

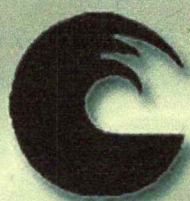
2005

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 (entre el 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 período recuperaron normalmente su peso

Cabrerizo, María Gabriela

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

---



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y  
SERVICIO SOCIAL  
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**TESIS DE GRADO**

*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 el 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 período recuperaron normalmente su peso.*

***Cabrerizo, María Gabriela***

***Pieroni, Ambar Daniela***

***Año 2005***

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
3134.	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	



*Directora de Tesis*

Licenciada en Terapia Ocupacional

María Eugenia Veyra



*Asesora Metodológica*

Licenciada en Terapia Ocupacional

Marisel Donati



*Cabrerizo, María Gabriela*

DNI: 24.148.999

Mat: 2495/93



*Pieroni, Ambar Daniela*

DNI: 25.785.888

Mat: 3435/95

## **Agradecimientos**

Durante este tiempo son muchas las personas e instituciones que han colaborado en esta tesis, y queremos expresarles nuestra gratitud por el apoyo y la confianza que nos han brindado de forma desinteresada.

Agradecemos a nuestra directora de tesis María Eugenia Veyra y a nuestra asesora metodológica Marisel Donati por todo el tiempo que nos brindaron y por sus sugerencias e ideas de las que tanto provecho hemos sacado.

A la Terapeuta Ocupacional Mariana Guaresti y a las Pediatras de la Unidad Sanitaria del barrio J. G. Las Heras por recibirnos en su lugar de trabajo y brindarnos su experiencia.

A Marcelo por su apoyo incondicional, su paciencia y su tiempo dedicado para que podamos presentar nuestra tesis.

Al Centro de Estimulación y Aprendizaje Tempranos de Maipú por su confianza al facilitarnos el material de evaluación con el que realizamos nuestro trabajo de campo.

A nuestras familias y amigos que nos acompañaron en los buenos y malos momentos, todo esto no hubiera sido posible sin su amparo y contención permanente, gracias por aguantarnos y escucharnos.

A todos ellos nuestro más sincero agradecimiento.

## Tabla de contenidos

<b>TABLA DE CONTENIDOS</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>TEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPITULO 1: ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPITULO 2: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD</b> .....	<b>20</b>
2.1). <b>CONCEPTO DE SALUD</b> .....	20
2.2). <b>ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD</b> .....	21
2.2.1). <b>Niveles de Prevención en Atención Primaria de la Salud:</b> .....	22
2.3). <b>ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD</b> .....	25
2.4). <b>CRÍTICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000</b> .....	26
<b>CAPITULO 3: DESARROLLO, MADURACIÓN Y CRECIMIENTO</b> .....	<b>30</b>
3.1). <b>CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO</b> .....	30
3.2). <b>CONCEPTO DE MADURACIÓN Y CRECIMIENTO</b> .....	31
3.2.1). <b>Peso</b> .....	32
3.2.2). <b>Curva de crecimiento</b> .....	33
3.2.3). <b>Períodos de Crecimiento</b> .....	34
3.3). <b>RIESGO SOCIO-AMBIENTAL</b> .....	35
<b>CAPITULO 4: DESARROLLO COGNITIVO</b> .....	<b>38</b>
4.1). <b>PERIODO SENSORIO-MOTRIZ (DE 0 A 24 MESES DE EDAD)</b> .....	42
<b>CAPITULO 5: DESARROLLO PSICOAFECTIVO: LA IMPORTANCIA DEL AMBIENTE FACILITADOR</b> .....	<b>50</b>
<b>CAPITULO 6: IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE DE 0 A 24 MESES DE EDAD</b> .....	<b>56</b>
<b>CAPITULO 7: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DEL BARRIO "J.G. LAS HERAS"</b> .....	<b>62</b>
7.1). <b>CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD SANITARIA "LAS HERAS"</b> .....	65
<b>CAPITULO 8: ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>68</b>
8.1). <b>TEMA</b> .....	68
8.2). <b>PROBLEMA</b> .....	68
8.3). <b>OBJETIVOS</b> .....	68
8.3.1). <b>Objetivo general</b> .....	68
8.3.2). <b>Objetivos específicos</b> .....	69
8.4). <b>VARIABLE DE ESTUDIO: INTELIGENCIA SENSORIO-MOTRIZ</b> .....	69
8.4.1). <b>Definición conceptual</b> .....	69
8.4.2). <b>Definición operacional</b> .....	70
8.5). <b>TIPO DE ESTUDIO</b> .....	72
8.6). <b>POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> .....	72
8.7). <b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b> .....	72
8.8). <b>MUESTRA</b> .....	73
8.9). <b>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	74
8.9.1). <b>Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz de 6 meses a 24 meses de edad</b> .....	74
8.9.2). <b>Entrevista semi-estructurada</b> .....	77
8.9.3). <b>Observación directa</b> .....	77
8.10). <b>PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	77
8.11). <b>PLAN DE ANÁLISIS</b> .....	78
<b>CAPITULO 9: DATOS ESTADÍSTICOS</b> .....	<b>80</b>

<b>CAPITULO 10: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS</b> .....	<b>89</b>
<b>CAPITULO 11: CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS</b> .....	<b>99</b>
<b>11.1). CONCLUSIÓN</b> .....	<b>99</b>
<b>11.2).PROPUESTAS</b> .....	<b>102</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>105</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</b>

# ***INTRODUCCIÓN***



## **Introducción**

Debido al actual deterioro de las condiciones sociales, económicas, educativas y de salud que atraviesa nuestro país, el estado ha implementado numerosas políticas sociales con el fin de afrontar la situación. Su principal objetivo es regular el índice de pobreza, pero en lugar de disminuir las desigualdades sociales, las mismas se han incrementado.

Esta es la situación por la que atraviesan los barrios periféricos de la ciudad de Mar del Plata, y cada Unidad Sanitaria de los mismos, que junto con entidades gubernamentales e instituciones barriales debieron reorganizarse de acuerdo a las demandas propias de los grupos étnicos y detectar las necesidades de mayor prioridad. Uno de los grupos más afectados por esta situación, es la población infantil, dirigiendo el estado, políticas de salud para favorecer la implementación de estrategias de promoción y atención de la salud con el objetivo de fomentar el bienestar del desarrollo integral del niño.

Entre los programas que funcionan en las Unidades Sanitarias, en el Servicio de Pediatría, es el “Programa Control del Niño Sano”, el cual se basa en la promoción y protección de la salud, y prevención de la enfermedad del niño recién nacido hasta los 5 años y 11 meses de edad, realizando controles mensuales hasta los 6 meses de edad, trimestrales hasta los 18 meses de edad y anuales desde los 2 años hasta los 5 años y 11 meses de edad.

En la Unidad Sanitaria del barrio General Las Heras, durante el año 2002, el Servicio de Pediatría detectó en el control del 6º mes de edad, un alto porcentaje de niños que presentaron una disminución en la curva de peso dentro de los parámetros normales (entre el percentil 10 y 50), continuándose esta alteración en el control del 9º mes de edad, lo que inquietó al servicio. Debido a esta situación se comenzó con un seguimiento más individualizado de cada niño (control semanal del peso), se indicó a las madres pautas precisas de alimentación y se conoció más profundamente la situación socioeconómica de las familias de estos niños. Observó que esta alteración del peso se evidenció a partir de los 6 meses de edad, etapa en la que comienza el proceso de

destete con la disminución de las mamadas y gradualmente la incorporación de alimentos semisólidos.

Las familias afectadas por esta situación pertenecen a una población de alto riesgo socio-ambiental por presentar necesidades básicas insatisfechas, familias numerosas, desempleo, viviendas precarias, entre otros. El Servicio de Pediatría, consideró otros factores de riesgo que inciden directamente en la alteración de la curva de peso, tales como: prolongación de la lactancia exclusiva excediendo los 6 meses de edad, uso prolongado de mamadera, colecho con amamantamiento nocturno muy frecuente, disminución de la calidad y cantidad de ingesta diaria, incorrecta preparación de la leche.

Ante esta realidad, nos proponemos como tema de investigación evaluar y describir el desarrollo de la Inteligencia Sensoriomotriz de los niños de 24 meses de edad, que presentaron una disminución de la curva de peso dentro de los parámetros normales (entre el percentil 10 y 50). Esta alteración en estos niños, se evidenció entre los 6 y 9 meses de edad, quienes luego de este período recuperaron normalmente su peso de acuerdo a su edad cronológica. La población de estudio quedó compuesta por los niños de 24 meses de edad, debido a que la cantidad de los mismos resultó significativa. No fue necesario seleccionar niños de edades inferiores para completar la muestra de estudio.

Con el objetivo de describir el desarrollo de la Inteligencia Sensorio-Motriz, implementamos la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz (EAIS). Sus autoras Oiberman Alicia, Orellana Liliana y Mansilla Mariela, definen a la Inteligencia Sensorio-Motriz como “la capacidad para resolver los problemas a partir de actividades, en las que intervienen sobre todo la percepción, las actitudes, el tono y los movimientos, sin evocaciones simbólicas, es decir, antes de la aparición del lenguaje verbal.” (1)

Las autoras adaptaron la Escala de Inteligencia elaborada por Casati, Irene y Lezine, Irene, basada en la teoría de Piaget, Jean, y crearon la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz, destinada a la población de bebés argentinos de 6 a 24 meses de edad. Esta escala permite evaluar tempranamente recursos y vulnerabilidades en el área de la Inteligencia Sensorio-Motriz, acción importante en la Atención Primaria de la Salud.

Existen diferentes factores que influyen en el desarrollo cognitivo y motor del niño, por ejemplo alimentación adecuada correspondiente a cada etapa del desarrollo, afecto, estimulación sensorio-perceptiva, entre otros. De estos factores destacamos a la

alimentación, por estar relacionada directamente con la alteración de la curva de peso. También es fundamental el momento de la alimentación, el cual debe realizarse en un ambiente tranquilo, bien higienizado, cómodo y adecuado. Consideramos este momento propicio para fomentar las relaciones vinculares entre la díada madre-hijo y demás integrantes de la familia.

Creemos que, teniendo en cuenta factores que inciden en el desarrollo integral durante la primera infancia de niños pertenecientes a una población con características adversas, es necesario intervenir tempranamente desde Terapia Ocupacional, para proteger la salud de estos niños, permitiendo mejorar la calidad de vida y un pleno desarrollo de sus potencialidades.

***Referencias Bibliográficas:***

- 1) Oiberman, A; Mansilla, M; Orellana, L. *"Nacer y Pensar". Manual de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz, de 6 meses a 24 meses de edad.* Ed.CIIPME-CONICET. Buenos Aires. 2002 Vol. II. Pág. 12

**TEMA**

## **Tema**

*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 el 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 período recuperaron normalmente su peso.*

# ***MARCO TEÓRICO***

# **CAPÍTULO 1**

## **ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN**



## **Capítulo 1**

### **Estado actual de la cuestión**

De la búsqueda bibliográfica realizada, los artículos que se mencionan a continuación, se aproximan al tema de nuestra investigación, y fueron recogidos de la base de datos Medline, Tesis de grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Revista Salud Pública.

**Oiberman, Alicia; Mansilla, Mariela; Orellana, Liliana. "Nacer y Pensar". *Construcción de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz de 6 meses a 2 años*. Bs. As. Ed. CIIPME-CONICET. 2002.**

Este trabajo consiste en adaptar la Escala de Inteligencia elaborada por Casati, Irene y Lezine, Irene, a la población de bebés argentinos.

Los objetivos de este trabajo fueron los siguientes:

- a) Evaluar la Inteligencia Sensorio-Motriz de bebés argentinos a los fines de obtener valores estándares de referencia, de esta población.
- b) Profundizar en el conocimiento de los procesos intelectuales en niños de muy temprana edad (6 a 24 meses) específicamente en lo relacionado con los factores de motivación que influyen en el proceso cognoscitivo de esta población.
- c) Conocer las etapas y los mecanismos del proceso genético en lo concerniente a la coordinación progresiva de esquemas de acción sensorio-motriz, especialmente las que indican el nivel de desarrollo mental en el periodo pre-verbal, en niños argentinos.
- d) Describir la correspondencia entre ítem, estadios y edades, observando las eventuales discordancias entre los resultados de las diversas series.
- e) Contribuir con un instrumento útil y eficaz al área de la salud para el diagnóstico del desarrollo intelectual de bebés argentinos de 6 a 24 meses de edad.

- f) Aportar al área de educación inicial, una técnica de evaluación de fácil aplicación y probada validez en centros de excelencia, para la predicción temprana de habilidades futuras o trastornos en el área cognoscitiva.

La escala fue administrada a bebés de 6 meses y 1 día a 24 meses de edad inclusive. Se evaluaron 323 niños, 271 niños eran pacientes del Hospital Materno Infantil Ana Goitía, 29 niños del Hospital Italiano de Buenos Aires y 23 niños de dos Jardines Infantiles del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La población del Hospital Materno Infantil Ana Goitía y de los Jardines Infantiles pertenecía a la clase media y media-baja, mientras que los niños del Hospital Italiano eran asociados al plan de salud.

A partir del trabajo realizado, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Se logro conocer las etapas y los mecanismos propios del proceso genético en la construcción de la Inteligencia Sensorio-Motriz en la población estudiada.
- Se logro ilustrar cada etapa del período pre-verbal de los procesos intelectuales.
- Se obtuvieron valores estándares de los niños argentinos, determinando así un marco de referencia para nuestra población.
- Se profundizó en el conocimiento de los procesos intelectuales con respecto a las motivaciones que influyen en el proceso cognoscitivo, tales como: relaciones afectivas, organizadores del psiquismo y la estimulación del medio.
- Se verificó la correspondencia entre los ítems, estadios y edades en el proceso de las distintas series.
- El trabajo de investigación acerca de la evaluación de bebés constituye un aporte al área de la educación inicial, al confirmar que es una herramienta de gran utilidad para el conocimiento del bebé y la valoración de los logros individuales en su aspecto intelectual.
- Este trabajo permitió compartir con los pediatras una técnica de evaluación de gran importancia predictiva, tanto de las habilidades como de las posibles perturbaciones en el área cognoscitiva que resultarán de la exploración.

**Gómez Sánchez, M; Canete, R; Rodero, I; Baeza, J.E; Avila, O. *Influencia del amamantamiento en el Desarrollo Mental y Psicomotor.* Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. España. 2003.**

El objetivo de este trabajo fue analizar los efectos del amamantamiento en el desarrollo cognitivo y motor.

La muestra estuvo conformada por 249 bebés de dos poblaciones diferentes (rural y urbana), evaluados con la Escala Bayley de Desarrollo Infantil. Se obtuvieron los siguientes resultados: Los bebés amamantados por más tiempo presentaron efectos positivos en el desarrollo mental, y no se encontraron diferencias en el desarrollo motor. Además, se comprobó que el nivel intelectual de los padres influye en el desarrollo mental del bebé.

**Rey, J. *Lactancia Materna y Desarrollo Cognitivo.* Universidad René Descartes. París. Francia. Agosto. 2002.**

En esta investigación el autor comparó el desarrollo cognitivo en niños alimentados a pecho (alimentación natural) y niños alimentados con fórmulas lácteas. Observó que el desarrollo intelectual de los niños que recibieron alimentación natural es mejor y comprobó que el efecto es aún mayor cuanto más prolongada es este tipo de alimentación.

Rey consideró otras variables: genéticas y ambientales, que interactúan una con otras.

