigación científica donde se revisan los tests de evaluación del desarrollo psicomotor más empleados y se analizan las características de cada uno.

²⁴ Para mayor información se sugiere revisar el "Capítulo 6: Los primeros dos años, el desarrollo cognitivo" del libro Psicología del Desarrollo.

es el desarrollo humano como resultado de la interacción dinámica entre las personas en desarrollo y la sociedad que las rodea, donde la cultura es vista como una parte integral de la persona.

En sus propios términos Vigotsky expresa “*el proceso de desarrollo cultural puede definirse en cuanto a su contenido, como el desarrollo de la personalidad del niño y de la concepción del mundo*” (Vigotsky, 1983). Según esta teoría, el funcionamiento mental de un individuo solamente puede ser entendido examinando los procesos sociales y culturales en los cuales éste está insertado. Vigotsky expresa en su teoría que existen dos líneas diferentes dentro de un proceso general de desarrollo, por un lado los procesos elementales que son de origen biológico y por otro las funciones psicológicas superiores, las cuales son de origen sociocultural. Además, su énfasis se centro en argumentar que los factores sociales son absolutamente determinantes mientras que los factores genéticos juegan un rol menor. Por ello, postula que el desarrollo se trata de un proceso social que se inicia a partir del nacimiento y es asistido por adultos u otros agentes considerados más competentes en cuanto al manejo del lenguaje, habilidades y tecnologías disponibles en ese espacio cultural. En tal sentido, este desarrollo es custodiado o asistido por colaboración de terceros y se realiza en torno a la zona de desarrollo próximo, que constituye el conjunto de habilidades, conocimientos y conceptos que está adquiriendo el individuo, pero que no puede dominar sin ayuda ya que todavía no han madurado. Por lo tanto, se puede decir que el desarrollo es producto de las interacciones que se establecen entre l persona que aprende y los otros individuos mediadores de la cultura (Vielma & Salas, 2000)²⁵.

Esta teoría ha sido criticada por omitir los procesos del desarrollo que no son meramente sociales, por desvalorizar la influencia de los genes en el desarrollo. De esta manera surge la teoría del desarrollo más reciente: la *teoría epigenética*. Esta última, comprende tanto los orígenes genéticos del comportamiento como la influencia directa y sistemática que tienen las fuerzas ambientales en los genes a lo largo del tiempo (Berger, 2007).

La palabra “epigenética” deriva de la raíz *genético*, que alude al genoma completo, que comprende los genes que determinan que una persona sea genéticamente única, los genes que distinguen a nuestra especie como seres humanos y los genes que comparten todas las criaturas vivas, y del prefijo *epi*, que significa “con”, “alrededor”, “antes”, “después”, “sobre” o “cerca”. Por lo tanto epigenética se refiere a todos los factores del entorno que influyen en la expresión genética, tanto los facilitadores o como los factores de estrés.

²⁵ Si se quiere ampliar la información, en este artículo “Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner” se presentan los distintos enfoques de estos grandes constructores de la Psicología del Desarrollo durante finales de siglo.

La teoría epigenética se dedica a estudiar los cambios heredables que no dependen de la secuencia de bases del ADN; enfatiza en el hecho de que los agentes ambientales actúan sobre los genes e influyen en su funcionamiento. Los cambios epigenéticos son cambios reversibles de ADN que hacen que unos genes se expresen o no de acuerdo a condiciones exteriores (Robles & col, 2012)²⁶.

Las teorías actuales basan el desarrollo cognitivo en la relación que existe entre la percepción y la cognición. La *teoría del procesamiento de la información* presenta otra visión de la cognición infantil, que contrasta con la perspectiva de Piaget. Esta perspectiva, compara por analogía los procesos de pensamiento humano con el análisis de datos que realizan los ordenadores. Sus teóricos consideran que el procesamiento de la información humana comienza con entradas en forma de mensajes sensoriales recogidos por los cinco sentidos; continua con las reacciones y conexiones cerebrales y los recuerdos almacenados y concluye con algún tipo de resultado.

La teoría de los hermanos Gibson sostiene que:

“El desarrollo de las percepciones tempranas supone un conocimiento cada vez mayor de los abordajes que se adquieren a través de las interacciones activas de los niños con los objetos y los acontecimientos que lo rodean”. (Gomez, 2000)

La percepción no es un fenómeno automático, sino un proceso cognitivo activo en el que cada individuo actúa de una manera selectiva en un campo muy variado de posibilidades perceptivas (Eleanor, 1988)²⁷. Todos los objetos nos dan la posibilidad de ser percibidos y tienen muchísimos abordajes posibles que dependen de: experiencias personales, necesidades presentes, atención, conocimiento, capacidades intelectuales, cuan estimulado se este, etc. Por ello, cada persona puede percibir un mismo objeto de manera diferente. Cada una de estas oportunidades se denomina *funcionalidad*. La funcionalidad de cada cosa es reconocida por los bebés a cualquier edad (Graham, Kilbreath, & Welder, 2004)²⁸. Sin embargo, los tipos de funcionalidad que el bebé percibe evolucionan a medida que éste gana experiencia.

A pesar de las variaciones entre un bebé y otro en los tipos de funcionalidad particular de las cosas que cada uno percibe, todos los bebés comparten dos principios generales de

²⁶ Para ampliar la información se sugiere consultar el artículo “Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana” del mismo autor.

²⁷ Los capítulos de este volumen están basados en papers científicos presentados en “The Minnesota Symposia on child psychology.

²⁸ Estudio científico donde se examinó la influencia de la similitud en la forma y en las etiquetas de las inferencias inductivas en niños de 13 meses de edad.

la percepción: la percepción dinámica que está dirigida a enfocarse en el movimiento y el cambio, y la preferencia por otras personas ya que todos los sentidos del ser humano están preparados para responder a los estímulos sociales.

Por último, el desarrollo psicosocial se refiere a la integración del desarrollo emocional y social. Los dos primeros años de vida están plenos de interacciones psicosociales, todas resultantes de los genes, la maduración, la cultura y los cuidadores.

Dentro de los dos primeros años de vida, los bebés progresan notablemente en cuanto a la expresión de sus emociones, desde el dolor y el placer reactivos hasta patrones complejos de conciencia social. Éste es el periodo de “gran sensibilidad emocional”. (Carollo, Fine, Mostow, Trentacosta, & Campbell, 2002)²⁹

Al principio hay sólo dos emociones identificables en los bebés: satisfacción y disgusto, que se expresan como placer y dolor. Los RN se muestran felices y relajados luego de ser alimentados o cuando van a dormir; lloran cuando algo les duele o sienten hambre, están cansados o tienen molestias. Después de las primeras semanas otras emociones se vuelven reconocibles; los niños demuestran curiosidad, la cual se hace cada vez más evidente a medida que los niños se vuelvan más capaces de distinguir lo inusual de aquello que les resulta familiar. (Jerome, 2002)³⁰. El interés en los rostros se transforma en placer, primero expresado a través de la sonrisa social alrededor de la sexta semana y luego comienzan a reír a los 3 o 4 meses; al año el niño puede reír muy fuerte, a carcajadas, con evidente placer.

El enojo generalmente es suscitado por la frustración, cuando algo o alguien interfieren con la consecución de un objetivo. A medida que los bebés se vuelven más capaces de realizar movimientos deliberados, el enojo ante los impedimentos se hace más evidente. Durante la primera infancia el enojo es considerado como una respuesta saludable a la frustración, a diferencia de la tristeza, que indica retraimiento e indefensión.

El miedo, que aparece alrededor de los 9 meses, se manifiesta de dos maneras: como recelo hacia los extraños o como ansiedad de separación. Además muchos niños de un año temen a todo lo inesperado. Todos estos temores son normales, y suelen desaparecer con la repetición de las experiencias y la protección de la persona que lo cuida. (Berger, 2007) A partir del segundo año, el enojo y el temor generalmente se vuelven menos frecuentes y llegan a estar dirigidos a cosas que son verdaderamente irritantes o terroríficas. De manera similar, tanto la risa como el llanto se vuelven más discriminativos.

²⁹ Investigación donde se presenta un análisis del papel de las emociones en el desarrollo normal y anormal del niño y la intervención preventiva.

³⁰ Jerome Kagan señala en su libro la importancia infravalorada de la sorpresa y la incertidumbre en la formación y desarrollo del comportamiento, las emociones y el pensamiento.

Al final del segundo año aparece el orgullo, la pena, la vergüenza y hasta la culpa; la motivación y la cognición se desarrollan. El niño no solo tiene muchas reacciones emocionales, sino que también reconoce cuales son consideradas aceptables y cuáles no.

Durante todo este periodo el contexto social provoca, guía e identifica las diferentes emociones del niño. La familia juega un rol fundamental en el desarrollo socio afectivo del infante ya que facilita el desarrollo de conductas prosociales y la autorregulación emocional. Es aquí además, donde el niño aprende valores, normas, roles y habilidades, y las mismas estarán en relación directa con la salud mental de los padres, las pautas de crianza, sus relaciones interpersonales, las discusiones familiares entre hermanos, la sensibilidad de los padres a las necesidades de sus hijos y la aceptación de la individualidad entre otras. (Martinez, 2009)³¹ “Los apegos que los niños desarrollan con sus padres y hermanos generalmente duran toda la vida y sirven como modelos para relacionarse con el resto de las personas con las que tomaran contacto a lo largo de su desarrollo.” (Jaude, 2003)³²

Desde la perspectiva del conductivismo las emociones y la personalidad se moldean según refuerzos o el castigo de los padres hacia las conductas espontaneas del niño. Watson (1928)³³ expresa:

“Los padres son totalmente responsables de que un niño se crie feliz, que sea equilibrado, suponiendo que tenga una buena salud física. Cuando los niños tienen 3 años los padres ya han determinado... (Si el niño) va a crecer como una persona feliz, integra y de buen carácter, si va a gemir, a quejarse de manera neurótica, si será irritable, vengativo, un tirano o una persona que va por la vida definitivamente dominada por el miedo”.
(Berger, 2007)

En las interacciones negativas en la familia pueden crearse desajustes psicológicos en los hijos. De la misma manera, los conflictos que viven y experimentan los padres diariamente, así como el estrés que le generan, pueden influir sobre las características de los hijos y su ajuste emocional (García, 2006)³⁴. Un ambiente familiar cargado de conflictos interpersonales provoca déficit en el desarrollo emocional y genera distintos niveles de

³¹ En el artículo “Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia” la autora hace una revisión y reflexión sobre la relación entre las pautas y los estilos de crianza y el desarrollo socioafectivo durante la infancia.

³² Gladys Jaude analiza algunos factores sociales que han incrementado en los hijos el riesgo de bajo rendimiento, de fracaso, problemas emocionales y conductuales en la escuela.

³³ En su libro “Psychological care of infant and child”, donde pone especial atención en la evolución de las emociones.

³⁴ Este artículo fue emitido por la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; pertenece a un proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto.

ansiedad y desordenes ansiosos. Todas estas experiencias familiares negativas pueden influir en la autopercepción del niño, en su capacidad de control emocional y conductual. (Jaude, 2003) Esta autoconciencia es uno de los fundamentos para el desarrollo emocional del niño; implica la comprensión que tiene una persona de ser un individuo diferente, cuyo cuerpo, mente y acciones son independientes de los otros.

Los niños muy pequeños no tienen sentido del “yo”. Alrededor de los 5 meses el niño comienza a desarrollar el sentido de sí mismo y entre los 15 y 18 meses surge el concepto de sí mismo como objeto propio de autoconciencia. (Susan, 1998)³⁵ El orgullo y la vergüenza están muy relacionados con el autoconcepto y varían en el momento y el modo en que se desarrollan.

Otro factor de riesgo para el desarrollo psicosocial del infante tiene que ver con el bajo nivel socioeconómico familiar. Según la UNESCO los efectos acumulados de pobreza influyen directamente en la vulnerabilidad física y psicosocial del niño que crece y se desarrolla en medio de factores ambientales adversos. (UNESCO, 1996) Además, el nivel educativo de los padres, la pobreza y las dificultades escolares de los hijos son factores mutuamente relacionados, y el nivel educativo de la madre poderoso predictor del rendimiento escolar. Estas familias, a pesar de valorar o no la educación, no suelen tener la capacidad y/o el interés para favorecer la educación de sus hijos. (Jaude, 2003)³⁶

³⁵ Esta autora es reconocida como uno de los 50 mejores psicólogos del desarrollo internación en el año 1998. Realizo estudios de pregrado en psicología con postgrados dobles en la psicología del desarrollo y clínica en el niño con amplias menores de edad, tanto en psicología experimental y social.

³⁶ Para mayor información se puede revisar “Familias disfuncionales y de bajo nivel socioeconómico y cultural” de la misma autora.

A black and white photograph of a young child with dark hair, sitting on a concrete ledge against a textured wall. The child is wearing a striped t-shirt and plaid shorts, and is laughing heartily with their mouth open. The text 'DISEÑO METODOLÓGICO' is overlaid in the center of the image.

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo descriptiva ya que tiene como propósito recolectar una serie de datos para poder describir como es el desarrollo psicomotriz del niño menor a dos años según las características del entorno que lo rodea.

El tipo de diseño metodológico utilizado en esta investigación es no experimental transversal descriptivo, ya que se observara el desarrollo psicomotor de un grupo de niños en su contexto natural en un momento dado y se medirán las variables para luego proporcionar su descripción.

La Población a evaluar en esta investigación incluye a 64 niños entre 0 y 2 años sin patologías congénitas y/o adquiridas que pudieran interferir en el desarrollo PSM, que vivan en la ciudad de Mar del Plata. Los criterios de exclusión incluyen a aquellos niños cuyos padres/tutores/cuidadores no autoricen a realizar la evaluación y a aquellos que se encuentren realizando Kinesiología, Terapia ocupacional y/o Fonoaudiología, o cualquier terapia complementaria en búsqueda de educar o reeducación su desarrollo integral.

La muestra será no probabilística, seleccionada por conveniencia.

El relevamiento de las características del entorno familiar se realizara por medio de una encuesta de elaboración personal.

Para evaluar el desarrollo psicomotriz del niño se utilizara el Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría.

VARIABLES

- **Reflejos**

Definición Conceptual: Reacciones primarias que se manifiestan de una forma idéntica y determinada en el tiempo en niños de 0 a 2 años; forman parte del comportamiento normal del recién nacido a término y pretérmino.

Definición Operacional: Reacciones primarias que se manifiestan de una forma idéntica y determinada en el tiempo en niños de 0 a 2 años; forman parte del comportamiento normal del recién nacido a término y pretérmino. Se evalúan mediante el Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría, considerando:

RN	Moro
A	Tónico Cervical Asimétrico
3 MESES	Cocleo-Palpebral.
3 A	Landau
6 MESES	R. de Equilibrio de Tronco DV y DD.
7 A	Reflejo de Enderezamiento Cuerpo sobre Cuerpo
9 MESES	Reflejo de Paracaídas.
10 A	Reflejo de Equilibrio
12 MESES	
13 A	
18 MESES	
19 A	Control de esfínteres
24 MESES	

Fuente: Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría

- **Conductas Motoras**

Definición Conceptual: Organización significativa del comportamiento motor de niños entre 0 y 2 años; la totalidad de procesos y funciones del organismo en situación.

Definición Operacional: Organización significativa del comportamiento motor de niños de 0 a 2 años. Se evalúan mediante el Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría, considerando:

RN	Tortugueo
A	Manos a la boca
3 MESES	Control Cefálico.
4	Control Cefálico y de Tronco c/ Apoyo Antebrazos
A	Sentado c/ Apoyo
6 MESES	Manos y Pies a la Boca.
7	Sentado s/ Apoyo
A	Rolado Voluntario
9 MESES	Se Sienta Solo Cuadrupedia.
10	Gateo
A	Bipedestación
12 MESES	Camina c/ Ayuda.
13	Camina Bien
A	Sube Escaleras Gateando
18 MESES	Sube Sillas s/ Ayuda.
19	Sube Escaleras c/ Ayuda
A	Salta en el Lugar c/ 2 Pies
24 MESES	Lanza la Pelota.

Fuente: Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría

- **Conductas Adaptativas**

Definición Conceptual: Conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por los niños de 0 a 2 años para funcionar en su vida diaria.

Definición Operacional: Conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por los niños de 0 a 2 años para funcionar en su vida diaria. Se evalúan mediante el Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría considerando:

RN	Fija
A	Seguimiento Visual
3 MESES	Mira su Mano.
3	Barrido
A	Rasgueo
6 MESES	Objetos a la Boca.
7	Prensión Radio-Palmar
A	Transfiere
9 MESES	Noción de Objeto.
10	Prono-Supinación
A	Tira Objetos
12 MESES	Dedo Índice en Agujero Pinza Fina.
13	Introduce Objetos en Frascos
A	Encaja
18 MESES	Torre 4 Cubos Pinza Elegante.
19	Patea la Pelota
A	Introduce Objetos Pequeños en Frascos
24 MESES	Torre de 8 Cubos.

Fuente: Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría

- **Evolución del Lenguaje**

Definición Conceptual: Transformación gradual o cambios a través del tiempo en relación al lenguaje en niños de 0 a 2 años; base de la comunicación humana.

