

2019

Prácticas de crianza y desarrollo cognitivo en niños de dos años que concurren al servicio de T.O. del centro de atención primaria de la salud El Martillo en el marco de las acciones de prevención secundaria, incluidas en el plan integral de desarrollo infantil, orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo

Cacciutto, Mariel

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/245>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL

TESIS DE GRADO
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Prácticas de crianza y desarrollo cognitivo en niños de dos años que concurren al servicio de T.O del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo en el marco de las acciones de prevención secundaria, incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil, orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo.

AUTORAS:

Hunt, Guadalupe

Cacciutto, Mariel

Octubre 2019. Mar del Plata

DIRECCION Y ASESORAMIENTO METODOLOGICO

DIRECTORA

- García Mayor, Martina



CO-DIRECTORA

- Ferrarotti, Marcela



ASESORAMIENTO

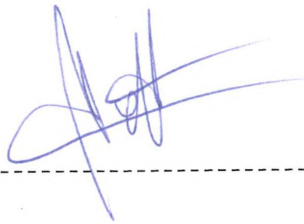
- Lic. Cacciutto, Mariangel



- Taller de trabajo final de la carrera de Licenciatura de Terapia Ocupacional.

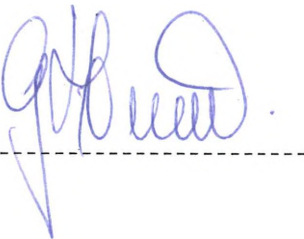
AUTORAS

- Cacciutto, Mariel



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Mariel Cacciutto', written above a horizontal dashed line.

- Hunt, Guadalupe



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Guadalupe Hunt', written above a horizontal dashed line.

Agradecer...

Quiero agradecer principalmente a mi FAMILIA: mamá, papá, Santiago y Gaspar, que desde el primer momento me acompañaron y me dieron la fuerza necesaria para no bajar los brazos más allá de las adversidades. A mis papas gracias por darme la posibilidad de irme a estudiar, de formarme.

A mis ABUELOS, Nely e Ismael, por confiar en mí y brindarme el apoyo que siempre necesite. Fueron, son y serán muy importantes en mi vida.

A GII, a mi amiga, aquella compañera que me dio la facultad. Persona simple y generosa, siempre presente tanto en las buenas como en las malas. Sos mi persona.

A MARIEL mi compañera de carrera, de tesis, que comenzamos y terminamos juntas, con gran esfuerzo y con ansias de ser esas T.O que tanto deseamos. Gracias por todos estos años Mari!

A NINA, que con tan solo 3 meses nos acompañó con sus risas y charlas.

A BAUTI, que nos regaló esa hermosa pintura para nuestra portada y a su mamá PAO, gran persona y amiga que conocí en esta ciudad.

A MARIANGELES, nuestra asesora metodológica, que formaba parte de éste equipo desde hace tiempo y nos permitió ver las cosas mucho más claras.

A nuestras directoras, MARTINA y MARCELA, que sin dudarlo aceptaron acompañarnos en este proceso. Ojala todos tengan la posibilidad de conocerlas y aprender de ellas tanto como nosotras.

Sobretudo agradecer a aquellas personas que se presentaron a lo largo de esta carrera para enseñarme y permitirme ser la persona que soy hoy.

MUCHAS GRACIAS!!!

"Agradecer es el arte de atraer cosas buenas"

Anónimo

Lo mas lindo de alcanzar una meta es poder mirar hacia atrás y ver a todas las personas que ayudaron a lograrla. Para todas ellas un gran ¡GRACIAS!

A mis papás, porque siempre apostaron a mi futuro, y por haberme enseñado las cosas más importantes, esas que ningún libro enseña.

A mis hermanos, por ser además mis amigos y embellecer mi vida.

A Edu, por estar siempre firme a mi lado, y animarme a seguir en los momentos más difíciles de este camino.

A Nina, que vino a llenarme de alegría y ser mi pequeña compañera en los últimos meses de mi carrera.

A Guada, por todo lo compartido desde el primer día de facultad, y en especial en estos últimos años, por ser una gran amiga y compañera de tesis.

A la Pastoral Universitaria y las hermosas amistades que ahí formé.

A Martina y Marcela, por su ayuda a lo largo de este proceso, pero por sobre todo por su calidez, por ser ejemplo del estilo de profesional que me gustaría llegar a ser.

A Mariangel (una vez más) por estar siempre dispuesta a ayudarnos.

A Diana Escobar y Alejandra Campisi por la ayuda brindada.

Por sobre todo, gracias a Dios, porque si hoy obtengo este logro es porque nunca suelta mi mano.

Marisel

ÍNDICE

Introducción	1
Tema	5
Estado actual de la cuestión	6

Marco Teórico

Capítulo I: Desarrollo infantil

- Aspectos generales del desarrollo	37
- Desarrollo cognitivo	51
o Lenguaje	53
o Resolución de problemas viso-motores	57

<u>Capítulo: Practicas de crianza</u>	67
---------------------------------------	----

Capítulo III: Atención Primaria de la Salud (APS)

- APS: un recorrido histórico	83
- Acciones de Prevención	90
- Promoción de la salud	92

- La APS y la participación comunitaria 93
- Terapia ocupacional y APS en población infantil 96

Capítulo IV: Vulnerabilidad social

- Concepto de vulnerabilidad social 101
- El impacto de la vulnerabilidad social en la infancia 104

Diagnóstico de situación

- Plan integral de Desarrollo Infantil (PIDI) 109
- Características del Área Programática y CAPS “El Martillo” 116

Aspectos metodológicos 125

Análisis e interpretación de datos

- Introducción 139
- Análisis de prácticas de crianza 140
- Ocio y tiempo libre 143
- Alimentación 154
- Sueño 165
- Análisis del desarrollo cognitivo 173

<u>Conclusión</u>	176
<u>Bibliografía</u>	183
<u>Anexos</u>	198

INTRODUCCIÓN

A partir de la experiencia adquirida a lo largo de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional y el acercamiento a profesionales que se desempeñan en el ámbito comunitario, sobre todo con población materno-infantil, es que surgió nuestro interés por dicha población. De ese modo nos acercamos a lo que hoy es la temática de nuestra tesis: las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo.

El paso por diferentes asignaturas y la interiorización con la temática, nos aportó una visión integral del sujeto, cuyo desarrollo va más allá de cuestiones netamente orgánicas, sino que también es fundamental contemplar el ambiente que rodea al niño y cómo éste influye en el mismo.

Tomamos, como sustento de esta investigación, a aquellas teorías que conciben al desarrollo como un proceso multideterminado, es decir influenciado por la interacción del sujeto con múltiples factores y contextos, dentro de los que se destaca el ambiente familiar.

Por otra parte, al llevar a cabo este trabajo pretendemos realizar un aporte a la Terapia Ocupacional en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. La promoción de la salud y prevención de enfermedades y discapacidad en la población infantil constituyen un gran desafío. En este sentido, en Argentina se realizan diferentes intervenciones tendientes a vigilar el desarrollo infantil para poder intervenir de forma temprana ante cualquier signo de alarma.

Específicamente en el Partido de General Pueyrredón estas intervenciones se enmarcan en el llamado Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI). El mismo fue

desarrollado por la Secretaría de Salud, en articulación con las Secretarías de Educación y de Desarrollo Social y su objetivo es promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0 a 6 años y la protección de la mujer embarazada y su entorno familiar, mediante el fortalecimiento de las actividades de prevención, promoción y asistencia en Atención Primaria de la Salud.

Haciendo hincapié en la importancia de la comunidad, el PIDI reconoce las capacidades y valores de las familias y busca detectar tempranamente los riesgos y problemas de salud que puedan presentar, para ofrecerles así, en forma oportuna, acceso a las intervenciones individuales, grupales y colectivas que requieren. Dichas intervenciones son llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario del que el terapeuta ocupacional forma parte. Una de las acciones realizadas desde Terapia Ocupacional es la detección temprana de problemas del desarrollo, mediante diferentes tests de pesquisa, entrevistas a los cuidadores del niño y la observación clínica, siempre presente. Estas acciones están previstas para realizarse en una determinada secuencia durante la primera infancia. Una de las oportunidades de evaluación, cuando el niño cumple los 2 años, es la tomada en cuenta para realizar nuestra tesis. Con ella pretendemos explorar y describir las prácticas crianza y el desarrollo cognitivo de los niños que concurren a la evaluación de Terapia Ocupacional prevista para los 2 años en el Centro de Atención Primaria de la Salud “El Martillo”.

Creemos valioso indagar acerca de dichas cuestiones: por un lado, su conocimiento permite hacer un diagnóstico de la comunidad al respecto, pudiendo conocer cuáles son las fortalezas y debilidades de las familias, qué hacen y por

qué, sus creencias, costumbres, y posibilidades. Esto puede permitir una intervención sólida y realista, que ponga énfasis en aquellas cuestiones en las que es necesario hacerlo. Además, al describir las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo se podrían identificar aquellas acciones que estarían beneficiando al niño, y por tanto se deberían reforzar, y aquellas que deberían ser desalentadas, dado que estarían produciendo un impacto negativo.

Es de esta forma que pretendemos, mediante nuestra tesis, acercarnos de manera práctica a aquello que en nuestros años de estudiantes, vimos con interés, pero desde una perspectiva teórica. Buscamos así enriquecernos con una importante experiencia para nosotras, al tiempo que realizamos un aporte al ámbito de la Terapia Ocupacional que más nos interesa.

Tema:

Las prácticas de crianza y desarrollo cognitivo en niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de acciones de prevención secundaria orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo, incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

A continuación se mencionan aquellas investigaciones relacionadas con la temática desarrollo cognitivo y prácticas de crianza, hallados a partir de la búsqueda bibliográfica. Se deben tener en cuenta las siguientes aclaraciones:

Por un lado, se tomó como criterio de búsqueda todos aquellos artículos en idioma español, tanto nacionales como internacionales. El término prácticas de crianza fue encontrado en escasos artículos, sin embargo, algunas investigaciones estudiaron variables tales como “ambiente en el hogar”, “estimulación en el hogar”, “estimulación psicosocial, familiar o ambiental”, o “calidad educativa del ambiente familiar”. La definición de todas estas variables se vincula íntimamente al concepto de prácticas de crianza, y sus indicadores coinciden con los tomados en cuenta para medir dicha variable. Cabe desatacar, además, que se incluyeron los artículos que valoraban el desarrollo en cualquiera de sus áreas, y no solo la cognitiva. Por otra parte, y en el caso de las investigaciones locales, se tuvieron en cuenta además a aquellas investigaciones que, desde la perspectiva de Terapia Ocupacional, evaluaron el desarrollo en niños sin patología, y aquellas que tomaron variables relacionadas con hábitos y actividades de la vida diaria en la infancia, ya que en ellos indefectiblemente se verá la impronta de las prácticas familiares.

A nivel local, mediante el rastreo de Tesis de Grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se encontraron los siguientes trabajos:

En 1998 Becce y Di Santo plantearon la importancia del ambiente familiar en la adquisición de las actividades de la vida diaria (AVD). Por eso buscaron describirlas en una población con necesidades básicas insatisfechas, considerando que en ella se presenta menor estimulación para el desempeño repetido de las AVD (necesario para convertirlas en hábito), ya sea porque estas pautas no están instaladas en los padres, por falta de conciencia de las consecuencias negativas de ello o por carencias materiales que perjudican el desempeño de estas actividades.

En este contexto, realizaron su tesis, llamada "Adquisición de las AVD de cuidado personal en niños pertenecientes a población con NBI". Mediante un estudio exploratorio descriptivo, el objetivo planteado fue comprobar si los niños pertenecientes a una población con necesidades básicas insatisfechas, que concurrían a los comedores de jardines municipales de la ciudad de Batán y cursaban la tercera sesión del Nivel Inicial durante el año 1997, lograron la adquisición de las AVD de cuidado personal correspondientes a su edad.

La información se obtuvo mediante la recopilación documental (legajos de los niños), entrevista a las directoras de las instituciones y observación estructurada para consignar aquellos ítems de alimentación, higiene y vestido susceptibles de ser registrados visualmente.

El resultado de la investigación mostró que los niños de esta población no tenían adquiridas todas las AVD de cuidado personal que se consideran correspondientes para la edad.

Por otra parte, en 1999, Costamagna, Galilea y Rivero evaluaron las características de la estimulación familiar, en este caso materna.

Su tesis, llamada "Estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 a 3 años de edad en situación de pobreza", tuvo como objetivo principal identificar las características de la estimulación psicosocial que brindan las madres a sus hijos de 2 a 3 años, que han concurrido a tratamiento de Terapia Ocupacional durante el primer año de vida por retraso madurativo de origen socioambiental (por lo que se trata de familias en situación de pobreza). Dicho tratamiento se ha llevado a cabo en el Subcentro de Salud N° 12 de Mar del Plata, entre octubre de 1996 y diciembre de 1997.

Entre los objetivos específicos se encontraron: describir las características socioeconómicas que presentaban estas madres; identificar las características de la estimulación psicosocial que brindaban a sus hijos; describir los aspectos que recordaban y los que empleaban de la intervención recibida desde terapia ocupacional y detectar creencias y prácticas comunes relativas a la crianza de los niños.

Se trata de una investigación de tipo exploratorio-descriptivo. Los datos se obtuvieron mediante una recopilación documental de planillas confeccionadas por el servicio de Terapia Ocupacional. Además se realizó una entrevista a la asistente social de la institución para obtener datos sobre los aspectos socioeconómicos familiares.

Por otra parte, se realizó una entrevista semiestructurada a las madres de los niños, que obtenía tres tipos de datos: estimulación psicosocial que la madre brindaba al niño en las áreas de conocimiento, socialización, lenguaje e independencia; aspectos culturales referidos a las creencias y prácticas de crianza de los niños; aspectos relacionados con la intervención de Terapia Ocupacional recibida durante el primer año del niño.

Al analizar los resultados, las tésistas pudieron observar que los objetos que brindaban las madres para el juego eran escasos, los juegos que compartían eran limitados en variedad y de poca complejidad, sin lograr una adecuada estimulación en el área cognitiva. Un gran número de madres no brindaba a su hijo la posibilidad de jugar con niños de su misma edad y las salidas fuera del barrio eran poco variadas y ocasionales.

En cuanto a los aspectos culturales relativos a las creencias y prácticas de crianza, un alto porcentaje de madres consideró que debía permanecer la mayor parte del tiempo con su hijo para cuidarlo y atenderlo, por este motivo no realizaba trabajos fuera del hogar. Se detectó que este cuidado estaba centrado en la supervivencia del niño (satisfacción de necesidades básicas y atención de su salud física) descuidando otros aspectos del desarrollo que también eran fundamentales en esta etapa evolutiva. El contacto con el grupo extrafamiliar era limitado, existiendo un fuerte sentimiento de desconfianza hacia el mundo externo. Se evidenció además dificultad por parte de la madre para separarse de su hijo.

En el año 2002, Arellano y Celesia realizaron una tesis llamada “La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional de los niños de 3 y 6 meses de edad, que concurren al programa Control del Niño Sano en IREMI de la ciudad de Mar del Plata.”

Si bien se refiere a una población con una edad mucho menor a la utilizada en la presente tesis, creemos importante mencionarla, ya que tiene como objetivo ponderar la necesidad de valorar el desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional (en este caso a los 3 y 6 meses), para detectar precozmente niños en riesgo o en retraso en el desarrollo psicomotor. La investigación contó como población con los niños que concurren al Programa “Control del Niño Sano” en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002.

Se plantea, como objetivos específicos, identificar las adquisiciones del desarrollo psicomotor; identificar la cantidad de niños de 3 y 6 meses que concurren al Programa “Control del Niño Sano” en IREMI durante octubre del año 2002, que se encuentran en riesgo o retraso del desarrollo psicomotor; analizar el rendimiento en cada una de las áreas de desarrollo psicomotor de estos niños (social, lenguaje, motora y coordinación) y describir su desarrollo psicoafectivo.

El tipo de estudio es exploratorio descriptivo, y sus técnicas de recolección de datos fueron: la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses de Rodríguez y otros, que considera las áreas motora, lenguaje,

coordinación y social; la observación directa no participante en la sala de espera, durante el control de enfermería y en el Taller de Educación para la Salud (dicha observación se realizó a través del Diagrama de Observación del Vínculo madre-bebe, construido por Oiberman) y una entrevista semiestructurada a la madre acerca de los hábitos y comportamiento del lactante, para recabar datos acerca del ambiente familiar, las rutinas diarias, los hábitos y comportamientos del bebe.

En base a la investigación realizada, las tesisistas concluyen que es muy necesaria la valoración del desarrollo desde Terapia Ocupacional, ya que posibilita la detección temprana para prevenir o minimizar un retraso en el mismo, a la vez que promueve un crecimiento y desarrollo armónicos.

En el mismo año fue realizada la tesis “El rol del terapeuta ocupacional en APS en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio ambientales” por Delmonte y Riccillo.

La misma tuvo como objetivo conocer y describir los factores de riesgo detectables por el terapeuta ocupacional, que inciden en la adquisición del lenguaje, en los niños de 15 meses sin patología asociada que concurrieron al programa “Control del Niño Sano”, en la Unidad Sanitaria Las Heras, durante 2002, en Mar del Plata.

Las tesisistas plantearon además, como objetivos específicos, determinar el nivel de adquisición del lenguaje de dichos niños; identificar los factores de riesgo que presentan mayor prevalencia; describir la relación posible entre el perfil de

adquisición del lenguaje y la exposición a diversos factores de riesgo y diseñar una propuesta de intervención precoz en prevención primaria y secundaria relacionada con la adquisición del lenguaje en niños expuestos a factores de riesgo.

Esta tesis fue de tipo exploratorio-descriptivo. Se utilizaron las siguientes técnicas para la recolección de datos: recopilación documental (historias clínicas de los niños); entrevista a Servicio Social de la institución para conocer las problemáticas de la población; entrevista semiestructurada a los padres y tutores de los niños, donde se recabó información acerca del grupo familiar, características edilicias de la vivienda, hábitos y comportamiento del niño; Perfil de Observación del Vínculo Madre-bebe de Oiberman, con modificaciones considerando la edad a evaluar y Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses de Rodríguez y otros.

Las tesistas obtuvieron los siguientes resultados: la mayoría de los niños evaluados presentó riesgo en el desarrollo psicomotor, mayoritariamente con compromiso en las áreas del lenguaje, social y emocional. Además, se detectó un elevado número de niños con persistencia de hábitos de alimentación, sueño y situaciones o conductas vinculares inadecuadas para la edad cronológica. Según las tesistas, los hábitos de sueño (colecho y cohabitación con los padres y/o hermanos) y alimentación (lactancia materna prolongada, uso de mamadera y chupete), y la dificultad en la puesta de límites permiten inferir la influencia negativa que estas ejercen sobre el desarrollo psicomotor global del niño. Se

menciona, además, que los casos de retardo del lenguaje se deben generalmente a una sobreutilización o utilización exacerbada del lenguaje no verbal por parte del niño, en donde el padre decodifica y facilita la respuesta, con lo que se afecta el área del lenguaje expresivo y social.

Por otra parte, en las áreas motoras y de coordinación, los casos que presentaron retraso, podrían deberse a la influencia de factores de tipo medio ambiental.

En el año 2005, Alsina y Valente Lozada llevaron a cabo la tesis “Rendimiento en las áreas de desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valorados a través de técnicas de screening en terapia ocupacional.”

Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cuali-cuantitativo. Su objetivo fue identificar y categorizar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valoradas en los screening de terapia ocupacional. Además se buscó describir hábitos inadecuados de dichos niños.

Para ello se realizó un análisis estadístico descriptivo, teniendo en cuenta el resultado arrojado por la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses, de Rodríguez y otros, registrada en la historia clínica de cada niño.

De la recopilación documental por medio de historias clínicas se obtuvo, además, información de entrevistas semiestructuradas realizadas por Terapia

Ocupacional a los padres (información acerca de hábitos de alimentación, sueño, higiene y lúdico recreativos). Esto se realizó con el fin de detectar hábitos inadecuados.

Por otra parte, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada a todos los profesionales que formaban parte del Programa “Control del Niño Sano” en IREMI, obteniendo información acerca de la cantidad de niños que participaban del programa, las características socioeconómicas y culturales de sus familias, la confiabilidad del instrumento de screening, el seguimiento de los casos y su percepción en relación al rendimiento de las áreas de desarrollo.

En el análisis de los datos, las investigadoras destacan la presencia de conductas inadecuadas producto de determinados hábitos de alimentación (persistencia de mamadera, amamantamiento, uso de chupete) y sueño (cohabitación, colecho), constituyéndose estos en factores de riesgo para el desarrollo integral de los niños, ya que están en íntima relación con su autonomía, desarrollo y adquisición del lenguaje.

Además, de las entrevistas realizadas se desprende que todas las áreas del desarrollo psicomotor, especialmente la del lenguaje, se ven afectadas por factores propiciados por un ambiente pobre en estímulos, en donde existen: carencias nutricionales y necesidades básicas insatisfechas, bajo nivel de educación materna, bajo nivel de interacción familiar y de estimulación en el hogar, madres adolescentes, padres ausentes o familias disgregadas, eventos familiares estresantes y falta de límites.

En el mismo año Cabrerizo y Pieroni realizaron una tesis denominada “La inteligencia sensorio motriz en niños de 24 meses de edad, pertenecientes a una población de alto riesgo socio-ambiental, que han presentado una disminución en la curva de peso dentro de los parámetros normales (entre percentil 10 y 50), comprendida entre los 6 y los 9 meses de edad con la incorporación de los primeros alimentos sólidos, quienes luego de este periodo recuperaron normalmente su peso”. Se contó, como población de esta tesis, a los niños con las características mencionadas, que concurrieron al Programa “Control del Niño Sano” durante el año 2004.

Para caracterizar la inteligencia sensorio motriz de los niños se utilizó la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz, destinada a la población de bebés argentinos de 6 a 24 meses de edad. Esta permite evaluar tempranamente recursos y vulnerabilidades en el área de Inteligencia Sensorio Motriz.

Además se administró una entrevista semi estructurada, dirigida a las madres para obtener información acerca de las conductas y hábitos de alimentación de los niños.

Por otra parte, la observación directa permitió conocer, en forma cualitativa, las conductas y comportamientos del niño en la evaluación. Además posibilitó detectar las diferentes actitudes y respuestas de los padres hacia sus hijos durante las situaciones provocadas por el examinador.

A partir de la evaluación del desarrollo, se observó que el 95,45% de los niños no alcanzaron los resultados esperados para su edad. Entre otros aspectos, se observó en esta población la presencia de factores socioambientales que, de acuerdo a la calidad y cantidad de los mismos, pueden condicionar positiva o negativamente el logro de pautas correspondientes, tanto al desarrollo psicomotor como al desarrollo cognitivo (aunque esto no fue motivo de investigación).

En 2008, Di Luca y Marinangeli realizaron una tesis llamada "Hábitos y juego en niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño Centenario".

Mediante un estudio de tipo exploratorio descriptivo, y con un enfoque cuantitativo, las autoras buscaban conocer cómo se presentaban los hábitos de alimentación, sueño, higiene y juego en los niños de 2 a 4 años que concurren a la Casa del Niño Centenario entre agosto y septiembre de 2008, tanto en su ámbito familiar como en la guardería.

Se plantearon además detectar la existencia de hábitos inadecuados; identificar aquellos hábitos y juego adquiridos en la guardería y comparar los resultados de los hábitos y juego en el ámbito familiar con los de la guardería.

Las técnicas de recolección de datos fueron las siguientes: entrevistas semiestructuradas a la directora y terapeuta ocupacional de la institución; recopilación documental (legajos de los niños); cuestionario a los padres o personas a cargo y a las preceptoras y observación estructurada de los niños para detectar la presencia o ausencia de determinados indicadores de hábitos y juego.

En esta investigación se menciona que existen ciertos factores que influyen en la adquisición del hábito: características del niño, edad de desarrollo y cronológica, habilidades y capacidades, rendimiento y motivación, características familiares, otros contextos sociales que influyen en su participación, entorno sociocultural y físico

Las tesisistas llegaron a los siguientes resultados: en cuanto a la comparación de los indicadores de cada hábito en los diferentes ámbitos, guardería y hogar, las diferencias más relevantes se dieron en los hábitos de sueño y en el juego:

En sueño, el mayor porcentaje de conductas inadecuadas se observaron en el hogar (dificultad para dormirse, necesidad de rituales, uso de chupete y colecho).

En el aspecto lúdico, el mayor porcentaje de conductas inadecuadas se presentó en el juego individual, dándose en el ámbito del hogar.

Por otra parte, se pudieron detectar los siguientes hábitos inadecuados: en el hogar se observa colecho, uso de chupete y mamadera, y en la guardería la utilización de televisión para comer, con el fin de mantener la tranquilidad y el orden de los niños.

En 2009, Bravo y Grillo realizaron una tesis llamada "Valoración de la madurez neuropsicológica desde terapia ocupacional de niños entre 60 y 78 meses de edad cronológica que concurren a preescolar".

Este trabajo, de tipo exploratorio descriptivo, buscó conocer el nivel de madurez neuropsicológica de niños de entre 68 y 78 meses que concurrían al preescolar en el Jardín de Infantes n°903, de la ciudad de Maipú, durante noviembre del 2008.

El instrumento por medio del cual se obtuvo la información fue es Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN). Esta evaluación permite valorar el desarrollo neuropsicológico en edad preescolar de 3 a 6 años. El mismo fue complementado con una entrevista semiestructurada dirigida a los docentes a cargo de los niños, con el objetivo de recabar información sobre las actividades que forman parte de la currícula de la institución, que pudieran influir en el rendimiento de los niños.

A partir de la exposición de los resultados se ha podido registrar que el 51,6% de los niños presentó una maduración neuropsicológica normal y 48,4% presento desviación de los parámetros esperados.

En 2011 se llevó a cabo otra tesis vinculada al desarrollo neuropsicológico infantil. La misma, llamada "Descripción de la maduración neuropsicológica en niños entre 48 y 78 meses de edad cronológica que se encuentran expuestos a los dispositivos tecnológicos, que concurren al Instituto Nuestra Señora del Rosario de la ciudad de Necochea durante el mes de marzo del 2011" fue realizada por Arrivillaga y Quevedo. Se trata de un estudio de tipo exploratorio descriptivo.

Al observar un crecimiento masivo de la tecnología y el fácil acceso que los niños tienen a ella en edades tempranas, las autoras plantearon describir cómo se presenta la maduración neuropsicológica en los niños de entre 48 y 78 meses de edad cronológica que se exponen a los dispositivos tecnológicos tres o más horas diarias.

Para valorar la madurez neuropsicológica se utilizó el Cuestionario CUMANIN.

Además se realizó un cuestionario a los padres, constituido por preguntas abiertas y cerradas, con el objetivo de conocer y determinar el tiempo de exposición a los dispositivos tecnológicos de sus hijos.

Los resultados de esta investigación indican que el 76,6% de los niños obtuvo un cociente de desarrollo por debajo a los parámetros esperados. Por otro lado, a partir de los datos obtenidos, las autoras afirman que los niños utilizan todo su tiempo libre en actividades relacionadas con la exposición a dispositivos tecnológicos, dejando de lado cualquier otra actividad de tipo deportiva, social y recreativa al aire libre, excluyendo totalmente cualquier actividad lúdica.

En el mismo año, Alves y Ferraro realizaron una tesis llamada "Desarrollo infantil en condiciones de vulnerabilidad social. Resiliencia. Un enfoque desde Terapia Ocupacional".

Mediante un estudio exploratorio descriptivo, buscaron identificar los factores protectores y de riesgo de una población de niños, de entre 4 y 5 años, que

concurrían al Jardín de Infantes y Casa del Niño Juanito Bosco en el año 2011. Dicha población vivía en condiciones de vulnerabilidad social.

Se planteó, además, conocer el perfil psicomotor de dichos niños y describir y comparar las características del desarrollo psicomotor de acuerdo a la presencia de factores protectores y de riesgo.

El enfoque seleccionado para llevar a cabo esta tesis fue cuantitativo y las técnicas de recolección de datos fueron: el test de desarrollo psicomotor TEPSI, que evalúa las siguientes áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, arribando a tres categorías posibles de desarrollo del niño: normal, riesgo y retraso; para poder evaluar los factores de riesgo y factores protectores que los niños presentaban se administró un cuestionario semiestructurado a la madre o el padre. En él se obtuvo información acerca de los hábitos del niño y comportamientos en su hogar, prácticas de crianza llevadas a cabo por los padres, enseñanza de costumbres, estimulación del ambiente familiar-social, participación en la comunidad, acceso a sistemas de salud y educativos en la comunidad. El mismo fue basado en el inventario Home (explicado más adelante). Además, por medio de la observación estructurada, no participante, del niño durante la jornada escolar, se registraron los siguientes aspectos: capacidad de relacionarse socialmente, capacidad para resolver problemas, iniciativa, creatividad, capacidad de comunicación, tolerancia a la frustración y características de la actividad lúdica del niño. Para el registro de los datos se utilizó una ficha de observación del niño. También procedió a la recopilación documental: legajo de cada niño, informes

sobre las características socio ambientales de los grupos familiares y cuadernos de salud de los niños.

Cabe destacar, en esta investigación, la semejanza que tienen algunos de los indicadores de las variables “factores de riesgo” y “factores protectores”, con los utilizados en la presente tesis para indagar acerca de prácticas de crianza. Específicamente, las autoras tomaron en cuenta la categoría “factores protectores familiares”, donde incluyeron numerosas cuestiones vinculadas a la estimulación familiar, que también se tomarán en consideración en esta tesis, como indicadores de las prácticas de crianza vinculadas, en su mayoría al tiempo libre.

Por otra parte, las tesisistas tomaron en cuenta la presencia de factores de riesgo relacionados con hábitos inadecuados, indagando acerca de lo que en esta tesis se denomina “prácticas de crianza vinculadas a la alimentación y al sueño”

Esta investigación arribó a la siguiente conclusión: a pesar de la constante presencia de factores de riesgo en los niños, la mayoría cuenta con un perfil de desarrollo normal. A medida que estos aumentan en presencia, se incrementa también el riesgo de presentar un perfil psicomotor con riesgo o retraso. Del mismo modo se afirma que, a medida que los factores protectores aumentan, disminuye el riesgo de presentar un perfil psicomotor de retraso o riesgo.

En el año 2013 Algañaraz y Torres realizaron una tesis titulada “Prácticas de crianza utilizadas por los padres/cuidadores para la transmisión de las A.V.D: una mirada desde T.O.”.

El objetivo de dicho estudio se centró en conocer las prácticas de crianza que utilizan los padres o cuidadores para la transmisión de las actividades de la vida diaria de los niños en edad pre-escolar que concurren al jardín de infantes municipal n°23 del barrio Belgrano en la ciudad de Mar del Plata.

Los datos fueron obtenidos mediante la implementación de una entrevista semiestructurada a los padres o adulto cuidador. También se llevaron a cabo encuentros con informantes claves, así como la revisión de documentos de diferentes instituciones.

En base a los resultados, las tesis concluyen que las prácticas de crianza vinculadas a las AVD se caracterizan por: permitir libertad al niño, imponer ciertas restricciones, presentar alternativas, reconocer riesgos y errores y permitir participación en decisiones familiares.

En el 2016, Fornetti, Moro y Soulé realizaron la tesis “La influencia del uso del andador infantil en el desarrollo psicomotor de lactantes de 6 a 18 meses de edad cronológica”. En ella proponían, como objetivo general, determinar la influencia del uso del andador en el desarrollo psicomotor de los niños de 6 a 18 meses, evaluados por el área de Terapia Ocupacional del Instituto Dr. Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, en la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2013.