Se concluye que las mujeres más inteligentes tienen hijos más inteligentes independientemente que sean alimentados con fórmulas o con leche materna. Sin embargo, las madres más inteligentes suelen decidir amamantar a sus hijos. Aunque está comprobado que la alimentación natural es la mejor alternativa, no existe información que sugiera que esto promueva el desarrollo neurocognitivo.

**Angelsen, N.K; Vik, T; Jacobsen, G; Bakketeig, L.S. *Lactancia Materna y Desarrollo Cognitivo en Niños de 1 a 5 años.* Departamento de Medicina Comunitaria. Universidad de Noruega. Noruega. 2001**

El objetivo de este trabajo fue examinar si la duración del amamantamiento influye en el desarrollo cognitivo y motor en niños pertenecientes a una población en condiciones ambientales favorables en quienes prevalece la lactancia materna.

La población de estudio estuvo conformada por 345 niños escandinavos. El estudio realizado fue de tipo prospectivo durante el 1° año de edad, y el desarrollo neuromotor de estos niños fue evaluado con la Escala Bayley de Desarrollo Infantil.

Se obtuvieron los siguientes resultados, se observó que en los niños alimentados con lactancia natural por menos de tres meses incrementaron los riesgos en su desarrollo, y los niños alimentados con lactancia natural por más de seis meses obtuvieron mejores resultados en su desarrollo.

Se tuvieron presente otras variables, tales como: edad, cociente intelectual y educación de la madre, y tabaquismo durante el embarazo.

Se concluye que una alimentación natural prolongada beneficia el desarrollo cognitivo.

**Alfaro, Graciela. A; Barbero, Marcela. *Desarrollo Mental y Psicomotor en Niños de Pretérmino*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. 1999.**

En la ciudad de Olavarría, observaron y describieron el comportamiento del desarrollo mental y psicomotor de los niños de pretérmino con peso adecuado para la edad gestacional, evaluados con la edad corregida al término de 0 a 24 meses, en el Hospital Público Coronel Olavarría.

El estudio estuvo conformado por 49 niños, evaluados con la Escala Bayley de Desarrollo Infantil. La investigación permitió observar que el promedio para el área psicomotriz fue más bajo que por los índices de desarrollo mental, encontrándose ambos valores por debajo de la puntuación media propuesta por Bayley. Se comprobó también que el mínimo porcentaje que logró superar la media (36,7 % en el área mental y 24,5 % en el área psicomotriz) fue menor para el área psicomotriz.

Con relación al intervalo de edad corregida en el que se registraron los índices más bajos (tanto en el área mental como psicomotriz), los mismos se ubicaron en el intervalo de 19 a 21 meses (de edad corregida), en cambio el mayor porcentaje de niños que logró superar el promedio estandarizado por Bayley se registró en el intervalo de 6 a 8 meses (de edad corregida), para la escala mental, y en el de 3 a 5 meses para la psicomotriz. Coincidentemente en el intervalo de 22 a 24 meses (de edad corregida), no se registraron índices superiores a la media en ambas áreas.

Por otro lado, observaron que el porcentaje de respuestas positivas más bajo se registró al evaluar el lenguaje expresivo y la actividad en decúbito prono.

**Vega, M. C.; Bosemberg, I.; Campisi, M.A.; Porro, S.; Camezzana, G.**  
***Desarrollo de los Niños de Familias Pobres en la Ciudad de Mar del Plata.***  
***Identificación de Riesgo. La Salud en Crisis.***

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general contribuir al desarrollo de las estrategias de promoción y atención de la salud que favorezcan el bienestar de los niños desde la óptica de la Atención Primaria de la Salud. Por ello estudian las características del desarrollo integral del niño de alto riesgo social desde el nacimiento hasta la edad escolar con un enfoque que lo abarca a él, a su familia y a su comunidad.

Estudiaron 80 niños y sus familias que concurrieron a dos centros de salud ubicados en barrios periféricos de la ciudad de Mar del Plata, con alto porcentaje de población de alto riesgo social.

Sus objetivos han sido:

- 1) Identificar información relevante, que constituya un aporte para la planificación y ejecución de programas en la comunidad.
- 2) Identificar características de las familias y del niño recién nacido relacionadas con su desarrollo en los dos primeros años de vida.
- 3) Identificar los grupos más vulnerables dentro de una población de alto riesgo social.
- 4) Analizar en forma integral el problema del retraso del desarrollo de los niños de causa social, y proponer para la discusión conclusiones de una investigación interdisciplinaria.

Para llevar a cabo los objetivos implementaron la siguiente metodología:

- Recolectaron datos demográficos, socioeconómicos, educacionales y participación comunitaria de la familia.
- Evaluaron el desarrollo psicomotor de los niños desde el nacimiento hasta los 2 años de edad, a través de la evaluación en Terapia Ocupacional, realizaron Examen Neurológico y utilizaron la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses de S. Rodríguez. También estudiaron aspectos del desarrollo como niveles de inteligencia, dibujo, juego y aspectos vinculados al ejercicio de la función materna en un subgrupo de 25 niños seleccionados de manera aleatoria.

Conclusiones: las familias presentaron homogeneidad en los indicadores de pobreza estructural y de participación en la comunidad. El análisis de la salud de la mujer mostró características relacionadas con los factores sociales: embarazo

adolescente, multiparidad temprana e importantes índices de bajo peso al nacer (12%) y retardo de crecimiento intrauterino de los niños al nacimiento (21%, porcentaje que supera la media de la provincia de Buenos Aires). Lo que caracteriza el desarrollo de estos niños es una inestabilidad y dificultad para alcanzar las pautas esperadas para la edad, tendencia que los coloca casi permanentemente en riesgo con descensos más marcados en determinadas edades: 1°, 3°, 4°, 8°, 15° y 18° meses. Algunas áreas del desarrollo se vieron afectadas globalmente, sin embargo es significativa la presencia de retraso y dificultades en los primeros meses, en las áreas de lenguaje y de coordinación de funciones enfatizándose hacia los 18 y 24 meses.

De acuerdo al rastreo bibliográfico realizado, concluimos que no hallamos investigaciones acerca de la influencia de la alteración de la curva de peso en el desarrollo de la Inteligencia Sensorio-Motriz en niños de 18 a 24 meses de edad pertenecientes a una población de alto riesgo socio-ambiental.

Destacamos que la mayoría de las investigaciones realizadas en este tipo de población, tienen como objetivo detectar posibles alteraciones y/o retrasos en el desarrollo psicomotor. Los trabajos encontrados sobre el desarrollo cognitivo, están relacionados con otras variables (edad gestacional, bajo peso al nacer, alimentación de la madre durante el período de gestación, entre otros), y utilizan diferentes escalas: Escala Bayley de Desarrollo Psicomotor, Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses de Rodríguez, S y Cols.

# **CAPÍTULO 2**

## **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

## **Capítulo 2**

### **Atención Primaria de la Salud**

#### ***2.1). Concepto de Salud***

La O.M.S (Organización Mundial de Salud), define a la Salud como "el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad". (1) Pero esta definición, actualmente no solo se considera como un objetivo inalcanzable, sino que además, constituye un enfoque inexacto del completo bienestar físico, mental y social de las personas. Resulta insuficiente ante la realidad contemporánea que vive el ser humano.

Es importante destacar que el individuo mantiene una lucha constante con el ambiente natural en el que vive, para mantener el control sobre este. Esta lucha continua es lo que permite la adaptación al medio, y como consecuencia el avance de la civilización. Desde este punto de vista, hablar de "bienestar completo" constituye un freno para el progreso.

La salud no significa ausencia de enfermedad, se la entiende "no como un objetivo en la vida, sino como un recurso más en la vida cotidiana, es un concepto que comprende recursos personales y sociales, así como capacidad física adecuada". (2) La salud, tampoco es un estado, sino que la salud y enfermedad son parte de un proceso multidimensional. El individuo a lo largo de su vida se desplaza sobre un eje de salud-enfermedad (y muerte) acercándose a uno u otro de sus extremos. Es un proceso de bienestar biopsicosocial a lo largo de su eje positivo-negativo.

El proceso de salud-enfermedad depende de la multiplicidad de factores innatos (genéticos) y adquiridos (ambiente social). Este proceso es el resultado de las relaciones del individuo con su ambiente social y colectivo (familia, grupos, barrio, trabajo, etc.), y consigo mismo mediante la capacidad de adaptación individual (orgánica, mental y social).



## 2.2). *Atención Primaria de la Salud*

En el ámbito de la Salud, los sistemas sanitarios y la medicina han vuelto la mirada hacia el objetivo de defender un importante derecho de toda persona: procurar que en el proceso de salud-enfermedad, esta se acerque hacia la salud, es decir que los profesionales sanitarios, los políticos y los integrantes de la comunidad tomen conciencia que es primordial tanto un diagnóstico como un tratamiento correcto, promoviendo y protegiendo la salud de cada uno de los individuos de la misma.

En la Conferencia de Alma-Ata, se propuso fomentar la participación de todos los sectores políticos, sociales, económicos y sanitarios con el objetivo de implementar estrategias de salud y planes de acción que promuevan el bienestar de la comunidad y de cada uno de sus miembros.

A partir de esta Conferencia, surgió como estrategia para alcanzar este objetivo, la *Atención Primaria de la Salud* definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste 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...”(3)

La *Atención Primaria de la Salud*, es el núcleo principal del sistema de salud, y resulta el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Las características de la *Atención Primaria de la Salud* son:

- *Universalidad*: se refiere a que todos los integrantes de una comunidad deben tener acceso a los servicios de salud, y de este modo poder cubrir todas las necesidades básicas.
- *Equidad*: significa brindar igual oportunidad para hacer cumplir los derechos de cada uno de los individuos de una comunidad y de mantener y/o recuperar la salud.
- *Continuidad*: consiste en que los programas no deben ser esporádicos, aunque haya cambios políticos. El contenido debe basarse en la promoción y prevención combinándolos en forma adecuada con los tratamientos y rehabilitación. Estos programas se deben mantener hasta que desaparezca el problema.

Para que la *Atención Primaria de la Salud* funcione como estrategia, se tienen presente principios fundamentales como:

- *Participación Comunitaria*: definida como la capacidad del pueblo para tomar parte activa en todas las etapas del proceso de salud.
- *Descentralización*: referida a la transferencia efectiva de poder político y económico desde el centro técnico y administrativo hacia niveles periféricos o locales.
- *Acción Multisectorial*: referida a tratar la multicausalidad de las enfermedades, a través de la intervención de diferentes profesionales y sectores.
- *Tecnología Apropriada y Racionalizada*: se refiere al uso de tecnologías teniendo en cuenta las necesidades más prevalentes y la disponibilidad real.
- *Formación y Adiestramiento Adecuado y Permanente de los Profesionales*.

La *Atención Primaria de la Salud* se centra en el medio físico, y social en el que viven las personas, más que en enfermedades específicas. Es el nivel sanitario accesible a todas las personas y capaz de solucionar los problemas más frecuentes de una comunidad, priorizando los grupos de riesgo, tales como los primeros cinco años de edad, nivel socioeconómico bajo, tercera edad, etc. Es el nivel de atención que determina la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario: organiza y racionaliza la utilización de los recursos necesarios para la promoción y conservación de la salud.

### **2.2.1). Niveles de Prevención en Atención Primaria de la Salud:**

Uno de los objetivos fundamentales de la *Atención Primaria de la Salud* es que el equipo interdisciplinario (médico, enfermeras, asistente social, terapeuta ocupacional), sistema gubernamental y los integrantes de la comunidad, asuman responsabilidades y realicen actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y otras relacionadas con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la comunidad.

Los niveles de prevención pueden ser crecientes en complejidad y sus estrategias son diferentes para cada nivel. La finalidad de los mismos se centra en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, mejoramiento de la calidad de vida y la posibilidad de autorrealización.

Prevenir es evitar, intervenir antes de que se desencadene un hecho. Según la fase de desarrollo del proceso salud-enfermedad en que se aborde, las acciones que se implementen, pueden ser Prevención Primaria, Prevención Secundaria y Prevención Terciaria.

#### **2.2.1.1). Prevención Primaria**

La *Prevención Primaria* "es el total de intervenciones ejercidas directamente sobre los factores causales de la enfermedad, suprimiéndolos y, en definitiva, suprimiendo ésta. Abarca actividades y técnicas propias del sistema sanitario y sus profesionales, así como otros que tienen su origen en otros sectores y que están relacionadas básicamente con la salud medioambiental". (4)

Las acciones de *Prevención Primaria de Salud* están orientadas a la educación, promoción y protección de la salud. También a prevenir y detectar problemas y necesidades más importantes de una comunidad.

#### **Promoción de la Salud**

En 1986 en la Conferencia Internacional, en la Carta de Ottawa, quedó definido el concepto de "*Promoción de la Salud* que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un 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 sus necesidades y modificar o adaptarse al medio ambiente". (5)

Los factores políticos, sociales, económicos y culturales deben actuar a favor de la *promoción de la salud*. Su acción está dirigida a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar a toda la población los medios para desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica tener acceso a la información y poseer aptitudes personales y sociales para alcanzarlos.

### ***Educación para la Salud***

"Es un proceso dinámico, permanente y continuo de enseñanza-aprendizaje, de carácter interdisciplinario, intersectorial, y multidireccional, cuya finalidad es la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud y en el desarrollo físico, social y cultural de sus miembros."(6)

La estrategia de la *Atención Primaria de la Salud*, tiene como objetivo que la comunidad conozca sus problemas y necesidades para poder reflexionar, se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos, para dar soluciones en cada situación en particular, y adquirir responsabilidades sobre las mismas y saber sobre qué aspectos tiene derecho a exigir solución al nivel central.

La *Educación para la Salud*, permite la organización de la comunidad, conociendo los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que influyen sobre su estado de salud, adquiriendo el compromiso de llevar a cabo acciones para transformarlas.

### ***Protección de la Salud***

Se entiende por "*Protección de la Salud*" a aquellas medidas tendientes a cuidar la salud, evitar riesgos que la amenacen o alteren. Incluye tareas de inmunización, salud ambiental, y protección de accidentes de trabajo.

Es una estrategia de Salud basada en la consideración de los riesgos prevalentes en una comunidad y permite contemplar los recursos necesarios para cuidar el proceso de bienestar biopsicosocial de sus integrantes más vulnerables.

#### ***2.2.1.2). Prevención Secundaria***

La *Prevención Secundaria*, interviene en el estado incipiente de la enfermedad, mediante un tratamiento y diagnóstico precoz.

"Se trata de detener la evolución de una determinada patología en sus inicios, cuando los síntomas de los mismos no son claramente manifiestos." (7)

#### ***2.2.1.3). Prevención Terciaria***

Se entiende por *Prevención Terciaria*, al conjunto de intervenciones destinadas a la rehabilitación de un individuo para evitar la discapacidad total una vez que las secuelas de la enfermedad son irreversibles, y detener el avance de las mismas. El objetivo es que el individuo pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente.

### ***2.3). Rol del Terapista Ocupacional en Atención Primaria de la salud***

La intervención del Terapista Ocupacional en la comunidad, junto con el equipo interdisciplinario, se basa en los principios fundamentales de la *Atención Primaria de la Salud*, implementando planes, programas, proyectos de prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud.

El equipo interdisciplinario para lograr un eficaz desempeño en sus funciones debe conocer y comprender las características, necesidades y problemas de la población. De esta manera se podrá realizar un diagnóstico de situación de la misma, y luego priorizar los objetivos de acción.

En *Atención Primaria de la Salud*, el Terapista Ocupacional, realiza acciones en los tres niveles de Prevención:

En *Prevención Primaria*: el Terapista Ocupacional participa en acciones destinadas a la promoción, educación y protección de la salud, evitando los riesgos que la afecten.