Definición Operacional: Transformación gradual a través del tiempo en relación al lenguaje en niños de 0 a 2 años. Se evalúa mediante el Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría considerando:

RN	Dif. Llantos
A	Gorgorismo
3 MESES	Vocalización.
3	Chillidos, Carcajadas.
A	
6 MESES	
7	Silabeo.
A	
9 MESES	
10	Simbólico
A	Gestual
12 MESES	Primera Palabra.
13	Señala 2 o 3 partes del cuerpo
A	Palabra Frase
18 MESES	Discurso Jeringoso Frase de 2 palabras.
19	Señala 4 o 5 ptes del cuerpo
A	Dice su nombre
24 MESES	Tararea y canta Frase completa.

Fuente: Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría

- **Conducta Social**

Definición Conceptual: Comportamiento o conducta dirigida hacia la sociedad por parte de niños entre 0 y 2 años.

Definición Operacional: Comportamiento o conducta dirigida hacia la sociedad en niños de 0 a 2 años. Se evalúa mediante el Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría considerando:

RN	Mira la cara
A	Sonrisa Social.
3 MESES	
3	Anticipación ante el alimento
A	Interés por los sonidos
6 MESES	Sonríe frente al espejo.
7	Busca objetos fuera de su alcance
A	Angustia de los 8 meses
9 MESES	Rpta. al "No".
10	Palmaditas a "tortitas",
A	Da un objeto
12 MESES	Ayuda a vestirse y desvestirse.
13	Se viste con ayuda
A	Come solo c/ mano
18 MESES	Bebe de la taza.
19	Se quita o pone los zapatos o prenda
A	Imita y ayuda en tareas simples
24 MESES	Come con cuchara o tenedor Juego Simbólico.

Fuente: Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría

- **Edad Cronológica**

Definición Conceptual: Cantidad de años, meses y días cumplidos del niño entre 0 y 2 años a la fecha en que se realiza la encuesta; se determina por la fecha de nacimiento.

Definición Operacional: Se pregunta la fecha de nacimiento del niño entre 0 a 2 años al miembro familiar entrevistado y se registra en la encuesta de elaboración personal.

- **Edad Corregida**

Definición Conceptual: La edad que tendría el niño entre 0 y 2 años si hubiese nacido a término, es decir a las 40 semanas de edad gestación.

Definición Operacional: Se calcula la edad que tendría el niño entre 0 y 2 si hubiese nacido a término. Para ello es necesario conocer la edad cronológica del niño y luego restarle el número de semanas en que fue prematuro. Se registra en la encuesta de elaboración personal.

- **Edad Madurativa**

Definición Conceptual: Indica el estado evolutivo del niño de 0 a 2 años en función de su edad cronológica y el desenvolvimiento de sus habilidades motoras, adaptativas, sociales, evolución del lenguaje y los reflejos.

Definición Operacional: Se calcula el estado evolutivo del niño de 0 a 2 años sumando la edad madurativa en cada una de las 5 conductas evaluadas por medio del Protocolo de evaluación kinésica del hospital Garrahan de pediatría: reflejos, conducta motora, conducta adaptativa, conducta social y evolución del lenguaje, y luego se divide por cinco.

- **Retraso Madurativo**

Definición Conceptual: Niños entre 0 y 2 años cuyo estado evolutivo es inferior al esperado para su edad cronológica o corregida según corresponda. Este término generalmente no se utiliza más allá de los 3 a 5 años de edad del niño, ya que a estas edades es posible establecer un diagnóstico o definir la causa del retraso.

Definición Operacional: Niños entre 0 y 2 años cuyo estado evolutivo es inferior al esperado para su edad cronológica o corregida según corresponda. Se calcula restando la edad madurativa de la edad corregida o cronológica según corresponda del niño de 0 a 2 años.

- **Edad de los Padres**

Definición Conceptual: Cantidad de años, meses y días cumplido a la fecha en que se realiza la encuesta.

Definición Operacional: Se pregunta la cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha, mediante una encuesta al miembro familiar entrevistado.

- **Nivel Ocupacional**

Definición Conceptual: La condición de actividad define la situación en que se encuentran las personas con respecto a su participación o no en la actividad económica.

Definición Operacional: Se pregunta la condición en la actividad económica de los padres, cuidadores o tutores, mediante una encuesta al miembro familiar entrevistado considerando como:

Ocupados: Persona que durante una determinada semana de referencia trabajó una hora o más como empleado u obrero por remuneración o como empleador o cuenta propia, por utilidades o ganancias; o personas que tenían un empleo pero no trabajaron en la

semana de referencia por vacaciones, enfermedad de corta duración, permiso u otras razones¹.

Desocupados: Persona que no estaba ocupada en la semana de referencia de la respectiva encuesta pero estaba cesante, es decir, deseaba trabajar y estaba buscando trabajo activamente, habiendo trabajado anteriormente en un empleo regular o buscando trabajo por primera vez².

- **Nivel de Educación**

Definición Conceptual: Cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponde con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural.

Definición Operacional: Se pregunta mediante una encuesta en que tramo del sistema educativo formal se encuentran o quedaron los padres, cuidadores o tutores, al miembro familiar entrevistado.

- **Necesidades Básicas del Hogar**

Definición Conceptual: Bienes que satisface necesidades y por lo tanto debe tener un conjunto de atributos o características, los cuales varían de acuerdo al contexto histórico y cultural. Las necesidades fundamentales del ser humano son: subsistencia (salud, alimentación, etc.), protección (sistemas de seguridad y prevención, vivienda, etc.), afecto (familia, amistades, privacidad, etc.) entendimiento (educación, comunicación, etc.), participación (derechos, responsabilidades, trabajo, etc.), ocio (juegos, espectáculos) creación (habilidades, destrezas), identidad (grupos de referencia, sexualidad, valores), libertad (igualdad de derechos).

Definición Operacional: Se pregunta el miembro familiar encuestado sobre los bienes y servicios de que disponen para definir si los hogares pueden satisfacer o no las necesidades básicas. Éstas según el Método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) se agrupan en cuatro categorías: Acceso a una vivienda que asegure un estándar mínimo de habitabilidad para el hogar, acceso a servicios básicos que aseguren un nivel sanitario adecuado, acceso a educación básica y capacidad económica para alcanzar niveles mínimos de consumo. En cada una de ellas existe un grado mínimo aceptable de satisfacción, es decir un nivel crítico a partir del cual se define si el hogar es “carente” o “no carente” (Feres & Mancero, 2001). Las dimensiones factibles de ser medidas dentro de cada necesidad básica son:

¹ Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

² Definido por el Instituto Nacional de estadísticas (INE).

- Acceso a una vivienda apropiada: Se realiza a través de dos categorías, los materiales de construcción de la vivienda y el grado de hacinamiento de los miembros del hogar. Se definen como “carentes” aquellos hogares con una vivienda, con pisos de arena o tierra. Además aquellos en donde se vive en condiciones de hacinamiento, es decir, tres o más personas por habitación.

- Acceso a servicios sanitarios básicos: Se realiza a través de dos variables, el acceso a agua potable y la disponibilidad de un sistema de eliminación de excretas. Se definen como “carentes” aquellos hogares que no dispongan de agua potable y/o no tengan acceso a servicios sanitarios para el desecho de excretas.

- Acceso a educación básica: Se considera la asistencia de los niños en edad escolar a un establecimiento educativo. Se definen como “carentes” aquellos hogares que tengan al menos un niño menor de edad que no asista a un establecimiento educativo.

- Capacidad económica: El indicador que muestra la capacidad económica del hogar se construye a base a una combinación entre el nivel educativo del principal sostén del hogar y la relación numérica entre perceptores y no-perceptores de ingresos. Se definen como “carentes” aquellos hogares que tuvieran tres o más miembros que no reciben ingresos bajo el cuidado de un perceptor (miembro ocupado) y además, cuyo principal sostén familiar tuviera baja educación, con una asistencia de 2 años o menos al nivel primario.

Una vez que se han identificado y clasificado las diversas carencias críticas de los hogares, se clasifican a los hogares como “pobres” o “no pobres”, diferenciando de manera dicotómica entre los hogares con al menos una necesidad insatisfecha y los que no presentan carencias críticas.

¿TIENEN UNA VIVIENDA PROPIA? SI/NO.....
 ¿CUÁNTAS HABITACIONES TIENE LA VIVIENDA?.....
 ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR?
 ¿CUÁNTOS MIEMBROS ESTÁN OCUPADOS?.....
 ¿CUÁNTOS DE ELLOS SON MENORES DE EDAD?
 ¿EXISTE ALGÚN INTEGRANTE DE LA VIVIENDA MENOR DE EDAD QUE NO ASISTA A UN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO? SI, ¿CUÁNTOS?..... NO, ¿CUÁNTOS?.....
 ¿DE QUÉ MATERIAL SON LOS PISOS DE LA VIVIENDA?:
 MOSAICO/MADERA/CERÁMICA/ALFOMBRA/BALDOSA/TIERRA/ARENA
 ¿TIENE BAÑO EN LA CASA? SI/NO ¿PRESENTA BOTÓN O CADENA? SI/NO
 ¿TIENE AGUA POTABLE? SI/NO

Fuente: Elaboración Personal

- **Estimulación**

Definición Conceptual: Toda aquella actividad de contacto o juego con un niño de entre 0 y 2 años que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos. Tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra, amplían la habilidad mental, que le facilita el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación.

Definición Operacional: Se pregunta al miembro familiar entrevistado por medio de una encuesta de elaboración personal, si en el hogar cuentan con distintos juguetes o si se realizan actividades de contacto con el niño de 0 a 2 años para facilitar la enseñanza y aprendizaje del mismo.

- **Estado nutricional**

Definición Conceptual: Es la situación en la que se encuentra el niño entre 0 y 2 años en relación a la ingesta y a las adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. La dieta debe cumplir con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promoviendo el crecimiento y el correcto desarrollo. Durante los 2 primeros años de vida según la OMS y el UNICEF es fundamental:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando con la lactancia materna hasta los 2 años aproximadamente. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Definición Operacional: Se pregunta mediante una encuesta la talla, el peso y el tipo de alimentación del niño al miembro familiar entrevistado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante esta investigación se pretende evaluar el desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses mediante el Protocolo de Evaluación Kinesica del Hospital Garrahan según las características del entorno familiar. Para esto último, se indagará al familiar entrevistado mediante una encuesta de elaboración personal. Su participación en esta investigación es voluntaria; usted puede elegir participar o no.

No compartiremos su identidad. La información obtenida se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

He sido invitada/o a participar en la investigación que tiene como objetivo analizar el desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses según las características del entorno familiares. Entiendo que mi hija/o será evaluada/o y que yo seré entrevistada/o. He sido informada/o que tanto la evaluación como la entrevista no presentan ningún tipo de riesgos para mi hijo, para mí y/o para mi familia.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Firma del Participante _____

Fecha _____

ENCUESTA DE ELABORACIÓN PERSONAL

Paciente:..... **Fecha de Nacimiento:**..... **Peso:**..... **Talla:**...
Edad Gestacional:.....
Edad Corregida:.....

Madre: Ausente/Presente Edad: Nivel de Educación: Sin Estudios Primaria: Completa/ Incompleta Secundaria: Completa/Incompleta Terciaria: Completa/Incompleta Universitaria: Completa/Incompleta Estudios de Post-grado Nivel ocupacional: Ocupado/Desocupado En caso de trabajar, ¿Cuántas horas trabaja por día?	Padre: Ausente/Presente Edad: Nivel de Educación: Sin Estudios Primaria: Completa/ Incompleta Secundaria: Completa/Incompleta Terciaria: Completa/Incompleta Universitaria: Completa/Incompleta Estudios de Post-grado Nivel ocupacional: Ocupado/Desocupado En caso de trabajar, ¿Cuántas horas trabaja por día?
--	--

Si ambos están Activos **¿Quién queda a cargo del niño?**..... **¿Cuántos años tiene?**.....

¿Tienen una vivienda propia?.....
¿Cuántas Habitaciones tiene la vivienda?.....
¿Cuántas personas viven en el hogar?
¿Cuántos miembros están ocupados?.....
¿Cuántos de ellos son menores de edad?
¿Existe algún integrante de la vivienda menor de edad que no asista a un establecimiento educativo? Si, **¿Cuántos?**..... NO, **¿Cuántos?**.....
¿De qué material son los pisos de la vivienda?:
 Mosaico/Madera/Cerámica/Alfombra/Baldosa/Tierra/Arena
¿Tiene baño en la casa? Si/No **¿Presenta botón o cadena?** Si/No
¿Tiene agua potable? Si/No

¿El niño inicio inmediatamente con la lactancia materna? Si/No
 Si es NO, **¿Por qué?**.....
Hasta los 6 meses ¿Se alimento exclusivamente con leche materna? Si/No
A partir de los 6 meses hasta los 2 años ¿Se incorporaron alimentos nutricionales complementarios? Si/No
 Si es NO, **¿Por qué?**.....

¿El niño tuvo alguna enfermedad por la cual haya tenido que ser internado? Si/No
 Si es Si, **¿Cuál?**..... **¿Cuánto tiempo estuvo internado?**.....
¿Juega con el niño? Si, **¿Cuántas horas al día?**
 No, **¿Por qué?**.....
¿El niño asiste a una guardería? Si/No Si es Si, **¿Cuántas horas al día?**.....

¿Tiene juguetes móviles, colgantes, gimnasio o sonajeros? Si/No
¿Tiene juguetes con distintos sonidos? Si/No
¿Tiene juguetes con distintas formas, tamaños, colores y texturas? Si/No
¿Tiene juguetes de encastre? Si/No
¿Tiene pelotas o triciclo? Si/No
¿Tiene juguetes para el juego simbólico? (Animales, muñecos, cocina) Si/No
¿Tiene juguetes para aprender los números? Si/No
¿Tiene libros infantiles? Si/No
¿Tiene material para el garabateo? (Pinturas, lápices, pizarra) Si/No
¿Mira televisión? Si/No
¿Juega con una tablet, computadora? Si/No
¿El niño esta preferentemente acostado? Si, **¿Hay cambios de posiciones?** Si/No
 No, **¿Ésta preferentemente a UPA?** Si/No
Otras actividades o juguetes que no estén contempladas en esta encuesta:.....

Fuente: Elaboración Personal

Fuente: Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría.

EDAD	EVOLUCIÓN REFLEJOS	CONDUCTA MOTORA	CONDUCTA ADAPTATIVA	EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE	CONDUCTA SOCIAL
RN a 3 meses	Moro	Tortugueo	Fija	Dif. Llantos	Mira la cara
	RTCA		Seguimiento Visual	Gorgorismo	Sonrisa Social
	Cocleo-Palpebral	Manos a la Boca	Mira su Mano	Vocalización	
		Control Cefálico			
4 a 6 meses	Landau	Control Cefálico y de Tronco c/ Apo. Antebrazos	Barrido	Chillidos	Anticipación ante el alimento
		Sentado c/ Apoyo	Rasgueo		Interés por los sonidos
	Equilibrio de Tronco DV y DD		Objetos a la Boca	Carcajadas	Sonríe frente al espejo
		Manos y Pies a la Boca			
7 a 9 meses	Enderezamiento o. Cuerpo s/ Cuerpo	Sentado s/ Apoyo	Preñión Radio-Palmar	Silabeo	Busca objetos fuera de su alcance
		Rolado Voluntario	Transfiere		
	De Paracaídas	Se Sienta Solo	Noción de Objeto		Angustia de los 8 meses.
		Cuadrupedia			Rpta. al "No"
10 a 12 meses	De Equilibrio	Gateo	Prono-Supinación	Simbólico	Palmaditas a "tortitas"
		Bipedestación	Tira Objetos		Da un objeto
			Dedo Índice en Agujero	Gestual	Ayuda a vestirse y desvestirse
		Camina c/ Ayuda	Pinza Fina	Primera Palabra	
13 a 18 meses		Camina Bien	Introduce Obj. en Frascos	Señala 2 o 3 partes del cuerpo	Se viste con ayuda
		Sube Escaleras Gateando	Encaja	Palabra Frase	Come solo c/ mano
		Sube Sillas s/ Ayuda	Torre 4 Cubos	Discurso Jeringoso	Bebe de la taza
			Pinza Elegante	Frase de 2 palabras	
19 a 24 meses	Control de Esfínteres	Sube Escaleras c/ Ayuda	Patea la Pelota	Señala 4 o 5 ptes del cuerpo	Se quita o pone los zapatos o prenda
		Salta en el Lugar c/ 2 Pies	Introduce Obj. Pequeños en Frascos	Dice su nombre	Imita y ayuda en tareas simples
		Lanza la Pelota	Torre de 8 Cubos	Tararea y canta	Come con cuchara o tenedor.
				Frase completa	Juego Simbólico