Al mismo tiempo, los objetivos específicos fueron describir el desarrollo psicomotor de estos niños, su capacidad de exploración y de dominio del propio

cuerpo y aquellos patrones motores recurrentes en los lactantes de 6 a 18 meses que son usuarios cotidianos del andador, evaluados por el área de Terapia Ocupacional.

Para cumplir con estos objetivos se implementó la Escala de Desarrollo Psicomotor de 0 a 2 años de Rodríguez y otros, la observación clínica de la conducta motora de los niños durante la administración de dicha escala, entrevistas semi dirigidas a sus padres, con el objetivo de recopilar información referente a los hábitos y prácticas de crianza y encuestas semi estructuradas a informantes claves para conocer su opinión respecto del uso del andador y el abordaje de este tema con los padres.

El análisis de los datos ha demostrado que el 52,6% de los casos presenta un desarrollo en categoría de riesgo. Las tesisistas afirman que, si bien no se puede inferir que el uso del andador, como práctica de crianza aislada, incida desfavorablemente en el desarrollo psicomotor del niño, sí se puede deducir que el uso de dicho dispositivo, en conjunto con aquellas prácticas de crianza que son consideradas desfavorables por la Asociación Argentina de Pediatría, se constituye en un factor obstaculizador del desarrollo infantil.

Por otra parte, también a nivel local, Vega, Campisi, Bosenberg y Porro realizaron una investigación titulada Terapia Ocupacional. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de familias pobres. Se trata de un estudio longitudinal, realizado entre 1995 y 2002 en dos Unidades Sanitarias de la ciudad, ubicadas en los barrios Libertad y Las Américas.

Los objetivos de esta investigación fueron: estudiar las características del desarrollo integral del niño en riesgo social; determinar las áreas de desarrollo psicomotor más afectadas; determinar los periodos en los que el desarrollo se encuentra más afectado y estudiar la relación entre el desarrollo psicomotor de los niños y las características socioeconómicas, sanitarias y culturales de los grupos familiares.

Para la recolección de los datos se utilizaron las siguientes herramientas: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 2 años de Rodríguez y otros; Test del Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años (TEPSI); un cuestionario acerca de la salud materna y neonatal y una encuesta semi estructurada de seguimiento de la población infantil.

Los resultados obtenidos muestran que el perfil de desarrollo psicomotor de los niños estudiados se caracteriza por la fluctuación entre las categorías “normalidad”, “riesgo” y “retraso”. Además, se halla relación entre el bajo peso, el retraso del crecimiento intrauterino, las características socio-educativas maternas y los niños que presentaron mayor cantidad de controles en retraso. Por otra parte se detectó ausencia de cobertura educativa, de estimulación y de recreación entre los 3 y 5 años.

Por otra parte, se encuentra la investigación realizada por Vega y Arellano (2009), titulada “Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida”. Se

trata de una experiencia realizada en dos etapas: en la primera se llevó a cabo la implementación de talleres participativos con mujeres embarazadas, en los que se buscó facilitar los conocimientos de apropiadas experiencias sensoriales, motoras y vinculares del niño e intensificar la confianza de la madre en sus capacidades maternas. La segunda etapa consistió en la evaluación de dicha experiencia, por medio de la medición del desarrollo psicomotor, la observación del vínculo madre-hijo, valorando las conductas y los hábitos de la vida diaria y la experiencia en los talleres referida por las participantes.

En cuanto a la metodología, durante la ejecución de los talleres participativos se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, en la que se obtuvo información acerca de las creencias de las mujeres referidas a las prácticas de crianza y estimulación del bebe de 0 a 6 meses. Por otra parte, luego del nacimiento se realizó otra entrevista, en la que se estudió cualitativamente hábitos del bebé a través de las acciones de crianza que proporcionaba la madre/familia. Estos se dividieron en tres áreas: alimentación, sueño y actividad lúdica

El desarrollo psicomotor, por su parte, fue medido por medio de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Rodríguez y otros.

Los resultados demostraron el impacto positivo de los talleres y permitieron concluir que se había cumplido con el propósito de generar un espacio de apropiación y aprendizaje activo de pautas de crianza, cuidados tempranos y estimulación, a partir de los intereses y los saberes previos de la población.

En 2011, Vega presentó en el 8vo. Congreso Argentino de Terapia Ocupacional una investigación realizada junto a Beltran y titulada Prácticas de crianza, su importancia en la promoción del desarrollo infantil. La investigación potenciando el ejercicio profesional.

Mediante un enfoque mixto, no experimental y descriptivo esta investigación propuso conocer las prácticas de crianza, conocimientos y creencias de cuidadores de niños pequeños de familias en contexto de vulnerabilidad social. Para ello, se compuso una muestra formada por madres – cuidadores de niños de 0 a 2 años de edad que asistían a controles médicos en el marco del programa Control del Niño Sano en dos Unidades Sanitarias de la ciudad, en los meses de agosto a noviembre del año 2009. La recolección de la información se realizó mediante una entrevista semiestructurada diseñada por las autoras.

En los resultados de esta investigación se destaca la presencia de ciertas prácticas de crianza comunes, y se concluye que los modos de transmisión de la información acerca de las prácticas de crianza, sumado a la multiplicidad conceptual de las madres en relación al desarrollo infantil y a las nuevas fuentes de información que las madres identifican como válidas en la actualidad, configuran variables imprescindibles a considerar en la planificación de programas de salud y desarrollo del niño permitiendo un enriquecimiento de los mismos.

A nivel nacional, se puede mencionar una experiencia realizada en la ciudad bonaerense de Lobería, por Hohl y el equipo del Centro de Estimulación y Aprendizaje Temprano (2001). El “Proyecto Lobería” estuvo compuesto por intervenciones de diferente naturaleza destinadas a la promoción del desarrollo del niño mediante la movilización de recursos familiares y el refuerzo de la autoconfianza de los padres en su capacidad de crianza.

En lo que respecta a las cuestiones relacionadas con la temática de esta tesis, el impacto de las intervenciones se evaluó, por un lado, mediante el inventario HOME (Manual para la Observación del Ambiente del Hogar). El mismo se compone por seis sub escalas que contemplan la respuesta emocional y verbal de la madre, la aceptación de las conductas del niño, la organización del ambiente físico y temporal, la disposición de los materiales apropiados de juego, la capacidad de la madre para involucrarse con el niño y la variedad de oportunidades para la estimulación diaria. Además se implementó un cuestionario de conocimientos y creencias parentales del desarrollo infantil. Por otro lado, se monitoreó el desarrollo infantil por medio de la Escala Bayley y la Escala WPPSI. Los resultados arrojados han mostrado que el Proyecto Lobería tuvo un impacto positivo significativo en la población a la que estuvo destinado.

A nivel nacional, además, se puede citar el artículo de Lejarra, Berardi, Ortale, Contreras, Sanjurjo, Lejarraga, Martínez Cáceres y Rodríguez (2011), titulado “Crecimiento, desarrollo, integración social y prácticas de crianza en niños que viven con sus madres en prisión”. Este estudio evaluó el impacto que tiene el

medio ambiente sobre el crecimiento y desarrollo en niños que viven con sus madres en la Unidad Penitenciaria 31 de Ezeiza.

Para ello se midió el peso, la estatura, se administró la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE), que mide las áreas personal-social, motora fina, lenguaje y motora gruesa). También se midió el cociente de desarrollo cognitivo mediante el CAT/CLAMS y el grado de conflicto emocional mediante la prueba SQE. Además se obtuvo información acerca de las prácticas de crianza que caracterizaban a las madres residentes en la penitenciaría. Esta información fue obtenida por medio de un cuestionario de 138 preguntas estandarizadas, sobre las siguientes áreas: vida en común con el niño, alimentación, cuidados durante el embarazo y parto, y desarrollo infantil. Cabe destacar que no se correlacionaron los datos obtenidos acerca de las prácticas de crianza y el desarrollo.

Otra investigación es la de Garibotti, Comar, Vasconi, Giannini, Pittau (2013), titulado “Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la ciudad de Bariloche, Argentina”. Esta investigación analizó la asociación entre el desarrollo psicomotor y factores sociodemográficos y de estimulación familiar, en niños de 3 años de San Carlos de Bariloche, por medio de un análisis multivariante.

La variable desarrollo psicomotor se estudió aplicando la PRUNAPE y la estimulación familiar se evaluó mediante el inventario HOME. En este estudio surge como conclusión que la falta de lectura fue el factor de estimulación familiar más frecuentemente asociado a alteraciones en el desarrollo psicomotor.

También se encuentra el estudio de Torralva, Cugnasco, Manso, Sauton, Ferrero, O`Donnel, Duran y Carmuega (2014), titulado “Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económico”. El objetivo de esta investigación fue describir el desempeño intelectual de una población de niños de 6, 12, 24 y 60 meses de la ciudad de Ushuaia y examinar la relación entre el desarrollo infantil y variables “estructurales” (nivel socio económico) y “funcionales” (conductas que conforman la estimulación ambiental).

Los instrumentos utilizados para evaluar el desarrollo motor y mental fueron: el test Bayley II, que indaga acerca de las conductas relacionadas al lenguaje, al área personal-social y al desarrollo motor fino y grueso, y la Prueba de Inteligencia para Preescolares y Escolares de Weschler (aplicada a los niños de 5 años). Esta última está compuesta por once sub escalas, seis verbales y cinco de ejecución. Cada una de ellas mide una capacidad cognitiva diferente y, cuando son combinadas en un puntaje total, constituye un indicador de la capacidad intelectual del niño. La estimulación ambiental fue medida por medio del inventario HOME.

Los resultados demostraron que los niños que recibieron mayor estimulación presentaron un grado de desarrollo mental o coeficiente intelectual más alto. Otro dato importante aportado por esta investigación es que el grado de desarrollo alcanzado por un niño es explicado principalmente por la capacidad de estimulación familiar más que por el nivel social.

Otro estudio hallado fue el de Lejarraga, Kelmansky y Nunes (2018), llamado “Tempo de desarrollo de niños de 0 a 5 años que viven bajo circunstancias ambientales desfavorables”, el cual tuvo por objetivo describir la dinámica del desarrollo durante los primeros años, en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas desfavorables en Florencio Varela y la Cuenca Matanza-Riachuelo. Para ello se administraron una encuesta antropométrica, una alimentaria, una toxicológica y una sobre prácticas de crianza. Por otro lado, se tomó la PRUNAPE para medir el desarrollo.

Como resultado de esta investigación, se observó que hasta los 9 meses los niños tenían un desarrollo normal. Desde entonces y hasta aproximadamente los 3 años y medio existió un retraso progresivo en el tempo de adquisición de las pautas de desarrollo, que tendió a recuperarse a partir de dicha edad. Esto ha sido interpretado en relación a la influencia que el medio ambiente tiene sobre el desarrollo del niño: durante los primeros meses de vida, actuaría el efecto protector de la madre y el ámbito familiar sobre las eventuales lesiones del ambiente. Luego del primer año, dichos factores ya no serían suficientes para protegerlo y el ambiente desfavorable empezaría a ejercer una influencia cada vez más intensa sobre el niño, que comienza a retrasarse. Por último, la aceleración del tempo del desarrollo después de los 4 años podría atribuirse a la concurrencia al jardín o guardería.

En lo que respecta a estudios latinoamericanos, se puede citar el de Recart y Mathiesen (Chile, 2003), denominado “Calidad educativa del ambiente familiar y

su relación con el desarrollo de funciones cognitivas en el preescolar”, cuyo objetivo fue describir la calidad educativa del ambiente familiar y su relación con el desarrollo de funciones cognitivas de niños de entre 4 y 5 años de edad.

En cuanto a la metodología, la variable “calidad educativa de ambiente familiar”, fue medida por medio del inventario HOME, y el desarrollo cognitivo a través de la Prueba de Madurez Preescolar, tomando de ella la sub escala de funciones cognitivas, que evalúa funciones de nivel superior, relacionadas específicamente con el lenguaje, el pensamiento y el aprendizaje.

Los resultados de esta investigación sugieren que no es el nivel socioeconómico de las familias lo que, de manera aislada, incide en las habilidades y logros de los niños, sino que son las configuraciones de niveles de pobreza, prácticas y expectativas de los padres las que definen los contextos de interacción que, en su conjunto, pueden incidir en el desarrollo cognitivo de los niños.

Por otro lado, los autores Vera Noriega y Peña Ramos (México, 2005), en su estudio titulado “Desarrollo, estimulación y estrés de la crianza en infantes rurales de México”, indagan en la relación entre el desarrollo infantil, el estrés que experimenta la madre durante la crianza y la estimulación que el niño recibe en el hogar. En cuanto a la metodología, la variable desarrollo se mide mediante la Escala de Desarrollo Integral, que contempla las siguientes áreas: motor gruesa, motor fina, sensocognitiva, lenguaje, socioafectiva y hábitos; la estimulación en el hogar se evalúa por medio del inventario HOME. Esta investigación llega a la

conclusión de que no existe correlación significativa entre estimulación y desarrollo.

También provenientes de México, Soler-Limón, Rivera-González, Figueroa-Olea, Sánchez-Pérez y Sánchez-Pérez (2007), realizan un estudio titulado “Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad”. Esta investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre las características del ambiente en el hogar de familias con nivel socioeconómico bajo y el desarrollo de niños menores a 36 meses de edad.

En cuanto a la metodología, la variable “ambiente psicosocial en el hogar” fue medida por el inventario HOME, y el desarrollo se midió mediante el Perfil de Conductas del Desarrollo, que evalúa 11 áreas: sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional social, alimentación, habilidad manual, cognición y praxis. Esta investigación halló una relación positiva entre la estimulación en el hogar y el coeficiente de desarrollo global, y en las áreas de lenguaje, cognición y emocional social. Esta relación es más importante después del primer año de vida.

Otro estudio de origen mexicano es el titulado “Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses” (Osorio, Torres-Sánchez, Hernández, Lizbeth López-Carrillo, Schnaas, 2010), cuyo objetivo fue identificar la relación entre la estimulación en el hogar y el desarrollo motor en niños de 36 meses de edad.

Con respecto a la metodología, la estimulación en el hogar fue medida mediante el inventario HOME, mientras que el desarrollo motor se evaluó utilizando la Escala de Desarrollo Motor Peabody. Se obtuvo como resultado que la estimulación en el hogar se asocia significativamente con un mejor desempeño en el desarrollo, específicamente en las áreas motora gruesa y fina.

Finalmente, se encuentra el estudio de origen colombiano titulado “Relación entre desarrollo cognitivo y contextos de interacción familiar de niños que viven en sectores urbanos pobres”, realizado por Orozco Hormaza, Sánchez Ríos y Cerchiaro-Ceballos (2012). Este artículo relaciona el desarrollo cognitivo de niños de entre 3 y 5 años, que viven en sectores urbanos pobres con dimensiones que describen sus contextos de interacción familiar. Para evaluar el desarrollo cognitivo se utilizó un enfoque llamado Situaciones de Resolución de Problemas (SRP), el cual contempla los procesos mentales que los niños despliegan al resolver ciertos desafíos, y permite seguir la trayectoria de su pensamiento, estrategias y esquemas de acción a través de la secuencia de acciones y verbalizaciones. Por otra parte, el instrumento utilizado para describir los contextos familiares de los niños fue la Encuesta del Adulto Cuidador.

Como conclusión del estudio se puede decir que la pobreza de la familia o su estatus socioeconómico, como dimensión aislada, no está relacionada con el nivel de desarrollo cognitivo de los niños. En cambio, sí se encuentra relación positiva entre prácticas de regulación del comportamiento, de protección y cuidado, formación y entretenimiento altas y el desarrollo.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Desarrollo Infantil

Aspectos generales del desarrollo

Se han elaborado gran cantidad de definiciones del término desarrollo, cada una de las cuales pone énfasis en ciertos aspectos del mismo. En la presente tesis se toma la definición de Lejarraga (2004) por ser considerada una de las más abarcativas y descriptivas. Al respecto el autor plantea:

Definimos el desarrollo como el curso de los cambios de la conducta sensorio- motriz, la respuesta emocional, el lenguaje, la inteligencia y el aprendizaje, en un contexto sociocultural e histórico. Se trata de un concepto amplio, que tiene que ver con un contexto y con la transformación de una célula en hombre, es decir, de transformarnos en todo aquello que nos hace humanos (Lejarraga, 2004, p.64).

El desarrollo es un proceso que implica cambios en diferentes áreas: es multidimensional. Lejarraga (2004, p.145), retomando a Knobloch y cols. (1987) define las siguientes dimensiones: *Motricidad gruesa*, en referencia a las reacciones posturales, equilibrio cefálico, posturas de sentado, cuadrúpedo y marcha; *Motricidad fina*, que implica el uso de manos y dedos en la toma y manipulación de objetos; *Lenguaje*: referido a formas gestuales y lingüísticas de comunicación, así como la comprensión de la comunicación de los otros; *Conducta personal – social*, en referencia a las reacciones personales del niño hacia la cultura en la que vive, las cuales están particularmente influenciadas por el ambiente que lo rodea; finalmente *Conducta adaptativa*, que implica la habilidad del niño de aprovechar las experiencias pasadas y aplicarlas a situaciones

nuevas, se trata de poner el conocimiento en acción y poder generalizarlo. La conducta adaptativa integra el resto de las áreas del desarrollo. Según Lejarraga, además, algunos autores consideran al área cognitiva, es decir la capacidad de razonar y pensar.

El hecho de que el desarrollo implique diferentes dimensiones no quiere decir que esté compuesto por compartimientos estancos: éstas se interrelacionan, de modo que el desarrollo adecuado de un área propicia el de las otras. De igual forma, el estancamiento de una dimensión impacta en la totalidad. Por ende, tanto las experiencias necesarias para un correcto desarrollo, como el abordaje de cualquier disfunción requieren contemplar la totalidad de las dimensiones.

Por otra parte, así como se han elaborado múltiples definiciones sobre el desarrollo infantil, es innumerable la cantidad de teorías e investigaciones que a lo largo de la historia han abordado la temática. Una gran inquietud al respecto han sido (y continúan siendo) los factores intervinientes en el desarrollo, su importancia relativa y sus interacciones. Las teorías que se han destacado en cada época, han estado en consonancia no solo con el estado de la ciencia en ese momento, sino también con las concepciones sobre la naturaleza humana, la organización social y las relaciones de poder imperantes. En este sentido, una constante controversia ha sido el papel relativo de la herencia y el medio ambiente. El hecho de que el debate continúe aun hoy sugiere el peso de las ideologías y los valores, los constructos sociales, la política y las relaciones de poder (Penchaszadeh, 2011. p.42).

Siguiendo con el mencionado autor, durante la primera mitad del siglo XX el pensamiento científico concordaba con las ideas del reduccionismo y el determinismo genético. El primero sostiene que la explicación de muchos aspectos de la salud humana, la organización social y la vida radica en los genes. Por su parte, el determinismo genético propone que los rasgos humanos influenciados por genes son características relativamente fijas y difícilmente modificables por cambios en el ambiente físico y social. Con el correr de las décadas, el progreso en el estudio científico del genoma y las características humanas, pusieron en tela de juicio a las ideas previas. Pero fueron fundamentalmente los cambios sociales, especialmente los movimientos sociales y políticos contra la discriminación racial y genética en muchos países, los que contribuyeron a cuestionar fuertemente al reduccionismo y determinismo genético. Así, la participación de los factores ambientales sobre el crecimiento y desarrollo infantil ha sido ampliamente estudiada en la segunda mitad del siglo XX.

Teniendo en cuenta la mencionada influencia del contexto científico, político y social en su elaboración, a continuación se describen sintéticamente cuatro teorías del desarrollo que se han elaborado durante el siglo XX. A ellas se remiten principalmente las investigaciones actuales que abordan temáticas relativas al desarrollo infantil.

En primer lugar, para Gessell (1880-1961), el desarrollo es un proceso madurativo, de acercamiento progresivo al estado del adulto. Dicho autor centra su atención en las conductas de los niños, ya que estas son la expresión del

desarrollo, la manifestación de los cambios subyacentes que se producen de forma progresiva en el sistema nervioso central. Basado en la observación, pondera aquellas conductas que son universales, típicas de cada edad, y que representan un progreso dentro de un área de desarrollo. Gessell destaca la fuerte determinación biológica del proceso de maduración, de modo que las conductas aparecen según un programa genéticamente determinado (Lejarraga, 2004).

En segundo lugar, Piaget (1896-1980), fundador de la epistemología genética, estudió el desarrollo infantil como un proceso cognitivo. Este autor plantea que el desarrollo cognoscitivo es el resultado combinado de la maduración del cerebro y el sistema nervioso y la adaptación al ambiente.

Es en este sentido que, a partir de la interacción activa con el medio, el niño va construyendo esquemas internos. Se trata de estructuras mentales organizadas que pueden ser transferidas y generalizadas. Gracias a dichos esquemas el niño puede comprender el mundo que lo rodea, en un proceso que Piaget denomina asimilación; asimismo, es a partir de la interacción con el medio, que los esquemas son construidos y modelados, proceso de acomodación.

En relación a su teoría, Piaget menciona estadios, es decir esquemas básicos que el niño va construyendo a lo largo de su desarrollo. La sucesión de nociones que integran cada estadio son universales, constantes en todos los individuos. Además, éstos son progresivamente más complejos, de modo que cada nuevo estadio integra los elementos del anterior.

Existen esencialmente cuatro estadios: sensoriomotriz (desde el nacimiento hasta los 18 meses), donde el niño se vincula por medio de la acción con aquello que lo rodea; preoperatorio (18 meses - 5 ó 6 años), marcado por la aparición de la función simbólica, y con ella del lenguaje y el pensamiento; estadio de las operaciones concretas (6 - 11 ó 12 años), cuando el niño es capaz de resolver situaciones ante la presencia concreta de objetos; poco a poco, va conquistando la capacidad de realizar operaciones en el plano simbólico, llegando así al estadio del pensamiento lógico-formal (a los 12 años aproximadamente). Si bien Piaget describe ciertas edades entre las que se espera que el niño transite cada estadio, es consciente de que esto no ocurre de manera uniforme en todos, y que la influencia del medio ambiente es decisiva.

En tercer lugar, Vigotsky (1896-1934), profundizó acerca de la dimensión social del desarrollo. Este psicólogo señala que la interacción con los demás es esencial para el desarrollo cognitivo del niño. El mismo es un proceso en el que, partiendo de funciones mentales naturales o inferiores (percepción, memoria, atención y voluntad), las mismas se van estructurando y organizando según objetivos sociales, transformándose en funciones superiores o culturales. Esta transformación se produce a partir de las relaciones interpersonales, y permite que los conocimientos espontáneos y desorganizados, se vayan sistematizando de forma lógica.

Según Vigotsky, el desarrollo cognitivo surge a partir de la interacción del niño con sus padres o figuras de autoridad: al verse enfrentado a desafíos ante los

que no posee los conocimientos básicos para resolver (zona de desarrollo real), requiere la ayuda de dichas figuras, que le permiten avanzar en el conocimiento, logrando su objetivo (zona de desarrollo próximo). Esto se produce progresivamente a lo largo de la vida, cada experiencia probablemente requerirá nuevos avances en las zonas de desarrollo.

El mencionado autor pone énfasis en el aprendizaje a partir de la imitación. En este sentido postula que los niños pueden imitar una serie de acciones que superan ampliamente el límite de sus propias capacidades; y a través de la misma, son capaces de realizar más tareas bajo la guía de adultos. (López, Palacio y Nieto, 2007; Vigotzky, Cole y Luria, 1978).

Finalmente, otro autor que profundizó acerca del impacto que tiene el contexto en que vive el niño fue Bronfenbrenner (1917-2005), quien postuló el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano. El desarrollo es aquí definido como un “cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 2002, p.23)

Bronfenbrenner (2002) señala que el niño en desarrollo se encuentra profundamente influenciado por el medio que lo rodea: aquel próximo, en el cual tiene participación directa, y el más lejano, que ejerce su influencia aun sin que el niño intervenga en él.

El ambiente ecológico se compone entonces de diferentes entornos ubicados en distintos niveles, cada uno de los cuales contiene al anterior y forma parte del

siguiente. El primer nivel, y más cercano al niño, se relaciona con su ambiente inmediato. Los entornos presentes en este nivel son la familia, la escuela, el barrio, etc. y constituyen el microsistema. Bronfenbrenner además considera las relaciones entre dichos entornos, las cuales establecen el denominado mesosistema, que es el segundo nivel del ambiente ecológico del niño.

El tercer nivel está compuesto por hechos que ocurren en entornos en los cuales el niño no está presente y por tanto no participa, pero que tienen un impacto en su desarrollo. Ejemplo de ello podrían ser las condiciones de empleo de los padres, las políticas públicas en materia de salud, etc. Entre estos entornos más lejanos también existen interconexiones, a las que Bronfenbrenner denominó exosistema.

Por último, se considera a estos sistemas como una manifestación de patrones culturales, los cuales componen el macrosistema, que impregna todos los otros niveles.

Por otra parte, se debe destacar que “los hechos ambientales que afectan el desarrollo de una persona con mayor inmediatez y potencia son las actividades en las que participan los demás con esa persona o en su presencia” (Bronfenbrenner, 2002, p.26). Con esta afirmación, el autor afirma que el primer nivel ejerce una mayor influencia sobre el desarrollo del niño. Sin embargo, no se puede pasar por alto el impacto que podría tener el exosistema sobre el microsistema. Por ejemplo, las condiciones de empleo de los padres determinan muchas veces la posibilidad de pasar tiempo con sus hijos, o la calidad de ese tiempo compartido.

Más allá de las diferencias o similitudes entre las teorías que se han elaborado, hoy en día se sabe que todos los rasgos humanos son 100% genéticos y 100% ambientales: todo lo genético está siempre presente, y lo ambiental también, y todas las características humanas, normales y patológicas, son producto de la interacción entre el medio ambiente y los genes (Lejarraga 2004; Penchaszadeh, 2011).

En relación a lo anterior Lejarraga (2004) afirma que todo lo que atañe al ser humano es el resultado de tres grandes factores: el programa genético, el medio ambiente y la interacción entre ambos. Por programa genético se entiende al genoma humano, el conjunto de genes con que se programa la transformación de un huevo fecundado en un ser humano. Por otro lado, el medio ambiente es concebido como todos los factores que pueden interactuar con el genoma desde el comienzo de la vida. Por último, la interacción entre ambos debe entenderse como una relación bidireccional, en la cual uno de los factores modifica la expresión del otro y viceversa, constituyendo una dinámica que se da a lo largo del tiempo. Por ende, la interacción entre el niño y el ambiente implica que, tanto uno como el otro, van cambiando.

En este sentido, existe una secuencia general de desarrollo, que se puede expresar en una serie de pautas que se espera que el niño pueda cumplir a determinada edad. Sin embargo también hay una gran variabilidad individual en cuanto a la velocidad, características y calidad del cambio. Estas son producto de la configuración biológica especial del niño y el ambiente particular en que vive, la

experiencia provista por su familia y su contexto social. El niño aprende de e interactúa con personas y cosas y el resultado de ello es más que la suma de las partes. (Carballo Vargas, 2006; Lejarraga 2004; Myers, 1993; Torralva et. al. 1999). Destacando la importancia del vínculo entre el niño y el ambiente, Torralva et. al. (1999, p.306) señalan:

ambos representan una unidad con intrincadas relaciones entre procesos internos y una realidad exterior; de tal manera es tan determinante del desarrollo la estructura biológica del niño como el ámbito en el que vive, el ecológico donde crece y las oportunidades que le ofrece el sistema social.

Por otra parte, un modelo interesante para comprender la relación entre ambiente y desarrollo es el propuesto por Waddington (1953) y retomado por Lejarraga (2004, p. 106). Según dicho autor, el desarrollo sigue una trayectoria que se mantiene gracias a un proceso llamado canalización, asimilable a un cohete con un recorrido fijo. Hay factores perturbadores que pueden desviar este “cohete” de su trayectoria, pero una vez removido dicho factor, hay una fuerza que tiende a que el mismo recupere su camino normal, debido al poder de re-canalización. Asimismo, en el desarrollo, hay un programa genético que tiende a mantener al niño dentro de un curso, de un canal de cambios, por medio de la canalización. Este programa interactúa con el medio, bajo la influencia de factores reguladores sintetizados en tres grandes grupos: biológicos, psicológicos y sociales. Es necesario reconocer las cuestiones relativas a cada factor, que

podrían desviar la trayectoria normal del desarrollo. Solo así se podrán remover, favoreciendo que el mismo recupere su curso.

En las últimas décadas, la mencionada interacción entre factores genéticos y ambientales ha sido esclarecida aún más por los estudios neurocientíficos que han proliferado, ya que explican los efectos concretos que uno tiene sobre otro. En este sentido, Westermann et. al. (2007) afirman:

Los abordajes teóricos actuales proponen que el desarrollo depende de la actividad neural, la cual a su vez es mediada por la experiencia (...) Es decir que en términos neurocientíficos, este punto de vista –denominado neuroconstructivismo– propone que la base del desarrollo cognitivo, emocional y del aprendizaje puede ser caracterizada por cambios inducidos mutuamente entre los niveles de organización neural y conductual, en un contexto ecológico complejo que involucra interacciones sociales con especificidad cultural (Westermann et al., 2007, como se cita en Lipina, 2012, p. 3-4).

Para explicar esta estrecha relación entre actividad neural y experiencia, particularmente durante los primeros años de vida, las neurociencias hacen referencia a aspectos característicos del sistema nervioso y su formación. En este sentido, Lipina menciona que, durante el desarrollo del sistema nervioso, una vez que las células nerviosas se han diferenciado, comienza un proceso de crecimiento dendrítico, formación y eliminación de sinapsis. En este proceso, se fortalecen algunos circuitos mientras que se debilitan otros. La maduración y el

mantenimiento de los contactos sinápticos dependen de los patrones de actividad neural, es decir de la experiencia. Se pueden diferenciar cinco fases de sinaptogénesis en la corteza cerebral: las primeras dos, de baja densidad sináptica, suceden durante la vida embrionaria. A ellas les sigue una tercera fase de acumulación rápida de sinapsis alrededor del nacimiento. Durante la cuarta fase, la densidad sináptica se mantiene en niveles altos desde el comienzo de la vida postnatal hasta la pubertad, cuando se produce una pérdida significativa de sinapsis. Una quinta fase, que comienza después de la madurez sexual, se caracteriza por la pérdida lenta de la densidad. Durante las fases postnatales se van ajustando diferentes aspectos de la arquitectura sináptica en base a la experiencia (Lipina, 2008, p.60).

Los primeros estudios que han analizado la mencionada influencia de la experiencia, dieron origen a los modelos experimentales con animales. En ellos, la exposición a ambientes con estimulación o privación motora, sensorial y social, se asocia a diversos cambios en el sistema nervioso, tanto durante el desarrollo como en la reorganización después del daño, lo cual se conoce como plasticidad neural. Es decir que el sistema nervioso central se adapta al ambiente en base a la experiencia durante todo el ciclo vital. Estos modelos continúan aplicándose para analizar cómo diferentes ambientes de crianza modulan la estructura y función del sistema nervioso (Lipina, 2012).

Por otra parte, se debe destacar que las modificaciones que se producen gracias a la neuroplasticidad ocurren a nivel de la estructura y función del sistema

nervioso, a nivel de una neurona o un grupo de ellas y de sus conexiones (Jerusalinsky, 1997). Estos cambios plásticos son el sustrato de la plasticidad del comportamiento, que determina la forma en que el niño se desenvuelve e influye en su ambiente.

Asimismo, se pueden diferenciar dos formas básicas de plasticidad. Una de ellas, la expectante de la experiencia, es común a todos los miembros de la especie. La misma “precisa de experiencias particulares (...) cuyos estímulos guían el desarrollo hacia un punto particular por medio de la selección de ciertos contactos y la eliminación de otros” (Lipina, 2008, p.65). Se ha estudiado este tipo de plasticidad especialmente en relación al desarrollo de las áreas cerebrales vinculadas con los sentidos, y esto ha demostrado que las mismas solo pueden desarrollarse cuando el entorno contiene diversos estímulos como imágenes, texturas y sonidos. Es probable que, de igual forma, esto mismo sea cierto para todas las áreas del cerebro y para todas las funciones mentales (Blakemore y Frith, 2007).