El Terapista Ocupacional participa en el Programa Control del Niño Sano (Plan del Lactante), Prevención del Embarazo Adolescente, Promoción y Prevención de la Salud Mental, entre otros.

En *Prevención Secundaria*: las acciones preventivas se basan en la detección temprana de signos de alarma para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, evitando mayores complicaciones y secuelas.

En *Prevención Terciaria*: el Terapista Ocupacional realiza acciones para impedir que el proceso o enfermedad continúe, favoreciendo mayor grado de independencia y funcionalidad posible con la finalidad de que el individuo logre reinsertarse socialmente y pueda desempeñar sus roles familiares, laborales, sociales, etc.

Una de las acciones que realiza el Terapista Ocupacional en *Atención Primaria de la Salud* consiste en la intervención en la población materno infantil.

Desde este marco teórico se contempla como principio básico la importancia de la familia como núcleo central en el que el niño es concebido, nace y crece, por lo tanto la salud de este niño va a estar relacionada con la misma, y con la protección que esta familia le puede brindar.

“El Terapeuta Ocupacional tiene como objetivo proveer el medio ambiente facilitador de aquellos elementos que le permitan a la díada madre-hijo y a su entorno detectar y utilizar sus propios recursos desarrollando sus capacidades y actitudes maternas de tal forma que pueda identificar lo que su hijo necesita en cada etapa de su desarrollo.”(8)

Otra de las funciones del Terapeuta Ocupacional es detectar e identificar precozmente signos de alarma para realizar un diagnóstico temprano, implementar un tratamiento adecuado, resolver situaciones conflictivas y/o detectar alteraciones en el desarrollo.

#### ***2.4). Críticas a la meta “Atención Primaria de la Salud Para Todos En El Año 2000”***

De acuerdo con lo tratado en la Conferencia de Alma-Ata, realizada en el año 1978, se estableció “*Salud para todos en el año 2000*”.

Actualmente, esta política de salud no concuerda con la realidad existente en nuestro país. Las medidas económicas y políticas impuestas por el estado actual no priorizan la situación de salud de la comunidad. Una de las consecuencias de dichas medidas es el deterioro del sistema de salud, el cual ha tenido que modificar sus objetivos de acción.

En estos últimos años, se ha incrementado la diferencia entre la clase social baja y alta, incorporándose la clase media al sector de desempleo o subempleo, determinando así el aumento de la población de riesgo para la cual el acceso a los servicios de salud le resulta más dificultoso.

Aún hoy, siguen y se han agudizado las diferencias en la atención sanitaria. Existe un alto porcentaje de la población que no es atendida, debido a la no disponibilidad de los servicios de salud y por la creciente demanda poblacional.

Hay cierta tendencia a la comercialización del desarrollo científico y tecnológico, lo cual hace que las oportunidades de alcanzar los recursos sanitarios no sean iguales para todos los individuos de una misma comunidad.

En esta realidad se inserta el accionar del Terapeuta Ocupacional como agente sanitario en la población maternoinfantil, quien debe enfrentar esta situación, utilizando

los recursos que tiene a su alcance para detectar tempranamente niños en riesgo de sufrir alteraciones o retrasos en las primeras etapas del desarrollo.

**Referencias bibliográficas:**

- 1) *Declaración de Alma-Ata*. Revista Salud Mental. Art. 1. Agosto-Septiembre 1998.
- 2) Starfield, B. *Atención Primaria de Salud*. Ed. Masson. Cap.3 Pág.51.
- 3) Kroeger, A; Luna, R. *Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos*. OPS. Ed.Pacta. México. 2º Ed. Pág. 9.
- 4) Zurro, AM; Cano Pérez, JF. *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*. Ed. DOYMA. Barcelona 1986. Pág.31.
- 5) Op. Cit. Kroeger, A; Luna, R.
- 6) Material del Curso de Introducción de Medicina Gral. y Familiar. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Fac. de Cs. Médicas. Universidad Nacional La Plata. Módulo II Pág. 94
- 7) Veyra, ME; y cols. *T.O en Atención Primaria de Salud en la población maternoinfantil*. Municipalidad del Pdo. Gral. Pueyrredón. 1999. Pág. 1.
- 8) Op. Cit. Veyra, ME y cols.



# **CAPÍTULO 3**

## **DESARROLLO, MADURACIÓN Y CRECIMIENTO**

## Capítulo 3

### Desarrollo, Maduración y Crecimiento

#### 3.1). *Concepto y Características del Desarrollo*

“El *desarrollo* del niño es un proceso de cambio en el que el niño aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimientos, pensamientos y relación con los demás”.

El *desarrollo* tiene varias características:

- ***Es un proceso multidimensional:***
  - *Dimensión física:* capacidad para moverse y coordinar los movimientos.
  - *Dimensión intelectual:* capacidad para pensar y razonar.
  - *Dimensión emocional:* capacidad para sentir.
  - *Dimensión social:* capacidad para relacionarse con los demás.
- ***Es un proceso integral:*** los diferentes elementos del desarrollo del niño están interrelacionados y deben ser considerados en su conjunto, los cambios que producen en una dimensión influyen en las otras y viceversa.
- ***Se produce en un proceso de interacción:*** el desarrollo ocurre cuando el niño responde a sus ambientes biológico, psicológico y social, aprende de ellos e interactúa con ellos; la interacción ocurre con las cosas y las personas. El niño contribuye a conformar su propio medio, toma iniciativa e influye sobre el ambiente. Este hecho es vital para comprender cómo la salud y la nutrición se ven afectadas por el desarrollo psicológico y social del niño y viceversa.
- ***Se ajusta a determinado patrón:*** el cual sin embargo es único en cada caso.

Todos los niños se desarrollan, y existe una secuencia general o esquema de desarrollo. No obstante, la velocidad, las características, y calidad del desarrollo varían de un sujeto a otro. (1)

Según Cusminsky, "el *desarrollo* es un proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de las funciones". (2)

El *desarrollo* es un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas estructuras se van modificando constantemente. El niño va adquiriendo mayor autonomía, va siendo más independiente, a la vez que se incrementa la capacidad de comunicación con su familia y la sociedad.

El niño es un individuo en proceso de *crecimiento y desarrollo*. Desde que nace, es un ser activo y su comportamiento está organizado: siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo con su edad y características individuales.

El *desarrollo* normal es integral y armonioso, cada fase o cada función puede aparecer en diferentes tiempos.

### **3.2). Concepto de Maduración y Crecimiento**

"Se entiende por *crecimiento* al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez."

"El *crecimiento* es el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular." (3)

Cusminsky considera al *crecimiento y desarrollo* como dos conceptos que se entremezclan, dado que ambos se refieren a un mismo resultado: la *maduración* del organismo.

La *maduración* es el proceso de adquisiciones progresivas de nuevas funciones y características, se inicia con la concepción y finaliza con el estado de adultez.

El concepto de *maduración* se diferencia del de *crecimiento* ya que éste se caracteriza por el aumento de tamaño y se mide en centímetros, kilogramos, etc. La *maduración*, en cambio, se mide por la aparición de funciones nuevas (caminar, hablar, sostener la cabeza) o de eventos (aparición de un diente).

No todos los niños terminan su *crecimiento* con el mismo peso o con la misma altura, en cambio todos los niños terminan su *maduración* con la adquisición de todas las funciones y características de la adultez.

La medición del *crecimiento* se realiza mediante medidas antropométricas como el peso y la estatura (mide el aumento de tejido óseo). El peso refleja la acumulación o aumento de diferentes tejidos del organismo. Es uno de los parámetros más significativos de su progreso regular y constante, indica un buen estado de nutrición aunque no sea el único método.

El niño al nacer pesa 2,800 gr. a 3,200 gr. en promedio. Al 6° mes de edad duplica el peso del nacimiento; al 12° mes triplica el peso; a los 2 años lo cuadruplica. Luego aumenta 2 a 3 Kg. por año hasta la pubertad. En la adolescencia, los hombres aumentan 20 Kg. y las mujeres, unos 15 kg. El peso definitivo, aunque muy variable se alcanza después de la talla definitiva.

Durante el proceso de *crecimiento* intervienen una serie de factores relacionados con el ambiente y el propio individuo, los cuales según las circunstancias favorecen o dificultan al mismo.

Existen ciertos factores que regulan el *crecimiento*. Los mismos están interrelacionados y se complementan unos con otros, es decir, la prevalencia de un factor puede influir sobre otro, afectando positiva o negativamente al *crecimiento* del niño.

- *Factores nutricionales*: se refiere a una adecuada calidad y cantidad de alimentos ricos en nutrientes, y la capacidad de utilizarlos para favorecer el *crecimiento* y *desarrollo*.
- *Factores socioeconómicos*: el disponer de escasos recursos económicos podría influir sobre el *crecimiento*.
- *Factores emocionales*: se necesita de un ambiente socio-afectivo adecuado para favorecer el *crecimiento* del niño desde su nacimiento.
- *Factores genéticos*: permite la diferenciación de características del *crecimiento* (peso, talla) entre ambos sexos.
- *Factores neuroendócrinos*: los desequilibrios de la regulación endócrina van a afectar al *crecimiento* y *desarrollo*, acelerando o retrasando este proceso.

### **3.2.1). Peso**

El peso es la medición más exacta y más fácil, con la cual se puede llegar a conocer las variaciones más significativas del crecimiento. El peso por edad es una medida conveniente empleada sobre todo en lactantes y en niños pequeños, con la que

se puede observar cambios muy significativos, ya sea el deterioro o mejora del estado de salud del niño.

El peso por longitud es una medida más específica con respecto a la medición del peso solo. No obstante, para comprobar los progresos hechos por un solo niño, el peso por estatura no ofrece ventajas con respecto al peso por edad.

Para registrar el peso de los niños desde su nacimiento hasta su adolescencia se utilizan gráficos estandarizados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Los valores utilizados en estos gráficos están representados por percentiles, los cuales permiten detectar tempranamente casos de riesgo, malnutrición, o valores de peso normal de niños de cualquier lugar del país. Los gráficos de peso por edad están diseñados con valores diferenciando el sexo, aunque la interpretación de los datos es similar para ambos. Los valores que contemplan estos gráficos tienen como límite inferior el percentil 10, por debajo de este se hallan dibujadas curvas que representan déficit de peso entre el 25 y 40 %. De esta manera se permite visualizar el grado de desnutrición según su gravedad. Entre el percentil 10 y 90 se hallan las curvas normales de peso. Sobre el percentil 90 se halla la curva de sobrepeso.

### **3.2.2). Curva de crecimiento**

Alrededor del 2° o 3° año, el *crecimiento* es bastante irregular, ya que en el 2° año es de unos 12 cm. y en el 3° año es de 8-9 cm., y el aumento de peso oscila entre 2 y 2,5 Kg. cada año.

Durante los primeros tres años de vida, la velocidad del *crecimiento* desarrollada es mayor que en los años subsiguientes; a partir de los tres años la velocidad es constante hasta los nueve años.

El aumento de mayor velocidad del *crecimiento* se produce alrededor de los doce años en las niñas y alrededor de los catorce años, en los varones.

En ciertos períodos del *crecimiento*, además de un mayor aporte energético-proteico, se requiere de atención psicoafectiva individual.

Los períodos de mayor riesgo que pueden alterar el *crecimiento* se producen durante todo el período prenatal, los dos primeros años de vida y la adolescencia.

### 3.2.3). *Períodos de Crecimiento*

#### *Período de crecimiento intrauterino:*

- *Período embrionario:* comprende desde la fecundación hasta la 12° semana de vida intrauterina. Es un proceso muy sensible a ciertos factores (radiaciones, drogas, alcohol y enfermedades infecciosas).
- *Período fetal:* comprende desde la 13° semana hasta la 40° semana, período por el cual las carencias nutricionales y ciertas enfermedades pueden afectar sensiblemente al crecimiento fetal.

#### *Período de crecimiento postnatal:*

- *Primera infancia:* comprende desde el nacimiento hasta los 3 años. Es una etapa de riesgo, sensible a las carencias nutricionales, infecciones y otras enfermedades.
- *Segunda infancia o intermedia:* comprende desde los 3 años hasta el comienzo de la edad puberal. La velocidad de *crecimiento* se mantiene constante, se producen cambios en la motilidad fina y la adquisición del conocimiento.
- *Etapa de aceleración o empuje puberal:* durante esta etapa el niño sufre grandes cambios en su constitución semiótica y su desarrollo psicosocial.
- *Fase de detención del crecimiento:* es el fin de un proceso complejo que se inicia en el momento de la concepción y finaliza en la mitad de la 2° década de la vida.

El *crecimiento* puede detenerse o retrasarse en cualquiera de los períodos antes mencionados, por diversas causas (enfermedades, daños, infecciones). Una vez que esa causa desaparece se produce una aceleración del *crecimiento* llevando a la recuperación del *crecimiento* perdido. Es lo que se define como "***crecimiento compensatorio***".

Las posibilidades de que un niño presente o no *crecimiento compensatorio* depende de cuatro factores:

- *Naturaleza del daño.*
- *Duración del daño:* cuanto más prolongada sea la enfermedad o carencia, menores serán las posibilidades de presentar *crecimiento compensatorio*.
- *Edad del niño:* cuanto mayor sea el niño, las posibilidades de *crecimiento compensatorio* son menores.

- *El potencial individual del niño*: determinado por características individuales y genéticas.

### **3.3).Riesgo Socio-Ambiental**

La detección oportuna de los *factores de riesgo* dentro de una comunidad, es fundamental desde la Atención Primaria de Salud, para priorizar la salud y reorganizar los servicios sanitarios.

Se define como *factor de riesgo* a “toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso.”(4)

En toda comunidad existen diferentes *factores de riesgo*, que pueden afectar a los grupos más vulnerables de la misma.

Los **factores de riesgo** pueden ser:

- *Biológicos*: madres multíparas, madres adolescentes, madres añosas, alteración del peso, desnutrición.
- *Ambientales*: vivienda precaria, falta de saneamiento ambiental, falta de agua potable, difícil acceso a los servicios de salud.
- *De comportamiento*: drogadicción, alcoholismo, violencia familiar, delincuencia. En los niños destete tardío, prolongación de la lactancia exclusiva, destete precoz, familia numerosa.
- *Relacionados con la atención de la salud*: baja calidad de atención, cobertura insuficiente.
- *Socioculturales*: bajo nivel educativo.
- *Económicos*: desempleo, subempleo.

Un niño que nace y se desarrolla en una población de riesgo tiene mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su salud.

Si durante las primeras etapas de la vida los hábitos alimentarios son inadecuados puede estar afectado el desarrollo armónico, y también se puede afectar el crecimiento, manifestándose en la curva de peso y talla.

Por lo tanto, la suma de estos factores de riesgo hace referencia a situaciones del niño no adecuadas o adversas para un desarrollo normal del mismo.

**Referencias bibliográficas**

- 1) Myers, R. *Los Doce que Sobreviven*. O.P.S.. O.M.S.. 1993. Cap. 3.
- 2) Cusminsky, M; Lejárraga, H; y otros. *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*. O.P.S.. O.M.S.. Pág. 3 y 55. Serie Paltex N°8. 1994.
- 3) Op. Cit. Cusminsky, M; Lejárraga, H; y otros.
- 4) Op. Cit. Cusminsky, M; Lejárraga, H; y otros. Pág. 18.



# **CAPÍTULO 4**

## **DESARROLLO COGNITIVO**

## Capítulo 4

### Desarrollo Cognitivo

La psicología cognitiva, surgió en EE.UU. en la década de los 50', y se consolidó académicamente durante los años 60.