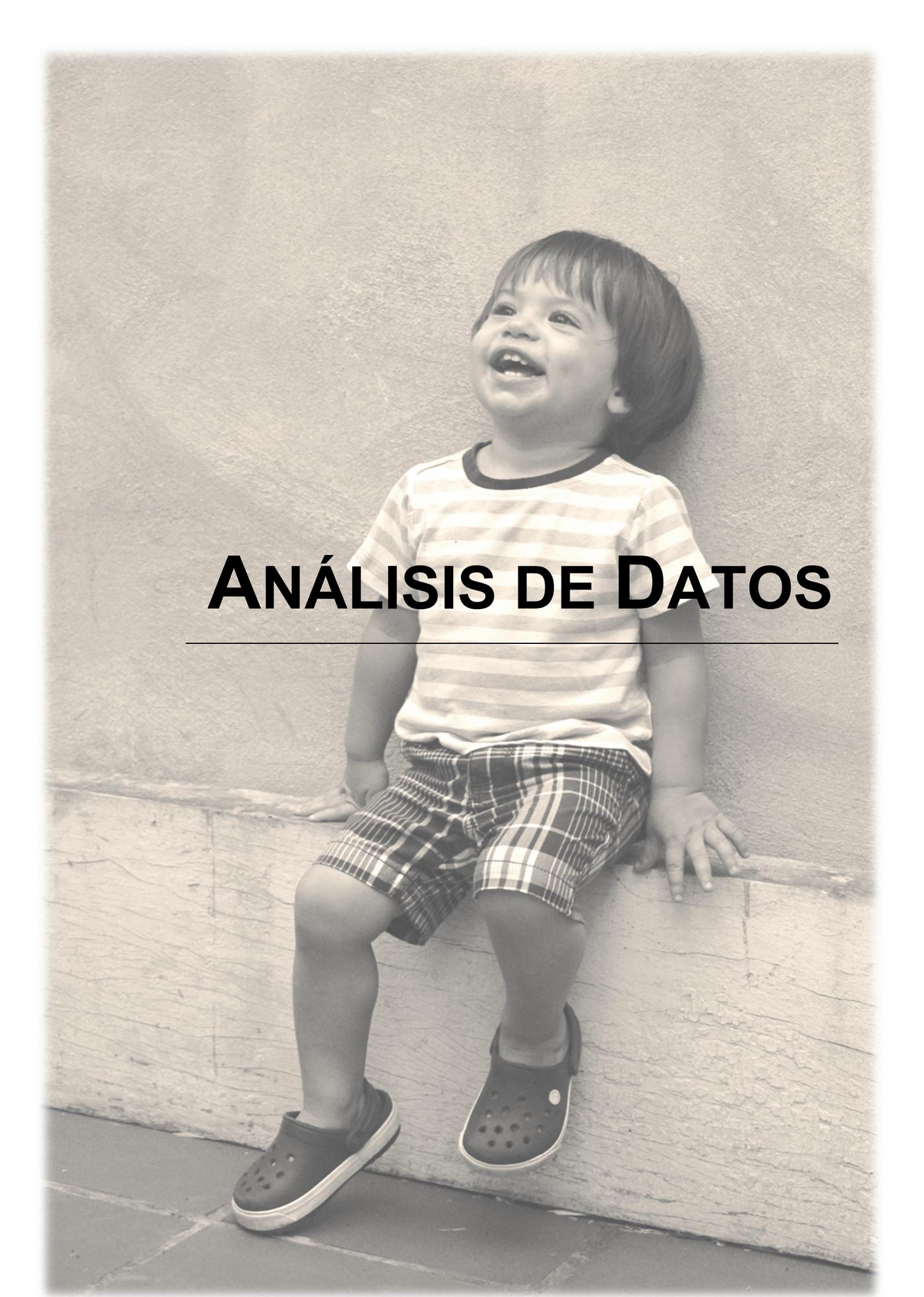
24					
21					
18					
15					
12					
9					
6					
3					
0					
	Reflejos	Cond. Motoras	Cond. Adaptativas	Evol. Del Lenguaje	Cond. Social
	Evolución				

Fuente: Protocolo de Evaluación Kinesica Psicomotriz del Hospital Garrahan de Pediatría

Edad Corregida:.....

Edad Madurativa:

Retraso Madurativo:

A young child with dark hair is sitting on a concrete ledge against a textured wall. The child is wearing a white and yellow striped t-shirt, plaid shorts, and dark-colored Crocs shoes. The child is laughing heartily, looking upwards and to the left. The text 'ANÁLISIS DE DATOS' is overlaid in the center of the image, underlined.

ANÁLISIS DE DATOS

ANÁLISIS DE DATOS

Para la presente investigación se lleva a cabo un trabajo de campo en un Centro de Atención Primaria de Salud donde se realiza una entrevista de elaboración personal al miembro familiar a cargo del niño que concurre a la consulta de dicho centro. Luego se evalúa al niño siguiendo el protocolo de evaluación Kinésica elaborado por el Hospital Garrahan. Los datos fueron recopilados durante el mes de Junio del año 2015 en la ciudad de Mar del Plata. El número total de niños evaluados fue de 64.

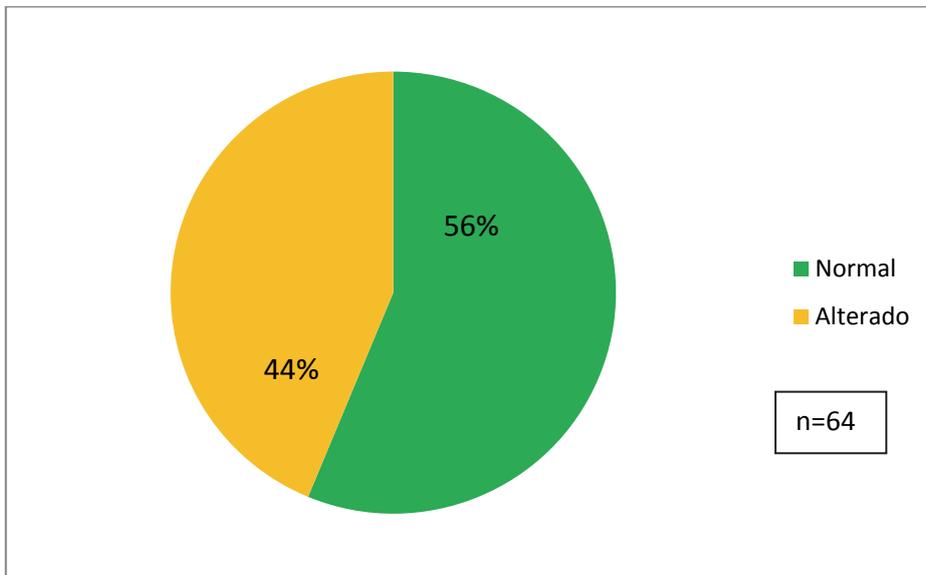
La evaluación del desarrollo psicomotor del niño se realiza para determinar cómo se encuentra cada niño en las distintas áreas que hacen a su desarrollo: reflejos, conductas motoras, conductas adaptativas, evolución del lenguaje y conducta social. A su vez, este protocolo, conociendo la edad corregida o cronológica según corresponda de cada niño, permitió establecer si existe o no retraso madurativo en cada niño y en tal caso determinar a expensas de cual o cuales variables se debe dicho retraso.

Mediante la entrevista al familiar se pudieron conocer algunas características del entorno en el cual este niño se está desarrollando.

Los datos recolectados de la evaluación y de la encuesta fueron procesados y a partir de los mismos se elaboraron los gráficos que ilustran las descripciones que se presentan a continuación.

Inicialmente se evalúa si el perfil psicomotor de los niños que participan en esta investigación se encuentra dentro de los rangos normales o si existe alteración en su desarrollo. La evaluación kinésica del Garrahan permite conocer la edad madurativa del niño al realizar un promedio de las cinco conductas evaluadas. De esta forma se puede establecer la proporción de niños evaluados con perfil psicomotor normal y con perfil psicomotor alterado. En el siguiente gráfico se visualiza el porcentaje de niños con perfil psicomotor normal y perfil psicomotor alterado.

Gráfico N°1: Perfil Psicomotor

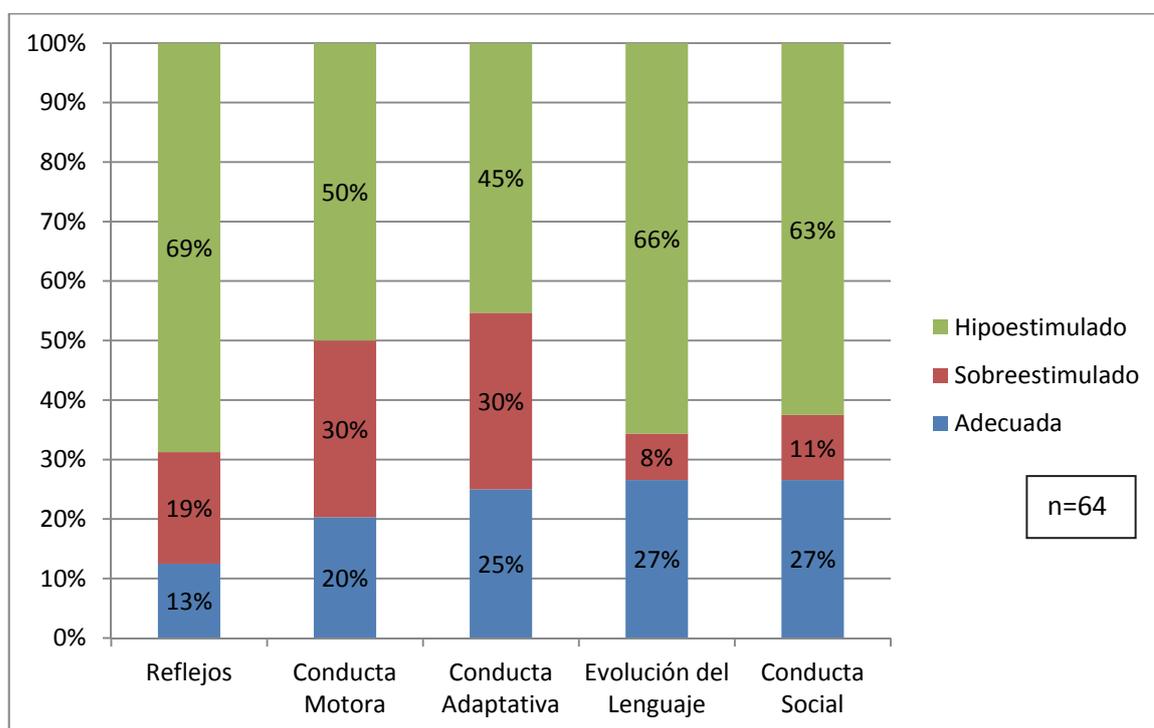


Fuente: Elaboración Personal

Es interesante destacar que de los 64 niños evaluados, solo 36 de ellos, que representan el 56% de los niños, no presentan alteración en el desarrollo psicomotor. Por el contrario, 28 de ellos, es decir un 44% presenta alteración en su desarrollo psicomotor a expensas de una o más variables.

A continuación, a partir de los resultados de las evaluaciones realizadas, se observa en las distintas conductas de cada niño, si las respuestas son adecuadas para su edad, si se encuentran por encima de la conducta esperada o si existe hipoestimulación en esa área de desarrollo. Esto nos permite determinar cuál o cuáles de las variables se encuentran más comprometidas en la totalidad de los niños evaluados. Luego se sacó un promedio de la cantidad de niños con estimulación adecuada, hipoestimulación o sobreestimulación por cada conducta.

Gráfico N°2: Totalidad de niños evaluados



Fuente: Elaboración Personal

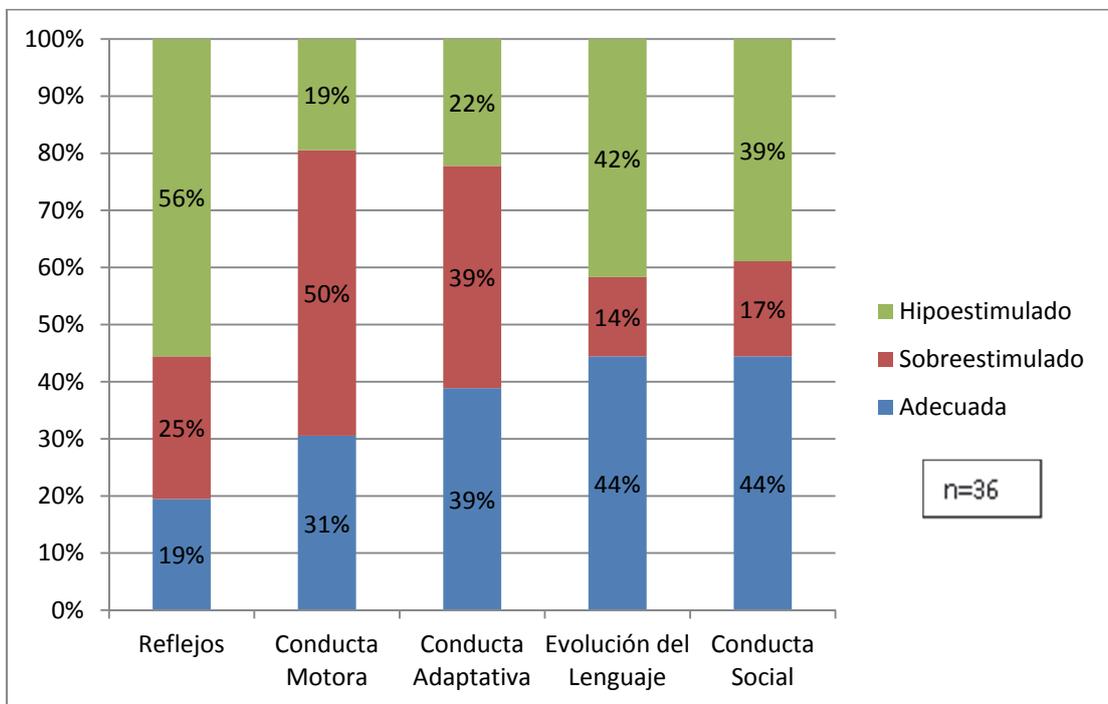
Al observar el gráfico anterior podemos apreciar que del total de los niños evaluados, sin discriminar entre aquellos que presentan o no alteración en su perfil, el área con mayor compromiso es la respuesta a los reflejos ya que un 69% no respondieron de acuerdo a lo esperado para su edad; a ella le siguen la evolución del lenguaje con un 66%, la conducta social con un 63%, la conducta motora con el 50% y por último la conducta adaptativa con el 45%.

Si bien un niño puede no presentar retraso madurativo, esto no significa que su desarrollo sea el adecuado para su edad en todas y cada una de las cinco conductas. En algunos casos el perfil puede ser normal a expensas de una sobreestimulación en una de las áreas de desarrollo, combinado con otra área hipoestimulada.

Para determinar cual o cuales fueron las variables más comprometidas en el grupo de niño con desarrollo psicomotor normal, se aprecia en cada una de las conductas si la respuesta del niño es adecuada para su edad, si se encuentra por encima de la conducta esperada o si existe hipoestimulación en esa área de desarrollo. Luego se saca un promedio de la cantidad de niños con estimulación adecuada, hipoestimulación o sobreestimulación por cada conducta.

A continuación podemos observar las diferencias en cuanto a las respuestas de cada una de las conductas en los 36 niños evaluados cuyos perfiles respondieron de acuerdo a la edad corregida o cronológica del niño.

Gráfico N°3: Perfil Psicomotor Normal



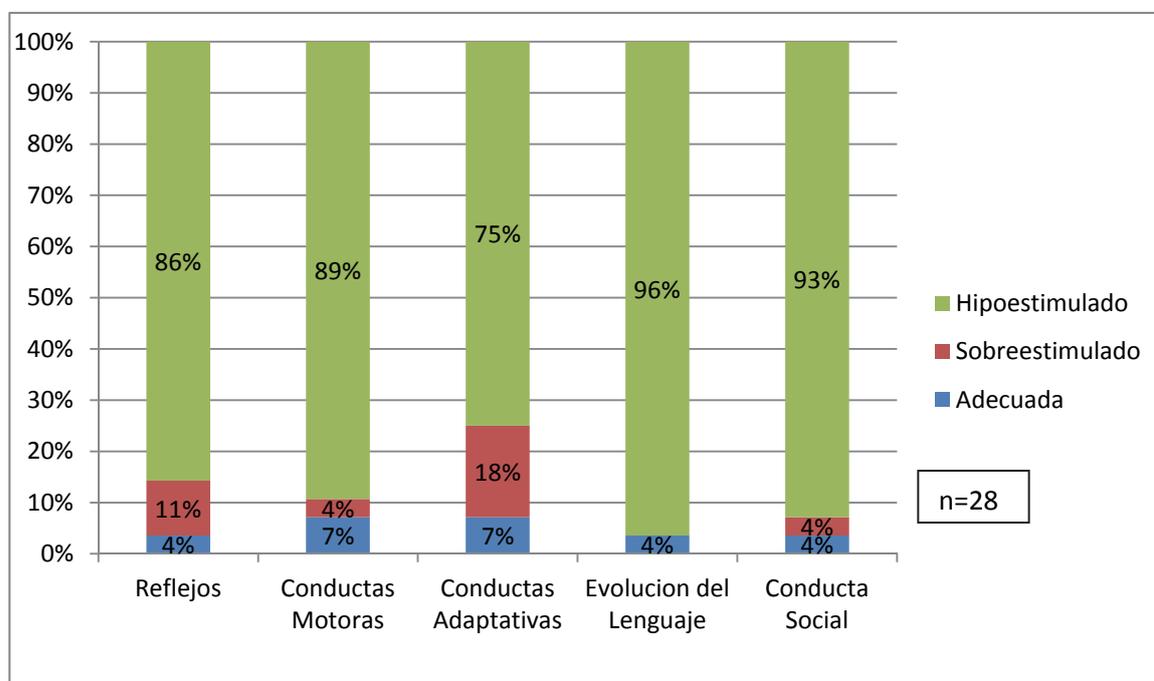
Fuente: Elaboración Personal

En el gráfico anterior podemos apreciar como la evolución del lenguaje y la conducta social representan las conductas donde un mayor número de niños responden de acuerdo a lo esperado conforme su edad corregida o cronológica según corresponda. A su vez, podemos apreciar que dentro de estas mismas dos áreas de desarrollo encontramos un menor número de niños sobreestimulados, siendo la conducta motora el área con el mayor número de niños con un desarrollo superior al esperado para su edad. Al evaluar los reflejos se observa que un gran porcentaje de niños, el 56%, no cumple con las expectativas según su edad, siendo esta por tanto la variable más comprometida en el desarrollo de los niños con perfil psicomotor normal. A ello le sigue la evolución del lenguaje con un 42%, la

conducta social con un 39%, la conducta adaptativa con el 22% y por último la conducta motora con un 19%.