La segunda forma de plasticidad que se ha estudiado es la dependiente de la experiencia. Se trata de los cambios cerebrales que se producen a partir de las experiencias vividas, que no son comunes a todos los miembros de la especie. Aquí, el aprendizaje promueve la formación de nuevas sinapsis (y no la selección de las ya existentes, como en la anterior forma de plasticidad mencionada).

Dicho tipo de plasticidad puede asociarse con el “paradigma de los ambientes enriquecidos”, introducido por Rosenzweig et. al. a principios de la

década de 1960. Los ambientes enriquecidos combinan estimulación compleja, tanto social como sensorial, brindando oportunidades de establecer interacciones sociales y explorar, en un contexto rico en variantes sensoriales y demandas motoras. La exposición a ellos ha sido asociada a cambios en la plasticidad neuronal y sináptica (número y morfología de las sinapsis); cambios en los componentes gliales, así como en la vasculatura cerebral, peso y grosor de la corteza cerebral; cambio en la tasa de neurogénesis en el hipocampo; modificaciones en factores neurotróficos en diferentes regiones de la corteza cerebral; modificaciones de las habilidades de aprendizaje en diferentes tipos de pruebas espaciales y con demanda de memoria (Grossman et al.,2003; Kozorovistki et al.,2005; Mohammed et al. 2002, como se cita en Lipina, 2008, p.66).

Otras investigaciones referentes en este paradigma son las de Bill Greenough y sus colegas de la Universidad de Illinois (Blakemore y Frith, 2007). Estas han revelado cómo el medio afecta las sinapsis cerebrales en desarrollo. Sus investigaciones, realizadas en ratas, constituyen una prueba de la importancia que tienen los entornos enriquecidos en la infancia temprana: los entornos con abundante estimulación sensorial, que facilitan desafíos y aventuras, que estimulan el ejercicio físico y la interacción producen cerebros con más conexiones neuronales y un mayor suministro sanguíneo. De todas formas, es importante tener en cuenta que las investigaciones realizadas por Greenough no experimentaban con ambientes extraordinarios, sino que la estimulación que las ratas recibían se asimilaba a la que podrían encontrar viviendo en libertad. Ello

sugiere que no es necesario un exceso de estimulación o la utilización de medios sofisticados, sino que la deficiencia radica en los entornos empobrecidos con respecto a los normales: “las investigaciones dan a entender que existe un umbral de riqueza ambiental por debajo del cual un entorno precario podría dañar el desarrollo del bebe”. (Blakemore y Frith, 2007, p.58).

Por otro lado, es importante explicar que la importancia de un ambiente óptimo y oportuno se encuentra en el hecho de que los primeros años de vida son “momentos del desarrollo en que los diferentes componentes funcionales del sistema nervioso son especialmente sensibles al cambio ambiental, por encontrarse en un período de máxima organización” (Lipina, 2012, p.4). Se trata de los llamados “periodos sensibles” para el desarrollo.

Desde la genética, también existen avances recientes en la explicación de las influencias ambientales sobre el desarrollo. Se ha descubierto que el medio ambiente puede impactar sobre el ADN de una manera no conocida hasta ahora: afectando la expresión de genes (su activación e inactivación) sin alterar la información contenida en su código genético. Este fenómeno se ha denominado epigenético. En este sentido, Penchaszadeh (2011, p.51) menciona que:

es probable que la epigenética sea un mecanismo relativamente común en la regulación de la activación e inactivación de genes, esencial en los procesos de desarrollo y seguramente está llamado a explicar gran cantidad de efectos ambientales sobre el fenotipo, operando a través de modificaciones funcionales en el genoma.

Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo es el proceso mediante el cual el niño conquista el conjunto de habilidades relacionadas con la adquisición, organización, retención y uso del conocimiento. Se trata del proceso por el cual se construye la inteligencia. Gracias al mismo, se logran funciones muy complejas, como el razonamiento lógico, la capacidad de formular valoraciones y juicios, la capacidad de autocorrección y autocrítica, y la de elegir una meta seleccionando los medios adecuados para alcanzarla. El logro de dichas capacidades implica prácticamente a todas las demás funciones neuropsíquicas: actividad sensorial, motricidad, aprendizaje, memoria a corto y largo plazo, lenguaje, motivación, reactivación de experiencias pasadas, etc. Por otra parte, el desarrollo cognitivo surge armónicamente y de forma global junto al crecimiento motor y la maduración afectiva; cada dimensión es soporte de las otras, dando lugar a nuevos logros en cada una de ellas, además del aspecto social (Delmonte y Riccillo, 2002; Lacunza, 2008; Mendieta Pineda, 2017; Polonio López, 2008).

Las habilidades cognitivas, expresión del desarrollo cognitivo, son definidas por Lacunza (2008, p.73) como las “capacidades intelectuales que demuestran los individuos al hacer algo”. La misma autora, citando a Hartman y Sternberg (1993), señala que se trata de los “obreros del conocimiento”. Dichas habilidades son múltiples y derivan del modo en que la persona codifica, procesa y responde a los estímulos externos e internos. Respecto a ello, Mendieta Pineda (2017), retomando a Gutiérrez (2005), menciona que las habilidades cognitivas abarcan

competencias básicas, relativas a la atención, la percepción y la memoria, como también competencias intelectuales complejas, por ejemplo, razonamiento, producción y comprensión del lenguaje o solución de problemas.

La adquisición de dichas habilidades, desde que los niños nacen hasta que comienzan el periodo escolar, van a sentar las bases para los aprendizajes posteriores. La cantidad y calidad de experiencias brindados por la familia en dicha época es clave para ello.

En relación a lo anterior, Recart y Mathiesen (2011) analizaron la calidad educativa del ambiente familiar y su relación con el desarrollo de funciones cognitivas en el niño preescolar. Concluyeron que aquellos factores familiares que más apoyan el desarrollo cognitivo son: la diversidad de experiencias, la respuesta afectuosa de los padres hacia el niño, mostrando orgullo por sus logros y aceptando sus errores y el hecho de poseer en la casa materiales para el aprendizaje (juguetes, libros y material de lectura).

Por otra parte, el concepto de habilidades cognitivas ha sido la piedra angular en el estudio de las medidas de la inteligencia. En este sentido, Lejarraga (2004), retomando a First y Palfrey (1994), afirma que en niños pequeños el área cognitiva comprende las habilidades visomotoras y del lenguaje, mientras que en niños mayores, es posible acceder a la capacidad de razonamiento en forma más directa, a través de pruebas específicas.

En relación a lo anterior, a continuación se detallan las características del desarrollo cognitivo en lo que respecta al lenguaje y resolución de problemas visomotores.

Lenguaje

Desde el nacimiento, el niño hace manifiesto su deseo de comunicarse con el adulto. El estado de indefensión con el que nace, lo obliga a demandar atención para que sus deseos y necesidades sean satisfechos. En la medida que los procesos de maduración, crecimiento y desarrollo se lo permitan, experimentará nuevos soportes para sus demandas: la comunicación visual, verbal, gestual, el contacto corporal y la interacción emocional (Delmonte y Riccillo, 2002).

El desarrollo cognitivo y comunicativo debe conformarse como contexto previo a la adquisición del lenguaje. Por otra parte, aprender el lenguaje significa también el aprendizaje de su uso, que se realiza en los contextos de interacción social con el adulto. (Palacios y Marchesi 1984, como se cita en Delmonte y Riccillo, 2002)

Hopkins y Smith (1998, p.117) describen la secuencia de adquisición del lenguaje, dividiéndola en dos grandes etapas:

- *Habla pre-lingüística*, integrada por los siguientes periodos:

1. Llanto indiferenciado: se trata de una etapa de llanto temprano, que constituye una reacción refleja al ambiente producida por la espiración.

2. Llanto diferenciado: Después del primer mes, el oyente más próximo puede discriminar diferencias en el llanto e identificar sus causas.
3. Arrullos: Aproximadamente a las seis semanas el niño produce sonidos simples al azar, denominados arrullos. Se trata de chillidos y gorgoteos que son emitidos cuando el niño está feliz. Los primeros sonidos son vocales, y la primera consonante es la “J”.
4. Balbuceo: Comienza aproximadamente a los 3 o 4 meses, cuando el niño repite, jugando, diferentes sonidos consonantes y vocales simples, por ejemplo: “ma-ma-ma” o “da-da-da”. Es más probable que el niño balbucee cuando está contento y cuando está solo.
5. Lalación o imitación imperfecta: Durante la segunda mitad del primer año, el niño parece volverse más consciente de los sonidos que lo rodean y se queda quieto cuando los escucha. Además, balbucea con excitación, repitiendo accidentalmente los sonidos y sílabas oídas. Entonces el niño imita sus propios sonidos.
6. Ecolalia o imitación de los sonidos de los otros: aproximadamente a los 9 o 10 meses, el niño parece imitar conscientemente los sonidos que emiten los otros, aun cuando no los comprende.
7. Jerga expresiva: Aparece durante el segundo año, y se trata de una serie de expresiones que suenan como oraciones, con pausas, inflexiones y ritmos. Sin embargo el niño habla todavía no se expresa verbalmente de forma coherente.

- *Habla lingüística*, integrada por los siguientes periodos:

1. Oración de una palabra: Aproximadamente al año, el niño señala un objeto que desea y dice “eso”. Los adultos suelen interpretar la orden como “dame eso”. Así, una única palabra expresa un pensamiento completo.
2. Oración con múltiples palabras: Alrededor de los dos años, el niño comienza a unir dos o más palabras para formar una oración. El niño puede desarrollar una combinación de sonidos que significan algo para él, pero no necesariamente son comprendidas por quienes lo escuchan. Habitualmente este estilo de comunicación ocurre cuando está aprendiendo los sustantivos. Los sonidos o las sílabas están unidos a los sustantivos recién aprendidos. Las primeras oraciones con múltiples palabras son combinaciones de sustantivos y verbos. Se trata de un habla telegráfica, que contiene solo algunas palabras que transmiten un significado.
3. Sonidos verbales gramaticalmente correctos: Aproximadamente a los tres años el niño tiene una carga muy importante de lenguaje. Tiene un vocabulario de alrededor de novecientas palabras, habla con oraciones más largas que incluyen todas las partes del habla y conoce bien los principios gramaticales.

Para que el niño adquiera las capacidades mencionadas anteriormente en las edades y momentos evolutivos correspondientes a su edad cronológica debe tener estructuras neuromotrices, sensoriales y mentales indemnes, y conservarlas a lo largo de su desarrollo.

El lenguaje tiene una importancia fundamental en el desarrollo de la inteligencia: la palabra es el soporte material del pensamiento. El bebe accede al

lenguaje en el mismo momento en que su capacidad simbólica comienza a funcionar y, gracias a su desarrollo, deja de necesitar la presencia de las cosas reales. De este modo se instala progresivamente el proceso de simbolización, en el que las palabras son los representantes mentales de las cosas, y comienza su proceso de separación, fundamentalmente de la madre, siendo capaz de evocarlas y posteriormente nombrarlas (Delmonte y Riccillo, 2002).

Por otro lado, y desde una concepción interaccionista, diversos autores plantean la relación entre la adquisición del lenguaje y el medio social en el que el niño está inmerso, entre los componentes innatos y el entorno.

Al respecto, Clemente y Villanueva (1999), citados por Delmonte y Riccillo (2002), sostienen que el niño no nace capaz de hablar, sino que la interacción con el adulto poco a poco va consiguiendo hacerle capaz de ello. Esto se produce a partir de ciertas organizaciones biológicas innatas generales que permiten la supervivencia, entre las que se encuentran la emocionalidad innata necesaria para la comunicación (por ejemplo, la expresión de la sonrisa y el llanto), la percepción de estímulos del medio y la preferencia por los estímulos sociales (voces humanas, contacto corporal). Los mencionados autores también señalan "(...) hablar forma parte de comportamientos más generales de carácter socio interactivo y consideraría al medio familiar como el ambiente estimulador capaz de transformar los ritmos biológicos innatos del recién nacido en comportamientos cognitivos, afectivos y sociales" (Clemente y Villanueva, 1999, como se cita en Delmonte y Riccillo, 2002, p. 27).

Siguiendo esta perspectiva interaccionista, Pérez Pedraza y López (2006, p.119) sostienen que “el lenguaje se va conformando gracias a la exposición a modelos lingüísticos correctos y al establecimiento de situaciones que favorezcan su práctica consolidación, perfeccionamiento y generalización”. En este sentido, su desarrollo puede verse afectado tanto por hipoestimulación ambiental, como por sobreprotección. En el primer caso, un ambiente cultural pobre, conflictos familiares, etc., producen que el niño no reciba un input lingüístico apropiado, o no participe en situaciones comunicativas con hablantes más competentes. Por otra parte, en situaciones de sobreprotección, el adulto sustituye continuamente al niño, anticipándose a sus necesidades. Así, no permite una interacción activa con el medio que propicie el aprendizaje. En ambas situaciones, se podría provocar un retraso en la adquisición lenguaje, tanto a nivel pragmático como receptivo y expresivo.

Resolución de problemas viso-motores.

Desde su nacimiento, el niño está implicado en toda una variedad de áreas ocupacionales: actividades de la vida diaria, básicas (alimentarse, vestirse y desvestirse, higienizarse, etc.) e instrumentales (prepara su mochila, organizar su cartuchera, etc.), juego, actividades sociales y, conforme va creciendo, aprendizajes académicos cada vez más complejos. Para ello, necesita el desarrollo de habilidades motoras, práxicas, sensorceptivas y cognitivas (Sánchez Clariá, 2018).

La función visomotora combina estos diferentes tipos de habilidades. Dicha función es definida como la capacidad que permite “la percepción visual de formas, sus relaciones espaciales, su orientación y la expresión motora de lo percibido” (Cousino y Wilder, 1978, p. 364). En ella, percepción y acción están íntimamente relacionadas, de modo que la percepción rápida y precisa de los componentes del ambiente permite una efectiva planificación y ejecución de acciones y movimientos asociados (Sánchez Clariá, 2018).

La función visomotora implica una adecuada coordinación visomotora, definida como “el tipo de coordinación que se da en un movimiento manual o corporal, que responde positivamente a un estímulo visual” (Frostig, 1980, como se cita Echarri Aranaz, 2014, p. 15).

Uno de los principales aspectos donde la coordinación visomotora tiene influencia es en la coordinación ojo-mano, es decir, la capacidad de adaptar los movimientos de nuestras manos, dedos o muñecas con nuestra visión, ya sea para tomar un objeto, evitar un obstáculo o simplemente reproducir una figura, siendo una habilidad esencial para la escritura (Sánchez Arévalo y Mercado, 2016).

En este sentido, la coordinación visomanual forma parte de todo desempeño ocupacional. Pero para poder responder a los desafíos que toda ocupación supone, detrás de las funciones perceptivas y manuales, se encuentra toda una serie de habilidades cognitivas. Estas se expresan en la capacidad de, por ejemplo, apilar una serie de cubos, o imitar la construcción de un tren con ellos.

En cuanto al desarrollo de dichas habilidades, este se inicia muy temprano. Según Sastre Riva (2006), el neonato dispone de un bagaje inicial que sorprende por su riqueza y plasticidad y permite el primer tratamiento significativo de la información y la elaboración de respuestas y conocimientos. Este bagaje tiene sus raíces en el período fetal. La sucesiva maduración de la corteza frontal y prefrontal, durante los primeros años de vida, permitirán el desarrollo y perfeccionamiento cognitivo.

Continuando con el mencionado autor, el bagaje inicial está conformado por ciertas competencias, entre las que se encuentran la lógica (protológica), las funciones ejecutivas y la interacción social. La protológica permite, desde el inicio de la vida, la organización de la acción sobre el entorno y de la información significativa, dando lugar al saber práctico propio de los primeros años. La eficacia de la actividad lógica se relaciona con el funcionamiento ejecutivo en la planificación, control y flexibilidad de esquemas de acción. Sus componentes más destacados son: el control de la atención (atención selectiva, atención sostenida e inhibición); el establecimiento de un objetivo (iniciativa, planificación, organización y estrategias de resolución); y la flexibilidad cognitiva (memoria de trabajo, cambio atencional, automonitorización, transferencia entre datos y autorregulación).

Así, el funcionamiento cognitivo está facilitado por un conjunto de funciones ejecutivas esenciales, que se desarrolla gradualmente desde el nacimiento y sus ganancias a lo largo de la infancia son esenciales para el funcionamiento cognitivo superior. Pero, por otra parte la interacción social trasciende y modula el

funcionamiento neurobiológico individual; es decir, el desarrollo cognitivo es individual y social (Sastre Rivas, 2006).

Una vez más, el contexto y las posibilidades que se hayan brindado al niño, juegan un papel primordial para que aquellas habilidades potenciales, en este caso cognitivas, lleguen a concretarse.

Teniendo en cuenta la importancia de las funciones cognitivas y la forma en que estas se ponen en práctica, a continuación se detallan las características del desarrollo visual y manual, y de la forma en que ambas confluyen en la coordinación visomanual. Para ello se toma como referencia a Sánchez Clariá (2018) y a Polonio López (2014).

Desde el nacimiento y hasta los 2 meses, la motricidad del bebé es global y desorganizada, y así también lo son los movimientos de sus ojos, caracterizados por la aleatoriedad. Sánchez Clariá definió a estos meses como el “estadio global” del desarrollo visual. El recién nacido orienta preferentemente su visión hacia zonas luminosas. La misma es monocular y el seguimiento visual es de pequeños rangos, desde la periferia hacia la línea media, sin disociar ojos de cabeza.

A nivel manual, el reflejo de prensión es intenso. Este se acompaña con una sinergia flexora de toda la extremidad superior, lo cual permite la suspensión del peso del niño sobre el objeto agarrado.

Durante el primer mes se inicia la fijación óptica de objetos cercanos. El bebé dirige su mirada hacia objetos en movimiento, siendo el rostro humano un gran

estímulo, especialmente el materno. Esta atracción se expresa con movimientos de prensión en las zonas distales de su cuerpo. La visión, aún monocular, llega a una distancia de 15 a 30 cm. aproximadamente. El seguimiento visual es lento, y transcurre desde la periferia a la línea media, y luego a la periferia nuevamente, alternando entre un ojo y el otro.

Hacia los 2 meses, el niño dirige su mirada hacia su mano gracias al reflejo tónico cervical asimétrico (RTCA). Esto tiene una importancia fundamental: el niño mueve su mano, contacta un objeto al azar y puede mirar aquello que está haciendo, registrando las sensaciones. Así, lentamente, comenzará a ser consciente de la posibilidad de mover su mano a voluntad: se trata de los primeros precedentes de la coordinación óculo-manual. A los 2 meses, además, el bebé puede sostener la cabeza en la línea media por algunos segundos, cuando un objeto le interesa, siendo la visión sumamente necesaria para ello.

En esta época la visión comienza a ser binocular y el niño sigue visualmente un objeto en dirección horizontal. Este seguimiento abarca 90° hacia ambos lados; además, empieza a cruzar brevemente la línea media con la mirada, con dificultad para regular la velocidad.

Otro logro conseguido hacia el segundo mes es el encuentro de ambas manos, en la línea media, cerca de la boca.

A los 3 meses el RTCA continúa facilitando la fijación visual en una mano. Sin embargo, éste poco a poco va cediendo, y la orientación cefálica en línea media produce que la visión también lo sea.

A esta edad comienza la convergencia, con lo cual aumenta la agudeza visual: el bebe a los 3 meses ve nítida y perfectamente. El seguimiento visual recorre 180°, aunque existe una interrupción al cruzar la línea media. Además, el niño puede alternar la mirada entre dos objetos.

En cuanto a la función manual, a partir de los 3 meses el reflejo de prensión va desapareciendo progresivamente, a medida que la mano comienza a ser utilizada para movimientos propositivos. El bebe es capaz de sostener los objetos que se ubican en su mano. Sin embargo, los suelta involuntariamente, no pudiendo recuperar lo que pierde (aunque visualmente busca el objeto, aun no puede combinar las acciones de alcanzar y tomar).

Por otra parte, el contacto mano con mano es posible, y las junta sobre su pecho. Poco tiempo después, aparece el juego táctil bajo el control visual: el niño juega tocando las puntas de los dedos de una mano con los de la otra, con los brazos elevados del tronco y en el centro del campo visual. Así, las manos se convierten en un objeto a explorar. En este tiempo también se instala la coordinación mano-boca, al servicio del reconocimiento oral de los objetos.

Durante el segundo trimestre son importantes los progresos en la coordinación visomanual. Sánchez Clariá (2018) denominó a este tiempo "estadio

integrativo” de la función visual, época en que progresa el control y la coordinación de la visión y del movimiento. La percepción visual mejora cuando el comportamiento se vuelve más dirigido a un objetivo. Por su parte, Polonio López (2014) indica que en esta época se da el inicio de la prensión propositiva, a la vez que va apareciendo la diferenciación muscular y funcional de los miembros superiores.

Al comenzar el segundo trimestre, el niño puede dirigir la mano hacia un objeto colocado en el campo visual de dicha mano, atendiendo visualmente al objeto en forma previa. La mano se convierte en medio para alcanzar el objeto. Pero si, moviéndose, el mismo traspasa la línea media y se coloca en el campo visual contralateral, cesa el seguimiento con esa mano, y lo continúa con la contraria. La prensión se inicia a esta edad. Dicha función supone una importante actividad visual: la visión determina la localización espacial del objetivo y permite ajustar la mano y los dedos a su tamaño, forma y orientación antes de tomarlo.

Polonio López (2014), retomando a Jeannerod (1991), menciona los siguientes logros motores necesarios para la acción prensora:

1. La coordinación del movimiento de los ojos, la cabeza y el brazo durante la orientación.
2. La coordinación de los segmentos proximal y distal de la extremidad para la prensión.

3. El acoplamiento de los movimientos de ojos – cabeza – mano, generándose la orden nerviosa para los distintos grupos musculares en forma simultánea.

La capacidad de dirigir el brazo hacia un objetivo depende de la capacidad de los músculos de la columna cervical para enderezar y estabilizar la cabeza, y de que los ojos puedan moverse de forma independiente a la misma, capacidad que se ha desarrollado al final del primer trimestre.

Por otra parte, cuando el niño alcanza un objeto, su manipulación está relacionada con la coordinación de los movimientos de los dedos y los inputs táctiles y cinestésicos. La palpación del objeto con los dedos consiste en una acción coordinada de ambas manos bajo control visual. Una de ellas ejerce la función prensora, mientras la otra explora (función perceptiva).

En lo que respecta a las nuevas capacidades visuales, a los 4 meses es posible la fijación de la mirada en distancias mayores. El seguimiento visual es horizontal, vertical y diagonal, aunque aún hay interrupción breve en línea media. Por otra parte, el niño puede alternar la mirada entre tres o más objetos aunque a menudo pierde temporalmente la fijación en el proceso.

Al mes siguiente, el seguimiento visual adquiere mayor fluidez. El niño puede alternar la mirada con fijación más consistente e intenta recuperar el objeto perdido fuera de su campo visual.

A partir de la segunda mitad del segundo trimestre, el niño es capaz de buscar un objeto que se encuentra en el campo visual contralateral, sobrepasando la línea media. El motor de esta acción es el interés por un objeto. Por otra parte, a partir de los 5 meses se desarrolla la esterognosia.

Hacia los 6 meses el sistema visual ya está maduro: la fijación y convergencia son completas; el niño localiza objetos grandes y pequeños y utiliza la visión para el alcance y la prensión; mira de manera alternada al objeto, se lo lleva a la boca, lo sacude y sostiene la prensión; los ojos se mueven independientemente de la cabeza en rango completo y es capaz de alternar entre muchos objetos en uno o más planos. Además, sigue visualmente objetos perdidos fuera de su campo visual, hasta que se distrae con otro objeto dentro del mismo. Busca los objetos perdidos con sus manos y movimientos de su cuerpo.

En referencia a la función manual, en ese tiempo aparece la apertura total de la mano con supinación de antebrazo, iniciándose así el despliegue de la mano (abducción sostenida de los metacarpianos con extensión de los dedos), con flexión dorsal y radial de la muñeca y formación de la bóveda palmar.

Desde los 7 meses en adelante, emerge una base sólida para el movimiento, que provee las bases para la discriminación visual. Existe una gran variedad de movimiento, que contribuye a perfeccionar los componentes de percepción de profundidad, permanencia del objeto y memoria visual. Sánchez Clariá denominó a este tiempo “estadio discriminativo”.

Hacia la mitad del tercer trimestre el bebe logra la prensión de objetos colocados en el espacio superior. En este movimiento prensor vertical aparece la mano completamente abierta y extendida, con separación e independencia de cada uno de sus radios. A partir de allí podrá desarrollarse la función de oposición del pulgar y la motricidad fina de la mano.

En el último trimestre del primer año, ya se encuentran adquiridos los patrones motores básicos de la prensión: movilidad del hombro en los tres planos del espacio, pronosupinación de antebrazo, apertura y despliegue de la mano, diferenciación de los dedos y oposición índice- pulgar.

A partir de entonces, la función visomanual se ira perfeccionando, y se adquirirán destrezas cada vez complejas y precisas. Hacia el final del segundo año ya es posible la oposición digito – digital distal del pulgar con el resto de los dedos. El niño alcanzara la madurez potencial entre los 5 y los 6 años de edad cronológica (Alatorre-Frenk, Solis Camara y Solís-Cámara, 1981).

Capítulo II:
Prácticas de crianza

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su preámbulo, reconoce a la familia como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños. Además enuncia que, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, el niño debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión (Naciones Unidas, 1989).

En consonancia con lo anterior, Carballo Vargas (2006) enuncia que la familia es una de las instituciones más obligadas a velar por el respeto de los derechos del niño. En ella, confluyen procesos reproductivos, productivos, socioafectivos y educativos, al tiempo que se ejercen funciones protectoras de la salud. Todo ello permite el desarrollo integral de la persona. Estos procesos se enmarcan en uno más amplio y fundamental: la crianza de los niños.

La crianza es un proceso complejo compuesto por conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación a los hijos y su desarrollo, teniendo en cuenta factores como la salud, nutrición, el ambiente físico y social y las oportunidades de aprendizaje en el hogar. Se trata de una actividad simbólica y práctica, portadora de significaciones y acciones. Dicho proceso posibilita que los sujetos adultos de una cultura orienten hacia determinados niveles y en direcciones específicas el desarrollo de los sujetos, igualmente activos, pero más pequeños del grupo (Aguirre, 2010).

Además, la crianza es un proceso interactivo, ya que los hijos también desarrollan acciones que la alimentan. Por eso, también, es único e individual.

Siguiendo con Aguirre (2010), si bien la expresión y los contenidos que se transmiten difieren en cada cultura, la finalidad de la crianza es universal: asegurar el bienestar, la supervivencia, la calidad de vida y la integración a la vida social de los niños. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, en muchas ocasiones, esta regla general se ve alterada y el bienestar de los niños es perjudicado.

Por otra parte, en la crianza se encuentran involucrados tres aspectos: las pautas, las creencias y las prácticas propiamente dichas. Se explicarán sintéticamente los primeros dos, mientras que se detallarán las características del último aspecto, por ser una de las variables de estudio de esta tesis.

El término pautas de crianza hace referencia a los estilos generalmente aceptados, a los tipos de cuidados esperados para responder a las necesidades de los niños. Estas tienen un vínculo directo con las determinaciones culturales propias del grupo de referencia y con la representación social del niño, imperante en dicho grupo.

Si bien las pautas difieren entre culturas, existen necesidades básicas que todos los niños tienen y un patrón predecible de desarrollo durante los primeros años que es universal. La existencia de una respuesta y su forma traerán consecuencias para el desarrollo integral del niño. (Dávila 2002; Evans y Myers 1996).

El segundo aspecto de la crianza, las creencias, hace referencia al conocimiento básico que tienen los padres de cómo deben criar a sus hijos, las

explicaciones que dan a su manera de actuar y las certezas compartidas entre los miembros del grupo de pertenencia. Estas brindan fundamento y seguridad en el proceso de crianza (Dávila, 2002).

Si bien, como se ha mencionado, la crianza está anclada en patrones y creencias culturales, estos no siempre son seguidos por los individuos: hay variaciones en las circunstancias particulares de cada familia, y estas difieren en sus creencias y conocimientos acerca de los cuidados a brindar al niño. (Aguirre, 2010). Dicha cuestión permite introducir el concepto de prácticas de crianza: se trata del conjunto de comportamientos intencionados, llevados a cabo por los adultos dadores de cuidados hacia los niños. Estas se basan en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas, y orientan el desarrollo del niño en sus diferentes dimensiones. Además, otorgan un conjunto de valores y normas que servirán al niño para su incorporación al grupo social. (Aguirre, 2010; Carballo Vargas, 2006; Izzedin Bouquet y Pachajoa Londoño, 2009).

Asimismo, las prácticas de crianza se manifiestan de una forma particular para atender comportamientos específicos de los niños, por ejemplo frente a la alimentación, ante la demanda de afecto o como respuesta a conductas disfuncionales; además, pueden tomar la forma de conductas motoras complejas, de expresiones verbales o de gesticulaciones voluntarias (Aguirre, 2010).

Otra de las características de las prácticas de crianza, es que se trata de acciones aprendidas, tanto de la propia crianza recibida por el adulto, como por

referencia de comportamientos de otros padres de familia. En este sentido, es claro que tales prácticas no constituyen comportamientos aislados, sino que están inscriptas en un plan, muchas veces implícito, y fundamentado por las diferentes pautas culturales y creencias. Por lo tanto, las mismas no son azarosas, sino consistentes. Su selección, entre todo un conjunto de posibilidades educativas, refleja el propio modo de entender al niño y sus necesidades socioculturales y psicológicas. (Aguirre, 2010; Carvallo Vargas, 2006).

Por otra parte, siguiendo a Ceballos y Rodrigo (1998, como se cita en Aguirre, 2010), se puede afirmar que las prácticas de crianza no constituyen conductas rígidas: los padres no utilizan siempre las mismas estrategias en todas las situaciones, ni con todos sus hijos. Más bien, son tendencias globales de comportamiento que permiten la selección, dentro de un continuum más o menos amplio de tácticas, de aquellas a utilizar en cada momento específico.

En relación a lo anterior, las prácticas de crianza tampoco son estáticas. Por el contrario, se las puede definir como un proceso, un conjunto de acciones concatenadas, que cuenta con un inicio y que se va desarrollando conforme pasa el tiempo, por efecto del desarrollo de los niños y los cambios que se van produciendo (Dávila, 2002) a nivel individual y social.

Es decir que parte de la dinámica de estas prácticas es producto de los cambios contextuales en los que la crianza tiene lugar. En este sentido, según Evans y Myers (1996, p. 2-3), los entornos y las prácticas van cambiando como resultado de los cambios económicos, sociales y políticos:

A veces estos cambios son muy rápidos y pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de los niños. En este proceso, se pierden algunas prácticas que siguen teniendo valor cultural y científico. Otras prácticas, que parecen ser "desviantes", representan nuevas adaptaciones a contextos particulares, y podrían ser seguidas por buenas razones y con buenos resultados. Debería hacerse un esfuerzo para entenderlas más que para suprimirlas. A la inversa, las prácticas antiguas se están aplicando en nuevos contextos o nuevas prácticas se están adoptando que podrían no ser apropiadas a los contextos cambiantes en los cuales un niño crece. A menos que estos cambios en las circunstancias y las formas de crianza sean identificados y comprendidos, las políticas y programas podrían tomar una visión errónea.