A la psicología cognitiva se la define "como el procesamiento de la información. Se distinguen estructuras y procesos cognitivos, y la mente pasa a concebirse como un sistema activo que procesa la información.

Se consideran los procesos cognitivos como complejos programas internos que controlan la secuencia entre la entrada y la salida de la información". (1)

Los enfoques cognitivos que surgieron a partir de la teoría cognitiva, actualmente se los puede dividir en dos amplios campos:

- a. *Modelo Cognitivo Asociacionista.*
- b. *Modelo Constructivista.*

a. En el *Modelo Cognitivo Asociacionista* se encuentran las "teorías del procesamiento de la información, las cuales asumen que el individuo activamente se apodera del ambiente y actúa como un científico para determinar cual es la respuesta ante las demandas contextuales y ambientales. Conciben a la personalidad desde una postura lineal y racional. El gran impulso para la integración de las cogniciones esta dado por las terapias de aprendizaje cognitivo. Las cogniciones tienen un fuerte rol causal en esta concepción, resultan vitales para comprender los desordenes emocionales". (2)

b. A partir del *Modelo Constructivista* Piaget elabora su teoría: el autor define al conocimiento como "una interacción entre el sujeto y el objeto, la cual producirá a través de una serie de mecanismos básicos, el conocimiento". (3)

La teoría se centra en la construcción del conocimiento a través de la interacción. Una de sus ideas principales es la equilibración. Este proceso supone la acción de mecanismos que permite un estado de menor conocimiento a uno de mayor

conocimiento. En su teoría menciona dos mecanismos la acomodación y la asimilación recíproca o abstracción reflexiva.

Según Piaget, “no existen estructuras cognoscitivas a priori o innatas, solo es hereditario el funcionamiento de la inteligencia, y este solo engendra, o crea, estructuras a través de la organización de acciones sucesivas ejercidas sobre los objetos, de ahí que su teoría se constituye en el constructivismo”. (4)

El conocimiento surge de la acción, y toda acción al repetirse, genera un esquema.

La construcción del conocimiento se va formando por etapas graduales. Al comienzo, un periodo *sensoriomotriz*, que se extiende desde el nacimiento hasta los 2 años, período netamente biológico, que se basa en la lógica de las acciones. Entre 2 y 7 años se encuentra el período *pre-operatorio*, en el que aparece la función semiótica (lenguaje, símbolos de juego, imágenes), fase de representación de los objetos, con el descubrimiento de funciones entre co-variaciones de los fenómenos, pero todavía sin reversibilidad, ni conservaciones. Estas aparecen durante las *operaciones concretas*, entre 7 y 10 años, se constituyen agrupamientos concretos. A los 11-12 años, se observa una lógica proposicional hipotético- deductivo, y existe la noción de reversibilidad.

El progreso de los conocimientos es el resultado de una autorregulación, que Piaget denomina “equilibración”.

El conocimiento deviene entre otros anteriores, en donde existe un conocimiento inicial e innato que tiene su origen en lo biológico.

En su comienzo surge el funcionamiento biológico y luego continúa el funcionamiento cognitivo.

Cuando un hombre nace, su sistema cognitivo está indiferenciado del biológico y su interacción con el medio se posibilita a través de siete sistemas abiertos que son los cinco sentidos (visión, audición, gusto, tacto y olfato) y dos instintos básicos (prensión y succión). Son sistemas abiertos porque mantienen un flujo continuo de intercambios con el medio. Son sistemas incompletos, esta incompletud lo impulsa a la acción, a la búsqueda constante de encontrar el elemento necesario para su cierre. Para que se produzca el cierre es necesaria la incorporación de elementos. A estas incorporaciones las llama “*asimilaciones*”, implican para el sistema una necesidad de adaptarse a las características de los elementos extraños a él, produciendo una modificación o acomodación de sus características”. (5)

La función de los mecanismos cognitivos consiste en la búsqueda del cierre definitivo de los "sistemas abiertos" con la intención de ampliar el sistema cognitivo. La apertura o el cierre de un sistema depende de la información genética. La apertura del sistema cognitivo indica la incorporación de objetos externos para que logre su cierre. El organismo no sabe cuál es el elemento adecuado, entonces, debe incorporar elementos para lograr su cierre.

A estas incorporaciones Piaget las denomina *asimilación*, proceso de integración a estructuras previas, que se pueden modificar o no, sin ser destruidas, pero sí acomodándose a una nueva situación. El organismo se debe adaptar a los elementos extraños a él, produciendo una modificación o acomodación de sus características iniciales. El sujeto debe crear para cerrar, pero este proceso produce más aberturas, esta incesante actividad de incorporación de elementos externos al sistema asegura la extensión creciente del medio, lo que es responsabilidad del proceso de equilibración.

Piaget denomina "*esquema de acción*" a lo que, en una acción, es transponible, generalizable y diferenciable de una situación a la siguiente, lo que hay de común en las diversas repeticiones o aplicaciones de la misma acción". (6) El sujeto conoce y se conoce a sí mismo a través de la acción (esquema de acción, esquemas representativos, operacionales). Acción es cualquier modificación que el sujeto impone al objeto, pueden ser físicas (cuando se aplica un esquema de acción como tirar, frotar, chupar), o interiorizadas (cuando las actividades son mentales).

El contenido de estos esquemas, depende del medio y de los objetos o acontecimientos a los que pertenece. Introducen en el sujeto una novedad.

Los desequilibrios cumplen un papel fundamental en el desarrollo. Permiten progresos, ya que obligan al sujeto a superar su estado actual y crear un nuevo estado. La verdadera fuente de progreso está en la *reequilibración*.

El estado de equilibrio se rompe a través de las perturbaciones, estas desencadenan regulaciones, y luego se intenta restablecer el equilibrio.

El desarrollo cognitivo no se puede dissociar del crecimiento físico, ambos se complementan porque para alcanzar un estado de equilibrio superior se necesita, por un lado de la integridad y maduración del sistema nervioso y endócrino, por otro la adquisición e influencia de un ambiente social favorable, es decir, que el desarrollo de las funciones psíquicas comienza desde el nacimiento y continúa hasta la adultez.

Según Piaget, los factores del desarrollo son:

- a. El crecimiento orgánico y la maduración del complejo formado por el sistema nervioso y endócrino.
- b. Un segundo factor, es el papel del ejercicio y de la experiencia adquirida en la acción efectuada sobre los objetos. Es un factor necesario y esencial hasta la formación de las estructuras lógico-matemáticas que infiere sobre los objetos con la finalidad de reconocer los resultados de la coordinación de las acciones.
- c. El tercer factor fundamental, es el de las interacciones y transmisiones sociales. La socialización contribuye a la evolución del desarrollo mental, en donde el niño está en permanente contacto con el medio, en constante asimilación activa.
- d. Otro factor es el mecanismo interno. Se refiere a un constante proceso de equilibración, ante las perturbaciones del medio que lo rodea, el niño vive una serie de compensaciones activas, de regulación retroactiva y anticipatorio.

También incluye como factor de este proceso el desarrollo de la afectividad y la motivación. Toda conducta tiene como móvil estos factores, y a la vez no hay estados afectivos sin intervención de percepciones o de comprensión que constituya la estructura cognoscitiva.

“El niño no hereda ninguna capacidad mental formada, solo una forma de responder al ambiente.”(7)

Los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo integral del niño, período en el cual se experimentan las primeras vivencias, que permiten al ser humano la individualización, teniendo en cuenta las características heredadas, etapa que comprende el *Período Sensorio-Motriz*.

Desde el nacimiento, la socialización es importante. Este proceso se inicia con la interacción con sus padres y grupo familiar, y continúa ampliándose con la incorporación de otros grupos, cuya influencia incidirá en la formación del niño.

Por lo mencionado, Piaget considera al *Período Sensorio-Motriz*, que comprende desde el nacimiento hasta los 2 años de edad, como período esencial para un favorable desarrollo de la inteligencia en las etapas siguientes.

#### **4.1). Periodo Sensorio-Motriz (de 0 a 24 meses de edad)**

“La *Inteligencia Sensorio-Motriz* (ISM), es la capacidad de resolver problemas a partir de las actividades en las que interviene sobre todo la percepción, actitudes (tono), y los movimientos sin evocaciones simbólicas (antes de la aparición del lenguaje)”. (8)

Este período se caracteriza por una progresión sucesiva de estadios. “Cada estadio constituye, pues, por las estructuras que lo definen, una forma particular de equilibrio y la evolución mental se efectúa en el sentido de la equilibración cada vez más avanzada”. (9) Los mismos se constituyen por determinadas conductas que superan a las del estadio anterior.

Se comienza con un período de movimientos espontáneos y reflejos hasta lograr la adquisición de hábitos, y de estos a la inteligencia.

Al principio, el sujeto y objeto no están diferenciados, el universo no presenta objetos permanentes, ni tiempo que relacione los acontecimientos, ni causalidad exterior a las propias acciones, ni espacio objetivo. Al finalizar este período el sujeto es un objeto más entre ellos, el universo es estable y exterior, y el espacio es un continente.

En este período Piaget describe seis estadios:

##### **Estadio I: “*Adaptaciones sensorio-motrices elementales*”**

Comprende desde el nacimiento hasta el 2º mes de edad.

Se manifiestan unas pocas actividades compuestas por un conjunto de reflejos de carácter hereditario. Los mismos se relacionan con la nutrición, motricidad, coordinación, etc.

Los reflejos no expresan una pasividad única, sino que corresponden a la primera actividad del bebé. La conducta refleja no es intencional, no va dirigida a algo. La permanente ejercitación lleva al funcionamiento adaptado de este reflejo.

La acomodación se produce por la continuidad del reflejo y los progresos efectuados. Existe una acomodación gradual a la realidad del mundo exterior.

La consolidación de los reflejos conduce a los primeros hábitos. Con su aparición se accede al Estadio II.

##### **Estadio II: “*Primeras adaptaciones adquiridas y las reacciones circulares primarias*”**

Comprende del 2º al 4º mes de edad.

A través de la experiencia, surgen los primeros hábitos, que constituyen nuevas conductas.

Estas conductas no son inteligentes, les falta intencionalidad (no hay diferenciación entre medios y fines) y movilidad, no son puramente orgánicas porque agregan al reflejo un elemento externo.

Los hábitos se construyen por la repetición, incorporando nuevos elementos, constituyendo totalidades más amplias.

“La reacción circular primaria es un ejercicio funcional que conduce a mantener o a redescubrir un resultado nuevo interesante, pero solamente sobre el propio cuerpo del bebé.” (10)

No diferencia medios y objetos, y la actividad se basa en esquemas sensorio-motrices, que carecen de carácter intencional.

En estos dos primeros estadios no se observan conductas con respecto al objeto desaparecido. Se conocen grupos estables, el sujeto reconoce su reacción, antes que el objeto como tal.

El espacio en este momento, no es continente, sino que tantos espacios prácticos como actividades realiza el bebé (espacio táctil, visual, bucal). No es posible considerar tamaño, distancia, posiciones relativas, y no se perciben relaciones espaciales entre los objetos.

### Estadio III: *“Las adaptaciones sensorio-motrices intencionales”*

Comprende del 4º al 8º mes de edad.

En este estadio las reacciones circulares son secundarias y se diferencian de las primarias porque la relación entre lo que el niño percibe y las actividades con sus manos están mejor coordinadas. La actividad está dirigida a los resultados de los actos y no a la actividad como tal. Comienza a relacionar unos objetos con otros, se coordinan los esquemas de visión, prensión, succión. Las reacciones circulares secundarias son los primeros indicios de los verdaderos actos de inteligencia, con la aparición de las relaciones intencionales entre las actividades del niño y los objetos.

Todavía los descubrimientos del niño son realizados al azar, sin ningún objetivo preestablecido, la repetición sigue siendo la única necesidad.

Se observa el inicio de permanencia de objeto, se describen cinco conductas intermediarias necesarias para que se produzca la búsqueda activa de sus objetos desaparecidos.

- Acomodación visual a los movimientos rígidos:
  - a) sigue con la mirada el recorrido de un objeto cuando cae.
  - b) reacciona al desplazamiento de los objetos cuando desaparece del campo visual.
- Prensión interrumpida:
  - a) sigue con la mano los objetos cuando se le escapan, aunque no los vea, prolonga la acción, no es búsqueda de objeto desaparecido.
- Reconstruir un todo invisible a partir de una fracción visible.
  - a) el buscar y reconocer un objeto por una parte visible indica una solidificación de la cosa percibida y cierta permanencia.
- Reacciones circulares diferidas:
  - a) el niño puede jugar, interrumpir la acción y volver a retomarla. Hay permanencia del esquema, el objeto está a disposición de la acción.
- Supresión de obstáculos que impiden la percepción (5-7 meses):
  - a) comienza el juego de esconder, más que buscar el objeto escondido; pretende que su percepción no esté limitada.

### Construcción del espacio

Los grupos comienzan a coordinarse por la influencia de la prensión, garantiza un comienzo de permanencia de objeto. Cuando manipula el objeto imprime movimientos sistemáticos, ignora sus propios desplazamientos, excepto el de las manos.

El bebé aprende a actuar con las manos, se ve actuar en los desplazamientos de los objetos, en el contacto con las manos.

Los comportamientos de este estadio, consideran grupos subjetivos porque los objetos dependen de la acción del sujeto que se ignora como tal. El espacio se ve limitado por la zona de acción. Comienza a diferenciar un espacio próximo de uno lejano.

**Estadio IV: "La coordinación de esquemas secundarios y su aplicación a nuevas situaciones"**

Comprende del 8° mes al 12° mes de edad.



Se puede predecir el inicio de un acto inteligente, porque ya no se tratará de una simple repetición para obtener resultados interesantes.

En esta etapa el niño comienza a prever lo que va a pasar sobre los acontecimientos. No es todavía una deducción. Los progresos aparecen con una forma más activa de explorar los objetos y de poner su atención en aquellos que él puede comenzar a distinguir: objeto a alcanzar, obstáculo que se opone, medio o intermediario para resolver la dificultad.

Coordina reacciones circulares secundarias, se propone un fin.

Busca los objetos pero no tiene en cuenta los desplazamientos visibles.

El fin se antepone a los medios, utiliza esquemas conocidos y ante situaciones nuevas coordina medios y fines.

### Construcción del espacio

Hay un pasaje desde grupos subjetivos a grupos objetivos, pero todavía no son totalmente objetivo porque el objeto no es totalmente permanente, y los desplazamientos siguen siendo subjetivos porque el objeto es buscado donde se tuvo éxito la primera vez.

Se establecen relaciones entre los objetos. El bebé empieza a combinar los desplazamientos de los objetos (por ejemplo aparta un obstáculo que le impide acceder al objeto). Aprende a rotar los objetos y adquiere la noción de revés (por ejemplo esconder y buscar los objetos).

### **Estadio V: "La reacción circular terciaria y el descubrimiento de los medios nuevos por experimentación activa"**

Comprende del 12° al 18° mes de edad.

En este estadio se manifiesta un acto de inteligencia empírica y se inician conductas instrumentales en vista a una solución de problemas nuevos. Son conductas que constituyen las formas más elevadas de la actividad sensorio-motriz antes de la aparición de la inteligencia representativa.

Los esfuerzos del niño comienzan a estar más dirigidos, controlados y el nuevo es interesante en sí mismo. Produce estrategias creadas por él mismo. Se trata de una reacción circular terciaria.

Sus acciones constituyen experiencias para ver, no trata de repetir, sino hacerlo varias veces para ver que ocurre.

Toma en cuenta los desplazamientos sucesivos, siempre que sean visibles.