Por otro lado, para determinar cual o cuales son las variables más comprometidas en el grupo de niño con perfil psicomotor alterado se observa también por cada una de las conductas si la respuesta del niño es adecuada para su edad, si se encuentra por encima de la conducta esperada o si existe hipoestimulación en esa área de desarrollo. Luego se realiza un promedio para determinar la cantidad de niños con estimulación adecuada, hipoestimulación o sobreestimulación por cada conducta. En el siguiente gráfico se observa esta información:

Gráfico N°4: Perfil Psicomotor Alterado



Fuente: Elaboración Personal

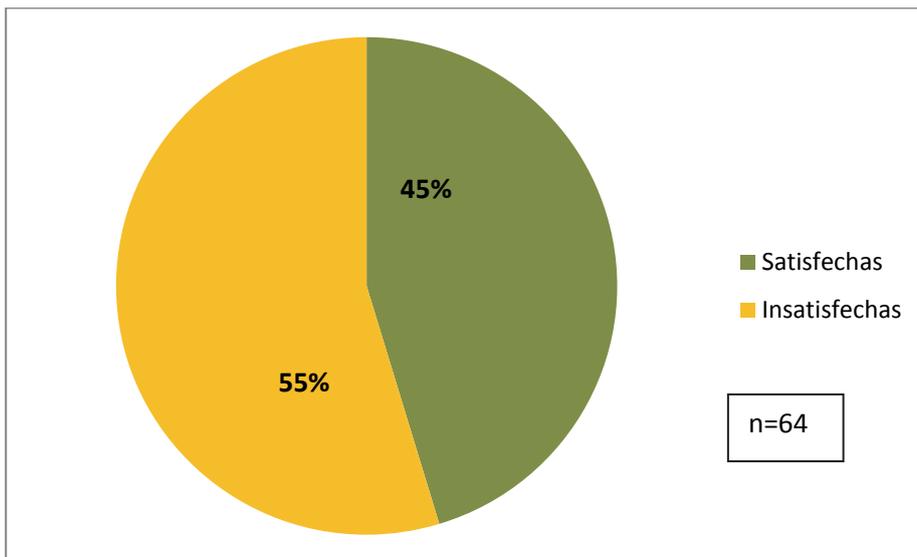
En este grafico es muy fácil apreciar como en cada una de las 5 conductas hay una gran diferencia en la cantidad de niños que no responden a éstas según lo esperado para su edad comparado con aquellos cuyas respuestas son adecuadas o se encuentran por encima de lo esperado. La conducta motora y la conducta adaptativa, ambas con un 7%, representan las áreas donde un mayor número de niños responden de acuerdo a lo esperado conforme a su edad corregida o cronológica según corresponda. El área donde se observa la mejor respuesta es la conducta adaptativa donde un 18% de los niños respondió por encima del valor esperado. La evolución del lenguaje es la conducta más comprometida, donde se obtuvieron los peores resultados: 27 de los niños evaluados, es decir el 96% de

ellos, responden por debajo de lo esperado según su edad, y solo 1 niño responde de manera adecuada. A ésta le siguen la conducta social, la conducta motora, los reflejos y la conducta adaptativa respectivamente. Es importante destacar la significancia de estos resultados, ya que como se observa en el gráfico, por cada una de las 5 conductas, más del 75% de los niños respondieron por debajo de lo esperado.

A partir de este análisis es importante reconocer o identificar cuál o cuáles son las características del entorno familiar que influyen y/o condicionan este desarrollo integral del niño.

Una de las variables que se tuvo en cuenta a la hora de realizar la encuesta fue las necesidades básicas del hogar. Mediante la misma se realizan una serie de preguntas al miembro familiar entrevistado, que permiten determinar si estas necesidades están siendo satisfechas en esa familia o no. Esta información se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Gráfico N°5: Necesidades Básicas del Hogar

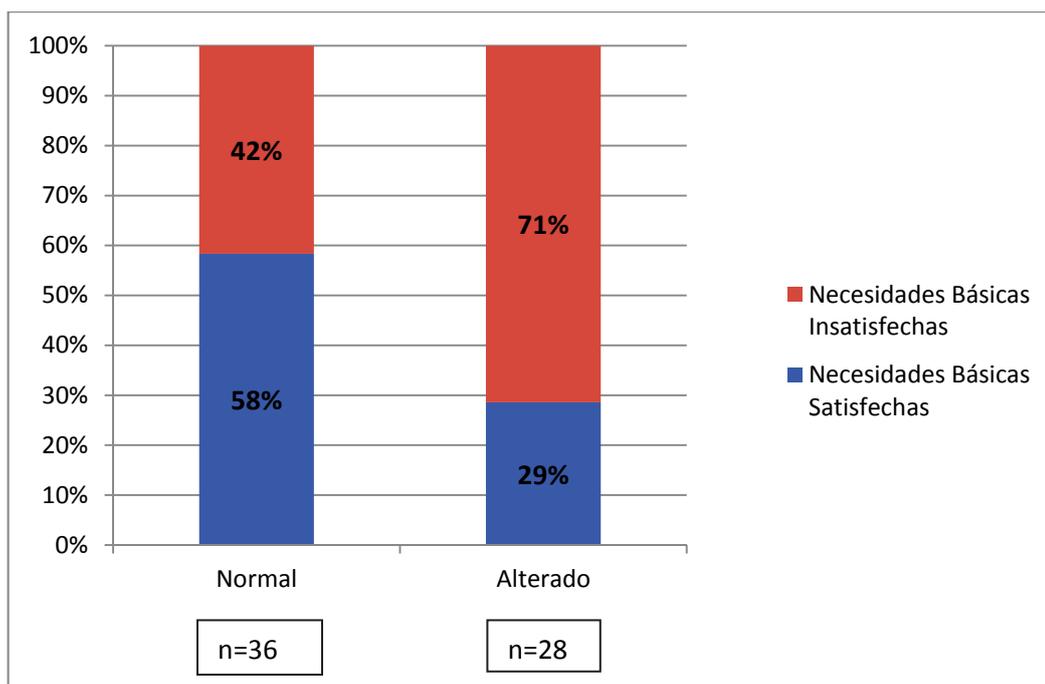


Fuente: Elaboración Personal

De las 64 familias entrevistadas se observa que solo en 29 de ellas que representan un 45%, se satisfacían las necesidades básicas del hogar, mientras que en las 35 familias restantes, que representan el 55%, no cumplen con los requisitos necesarios.

Para poder determinar si esta variable influye o no en el desarrollo del niño, se observa cual es el porcentaje de niños sin alteración en su perfil, que viven en una familia donde las necesidades básicas del hogar se satisfacen y cuál es el porcentaje de niños donde estas resultan insatisfechas. Esto mismo se realiza con aquellos niños que presentan alteración en su perfil psicomotor. Los resultados se pueden apreciar en el siguiente gráfico:

Grafico N°6: Perfil Psicomotor y Necesidades Básicas del Hogar

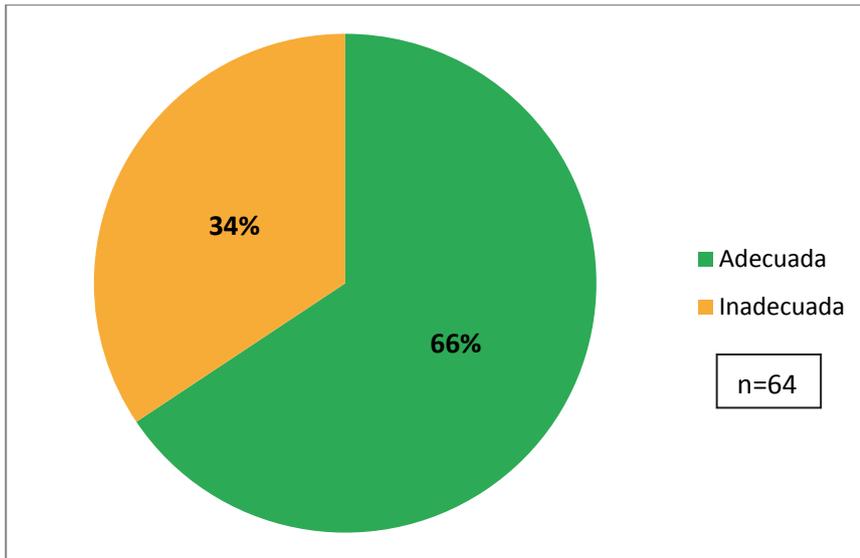


Fuente: Elaboración Personal

Dentro del grupo de niños con desarrollo psicomotor normal, se advierte que el porcentaje mayor de los niños, el 58%, vive en un hogar donde se satisfacen las necesidades básicas, mientras el 42% restante vive en condiciones donde por una o más razones estas necesidades no se satisfacen. Por otro lado podemos reconocer en el grupo de niños con perfil psicomotor alterado que un 71% de ellos viven en un hogar con necesidades básicas insatisfechas. Teniendo en cuenta estos resultados, podríamos pensar que el cumplimiento de las necesidades básicas del hogar podría estar relacionado con la alteración en el desarrollo del niño.

La estimulación que los lactantes reciben en el hogar es otras de las variables que se indaga en la encuesta. Para conocer o identificar como era la misma en casa hogar, se llevaron a cabo una serie de preguntas al adulto a cargo del niño. Al analizarlas se puede determinar si el niño esta siendo estimulado o no de forma adecuada según su edad. Esta información se presenta a continuación:

Gráfico N 7: Estimulación en el Hogar

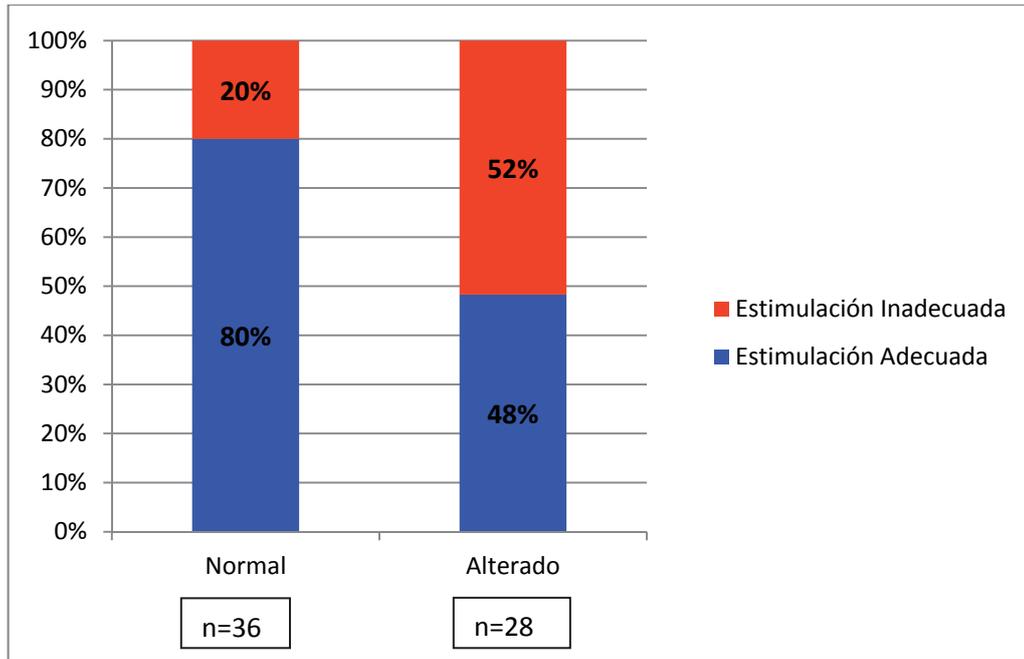


Fuente: Elaboración personal

En el gráfico anterior podemos observar como el 66% de los niños evaluados reciben una estimulación adecuada en el hogar, mientras el 34% restante no está siendo estimulado correctamente según lo esperado para su edad.

Para poder establecer una relación o influencia entre el estímulo recibido en el hogar y el desarrollo del niño, se estudia el porcentaje de niños sin alteración en su perfil, que viven en una familia donde reciben una estimulación adecuada y el porcentaje donde ésta resulta inapropiada. Luego se aprecia lo mismo en aquellos niños que presentan retraso madurativo. A continuación se presentan los datos obtenidos:

Gráfico N°8: Estimulación en el Hogar y Perfil Psicomotor

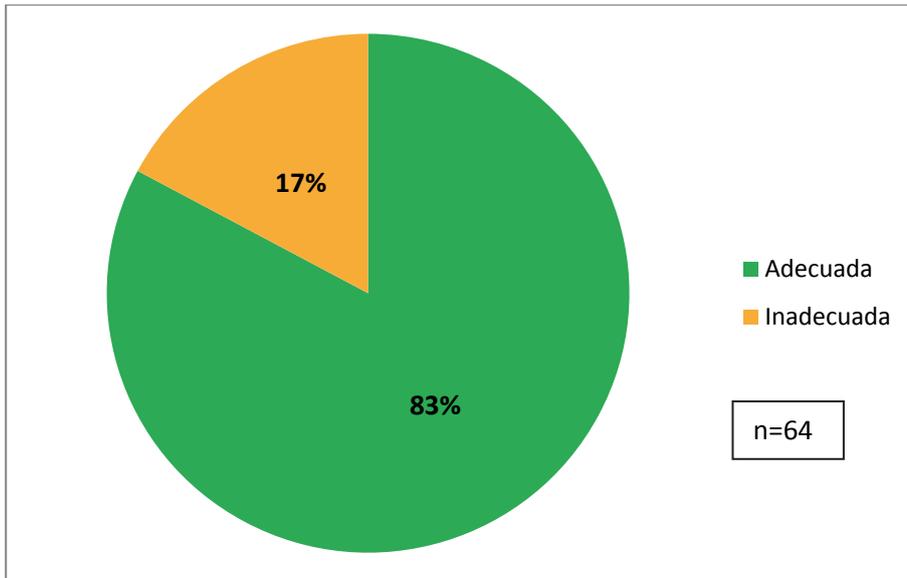


Fuente: Elaboración Personal

En el gráfico anterior se observa que dentro del grupo de niños con perfil psicomotor normal encontramos que un 80% de ellos recibe una estimulación adecuada en su hogar y solo 20% no. Estos valores se invierten en el caso de niños con perfil psicomotor alterado, donde se observa que un 52% de ellos recibe una estimulación inadecuada en su hogar y un 48% una adecuada. Con estos valores se podría pensar que la estimulación en el hogar podría estar vinculada con el desarrollo psicomotor del lactante.

Otra de las variables familiares que se contempla en la encuesta es el estado nutricional del niño. Para ello, se pregunta al miembro familiar entrevistado acerca del tipo de alimento que había recibido el niño desde el nacimiento hasta la actualidad. De esta forma se puede establecer si el estado nutricional el niño en cuestión es adecuado o no, según la definición de la OMS.