En este sentido, las nuevas configuraciones familiares, el papel actual de la mujer en el mundo laboral o la irrupción de la tecnología que impregna gran parte de la vida familiar, son ejemplos de cambios contextuales que generan modificaciones en las formas tradicionales de crianza. Diferentes prácticas surgen a raíz de ellos, así como voces que opinan acerca de la conveniencia o inconveniencia de las mismas. Contemplando la totalidad de la cuestión y tendiendo nuevas líneas de investigación al respecto, se puede conocer cuáles son las mejores acciones a tomar, teniendo en cuenta el contexto en que estas se desarrollan.

Anteriormente se mencionó que las prácticas de crianza surgen de la combinación de pautas culturales, creencias, conocimientos y posibilidades fácticas. A partir de ello, se afirma que las mismas son únicas para cada familia. Y, si bien se constituyen como protectoras de desarrollo en la mayoría de los casos, también es posible que representen un factor de riesgo, cuando dichas prácticas no resultan pertinentes y efectivas.

En este sentido, Evans y Myers (1996), afirman que los campos de la salud y de la psicología del desarrollo sugieren prácticas de crianza que apoyan el crecimiento y el desarrollo de los niños. Asimismo, hay otras que podrían resultar nocivas. Al detectar unas y otras es posible identificar cuáles deberían ser fomentadas y cuáles desalentarse.

Siguiendo a dichos autores, en términos generales, las prácticas de crianza que propician el desarrollo integral del niño se caracterizan por:

4. Garantizar el bienestar físico del niño, manteniéndolo sano y salvo del daño, proveyéndole refugio y ropa, previniendo y atendiendo la enfermedad.
5. Promover el bienestar psico-social del niño, proveyéndole seguridad emocional, socialización, nutriendo y dando afecto.
6. Apoyar el desarrollo físico, por medio de la alimentación, baño, lugares seguros para jugar y explorar.
7. Promover el desarrollo mental, por medio de la interacción, estimulación y juego.

8. Facilitar la interacción del niño con otros fuera de la casa, dentro de la comunidad, en clínicas de salud, en el colegio, etc.

Los mismos autores señalan que, a los dos años, las prácticas de crianza deben estar orientadas a brindar apoyo para adquirir nuevas habilidades motoras, de lenguaje y de pensamiento; también deben brindar la oportunidad para desarrollar independencia, y la ayuda para aprender cómo controlar el propio comportamiento; por otra parte deben apoyar la posibilidad de jugar con una variedad de objetos. Asimismo, la limpieza del entorno y la vigilancia en términos de la seguridad del niño son sumamente importantes (Evans y Myers, 1996).

Por otra parte, Soler Limón, Rivera González, Figueroa Olea, Sánchez Pérez, y Sánchez Pérez (2007), señalan que el desarrollo infantil se ve favorecido al contar con una alta frecuencia de contacto con el adulto que valore los logros del niño y responda física, verbal y emocionalmente con suficiente consistencia y claridad, procurando generar sistemas de motivación relacionados con el logro; también el desarrollo es beneficiado al encontrarse en un clima emocional positivo en el cual el niño pueda aprender a confiar en otros y en sí mismo y pueda disponer de entradas sensoriales variadas y reguladas que no sobrecarguen su capacidad de recibir, clasificar y responder. Es además sumamente importante la organización cuidadosa del ambiente (físico y temporal), que contenga mínimas restricciones hacia el comportamiento exploratorio y motor propio del niño, permitiendo llevar a cabo actividades con materiales de juego que faciliten la coordinación de procesos sensorio-motores; asimismo es primordial la

disponibilidad de experiencias culturales ricas y variadas que proporcionen elementos apropiados para el desarrollo cognitivo, social y emocional.

Las prácticas de crianza que favorecen el desarrollo suponen comportamientos concretos que buscan brindar al niño experiencias con las características anteriormente mencionadas.

Para resumir, las prácticas de crianza constituyen acciones impregnadas de la realidad familiar en su totalidad. Las mismas variarán en cuán beneficiosas son para el desarrollo integral del niño, pero afortunadamente no son acciones rígidas e invariantes. Por otro lado, los padres no necesariamente deben tener conocimiento acerca de la mejor forma de criar a su hijo. Es responsabilidad de los equipos de salud el identificar prácticas de crianza inadecuadas y ayudar a las familias para que puedan generar prácticas que propicien el desarrollo.

Al respecto, Carballo Vargas (2006) señala que educar a la madre fortalece considerablemente las prácticas de crianza que empleará al educar. “Una intervención temprana sistemática y consciente, sobre el cuidado integral de niños y niñas, repercute de forma decisiva en el desarrollo de su capacidad de aprender y de regular sus emociones, favoreciendo el desarrollo sociocultural del país” (Carballo Vargas, 2006, p. 18).

De la variedad de prácticas por medio de las cuales los padres llevan adelante su rol, en esta tesis se indaga acerca de aquellas acciones relacionadas

con dos áreas de desempeño ocupacional: actividades de la vida diaria (tomando de ellas alimentación y sueño) y tiempo libre.

Esta elección se basa, por un lado, en la importancia fundamental que estas actividades tienen en la práctica de la terapia ocupacional y, por otro, en el hecho de que, hacia los dos años, el niño ya ha adquirido algunos hábitos relacionados con ellas, o lo está haciendo.

Dichas actividades no solo son básicas en la vida de una persona, sino que además constituyen momentos cargados de significaciones, creencias, pautas culturales y rituales, que los hacen únicos para cada familia. Estos se transmiten, por medio de determinadas prácticas de crianza, a los miembros más pequeños del grupo, formando parte de aquellos factores contextuales que tienen un impacto en su desarrollo y constitución como sujetos.

Villó Sinerol, Amin, Frutos y Yebra (2002), retomando a Buckner (2000) afirman que durante el primer año de vida el niño aprende varios hábitos según las normas sociales que le rodean; el de comer y el de dormir correctamente son los más importantes.

Por otra parte, Kellegrew menciona

Cada día, las madres y los niños participan en rutinas familiares predecibles. Las rutinas diarias se relacionan con ocupaciones ordinarias como vestirse o bañarse, y rituales más simbólicos y tradicionales como rezar antes de dormir. A través de las rutinas diarias las madres brindan a los niños miles de

oportunidades para adquirir y practicar las habilidades para participar plenamente en la sociedad (Kellegrew, 2000, p. 252).

En este sentido, indagar acerca de las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación no es solamente profundizar acerca de cuestiones nutricionales, sino también de todo aquello que ocurre alrededor del momento de la comida. Estos momentos son ocasiones privilegiadas para el contacto afectivo, el intercambio y el aprendizaje. En ellos, el niño tiene oportunidad de experimentar sensaciones del propio cuerpo, tener contacto con olores, sonidos, colores, texturas, ritmos y formas que se convertirán en contenidos de su pensamiento. El niño deberá ir aprendiendo habilidades cada vez más complejas al respecto: desde aferrarse y chupar el pezón a, más tarde, beber del vaso, usar la cuchara, cortar, ajustar su conducta y aprender normas de convivencia. Todos estos aprendizajes se adquirirán en un contexto que tendrá la forma que los adultos le impregnen. Y se debe recordar que ese contexto es el ambiente en que el desarrollo va teniendo lugar.

Al respecto de este tema, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), entre los 12 y los 23 meses el niño debe incorporarse a la dieta familiar, con una frecuencia de 3 a 4 comidas por día. Hacia los 2 años, éste tiene independencia en muchas cuestiones relativas a la alimentación: utiliza correctamente cuchara y tenedor, sostiene y toma de un vaso, puede sostener una taza pequeña con una mano, es capaz de desenvolver golosinas, y disfruta haciendo estas actividades solo.

En lo que refiere al sueño, este reviste gran importancia, especialmente en la niñez. Según Convertini (2006) se trata de un estado activo imprescindible para el equilibrio físico y psíquico. Durante el sueño, se produce la síntesis de hormona de crecimiento, la regeneración y restauración orgánica, el aumento de la síntesis proteica, la regeneración de procesos mentales (atención, habilidades cognitivas finas y las vinculadas con la relación social), el aprendizaje y consolidación de la memoria a largo plazo, y la maduración y restauración cerebral, entre otros procesos.

Por otra parte, Convertini y Trípodí (2007), afirman que el dormir es un proceso en el que intervienen: la maduración del sistema nervioso central, la adaptación del niño a su familia y la influencia del medio ambiente en su desarrollo.

El ritmo biológico del sueño se constituye por la repetición sistemática de dicha actividad, realizada por nuestro organismo. En los adultos dicho ritmo es circadiano (cerca de un día). En cambio, en los recién nacidos el ritmo biológico oscila entre las 3 y 4 horas (ultradiano) y está generalmente coordinado por la alimentación. A partir de los tres meses, el reloj biológico, controlado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, va sincronizando el ritmo sueño-vigilia al mismo período del entorno. Es así como el ciclo de sueño se comienza a alargar, y continuará haciéndolo en los meses siguientes, siendo el sueño nocturno el primero que se incrementa. Sin embargo, existen grandes variaciones individuales en el ritmo de cada niño, determinadas por dos tipos de factores a los que

Convertini (2006) denominó “sincronizadores”. Los mismos pueden ser internos (niveles de melanina y cortisol y temperatura corporal) o externos (presencia de luz, sonido, horarios de comidas y actitud de los padres para enseñar el hábito correcto). En todo ello es determinante la interrelación entre las necesidades orgánicas y psíquicas del niño y la rutina regular de sus padres. (Convertini, 2006; Convertini y Trípodi, 2007; Suarez Rodríguez y García, 2005)

Por otra parte, con respecto a las prácticas de crianza relativas al área ocupacional “ocio y tiempo libre”, ésta ocupa gran parte de la vida de un niño de 2 años.

En este sentido es necesario tener en cuenta que el espacio de ocio infantil no es una cuestión menor, en la que solo basta que el niño esté entretenido. El tiempo de ocio es, por el contrario, la oportunidad para vivir experiencias que favorezcan y enriquezcan el desarrollo en sus múltiples dimensiones. Una vez más, las prácticas de crianza son primordiales en ello. Con sus acciones, el adulto puede acompañar y promover, o restringir dichas experiencias. El rol de los padres es esencial para brindar oportunidades y enseñar a los niños a disfrutar y aprovechar cada momento de ocio.

Por otra parte, en el tiempo libre del niño, el juego tiene un papel privilegiado, siendo su ocupación natural y motor del desarrollo. A la vez, es el medio por el cual el niño elabora sus conflictos, resuelve situaciones difíciles y revive las placenteras.

En su escala de juego pre-escolar, Susan Knox (1968) detalla las características de la conducta lúdica infantil: a los dos años el niño presenta juegos motores en los que involucra a todo el cuerpo en movimientos complejos: salta, se para en un pie brevemente, lanza una pelota parado, etc. Además se interesa por nuevos patrones de movimiento. Por otra parte, llaman su atención las actividades constructivas simples: garabatea, ensarta cuentas, construye horizontal y verticalmente. Durante dichas actividades, su interés está centrado más en el proceso que en el resultado.

Asimismo, hacia los dos años está comenzando el juego simbólico: el niño imita rutinas adultas con mímica con juguetes; simboliza con muñecas, animales de peluche, amigos imaginarios, elaborando con detalle las rutinas diarias.

En relación a todo ello, es importante destacar lo fundamental del papel de los padres en el juego: no solo son quienes eligen los juguetes, habilitan o restringen los espacios y experiencias de juego, teniendo en cuenta sus creencias y pautas culturales, sino que también debieran ser los primeros compañeros de juego de sus hijos y esto tiene una importancia fundamental en el desarrollo del niño.

Por otra parte, hoy en día merece especial consideración el uso de la tecnología, incluida en ella tanto a la televisión, como a las computadoras, smartphones y similares. El uso de estos dispositivos por parte de los niños pequeños es cada vez más habitual, y aun no están claras las ventajas y desventajas de ello. Refiriéndose específicamente a las tecnologías interactivas, la

Sociedad Argentina de Pediatría (2017) menciona que existe una gran expectativa acerca de su potencial beneficio educativo, así como temores respecto de su uso excesivo durante períodos cruciales del desarrollo. Aun así, la investigación en este ámbito sigue siendo limitada. Lo cierto es que se trata de actividades que permiten mantener a los niños entretenidos y tranquilos sin demasiado esfuerzo por parte del adulto. Ello le dio el nombre de “niñera digital” o “chupete electrónico”.

Más allá de las ventajas que podría tener, el uso de las tecnologías provoca sedentarismo en una época en que los juegos motores son esenciales para el desarrollo. Además se asocia a disminución de las horas de sueño, dificultad en la interacción con personas, afectación negativa de algunos rasgos de conducta y exposición a contenidos inapropiados. Asimismo, se debe tener en cuenta que su uso resta el tiempo dedicado a otras actividades, como la lectura de libros por parte de niños y padres, las actividades al aire libre y los contactos interpersonales (Waisman, Hidalgo y Rossi, 2018).

En lo que respecta al uso apropiado de computadoras o smartphones, la SAP ha desaconsejado su utilización antes de los 18 meses. A partir de dicha edad, se recomienda que la exposición a la tecnología no supere una 1 diaria, y que sea siempre con el acompañamiento del adulto. (SAP, 2017)

En referencia a la televisión, la misma institución afirma que se debe evitar que los niños menores de 2 años la utilicen, mientras que los mayores a dicha edad deben limitar su uso entre 1 y 2 horas al día. (SAP, 2001).

Capítulo III:
Atención Primaria de la Salud

Atención Primaria de la Salud: un recorrido histórico

Hace 40 años, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud celebraban en Alma Ata la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud (APS). En ella se delinearon un conjunto de estrategias para proteger y promover la salud, entendida como un derecho que involucra a todos los actores que desempeñan un papel en la vida y desarrollo de un país, haciendo hincapié en la persona como partícipe fundamental de su propio proceso de salud. Esto constituyó una novedad, ya que hasta entonces predominaba una visión médica y verticalista de la salud. La APS se esgrimió como la principal estrategia para cumplir con un objetivo particular: “Salud para todos en el año 2000”.

En dicha conferencia se confeccionó una declaración, en el que se define a la APS como

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (...).

Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y

constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria " (OMS, Unicef, 1978).

Como menciona Chan (2008), a través de los principios delineados por la declaración de Alma Ata, se buscaba equidad en el acceso a la atención de la salud y eficacia en la prestación de servicios. Por otra parte, uno de los aspectos fundamentales fue multidisciplinariedad y la intersectorialidad para garantizar el derecho a la salud, siendo, en última instancia, el Estado el principal garante del mismo.

En concordancia con lo anterior, si se tienen en cuenta los elementos que se definen como integrantes de la APS: suministro de agua y saneamiento ambiental, suministro de alimentos y nutrición adecuada, inmunización, control de enfermedades endémicas, servicios materno – infantiles, servicios curativos, preventivos y de rehabilitación, medicación esencial y educación para la salud (Kroeger y Luna, 1987), se hace evidente la necesidad de establecer líneas de acción intersectoriales. Es primordial la combinación y coordinación de los diferentes sectores sanitarios entre ellos y con otros sectores y campos de actividad, como por ejemplo agricultura, alimentación, educación, obras públicas, comunicación, etc. En este sentido, la declaración señala que los gobiernos deben formular políticas para mantener la APS, a través del sistema de salud completo y en coordinación con otros sectores.

Desde 1978 hasta hoy han existido importantes cambios en el contexto mundial, así como en la conceptualización y práctica de la APS. Diversas

cuestiones confluyeron para que el objetivo “salud para todos en el año 2000” no se cumpliera, ni en el ámbito mundial ni en el nacional.

Se puede mencionar, como una de dichas cuestiones, la mala interpretación del término APS. Es que el término “primario” tiene contrarias acepciones: por un lado, “primitivo, poco civilizado” y, por el otro, “lo principal o primero en orden o grado”. Mientras que el espíritu de Alma Ata se refería a esta última acepción, muchos confundieron la APS con una propuesta barata: escasa atención para los pobres, una solución de segunda clase para los países en desarrollo. (Chan, 2008; Tejada de Rivero, 2003).

En relación a lo anterior, Tejada de Rivero (2003) insiste en la gran diferencia entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos, multidimensional y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado (como el propuesto en la declaración) y una atención reparativa, de bajo costo y por eso de segunda o tercera clase para los estratos periféricos más pobres de la población, y prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación de las personas (como muchas veces se ha interpretado el término).

Por otra parte, las cuestiones contextuales que se sucederían a partir de esa época también desalentaron el cumplimiento del objetivo inicial. Entre ellas, una recesión mundial y la introducción de programas de ajuste estructural que retiraban los presupuestos nacionales de los servicios sociales, incluida la salud; la aparición del VIH/SIDA, la reaparición asociada de la tuberculosis y un aumento de los casos de paludismo desplazaron la atención de la salud pública

internacional hacia la gestión urgente de las situaciones de emergencia de alta mortalidad (Chan, 2008).

En nuestro país, la aplicación de las distintas perspectivas e interpretaciones de la APS tuvieron un claro correlato con los períodos políticos que atravesó la Argentina desde la declaración de Alma Ata. Como cuestión central, se debe destacar que las políticas neoliberales y la globalización, dejaron a la salud a merced de un mercado que valora más las ganancias que la equidad. Asimismo, el estado se retrajo de sus obligaciones sociales, generando un progresivo desmantelamiento del sector. Los marcadores de salud y la mortalidad infantil de ciertas regiones de nuestro país, expresan la falta de estrategias vinculadas a la APS en grandes sectores de la Argentina (Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012; Laporta, 2009).

A grandes rasgos, se puede afirmar que el balance de estos años, con políticas marcadamente diferentes, muestra un rasgo común: el estancamiento y retroceso del desarrollo de la infraestructura pública en salud. Esto ha generado una desproporción, representada en un primer nivel que se expande en la precariedad y en la informalidad y una inversión en el segundo y tercer nivel que retrocede (Bertolotto et. al. 2012).

Teniendo en cuenta todas estas cuestiones, es que en el año 2007 la Organización Panamericana de la Salud emitió un documento llamado “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”.

En este reconoce el gran progreso que, desde 1978, ha habido en la región en algunos aspectos de la salud y el desarrollo humano (disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad por todas las causas, aumento de la esperanza de vida, etc.). Sin embargo, también reconoce la existencia de importantes desafíos, producidos en un contexto de gran desigualdad en materia de salud. La posición de la OPS al respecto plantea que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud (OPS, 2007)

El documento mencionado reconoce que

la esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, la nueva definición (...) distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. (OPS, 2007, p.8)

Los valores hacen referencia en aquellos principios que guían y atraviesan cada decisión que se toma en materia de APS. Estos son:

1. El derecho a obtener el mayor nivel de salud posible, sin distinción alguna entre las personas y/o las situaciones que a estas les toque vivir.
2. La equidad. Relacionada al anterior valor, se refiere a la ausencia de diferencias injustas en lo referente al estado de salud y acceso a la misma.

3. La solidaridad, entendida como el grado en que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común.

Los principios enunciados en La Renovación de la APS en las Américas, sirven de puente entre los valores y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud. Estos son:

1. Dar respuesta a las necesidades de salud de la población, centrándose en dichas necesidades y de la manera más amplia posible.
2. Brindar servicios orientados a la calidad, lo cual implica no solo asegurar la mejor intervención para satisfacer las necesidades de la población, sino además anticiparse a ellas, tratando a las personas con dignidad y respeto.
3. La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, lo cual garantiza los derechos sociales y protege a los ciudadanos de cualquier perjuicio.
4. La participación ciudadana y justicia social.
5. La sostenibilidad, a través de la planificación estratégica y el compromiso a largo plazo.
6. La intersectorialidad, que conjuga al sector público y privado, tanto dentro del sistema de salud como por fuera del mismo.

Por último, los sistemas de salud basados en la APS están conformados por una serie de elementos, estructurales y funcionales:

1. Cobertura y acceso universales, lo cual implica eliminar barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización o de género.

2. El primer contacto, lo cual implica que la atención primaria debe ser “la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos” (OPS, 2007, p. 12).
3. Atención integral (con una variedad de servicios que responda a todas las necesidades de la persona), integrada (dichos servicios debe trabajar en forma conjunta y coordinada), y continúa.
4. Orientación familiar y comunitaria.
5. Énfasis en la prevención y la promoción de la salud.
6. Cuidados apropiados, lo cual implica tener una visión integral de la persona y sus necesidades, adecuando las respuestas a su contexto en los diferentes momentos de su vida.
7. Marco político, legal e institucional sólido que respalde las acciones y a los actores, para permitir que la APS desempeñe sus funciones especificadas.

A pesar de ser muchas veces malinterpretada y de que su principal objetivo no ha sido cumplido, la declaración de Alma Ata fue la primera declaración universal en resaltar la importancia de la APS. Desde entonces, esta estrategia se reconoce como esencial para alcanzar sistemas de salud fortalecidos, basados en la comunidad. Los principales valores y principios de la declaración aún siguen vigentes y fueron discutidos en octubre de 2018, al cumplirse los 40 años de la conferencia de Alma Ata de 1978. En esta nueva conferencia, que se celebró en la misma ciudad, hoy Almaty (Kazajistán), se renovó el énfasis puesto en la APS

como la principal estrategia para reforzar los sistemas de salud centrados en las personas y para las personas.

La “Declaración 2.0”, como se llamó al documento que surgió de la Conferencia de Almaty, refleja los cambios en las expectativas de los proveedores de salud y las necesidades de los pacientes, en consonancia con los desafíos puestos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, delineados por la ONU para el 2030.

Acciones de prevención

La OMS, en 1998, definió a la prevención como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Vignolo, 2011)

Las intervenciones llevadas a cabo en materia de salud preventiva pueden clasificarse de acuerdo a su posición dentro del proceso salud- enfermedad. De este modo, se habla de tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria tiene por objetivo evitar la aparición de una enfermedad, disminuyendo así su incidencia. Sus medidas se orientan al control de los factores causales o predisponentes. Según Alva y Morales (2018), este tipo de intervención se fundamenta en un modelo ecológico, en el que la salud depende del equilibrio de tres factores: agente, huésped y medio ambiente. La prevención primaria busca mantener dicho equilibrio mediante medidas como vacunación e higiene, entre

muchas otras. Por otro lado, el nivel de prevención secundario comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, de modo que las posibles secuelas de una enfermedad sean evitadas o retardadas. Por último, la prevención terciaria se refiere a las medidas de recuperación y de rehabilitación tanto física, como psicológica y social. Aquí son necesarios el control y seguimiento del paciente, buscando prevenir o reducir las secuelas de una enfermedad y favoreciendo su adaptación en caso de enfermedades crónicas (Vignolo, 2011).

En relación a lo anterior, según Alva y Morales (2018), cuando se produce la aparición de una enfermedad, esta atraviesa dos periodos. El primero es subclínico (de incubación o latencia), cuando aún no han aparecido signos o síntomas. Es en esta etapa donde se llevan a cabo las medidas de prevención secundaria. La evolución de la enfermedad puede llevar al siguiente periodo, llamado clínico, debido a que aquí se manifiesta la enfermedad mediante signos y síntomas. La prevención terciaria se desarrolla en este momento.

Las estrategias de APS se implementan en todos los niveles de prevención. Sin embargo, y teniendo en cuenta la naturaleza de sus elementos esenciales, se puede deducir el énfasis puesto en la prevención primaria.

Promoción de la salud

Por otra parte, e íntimamente relacionadas con las estrategias de prevención de las enfermedades, se encuentran aquellas tendientes a la promoción de la salud. Este concepto, definido por la OMS en la carta de Ottawa, consiste en:

proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (OMS, 1986).

La promoción de la salud atraviesa al individuo en todas sus dimensiones: personal, familiar, laboral y social, y lo invita a involucrarse en la implementación de políticas, la creación de ambientes y entornos saludables y la participación social, construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables (Vignolo et al., 2011).

Las líneas de acción llevadas a cabo por la OMS en estas últimas décadas, muestran la fuerza de la Atención Primaria y Promoción de la salud. Entre estas acciones se destacan la creación, en 2005, de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, un apoyo para los países en el abordaje de aquellos factores que influyen en la enfermedad y desigualdades (Alva y Morales, 2018). Se entiende por determinantes sociales de la salud a aquellas circunstancias en que las personas desarrollan su vida, incluido el sistema de

salud. Estas son el resultado de la distribución de dinero, poder y recursos y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (OMS, 2005).

Por otra parte, en 2016, entraron en vigencia los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), que tienen en cuenta tres dimensiones: económica, social y ambiental. Alva y Morales destacan uno de estos objetivos:

La mayor parte de los ODS se relacionan con la salud, pero el tercero (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las edades”) busca lograr una cobertura sanitaria universal que garantice el acceso de todas las personas a los servicios de salud. De esta manera busca implantarse, considerando los determinantes sociales de la salud que juegan un papel importante en la agenda de salud actual (Alva y Morales, 2018, p. 26).

La APS y la participación comunitaria

El concepto de APS, tal como se definió en Alma Ata, significó una ampliación del modelo biomédico, centrado en la enfermedad y los servicios curativos, y por tanto en la figura del médico como responsable de dar salud a un sujeto pasivo. Las estrategias de APS toman al individuo y la comunidad como sujeto activo y protagonista en la búsqueda de un óptimo estado de salud. Se trata de un recurso de gran importancia, conocedor de su propia realidad y necesidades y con la capacidad de tomar acciones concretas para responder a las mismas.

En 2007 la OPS renovó el énfasis puesto en la participación comunitaria, tomándola como uno de los principios de los sistemas de salud basados en la APS. Al respecto, el Documento “La Renovación de la APS en las Américas” enuncia

A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad (OPS, 2007, p. 11).

Esta perspectiva valora lo propio del individuo, familia y comunidad, entendiendo que toda acción que tienda a velar por su salud integral no puede dejar de mirar aquello que ellos mismos consideran sus necesidades, pero tampoco puede dejar de ponderar sus recursos y de estar en consonancia con sus pautas sociales y culturales. Además, se trata no solo de definir estrategias centradas en la realidad de la comunidad, sino de que ésta pueda ser participe activa en la implementación de las mismas.

Según la OPS (2007), un sistema de salud basado en la APS, emplea la perspectiva de la salud pública. La definición de Terris de este concepto muestra claramente el protagonismo de la comunidad en el proceso de salud:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Terris 1988, como se cita en Terris 1992).

Sin embargo, llevar a cabo estrategias de salud pública adecuadas implica el esfuerzo de la comunidad en conjunto con todos los agentes que de algún modo actúan en la sociedad. Como afirma Montero, los miembros de la comunidad pueden tener conocimientos y tradiciones culturales muy valiosas, pero también puede ser que las creencias y costumbres sean el fundamento de ciertos modos de vida que impliquen peligros, que causen formas de exclusión o maltrato o que mantengan la ignorancia con respecto a ciertos fenómenos. Por ello es necesaria la creación de redes de apoyo que incluyan al gobierno, trabajadores de la salud, organizaciones privadas y universidades. (Montero, 2000 como se cita en González, 2003)

Terapia Ocupacional y APS en población infantil

En la Ley Nacional 27.051 del año 2014, referente al Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional se enuncia, como una de las competencias de estos profesionales:

“Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre” (Ley 27.051, 2014, art.8).

Queda allí explícita la competencia de la terapia ocupacional en el marco de la APS, abriéndose camino en su función de mantener la salud y realizar acciones preventivas. Un ejemplo de ello son las tendencias a la prevención de alteraciones en el curso del desarrollo. Se enriquece así una profesión que históricamente se vio identificada con la rehabilitación ante una patología ya instalada.

Específicamente refiriéndose a la población materno-infantil, el objetivo del terapeuta ocupacional en APS es “brindar a la familia las herramientas acerca del desarrollo del niño para que sepan detectar sus necesidades y aprendan a utilizar sus propios recursos en pos del desarrollo de las potencialidades del mismo” (Fornetti, Moro, Soulé, 2016, p. 5)

En consonancia con lo anteriormente mencionado en este capítulo, se puede ver aquí, una vez más, el espíritu de la APS: una estrategia centrada en la persona, y que la pondera como agente interviniente en su propia salud.

Cabe destacar la importancia de la intervención de terapia ocupacional en APS materno-infantil, dado el grado de vulnerabilidad de esta población y el impacto que la carencia de cuidados tiene sobre el desarrollo. Como se ha expresado anteriormente, y teniendo en cuenta la Teoría Ecológica del Desarrollo de Bronfenbrenner, se puede afirmar que éste depende de diferentes esferas: un medio familiar enriquecedor, un entorno saludable y un medio social protector. La APS, como estrategia que conjuga el sistema sanitario con los demás sectores de la vida comunitaria (políticos, económicos, medioambientales, entre otros), puede intervenir en todas las esferas mencionadas, introduciendo mejoras para el desarrollo integral de la infancia.

En este sentido, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, en su informe final, destacó que “las cualidades enriquecedoras de los ámbitos donde los niños crecen, viven y aprenden son sumamente importantes para su desarrollo; no obstante, los padres son incapaces de ofrecer entornos estimulantes robustos sin la ayuda de organismos locales, regionales, nacionales e internacionales” (OMS, 2007, p.7).

Por lo tanto, la planificación de políticas públicas para la primera infancia implica atender los diversos aspectos de la vida de las personas, sus procesos

biológicos y su medio ambiente, como elementos clave para alcanzar el máximo potencial de cada individuo y su familia. En este contexto, el terapeuta ocupacional forma parte de un equipo interdisciplinario, compuesto por diversos profesionales, unidos por un lenguaje y una meta en común, donde cada uno aporta lo propio de su profesión, para realizar de este modo un abordaje integral de la persona y la comunidad. Un aspecto fundamental de dicho abordaje es la Educación para la Salud, brindando las herramientas e información pertinentes para que las personas puedan tener un mayor control sobre su salud (De Luca, Marinangeli, 2008).

En este sentido, y como señala Unicef (2015, p.59),

es importante comenzar a pensar en cómo brindar sostén y contención emocional a las mujeres para que a su vez ellas puedan brindárselo a sus hijos. También, cómo enriquecer con experiencias el bagaje cultural y simbólico con el que cuentan para que puedan transferir, compartir y vincularse con sus niños más allá de las limitaciones que la vida cotidiana les impone.

Finalmente, se describen algunas acciones concretas llevadas a cabo por el terapeuta ocupacional en materia de APS materno-infantil (Alsina y Valente Lozada, 2005):

1. Evaluación del riesgo del niño y su familia de padecer problemas del desarrollo.

2. Identificación de factores protectores. Se trata de reforzar recursos propios del niño y los de la familia.
3. Promoción de un desarrollo positivo y prevención de problemas del desarrollo. Esto se puede lograr principalmente reforzando el vínculo madre-hijo, mediante cambios ambientales en el hogar, capacitación de recursos humanos de salud, cambios estructurales en políticas de salud, identificación y acciones en población de riesgo, etc.
4. Vigilancia del desarrollo y detección oportuna de sus trastornos, mediante monitoreo del desarrollo.
5. Elaboración de listas de necesidades (diagnósticas, terapéuticas, plan de interconsultas y derivación).
6. Coordinación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
7. Seguimiento y continencia del niño y su familia

*Capítulo IV:
Vulnerabilidad Social*

Concepto de vulnerabilidad social.

Por el estado de indefensión que la caracteriza, la infancia es considerada un grupo de riesgo. Esto quiere decir que todo niño es vulnerable a padecer enfermedades, discapacidades y demás procesos que pueden afectar su salud.