### Construcción del espacio

El niño adquiere la noción de desplazamientos de los objetos, unos en relación con otros, se elaboran los grupos objetivos.

Empieza a tener conciencia de sus propios desplazamientos, no es un grupo representativo, se refiere a los desplazamientos percibidos y no tiene en cuenta los que se producen fuera de su campo perceptual.

#### Estadio VI: "*Invención de medios nuevos por combinación mental*"

Comprende del 18° al 24° mes de edad.

Este último estadio marca el fin del estadio sensorio-motriz de la inteligencia y la transición hacia el período de la inteligencia representativa dentro de las operaciones concretas. Representa el momento en el cual hay conciencia de las relaciones entre los objetos lo que permite una representación mental, es decir, una invención procedente de una combinación mental.

Se produce la interiorización de esquemas de acción.

Representación de objetos invisibles, lo que permite la noción de objeto permanente.

El niño puede dirigir la búsqueda por medio de la representación, deduce los desplazamientos; la permanencia no depende de la acción.

Puede combinar mentalmente relaciones especiales entre los objetos, lo que permite la invención de nuevos medios.

Llegada a esta etapa, la inteligencia sensorio-motriz va a transformarse en una inteligencia reflexiva o representativa.

### Construcción del espacio

Hay representación de movimientos, tanto de los del propio cuerpo como de los desplazamientos del objeto.

El espacio es un medio inmóvil.

Por un lado se construye la inteligencia, y por otro se van generando otros productos: las nociones, los conceptos.

La construcción de lo real, significa que no hay conocimiento espontáneo de las cosas, el mismo es construido por el mecanismo de asimilación y acomodación.

La noción de objeto permanente significa reconocer del objeto las siguientes características:

- Sustancialidad (es el aporte material).

- Delimitación (el objeto está delimitado dentro de la acción de un sujeto).
- Exterioridad (tiene existencia objetiva; depende de la acción de un sujeto).
- Permanencia (existe independientemente de la percepción del sujeto).
- Constancia de tamaño.
- Constancia de forma.

La formación del espacio, en este primer período (sensorio-motriz), es la organización de los movimientos, de los esquemas de acción a una estructura de grupo: "el grupo práctico de desplazamientos".

*Grupo*: definido como una estructura matemática, que Piaget la utiliza para expresar determinadas relaciones.

*Práctico*: definido como los desplazamientos sucesivos que se refieren al sujeto y objeto.

Las leyes que se deben cumplir para que se dé una estructura son:

- Aditividad (dos elementos pueden componerse entre sí y engendrar un nuevo elemento del mismo grupo).
- Reversibilidad (cada operación directa implica una inversa).
- Asociatividad (la composición de operaciones es asociativa, puede realizar trayectos diferentes para alcanzar un fin).

El *Grupo Práctico de Desplazamientos* supone la noción permanente y una descentración que termina cuando el sujeto pueda incluir objetos dentro del sistema y reconocer los movimientos propios y los movimientos del objeto.

La construcción del espacio, tiempo y causalidad se continuarán en el plano de la representación.

***Referencias bibliográficas***

- 1) Lic. Troglio, M. Psicoterapia Cognitiva. Ficha de circulación interna. Cátedra Psicología Cognitiva. Fac. de Psicología. U.N.M.d.P.. Marzo 1997.
- 2) Op. Cit. Lic. Troglio, M.
- 3) Urquijo, S. Ficha circulación interna Psicología Cognitiva. Cátedra Psicología Cognitiva. U.N.M.d.P.. 1997.
- 4) Op. Cit. Urquijo, S.
- 5) Op. Cit. Urquijo, S.
- 6) Op. Cit. Urquijo, S.
- 7) Op. Cit. Urquijo, S.
- 8) Oirberman, A.; Mansilla, M.; Orellana, L.. Nacer y Pensar, Manual de la E.A.I.S., 6 meses a 2 años. Ed. CIIPME-CONICET. Bs. As. 2002. Vol. II. Pág. 12.
- 9) Piaget, J. Seis estadios de psicología. Ed. Planeta. Argentina. 1964. Barcelona. España. Pág. 15.
- 10) Op. Cit. Oiberman, A; Mansilla, M.; Orellana, L.

# **CAPÍTULO 5**

## **DESARROLLO PSICOAFECTIVO**

## **Capítulo 5**

### **Desarrollo psicoafectivo: La Importancia del ambiente facilitador**

Un niño, según Winnicott, desde el período de gestación y sobre todo al momento del nacimiento, se encuentra en un estado de total dependencia biológica y psicoafectiva con su madre y el ambiente que lo rodea.

Este autor refiere que, de acuerdo a la calidad de la relación que se establezca entre la madre y el hijo, le permitirá a éste ir logrando un estado de independencia. La primera exposición del lactante al mundo humano consiste simplemente en aquellos actos que la madre le brinda con su cara, su voz, su cuerpo y sus manos. De acuerdo a estos actos que realiza la madre, le proporciona a su hijo las primeras experiencias de comunicación e interrelación humana.

Stern, coincide con Winnicott al considerar que el niño comienza a construir su conocimiento y experiencia a través de la presencia, voz, rostro humano y el significado de los comportamientos.

Winnicott, afirma que el proceso de independencia (biológica y psicoafectiva) se desarrollará eficazmente si existe un ambiente que sea capaz de brindarle experiencias suficientemente buenas, lo que denomina "ambiente facilitador", en el cual la madre, primer vehiculizador hacia el mundo externo, decodifica el significado de sus comportamientos y en el momento oportuno brinda cuidados, estímulos y afecto adecuados. Formando parte de ese entorno dentro del cual el bebé inicia su tránsito en ese mundo, se crean espacios diferentes del que tenía en el momento de gestación. Es importante este espacio que rodea al bebé caracterizado por las actividades y vínculos en el que él interviene entre personas que influirán en su crecimiento. Un lugar codiciado ocupa la madre que al comunicarse con su hijo pone su propia historia. El bebé depende de esa presencia para aliviar las tensiones que le produce el hambre y otros estímulos displacenteros provenientes del interior de su cuerpo. Así la madre le provee otros estímulos excitantes mediante el íntimo contacto con el pecho. Por medio

de esta compleja relación se produce el entorno por el cual el bebé crece complementándose con otros aspectos y espacios que conforman la vida.

Para Winnicott, es esencial la existencia de una madre sensibilizada, que desde el momento del nacimiento, es capaz de decodificar y satisfacer las demandas de su hijo. A esta condición psicológica de la madre, la denomina “preocupación maternal primaria”, quien va a permitir que se desarrolle el proceso de estructuración del yo. La preocupación maternal primaria tiene su origen en la gestación hasta las primeras semanas de vida del bebé, caracterizada por la posibilidad de la madre de identificarse totalmente con las necesidades del niño. En este momento la madre tiene la capacidad de crear en el bebé la “ilusión” de que es él el que crea el objeto, que satisface sus necesidades (pecho). Luego la madre tiene que ir desilusionándolo gradualmente, no adaptándose tan perfectamente a las demandas del mismo.

Hochman, designa al pasaje de total dependencia (biológica y psicoafectiva) del niño a un estado de independencia, como "proceso de personación, definido como la evolución que concluye en el sentido de la persona propia y la del otro." (1) En un primer momento, menciona que existe un estado fusional en la relación madre-feto, estado simbiótico.

Con el nacimiento, se produce la ruptura de esta relación simbiótica, la cual crea un desorden repentino. Durante el período de lactancia sobreviene un período de reestructuración mediante diferentes intercambios (sonrisa, caricia, succión) y se vuelve a construir una nueva entidad fusional, de esta manera el niño se encuentra en una extrema dependencia biológica y afectiva, en tanto no puede sobrevivir sin la presencia del adulto. Esta relación madre-hijo evoluciona gradualmente, donde el niño adquiere una personalidad más autónoma, la madre se separa de él, y se van diferenciando a través de los mismos intercambios que en una etapa anterior fusionaron esta relación madre-hijo.

“El niño progresivamente reconoce a su madre, y esta comienza a entender el lenguaje infraverbal de su hijo, aprende a descifrar sus mensajes, da sentido a sus gestos, sonrisas, gritos, balbuceos, e incluso a sus actividades esfinterianas. Esos intercambios hacen presentir la separación.” (2)

La adquisición del lenguaje le permite afirmar la diferenciación con su madre.

Lewis, hace referencia a la importancia de los cuidados de los padres y las relaciones sociales como precursores del desarrollo biológico y de la inteligencia humana, desde las primeras etapas de la vida. Para que esto sea posible se refiere a la

función primaria que consiste en la posibilidad de formar adhesiones o apegos que “es la capacidad intrínseca de establecer relaciones sociales en general y con la familia nuclear en particular.” (3)

“El apego es pues, un vínculo afectivo que se forma entre dos personas, uniéndolas en el espacio y de duración mas o menos prolongada...”

“La conducta del apego es aquella que favorece la proximidad o el contacto con la figura o figuras con quienes se establece el nexó. Incluye señales (llanto, risa, vocalizaciones), movimientos (ver, seguir, acercarse) y contactos (asirse, abrazarse).”(4)

Desde el período de gestación, la herencia y el ambiente interactúan e influirán en las futuras conductas y motivaciones del niño. Cuando nace posee ciertos rasgos conductuales debido a la interacción genética y del ambiente los cuales lo caracterizan.

Durante la concepción y en los primeros años de vida, la madre es la más importante del ambiente en el que se desarrolla el niño, los sentimientos, experiencias, motivaciones, deseos e intereses que esta manifieste impactan en la relación con su hijo. El niño ante la percepción de las manifestaciones que le brinda su madre, responde de acuerdo a sus posibilidades.

La relación constante y mutua que se establece entre ambos permite el desarrollo integral del niño.

En lo que respecta al padre, la relación con su hijo se forma en un aspecto simbólico. El padre debe aprender de inmediato a conocer al bebé, a tomar confianza con él y a tener tiempo para dedicárselo exclusivamente, comportándose de forma espontánea, escogiendo la manera más acorde con su carácter y con su capacidad para establecer una relación con su hijo.

Hasta hace unos años, el padre era considerado como la personificación de la autoridad. Era prácticamente un extraño en los cuidados diarios de su hijo, y establecía con él una relación distanciada y formal. En los últimos años, las figuras del padre y de la madre se encuentran y se ayudan recíprocamente en el cuidado y en la atención del niño, creando un equilibrio que se refleja de forma positiva no solo en cada uno de ellos, sino en la serenidad y la armonía del núcleo familiar. Lo importante en esta red de relaciones que se crea en el interior de la familia, es que los padres actúen de común acuerdo, reservándose cada uno una imagen y un espacio propios respecto al niño, y evitando imponer sus roles y competir entre ellos. El niño debe percibir la figura de madre y su padre como dos identidades distintas pero igualmente fundamentales, cada uno a su manera, para su crecimiento.



Cuanto mayor es la armonía entre la pareja, menos dificultades tendrán para emprender juntos el deber de ser padres, así como para crear un equilibrio familiar.

El papel del padre sobre todo en los primeros meses, es primordialmente de apoyo y de cuidado de la madre para que ella pueda implementar la función de amamantar a su hijo.

La relación con la madre es de suma importancia, ya que es la primera y más intensa vinculación que se crea. Aunque el padre no participa directamente de la relación que ambos han mantenido, es vital que permanezca muy cerca de la madre y el hijo para ayudar a la madre emocionalmente y ocuparse de crear un espacio relajado en el que la relación entre ambos (madre-hijo) pueda permanecer sin interferencias. Más tarde le tocará al padre el rol de ayudar en la separación entre ambos, para que el niño pueda sentirse un individuo distinto y para que la madre pueda recuperar su identidad.

El vínculo del padre se fortalece cuando el vínculo madre-hijo es estable y seguro.

***Referencias bibliográficas:***

- 1) Material Circulación Interna T.O en Psicopatología Infanto-Juvenil. Fac. Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1998.
- 2) Op. Cit. Material de Circulación Interna.
- 3) Lewis, M. *Desarrollo Psicológico del Niño*. Ed. Interamericana. México. 1984  
Pág.16.
- 4) Op. Cit. Lewis, M. Pág.18.

# **CAPÍTULO 6**

## **IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE DE 0 A 24 MESES**

## **Capítulo 6**

### **Importancia de la alimentación en el lactante de 0 a 24 meses de edad**

“El niño integrará la plenitud de su crecimiento y desarrollo, si recibe una correcta alimentación en cantidad, calidad, adecuación y armonía, además del necesario afecto, estímulos y cuidados.” (1)

Cerveras y Trías definen a la alimentación como “la acción de tomar alimentos, sustancias que proporcionan a los seres vivos la energía, las materias primas y los compuestos químicos indispensables para el buen funcionamiento y regulación de los mecanismos vitales.”

“La nutrición es el conjunto de funciones que permiten incorporar materiales a las células...” (2)

Como consecuencia de un ritmo acelerado del crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida, es requisito fundamental una adecuada alimentación, pues constituye el periodo de la vida de mayor vulnerabilidad. Se le suma la inmadurez funcional de los órganos responsables por tener una menor tolerancia digestiva y metabólica, entonces, una nutrición inadecuada en este periodo del desarrollo, no solo tendrá como consecuencia trastornos nutritivos como malnutrición, intolerancia digestiva y patologías carenciales específicas (raquitismo, anemia ferropénica), sino que también podrá tener sus consecuencias en la adultez, por ejemplo: hipertensión, obesidad, aterosclerosis, etc.

Las necesidades nutricionales se relacionan con la velocidad del crecimiento, es decir, el niño cuanto más cercano esté al año del nacimiento, estas necesidades serán mayores.

Durante la niñez, los requerimientos para los diversos nutrientes cambian en función al sexo, etapa de maduración, la actividad física y la constitución corporal.

Los requerimientos nutricionales serán proporcionalmente mayores en los primeros meses de vida, con relación al peso, es decir, que al 5º mes duplicará su peso, y al año lo triplicará, independientemente de su percentil al nacer. La leche humana es

considerada el alimento ideal para el lactante, óptima para los niños durante los primeros meses de vida. Es el alimento fisiológico que ha permitido la supervivencia de la especie. Este concepto se afianza cada vez más como consecuencia de los progresos en el conocimiento de su composición química, sus propiedades inmunológicas y el inigualable estímulo en la relación madre-hijo. La lactancia natural presenta diversas ventajas nutricionales por su composición, proporcionando distintos nutrientes (hidratos de carbono, grasas y proteínas) de acuerdo a las necesidades del recién nacido y del lactante. También es esencial en el aumento del mecanismo inmunológico. Amamantar no sólo brinda beneficios físicos, sino también psicológicos, alimentar a pecho significa la continuación del vínculo establecido nueve meses antes, a través del contacto piel a piel, a la alineación de las miradas en el momento del amamantamiento y el surgimiento de las primeras formas de comunicación gestual y verbal se refuerza este vínculo entre la madre y el niño. Y a la madre le brinda la satisfacción de saber que su hijo recibe el mayor cuidado posible y que gracias a ese alimento que ella le provee, su hijo crecerá sano y protegido. Otra ventaja que presenta es la importancia de la prolongación de la lactancia, en países en vía de desarrollo como factor fundamental para disminuir la tasa de mortalidad infantil.

La integridad del sistema nervioso del niño es importante para su desarrollo, desde el nacimiento hasta la edad adulta. El transcurso de esta evolución está determinado por modelos genéticos del desarrollo y por los estímulos recibidos del medio ambiente.