Gráfico N°9: Estado Nutricional

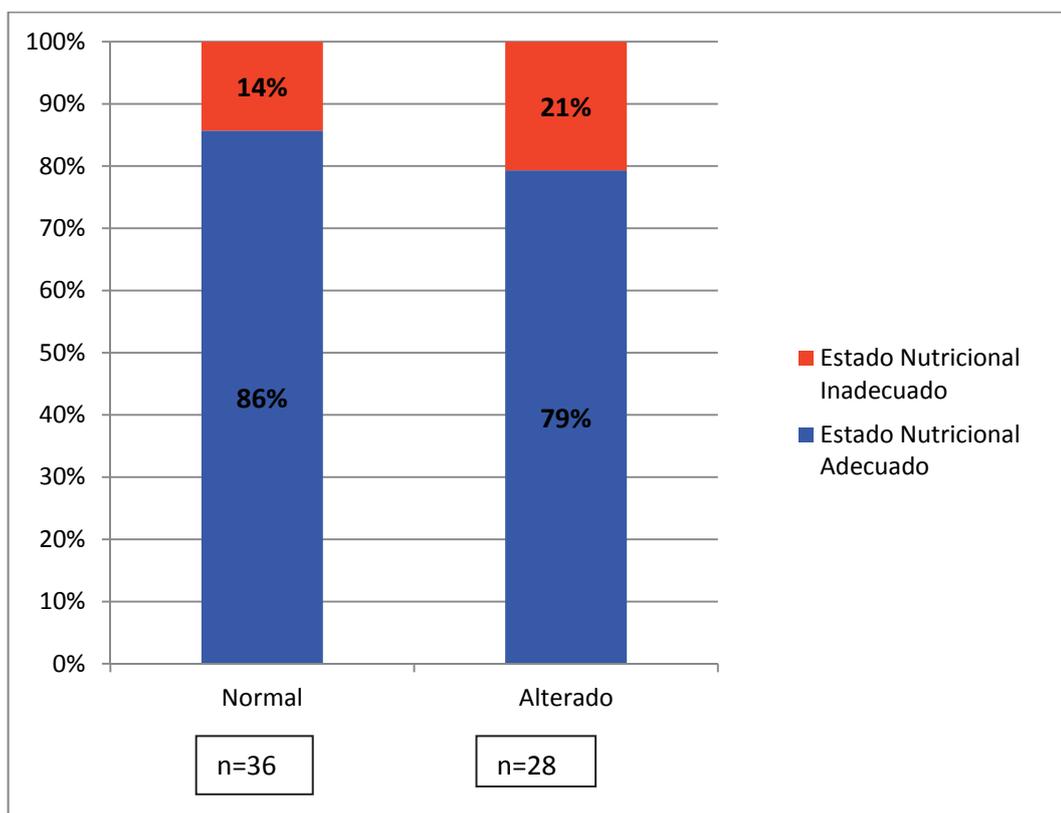


Fuente: Elaboración Personal

Como podemos apreciar en el gráfico anterior un 83% de los niños evaluados presentó un estado nutricional adecuado y solo un 17% inadecuado.

En búsqueda de determinar si influye o no el tipo de alimentación del lactante en el tipo del desarrollo del niño, se observa por separado el estado nutricional dentro del grupo de niños sin retraso madurativo y dentro del grupo con retraso madurativo. A continuación se presentan los resultados encontrados al agrupar los datos:

Gráfico N°10: Estado Nutricional y Perfil Psicomotor



Fuente: Elaboración Personal

En el gráfico anterior podemos apreciar las diferencias en relación al perfil psicomotor entre aquellos niños cuya alimentación fue y es adecuada y aquellos cuya alimentación no lo es o no lo fue. Dentro del grupo de niños con desarrollo normal podemos notar que un 86% presenta un estado nutricional adecuado y solo el 14% no. De manera similar, un 79% de los niños con alteración en el desarrollo psicomotor presenta un estado nutricional adecuado y un 21% un estado nutricional inadecuado. En función de estos resultados no sería viable pensar que el estado nutricional sea la variable con mayor influencia en estos niños con perfil psicomotor alterado ya que los resultados son similares en ambos grupos.

Los siguientes aspectos que se tuvieron en cuenta en relación a las características del entorno en el que se desarrollo el niño están directamente vinculados con su madre y con su padre. En la encuesta se indago acerca de: edad, presencia y/o ausencia de padre y madre, nivel educacional y nivel ocupacional de ambos. La edad no se tuvo en cuenta al momento de analizar los datos, ya que solo 2 de las madres eran menores de edad mientras el resto se encontraban dentro de un rango de entre 19 y 35 años de edad. En el caso del sexo masculino eran todos mayores de edad al momento de la evaluación y se encontraban todos en un rango de entre 19 y 37 años de edad. En las 64 familias encuestadas, tanto la madre como el padre estaban presentes, con excepción de dos familias en las que no se conocía el paradero del padre.

La siguiente variable que se examina, es el nivel educacional. A través de la encuesta se pudo conocer cuál es la situación de cada madre y padre con respecto a la escolarización: Sin estudios, Primaria Incompleta, Primaria Completa, Secundaria Incompleta, Secundaria Completa, Terciaria Incompleta, Terciaria Completa o Estudios Universitarios. Para el análisis de datos se categorizan en 3 grupos, donde no se incluyen las opciones “sin estudios” o “estudios Universitarios” ya que ninguna de las madres o padres evaluados señalo dichas opciones.

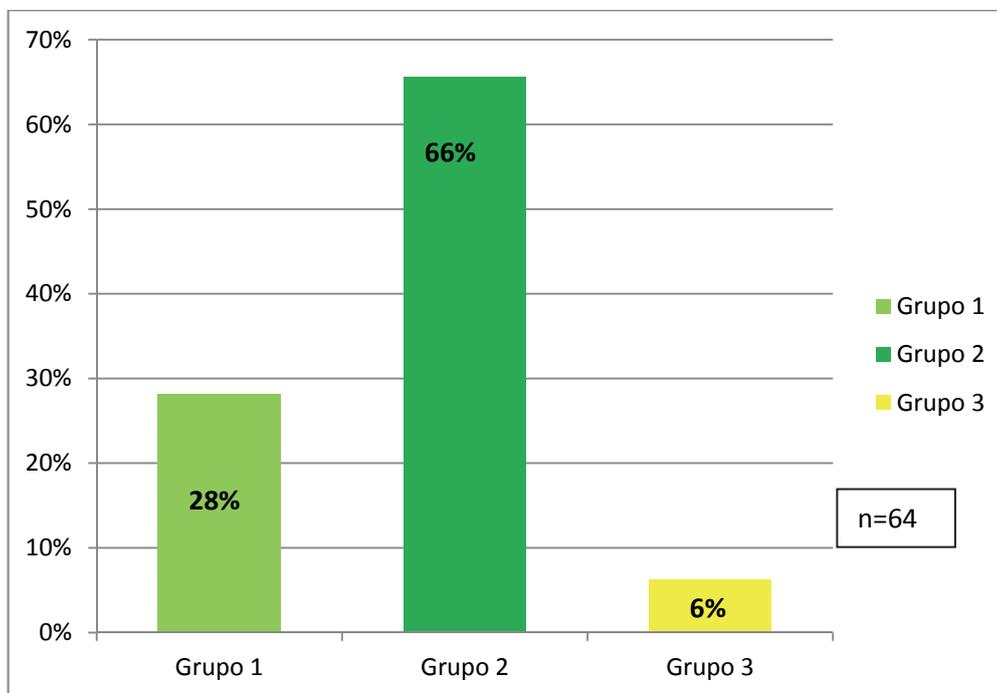
Tabla N°1: Agrupación de los Nivel Educativos

Grupo 1	Primaria Incompleta o Primaria Completa
Grupo 2	Secundaria Completa, Secundaria Incompleta o Terciaria Incompleta
Grupo 3	Terciaria Completa

Fuente: Elaboración Personal

En el siguiente gráfico se puede observar la el porcentaje de madres que se encuentra en cada uno de estos 3 grupos en relación al nivel ocupacional alcanzado por las mismas.

Gráfico N° 11: Nivel Educativo de las Madres

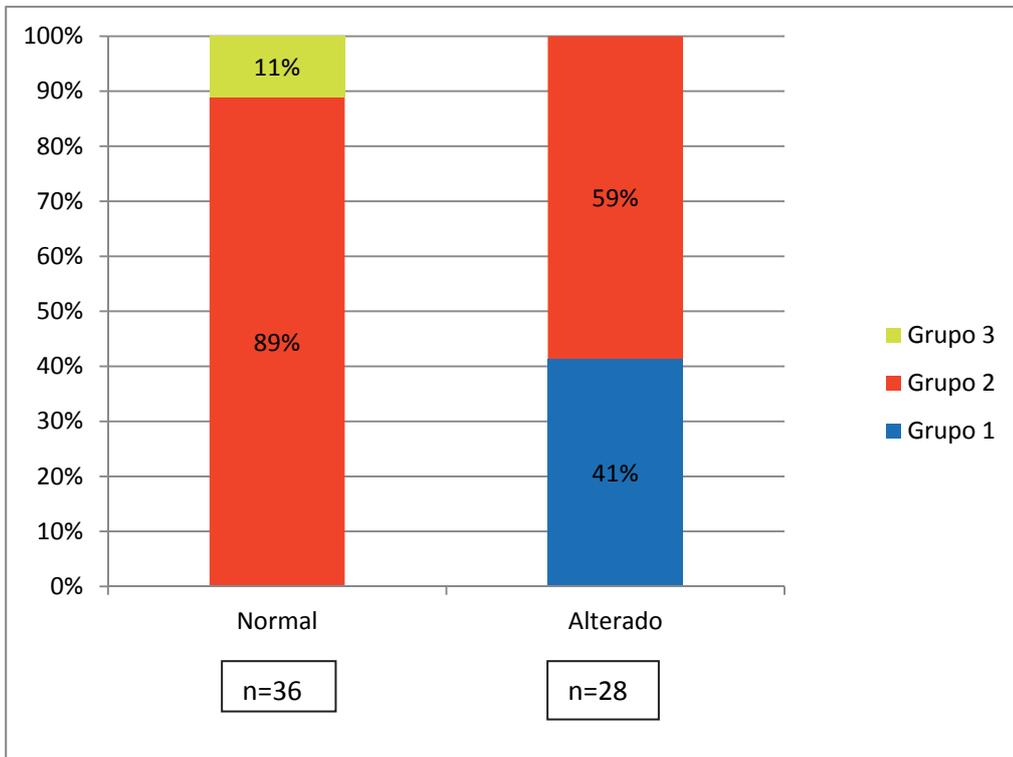


Fuente: Elaboración Personal

Como podemos apreciar en el gráfico anterior un 66% de las madres que fueron encuestadas se ubican en el Grupo 2, es decir superan la formación primaria y secundaria pero no alcanzan a completar la formación terciaria. Además podemos observar que un 28% de ellas se encuentra en el Grupo 1 lo que quiere decir, que no han realizado la escuela secundaria. Por último se puede apreciar como solo el 6% de las madres han finalizado el nivel terciario.

Para conocer cómo afecta o influye el nivel de escolarización tan bajo con las madres de los niños evaluados, se examina esta variable en relación al perfil psicomotor presentado por los niños. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

Gráfico N° 12: Nivel Educativo de las Madres y Perfil Psicomotor del Niño



Fuente: Elaboración Personal

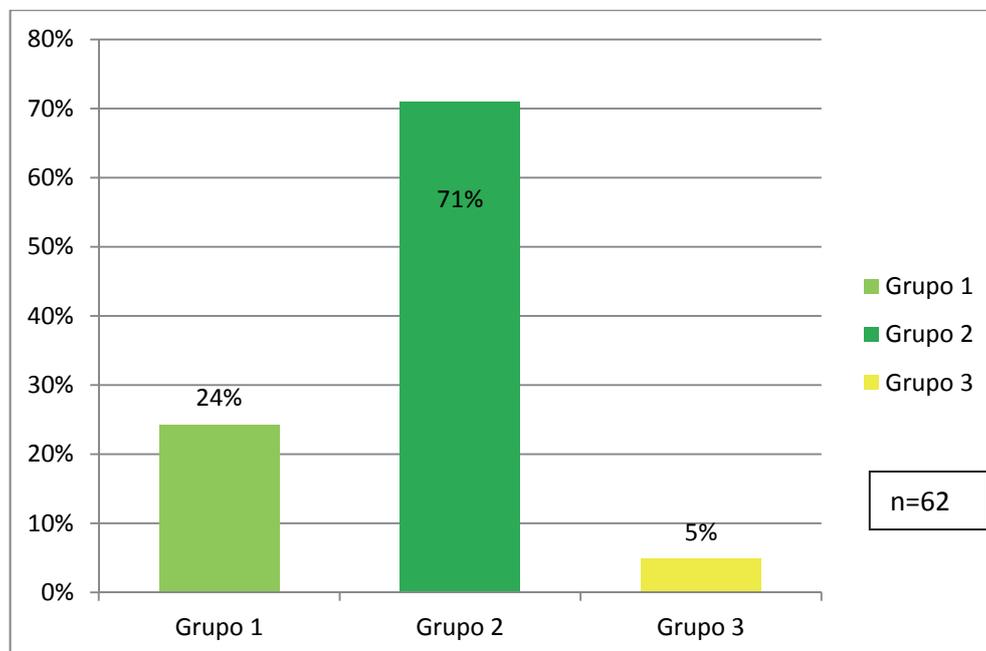
Si observamos el gráfico anterior podemos ver inmediatamente la repercusión que tiene el nivel educativo de la Madre en relación al desarrollo psicomotor del niño. Por un lado si observamos el grupo de niños que no presentaron alteración en su desarrollo psicomotor se destaca la ausencia de madres con nivel educativo terciario completo y solo en este grupo encontramos madres sin formación secundaria. Además podemos ver que un 89% de las madres de dichos niños se encontró dentro del Grupo 2, lo cual significa que han realizado la escuela secundaria de forma incompleta o completa o han comenzado la escuela terciaria pero aun no la han completado. Asimismo se puede observar que el 11% de estas madres ha finalizado la escuela terciaria. Por otro lado, al observar la situación materna dentro del grupo de niños con alteración en su perfil psicomotor se puede distinguir cómo un 41% de las madres de dichos niños se ubican en el Grupo 1 y un 59% en el Grupo 2. Es importante destacar también que ninguna de las madres de estos niños que presentan retraso madurativo ha finalizado la escuela terciaria. Con estos valores se podría creer que

el nivel educacional de la madre es un factor que modifica el curso de desarrollo normal y armónico del niño.

Esta variable analizada sobre la madre, también es contemplada con el Padre. Para ello se realizan las mismas preguntas que a se hicieron a la madre y se categorizan en tres grupos según el nivel educacional alcanzado.

En el próximo gráfico se puede observar el porcentaje de padres que se encuentra en cada uno de estos 3 grupos en relación al nivel educacional alcanzado por los mismos. En este caso el total de padres que se tuvo en cuenta fue 62 ya que hubo dos madres que no supieron contestar este dato sobre el padre del lactante ya que el mismo no formaba parte de la vida del niño.

Gráfico N° 13: Nivel Educacional de los Padres

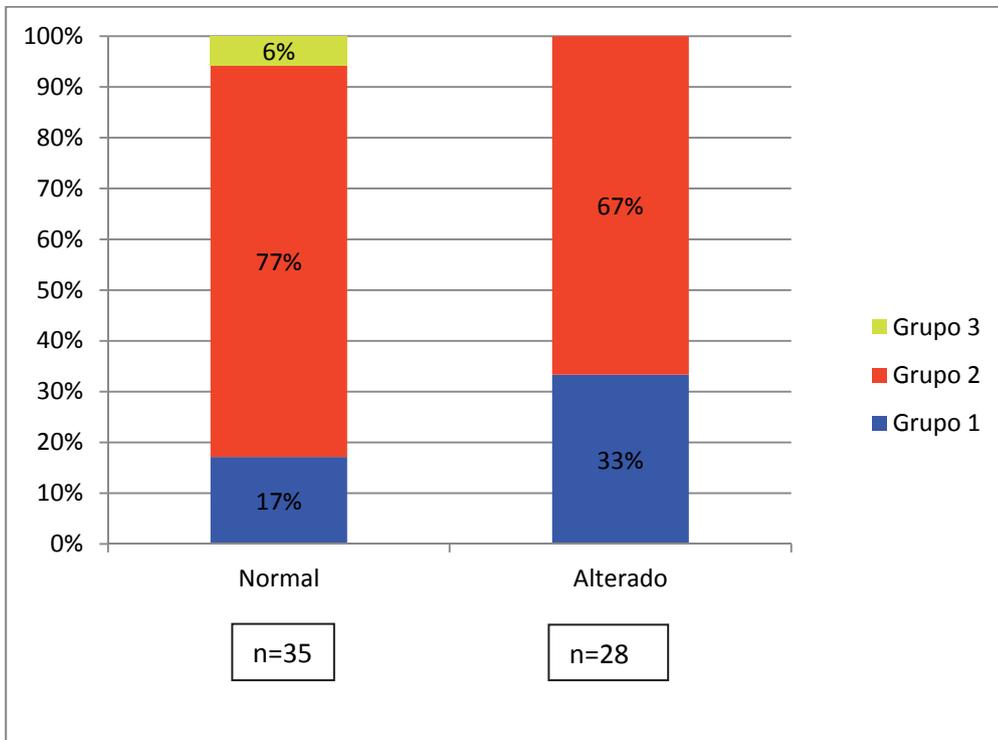


Fuente: Elaboración Personal

Al igual que en el caso de la madre podemos apreciar fácilmente que el mayor porcentaje de Padres, un 71%, se encuentra en el Grupo 2. Además un 24% se encuentra dentro del Grupo 1 es decir con solo formación primaria, mientras que tan solo un 5% de los padres presenta nivel terciario completo.