En relación a lo anterior, el concepto de grupo de riesgo está intrínsecamente ligado al de factor de riesgo, es decir a “aquellas características o circunstancias detectables en una persona o grupo que se asocia a un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido” (OPS, 1986, p.13). Los factores de riesgo susceptibles de convertir a un conjunto de personas en un grupo de riesgo pueden ser:

- **Biológicos.** Ejemplo de ello es el grupo etario. Como se mencionaba antes, las características de la niñez hacen de ella un grupo de riesgo.
- **Ambientales.** Podrían ser las características estructurales de determinado barrio: abastecimiento deficiente de agua, falta de servicio público cloacal, construcción precaria de viviendas, hacinamiento.
- **De comportamiento.** Dentro de este grupo de factores podemos encontrar a aquellos comportamientos de los padres que constituyen prácticas de crianza inadecuadas para promover el desarrollo de sus hijos. Por ejemplo, ausencia de rutina de sueño, falta de hábitos de juego con el niño.
- **Relacionadas con la atención de la salud.** Por ejemplo, cobertura insuficiente, falta de accesibilidad a los centros de salud, entre otras.

- Socio-culturales: por ejemplo, nivel educativo, pautas de crianza.
- Económicos: por ejemplo, empleo, nivel de ingreso.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que la interacción de dos o más factores de riesgo en una misma persona o grupo es mayor a la suma de los factores aislados (OPS, 1986). Por lo tanto se puede deducir que aquellos niños que viven bajo condiciones de pobreza sufren un efecto multiplicador de la vulnerabilidad propia de la etapa vital que están transcurriendo.

La pobreza ha sido tradicionalmente reducida a los factores económicos atribuibles a un individuo o grupo. Sin embargo, se trata de una condición que impacta la vida de un sujeto en su totalidad, tocando cada uno de los factores de riesgo mencionados anteriormente.

En este sentido, Neef (1993) postula que el concepto tradicional de pobreza es limitado, colocando a las personas por debajo de un determinado umbral de ingresos. Se trata de una visión puramente economicista, que limita la comprensión del multifacético mundo que caracteriza la vida de los “desamparados” (Rodríguez, 2017). Dicho autor plantea que, al contrario de pobreza, existen pobrezas: “cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana” (Neef 1993, como se cita en Rodríguez, 2017, p.25).

En relación a lo anterior, un concepto abarcativo, que incluye a las situaciones de pobreza, es el de vulnerabilidad social, definida por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la ONU, como

la combinación de eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas, la incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos, y la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos (CEPAL, 2002, como se cita en Rodríguez, 2017, p.27).

González y Labandal (2008), retomando a Chambers (1989), caracterizan a la vulnerabilidad, mencionando sus dos partes: una externa, referente a los riesgos, tensiones y presión a la cual está sujeto un individuo o familia, y una interna, constituida por la indefensión, es decir la falta de medios para afrontar las situaciones sin pérdidas perjudiciales.

En este sentido, cabe destacar que la vulnerabilidad es un concepto relativo: la presencia de determinada combinación de factores de riesgo no impacta de la misma manera, ni determina la realidad de todos los individuos o familias; cada uno cuenta con mayores o menores recursos y aptitudes para afrontar las situaciones adversas, mejorar su vida cotidiana y alcanzar sus proyectos.

Por otra parte, la vulnerabilidad se constituye como una experiencia psicosocial, con una dimensión material y una dimensión psicológica. La primera

se asocia a la presencia de factores de riesgo concretos (precariedad laboral o desempleo, precariedad ambiental, desprotección por parte de las instituciones públicas, etc.). La dimensión psicológica hace referencia a la interiorización de la propia vulnerabilidad, resultante en incertidumbre, miedo, sensación de inseguridad, pérdida de autoestima y confianza en las propias capacidades, etc.

En este sentido, Rodríguez (2017, p. 29) afirma que

“la vulnerabilidad social recorre el mundo subjetivo y social en tanto el trabajo no es solo condición para percibir un salario sino que permite sostener relaciones que posibilitan el desarrollo de la creatividad y de lazos sociales para el crecimiento como sujetos, dotando de identidad y pertenencia a un colectivo, a la persona”.

El impacto de la vulnerabilidad social en la infancia.

Los primeros cinco años de vida constituyen un momento crucial para el desarrollo de un individuo, de modo que las experiencias negativas, como la falta de cuidados, el estrés o la carencia alimentaria, influyen en etapas posteriores de la vida, tanto en forma de potenciales limitaciones en las capacidades cognitivas, educativas y laborales, como en la reproducción intergeneracional de la pobreza, replicando las inequidades en la próxima generación (Raineri et. al. 2015).

Previamente se ha explicado la importancia fundamental que el ambiente tiene para el desarrollo del niño en sus múltiples dimensiones. En este sentido, los mencionados autores establecieron una serie de determinantes sociales y

ambientales que podrían estar afectando el desarrollo temprano en la provincia de Buenos Aires. Ellos son: Disponibilidad de agua, higiene y saneamiento; vivienda y hacinamiento; educación y situación laboral de la madre, así como su estado psicoemocional; nutrición (materna y del bebe); violencia y accesibilidad y calidad de atención en los servicios de salud. Muchos de estos determinantes se ven implicados en las familias que viven en situación de vulnerabilidad social.

Como se ha mencionado, el concepto de vulnerabilidad tiene en cuenta no solo las cuestiones materiales, sino que se relaciona también con procesos subjetivos, psicológicos, sociales. La condición de vulnerabilidad social impregna cada aspecto de la vida de un sujeto, incluido su rol de madre o padre. Y esto constituye un punto problemático, ya que afecta aún más el desarrollo de los niños que han nacido en condiciones de pobreza. Mientras el ambiente cuidador debería funcionar como un factor protector que escude al niño de los eventos estresantes, muchas veces se convierte en un factor de riesgo para el niño. En este sentido, la falta de habilidades sociales de los adultos, acompañadas por su bajo nivel de escolarización, influye de manera directa y repercute en el cuidado y acompañamiento de los niños a su cargo (Raineri et. al., 2015; Rodríguez, 2017).

Por otra parte, según Arcos et. al. (2011), existen evidencias que demuestran la asociación entre vulnerabilidad social y mayores niveles de estrés y ansiedad de la madre. Ello conlleva una serie de consecuencias que impactan directamente en la salud y desarrollo del niño: mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, destete precoz, deficiente calidad del cuidado del niño, retraso

del desarrollo infantil, déficit atencional e hiperactividad, problemas del lenguaje, deficiente competencia social y problemas del comportamiento del individuo para toda la vida.

Dávila (2012), al relacionar prácticas de crianza y pobreza, afirma que las condiciones de extrema dificultad económica generan en los adultos tensión e inestabilidad emocional, lo cual repercute en el desempeño de su rol paterno. El mismo autor señala que, cuando las familias siempre han permanecido bajo el nivel de pobreza, la manera cómo actúan “normalmente” se relaciona, tanto con la forma en que fueron criados, como con la imposibilidad de modificar este aprendizaje del pasado, debido, principalmente, a la falta de acceso a la educación y con ello al capital cultural que los haría más sensibles a las características del desarrollo infantil.

Por otro lado, Soler, Rivera, Figueroa, Sánchez y Sánchez (2007) señalan que, aunque hay evidencia teórica que sustenta la relación entre condiciones socio-económicas y desarrollo infantil, también existen estudios en que niños expuestos a condiciones adversas son resistentes y tienen un funcionamiento mejor al esperado. Esto es asociado a la existencia, dentro del hogar, de factores que pueden atenuar los efectos del estado socio-económico, e incluso brindar protección a la vulnerabilidad, por ejemplo, el calor maternal, las actividades de estimulación, etc.

Esto quiere decir que no hay situación socio-económica que pueda determinar la crianza y el desarrollo de un niño. En este sentido, Torralva et. al.

(1999, p.315) afirman que “más que las posibilidades materiales de cada familia, es el estilo de crianza, el afecto que se les brinda y las oportunidades de estimulación que se les provee las que más influyen sobre el desarrollo de los niños”

Afortunadamente, y como se mencionó previamente, las prácticas de crianza son procesos susceptibles de ser modificados en caso de no ser beneficiosos para el desarrollo infantil. En este sentido, es fundamental que las instituciones públicas puedan brindar sostén a las familias en situación de vulnerabilidad social. Por un lado, es necesario estar atentos a su bagaje cultural, simbólico y social para identificar sus fortalezas, aún en las peores situaciones. Y por otro lado, se deben llevar a cabo estrategias que enriquezcan con experiencias dicho bagaje, para que puedan transferir, compartir y vincularse con sus niños más allá de las limitaciones que la vida cotidiana les impone (Raineri et. al. , 2015).

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

En el siguiente diagnóstico de situación se describen, por un lado, las características del Plan Integral de Desarrollo Infantil llevado a cabo como estrategia de Atención Primaria de la Salud y, por otro lado, las particularidades del Área Programática El Martillo y el CAPS allí presente.

Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI)

En el marco del concepto de prevención y promoción de la salud materno-infantil, referido en el capítulo de APS, el Partido de General Pueyrredón cuenta con el Plan Integral de Desarrollo Infantil, dependiente de la Secretaría de Salud, en articulación con las Secretarías de Desarrollo Social y Educación. El mismo data del año 2009. En él, mediante un trabajo común y transversal, cada uno de los mencionados actores aportan esfuerzos, tareas y funciones, tratando de optimizar los recursos, evitar la superposición de las tareas y aumentar el impacto en la población, para cumplir un objetivo particular: promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0 a 6 años y la protección de la mujer embarazada y su entorno familiar, mediante el fortalecimiento de las actividades de prevención, promoción y asistencia en Atención Primaria de la Salud.

El PIDI tiene como fundamento la experiencia de los equipos de Atención Primaria de la Salud, y las recomendaciones que la evidencia científica propone. El mismo surgió con el propósito de normatizar aquellas prácticas llevadas a cabo en los diferentes Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), que eran beneficiosas para el desarrollo infantil, pero que no eran universales, sino que

dependían de las posibilidades de cada Centro. Con la idea de obtener equidad en la prevención, promoción y asistencia a la embarazada y el niño, se aunaron dichas acciones, debiendo ser aplicadas, a partir de entonces, por todos los CAPS del municipio, a la vez que se diseñaron nuevas propuestas.

En dicho contexto, un equipo interdisciplinario diseñó objetivos y propuso líneas de acción para la intervención individual, grupal y comunitaria. Estas propuestas se transmitieron a los diferentes CAPS, para que sus propios equipos interdisciplinarios pudieran realizar la tarea de adaptación a las prioridades del área programática, con la elección de metodologías adecuadas para la comunidad y en función de los recursos existentes y los necesarios. Por otra parte, y para contribuir al cumplimiento del mencionado objetivo, se establecieron distintos niveles de vinculación y trabajo entre los CAPS y las organizaciones sociales formales y de la sociedad civil que comparten la misma población destinataria.

Un aspecto a destacar del PIDI es que se trata de una estrategia centrada en la comunidad. El mismo reconoce las capacidades y valores de las familias y busca detectar tempranamente los riesgos y problemas de salud que puedan presentar, para ofrecerles así, en forma oportuna, acceso a las intervenciones individuales, grupales y colectivas que requieren.

Se mencionan a continuación los principios orientadores que guían el Plan Integral de Desarrollo Infantil:

a) El Plan tiene al niño como sujeto central de las intervenciones y a su familia, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continua en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida.

b) Todos los niños tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades. No existe ninguna argumentación, técnica o de cualquier otra índole, que justifique la interrupción de una intervención, en función de factores tan aleatorios como podrían ser las dificultades económicas familiares, el lugar de residencia o depender de un ámbito de la administración u otro. Aquellos niños que necesitan de la atención tienen el derecho a disponer de los recursos para su tratamiento, evitando que puedan existir diferencias por haber nacido en una comunidad u otra, e incluso dentro de la misma comunidad, en zonas en las que no existen recursos de este tipo.

Se trata de garantizar el principio de igualdad de oportunidades de un sector de la población especialmente vulnerable.

c) Las políticas destinadas a acompañar el desarrollo infantil deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y deben ser flexibles a la diversidad de las necesidades de los niños.

d) Las comunidades, a través de la participación activa de sus ciudadanos, conjuntamente con las autoridades e instituciones, deben comprometerse a

favorecer la cohesión social en función de promover y sostener el desarrollo integral de los niños.

e) La atención integral del niño y su familia es entendida como "el conjunto de acciones coordinadas que satisfacen tanto las necesidades esenciales para preservar la vida, como aquellas que guardan relación con el desarrollo y aprendizaje humano."

d) El abordaje interdisciplinario de la atención del niño y su familia implica compartir información, objetivos y decisiones.

El apoyo y seguimiento del desarrollo del niño involucra la evaluación periódica del mismo y la orientación a actividades que lo estimulen, así como el tratamiento de las patologías asociadas.

En este sentido, las distintas disciplinas que conforman el equipo llevan a cabo diferentes acciones. Desde nuestra investigación, nos centraremos en aquellas que realiza el área de Terapia Ocupacional:

En el marco del Plan Integral del Desarrollo Infantil, el terapeuta ocupacional evalúa, previene y trata todos los problemas relacionados con la adquisición y calidad del desarrollo psicomotor, la maduración perceptual y cognitiva y los ajustes psicosociales necesarios para el adecuado desarrollo del niño.

Entre sus actividades, realiza la detección temprana de las dificultades del desarrollo infantil, mediante la aplicación de tests de pesquisa, la entrevista a las familias y la observación clínica del niño y la relación madre-hijo.

Además, participa en las actividades de promoción del desarrollo infantil, y de asistencia específica de las problemáticas detectadas, llevadas a cabo por el equipo del CAPS. Estas acciones son las siguientes:

- **Atenciones individuales y/o grupales:** en función de la edad, características y necesidades del niño, de la familia, del propio equipo de salud y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad.
- **Visita domiciliaria:** Esta actividad debe ser acordada con la familia y el objetivo debe ser en parte diagnóstico y en parte terapéutico, ya que además de permitir obtener información se pueden realizar acciones preventivas en el ámbito donde se desarrolla el niño, conociendo los elementos del entorno y la dinámica familiar.
- **Taller de intervención Grupal de Apoyo a la Crianza:** Taller dirigido a las madres, padres y o cuidadores del niño que se le haya diagnosticado problemas en su desarrollo.
- **Registro:** Se incorporara a la Historia Clínica del niño una hoja sobre Desarrollo Infantil donde consten las intervenciones realizadas
- **Actividades de Promoción del Desarrollo infantil y Educación para la Salud del Equipo de Salud Mental Infantil a realizar en el Caps y en la Comunidad**
- **Cartillas de Desarrollo Infantil (0 a 2 años):** Dicho instrumento, destinado a las familias, fue diseñado por el área de Terapia Ocupacional. Incluye conductas preventivas mediante información gráfica de los indicadores de

las áreas del desarrollo, en las diferentes etapas. Intenta desarrollar la capacidad de observación de conductas, destacando puntualmente qué cuestiones observar. Otro aspecto incluido es el modo de generar respuestas que se adecuen a las demandas del niño. Por último se incluyen los signos de alarma precoces que conlleven a una consulta temprana..

- **Taller de Autocuidado, Estimulación y Pautas de Crianza:** Son actividades sistemáticas para familias con niños de 0 a 5 años, orientadas a fortalecer las competencias parentales y el desarrollo de conductas de autocuidado y promoción del desarrollo infantil integral. Utiliza metodologías participativas y dinámicas grupales .El taller se puede realizar en forma sistemática en los CAPS y en forma programada en las diferentes instituciones Comunitarias.
- **Taller de Intervención Grupal de Apoyo a la Crianza:** Se trata de una actividad grupal programada para las madres, padres y cuidadores que necesiten orientación acerca de la crianza de los niños con problemas en su desarrollo. Su fin es promover cambios, fomentar desarrollo de habilidades parentales, reflexionar acerca de las normas de crianza, cuidado y protección, apego y vinculación según la edad del niño. El taller se realiza en forma sistemática en los CAPS.
- **Taller de Apoyo a la Madre / Taller de Acompañamiento a la Embarazada.**

- **Talleres de temas específicos**, por ejemplo: “El juego del niño y sus etapas”; “Los límites en el niño”; “Desarrollo del lenguaje y su estimulación, los derechos del niño”.

Para obtener la mencionada información con respecto al PIDI, se ha recurrido al Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud municipal, de quien depende el área de Terapia Ocupacional. Además se nos ha facilitado un archivo borrador del Manual de Procedimientos del PIDI, diseñado por la Secretaría de Salud en el año 2009.

Características del Área Programática y CAPS “El Martillo”

El Partido de General Pueyrredón cuenta con una amplia red de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Se trata de establecimientos a través de los cuales se ofrece asistencia sanitaria esencial a la comunidad. El servicio de salud pública allí brindado se centra en las necesidades de la comunidad, presentando programas específicos para niños, adultos y adultos mayores.

En el barrio El Martillo, ubicado en el sudeste de la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, específicamente en la calle Génova 6657, funciona uno de dichos CAPS. En el presente capítulo se detallan características del mismo y se describe al Área Programática por el abarcado. Dicha información fue obtenida de una entrevista realizada a la licenciada en Trabajo Social Adriana Inchaurredo, y del informe “Diagnóstico de Situación de Salud. Desarrollo Infantil 2011-2012. CAPS El Martillo”, realizado por la licenciada en Terapia Ocupacional Ana Marcela Ferrarotti (2012).

El CAPS abarca un área programática integrada por los siguientes barrios:

- Gral. Pueyrredón.
- Lomas de Peralta Ramos.
- SOIP.
- Florencio Sánchez.
- Fortunato de la Plaza.
- El Martillo.

ÁREA PROGRAMÁTICA EL MARTILLO

EL MARTILLO

Límites del Área: Tripulantes del Fournier / Rep. de Cuba / Fortunato de la Plaza / Polonia / S. Tohel / Camino viejo a Miramar / continuación de Schoenstatt (427) / Dr. Norberto Centeno (A. Argentina) / Cac. Chuyantuy / 10 de Febrero / Marique C. / Dellepiane / Juan B. Justo / Jacinto Peralta Ramos

Centro de Atención Primaria de Salud:

Referencia por colores

- CAPS rojo ■
- CIC amarillo ■
- CDI verde ■
- Instituciones educativas celeste ■
- Sociedades de Fomento rosa ■
- Comedores infantiles naranja ■



Los límites de dicho área son las calles: Tripulantes del Fournier- Rep. De Cuba- Fortunato de la Plaza- Polonia- S. Tohel- Camino viejo a Miramar - continuación de Schoenstatt (427)- Dr. Norberto Centeno (A. Argentina)- Cac. Chuyantuy- 10 de Febrero- Marique C.- Dellepiane- Juan B. Justo- Jacinto Peralta Ramos. (Ver mapa en el anexo).

Se trata de zonas urbanas, con excepción de las áreas rurales del Barrio Lomas de Peralta Ramos, y los asentamientos correspondientes a cada barrio.

Para describir los datos demográficos correspondientes al área, se tienen en cuenta los resultados del censo de 2001, ya que el realizado en 2010 arroja información sobre el total del Partido de Gral. Pueyrredón, sin discriminación por áreas.

En el 2001, la población total del área programática era de 26769 personas, 51.7% de los cuales eran niños de 0 a 14 años.

Como fenómeno migratorio importante, y posterior al censo, se puede mencionar la erradicación de la Villa de Paso y el otorgamiento de viviendas a sus ex habitantes, ubicadas en el barrio El Martillo (Génova, Friuli, ex camino a Miramar y William Morris). Este se llevó a cabo gracias al Plan Dignidad, a partir del 2009.

La situación de las viviendas y los servicios de saneamiento con los que cuenta el área programática son diversos, dependiendo de cada barrio:

En los barrios Antártida Argentina y Las Canteras algunas familias cuentan con agua corriente, pero en otros casos se comparte una canilla pública para acceder a este bien. Por otra parte, no se cuenta con servicio público de cloacas.

Rodeando a esta zona, se encuentran algunos asentamientos carentes de cloacas y agua corriente. En ellos, las viviendas son construidas con madera, chapa, y tienen piso de tierra.

Con respecto al Barrio General Pueyrredón, su población cuenta con todos los servicios y las casas, en general, son de material. Por otra parte, la zona del arroyo las Chacras es un área inundable, donde hay una pequeña villa sin servicios.

Situándonos en la cercanía al barrio Antártida Argentina, se encuentra el complejo habitacional SOIP. El mismo cuenta con todos los servicios de saneamiento y viviendas de material.

Luego se puede encontrar el mencionado complejo habitacional construido a partir del "Plan Dignidad", y las viviendas habitadas por los integrantes de la organización "Familias sin Techo", que también cuentan con los servicios de saneamiento.

Asimismo, en el Barrio Florencio Sánchez las casas son de material, cuenta con chalets y complejos departamentales.

Con respecto a la estructura familiar de la población, los grupos son en su mayoría monoparentales. Además hay familias ensambladas. Por lo general se trata de familias numerosas, con cuatro hijos o más.

Un dato a destacar es que en los últimos años se han incrementado las medidas de abrigo aplicadas a los niños residentes en el área programática, debido a diferentes problemáticas que se presentan en dicha población como por ejemplo, violencia de género, adicciones y abandono. Estas situaciones, al constituir factores de riesgo que amenazan la seguridad infantil, promueven la articulación del CAPS con los tribunales y centros protección de los derechos del niño.

En cuanto a su nivel educativo, a la fecha, y de acuerdo lo refiere la Lic. Inchaurredo, la mayoría de las madres que realizan consultas en el centro poseen primaria completa y en menor medida educación secundaria.

Por otra parte, la población cuenta con acceso a los medios de comunicación como celulares y televisores. Mediante las líneas de colectivos 552 y 591 la población de todos los barrios puede acceder a la sala.

En lo referente a la ocupación, la mayor parte de las familias que concurren al CAPS cuenta con planes sociales o subsidios por discapacidad, encontrándose bajo la línea de pobreza. En otras familias, el jefe de hogar tiene un oficio, como mecánico, herrero, carpintero, o trabajador de la industria pesquera.

En el área programática El Martillo se cuenta con las siguientes instituciones

Escuelas provinciales:

- Escuela N° 45
- Escuela N°68
- Escuela N°1
- Escuela N°37
- Escuela N° 27

Además:

- Escuela privada Borges
- Escuela especial 510

Jardines de Infantes:

- Jardín N°9 41
- Jardín Fragata libertad
- Jardín DO-RE-MI

Casa del Niño:

- “Paula Albarracín”, ubicado en Rosales 6392.

Comedores Infantiles:

- “Casa del Niño Dora Pagano”, ubicado en Magnasco 2536.

- “Juntos por la Sonrisa de un niño”, ubicado en Polonia 3724.

Sociedades de Fomento:

- El Martillo (Nápoles 6825).
- Gral. Pueyrredón (De los inmigrantes 2545).
- J. Peralta Ramos (Mariano Rosas 6335).
- Florencio Sánchez (Dellepiane 2431)

En ellas se llevan a cabo diversas actividades, por ejemplo talleres de informática, arte y clases de gimnasia.

Capillas:

- Nuestra Sra. de los Dolores
- Nuestra Sra. del Milagros.
- Jesús Redentor.

Otras instituciones:

- C.I.C. (Centro Integrador Comunitario), ubicado en Calabria y Coronel Vidal. Dentro de este centro funciona el SEDRONAR, que cuenta con una huerta donde se trabaja con personas en situación de adicción. Además se abordan con diferentes estrategias temáticas referentes a la salud.

- C.D.I. (Centro de Desarrollo Infantil), ubicado en Camusso 1152
- Centro recreativo municipal “Bichito de Luz”

Los movimientos y agrupaciones presentes hoy en el área programática, y con una gran fuerza política, son: Teresa Rodríguez, CTA, Madres y Padres en Lucha, Polo Obrero, Sin Techo y Manzaneras.

Aparte del CAPS El Martillo, el área programática cuenta con otros dos centros de salud: Santa Rita y Antártida Argentina. Su apertura favoreció una redistribución de la población que accede a los servicios de salud; sin embargo, al mismo tiempo el número de pacientes se incrementó con nuevas familias, aquellas que recibieron viviendas del Plan Dignidad, constituyendo un área densamente poblada.

El CAPS El Martillo cuenta con los siguientes servicios de salud: Enfermería, Pediatría, Clínica Médica, Odontología de niños y de adultos, Psiquiatría, Psicopedagogía, Obstetricia, Psicología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Cardiología, Ginecología y Servicio Social. La mayor demanda se presenta en el área de Pediatría.

Además de la atención en forma individual y específica, la intervención interdisciplinaria se lleva a cabo mediante programas para enfrentar las problemáticas en salud de niños, embarazadas u otros grupos. Ejemplo de ellos son medidas anticonceptivas, talleres para embarazadas, talleres de lactancia, charlas de ingreso de recién nacidos, etc.

La población de niños que concurre al CAPS por año es de aproximadamente de 500 y la de recién nacidos de 200 (tomando como referencia los controles pediátricos).

Dichos controles se realizan mensualmente durante los primeros 6 meses. Luego, hasta que el niño cumple 1 año y medio, son trimestrales. A partir de dicha edad se realizan cada 6 meses, hasta los dos años, en que la frecuencia pasa a ser anual.

En cuanto a los datos epidemiológicos, actualmente los tipos de problemas de salud prioritarios son los dermatológicos y bronquiales. Estos se presentan tanto en niños como en adultos, debidos principalmente a las condiciones precarias en las que vive la mayor parte de la población. En los niños también se presentan accidentes con traumatismos y casos de quemaduras. Además es frecuente la hipertensión y diabetes en adultos.

En cuanto a la situación nutricional, en el CAPS no se presentan casos de desnutrición. Sin embargo, a él concurren niños con bajo peso, ante lo cual se trabaja en articulación con la ONG CONIN, implementando planes de alimentación.

Finalmente, y en lo que refiere a la respuesta de las familias al servicio de salud, éstas por lo general presentan baja adherencia a los controles y/o tratamientos. Comúnmente concurren al CAPS cuando hay presencia de alguna enfermedad.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Problema:

¿Cómo se presentan las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo en niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundaria orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil?

Objetivo general:

- ✓ Analizar las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo de los niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundaria orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar las prácticas de crianza referidas por los padres o cuidadores en relación a la alimentación, el sueño y el tiempo libre.
- ✓ Describir el desarrollo del lenguaje y la capacidad de resolución de problemas viso motores que presentan dichos niños.

Variables a analizar

1. Prácticas de crianza

Definición conceptual:

Conjunto de comportamientos intencionados, llevados a cabo por los adultos dadores de cuidados hacia los niños, basados en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas, que orientan el desarrollo de los niños en sus diferentes dimensiones y otorgan un conjunto de valores y normas que servirán para su incorporación al grupo social (Aguirre, 2010; Carballo Vargas, 2006; Izzedin Bouquet y Pachajoa Londoño 2009).

Definición operacional:

Entrevista diseñada a propósito de esta investigación, donde se pregunta al padre/ madre o tutor del niño acerca de las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación, sueño y tiempo libre, imperantes en su familia.

2. Desarrollo cognitivo

Definición conceptual:

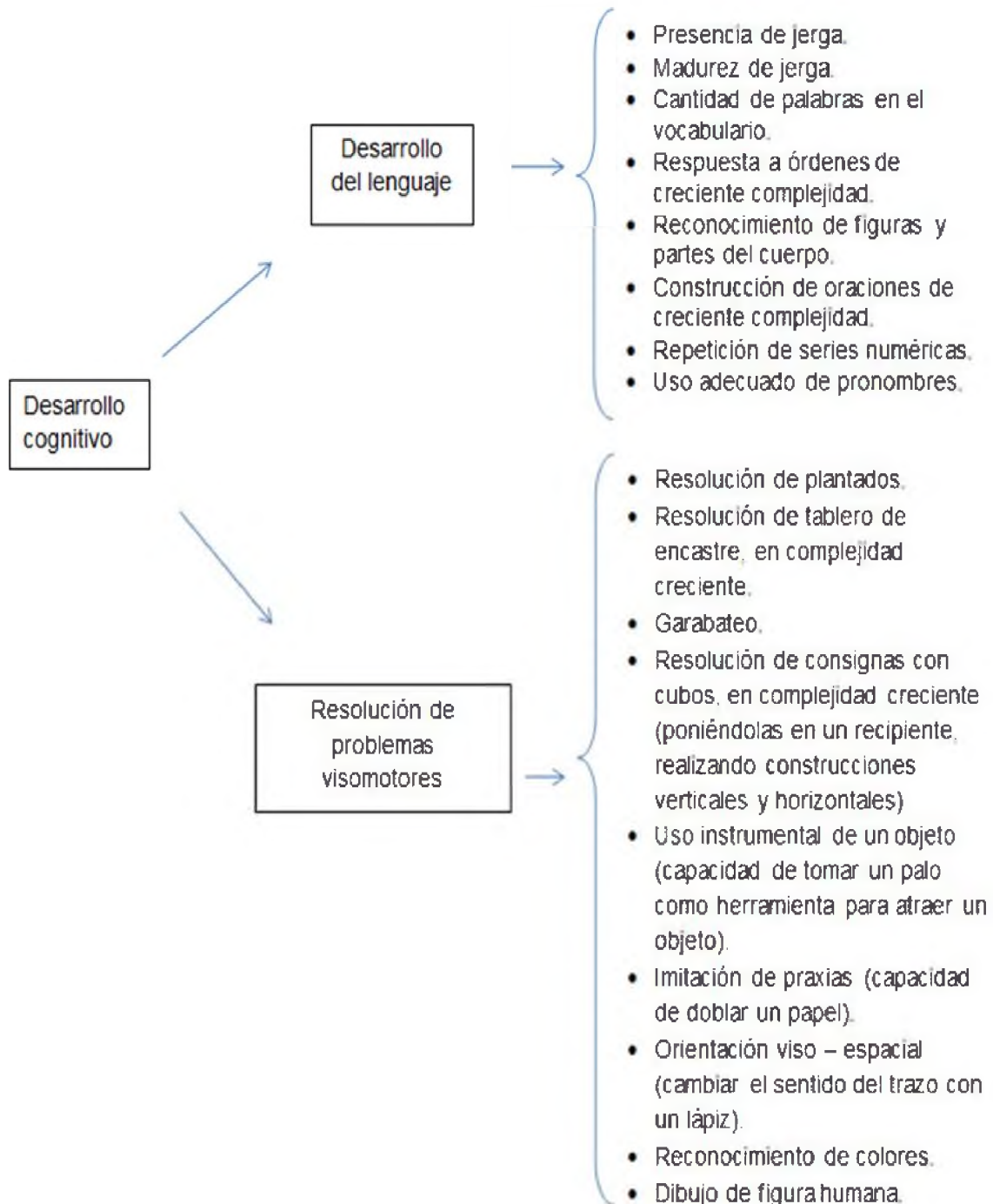
Proceso de construcción de la inteligencia, por medio del cual el niño conquista un conjunto de habilidades relacionadas con la adquisición, retención y uso del conocimiento. En este proceso se adquieren aquellas destrezas intelectuales que demuestran los individuos al hacer algo, basadas en

competencias básicas relativas a la atención, percepción o memoria, y en competencias complejas, como el razonamiento, la producción y la comprensión del lenguaje o la resolución de problemas (Delmonte et al., 2002; Lacunza, 2008; Polonio López, 2008; Mendieta Pineda, 2017).