Es un factor esencial del desarrollo integral del niño, la presencia de los reflejos desde el nacimiento, los cuales se integran y pasan a ser acciones voluntarias a partir de la estimulación que le brinda el medio y el avance del proceso de maduración del sistema nervioso. Contribuyen, además, a las primeras organizaciones del esquema corporal y a la formación de la personalidad del niño.

En el recién nacido, hay reflejos que están directamente relacionados con la alimentación, por ejemplo: el reflejo de succión, que permite la incorporación de la primera ingesta de alimentos. Inmediatamente después aparece el reflejo de deglución, obteniendo respuestas variadas, ya sea saciar el hambre, apaciguar un estado de tensión o de malestar, y experimentar sensaciones. Estos reflejos más el reflejo de búsqueda, son importantes para la ingesta de alimentos líquidos. La succión voluntaria comienza alrededor del 4º mes de edad, pero la coordinación funcional entre los movimientos de la lengua y los labios, se establece alrededor del 6º mes de edad para incorporar

alimentos semisólidos. La posibilidad de ingerir alimentos sólidos se logra alrededor del 7° mes de edad, al comenzar la masticación. Entre el 5° y 8° mes de edad, el niño aprende a reconocer los diferentes alimentos y los objetos que se asocian con ellos (taza, plato, cuchara), así, cada niño abordará esta situación de manera particular: placentero, displacentero, de exploración.

Con el logro de las pautas madurativas al 6° mes de edad, comienza el período de destete (pasaje del pecho a la cuchara), proceso gradual que dura varios meses, el cual se caracteriza por ser una etapa de cambio en la relación entre la madre y el niño, en el que ambos aprenden a comunicarse y relacionarse de diferente manera con el pecho. El niño adquiere una actitud cada vez más activa frente al medio y a la alimentación. La regulación del tono muscular, la adquisición de nuevas posturas (postura sedente, y luego postura bípeda), el control de movimientos libres y coordinados, permite que el niño desarrolle acciones voluntarias. En esta etapa del desarrollo, los reflejos pertenecientes al período de lactancia (succión, deglución, búsqueda) están integrados, y el niño es capaz de participar en el acto de la alimentación, tomando la comida con la mano y llevándosela a la boca, hasta lograr alimentarse independientemente con la utilización de utensilios, en un principio utiliza la cuchara, y luego tenedor y más adelante el cuchillo. La introducción de alimentos cumple más una función de aprendizaje que de nutrición. El bebé está aprendiendo a comer, y generalmente, en un principio, come muy poquitas cantidades. Aprende a anticipar las comidas, sabe cuándo la madre se dispone a amamantarlo o darle la comida.

El proceso del destete consiste en ir reemplazando las mamadas por los alimentos que corresponden a las diferentes comidas del día. Generalmente se comienza cambiando el almuerzo. Una vez que el niño acepte bien este cambio se continúa con la merienda y la cena, y al 8° o 9° mes el niño logra aceptar estos cambios, aunque todavía continúa con la mamada de la mañana y de la noche, hasta que estas puedan ser reemplazadas por un vaso de leche y así llegar al destete final.

En los primeros dos o tres meses de alimentación con semisólidos comienza a observarse la disminución de las mamadas lo que puede ocasionar que el niño normalmente se detenga en su peso, puede ocurrir que el niño no acepte en las primeras veces la comida, observándose que en ciertos casos las madres lo obligan a comer, no siendo conveniente.

La alimentación especialmente la lactancia, es un acto encargado de vehiculizar vínculos, la cual favorece la comunicación entre el niño y sus padres, especialmente con la madre. Desde el punto de vista emocional promueve las relaciones interpersonales, y desde lo orgánico beneficia la adecuada nutrición. La madre tiene un rol importante según pueda satisfacer o no al niño, respetando su ritmo o imponiéndole el suyo.

La incorporación de los alimentos sólidos complementarios es un proceso gradual que dura varias semanas o meses, y que comienza alrededor de los 6 meses de edad. Una alimentación adecuada se refiere a la dieta que brinda una nutrición que es propia para el nivel de desarrollo del niño. Los cereales son los primeros alimentos sólidos que se incorporan a la dieta de un lactante (mezclados con leche materna o con preparados) y después se introducen los purés de verduras o frutas, y la carne. Durante el primer año de vida no se incorporan algunos alimentos como tomate, chocolate, cítricos, pescado, para evitar reacciones alérgicas. Tampoco miel de abeja y fritos. Los alimentos deben ser de bajo contenido de sodio y no muy azucarados. Los bebés necesitan tiempo para acostumbrarse a los nuevos alimentos y a sus sabores.

Para que el momento de la alimentación sea relevante en el desarrollo integral del niño, es necesario, la presencia no solo de factores físicos (neurológicos, fisiológicos), sino de factores socio-ambientales y emocionales. De acuerdo a la manera en que estos factores intervengan podrán ser favorecedores o no de la función de la alimentación. Se pueden considerar como factores favorecedores una ingesta diaria adecuada de alimentos de acuerdo a la edad del niño, respetar las principales comidas diarias y el horario de las mismas, brindarle los estímulos necesarios, integrándolo al núcleo familiar permitiéndole compartir la mesa, entre otros. Por el contrario son factores no favorecedores de la función de la alimentación, una ingesta diaria inadecuada de alimentos, no respetar las principales comidas diarias, ni los horarios habituales de las mismas, no lograr brindarle al niño los estímulos necesarios, ni permitir que se integre al núcleo familiar en el momento de compartir la mesa con la misma, entre otros.

Una adecuada nutrición permite que el niño obtenga un buen estado biológico, a través del cual se puede evitar o disminuir el grado de incidencia de patologías agudas o crónicas; también contribuiría a alcanzar el desarrollo del potencial físico y mental.

***Referencias bibliográficas***

- 1) Morano, J.; Spizzirri, F.; Renteria, M.; Silver, R.; *Tratado de Pediatría*. Ed. Atlante. Bs. As. 1997.
- 2) Bras, J.; De la Flor, J.; Masvidal, R.M.; *Pediatría en Atención Primaria*. Ed. Springer-Ibérica. Barcelona. España. 1997.



# **CAPÍTULO 7**

## **DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN**

## Capítulo 7

### Diagnóstico de situación: Barrio "J.G. LAS HERAS"<sup>1</sup>

El barrio "*J.G. LAS HERAS*", está ubicado al sudeste de la ciudad de Mar del Plata, delimitado por la Av. Tetamanti, Av. Polonia, Av. Mario Bravo y Av. Fortunato de la Plaza.

Según los datos registrados por el Departamento de Estadística de la Municipalidad de General Pueyrredón, actualmente se estima que la cantidad de habitantes es de 11.000 personas aproximadamente.

La población está conformada por habitantes nativos de Mar del Plata, inmigrantes de Gran Buenos Aires, ciudades vecinas, y de diversas provincias como Santiago del estero, y Tucumán, y emigrantes de países limítrofes como Chile, Bolivia, Paraguay, entre otros.

Las vías de acceso al barrio son la Av. Fortunato de la Plaza y Polonia. Los medios de transporte que circulan por la periferia pertenecen a las empresas de transporte público: "La Marplatense", línea 591 y 593, y "Martín Güemes", líneas 523, 524 y 525.

Instituciones barriales:

- *Sociedad de Fomento*
- *Centro de Salud*
  - *Unidad Sanitaria Las Heras*
- *Instituciones Educativas*
  - *Escuela N° 7 Municipal*
  - *Escuela N° 74 Provincial*
  - *Jardín N° 13 Municipal*
  - *Jardín N°940 Provincial*
  - *Jardín Celeste y Blanco (semiprivado)*
- *Instituciones Religiosas:*
  - *Templo Evangélico*

---

<sup>1</sup> Informante clave: Lic. en Servicio Social Urgelles Mariana.

- *Templo Testigo de Jehová*
- *Iglesia Católica Nuestra Señora de Luján*
- *Organizaciones sin fines de lucro:*
  - *Centro Recreativo Virgencita Gaucha*
  - *Informales*
  - *Pertenecientes a representaciones políticas como C.T.A., C.C.C.*
- *Biblioteca Comunitaria*
- *Cancha de Fútbol de Judiciales*
- *Lugares recreativos de diferentes colectividades:*
  - *El Centro Marchesiano*
- *Club Alver Veraz*

La población es de *alto riesgo socio ambiental*, por encontrarse por debajo de los niveles de pobreza, con necesidades básicas insatisfechas, hacinamiento, alto índice de analfabetismo, desocupación, violencia familiar, delincuencia, drogadicción, maltrato, etc.

Las familias pertenecientes a esta población se caracterizan por ser numerosas, extendidas y frecuentemente la mujer ejerce el rol de jefa de familia, encargándose de la economía familiar y la crianza de los niños (hijos y nietos). La función paterna es de menor jerarquía, el hombre no participa de la organización familiar. Otra característica de este tipo de familias es que los roles están confundidos (abuelas que cumplen el rol de madres, entre otros).

Algunos integrantes de estas familias, en su mayoría los niños concurren a comedores que dependen de las instituciones del barrio, recibiendo el desayuno y el almuerzo.

En cuanto a las características edilicias, en el barrio predominan las viviendas de construcción precaria, con materiales como chapa, madera, cartón o material de desecho. En su mayoría tienen una sola habitación, con baño exterior (retrete). Y otras son de tipo obrero (presentan dos habitaciones, baño y cocina). En un mismo terreno se construyen varias viviendas.

El barrio dispone de luz eléctrica, gas natural, teléfono particular, agua corriente y recolección diaria de residuos. La mayoría de las calles son de tierra, presentando asfalto solamente en las siguientes: Génova, Tetamanti, Calabria y Polonia.

Entre las carencias de servicios públicos se encuentra la falta de cloacas, desagües pluviales, presencia de basura sobre las calles, ausencia de desmalezamiento de terrenos baldíos, falta de alumbrado público, etc.

En relación a la situación laboral, un gran porcentaje de la población es beneficiaria de los planes otorgados por el Gobierno Municipal, Provincial y Nacional (Plan Jefe/as de Hogar, Plan Vida, Plan Barrio, y Asistencia Familiar Directa), otro sector realiza trabajos temporarios en el pescado y la construcción, empleos informales como son venta ambulante, changas y cirujeo.

Con respecto al nivel de instrucción, al egreso de la E.G.B., la mayoría de los alumnos no tiene acceso a un nivel de educación superior, por no encontrarse en el barrio instituciones educativas de nivel polimodal.

## 7.1). *Características de la Unidad Sanitaria "LAS HERAS"*<sup>2</sup>

La Unidad Sanitaria, perteneciente a este barrio, depende de la Secretaría de Salud y Protección Sanitaria de la Municipalidad de General Pueyrredón.

El área de cobertura que comprende es la población de los barrios parque Palermo, Valle Hermoso, y Dos Marías, y un sector del barrio Gral. Pueyrredón.

Los servicios que brinda son: Clínica Médica, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Enfermería, Odontología, Servicio Social, Servicio de Salud Mental (Terapia Ocupacional, Psicología Infantil, Psicología de Adultos, Psicopedagogía, Psiquiatría de Adultos, Servicio de Laboratorio (una vez por semana, perteneciente a IREMI), y Guardia de Enfermería las 24 horas.

El equipo de profesionales y personal esta compuesto por: 2 médicos clínicos, 2 médicos ginecólogos, 4 pediatras, 1 médico generalista, 4 enfermeras, 1 odontólogo, 2 trabajadores sociales, y 1 terapeuta ocupacional; los mismos asisten horario completo (30-35 horas semanales), y en menor disposición horaria, psicólogo de adultos, psicólogo infantil, psicopedagoga, psiquiatra de adultos. También integran la planta permanente 2 administrativos.

El equipo interdisciplinario de la Unidad Sanitaria trabaja desde la Atención Primaria de Salud, realizando acciones de prevención Primaria y Secundaria, siendo la Unidad Sanitaria el nivel de menor complejidad dentro de la organización del sistema de salud de la Atención Primaria de Salud.

Los programas que se llevan a cabo dentro de esta Unidad Sanitaria son:

- *Programa de atención de la embarazada:* consiste en la detección de embarazos, controles pre y postnatales. El curso de pre-parto es coordinado por enfermeras, ginecólogo, obstetra y asistente social, con una frecuencia semanal.
- *Programa control del niño sano (Plan del lactante):* consiste en control y seguimiento de salud del niño de los 10 días de edad hasta los 5 años y 11 meses.
- *Programa de salud sexual y reproductiva:* se realizan talleres de educación sexual, charlas informativas y entrega de anticonceptivos, su frecuencia es semanal.

---

<sup>2</sup> Informante clave: Lic. en Terapia Ocupacional Guaresti Mariana.

También se brinda el *Taller de armado de juguetes*, con una frecuencia bimestral. Los mismos se realizan con material reciclable, con el objetivo de estimular el desarrollo del niño y afianzar vínculos familiares.

En el Programa Control del Niño Sano, al cual concurre la población de estudio, las pediatras detectaron que estos niños presentaron una disminución en la curva de peso dentro de los parámetros normales (entre el percentil 10 y 50), en el período que comienza el proceso de destete con la incorporación de alimentos semisólidos. Debido a esta situación, los controles realizados por las pediatras en estos niños son más estrictos (semanalmente) y las indicaciones a las madres sobre la manera de alimentar a sus hijos son más específicas y controladas. Estos niños pertenecen a familias de un nivel socioeconómico bajo, por tener ingresos económicos escasos, los empleos de sus padres son temporarios o informales, que no alcanzan a cubrir las necesidades básicas de todos los integrantes de la familia, generalmente extendida. Según refieren las pediatras, esta situación por la que atraviesan estas familias, se ve reflejada en la comprensión acerca de la relación entre la calidad de la alimentación y el desarrollo armónico de sus hijos, mientras que la dieta de alimentos necesarios para una nutrición adecuada no puede ser cumplida. Además detectaron que algunas de estas familias llevan a sus hijos al comedor, el cual es considerado por las profesionales, como un indicador desfavorable para la adquisición de hábitos y comportamientos en la función de la alimentación de estos niños.

Además se realizan los siguientes proyectos:

- *Proyecto de obesidad y nutrición*: consiste en caminatas, ejercicios, y charlas orientativas sobre nutrición, destinados a adultos, con una frecuencia semanal.
- *Proyecto para menores con mala nutrición o desnutridos*: este proyecto aún no sea ha iniciado.

En esta Unidad Sanitaria funciona dos veces semanales una juegoteca, con juego libre, a cargo de psicología.

# **CAPÍTULO 8**

## **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

## **Capítulo 8**

### **Aspectos metodológicos**

#### **8.1). Tema**

*La Inteligencia Sensorio-Motriz (ISM) 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 el percentil 10 y 50), comprendida entre los 6 meses y 9 meses de edad con la incorporación de los primeros alimentos sólidos, quienes luego de este período recuperaron normalmente su peso.*

#### **8.2). Problema**

¿Cómo se presenta 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 el 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 período recuperaron normalmente su peso, que concurren al “Programa Control del Niño Sano”, de la Unidad Sanitaria Las Heras, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004?

#### **8.3). Objetivos**

##### **8.3.1). Objetivo general**

- Describir la Inteligencia Sensorio- Motriz de los 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 el 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 período recuperaron normalmente su peso.



### **8.3.2). *Objetivos específicos***

- Describir el rendimiento de cada una de las series de la Inteligencia Sensorio-Motriz en cada uno de los niños de la población en estudio.
- Identificar en qué serie/s de la Inteligencia Sensorio-Motriz se encuentra cada uno de los niños de la población en estudio.
- Ubicar el estadio resumen en que se encuentra cada uno de los niños pertenecientes a la población de estudio.