Si comparamos estos datos con el perfil psicomotor de los niños podemos ver que:

Gráfico N° 14: Nivel Educativo de los Padres y Perfil Psicomotor del Niño

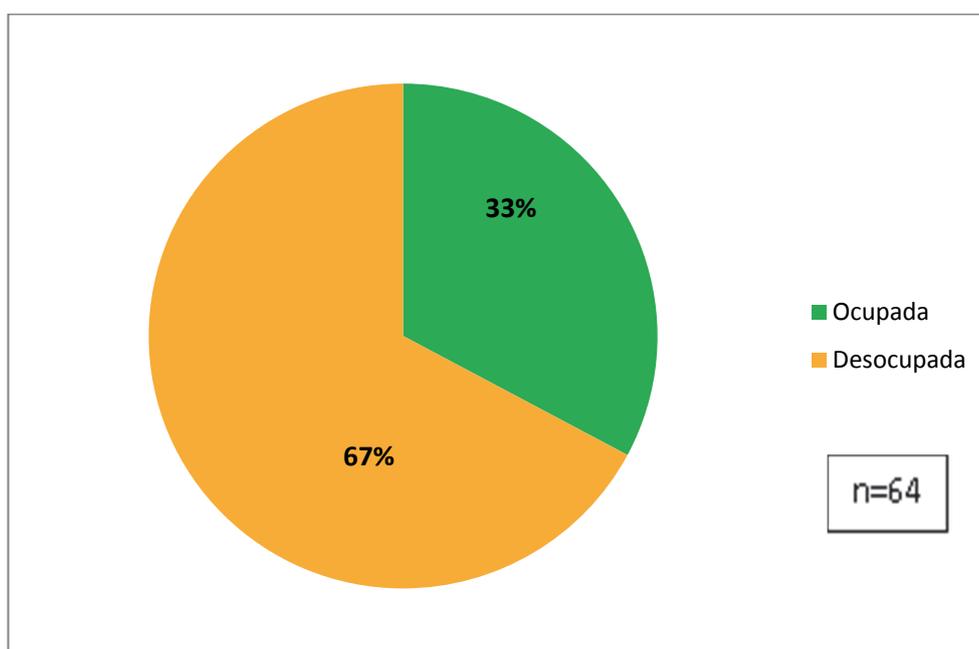


Fuente: Elaboración Personal

Este gráfico nos permite ver que entre los niños con un perfil psicomotor normal, el 75% de los padres de dichos niños se encuentra en el grupo 2, un 17% en el grupo 1 y solo un 8% de ellos termino el nivel terciario. En aquellos niños con perfil psicomotor alterado, podemos ver que el porcentaje de padres del Grupo 1 es mayor que en el de los niños con perfil psicomotor normal, mientras que el 67% restante se ubican en el grupo 2. Al igual que en el caso de la madre, dentro del grupo de niños con retraso madurativo no hay ningún padre que haya cumplido con todos los niveles educativos contemplados en la encuesta. El nivel educativo de los padres también podría ser un factor que influya sobre el perfil psicomotor del niño, aunque con una tendencia no tan marcada como en el caso de las madres.

Además del nivel educacional, se considera el nivel ocupacional de las madres encuestadas. Para ello se pregunta a cada madre si trabaja o está desempleada. Estos datos nos permiten evaluar cómo influye el nivel ocupacional en el desarrollo psicomotor del lactante. A continuación se presentan los datos recolectados:

Gráfico N°15: Nivel Ocupacional de la Madre

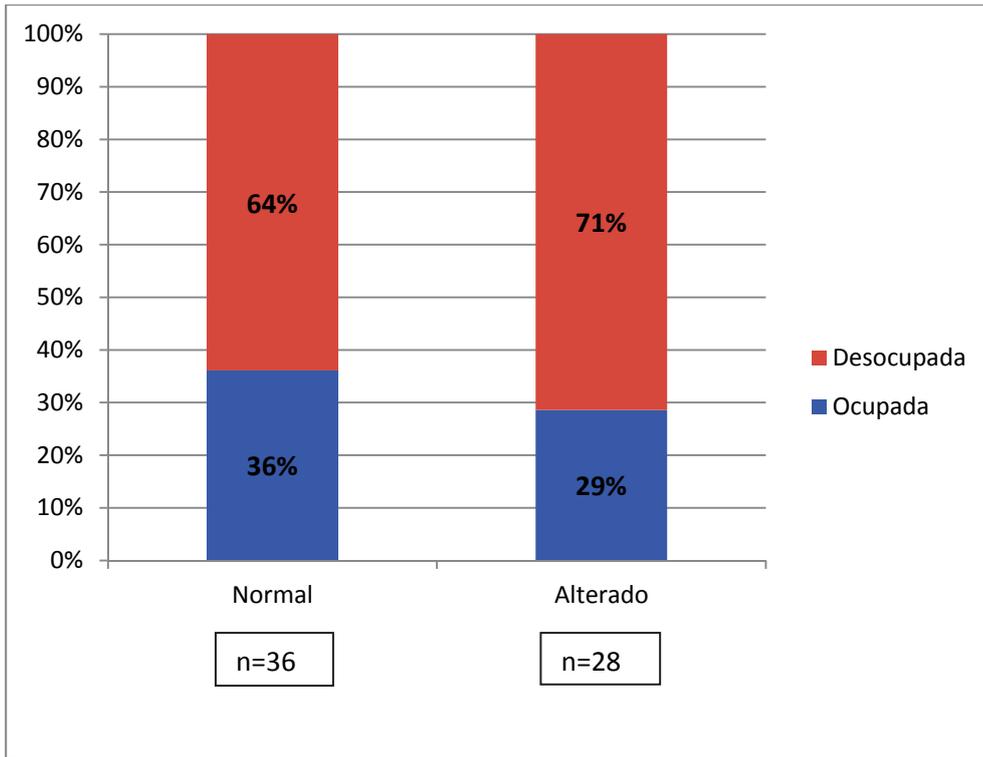


Fuente: Elaboración Personal

En el gráfico anterior podemos observar que solo un 33% de las madres encuestadas trabaja, mientras el 67% restante se encuentran desocupadas.

Para determinar de qué manera esta variable repercute en el desarrollo psicomotor del lactante se analiza la influencia que ejerce en el desarrollo del niño el tener una madre que trabajaba o no. Esto se lleva a cabo tanto para los niños con perfil psicomotor normal como para aquellos con perfil psicomotor alterado. Los resultados de pueden observar en el siguiente gráfico:

Gráfico N°16: Nivel Ocupacional de la Madre y Perfil Psicomotor del Niño

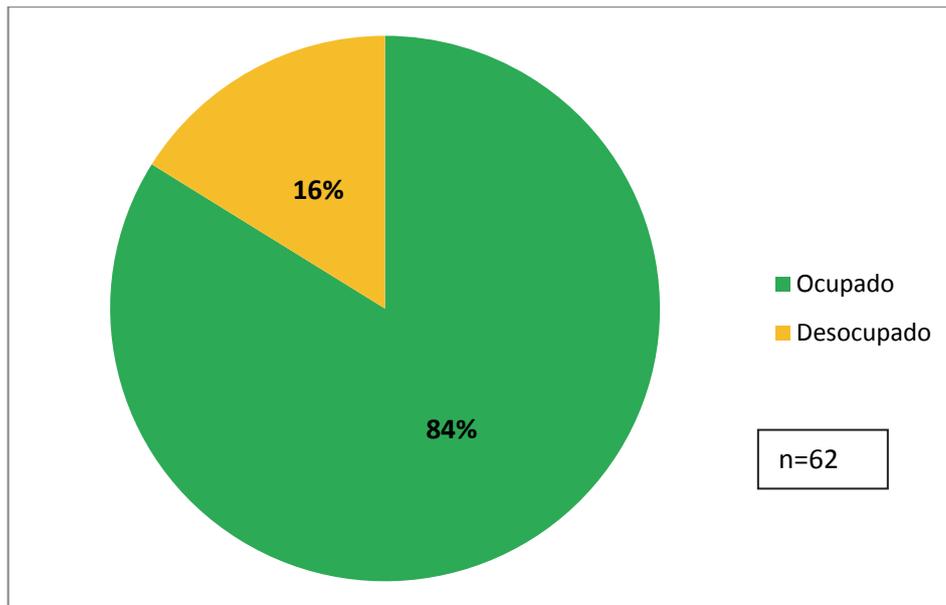


Fuente: Elaboración Personal

Si observamos el gráfico anterior podemos advertir que no existen grandes diferencias entre el los niños con perfil psicomotor normal y alterado al relacionarlo con el nivel ocupacional de la madre. Entre los niños con retraso madurativo encontramos que un 71% de sus madres estaban desempleadas al momento de la evaluación. De manera similar encontramos entre los niños con perfil psicomotor normal que el porcentaje de madres desempleadas fue del 64%. Esto podría indicar que el nivel ocupacional de la madre no es un factor de riesgo para el desarrollo psicomotor del niño.

Por último debemos establecer la relación que existe entre el nivel ocupacional del Padre y el desarrollo psicomotor del lactante. Estos datos fueron recopilados al igual que en el caso de la madre mediante una encuesta que indica si el padre se encuentra al momento de la evaluación ocupado o desempleado. Dicha información se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico N°17: Nivel Ocupacional del Padre

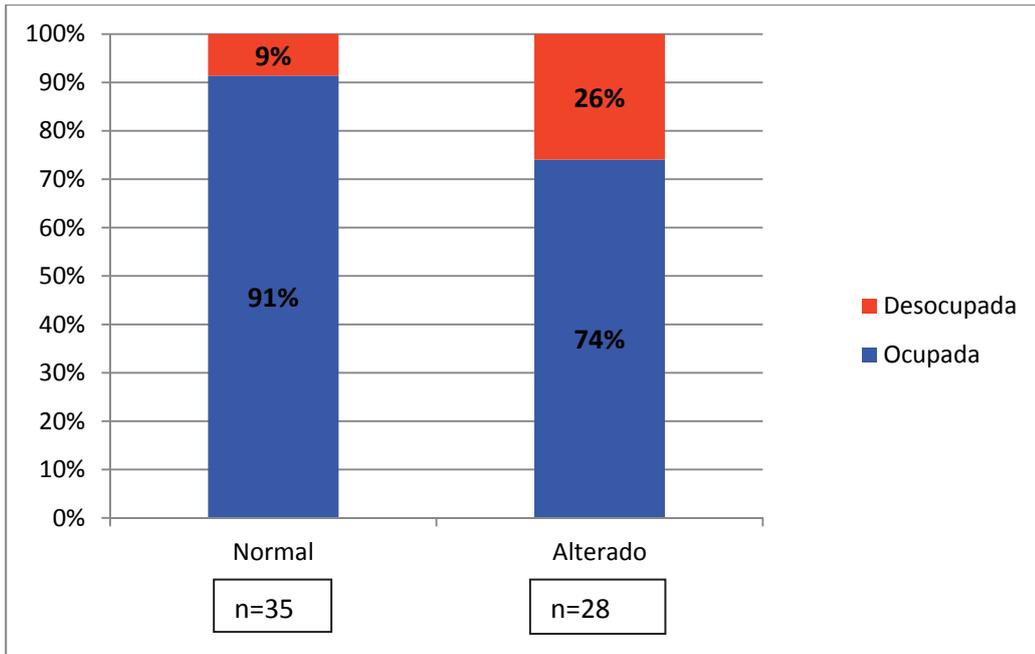


Fuente: Elaboración Personal

Aquí se observa que el 84% de los padres de los niños evaluados se encontraba ocupado al momento de la evaluación, mientras que solo un 16% estaba desempleado.

Buscando establecer la forma en que esta variable influye en el desarrollo psicomotor del lactante se analiza de qué manera interviene en el desarrollo del niño el tener un padre que se encuentra ocupado o desocupado. Esto se llevo a cabo tanto para los niños con perfil psicomotor normal como para aquellos con perfil psicomotor alterado. Los resultados de pueden observar en el siguiente gráfico:

Gráfico N°18: Nivel Ocupacional del Padre y Perfil Psicomotor del Niño

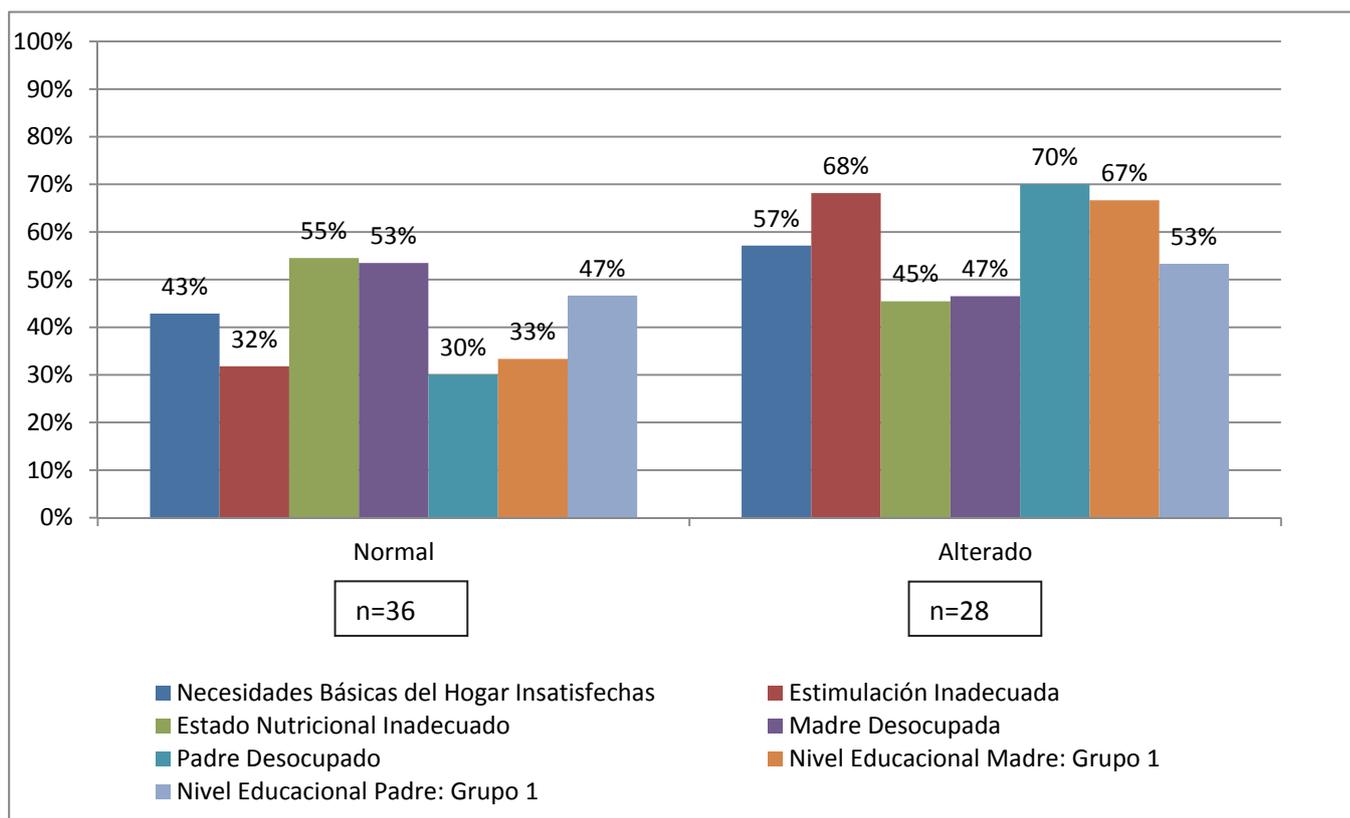


Fuente: Elaboración Personal

En el gráfico anterior podemos apreciar la diferencia en el porcentaje de padres desocupados entre el grupo de niños con desarrollo normal y en aquellos con desarrollo alterado. En el primero de estos el porcentaje de padres desocupados es del 9% mientras que en el segundo grupo de niños este porcentaje aumenta hasta un 26%, lo cual podría suponer que en el desarrollo psicomotor del niño el nivel ocupacional del padre podría llegar a tener una influencia.

A continuación se intento comparar estas variables en forma conjunta con el desarrollo psicomotor del niño. Para ello se contrastan aquellas variables consideradas como potenciales factores de riesgo para el desarrollo armónico e integral del niño, entre el grupo de niños con perfil normal y el grupo de niños con perfil alterado. Esta relación se puede visualizar en el siguiente gráfico.