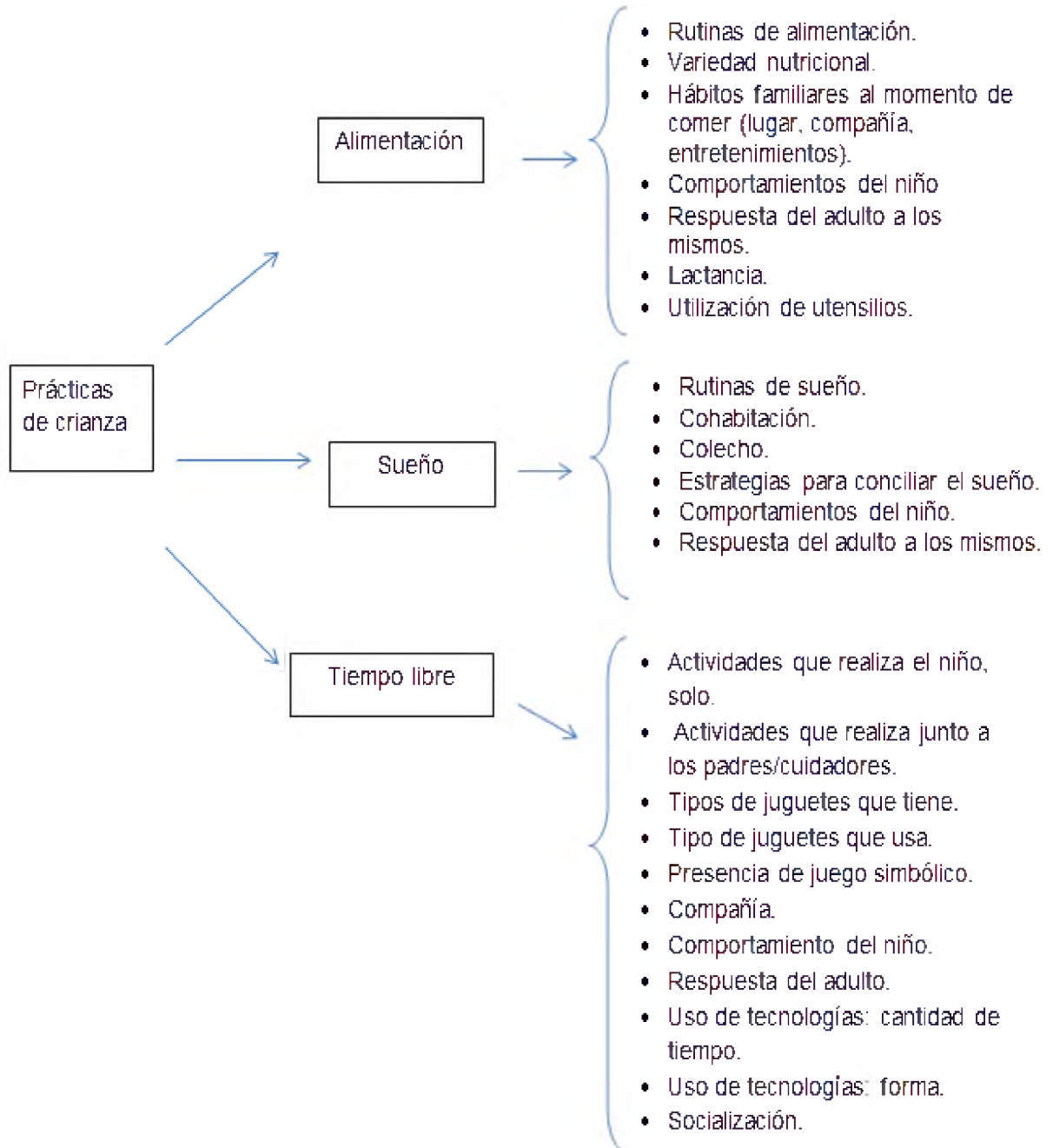
Definición operacional:

Test CAT/CLAMS. Se trata de un test de pesquisa que evalúa, por separado, la capacidad de resolución de problemas visomotores y el desarrollo del lenguaje. La evaluación se realiza, en algunos ítems, mediante la observación directa del niño durante la resolución de una consigna, y en otros, por referencia de los padres. Se puede aplicar a niños desde su nacimiento hasta los 3 años de edad.

Esquema de dimensiones e indicadores de Desarrollo Cognitivo



Esquema de categorías de Prácticas de Crianza



Tipo de estudio:

Exploratorio - Descriptivo

Se trata de un estudio **exploratorio** ya que es una exploración del comportamiento de variables en una población (Sampieri, 2010). Es decir, si bien existen análisis acerca de la temática a nivel internacional, el tema sigue siendo novedoso a nivel nacional y local.

Siguiendo con Sampieri (2010) un estudio **descriptivo** busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. En este caso se plantea describir el desarrollo cognitivo y las prácticas de crianza de los niños que concurren al Control de Desarrollo Infantil de los 2 años, brindado por el servicio de Terapia Ocupacional en el CAPS El Martillo. Por otra parte, se describirá la relación entre ambas variables, sin plantearse una correlación estadística, ya que las prácticas de crianza no constituyen una variable cuantitativa.

Tipo de diseño:

No experimental – Transversal.

No experimental, ya que no se manipularán las variables haciéndolas variar de forma intencional.

Transversal, porque se recopilan los datos en un momento único.

Tipo de enfoque:

Cuali-cuantitativo

En base a Sampieri (2006), los enfoques de investigación se diferencian en función de aspectos tales como la naturaleza de los datos, la forma de recolección, las características y la finalidad de su análisis.

En primer lugar, se utilizan técnicas de recolección de datos cuantitativas y cualitativas, que a su vez permiten recabar datos cuantitativos y cualitativos. En este sentido, los datos de tipo cuantitativo son aquellos que surgen de la aplicación del test de desarrollo cognitivo, y los cualitativos son aquellos que surgen del empleo de entrevistas semiestructuradas y observación.

A su vez, en cuanto a la finalidad del análisis de los datos, por un lado se describirán variables asociadas al desarrollo cognitivo (enfoque cuantitativo), y además, se buscará analizar los discursos y comprender a las personas y sus contextos (enfoque cualitativo).

Finalmente, en cuanto a las características del análisis de los datos, específicamente el desarrollo cognitivo (enfoque cuantitativo), se caracteriza por ser sistemático, por estar basado en variables, por utilizar estadística descriptiva y por ser posterior a la recolección de datos; por otro lado, el análisis de las prácticas de crianza (enfoque cualitativo) está basado en personas y sus manifestaciones, este análisis se realiza en simultáneo a la recolección de datos e implica describir e interpretar información.

Universo:

El universo del estudio está conformado por todos los niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundaria orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.

Para la realización del estudio se decide trabajar con la totalidad de casos.

Criterios de inclusión:

- Niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundaria orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo, incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.
- Padre, madre o acompañante de dichos niños.

Criterios de exclusión:

- Niños con discapacidad o patología.
- Padre, madre o acompañante que se niegue a participar.

Unidad de análisis:

- Cada uno de los niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundarias orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo, incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.
- Madre/padre/acompañante de estos niños.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

- El instrumento utilizado para evaluar las prácticas de crianza es una **entrevista semiestructurada** de diseño propio, que se aplica al padre, madre o tutor del niño. La misma indaga acerca de aquellas prácticas relacionadas con la alimentación, el sueño y el tiempo libre. Para su diseño se tomó como referencia al Inventario HOME (Home Observation for Measurement of the Environment), desarrollado por Bradley y Caldwell en 1984, así como a los aportes de la experiencia profesional de nuestras tutoras de tesis. **(Ver entrevista en el anexo)**

- El instrumento utilizado para evaluar el desarrollo cognitivo es el **test de desarrollo cognitivo CAT/CLAMS**, desarrollado por Hoon en el año 1993. El Clinical Adaptive Test / Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale (CAT/CLAMS)

es un test de pesquisa creado para la evaluación del desarrollo cognitivo de niños de entre 1 y 36 meses de edad.

Consiste en una escala de 100 ítems. En cada evaluación se administra un subtest, correspondiente a una supuesta edad de desarrollo. Consta de 2 partes:

CAT: evalúa en forma directa la capacidad de resolución de problemas visomotores.

CLAMS: evalúa el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo a través de preguntas a los padres a los padres y por evaluaciones directas.

Este instrumento brinda cocientes de desarrollo cuantitativos para:

- Desarrollo viso motor (CAT)
- Desarrollo del lenguaje (CLAMS)
- Desarrollo cognitivo (CAT/CLAMS)

Puntajes:

PUNTAJE BASAL: es el nivel de edad de desarrollo en el cual se cumple todos los ítems.

PUNTAJE TOTAL se obtiene sumando al puntaje basal el puntaje de todos los ítems cumplidos más allá del nivel basal.

Cociente de desarrollo:

El cociente de desarrollo responde a la ecuación:

Puntaje total X100
_____ = normalmente mayor a 80.

Edad corregida en meses.

El cociente de desarrollo cognitivo CAT/CLAMS es el promedio entre el cociente de desarrollo CAT y el cociente de desarrollo CLAMS.

El resultado del test ubica al cociente de desarrollo cognitivo del niño en una de las siguientes categorías:

Normal: Mayor a 80 puntos.

Riesgo: Entre 70 y 80 puntos.

Retraso: Menor a 80 puntos.

Las ventajas de este test son:

- Es breve, usualmente puede ser administrado en 15 o 20 minutos.
 - Es fácil de administrar con equipo mínimo. **(Ver hoja de registro de dicho test en el anexo)**
- Además, se realizará **una observación no estructurada**, con el fin de recabar datos visibles y relevantes acerca del desarrollo del niño no contemplados en el test Cat Clams, su actitud frente a la situación de evaluación y la relación del niño con su madre/padre/cuidador.

Presentación, análisis e interpretación de los datos:

Los datos obtenidos de la aplicación del test Cat Clams se analizarán de modo cuantitativo a partir de una matriz de análisis. Las prácticas de crianza serán analizadas de manera cualitativa, mediante la interpretación de la información que surja de las entrevistas semiestructuradas. Por otra parte, el análisis cualitativo se complementará con los datos que surjan de la observación.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Introducción

La presente tesis ha permitido conocer las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo en un grupo de niños de dos años concurrentes al CAPS El Martillo de la ciudad de Mar del Plata. La población de estudio quedó conformada por 16 niños, con sus respectivos acompañantes: once madres, tres madres y padres y dos abuelas.

Dado que la población estaba compuesta por todos los niños que concurren al servicio de Terapia Ocupacional de dicho CAPS, durante enero y febrero del 2019, para su evaluación por medio del test de pesquisa CAT CLAMS de acuerdo a lo pautado por el PIDI, no se requirió realizar convocatoria específica para participar del estudio. Por el contrario, en el momento del turno para la evaluación, se le propuso al adulto la utilización de los datos obtenidos con fines investigativos, así como la realización de una entrevista. Cabe destacar que la totalidad de los adultos estuvieron de acuerdo con la propuesta.

En cuanto a las características familiares del grupo, la mayoría de estos niños, diez en total, formaban parte de una familia nuclear, conviviendo con sus padres y hermanos. En menor cantidad se presentaron familias extensas (cuatro), monoparentales (una), y ensambladas (una).

Por otra parte, haciendo referencia a las personas a cargo del cuidado del niño, en la totalidad de las entrevistas se considera a la madre como la cuidadora. En la mitad de los casos lo es exclusivamente, pudiéndose vislumbrar en estos

relatos una concepción tradicional de los roles materno y paterno: mientras que el padre es el sostén económico familiar, la madre es la encargada del cuidado de los hijos. La siguiente expresión de una madre entrevistada es ejemplo de lo mencionado:

“Normalmente está conmigo que soy la que no trabaja” (Entrevista 4).

Continuando con la cuestión anterior, la otra mitad de los entrevistados refiere que el cuidado del niño es compartido por la madre y otro familiar. Esto se ve principalmente en aquellos casos en que la madre tiene una ocupación fuera del hogar -ya sea estudio o trabajo-, tiempo en el cual el niño queda a cargo de otra persona, mayoritariamente una abuela. Solamente en dos de los casos se considera al padre como cuidador del niño.

Análisis de prácticas de crianza

A continuación se presenta el análisis de las prácticas de crianza relativas a ocio y tiempo libre, alimentación y sueño presentes en la población estudiada. Para indagar acerca de las mismas se diseñó una entrevista del tipo semiestructurada que permitió conocer, a partir del discurso del cuidador, las costumbres, actitudes y creencias familiares en torno a la crianza del niño. Dado que el tiempo para la realización de las entrevista era limitado por la necesidad de ajustarse a los tiempos propios de la dinámica institucional, no se ha profundizado

en cuestiones relativas al contexto sociocultural de la familia, aun entendiendo que dicho contexto interviene en la constitución de las prácticas de crianza.

Con el fin de que el instrumento sea eficaz a los objetivos planteados, hemos realizado una prueba piloto consistente en seis entrevistas, a partir de las cuales se ajustaron algunas de las preguntas.

Para el tratamiento de los datos obtenidos mediante la entrevista se realizó un análisis de contenido de los discursos de los entrevistados, considerando la frecuencia y relevancia de las opiniones.

En su definición de crianza, Aguirre (2010) enuncia que se trata de un proceso compuesto por conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación a los hijos y su desarrollo, teniendo en cuenta factores como la salud, nutrición, el ambiente físico y social y las oportunidades de aprendizaje en el hogar. Sin embargo, en el grupo estudiado se pudo observar la frecuente presencia de otros encargados de la crianza, además de los progenitores. Según las entrevistas realizadas, se trata proceso exclusivamente parental en menos de la mitad de los casos, siete en total. En los restantes se ha considerado además a otros familiares como intervinientes, mayoritariamente los abuelos aunque también se han nombrado a tíos, o padrinos del niño. Cabe observar la consideración de los abuelos como participantes activos en la crianza del niño en los casos en que cuidan del mismo mientras la madre se encuentra trabajando.

Una de las características de la crianza es que en ella entran en juego ciertas pautas culturales y creencias que son compartidas por los miembros del grupo de pertenencia. En este sentido, en la población estudiada el discurso de los padres al mencionar que los niños pasaban tiempo con sus abuelos e incluso intervenían en su crianza, denotaba satisfacción y tranquilidad en la mayoría de los casos, ya que los cuidados que les brindaban y la forma de tratarlos eran similares a las recibidas en el propio hogar.

Sin embargo hubo ciertos casos en que entraban en conflicto las formas de los padres y las de los abuelos, principalmente en relación al uso de la tecnología. Se ejemplifica esta cuestión con la siguiente cita:

“Mi suegro le da el celular, por eso le gusta ir tanto para ahí, porque le permiten todo” (Entrevista 3).

Si bien se observa la tendencia a considerar a la crianza como un proceso compartido (ya sea por ambos progenitores o por estos y otros familiares), no ocurre lo mismo cuando se trata de la toma de decisiones con respecto al niño. Mientras que en siete entrevistas se refirió que son los progenitores los únicos encargados de ello, en seis casos es solamente la madre la que decide. En sus relatos se puede ver una vez más la consideración de la función materna mayormente ligada al cuidado de los niños. El siguiente ejemplo expresa claramente lo anterior:

“Yo decido (madre), porque estoy todo el tiempo yo. Somos yo o el papá, pero más yo. Por ahí el padre dice “blanco” y yo veo que no, que es “negro” para mí, entonces le digo y hace “negro”” (Entrevista 12).

Continuando con la cuestión relativa a la toma de decisiones, en una minoría de casos son los abuelos u otros familiares cercanos quienes también deciden, además de los progenitores.

A continuación se describe el análisis propio de cada área de desempeño estudiada:

Ocio y tiempo libre

Con respecto al tiempo libre, se destaca que esta área de desempeño es la predominante en niños de dos años. Como consecuencia de ello, al solicitar la descripción de un día en la vida del niño, respuestas del tipo “está todo el día jugando” eran las más frecuentes. Sin embargo es preciso caracterizar ese juego, teniendo en cuenta que representa la oportunidad para vivir experiencias favorecedoras y enriquecedoras del desarrollo en sus múltiples dimensiones. En este sentido, las prácticas de crianza beneficiosas para el desarrollo suponen la presencia de un ambiente rico en estímulos, tanto desde el punto de vista físico como social; la variedad y tipo de juegos y juguetes, la presencia y calidad de tiempo compartido entre el niño y sus cuidadores, entre otras prácticas de crianza revelan cuán estimulante es el entorno donde el niño está inmerso.

En consonancia con lo anterior, la gran mayoría de los entrevistados refirió la presencia de cantidad y variedad de juegos y juguetes, utilizando expresiones como “Está bañada en juguetes” (Entrevista 5) o “Tiene de todo” (Entrevista 14). Sin embargo, al enumerarlos, los mencionados con más frecuencia fueron pelotas, autos y muñecas. Se ha observado ausencia de material lúdico que propicie desafíos de tipo didáctico o constructivo, los cuales serían muy importantes para el desarrollo cognitivo. Específicamente, dentro del grupo estudiado, solo cinco entrevistados han mencionado la presencia de dicho tipo de juegos o juguetes.

Esto también se observó en algunos casos al aplicar el test Cat Clams, ya que al ver el material que era ofrecido al niño para su realización, a los adultos les llamaba la atención y referían la ausencia de ese tipo de juegos en sus hogares, y la idea de incorporar alguno.

Además, se indagó acerca de la posibilidad de intervenir en el ambiente cotidiano, utilizando objetos que, si bien no son juguetes, propician en el niño la exploración, la imaginación, la construcción y diferentes posibilidades de actividad lúdica. En relación a ello, la totalidad de los niños tenían acceso a este tipo de objetos (teniendo en cuenta que no representen una amenaza a su seguridad). Principalmente los niños de este grupo utilizaban artículos de cocina, aunque también se han nombrado herramientas de trabajo y plantas. Sin embargo a seis de los niños no les llamaba la atención el juego con objetos cotidianos, por lo que no solían usarlos.

Por otra parte, se profundizó en la forma en que el niño juega, con el fin de deducir cuán observadores son los adultos de ello y conocer cuál es el tipo de juego predominante. En relación a ello, se evidencia que la mayoría de los adultos -trece de los entrevistados- observa el juego infantil y conoce sus características, pudiendo relatarlas con precisión. Se ejemplifica con la siguiente cita:

“Ahora está con el tema de los autos, los acomoda, los guarda, los vuelve a sacar, y hace todos los ruidos, hace brum-brum” (Entrevista 8).

Continuando con lo anterior, el resto de los entrevistados no supo caracterizar el juego del niño evidenciando poca observación e intervención en sus momentos lúdicos. Se ejemplifica con uno de los relatos, en que una madre refería que su hija jugaba principalmente con unas figuritas de cartón:

“Entrevistador: - ¿Qué hace E. con las figuritas?

Madre: - No sé, se las lleva y juega” (Entrevista 5).

Con respecto al tipo de juego, teniendo en cuenta la clasificación de Susan Knox (1968), fueron seis los casos en que se observa una actividad lúdica acorde a la edad, es decir, con la presencia de juego motor que incluye movimientos complejos de todo el cuerpo, juego constructivo con el interés centrado en el proceso y comienzos del juego simbólico. Se ejemplifica con el siguiente fragmento:

“Madre: - Le gusta pintar mucho, dibuja, tiene muñecas...

Papá: - Le gusta jugar afuera, con las plantas.

Mamá: - Si... más o menos usa todo, un día usa una muñeca, la pasea en carrito, al otro día esta con los autitos. Juega con todo” (Entrevista 6).

Detallando lo anterior, y teniendo en cuenta los trece casos en que se pudo recabar información, todos los niños presentaron un juego motor acorde (juegan a la pelota, saltan, tiran objetos, los arrastran, se trepan). Sin embargo, no sucede lo mismo con el simbólico y el constructivo: con respecto al primero, se hizo referencia a su presencia solo en seis casos. Esto se observa principalmente en las niñas que juegan con sus muñecas, representando el rol materno en momentos de sueño y/o alimentación. Se ejemplifica con la siguiente cita:

“Las agarra (a las muñecas) y se pone en la escalera, y hace como que les hace un cafecito, un tecito, le da la mamadera al bebe” (Entrevista 9).

Por otra parte, con respecto a los juegos constructivos, se observa su presencia en ocho de los casos. En relación a esta cuestión, previamente se mencionó la escasez de juegos y juguetes que lo propicien. De todos modos, se observa que algunos de los niños utilizan los objetos que tienen a disposición para ello, por ejemplo realizando torres con envases de plástico, garabateando, etc.

Otro de los aspectos que hacen a la riqueza ambiental es el tiempo de juego compartido entre el cuidador y el niño. En este sentido, se debe recordar que los adultos son los primeros compañeros de juego de sus hijos, y con su intervención pueden propiciar espacios o experiencias lúdicas, enriqueciendo de esta forma el desarrollo del niño. En el caso de este estudio, gran parte de los entrevistados refirieron jugar con el niño; aunque hubo variantes en la descripción de ese juego,

un rasgo común a la mayoría de ellos fue que los adultos se acoplaban a la actividad del niño con escasa ideación de propuestas. Por otro lado hay variedad de casos en cuanto al tiempo dedicado al juego, presentándose quienes refieren hacerlo por algunos momentos durante el día y quienes dicen dedicarle mucho tiempo a ello; cabe destacar que este último caso fue el más frecuente en la población estudiada.

Por otro lado, cuatro de los entrevistados no solían jugar con el niño. En uno de estos casos se hizo referencia a la falta de tiempo por motivos laborales, mientras que los otros entrevistados se mostraron dubitativos, no pudiendo dar una causa concreta del por qué no lo hacían. Se puede observar que existe una coincidencia entre estos casos y aquellos que no pudieron describir la forma en que el niño juega.

Por otra parte, cabe destacar que según Recart y Mathiesen (2011) la variedad y tipo de juegos y juguetes y la intervención del adulto en el juego infantil –cuestiones anteriormente descritas- son prácticas de crianza que hacen a la calidad educativa del ambiente familiar y son esenciales para el desarrollo de habilidades cognitivas, especialmente en el periodo preescolar.

Otras prácticas asociadas a las anteriores son el relato de cuentos, el cantar canciones y los paseos. Con respecto a la primera, la mayoría de los entrevistados (diez en total) refiere no relatar cuentos, ya sea por falta de tiempo, porque al niño no le atrae dicha actividad o porque no se les ha ocurrido. Se aclara que se tomó en cuenta no solo el contar cuentos cortos sino también el hecho de utilizar un

libro o revista como disparador para nombrar personajes, describir acciones, etc. A continuación, se mencionan dos de las respuestas:

“M. (la hermana) tiene un montón de cuentitos, entonces capaz que se queda... Ella mucho no te escucha. Pero capaz si estamos en la cama los cuatro les contamos un cuento, y después se va cada una a su cama” (Entrevista 9).

“No, vos sabes que cuentos no... Pasa que por ahí como que todavía no entiende... bah no se si no entiende, nunca le conté” (Entrevista 12).

En cuanto a la práctica referida a los cantos, en doce de las entrevistas se ha obtenido como respuesta que los cuidadores suelen cantar a los niños; sin embargo, al indagar acerca de esta cuestión se observa que, en la mayoría los casos, lo que en realidad se hace es reproducir música a través de plataformas como You Tube. Esto demuestra que dicha actividad, que era compartida entre padres e hijos, en el grupo estudiado es frecuentemente reemplazada por recursos digitales y que los padres no ponen en consideración este hecho. A continuación, se ejemplifica este tipo de respuestas:

“Entrevistador: - ¿Canciones le cantas?

Madre: - Si, le ponemos la computadora y le encanta. Pero le encanta escuchar no bajito, sino que le subas de volumen. Las canciones infantiles se las sabe todas, los movimientos y todo” (Entrevista 1).

Se observa que a través de medios tecnológicos, los niños escuchan todo tipo de canciones, tanto infantiles como para adultos, mientras que al ser los adultos quienes utilizan su voz, se tienden a cantar canciones infantiles.

Por otro lado, una de las prácticas que pueden proveer una diversidad de experiencias enriquecedoras para el desarrollo infantil son los paseos, el conocer e interactuar en sitios distintos al propio hogar. En la población estudiada, la mayoría de los entrevistados respondió que suelen salir los fines de semana, tratándose preponderantemente de paseos familiares a la plaza, la playa, el centro o visitas a familiares o amigos. Se destacan dos entrevistas por relatar salidas frecuentes a espacios culturales donde se desarrollan actividades lúdicas y didácticas infantiles (biblioteca municipal y espacio Unzué). Se extrae el relato de una de dichas entrevistadas, como ejemplo de la riqueza que estos sitios pueden tener:

“Los fines de semana vamos a la biblioteca municipal. En la biblioteca municipal está el sector de niños y hay mesitas chiquititas, en donde tienen para escribir, hacer dibujos, un montón de colores, tienen juegos de mesa. Esta la bibliotecaria pero ellos ya saben, tienen todos los materiales a mano y se lo llevan a la mesa, se entretienen mucho. Agarran libros, los vuelven a dejar, tienen el sector de juegos de mesa, después tienen encastres, dados. Él incluso llega y se saca la campera, el otro día fuimos y tenía que retirar yo un libro y no tenía tiempo de quedarme, y él se sacó la campera, se sentó en la mesita y no quería venirse” (Entrevista 1).

Asimismo, tres de los entrevistados mencionan que los niños realizan paseos esporádicamente, mientras que uno de ellos admite que lo hace raramente por motivos laborales. A continuación se ejemplifica con una de estas respuestas:

“Mmm si (salimos de paseo)... a veces salimos con mi sobrina, con mis hermanos. Vamos al centro, a la playa por ahí, cuando yo cobro” (Entrevista 10).

Durante la entrevista, otro aspecto tenido en cuenta fueron las experiencias de contacto entre niños. Si bien a los dos años el juego es predominantemente paralelo, los niños disfrutaban de la compañía de pares. En la población estudiada, la mitad de los entrevistados afirmó que existe contacto con otros niños diariamente o casi todos los días y que son capaces de relacionarse sin inconvenientes, más allá de algún conflicto por la posesión de los juguetes. A continuación se mencionan algunas respuestas:

“Si, juega con los primitos con los que pasa el día (mientras la madre trabaja, la niña está al cuidado de su abuela, que también queda a cargo de otros tres nietos). Lo que le pasa es que siento que ella viene sabiendo un montón de cosas que antes no sabía. Le enseñan cosas y a veces me sorprende a mí, porque capaz si está sola en casa nunca se daría cuenta de hacer... qué se yo... o palabras” (Entrevista 13).

“Juega con el hermano. Igual hay días... se matan, pero se aman. Además tiene las primas que viven debajo de donde vivimos nosotros” (Entrevista 11).

Con respecto a la otra mitad del grupo, la mayor parte de los entrevistados relató que los niños juegan ocasionalmente con pares, ya sea al visitar a familiares o amigos que tienen hijos pequeños o al ir a cumpleaños, plazas o espacios donde hay niños. Fueron excepcionales los casos en que no se mantenía contacto con otros niños, ya sea por no tener ocasión o porque, según lo referido, la timidez del niño dificultaba la relación con pares.

Una cuestión en la que se hizo hincapié en esta tesis fue el uso de tecnología (teléfono celular, computadora o tablet y televisor). En los últimos años, ésta se ha convertido en protagonista en la vida de las familias, atravesando incluso a las prácticas de crianza. El término “niñera digital” hace referencia al uso de la tecnología para entretener al niño, reemplazando al contacto y dedicación del adulto, por lo que su connotación es evidentemente negativa. En el grupo analizado se pudo vislumbrar, en general, dicha connotación, al observar el tono en que los adultos se expresaban al respecto: ya sea con firmeza y cierto orgullo al relatar que los niños no utilizaban tecnología –o lo hacían muy poco- porque preferían jugar; o dubitativos y tratando de brindar alguna explicación cuando contaban que sí la utilizaban en ciertas oportunidades.

Con respecto al teléfono celular, las respuestas fueron parejas: la mitad de los entrevistados refiere que el niño lo utiliza, mientras que la otra mitad responde negativamente, ya sea porque no le atrae o por decisión del cuidador de no dárselo, a pesar de que el niño a veces lo pide. Se mencionan los siguientes relatos al respecto:

“A veces le agarran berrinches por el teléfono del padre, pero le dije (al padre) que no se lo dé, porque le pedía el teléfono y él para que no lllore se lo daba y le ponía las canciones ahí. Pero un día se enojó y se lo tiro, y lo rompió” (Entrevista 1.)

“No le da bola, como no hay juegos ni nada...” (Entrevista 12).

Por otra parte, en cuanto a la computadora y/o tablet, siete niños suelen utilizar dichos dispositivos. En cuanto a su uso, los niños suelen mirar videos (dibujitos animados o canciones) y en menor medida utilizar juegos. Se destacan pocos casos en que los niños utilizan tecnología para ver videos didácticos.

Según la SAP, una hora diaria sería el máximo tiempo que un niño de dos años debería estar frente a la pantalla de un celular, computadora o tablet. Teniendo en cuenta esta recomendación, de acuerdo a la referencia de los entrevistados, la mayoría de los niños hace un uso adecuado de dicha tecnología: solamente en dos casos este es algo mayor a una hora.

Por otra parte, once de los entrevistados afirman que el niño mira televisión. Mayoritariamente lo hacen durante menos de dos horas al día (tiempo máximo estipulado por la SAP como recomendable), registrándose solo dos casos en que el periodo es mayor. La mayoría mira dibujitos animados o utilizan plataformas para escuchar música. Asimismo, dos de ellos refirieron mirar programas para adultos. A continuación incluimos algunos fragmentos de entrevista:

“Tele mira bastante... dibujitos y “los Argento” le pongo yo a la mañana”
(Entrevista 2).

“No lo dejamos ver dibujitos, escucha dos o tres canciones y le sacamos...
bueno para controlar el tiempo... si la dejamos capaz que se queda”
(Entrevista 4).

Con respecto a los niños que no miran televisión, esto se debe a la falta de interés, prefiriendo otro tipo de actividad. Cabe destacar que en la totalidad de los casos en que el niño utiliza algún tipo de tecnología, el cuidador refirió supervisar y estar al tanto del uso que se hace de ella.

A modo de conclusión, se puede afirmar que las prácticas de crianza del grupo estudiado en relación al tiempo libre muestran el interés del cuidador por que el niño juegue. En este sentido, en una sociedad atravesada por la tecnología a edades cada vez más tempranas, se observa en este grupo una preservación del juego en contraposición al uso de tecnologías y televisor. Los relatos de los progenitores han mostrado diferencias en cuanto a la descripción de los juegos, pero se observó que aquellos que describían una variabilidad en las situaciones lúdicas, también referían un uso de tecnología nulo o muy escaso.

Por otro lado, teniendo en cuenta las prácticas que hacen a la calidad educativa del ambiente familiar, se observa cierta ausencia de las mismas. Al respecto, el discurso de los entrevistados demuestra que los cuidadores son mayoritariamente testigos y acompañantes de la actividad lúdica del niño -en tanto observan y participan en el juego-, y no propiciadores de la misma; esto se afirma debido a que sus prácticas no reflejan el abanico de recursos lúdicos que existen

para beneficiar el desarrollo cognitivo (variabilidad de juguetes, en especial constructivos; propiciar juegos creativos; mostrar dibujos e imágenes en cuentos y revistas, relatar cuentos, cantar canciones, etc.).

Alimentación

El momento de la alimentación tiene gran significado en la vida familiar ya que puede representar la ocasión diaria que convoca a todos los miembros del grupo en una actividad conjunta, en la que la familia comparte sus experiencias, sentimientos, anécdotas, etc. La forma que tome este momento y la participación del niño se verán atravesados por las pautas de crianza propias de cada familia, es decir aquellos estilos determinados culturalmente e imperantes en el grupo de pertenencia.

En relación a ello, para la totalidad de la población estudiada la comida representa dicho momento de reunión, compartiendo al menos una comida diaria en familia. Una práctica frecuente es el compartir exclusivamente la cena, ya que en el resto del día alguno de los progenitores, o ambos, se encuentran trabajando. De todos modos, aunque haya ausencia de alguno de los miembros del grupo, la comida es compartida entre quienes sí están presentes en la casa en ese momento (cuidador a cargo, hermanos, u otros familiares).

Al profundizar acerca de la interacción familiar, la totalidad de los entrevistados respondió que las comidas son momentos de diálogo y distensión.

Solamente en una de las entrevistas se hizo referencia a la utilización de ese tiempo con fines laborales.