## **8.4). *Variable de estudio: Inteligencia Sensorio-Motriz***

### **8.4.1). *Definición conceptual***

La Inteligencia Sensorio-Motriz es la capacidad de resolver problemas a partir de actividades en los que intervienen sobre todo la percepción, las actitudes (el tono) y los movimientos sin evocaciones simbólicas (antes la aparición del lenguaje).

Los siguientes estadios corresponden desde el 12° mes de edad hasta el 24° mes de edad:

- **Estadio V:** *"la reacción circular terciaria y el descubrimiento de los medios nuevos por experimentación activa"*.

Comprende desde el 12° al 18° mes de edad.

Este estadio marca el inicio de las conductas activas de experimentación, en vista de una solución de problemas nuevos, conductas que constituyen las formas elevadas de la actividad sensorio-motriz, antes de la aparición de la inteligencia representativa.

- **Estadio VI:** *"invención de medios nuevos por combinación mental"*.

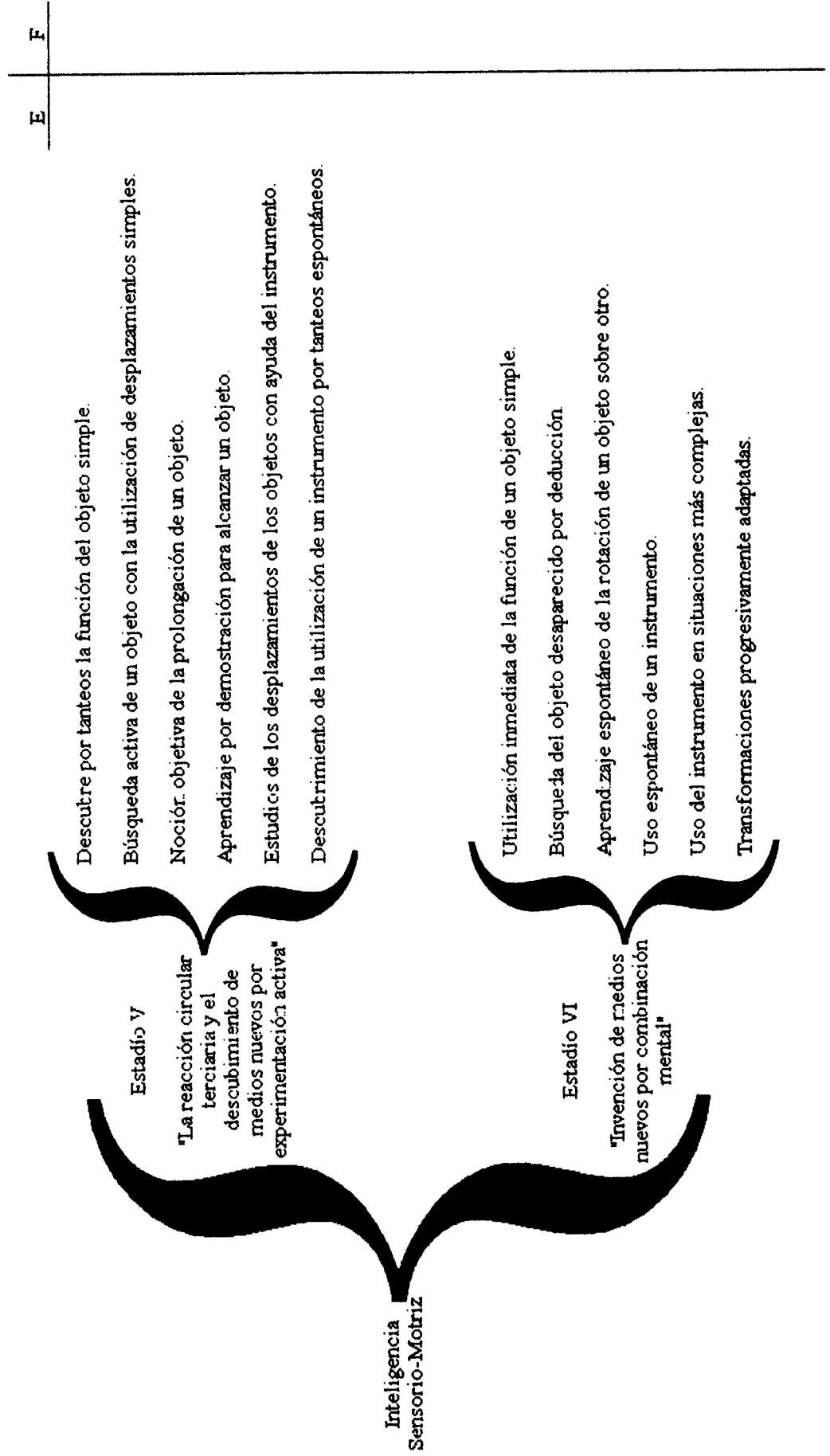
Comprende desde el 18° hasta el 24° mes de edad.

Se caracteriza por la combinación mental de esquemas sensorio-motrices, ya adquiridas por la resolución de problemas por deducción, invención de medios nuevos y comienzo de evocaciones representativas.

#### **8.4.2). Definición operacional**

La Inteligencia Sensorio-motriz desde el 12° al 24° mes de edad, comprende los siguientes estadios.

- **Estadio V:** comprende la observación de conductas como la objetiva de la prolongación de un objeto, descubrimiento por tanteo de la función de un objeto simple, búsqueda activa de un objeto simple, búsqueda de un objeto con utilización de desplazamientos visibles, etc.
- **Estadio VI:** comprende la observación de conductas como la utilización de la función de un objeto simple, búsqueda del objeto desaparecido por deducción, uso espontáneo del instrumento sin tanteos, etc.



### **8.5). Tipo de estudio**

Esta investigación es de tipo Exploratorio-Descriptivo. Es exploratorio porque el interés se centra en conocer cómo se presenta 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 el 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 período recuperaron normalmente su peso, que concurren al "Programa Control del Niño Sano", en la Unidad Sanitaria Las Heras, en la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004. Es descriptivo porque intenta conocer, describir y analizar la Inteligencia Sensorio-Motriz de los niños pertenecientes a la población en estudio.

### **8.6). Población de estudio**

La población de estudio está compuesta por todos los 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 el 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 período recuperaron normalmente su peso, que concurren al "Programa Control del Niño Sano", de la Unidad Sanitaria Las Heras, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004.

### **8.7). Unidad de análisis**

Cada niño de 24 meses de edad, perteneciente a una población de alto riesgo socio-ambiental, que ha presentado una disminución en la curva de peso dentro de los parámetros normales (entre el percentil 10 y 50), comprendida entre los 6 y 9 meses de edad con la incorporación de los primeros alimentos sólidos, quien luego de este período recuperó normalmente su peso, que concurre al "Programa Control del Niño Sano", de la Unidad Sanitaria Las Heras, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004.

### **8.8). Muestra**

Todos los niños de 24 meses de edad, pertenecientes a una población de alto riesgo socio-ambiental, que presentan una disminución en la curva de peso dentro de los parámetros normales (entre el 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 período recuperaron normalmente su peso, que concurren al "Programa Control del Niño Sano" en la Unidad Sanitaria Las Heras, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004.

#### *Criterios de inclusión:*

- Niños de 24 meses de edad y 15 días.
- Niños pertenecientes a una población de alto riesgo socio-ambiental.
- Niños que concurren al "Programa Control del Niño Sano", Unidad Sanitaria Las Heras.
- Niños que han presentado una disminución en la curva de peso, dentro de los parámetros normales (entre el percentil 10 y 50).
- Niños que nacieron con peso normal.
- Niños que hayan presentado esta disminución de peso entre los 6 y 9 meses de edad.
- Niños que a partir de los 10 meses de edad recuperaron su peso de acuerdo a su edad cronológica.
- Niños que nacieron y mantuvieron su peso normal hasta los 5 meses de edad.

#### *Criterios de exclusión:*

- Niños que tengan 24 meses y 16 días.
- Niños que tengan patologías asociadas, como por ejemplo afecciones neurológicas.
- Niños desnutridos.
- Niños con sobrepeso.
- Niños que nacieron con bajo peso.
- Niños cuyos padres no autoricen la evaluación.

## **8.9). Técnicas de recolección de datos**

### **8.9.1). Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz de 6 meses a 24 meses de edad.**

La implementación de esta escala permite definir los mecanismos intelectuales en la evolución de la Inteligencia Sensorio-Motriz del niño, teniendo en cuenta también la noción de objeto, la elaboración de las relaciones espaciales, temporales y causales experimentadas casualmente por el niño.

Esta escala permite evaluar en forma cualitativa los procesos cognitivos del niño.

La técnica utilizada por la EAIS, es la **observación directa** de las conductas del niño frente a situaciones específicas provocadas por el examinador.

- **Descripción técnica de los materiales:**

- Espejo de una sola faz, de bolsillo, rectangular (8 cm.). 5 cm., de plástico o acrílico).
- Pantalla de cartón de color neutro (21 cm. 27cm).
- Un juego de 3 paños de tela de fieltro, color amarillo y de forma cuadrada de 20 cm. de lado.
- Un juego de 2 paños de color rojo de tela fieltro, de forma cuadrada de 20 cm. de lado.
- Argolla roja de madera, con una cinta atada de 80 cm. de largo.
- Cinta 80 cm. de largo.
- Cuadrado de tela clara de 45 cm. de lado.
- Disco de madera de 28 cm. de diámetro, que gira sobre un pie de madera de 10 cm. de alto.
- Rastrillo de madera azul, de 25 cm. de largo.
- Palo de madera de 30 cm.
- Cajita similar a la de fósforos que contiene clips.
- Un tubo de acrílico transparente, abierto en los dos extremos de 18 cm. de largo, con un diámetro de 2 cm.
- Un trozo pequeño de papel metalizado.
- Cadena formada por clips enganchada, de 25 cm. de largo.
- Muñeca de tela amarilla de 20 cm.
- Un auto de madera con muñequito de madera.

- Un autito chato de madera, de color verde.
- Dos muñequitos de madera (femenino y masculino) de 7 cm. aproximadamente.
- Dos cubos de madera, de color rojo, de 2.5 cm. de lado.

- **Manual de administración**

Contiene las instrucciones específicas de cada una de las series a evaluar. Cada una de las series contiene los ítems, materiales a utilizar, la técnica y modo de anotación.

La Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz está compuesta por las siguientes series:

- *Serie A:* exploración de objeto (siete ítems): esta prueba tiene como fin observar el avance del niño en la manipulación, exploración de un solo objeto, y la reacción progresiva en descubrir el uso del mismo. Consta de siete ítems y se le ofrece al niño la posibilidad de manipular directamente un objeto. En los tres primeros ítems se le ofrece al niño un espejo de una sola faz. Se observa su comportamiento frente al objeto y si descubre su rostro sobre el mismo. En el resto de los ítems se le ofrece un objeto más complejo, una cajita similar a la de fósforos y se observa si intenta abrirla.

- *Serie B:* búsqueda del objeto desaparecido (ocho ítems): esta prueba evalúa la construcción de la noción del objeto, hasta la representación mental del mismo. Incluye la sucesión de desplazamientos invisibles. Consta de ocho ítems en los cuales se esconde un objeto parcialmente detrás de una pantalla de cartón, después completamente, y luego se esconde de uno, dos y tres paños de tela sucesivamente. Se observa si el niño descubre el objeto en cada situación, teniendo en cuenta que en los primeros ítems el objeto se presenta con una fracción visible y luego deduce a través de desplazamientos invisibles.

- *Serie C:* intermediarios. esta prueba propone tres situaciones en las que el niño debe alcanzar el objeto utilizando la cinta, el soporte (pañó) o el instrumento (rastrillo o palo). En las dos primeras situaciones (cinta y soporte) el niño tiene que relacionar estos intermediarios con el objeto que quiere alcanzar. En cambio con el rastrillo debe crear un instrumento para alcanzar el objeto deseado

- *Sub-serie C1:* utilización de la prolongación del objeto cinta (cinco ítems): esta sub-serie contiene ítems que abarcan hasta el inicio del estadio V. en esta prueba se le ofrece al niño una cinta corta atada a una argolla con un juguete adentro,

después se le ofrece una cinta atada a una argolla y otra sola. Las autoras proponen que esta sub-serie sea administrada en los niños hasta los 13 meses de edad, por considerarla que los niños no demuestran interés y superan el inicio del estadio V.

- *Sub-serie C2*: utilización de la relación entre un objeto y su soporte (ocho ítems): esta prueba permite estudiar la relación progresiva entre dos objetos, de los cuales uno es el objeto que se desea obtener y el otro funciona como facilitador para alcanzarlo. Esta sub-serie contiene siete ítems, en los cuales el niño debe obtener un juguete codiciado indirectamente accesible por el intermediario de otro objeto que hace de soporte.

- *Sub-serie C3*: utilización de un instrumento, rastrillo y palo (siete ítems). Esta prueba a diferencia de las anteriores espera que el niño relacione el objeto como instrumento para alcanzar otro. Se le ofrece al niño un rastrillo como instrumento para alcanzar un objeto alejado. Se coloca el rastrillo con los dientes hacia arriba para comprobar si el niño es capaz de colocarlo en la posición correcta y así alcanzar el objeto. Esta sub-serie consta de 7 ítems, y en el último ítem se reemplaza al rastrillo y los muñecos por una palo y un cubo, para arribar al mismo resultado en una situación más difícil.

- *Serie D*: combinación de objeto. Esta prueba ofrece al niño la manipulación directa y espontánea de los objetos. Tiene por fin observar cómo el niño va avanzando progresivamente en la combinación de ambos objetos para lograr un objetivo. Comprende 2 sub-series tubo-rastrillo y tubo- cadena.

- *Sub-serie D1*: tubo y rastrillo (cinco ítems). Esta sub-serie tiene como fin observar cómo el niño va avanzando progresivamente en la combinación de ambos objetos para lograr el objetivo, sacar del tubo el bollito de papel. Consta de 5 ítems mediante los cuales se observan la reacción progresiva del niño para lograr su objetivo.

- *Sub-serie D2*: tubo y cadena (*cinco ítems*). Esta sub-serie consta de 5 ítems en donde el niño debe introducir una cadena de clips en un tubo y se observa el comportamiento progresivo y espontáneo del mismo.

- ***Registro de anotaciones***

Se utiliza:

- Una tabla para cada serie, la misma está formada por seis columnas, que contiene: descripción, ítems, prueba, materiales, estadio, ensayos y observaciones.



El resultado de cada serie se anota en esta tabla, se registra positivo o negativo delante de cada ítem y se subraya el número de ítem mejor logrado en cada serie.

- Una hoja resumen en el cual se registran los datos personales del niño, cociente del desarrollo psicomotor y datos de la madre y del padre. Y una tabla resumen que consta de cuatro columnas en las que se especifica la serie, prueba, ítem alcanzado y el estadio que corresponde.

Permite registrar cuatro resultados:

- Se inscribe en la columna correspondiente el número de ítem mejor logrado de cada serie.
- En la siguiente columna se registra el nivel correspondiente al estadio.
- Apreciación del nivel global: para ello se calcula la mediana resumen.
- Comportamiento: se anotan e interpretan las concordancias y discordancias.

- *Tabla de percentiles de la mediana resumen.*

### **8.9.2). Entrevista semi-estructurada**

Dirigida a las madres de los niños pertenecientes a la población en estudio acerca de las conductas, hábitos alimenticios del niño. (ver anexo 2).

### **8.9.3). Observación directa**

Esta técnica nos permitió obtener en forma cualitativa los datos de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz, es decir, las conductas y el comportamiento del niño en la evaluación. También nos permitió conocer las diferentes actitudes y respuestas de los padres con sus hijos durante las diversas situaciones provocadas por el examinador.