Gráfico N 19: Factores de Riesgo y Perfil Psicomotor



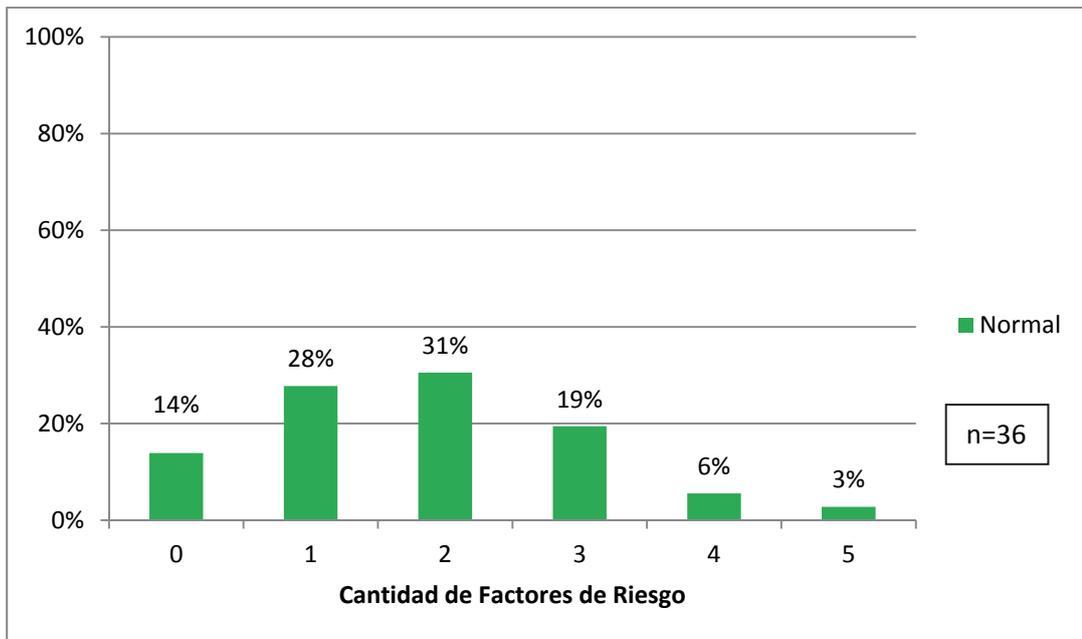
Fuente: Elaboración Personal

Como podemos observar en el gráfico anterior en todos los casos, el porcentaje de estos posibles factores de riesgo para el desarrollo del niño, en la mayoría de los casos es mayor en el grupo de niños con perfil psicomotor alterado. La variable donde se puede apreciar la mayor diferencia entre un grupo y otro es “Padre desocupado”; el 70% de los niños con un padre desocupado presenta alteración en su desarrollo. A ello le sigue la estimulación inadecuada en el hogar, donde un 68% de los niños, donde la mimera fue inapropiada, presenta retraso madurativo. Otra diferencia importante es el nivel educativo de la madre; cómo podemos apreciar de los niños con perfil psicomotor alterado un 67% tiene una madre con un nivel de educación perteneciente al Grupo 1. Las necesidades básicas insatisfechas en el hogar y el nivel educativo del padre también muestran diferencias, donde el porcentaje es mayor dentro del grupo de niños con retraso madurativo.

Por otro lado, si observamos las variables estado nutricional y nivel ocupacional de la madre, encontramos un porcentaje mayor de niños dentro del grupo “perfil psicomotor normal” sin que esta diferencia resulte notoria.

Posteriormente se comparó el grado de retraso madurativo del niño con la cantidad de posibles factores de riesgo para el desarrollo. El grado de retraso se obtiene al restar de la edad corregida o cronológica según corresponda la edad madurativa del niño; esta última como ya se ha mencionado en párrafos anteriores se obtiene por medio de la evaluación kinésica. Por un lado observaremos el porcentaje de factores en aquellos niños cuyo perfil no presentó alteraciones para luego compararlo con aquellos niños que presentaron un perfil psicomotor alterado. En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en aquellos niños con perfil psicomotor normal:

Gráfico N°20: Cantidad de Factores de Riesgo y Perfil Psicomotor Normal



Fuente: Elaboración Personal

Como se puede apreciar en el gráfico anterior el mayor porcentaje de niños con perfil psicomotor normal, un 31% de ellos, presenta 2 factores de riesgo que podrían modificar el curso normal de su desarrollo; un 28% de los niños presenta un solo factor, un 19% presenta 3 factores de riesgo, un 14% no presenta ningún factor de riesgo, y el 8% restante presenta 4 o 5 factores.

Dentro de los 28 niños que presentaron un perfil psicomotor alterado la cantidad de factores de riesgo se comparo con el grado de retraso madurativo presentado agrupándose de la siguiente manera:

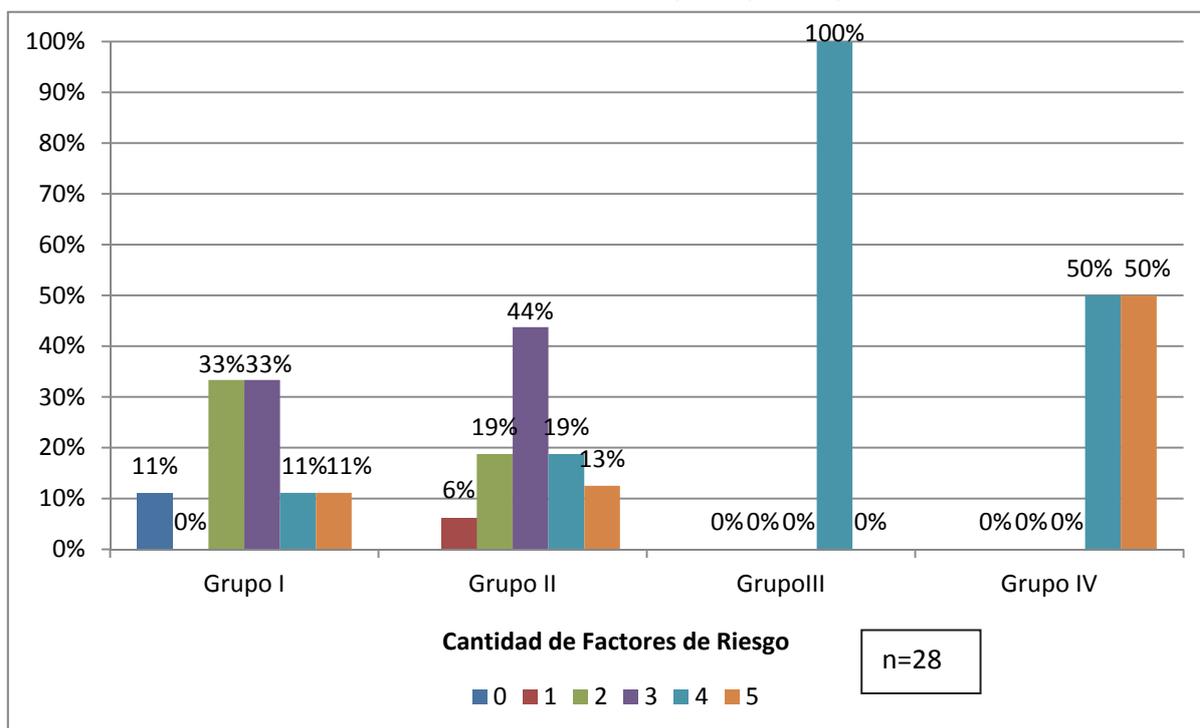
Tabla N°2: Agrupación según el Retraso Madurativo

Grupo	Retraso Madurativo (meses)
I	1 mes o menos.
II	Entre 1 y 2 meses.
III	Entre 2 y 3 meses.
IV	Más de 3.

Fuente: Elaboración Personal

Una vez agrupados los niños se comparo cada uno de estos grupos con la cantidad de factores de riesgo y se observó lo siguiente:

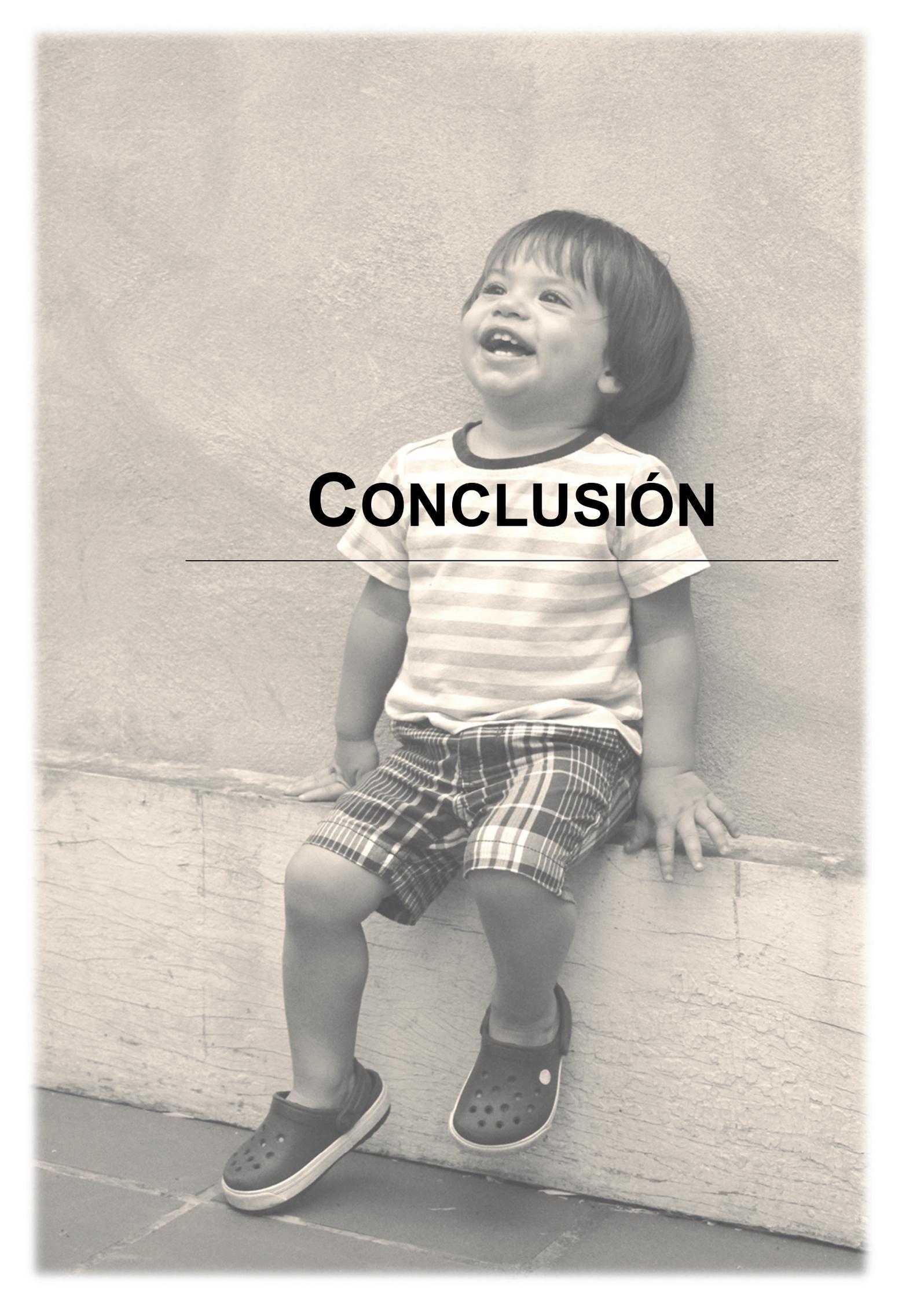
Gráfico N°21: Cantidad de Factores de Riesgo según el grado de Retraso Madurativo



Fuente: Elaboración Personal

Si observamos el grafico anterior podemos ver que el Grupo I es el único en el cual hay un porcentaje de niños, el 11% que no presenta ninguno de los factores de riesgo analizados en esta investigación para el desarrollo del niño; además un 66% presenta 2 o 3 factores de riesgo mientras que un 22% presenta 4 o 5. Si avanzamos en el análisis del

gráfico y comparamos estas dos variables en el Grupo II podemos ver que el 44% de los niños con alteración en su desarrollo psicomotor presenta 3 de los factores de riesgo mencionados y le siguen con 19% aquellos que presentan 2 o 4 factores de riesgo. El Grupo III está constituido por un único niño, el cual presenta 4 de los factores de riesgo. Por último en el Grupo IV se observa que en la mitad de los casos el niño presenta 4 factores de riesgo mientras que en la otra mitad 5.



CONCLUSIÓN

CONCLUSIÓN

Si bien el kinesiólogo no tiene a su alcance las herramientas o estrategias para erradicar la pobreza que se vive en nuestro país¹ o de modificar la gran diferencia que existe entre las distintas clases sociales, que imposibilita a un gran porcentaje de niñas y niños a desarrollarse plenamente, el personal de salud puede participar en la educación sanitaria y en el seguimiento y estimulación temprana en niñas y niños que presentan riesgo psicomotor.

A la Atención Primaria de Salud le corresponde la protección de la salud, orientada a promover el bienestar de los niños y niñas y de sus familias; de brindar a cada una y uno de ellos las herramientas para ser productivos y resistentes para tener una dignidad personal y para participar de forma activa en su propio desarrollo. Es necesario que dichas estrategias enfaticen en el trabajo con la familia dado que es el nicho fundamental del desarrollo infantil; capacitando permanentemente a madres, padres y cuidadores. Estos niños y niñas deben permanecer en entornos amigables que estimulen de forma adecuada su desarrollo.

A lo largo de la investigación se pudieron identificar algunas de las características del entorno familiar que condicionaron o influyeron en el desarrollo integral infantil.

En primer lugar, cabe destacar que si bien la muestra es poco significativa en relación a la cantidad de infantes que viven en Mar del Plata que tienen entre 0 y 2 años, los resultados reflejan una clara tendencia dentro del grupo de lactantes que viven en un contexto donde el nivel socioeconómico es bajo.

De los 64 niños a los que se realizó la evaluación 28 de ellos presentaron alteraciones en su perfil psicomotor y 36 de ellos respondieron de acuerdo a lo esperado para sus edades. Esto quiere decir que el 44% de los infantes presentaron retraso madurativo; en algunos casos el retraso fue poco significativo ya que era de un mes o menos; en otros casos presentaron una edad madurativa 4 meses por debajo de su edad cronológica o corregida.

Entre las cinco conductas evaluadas: Reflejos, conducta motora, conducta adaptativa, evolución del lenguaje y conducta social, se observa que la más comprometida fue la respuesta a los reflejos, donde un 69% de los 64 niños evaluados respondió por debajo de lo esperado para su edad. Además el 50% de la totalidad de los niños evaluados respondió por debajo de lo esperado de acuerdo a su edad al evaluar la conducta motora. Dentro del grupo de niños que no presentaron alteración en su desarrollo se encontró también a la respuesta a los reflejos como la variable más comprometida con un 56% de los niños no

¹ La comisión técnica de ATE (Asociación de Trabajadores del Estado)- INDEC afirmó que un 25,1% de los argentinos era pobre a fines de 2014.

pudiendo responder conforme a su edad. En lo que respecta a los 28 niños que presentaron un perfil psicomotor alterado, en todas las áreas se observó un gran porcentaje de niños que no alcanzaron la conducta esperada. El área donde se observó mayor compromiso fue la evolución del lenguaje. Además el 89% de estos niños no respondió de acuerdo a su edad, en la evaluación de la conducta motora, un 86% al valorar los reflejos y un 75% en la conducta adaptativa.

Otro aspecto que se observó en esta investigación fue la relación entre el desarrollo psicomotor de los niños evaluados con las características del entorno familiar de cada uno de ellos con el propósito de identificar cual o cuales de estas características influyeron y/o condicionaron el desarrollo integral del niño. Dentro del grupo de niños con perfil psicomotor alterado se observó que el 71% de ellos vivía en un hogar donde no se satisfacían las necesidades básicas, el 52% recibía una estimulación inadecuada para su edad, el 21% presentaba un estado nutricional inadecuado, el 100% de las madres y padres de los niños evaluados no había terminado la terciaria, el 71% de las madres estaban desocupadas, y solo el 26% de los padres estaban desocupados. A partir de estos resultados se puede apreciar las carencias que sufren los niños y las familias que viven en este contexto.

Asimismo, se comparó por cada posible factor de riesgo, el porcentaje de niños con perfil psicomotor normal y el porcentaje de niños con perfil psicomotor alterado que presentaron los mismos. De esta forma se observó que el 70% de los niños con padres desocupados presentó alteración en su desarrollo. A ello le sigue la estimulación inadecuada en el hogar, donde el 68% de los niños donde la misma fue inapropiada presentó retraso madurativo. Otra diferencia importante fue el nivel educacional de la madre, ya que de los niños cuyas madres pertenecían al grupo 1, el 67% de ellos tuvo un perfil psicomotor alterado. Las necesidades básicas del hogar insatisfechas y el nivel educacional bajo del padre también muestran diferencias, ya que en ambos casos hubo un mayor número de niños que bajo dichas condiciones presentó una alteración en su desarrollo psicomotor. Por otro lado, las variables estado nutricional y nivel ocupacional de la madre no fueron significativas o no aportaron datos que permitan establecer una relación entre ellas y el retraso madurativo.

Del mismo modo encontramos a partir de esta investigación que del grupo de niños evaluados que presentó alteración en su perfil psicomotor, cuanto mayor número de factores de riesgo presentó mayor fue su retraso madurativo. Aquellos niños cuya edad madurativa fue de dos o más años, menor a lo esperado presentaron todos 4 o 5 factores de riesgo en su contexto familiar. Además el 44% de los niños cuya retraso madurativo fue de entre 1 y 2 años presentó tres factores de riesgo y solo un 32% presentó 4 o 5 factores. Por último, el

66% de los niños evaluados con un retraso madurativo menos 1 año respecto a su edad cronológica tenía 3 o 2 factores de riesgo.

Si bien, es difícil determinar cual o cuales han sido los factores que inicialmente desencadenaron esta alteración en el desarrollo del niño, imposibilitándoles la adquisición del nivel de desarrollo madurativo correspondiente a su edad, es probable que esta alteración tenga un origen multifactorial.