Por otro lado, durante la entrevista se obtuvo información acerca del consumo de televisión y uso del celular mientras se está comiendo, para conocer si la tecnología podría representar un factor obstaculizador de la interacción familiar. Al respecto, la mayoría de los entrevistados refirió que la televisión estaba encendida en el comedor, preferentemente con programas informativos, pero que no se le prestaba demasiada atención, predominando el diálogo familiar. Por otra parte, con respecto al uso del celular, solo dos padres afirmaron que ellos sí lo utilizaban durante la comida, mientras que ninguno de los niños se distraía debido a dicho objeto.

Retomando las ideas expresadas anteriormente, es preciso tener en cuenta que el momento de la alimentación es de gran importancia por su potencial beneficio para el contacto físico, el intercambio y el aprendizaje infantil, contribuyendo a la formación de comportamientos cognitivos, afectivos y sociales. Por supuesto que otros momentos durante el día también son ocasiones para estos beneficios, pero aquí se destaca el ritual de la alimentación como privilegiado, ya que en la totalidad de la población estudiada representa la oportunidad cotidiana de reunión de todo el grupo familiar. En dicho contexto, la participación del niño dependerá del lugar que el resto de la familia le otorgue (el cual se relaciona con la representación social de la infancia que ésta posea), así

como también de las propias características del niño, cuestiones que interactúan en el proceso de crianza.

En relación a ello, la mayoría de las entrevistas refieren que los niños participan activamente en el momento de la alimentación, mediante la charla, el canto, preguntas, arengas. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Si, hay que aplaudir en la mesa cuando alguien cocina. Es ella como “la barrabrava”. Cuando le sirvo la comida hay que hacer un aplauso porque los otros nenes le enseñaron: “un aplauso para el cocinero”” (Entrevista 3).

“Ella todo graba, no sé de qué hablábamos ayer... si había cargado la tarjeta Sube. (La niña dijo) “¿Sube mamá?” (risas) y todos “nos quedamos” porque todo copia, en todo quiere estar ella también” (Entrevista 12).

Otro de los aspectos que caracterizan la participación del niño en el momento de la alimentación es su permanencia sentado a la mesa. Al ser indagados acerca de esta cuestión, la mayor parte de los entrevistados respondió que los niños sostienen el encuadre de dicho momento sin inconvenientes. Algunos ejemplos de lo expresado son los siguientes:

“Si, él se queda sentado, y a veces cuando termina de comer ve que están comiendo los hermanos, entonces se pone a hablar o a jugar en la mesa pero no se levanta, hasta que no nos levantamos todos” (Entrevista 1).

“Ella se sienta como una persona adulta. Hasta que terminamos de comer, ella se queda sentada ahí y ya cuando terminamos ella dice: ¡listo!; ¡a dormir!” (Entrevista 12).

Sin embargo hubo una minoría de casos en los que se expresó dificultad en el momento de la comida, ya que los niños solían distraerse jugando. Si bien esto no sucede diariamente, sí es frecuente y se presentaron dos situaciones: en algunos casos los niños permanecían por escaso tiempo en la mesa, mientras que en otros directamente no querían acercarse a comer. Para resolver dicha situación, los cuidadores utilizan determinadas estrategias: llamarlos, perseguirlos, retarlos, mientras que otros no toman ninguna medida, y esperan a que el niño vuelva a sentarse.

Otro aspecto estudiado en relación a las prácticas familiares fue la presencia de rutinas, en este caso vinculadas a la alimentación. Al respecto, la mayoría de los entrevistados afirmó tener horarios establecidos para almorzar y cenar, rondantes entre las 12 y las 13.30 horas al mediodía y las 20 y 22.30 por la noche. Esto es sumamente importante ya que las rutinas diarias brindan al niño oportunidad para adquirir y practicar habilidades para participar plenamente en la sociedad. A continuación se ejemplifica con una de las respuestas obtenidas:

“Al mediodía capaz que 12 y media yo ya empiezo a hacer la comida, depende la hora que se levantó M. (la hermana de la niña), pero sino a las 13 a más tardar. Y a la noche yo casi siempre empiezo a hacer la comida temprano; ponele que ya 19:30 empiezo a hacer la comida, como mi marido

se tiene que levantar temprano... como mucho empiezo a las 20. Los sábados capaz que 20:30, 21 (...) Aprendí mucho eso de hacer todo a horario con el tema del jardín, como para organizarme, y ya tengo hecha la rutina” (Entrevista 9).

Por otro lado, los cuidadores que refirieron horarios cambiantes explicaron que lo eran en una de las comidas, por motivos laborales.

Otra de las cuestiones en las que se indagó estuvo relacionada con la capacidad de los niños para llevar a cabo las diferentes tareas involucradas en la alimentación. Según la OPS (2003), hacia los 2 años debería existir independencia en muchas de ellas: utilizar correctamente cuchara y tenedor, sostener y tomar de un vaso, sostener una taza pequeña con la mano.

Tomando en consideración lo anterior, se puede afirmar que la totalidad de los niños de la población estudiada son independientes para comer, con algunas particularidades. Todos ellos utilizan cuchara y tenedor y la mayoría alterna los cubiertos con el uso de las manos. Una minoría ha expresado ciertas dificultades en el uso del tenedor. Con respecto a la forma de beber, todos utilizan vaso y taza, la mayoría de material plástico.

En cuanto al proceso de aprendizaje de las habilidades relacionadas a la alimentación, los entrevistados refieren que este se ha dado en familia. En este sentido, se debe recordar que la independencia completa de un niño es producto de un proceso de aprendizaje que comienza en el nacimiento y en el que el mismo

experimenta sensaciones del propio cuerpo, así como el contacto con olores, sonidos, colores, texturas, ritmos y formas; además, este proceso y la variedad de experiencias dependen del ambiente en el que el niño vive y las características familiares expresadas en las prácticas de crianza.

En el caso de la población estudiada la mayoría de los entrevistados menciona haber tenido una participación activa en la enseñanza, sentándose junto al niño, mostrándole cómo tomar los utensilios, hablándole y alentándolo; algunos de ellos también mencionan la imitación como medio de aprendizaje. Se registraron solo cuatro casos en que el adulto tuvo un rol pasivo y el niño aprendió por medio de la observación e imitación de los adultos y niños mayores. Por otra parte, en algunas de las entrevistas se observa la participación de los abuelos acompañando también este proceso.

Dos respuestas contrapuestas son las siguientes:

“Le fuimos enseñando... con mucha paciencia, se trataba de llevar sola la cuchara a la boca o le íbamos marcando como hacer. Ahora no quiere saber nada con que la ayudes... se trae todo lo de ella y si te metes dice “tola, tola, mamá”, así que no quiere que la sientes encima ni para darle de comer” (Entrevista 12).

“Aprendió solita, viéndonos a nosotros” (Entrevista 16).

Una cuestión que forma parte de las prácticas de crianza e impacta directamente en la salud y el desarrollo infantil es la calidad nutricional que el niño

recibe, en referencia a la cantidad de comidas diarias, la variedad y calidad en la alimentación. Respecto de este tema, según la OPS (2003), entre los 12 y los 23 meses el niño debe incorporarse a la dieta familiar, con una frecuencia de tres a cuatro comidas por día.

En el grupo analizado, la mayoría de los entrevistados afirmó que los niños realizan las cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Dos de ellos plantearon dificultades a la hora del desayuno ya que el niño tiene sueño y no desea comer.

En relación a la variedad nutricional, en la mayoría de las entrevistas se hace referencia a que los niños “comen de todo” o que comen lo mismo que el resto de la familia, con una alimentación equilibrada. Por otra parte, son las madres o abuelas quienes se encargan de las preparaciones, incluyendo diferentes alimentos en la dieta familiar. Un ejemplo de lo anterior es el siguiente:

“Come de todo, fruta, verdura, pescado, pollo, carne, no hay nada que no le guste... lo único que no le gusta es el hígado”. (Entrevista 9)

Por otro lado, en pocas entrevistas se refirió alguna situación por la cual la alimentación era restringida en algún aspecto, pero en ningún caso se mencionó que el momento de la comida representara una problemática por la selectividad del niño. Un ejemplo de ello es el siguiente:

“Madre: - Come... si si (expresión dubitativa). Lo que es mas tipo sopa o fideos con algo... pero carnes capaz que le cuesta más comer. No sé por qué, por ahí porque es algo que se come con tenedor...”

Entrevistador: - ¿Vos pensás que es porque le cuesta más trabajo o porque no le guste?

Madre: - Si, yo pienso que es porque le cuesta más trabajo. No sé, la sopa capaz que la come bárbaro, pero una milanesa le cuesta más. Somos mucho de comer tarta de acelga, sopa, o fideos con tuco...” (Entrevista 13).

Para profundizar más en la variedad nutricional del grupo familiar, se indagó acerca de las comidas que se preparan habitualmente en casa. Casi la totalidad de los entrevistados nombró platos elaborados con diferentes tipos de carne, verduras, así como pastas con tuco. Ninguno de ellos incluyó el consumo de legumbres. Por otra parte un rasgo común entre ellos fue el hecho de que la cena es la comida más elaborada del día.

Con respecto al consumo de bebidas, la mitad de las familias entrevistadas suelen acompañar sus comidas con agua, mientras que en algunos casos se toma agua o jugo. La visión negativa hacia el consumo de gaseosas pudo observarse en algunas de las entrevistas. Se ejemplifica con la siguiente cita:

“(Acompañamos las comidas) Con agua, los fines de semana con jugo. En los cumpleaños sí toman gaseosa, pero yo no las dejo tomar gaseosa, a mí no me gusta y tampoco las dejo” (Entrevista 9).

Otra cuestión que impacta en la nutrición es el hecho de comer entre comidas y el tipo de alimento que en ese momento se consume. En el grupo estudiado, la mayoría de los niños come entre comidas, presentándose variaciones en cuanto a la cantidad: si bien lo más frecuente fueron respuestas referentes a una pequeña colación, en algunos casos se comenta que los niños están “todo el día comiendo”. A pesar de ello, la alimentación no se veía afectada durante el almuerzo y la cena. En cuanto a lo que es consumido, las colaciones incluyen frutas, yogures, galletitas o pan. Un ejemplo de ello es el siguiente:

“Madre: - Sí (come entre comidas), pero no mucho, más con el pan...

Padre: - Fruta también.

Madre: Si, fruta también, ponele me pide una banana, sino un pedacito de pan... Pero igual come después él” (Entrevista 8).

Finalmente, una de las cuestiones profundizadas fue el amamantamiento, el cual bien se incluyó en el apartado de alimentación, ha sido un tema que trascendió este área específica de desempeño, teniendo en cuenta que el aspecto nutricional es solo una parte del amamantamiento, en tanto este se encuentra cargado de significación y es muy relevante cuando se trata del contacto y el vínculo entre la madre y el niño.

En nuestro grupo de estudio, la totalidad de los niños han tomado o toman el pecho. De ellos, 12 lo siguen haciendo. En la mayoría de dichos casos, la toma diaria es limitada y se asocia predominantemente al momento de conciliar el

sueño. Por otro lado en pocas entrevistas se ha referido a que el amamantamiento es a libre demanda, incluso durante la noche, ya que el niño se despierta pidiendo el pecho.

A continuación se mencionan algunos casos relevantes, porque en el discurso se puede vislumbrar una interpretación acerca de la práctica de amamantar, considerando necesidad de contacto con la madre como la causa por la que los niños demandan el pecho:

“Como no la ve a la madre durante todo el día... cuando llega lo primero que hace es “manotearla”, pero un rato” (Relato de abuela - Entrevista 7).

“Ella está todo el día conmigo, aparte es dependiente de la teta. Ella toma cada dos por tres, a la hora que quiera, no tiene un horario. Cuando era chiquita sí tenía pero ahora ella lo siente como una forma de ver si yo estoy con ella. Por ahí no me ve, me voy un ratito y ella no me ve, y ya pide teta, como que me busca. (...)

Yo le doy porque todavía tengo leche, se me cargan (los pechos) y hay veces que come otras cosas o que no se acuerda de la teta, entonces cuando ella viene y en algún momento quiere teta, se sirve nomas, como que “es de ella”” (Entrevista 12).

Como conclusión referente al área de desempeño alimentación, se observa en la población estudiada la presencia de prácticas de crianza beneficiosas para el desarrollo:

Por un lado, las familias poseen rutinas organizadas, con horarios fijos para las comidas en la medida de lo posible, y la presencia de todos sus miembros sentados a la mesa. Mayoritariamente se considera al niño como un miembro activo del grupo. En este sentido, los relatos describen cómo los niños se encuentran incorporados a la vida familiar, compartiendo los mismos alimentos, permaneciendo en la mesa, incluyéndose en las charlas cotidianas y estando conectados con el entorno, a partir de lo cual proponen cuestiones como “aplaudir al cocinero” o solicitar que se sirva más comida a algún miembro que ya ha acabado.

Asimismo se puede ver que la comida constituye un momento valioso para estas familias, donde predomina el diálogo y el disfrute por sobre el uso de tecnología, logrando además desligarse de las cuestiones laborales.

Por otra parte se observa la inclusión del niño en la dieta familiar sin inconvenientes y una independencia en el uso de utensilios acorde a la edad. En relación a esta cuestión, las prácticas de crianza del grupo reflejan la importancia que se le otorga a la participación activa de la familia en el proceso de aprendizaje de esta actividad de la vida diaria. Finalmente, se observa la tendencia a tener prácticas saludables en relación a la comida, con presencia de variedad nutricional y elaboración casera de las comidas.

Sueño

La tercera área de desempeño indagada en esta tesis es el sueño, cuestión imprescindible para el equilibrio físico y psíquico del niño.

Anteriormente se mencionó la importancia de las rutinas en la organización de la vida del niño. Con respecto al sueño, estas son esenciales, dado que el ritmo del sueño se constituye a partir de la repetición sistemática del mismo. En este sentido, una de las cuestiones que conforman la rutina es la organización de los horarios de sueño. Al respecto, en el grupo analizado, la mayoría de los entrevistados refiere haber establecido un horario de sueño nocturno que se repite diariamente, durmiéndose entre las 20.30 y las 22 en la noche, y despertándose entre las 6.30 y las 9.30 de la mañana. En unos pocos casos se relató que los niños se duermen diariamente a altas horas de la madrugada o que no presentan una rutina pautada de sueño.

A continuación se menciona uno de los fragmentos de las respuestas brindadas ante esta cuestión:

“A la noche, en un día normal a las 22.30 ya le agarra sueño, le agarra un sueño que ya la vence así que se acuesta y se duerme sola. Y a las 7.30 siempre se despierta” (Entrevista 13).

Por otra parte, se indagó acerca de la calidad del sueño, preguntando si los niños duermen de corrido o suelen despertarse por la noche. Las respuestas obtenidas indican que si bien una mayoría de los niños logra dormir toda la noche

sin interrupción, poco menos de la mitad se despierta por lo menos una vez, ya sea para tomar el pecho o porque lloran y se trasladan a la cama de los padres.

Asimismo, con respecto a la siesta, la mayoría de los entrevistados refiere que los niños duermen durante el día siempre en el mismo horario, el cual varía en cada caso aunque; en su mayor parte, el rango horario es de 14 a 18 hs. y las siestas se extienden entre una y tres horas.

Por otro lado, se consultó acerca de las estrategias familiares para que los niños logren conciliar el sueño; éstas son importantes ya que constituyen prácticas incluidas dentro de los factores ambientales que ayudan a sincronizar el ritmo de sueño. De las respuestas obtenidas, el pecho resultó ser la principal estrategia en este grupo. Otras de las mencionadas fueron las siguientes: apagar luces y televisor, brindar caricias, leer un cuento en la cama o dar un baño al niño. Por otra parte, los niños no suelen necesitar la presencia de peluches u otro objeto similar para conciliar el sueño. Algunos fragmentos que ilustran esta cuestión son los siguientes:

“Se toma una teta de diez minutos y se duerme en mis brazos. Después lo paso a la cuna. He intentado hacerlo dormir de otra manera, pero no, él se duerme en mi pecho” (Entrevista 1).

“Capaz si estamos en la cama los cuatro les contamos un cuento, y después se va cada una a su cama, o se queda dormida en la cama y después la

pasamos. Yo casi siempre lo que hago es darle de tomar la teta, y cuando se duerme la paso a la cuna” (Entrevista 9).

En relación al momento de conciliar el sueño también se profundizó acerca de la predisposición de los niños para acostarse y la dificultad para lograr dormirse; un grupo mayoritario respondió que los niños se acostaban sin inconveniente y se dormían rápidamente, mientras que otros señalaron alguna dificultad al respecto, ya sea la resistencia para ir a acostarse, o el tardar mucho tiempo en dormirse una vez recostados. A continuación se mencionan algunas de las respuestas:

“Generalmente después de comer me agarra la mano, le da beso al padre y a todos y me dice “¿mama vamos?”. La llevo a acostar, le doy la teta y se duerme enseguida” (Entrevista 10).

“A la noche se me escapa, no lo puedo hacer dormir porque te diste vuelta y se fue. Tengo que estar dando vueltas con él y cuando ve que no hay nadie en mi casa dando vueltas va y se acuesta” (Entrevista 15).

Otro de los factores sincronizadores del ritmo de sueño es la presencia de luz y sonido en el ambiente donde el niño duerme. Es por ello importante como práctica de crianza, la ausencia de televisor y otras tecnologías en dicho momento, teniendo en cuenta que además existe una potencial disminución del tiempo de sueño asociada al uso de tecnología. Con respecto a dicha cuestión, ninguno de los entrevistados mencionó la utilización de tablets o celulares en la

cama por parte del niño. Solamente uno de ellos relató que utiliza la computadora poco antes de dormir, y luego señaló la dificultad para conciliar el sueño.

Con respecto a la televisión, la mayoría de los entrevistados refieren no mirarla en el momento de sueño del niño, ya sea por no tener en su habitación o haber optado por apagarla. Se registraron casos en los que la familia acostumbraba a dormir con la televisión encendida y han tenido que modificar dicho hábito porque al niño le costaba conciliar el sueño. Asimismo, en escasas entrevistas se menciona que se suele mirar televisión en la habitación donde duerme el niño, y en la mayoría de ellas es éste quien lo hace. A continuación, dos ejemplos de las diversas de respuestas:

“En la habitación de la hermana y el hermano hay televisión, pero en la habitación de él no hay tele. Y mi marido dice “será porque no tiene en la habitación que no le gusta la tele”” (Entrevista 1).

“Madre: - No le gusta que cuando ella está despierta le apaguemos la tele.

Entrevistador: - ¿Esta toda la noche prendida?

Madre: - Toda la noche no, hasta que ella se duerme y la apagamos.

Entrevistador: - ¿Qué mira?

Madre: - A veces mira dibujitos que dejamos puesto nosotras, porque se enoja cuando le sacamos los dibujitos” (Entrevista 16).

Por último se indagó acerca del lugar donde los niños duermen: la mayoría de ellos comparte habitación con sus progenitores, existiendo además colecho en

cinco casos. Los escasos niños que duermen en habitación propia la comparten con hermanos. Por otro lado, una práctica habitual entre los niños que duermen en cama o cuna propia, es que concilian el sueño en los brazos de la madre y luego ésta los traslada ya dormidos a su cama; esto se debe mayoritariamente a que los niños se duermen mientras toman el pecho.

En estas familias la presencia de colecho o cohabitación como práctica de crianza se produce mayoritariamente por falta de espacio en la casa. Con respecto a ello, en pocos casos se ha relatado la decisión de los progenitores de dormir con él. Los siguientes relatos ejemplifican lo anterior:

“Duerme más conmigo, en mi cama. En la pieza de nosotros tiene su cama, pero a veces digo “ohhh a ver si se cae”, entonces voy y la paso, yo busco la excusa” (Entrevista 3).

“Si, antes tenía una camita. Yo lo había acostumbrado y él se quedaba, en la misma habitación nuestra. Pero ahora estamos en otra casita, y no entra, así que volvió de vuelta a la misma cama” (Entrevista 8).

A modo de conclusión, cabe recordar que las prácticas de crianza constituyen aquellos sincronizadores externos que ayudan a regular el ritmo de sueño infantil. Con respecto a ello, se observa en este grupo la presencia de prácticas beneficiosas, lo cual puede reflejarse en el hecho de que la mayor parte de los niños ha logrado adquirir un ritmo acorde a la vida familiar

En relación a lo anterior, se puede ver un predominio de patrones ordenados de sueño, con horarios fijos establecidos por los padres y afines a las rutinas cotidianas de las familias. Si bien hubo un número de casos en que los niños solían despertarse por la noche, en su mayoría lograban volver a conciliar el sueño rápidamente y los entrevistados no han referido dicha cuestión como problemática.

Por otra parte, las prácticas en torno al momento de conciliar el sueño reflejan la consideración del pecho como una cuestión vincular, en tanto, a través de diferentes expresiones, la gran mayoría de los entrevistados refiriere que el niño necesita para dormirse el contacto piel con piel con la madre.

Por otro lado, si bien representan una minoría de casos, se observa que a los niños a los que les cuesta dormir son coincidentes con aquellos casos en que la televisión se encuentra encendida en la habitación; éstos además suelen despertarse durante la noche.

Por último se ha indagado acerca de los berrinches o rabietas y cómo responden los padres a los mismos. Al respecto, la mayoría de los entrevistados refirió la presencia de berrinches; sin embargo, unos pocos manifestaron esta situación como muy frecuente y en su discurso se podía vislumbrar preocupación.

De acuerdo a las entrevistas, las causas más comunes de los berrinches son: querer algo que el niño no puede tener (un juguete, golosina, dispositivo tecnológico de los padres); querer hacer algo que no le permiten (subirse a las escaleras, ser

alzado cuando salen a caminar); dificultad para resolver una situación; como oposición a una situación que rechaza (no querer sentarse a la mesa o comer determinada comida, ser contradichos); como expresión de malestar físico (presencia de sueño o cansancio). A continuación algunos relatos:

“Cuando no le sale algo... (tiene berrinches) está jugando por ahí con la muñeca y no la puede poner en el carro, se enoja bastante” (Entrevista 6).

“Generalmente tiene (berrinches) pero no son tantos, si tiene mucho sueño sí, es terrible. Por ahí para caminar, que yo le digo “a upa no”, ahí sí me puede hacer un berrinche” (Entrevista 9).

Por otra parte, la forma en que los niños expresan su enojo es mayoritariamente por medio de gritos, llanto, tirándose al piso, retirándose a su habitación. En una sola entrevista se refirieron conductas de tipo agresivo, lo cual preocupaba a la madre.

La mayoría de los progenitores, como estrategia principal para solucionar la situación, deciden no intervenir y dejar que el niño se calme solo. Además se han relatado estrategias verbales, lúdicas, así como también caricias y abrazos. A continuación se citan algunos ejemplos:

“Y, la tratamos de calmar, de decirle que se calme”, responde el padre. La madre continúa: “le decimos que lo haga ella, que ella puede, o que haga otra cosa”. (Entrevista 6, en la que se expresa que la niña se enoja cuando no logra un desafío).

“La dejo, porque no hay forma de calmarla, porque si la alzo, empieza a pegar, se pone dura. Prefiero dejarla y que se calme sola” (Entrevista 11).

“Mi cuñado le hace un juego de desaparecer, viste como de magia, se desapareció y se olvida” (Entrevista 16, ante un berrinche ocasionado porque la niña quiere algo que no puede tener)

Cabe destacar que este punto, la forma de responder a los berrinches, fue el único donde se pudo ver un desacuerdo entre ambos progenitores en algunos de los relatos, coincidiendo en una actitud materna estricta, mientras que el padre se mostraba más complaciente. A continuación se citan ejemplos:

“Yo por lo general le digo que no, cuando algo es no, es no. Él se enoja, llora, se va a la pieza. (...) Y a veces con el papá hace eso, y el papá para no verlo llorar se lo da. Yo le dije que no lo haga... cuando el papá llega él adora ir con el padre afuera, quiere que el padre lo esté mirando. Pero el otro día (el padre) estaba cansado, se iba a bañar, y no podía. Entonces yo le digo “decile que no, porque a veces le tenés que decir que no” (Entrevista 1).

“Madre: - Yo lo dejo llorar o trato de calmarlo... después al rato viene, se le pasa... Después al padre sí le ha hecho berrinches en el kiosco porque no le ha querido comprar “sapitos”, se le enojó, se le tiró al piso.

Entrevistador: - ¿Y qué hace el papá ante esa situación?

Madre: - Nada, le compra el “sapito” (risas)” (Entrevista 14).

Análisis del desarrollo cognitivo

En relación al objetivo de investigación que busco conocer el desarrollo del lenguaje y resolución de problemas viso motores -utilizando el Test CAT-CLAMS- se observó que de una población de 16 niños, 14 obtuvieron un cociente desarrollo cognitivo normal y 2 un cociente de riesgo. Se destaca que la mayoría de los niños cuyo cociente de desarrollo es normal obtuvieron puntajes cercanos al límite inferior de dicha categoría (80 puntos).

A continuación se especifican los resultados mediante una tabla:

Categorías	Cantidad de niños	Porcentaje
Normal	14	87,5
Riesgo	2	12,5
Retraso	0	0
Total	16	100

TABLA 1: Cociente de desarrollo cognitivo de niños de dos años, evaluados por medio del CAT CLAMS, en el CAPS El Martillo durante enero y febrero de 2019

En relación a cada sub test se observa lo siguiente:

- El cociente de desarrollo CAT es normal en 15 de los casos presentándose 1 niño dentro en la categoría de riesgo.
- El cociente de desarrollo CLAMS es normal en 14 de los casos y de riesgo en dos de ellos.

De estos datos se concluye que los niños de la población estudiada presentan un desempeño similar en lo que respecta a la resolución de problemas visomotores y al desarrollo del lenguaje.

A continuación se presentan las tablas con los resultados obtenidos:

Categorías	Cantidad de niños	Porcentaje
Normal	15	93,75
Riesgo	1	6,25
Retraso	0	0
Total	16	100

TABLA 2: Cociente de desarrollo CAT (resolución de problemas visomotores), de niños de 2 años evaluados durante enero y febrero de 2019 en el CAPS El Martillo, durante enero y febrero.

Categorías	Cantidad de niños	Porcentaje
Normal	14	87,5
Riesgo	2	12,5
Retraso	0	0
Total	16	100

TABLA 3: Cociente de desarrollo CLAMS (lenguaje), de niños de 2 años evaluados durante enero y febrero de 2019 en el CAPS El Martillo, durante enero y febrero.

A pesar de contar con un porcentaje alto de unidades de análisis dentro de la normalidad, se observó dificultad para cumplir con los siguientes ítems:

- Intenta doblar el papel (resolución de problemas visomotores).
- Realiza un tren de 4 cubos (resolución de problemas visomotores).
- Vocabulario de 50 palabras (lenguaje).

Por otra parte, en relación al sub test CLAMS se observa un mayor desarrollo del lenguaje receptivo en relación al expresivo.

Finalmente, es importante destacar ciertas observaciones realizadas durante la toma del test relacionadas con las conductas que presentaban los niños en algunos casos, como la dificultad para centrar la atención, las distracciones ante la presencia de un hermano, la insistencia por jugar con diferentes objetos presentes en el consultorio o por retirarse de la evaluación.

CONCLUSIÓN

La presente tesis se ha propuesto conocer cómo son las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo de niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del CAPS El Martillo durante los meses de enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundaria incluidas en el PIDI y orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo, por medio del test CAT CLAMS y una entrevista a sus cuidadores.

De acuerdo con la teoría referente a las prácticas de crianza beneficiosas para el desarrollo integral del niño, se ha podido identificar la presencia de comportamientos acordes en la mayoría de los casos de la población estudiada.

Por medio de la observación de la interacción entre el cuidador y el niño, y a través de los datos obtenidos en la entrevista (anécdotas relatadas, expresiones, comentarios, tonos de voz) se puede percibir la presencia de un clima emocional y afectivo positivo para el niño, con inclusión plena en la vida familiar. En ellos prevalecía el entusiasmo del cuidador por los logros del niño, y respuestas en consonancia con dicho entusiasmo, lo cual es esencial para el desarrollo, ya que retroalimenta el proceso de aprendizaje.

Las prácticas de crianza son la expresión de pautas culturales y creencias en torno a cómo debe ser el proceso de crianza. De acuerdo a las mismas, existe una representación de la infancia, que va a configurar las posibilidades de participación del niño dentro del grupo familiar y la forma de interacción entre éste y el adulto. De acuerdo con las diferentes respuestas brindadas a lo largo de las entrevistas se puede observar la consideración de los niños como miembros activos dentro de la familia. Esto se relató muy gráficamente en la descripción del momento de la

comida, donde en la mayoría de los casos el niño dialogaba con el resto de la familia o generaba propuestas. También pudo observarse en otros fragmentos de las entrevistas, a través de diferentes comentarios y expresiones en relación a los paseos, actividad lúdica, etc.

En cuanto a las necesidades físicas del niño, relacionadas con las áreas de desempeño alimentación y sueño, se observó la presencia de prácticas de crianza saludables. Por un lado, se presenta una organización cuidadosa del ambiente temporal, dada a partir de rutinas que permiten la organización de la vida familiar y la del niño. Con respecto a la alimentación, en la totalidad de los casos se ha relatado la presencia de cuatro comidas diarias, con horarios pautados tanto para su preparación como para el momento de comer.

Asimismo, la mayoría presenta una rutina en la que el momento de la cena es seguido por la conciliación del sueño en compañía del adulto (en especial la madre), por medio de estrategias varias entre las que predomina el amamantamiento. El sueño, que se extiende en promedio unas nueve horas y media, es en algunos casos interrumpido por ciertos despertares que, según lo relatado por los entrevistados, no afectaría la calidad de sueño del niño ni sus progenitores.

Por otro lado, retomando cuestiones relativas a la alimentación, se observan prácticas saludables en cuanto a la dieta familiar a la que el niño se encuentra incorporado. Además, se puede ver una independencia del niño en esta área que es acorde a la edad, y con una participación activa de los cuidadores en la transmisión de las habilidades requeridas para ello, en la mayoría de los casos.

En cuanto a las prácticas de crianza relativas al ocio y tiempo libre, se observa en este grupo que la actividad lúdica es la ocupación preponderante en el niño. Los padres manifiestan su preocupación por que el niño juegue, en vez de mirar televisión o utilizar tecnología. Por otra parte existen mínimas restricciones para explorar el espacio y utilizar de forma lúdica objetos del hogar que no son juguetes, siempre resguardando la seguridad del niño.

Sin embargo se ha registrado cierta ausencia de cuestiones específicas que hacen a la calidad educativa del ambiente familiar; en este sentido, se observa poca variabilidad en cuanto a los juegos y juguetes: por un lado, los niños cuentan con un repertorio de juguetes que es escaso y repetitivo y se presenta la ausencia en el hogar de material que propicie la actividad constructiva, la cual es sumamente estimulante para el desarrollo cognitivo de niños preescolares. Es por ello que el juego constructivo en estos niños es escaso y limitado a los recursos que tienen a disposición.

Por otra parte, en cuanto a la intervención de los cuidadores en la actividad lúdica, se observa que los mismos son observadores del juego y también compañeros, al pasar tiempo jugando con los niños. Sin embargo, en las entrevistas no surgieron relatos, excepto por algunos casos excepcionales, en que los cuidadores generen propuestas y propicien formas nuevas y creativas de juego; se observa, más bien, la tendencia a acoplarse a lo que el niño juega. Asimismo, se evidencia en los adultos escaso conocimiento y creatividad en cuanto a los recursos y posibilidades lúdicas, tanto materiales como referentes a nuevas ideas. En este sentido, el relatar cuentos o cantar canciones podrían ser

actividades que aporten calidad educativa al ambiente familiar, pero en este grupo no solían ser prácticas frecuentes en la mayor parte de los casos.