Durante los primeros meses de vida de los niños, el desarrollo psicomotor constituye un área fundamental dentro del desarrollo global del niño que contribuye en la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, en el desarrollo de funciones psíquicas y en la estructuración de la personalidad. Para que todas estas funciones sean adquiridas es de vital importancia que el niño posea un adecuado control motor. Durante la primera infancia, las relaciones son fundamentalmente motrices y se expresan a través del diálogo corporal influido por el tono y la movilidad espontánea y reactiva. Esto quiere decir que si el niño no posee la habilidad para controlar sus movimientos corporales, desde los primeros movimientos simples hasta aquellos más complejos, no podrá desarrollar de manera adecuada las otras áreas de funcionamiento como la cognitiva, sensorial, etc. Como se observa en los resultados de esta investigación el área más afectada en todos los niños fue la respuesta a los reflejos con un 66% de los niños respondiendo por debajo de lo esperado; asimismo el 50% lo hizo por debajo de lo esperado de acuerdo a su edad al evaluar la conducta motora.

Con éstos resultados resulta evidente destacar nuevamente la necesidad de incluir al kinesiólogo dentro del equipo de profesionales de orientación interdisciplinaria de los Centros de Atención Primaria de Salud en Mar del Plata. Esta disciplina colaboraría a pesquisar de manera temprana a este grupo de chicos y de esta forma se los podría tratar, evitando que las repercusiones de su retraso psicomotor tengan un impacto mayor o sean recién halladas al momento de la escolarización de estos niños. La estimulación temprana compete al kinesiólogo; esta disciplina busca proporcionar actividades adecuadas a los niños con problemas evolutivos o con riesgo de padecerlos, con el fin de mejorar sus niveles madurativos en las distintas áreas de desarrollo. Además es fundamental la labor del kinesiólogo para prevenir lesiones tanto óseas, musculares, respiratorias o neurológicas, así como también disminuir las secuelas originadas por dichos eventos.

A lo largo de la investigación surgieron las preguntas: ¿Cuáles son las herramientas que tiene el kinesiólogo a su alcance para mejorar esta situación? ¿Cómo hace el kinesiólogo para evitar o reducir al mínimo estas diferencias en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo psico-social? El reconocimiento temprano es la mejor herramienta para el manejo oportuno de las alteraciones del crecimiento y el desarrollo; además contribuye a

disminuir las repercusiones de las alteraciones en la vida adulta, mejorando la calidad de vida del mismo y facilitando su inserción social. Quedaría abierta la posibilidad de ampliar y profundizar sobre la importancia de incluir al Kinesiólogo dentro del grupo de profesionales destinados a colaborar en la Prevención Primaria de la Salud, al considerar que es la única fuente posible de contacto entre el kinesiólogo y los niños sanos que viven en contextos desfavorables para su desarrollo.

Además sería de interés que el kinesiólogo participe de forma activa, en los lineamientos de plan nacional para el desarrollo de la primera infancia. De esta forma se ampliarían los diversos argumentos ya propuestos, logrando un abordaje más profundo y proporcionando un inicio de vida justo, con el fin de mejorar el desarrollo de los niños y niñas de hoy y los que nacerán en el futuro. El desarrollo armónico del niño se debe entender como una necesidad social esencial ya que constituye el eje de la construcción de una sociedad. Es fundamental construir una conciencia ciudadana respetuosa de los derechos de los niños y niñas.

Invertir en la infancia es invertir en el presente, y por lo tanto invertir en el futuro.

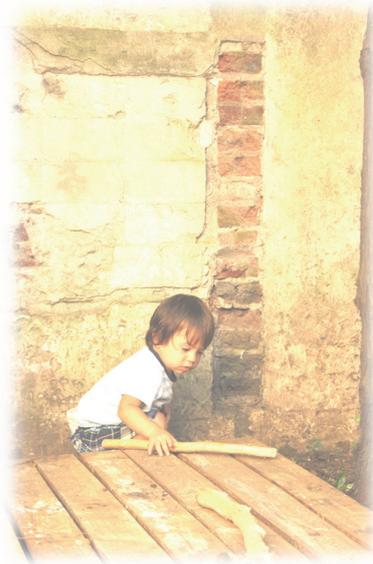
ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante esta investigación se pretende evaluar el desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses mediante el Protocolo de Evaluación Kinésica del Hospital Garrahan según las características del entorno familiar. Para esto último, se indagará al familiar entrevistado mediante una encuesta de elaboración personal. Su participación en esta investigación es voluntaria; usted puede elegir participar o no. No compartiremos su identidad. La información obtenida se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

He sido invitada/o a participar en la investigación que tiene como objetivo analizar el desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses según las características del entorno familiares. Entiendo que mi hijo será fotografiado. He sido informada/o que dichas fotos no presentan ningún tipo de riesgos para mi hijo, para mi y/o para mi familia. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Firma del Participante _____
Fecha _____





BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Als, H., Duffy, F. H., Mc Anulty, G. B., Rivkin, M. J., Vajapeyman, S., Mulkern, R. V., y otros. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics* , 113 (4).
- Amar, J. J., Abello Llanos, R., & Tirado García, D. (2005). Efectos de un programa de Atención Integral a la infancia en el desarrollo de niños de sectores pobres en Colombia. *Investigación y Desarrollo* , 60-77.
- Andraca, I. d., Pino, P., De La Parra, A., Rivera, F., & Castillo, M. (1998). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Revista Saúde Pública* , 32 (2), 138-47.
- Arlette, D. (2003). Influencia del nivel socioeconómico y la estimulación ambiental en el desarrollo psicomotor en preescolares. *Revista Científica en Ciencias de Salud: Colegio de Kinesiólogos de Chile* , 15-17.
- Ascaso, L. E. (Noviembre de 2003). Tesis Doctoral. *Variables socioeconómicas y Problemas interiorizados y exteriorizados en niños y adolescentes* . Barcelona, Barcelona, España.
- Asociación Argentina de Psicomotricidad. (1977). *Asociación Argentina de Psicomotricidad*. Obtenido de www.aapsicomotricidad.com.ar/queeslapsicomotricidad.html
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Madrid, España: Panamericana.
- Berruezo Adelantado, P. P. (2008). El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* , 18-34.
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a incios del siglo XXI*. Santiago De Chile.
- Cantero, M. P., Perez, N., & Navarro, I. (2011). *Psicología del Desarrollo Humano*. San Vicente: Club Universitario.
- Carrollo, I., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C., & Campbell, J. (2002). Emotion processes in normal and abnormal development and preventive intervention. *Development and Psychopathology* , 761-787.
- Dare, B. (Abril de 2000). Interpersonal Understanding Fuels Knowledge Acquisition. *Current Directions In Psychological Science* , págs. 40-45.
- El UNICEF, la OMS, la UNESCO, el FNUAP, el PNUD, el ONUSIDA, el PMA y el Banco Mundial. (2002). *Para La Vida*. Nueva York: UNESCO.
- Eleanor, G. (1988). *Perceptual development in infancy*. Hillsdale: Albert Yonas.

- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Feres, J. C., & Mancero, X. (Febrero de 2001). Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Garaigordobil, M. (1999). Evaluación del desarrollo Psicomotor y sus relaciones con la inteligencia verbal y no verbal. *Revista de la Asociación Iberoamericana de Diagnostico Y Evaluación Psicológica*, 8 (2).
- Garcia, J. J. (2 de Febrero de 2014). *Familia y Cole*. Obtenido de Portal Educativo para familias, educadores y profesionales: www.familiaycole/2014/02/02/retraso-madurativo/
- García, V. E. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicologico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 115-126.
- Gema, L. L., Lopez Garcia, M., Lopez Baena, G., & Mozos Pernias, A. (2013). *Desarrollo Cognitivo y Motor*. Madrid: S.A. McGraw Hill Interamericana de España.
- Gomez, M. C. (2000). La cognición: perspectivas teóricas. *Revista de Ciencias Humanas*.
- Gonzales, R. R., Figueroa Olea, M., Soler Lomón, C. M., Sanchez, C., & Ávila Rosas, H. (2010). Experiencia de la aplicación y criterios para la interpretación de dos versiones del InventarioHOME de 0 a 3 años de vida. *Salud Mental*, 33 (1).
- Graham, S., Kilbreath, C., & Welder, A. (2004). Thirteen-Month-Olds Rely on Shared Labels and Shape Similarity for Inductive Inferences. *Child Development*, 409-427.
- Iceta, A. (2002). Desarrollo Psicomotor del niño y su caloración en atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (2), 35-43.
- Illingworth, R. S. (1983). *El Desarrollo Infantil en sus Primeras Etapas*. Barcelona: Médica y Técnica S.A.
- J., G. J. (2003). Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. *Estudios Pedagógicos*, 115-126.
- Javier, P. P. (1992). Desarrollo cognitivo y modelo constructivista en la enseñanza-aprendizaje de las Ciencias. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 173-189.
- Jerome, K. (2002). *Surprise, uncertainty, and mental structures*. Cambridge: MA: Belknap Press.

- Jiménez, A. H. (2000). Intervención Psicomotriz en el primer ciclo de educación infantil: estimulación de situaciones sensoriomotoras. *Revista Interuniversitaria de Formación Profesional* , 87-102.
- Juan Vera, M. J., & Pérez López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* , 21-38.
- Lacería, V. M. (2004). La Familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. *Revista Cubana de Salud en el Trabajo* , 5(1).
- Lázaro, A. L. (2000). La inclusión de la psicomotricidad en el proyecto curricular del centro de educación especial: de la teoría a la práctica educativa. *Revista Internacional de formación del Profesorado* , 121-138.
- Lira, L. M. (1994). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del lactante de nivel socioeconómico bajo. *Revista Chilena de Pediatría* , 21-27.
- Luisa, S. B., Álvarez, L. J., & Salinas, A. P. (2008). El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. *Revista Chilena de Pediatría* , 26-31.
- Madrona, P. G., Contreras Jordan, O. R., & Gómez Barreto, I. (2008). Habilidades motrices en la infancia y su desarrollo desde una educación física animada. *Revista Iberoamericana de Educación* , 71-96.
- Martínez, Á. C. (2009). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* , 111-121.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/
- Palacios, J., Marchesi, Á., & Coll, C. (1990). *Desarrollo Psicologico y Educación*. España: Alianza Editorial.
- Quirós, J. B., & Schragar, O. L. (1979). *Lenguaje, Aprendizaje y Psicomotricidad*. Buenos Aires: Panamericana.
- Richard, J., & Sanchez, L. R. (1996). *Terapia Psicomotriz*. Barcelona: Masson.
- Robles, R. G., Ayala Ramirez, P. A., & Perdomo Velásquez B., S. P. (2012). Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana. *Ciencias de Salud* , 59-71.
- Robthbart, M. K. (Agosto de 2007). Temperament, Development and Personality. *Current Direccctions in Psychological Science* , págs. 207-212.
- Sánchez, F. A. (Noviembre de 2001). Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. *Modelo Ecológico; Modelo Integral de Intervenccion en Atencion Temprana* , 925-970. Madrid.

- Sández, F. (31 de Agosto de 2014). *Diario La Nación*. Obtenido de <http://www.lanacion.com.ar/1722684-titulo-32pt-uiaemet-quatuer-aesenim>
- Sassano, M. (2013). *La construcción del Yo corporal: cuerpo, esquema e imagen corporal en Psicomotricidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Schapira, I. (2007). Comentarios y Aportes sobre desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. *Hospital Materni Infantil Ramón Sardá* , 21-27.
- Seguí, P. V., & Serra Desfilis, E. (1996). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Psicología Evolutiva y de la Educación* , 12(2), 197-205.
- Segura, G. C. (2000). Exploremos el cerebro infantil. *Congreso Mundial de Lecto-escritura*. Valencia.
- Sen, A., & Brundtland, G. H. (1999). Romper el Ciclo de la Pobreza: Invertir en la Infancia. *Invertir en la Infancia: su papel en el desarrollo*, (págs. 3-7). Paris.
- Stang, S. (10 de Septiembre de 2014). El 42,6% de los chicos del Gran Buenos Aires viven en la pobreza, *Diario La Nación*. Obtenido de www.lanacion.com.ar/1725980-el-426-de-los-chicos-del-gran-buenosaires-viven-en-la-pobreza
- Susan, H. (1998). *The development of self-representation*. New York: Nancy Eisenberg.
- Teresa, T., Isabel, C., Micaela, M., Florencia, S., Marieta, F., Alejandro, O., y otros. (1999). Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económico. *Archivos Argentinos de Pediatría* , 97(5).
- UNESCO. (1996). *La prioridad es la infancia. Cumplimiento de las metas de la cumbre mundial a favor de la infancia*. Paris.
- UNESCO, UNICEF, OMS, FNUAP, PNUD, ONUSIDA, PMA y el Banco Mundial. (2002). *Para la Vida*. Nueva York: UNICEF.
- UNICEF. (2005). *Hacia una Política Pública en Desarrollo Infantil Temprano. Las Buenas Prácticas*. Buenos Aires: Unicef.
- Vayer, P., & Picq, L. (1985). *Educación Psicomotriz y Retraso Mental*. Barcelona: Editorial Científico Médica.
- Vericat, A., & Oden, A. B. (2010). Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. *Revista Chilena de Pediatría* , 391-401.
- Vericat, A., & Orden, A. B. (2013). Psychomotor development and its disorders: between normal and pathological development. *Ciencia & Saúde Colectiva* , 2977-2984.
- Vielma, E. V., & Salas, M. L. (Junio de 2000). Aportes de las Teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. (Educere, Ed.) *Educere* , 30-37.

- Wallon, H. (1978). *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Psique.
- Wallon, H. (1987). *Del acto al pensamiento: ensayo de psicología comparada*. Buenos Aires: Ed. Psique.
- Wolf, P. H. (1966). Causes Controls and Organization of Behavior in the Neonate. *Psychol Issues* , 1-105.

Universidad FASTA Facultad de Cs. Médicas Lic. En Kinesiología

El entorno familiar del niño y su desarrollo psicomotor

Resumen

En la actualidad, existe en nuestro país un alto porcentaje de indigencia y pobreza que ilustran la fuerte marginalidad y polarización social. En la Argentina de hoy, los variados rostros de la pobreza, con sus secuelas de desnutrición, enfermedad y marginalidad, nos golpean todos los días con imágenes de los medios masivos de comunicación. De la misma manera los enfrentamos cotidianamente en nuestras ciudades, en la multiplicada presencia de niños e indigentes en las calles. Esta situación de desigualdad y desventaja social genera una mayor vulnerabilidad frente las adversidades y /o agresiones del medio, condicionando el desarrollo integral de este grupo de niños.

Objetivo General

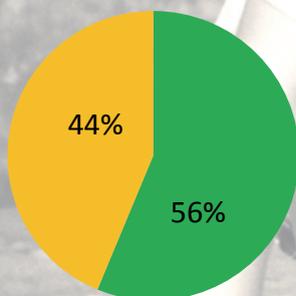
Analizar cuál es el desarrollo psicomotor según las características del entorno familiar, en niños de entre 0 y 2 años que asisten al control de un Centro de Atención Primaria de Salud en Mar del Plata durante el año 2015.

Materiales y Métodos

En esta investigación no experimental transversal descriptiva, participaron 64 niños que asistieron al control de un Centro de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Mar del Plata. Como instrumento de medición se empleó el protocolo de evaluación Kinesica del Hospital Garrahan de Buenos Aires y una entrevista de elaboración personal.

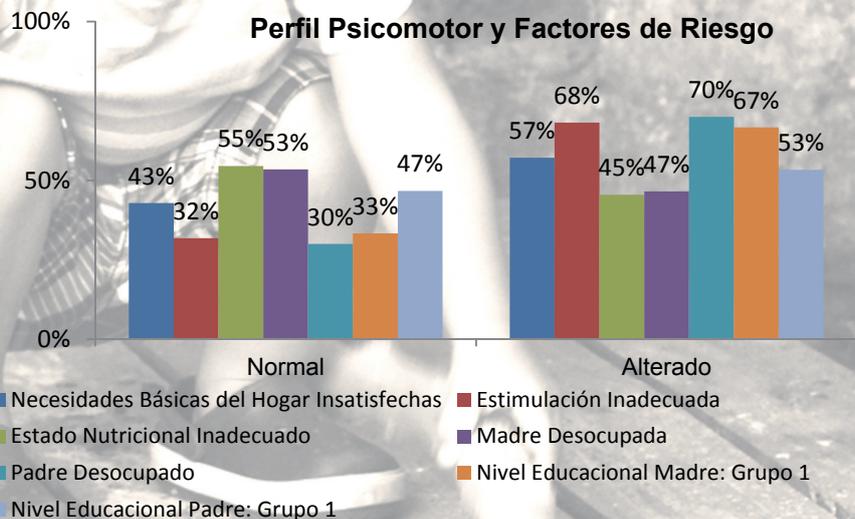
Resultados

Perfil Psicomotor



■ Normal ■ Alterado

Perfil Psicomotor y Factores de Riesgo



Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos se podría establecer una relación entre el entorno familiar del niño en desarrollo y su perfil psicomotor. Si bien no todas las variables analizadas repercutieron en el desarrollo del niño, se observó que aquellos niños que presentaron un mayor número de factores de riesgo tuvieron un retraso madurativo mayor.

Palabras Claves: entorno, indigencia, pobreza, desigualdad, desarrollo integral

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Bourguigne, Clara

Tipo y N° de Documento: 34 058 174

Teléfono/s: (0223) 156 230 874

E-mail: bclarita@gmail.com

Título obtenido: Licenciatura en Kinesiología

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación): El entorno familiar del niño y su desarrollo psicomotor

Fecha de defensa ____ / ____ /20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