Si bien lo descrito anteriormente revela una homogeneidad del grupo en cuanto a sus prácticas de crianza, fue posible observar algunos casos excepcionales cuyas entrevistas eran coincidentes en cuanto a la ausencia de prácticas favorables para el desarrollo, preponderantemente en relación a la interacción del niño con los adultos de la familia y su participación dentro de la misma. En estos casos coincidió una muy escasa o nula participación del adulto en los momentos de juego del niño y un discurso escueto a la hora de describirlo. Se presentó además ausencia de relatos de cuentos y escasos paseos. Por otro lado, fueron estos los casos en que el niño aprendió habilidades referidas a la alimentación con la sola imitación del adulto, no habiendo hecho referencia alguna a la compañía activa en dicho proceso.

Con respecto al objetivo de describir el desarrollo cognitivo de esta población, los resultados arrojados por el test CAT CLAMS indican que la mayor parte de los niños presenta un desarrollo acorde a la edad. Sin embargo la mayoría obtuvo un puntaje cercano al límite inferior de la categoría “normal”; por otra parte, se presentaron coeficientes similares en cuanto al desarrollo de habilidades visomotoras (subtest CAT) y del lenguaje (subtest CLAMS). En referencia al último, se pudo apreciar un mayor desarrollo del lenguaje comprensivo con respecto al expresivo.

Se observa, por otro lado, que aquellos niños que presentaban mayor variabilidad lúdica, cuyos cuidadores compartían tiempo de juego con ellos e

intervenían con propuestas y se dedicaban a contarles cuentos y/o cantarles han obtenido puntajes altos en el test Cat Clams (en forma relativa, teniendo en cuenta los resultados más frecuentes de esta población). Sin embargo, hubo casos de niños que no recibían dicha estimulación y su puntaje fue similar, cuestión que demuestra la variabilidad de factores que intervienen en el desarrollo cognitivo. Por otro lado, los niños cuyo puntaje arrojó situación de riesgo estuvieron dentro del grupo minoritario en cuyos discursos se describía una escasa interacción entre los niños y el cuidador.

Hay que destacar que, desde el área de Terapia Ocupacional, es importante tener en cuenta las particularidades de la crianza del niño que ha de ser evaluado. Los resultados numéricos de un test no hablan de la experiencia que hay detrás del éxito o fracaso en una prueba. Es por ello que el conocimiento exhaustivo de las prácticas de crianza permite representar el contexto en el que tiene lugar el desarrollo, de modo de comprender ciertas cuestiones y cuestionar otras.

Como se ha ido detallando a lo largo de la presente tesis, tanto el desarrollo infantil como la crianza son procesos sumamente complejos y susceptibles de ser enriquecidos en sus múltiples aristas. Por otra parte, velar por un desarrollo íntegro no es solo responsabilidad de las familias, sino también de los diferentes actores que intervienen en la vida de la comunidad. En este marco, los terapeutas ocupacionales, en tanto agentes de salud, deben cooperar con las familias en el proceso de crianza y ello solo es posible si previamente se han conocido sus prácticas e identificado aquellas que podrían ser protectoras del desarrollo, así como también las menos favorables y aquellas que podrían representar factores

de riesgo. De esta forma, la intervención del terapeuta ocupacional se orientará a fortalecer los roles materno y paterno, mediante un trabajo que refleje las características de la comunidad.

Por otra parte, toda acción que se realice debe considerar el protagonismo de la comunidad: sus saberes, vivencias y experiencias en torno a las prácticas de crianza no solo han de ser tenidas en cuenta sino también valoradas como herramientas y recursos valiosos, puesto que constituyen lo propio de las familias, en contraposición a lo que podrían ser sugerencias externas de los equipos de salud y de las cuales las familias deben apropiarse.

Teniendo en cuenta los datos surgidos del análisis de la presente tesis, se sugiere la realización de un taller lúdico en el CAPS El Martillo ya que, desde una perspectiva de promoción de la salud, éste podría representar una instancia para que la comunidad ponga en común sus experiencias y vivencias al respecto, al tiempo que comparta tiempo de juego con el niño. En él, los agentes de salud podrían sugerir herramientas que favorezcan el desarrollo cognitivo infantil y que sean afines a las características propias de las familias. Para finalizar, se espera que este estudio ofrezca al terapeuta ocupacional una visión integral de las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo, y en este marco se alienta la realización de futuras investigaciones que profundicen en su relación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A. (2010). Prácticas de crianza y su relación con rasgos resilientes de niños y niñas. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Algañaraz, R. V. y Torres, M. F. Prácticas de crianza utilizadas por los padres/cuidadores para la transmisión de las A.V.D: una mirada desde T.O. (Tesis de grado) Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Alsina, V. y Valente Lozada, L. (2005) Rendimiento en las áreas del desarrollo psicomotor, en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica, valoradas a través de técnicas de screening en Terapia Ocupacional. (Tesis de grado) Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Alva, R. A y Morales, P. K. (2017). Salud pública y medicina preventiva. Manual Moderno.
- Alves, M.S. y Ferraro, A.M (2011) Desarrollo infantil en condiciones de vulnerabilidad social. Resiliencia. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. (Tesis de grado) Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Arcos, E., Muñoz, L. A., Sánchez, X., Vollrath, A., Latorre, C., Bonatti, C. y Jauregui, J. (2011). Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139(6), 739-747.
- Arellano, V. y Celesia, M.S. (2002). La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional de los niños de 3 y 6

meses de edad, que concurren al programa Control del Niño Sano en IREMI de la ciudad de Mar del Plata. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.

- Arellano, V. M., y Vega, M. C. (2005). Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida en el sector público de salud, República Argentina: una experiencia de terapia ocupacional en la promoción del desarrollo de. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (5), 81-95.
- Arellano, V. M., y Vega, M. C. (2009). Intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida en el sector público de salud. República Argentina. Una experiencia de terapia ocupacional en la promoción del desarrollo de los niños. II Parte. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (9), 49-66.
- Arrivillaga, A. y Quevedo, J. (2011). Descripción de la maduración neuropsicológica en niños entre 48 y 78 meses de edad cronológica que se encuentran expuestos a dispositivos tecnológicos. (Tesis de Grado) Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Becce, H. y Di Santo, M.G. (1998) Adquisición de las AVD de cuidado personal en niños pertenecientes a población con NBI. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Bertolotto, A., Fuks, A., y Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36, 362-374.

- Blakemore, S. J., Frith, U. y Marina, J. A. (2007). *Cómo aprende el cerebro: las claves para la educación*. Ariel. Barcelona, España: Ariel.
- Bravo, M. y Grillo, I. (2009). *Valoración de la madurez neuropsicológica desde Terapia Ocupacional, de niños entre 60 y 78 meses de edad cronológica que concurren a preescolar*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona, España: Paidós Ibérica Ediciones.
- Cabrerizo, M. G. y Pieroni, A. D. (2005). *La inteligencia sensorio-motriz en niños de 24 meses de edad, pertenecientes a una población de alto riesgo socio-ambiental, que han presentado una disminución en la curva de peso dentro de los parámetros normales (percentil 10 y 50), comprendida entre los 6 y 9 meses de edad con la incorporación de los primeros alimentos sólidos, quienes luego de este periodo recuperaron normalmente su peso*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Carballo Vargas, S. (2006). *Desarrollo humano y aprendizaje: prácticas de crianza de las madres jefas de hogar*. *Actualidades Investigativas en Educación*, 6(2). Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9210>
- Castillo Salgado, C. (1999). *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil*. EE.UU: OPS.

- Chan, M. (2008). Return to Alma-ata. *The Lancet*, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61372-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61372-0) 372(9642), 865-866.
- Contini, N., Lacunza, B., Coronel, P., y Caballero, V. (2017) La maduración visomotora en niños y adolescentes. *Investigaciones en Psicología* 22(2). 17-24.
- Convertini, G., y Posadas, A. (Octubre de 2006). El sueño en la infancia: su implicancia en el desarrollo. En 34º Congreso Argentino de Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires, Argentina.
- Convertini, G. y Tripodi, M. R. (2007). Hábitos de sueño en menores de 2 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(2), 122-128.
- Cousino, L. y Wilder, H. (1978). La función viso-motora en niños de Santiago de Chile. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 10(3). 363-375.
- Costamagna, Galilea y Rivero. (1999). Estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 a 3 años de edad en situación de pobreza. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Dávila, E. A. (2002). Prácticas de crianza y pobreza. *Diálogos*, 2, 11-25.
- Delmonte, C. y Riccillo, V. (2002). El rol del T.O en prevención primaria en la adquisición del lenguaje de niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- De Rivero, D. A. T. (2003). Alma-Ata 25 años después. *Perspectivas en salud: la revista de la OPS*, 8, 1-6.

- Di Luca N. y Marinangeli N. (2008). Hábitos y juego en niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño Centenario. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Donati, M. y Guaresti, M. (1999). Niños, Familia y Comunidad: un abordaje desde Terapia Ocupacional. En Manghi M., Narvaez, S. y Reyno, P. Terapia Ocupacional Trabajo y Comunidad (p. 41-51). COLTOA Grupo Editor. Argentina.
- Echarri Aranaz, M. (2014). Intervención psicomotriz con niños de 4 años para desarrollar la coordinación visomotriz. (Tesis de grado). Universidad Pública de Navarra. Navarra, España.
- Evans, J. y Myers, R. (1996). Prácticas de crianza: creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran. *Coordinator's Notebook Childrearing*, (15), 1-15.
- Ferrarotti, A.M. Diagnóstico de Situación de Salud. Desarrollo Infantil 2011-2012. CAPS El Martillo. (2012). Curso de Epidemiología dictado por el Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, Argentina.
- Fornetti, S.; Moro, V., Soulé P. (2016). La influencia del uso del andador infantil en el desarrollo psicomotor de lactantes de 6 a 18 meses de edad cronológica. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Gallardo García, R. (2004). Sueño en la infancia. (Presentación). Hospital Infanta Cristina. Madrid. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/cselgreco/sueo-en-la-infancia>

- Garibotti, G., Comar, H., Vasconi, C., Giannini, G., & Pittau, C. (2013). Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la ciudad de Bariloche, Argentina. *Archivos argentinos de pediatría*, 111(5), 384-390.
- González, D. N. y Labandal, L. P. (25 – 27 de septiembre de 2008). La infancia en contextos de vulnerabilidad: la educación como apuesta al futuro. X Congreso nacional II Congreso Internacional “Repensar la niñez en el siglo XXI”. Llevado a cabo en REDUEI, Mendoza, Argentina. Extraído de: <http://www.feeye.uncu.edu.ar/web/X-CN-REDUEI/eje2/Gonzalez.pdf>.
- González, M. P. (2003). Modelos de Psicología Comunitaria para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en las Américas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37(1), 181-188.
- Hernández, F.; San Martín A. (2013). El comportamiento lúdico en niños oncológicos en sus ambientes ocupacionales. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Hernández Sampieri R.; Fernández Collado C.; Baptista Lucio M.P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª Edición. Mc Graw – Hill /Interamericana Editores. México.
- Hopkins, H., & Smith, H. (1998). Spackman & Williard. *Terapia Ocupacional*. 8ª Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Irwin, L. G., Siddiqi, A. y Hertzman, C. (2007). Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador. Informe Final. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Ginebra, Suiza.
- Izzedin Bouquet, R. y Pachajoa Londoño, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit*, 15(2), 109-115.
- Jerusalinsky, D. A. (1997). Células nerviosas, sinapsis y plasticidad. Buenos Aires, Argentina:
 - Ediciones FEPI.
- Kellegrew, D. H. (2000). Constructing daily routines: A qualitative examination of mothers with young children with disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 54,252–259.
- Kroeger, A., & Luna, R. (1987). Atención primaria de salud: principios y métodos. OPS. EE.UU.
- Krynski, L., Ciancaglini, A. y Goldfarb, G. (2017). Bebés, niños, adolescentes y pantallas: ¿ qué hay de nuevo?. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(4), 404-408.
- Lacunza, A. B. (2008). Inteligencia y desnutrición en la infancia. Evaluación de las habilidades cognitivas y sociales en niños de Tucumán en contextos de pobreza. (Tesis doctoral). Universidad de Palermo. Argentina.
- Laporta, L. A. (8 de junio de 2009). Alma Ata. Red argentina de salud. Recuperado de <http://www.rascomra.com.ar/medicinapreventiva/alma-ata.html>.

- Lejarraga, H. (Ed.). (2004). *Desarrollo del niño en contexto*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lejarraga, H., Berardi, C., Ortale, S., Contreras, M. M., Lejarraga, C., & Martínez Cáceres, M. J. (2011). Crecimiento, desarrollo, integración social y prácticas de crianza en niños que viven con sus madres en prisión. *Archivos argentinos de pediatría*, 109(6), 485-491.
- Lejarraga, H., Kelmansky, D. M., & Nunes, F. (2018). Tempo de desarrollo de niños de 0 a 5 años que viven bajo circunstancias ambientales desfavorables. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(2), e210-e215.
- Ley 27.05. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 9 de enero de 2015
- Lipina, S. J. (2008). *Vulnerabilidad social y desarrollo cognitivo: Aportes de la Neurociencia*. 2º ed. Buenos Aires, Argentina: Jorge Baudino Ediciones.
- Lipina, S. J. (12-14 de noviembre de 2012). Implicancias éticas y educativas del estudio neurocientífico de la vulnerabilidad social infantil. En OEA 12º *Encuentro Internacional de Educación Inicial y Preescolar "Primera infancia, socioafectividad y neurociencias desde la preconcepción"*. Monterrey, México.
- López, G. C. H., Palacio, C. R., y Nieto, L. A. R. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *El agora usb*, 7(2), 233-240.

- Marinangeli, N. V y Di Luca, N. B. (2008). Hábitos y Juego en niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño Centenario. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Mendieta Pineda, Z. L. (2017). Efectos adversos en el desarrollo visual y cognitivo en niños menores de 3 años relacionados con el tiempo excesivo de uso de pantallas digitales. (Tesis de grado). Universidad de La Salle. Colombia.
- Ministerio de Salud de la Nación (2001). Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Argentina.
- Ministerio de Salud de Panamá; OPS. (2004). Atención Primaria de la Salud: una revisión de prácticas y tendencias.
- Myers, R. (1993). Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo. OPS. OMS.
- Noguera Brizuela, D., Márquez, J. C., Campos Cavada, I. y Santiago, R. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 76(3), 126-135.
- Noriega, J. A. V., & Ramos, M. O. P. (2005). Desarrollo, estimulación y estrés de la crianza en infantes rurales de México. Apuntes de Psicología, 23(3), 305-319.

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Orozco-Hormaza, M., Sánchez-Ríos, H., & Cerchiaro-Ceballos, E. (2012). Relación entre desarrollo cognitivo y contextos de interacción familiar de niños que viven en sectores urbanos pobres. *Universitas Psychologica*, 11(2). 427-440.
- Osorio, E., Torres-Sánchez, L., Hernández, M. D. C., López-Carrillo, L., & Schnaas, L. (2010). Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses. *salud pública de méxico*, 52(1), 14-22.
- Pedraza, P. P. y López, T. S. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Pediatría Atención Primaria*, 8(32), 111-125.
- Pellegrini, M. (1999). Terapia Ocupacional en Comunidad: un hermoso desafío. En Manghi M., Narvaez, S. y Reyno, P. *Terapia Ocupacional Trabajo y Comunidad*. Argentina: COLTOA Grupo Editor.
- Penchaszadeh, V. (2011). Influencias genéticas y ambientales en el desarrollo humano. En Fano, V., del Pino, M. y Caino, S. (comps.), *Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, Presentado al Dr. Horacio Lejarraga por sus colegas y discípulos*. (p. 41-57). Paidós. Buenos Aires, Argentina
- Polonio López, B., Castellanos Ortega, M. y Viana Moldes, I. (2008). *Terapia Ocupacional en la infancia. Teoría y práctica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica-Panamericana.

- Raineri, F., Confalone, M., Barbieri, M., Zamorano, M., Garodisch, R. y Ortiz, Z. (2016). Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el periodo del embarazo hasta los 5 años. Unicef. Buenos Aires.
- Recart, M. I. y Mathiesen, M. E. (2011). Calidad educativa del ambiente familiar y su relación con el desarrollo de funciones cognitivas en el preescolar. *Psyche*, 12(2).
- Rodríguez, A. S. y García, B. R. (2005). Hábitos de sueño en la revisión del niño sano. *Boletín de Pediatría*, 45, 17-22.
- Rodríguez, V. (2017). Socialización de niños en situación de vulnerabilidad social. El trabajo social en educación inicial. El caso del jardín de infantes Casa del Niño Juanito Bosco, Gral. Pueyrredón. (Tesis de grado) Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.
- Sánchez Arévalo, B., & Mercado, J. A. (2016). Relación de los problemas Viso-perceptuales y de integración Viso-motriz con el desempeño escolar en niños de 4to y 5to grado en el Instituto Técnico la Inmaculada de la Ciudad de Managua en el año 2015. (Tesis doctoral) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.
- Sánchez Clariá, A. (2018). Coordinación ojo-mano [Material de clase]. Dificultades Visoperceptivas y sus implicancias en el tratamiento de niños con trastornos neuromotores. Alpha Ocupacional. Buenos Aires, Argentina.

- Sastre-Riba, S. (2006). Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(2), 143-151.
- Secretaría de Salud. Municipalidad de General Pueyrredón (2009). Manual de Procedimientos del Plan Integral de Desarrollo Infantil. Mar del Plata
- Silinger, E., Braga, M. L., y Eymann, D. A. (2001). Algunas recomendaciones para ver televisión. *Archivos Argentinos de Pediatría* 99(5), 480a.
- Sirerol, N. V., Amin, I. K., Rodríguez, T. M., Frutos, C. S., y Yebra, M. P. (2002). Hábitos del sueño en niños. *Anales de Pediatría* 57(2) 127-130.
- Soler-Limón, K. M., Rivera González, I. R., Figueroa Olea, M., Sánchez-Pérez, L., y Sánchez Pérez, L. (2007). Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad. *Boletín Médico Hospital Infantil México*, 64 (5), 273-287.
- Solís-Cámara, P., Alatorre-Frenk, S. y Solís-Cámara, P. (1981). Desarrollo visomanual en niños de 5 a 15 años de edad. *Salud Mental*, 4(3), 13-17.
- Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: *La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Pub. Cient. No.540. Washington: OPS; 1992.
- The Lancet (editorial). (2018). The NHS at 70 and Alma-Ata at 40. *The Lancet*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30003-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30003-5).

- Torralva, T., Cugnasco, I., Manso, M., Sauton, F., Ferrero, M., O'Donnell, Alejandro., y Carmuega, E. (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), 306-316.
- Unicef. (1991). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperada el 26 de abril de 2018 de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
- Viquer Seguí, P. y Serra Desfilis, E. (1996). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Anales de psicología*, 12(2) 197-205.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Vega, M.C. "Prácticas de crianza, su importancia en la promoción del desarrollo infantil. La investigación potenciando el ejercicio profesional." En Coautoría con Beltrán, Mercedes. 8vo. Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Modalidades y Estrategias de acción potenciando el ejercicio profesional. Septiembre de 2011. La Plata. Argentina.
- Vega, M.C. "Terapia Ocupacional. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres". Expositora. En coaut. VI Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. 2003. Argentina. 1° Premio al Trabajo de Investigación Nacional en Terapia Ocupacional. "Terapia Ocupacional. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres." VI Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. 2003. Argentina.

- Vygotski, L. S., Cole, M., y Luria, A. R. (1978). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona, España: Crítica.
- Waisman, I., Hidalgo, E., y Rossi, M. L. (2018). Uso de pantallas en niños pequeños en una ciudad de Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(2), 186-195.

ANEXOS

Mar del Plata, abril de 2018

Señores miembros del Comité de Investigación y Docencia
de la Municipalidad de General Pueyrredón.

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a ustedes con motivo de presentarles el proyecto de nuestra tesis de grado para obtener el título de licenciadas en Terapia Ocupacional, otorgado por la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En la misma indagaremos acerca como son las prácticas de crianza y desarrollo infantil en niños de dos años, medidos a través de una encuesta de diseño propio y el test Cat/Clams, respectivamente.

Solicitamos su permiso para que la investigación se lleve a cabo en el Centro de Atención Primaria de la Salud perteneciente al barrio El Martillo.

Sin otro particular, agradecemos su disponibilidad.

Los saludan atentamente

Cacciutto, Mariel

Hunt, Guadalupe



SALUD
MGP
MAR DEL PLATA
BATÁN

CID

Comité de
investigación
y docencia

Mar del Plata, 04 de Mayo de 2018

Por medio de la presente, este Comité informa que ha leído el proyecto de tesis “Prácticas de crianza y desarrollo cognitivo en niños de dos años que concurren al Caps del barrio el Martillo, realizado por las alumnas Cacciutto Mariel y Hunt Guadalupe, de la carrera de Lic en Terapia Ocupacional de la UNMDP y ha aceptado la propuesta de dicho Proyecto a realizarse en el Caps Martillo.

Por lo expuesto este Comité de Investigación y Docencia **AVALA** el mencionado Proyecto de tesis.

Saludamos Atte.

Comité de Investigación y Docencia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION.

Título del estudio:

- Las prácticas de crianza y desarrollo cognitivo en los niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundaria orientadas a la detección temprana de posibles dificultades en el desarrollo incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.

Investigadores:

- Cacciutto Mariel. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P
- Hunt Guadalupe. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P

Objetivo:

- Analizar las prácticas de crianza y el desarrollo cognitivo de los niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Atención Primaria de la Salud El Martillo de la ciudad de Mar del Plata, durante enero y febrero de 2019, en el marco de las acciones de prevención secundaria orientadas a la detección temprana de dificultades del desarrollo incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.

Procedimientos.

Si consiente que su hijo participe, sucederá lo siguiente:

- Será evaluado mediante el Test Cat/ Clams.

Confidencialidad.

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada solo a efectos de investigación, sin obtener algún beneficio económico o compensación por participar.

La identidad del niño y/o participantes será mantenida en el anonimato.

Derecho a rehusar o abandonar.

La participación en este estudio es eternamente voluntaria y es libre de rehusar a tomar parte o abandonar en cualquier momento.

Consentimiento.

Consentimiento en que mi hijo/a deaños de edad participe en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA.....

FECHA.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR.....

Entrevista:

Prácticas de crianza en familias de niños de dos años que concurren al servicio de Terapia Ocupacional del CAPS El Martillo, en el marco de las actividades incluidas en el Plan Integral de Desarrollo Infantil.

Nº DE ENTREVISTA:

NOMBRE:

EDAD:

Relación del entrevistado con el niño:

¿Con quién/es vive el niño?

¿Cómo es un día en la vida del niño?

¿Quiénes son los principales cuidadores?

TIEMPO LIBRE:

¿Qué juegos y juguetes tiene el niño? ¿Cuáles elige? ¿Cómo los utiliza?

¿Utiliza elementos del hogar, que no sean juguetes, para jugar? ¿Cómo es su juego con ellos?

¿Juega con otros niños?

¿Usted juega con el niño? ¿A que juega y durante qué tiempo?

¿Usa el niño tecnología? ¿Cuántas horas? ¿Cómo las usa? ¿Quién lo supervisa?

¿Sale el niño de paseo? (con quién/es, a dónde).

¿Se le cuentan cuentos?

¿Se le canta? (tipo de canciones).

ALIMENTACION:

¿Cómo es el momento de la comida?

¿Quiénes comparten dicho momento?

¿Cómo es la interacción entre las personas durante este momento? ¿El niño interactúa?

¿Permanece sentado hasta que finalice el momento? ¿Utiliza alguna estrategia para ello?

¿El niño utiliza tecnología durante el momento de la comida? ¿y sus acompañantes? ¿Qué usa/usan?

¿Esta prendida la televisión en este momento?

¿El niño come solo? Si ¿Cómo lo hace?

No ¿Quién lo ayuda?

¿Cuántas comidas diarias hace el niño por día?

¿En qué horarios come?

¿Come entre comidas? (qué, cuánto).

¿Qué comidas le prepara habitualmente?

¿Hay alguna comida que no le guste? ¿Cuáles?

¿Con qué bebida suelen acompañar las comidas?

¿Toma pecho? Si ¿Cuántas veces al día? ¿En qué momento?

¿Utiliza las manos para comer?

¿Utiliza tenedor, cuchara, vaso y taza? ¿Cómo fue el proceso de aprendizaje?

¿Quién lo acompañó?

SUEÑO:

¿Cuál es el horario de sueño del niño?

¿Es el mismo todos los días?

Acerca del momento de conciliar el sueño:

¿Qué hace para que su hijo/a se duerma?

¿Le cuesta dormirse?

¿Necesita de algún objeto para hacerlo?

¿Usa tecnología al momento de dormirse?

¿Está la televisión prendida en la habitación donde el niño se encuentra?

¿Duerme de corrido? (Cantidad de veces que se despierta, estrategias maternas/paternas para que vuelva a conciliar el sueño).

¿Duerme siesta? (Frecuencia semanal, cantidad de horas).

¿Dónde duerme el niño? (habitación, cama o cuna, compañía, se duerme y se despierta en el mismo lugar).

CRIANZA:

¿Quiénes son las personas que colaboran /intervienen en la crianza?

¿Quién es la persona que toma decisiones relativas al niño?

¿Tiene el niño berrinches? ¿Qué estrategias utiliza para calmarlo?

CAT/CLAMS

(Versión en español: Dra. María Magdalena Contreras)

CLAMS: Lenguaje

CAT: Visomotor-Resolución de problemas

	SI	NO		SI	NO
1 MES			1 MES		
1. Alerta al sonido (0.5)R			1. Fijación visual momentánea en el aro rojo. (0.5)		
2. Se calma al ser alzado (0.5)R			2. Saca el mentón del apoyo en prono (0.3)		
2 MESES			2 MESES.		
1. Sonrisa social (1.0)R			1. Sigue visualmente el aro horizontal y verticalmente (0.5)		
			2. Saca el pecho del apoyo en prono (0.5)		
3 MESES			3 MESES		
1. Go (Vocales musicales). (1.0)E			1. Seguimiento visual circular del aro (0.3)		
			2. Se apoya en antebrazos en prono (0.3)		
			3. Amenaza visual (0.3)		
4 MESES			4 MESES		
1. Se orienta hacia la voz. (0.5)R			1. Manos abiertas (0.3)		
2. Se rie en voz alta (0.5)E			2. Manipula sus dedos (0.3)		
			3. Se apoya sobre las muñecas en prono (0.3)		
5 MESES.			5 MESES		
1. Se orienta a la campanilla lateralmente (0.3)R*			1. Lleva el aro rojo hacia sí (0.3)		
2. A-jo (0.3)E			2. Transfiere (0.3)		
3. Resopla (0.3)E			3. mira la píldora (0.3)		
6 MESES			6 MESES		
1. Silabeo (Al menos una consonante Ej: a ba) (1.0)E			1. Toma el cubo (0.3)		
			2. Levanta la taza (0.3)		
			3. Prensión radial (0.3)		
7 MESES.			7 MESES.		
1. Se orienta indirectamente hacia la campana sobre su cabeza (90°) (1.0)R*			1. Intenta tomar la píldora (0.3)		
			2. Saca un plantado (0.3)		
			3. Inspecciona el aro rojo (0.3)		
8 MESES.			8 MESES.		
1. Papá inapropiadamente (0.5)E			1. Atrae el aro por el hilo (0.3)		
2. Mamá inapropiadamente (0.5)E			2. Asegura la píldora (0.3)		
			3. Inspecciona la campanilla (0.3)		
9 MESES			9 MESES		
1. Se orienta directamente a la campana sobre su cabeza. (180°) (0.5)R*			1. Prensión con 3 dedos (0.3)		
2. Lenguaje gestual (0.5)E			2. Toca la campanilla (0.3)		
			3. Busca el juguete caído (0.3)		
10 MESES.			10 MESES		
1. Entiende "No" (0.3)R.			1. Combina cubo-taza (0.3)		
2. Usa Papá apropiadamente (0.3)E.			2. Descubre la campanilla (0.3)		
3. Usa Mamá apropiadamente (0.3)E			3. Pone el dedo en el tablero de plantados (0.3)		
11 MESES.			11 MESES.		
1. Una palabra diferente de papá o mamá (1.0)E			1. Pinza madura (0.5)		
			2. Resuelve el cubo bajo la taza (0.5)		
12 MESES.			12 MESES.		
1. Orden de un paso con gesto (0.5)R			1. Coloca un cubo en la taza (0.5)		

	SI	NO		SI	NO
14 MESES.			14 MESES.		
1.Vocabulario de tres palabras (1.0)E			1.Resuelve la frustración del vidrio (0.6)		
2.Jerga inmadura (1.0)E			2.Saca y pone un plantado (0.6)		
			3.Resuelve píldora/botella con demostración (0.6)		
16 MESES			16 MESES.		
1.Vocabulario de 4 a 6 palabras (1.0)E			1.Resuelve píldora /botella espontáneamente (0.6)		
2.Orden de 1 paso sin gesto (1.0)R			2.Bloque redondo en juego de encastre (0.6) ^{c/d}		
			3.Imita garabato (0.6)		
18 MESES			18 MESES		
1.Jerga madura(0.5)E			1.Diez cubos en la taza (0.5)		
2.Vocabulario de 7 a 10 palabras (0.5)E			2.Coloca el bloque redondo en el tablero invertido (0.5)		
3.Señala un dibujo (0.5)R*			3.Garabateo espontáneo con crayón (0.5)		
4.Identifica 2 o más partes del cuerpo (0.5)R			4.Completa los plantados espontáneamente (0.5)		
21 MESES			21 MESES		
1.Vocabulario de 20 palabras (1.0)E			1.Atrae el juguete con el palo (1.0)		
2.Frases de 2 palabras (1.0)E			2.Coloca el bloque cuadrado en el tablero (1.0)		
3.Señala 2 figuras (1.0)R*			3.Torre de tres cubos (1.0)		
24 MESES.			24 MESES.		
1.Vocabulario de 50 palabras (1.0)E			1.Intentar doblar el papel (0.7)		
2.Orden de 2 pasos (1.0)R.			2.Tren de 4 cubos (0.7)		
3.Oración de 2 palabras (1.0)E.			3.Imita el trazo del lápiz (0.7)		
			4.Completa el tablero de encastre (0.7)		
30 MESES			30 MESES		
1 Usa pronombres apropiadamente (1.5)E			1.Trazo horizontal-vertical con lápiz (1.5)		
2 Concepto de unidad (1.5)R*			2.Tablero excavado invertido (1.5)		
3 Señala 7 dibujos (1.5)R*			3.Dobla papel dejando la huella (1.5)		
4.Repite 2 números seguidos: 1,6 - 4,7 - 8,2 (1.5)E*			4.Tren con chimenea (1.5)		
36 MESES.			36 MESES.		
1.Vocabulario de 250 palabras (1.5)E			1.Puente de 3 cubos (1.5)		
2.Oración de 3 palabras (1.5)E			2.dibuja un círculo (1.5)		
3.Repite 3 números seguidos (1.5)E*			3.Nombra un color (1.5)		
3,1,6 - 2,9,5 - 4,7,1.					
4.Entiende 2 preposiciones (1.5)R*			4.Dibuja una persona con cabeza y otra parte del cuerpo (1.5)		
5.Pronombres personales E					

R: Lenguaje receptivo

E: Lenguaje expresivo

*: Requerido por el examinador

CLAMS Lenguaje

CAT Resolución de problemas (Cognitivo/adaptativo).

EDAD BASAL: _____

EDAD BASAL: _____

EDAD TECHO: _____

EDAD TECHO: _____

Puntos por créditos mas allá de la edad basal : _____

Puntos por créditos mas allá de la edad basal : _____

EDAD EQUIVALENTE : _____
(E.basal mas ítems adicionales)

EDAD EQUIVALENTE : _____
(E.basal mas ítems adicionales)

C.J. CLAMS : _____
(Cociente de lenguaje)

C.D. CAT : _____
(Cociente de resolución de problemas /adaptativo)

C.L.R. : _____
(Cociente de lenguaje receptivo)