### **8.10). Procedimiento de recolección de datos**

Los datos fueron recogidos en la Unidad Sanitaria Las Heras, a través de la observación directa, la implementación de la Escala Argentina de Inteligencia

Sensorio-Motriz, la entrevista semi-estructurada, las historias clínicas y la información aportada por el equipo de salud (pediatras, terapeuta ocupacional, asistente social, enfermeras).

### **8.11). *Plan de análisis***

Los datos recogidos fueron tabulados. Se utilizó estadística descriptiva.

# **CAPÍTULO 9**

## **DATOS ESTADÍSTICOS**

## Capítulo 9

### Datos estadísticos

**Tabla N° 1:** Nivel de estadio alcanzado por los niños de 24 meses de edad, evaluados con la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio motriz, que concurren al "Programa Control del Niño Sano", en la Unidad Sanitaria Las Heras, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004.

Nivel de estadio		
	Cantidad	%
V	2	9,09
V Fin	10	45,45
VI ini	7	31,82
VI	2	9,09
VI Fin	1	4,55
	22	100,00

Tabla N°1

**Gráfico N°1:** Nivel de estadio alcanzado por los niños de 24 meses de edad, evaluados con la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio motriz, que concurren al "Programa Control del Niño sano", en la Unidad Sanitaria Las Heras, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004.

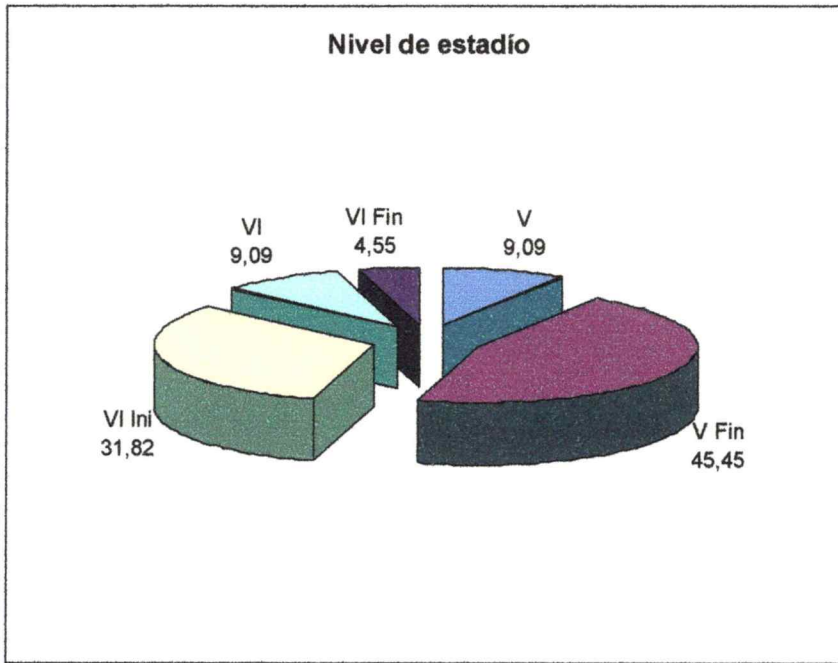


Gráfico N°1

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el 45,45 % alcanza el nivel del fin del V estadio, el 31,82% alcanza el nivel del inicio de VI estadio, el 9,09% alcanza el nivel del V estadio, el 9,09% alcanza el nivel del VI estadio, y el 4,55% alcanza el fin del VI estadio.

**Tabla N° 2:** Percentiles correspondientes a la mediana de todos los ítems. Estadio Mediano

Edad	Min	P10	P25	P50	P75	P90	Max.
24 meses	V	V fin	V fin	V fin	VI ini	VI	VI fin

Tabla N°2

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad el menor estadio observado es el estadio V, en tanto el más alto alcanzado por uno o más de estos niños es fin del estadio VI.

El percentil 10 es el fin del estadio V. El percentil 25 corresponde al fin del estadio V. El percentil 50 corresponde al fin del estadio V. El percentil 75 corresponde al inicio del estadio VI y el percentil 90 corresponde al estadio VI.

**Tabla N° 3:** Serie A: Exploración de objeto

Edad	Mín.	P 10	P 25	P50	P75	P90	Máx.
24 meses	V ini	V fin	V fin	VI ini	VI ini	VI fin	VI fin

Tabla N°3

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el menor estadio observado es el inicio de estadio V y el mayor estadio alcanzado es el fin del estadio VI.

El percentil 10 corresponde al fin del estadio V. El percentil 25 corresponde al fin del estadio V. El percentil 50 corresponde a los niños que se encuentran iniciando el estadio VI. El percentil 75 corresponde al inicio del estadio VI. El percentil 90 corresponde al fin del estadio VI.

**Tabla N°4:** Serie B: Búsqueda del objeto desaparecido.

Edad	Mín.	P10	P25	P50	P75	P90	Máx.
24 meses	V ini	V fin	V fin	VI ini	VI ini	VI fin	VI fin

Tabla N°4

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el menor estadio observado es el inicio de estadio V y el mayor estadio alcanzado es el fin del estadio VI.

El percentil 10 corresponde al fin del estadio V. El percentil 25 corresponde al fin del estadio V. El percentil 50 corresponde a los niños que se encuentran iniciando el estadio VI. El percentil 75 corresponde al inicio del estadio VI. El percentil 90 corresponde al fin del estadio VI.

**Tabla N°5:** Serie C: Intermediarios

Subserie C1: Utilización de la prolongación del objeto, cinta.

Edad	Mín.	P10	P25	P50	P75	P90	Máx.
24 meses	V ini	V ini	V ini	V ini	V ini	V ini	V ini

Tabla N°5

De un total de 22 niños evaluados, se observa que todos llegan al mayor estadio propuesto en esta serie.

**Tabla N° 6:** Subserie C2: Utilización de la relación entre un objeto y su soporte.

Edad	Mín.	P10	P25	P50	P75	P90	Máx.
24 meses	V fin	V fin	V fin	V fin	VI ini	VI fin	VI fin

Tabla N°6

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el menor estadio observado es el fin del estadio V, y el mayor estadio alcanzado es el fin del estadio VI.

El percentil 10 corresponde al fin del estadio V. El percentil 25 corresponde al fin del estadio V. El percentil 50 corresponde al fin del estadio V. El percentil 75 corresponde al inicio del estadio VI. El percentil 90 corresponde al fin del estadio VI.

**Tabla N° 7:** Subserie C3: Utilización de un instrumento (rastrillo y palo).

Edad	Mín.	P10	P25	P50	P75	P90	Máx.
24 meses	V ini	V	V	VI ini	VI fin	VI fin	VI fin

Tabla N°7

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el menor estadio observado es el inicio del estadio V, y el mayor estadio alcanzado es el fin del estadio VI.

El percentil 10 corresponde al estadio V. El percentil 25 corresponde al estadio V, el percentil 75 corresponde al fin del estadio VI. El percentil 50 corresponde al inicio del estadio VI. El percentil 90 corresponde al fin del estadio VI.

**Tabla N° 8:** Serie D: Combinación de objetos.

Subserie D1: Tubo y rastrillo

Edad	Mín.	P10	P25	P50	P75	P90	Máx.
24 meses	IV	IV	V	V	VI ini	VI	VI

Tabla N°8

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el menor estadio observado es el estadio IV y el mayor estadio alcanzado es el estadio VI.

El percentil 10 corresponde al estadio IV. El percentil 25 corresponde al estadio V. El percentil 75 que corresponde al inicio del estadio VI. El percentil 50 corresponde al estadio V. El percentil 90 corresponde al estadio VI.

**Tabla N° 9:** Subserie D2: Tubo y cadena.

Edad	Mín.	P10	P25	P50	P75	P90	Máx.
24meses	V ini	V ini	V fin	V fin	VI ini	VI	VI fin

Tabla N°9

De un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el menor estadio observado es inicio del estadio V, y el mayor estadio alcanzado es el fin de estadio VI.

El percentil 10 corresponde al inicio del estadio V. El percentil 25 corresponde al fin del estadio V. El percentil 75 que corresponde al inicio del estadio VI. El percentil 50 corresponde al fin del estadio V. El percentil 90 corresponde al estadio VI.



**Tabla N° 10:** Nivel de estadio alcanzado por los niños de 24 meses de edad, evaluado según la serie, por la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz, que concurren al “Programa control del niño sano”, en la unidad sanitaria Las Heras de la ciudad de Mar del Plata en el año 2004.

Nivel de estadio														
	Serie A		Serie B		Serie C1		Serie C2		Serie C3		Serie D1		Serie D2	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
IV	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	13,64	0	0,00
V In	2	9,09	1	4,55	22	100,0	0	0,00	1	4,55	0	0,00	3	13,64
V	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	31,82	8	36,36	0	0,00
V Fin	5	22,73	9	40,91	0	0,00	13	59,09	2	9,09	0	0,00	10	45,45
VI In	10	45,45	7	31,82	0	0,00	6	27,27	3	13,64	8	36,36	4	18,18
VI	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	13,64	3	13,64
VI Fin	5	22,73	5	22,73	0	0,00	3	13,64	9	40,91	0	0,00	2	9,09
	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
	0		0		0		0		0		0		0	

Tabla N°10

**Tabla N° 10:** de un total de 22 niños de 24 meses de edad en la Serie A, el 9,09 % alcanza el inicio del estadio V, el 22,73 % alcanza el fin del estadio V, el 45,45 % alcanza el inicio del estadio VI, y el 22,73 % alcanza el fin del estadio VI. En la Serie B, el 4,55 % alcanza el inicio del estadio V, el 40,91 % alcanza el fin del estadio V, el 31,82 % alcanza el inicio del estadio VI, el 22,73 % alcanza el fin del estadio VI. En la Serie C, en la Sub-serie C1, el 100 % alcanza el inicio del estadio V. En la Sub-serie C2 el 59,09 % alcanza el fin del estadio V, el 27,27 % alcanza el inicio del estadio VI, el 13,64 % alcanza el fin del estadio VI. En la Sub-serie C3 el 4,55 % alcanza el inicio del estadio V, el 31,82 % alcanza el fin del estadio V, el 9,09 % alcanza el fin del estadio V, el 13,64 % alcanza el inicio del estadio VI, el 40,91 % alcanza el fin del estadio VI. En la Serie D, en la Sub-serie D1, el 13,64 % alcanza el inicio del estadio IV, el 36,36 % alcanza el fin del estadio V, el 36,36 % alcanza el inicio del estadio VI, el 13,64 % alcanza el fin del estadio VI. En la Sub-serie D2 el 13,64 % alcanza el inicio del estadio VI, el 45,45 % alcanza el fin del estadio V, el 18,18 % alcanza el inicio del estadio VI, el 13,64 % alcanza el fin del estadio VI, el 9,09 % alcanza el fin del estadio VI.

**Gráfico N° 2:** Nivel de estadio alcanzado por los niños de 24 meses de edad, evaluado según la serie, por la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz, que concurren al “Programa control del niño sano”, en la unidad sanitaria Las Heras de la ciudad de Mar del Plata en el año 2004.

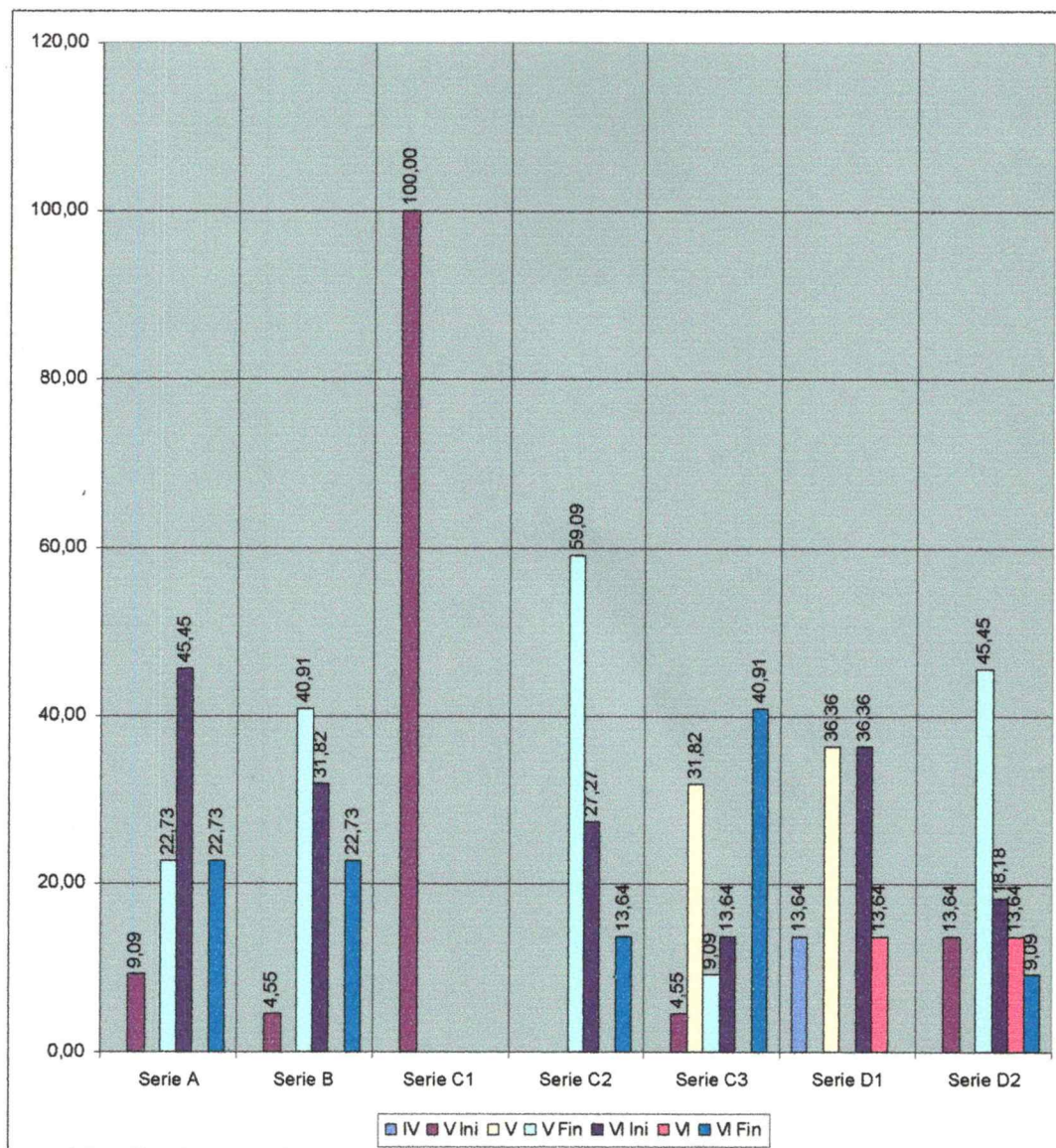


Gráfico N° 2

**Gráfico N° 10:** de un total de 22 niños de 24 meses de edad en la Serie A, el 9,09 % alcanza el inicio del estadio V, el 22,73 % alcanza el fin del estadio V, el 45,45 alcanza el inicio del estadio VI, y el 22,73 % alcanza el fin del estadio VI. En la Serie B, el 4,55 % alcanza el inicio del estadio V, el 40,91 % alcanza el fin del estadio V, el 31,82 % alcanza el inicio del estadio VI, el 22,73 % alcanza el fin del estadio VI. En la Serie C, en la Sub-serie C1, el 100 % alcanza el inicio del estadio V. En la Sub-serie C2 el

59.09 % alcanza el fin del estadio V, el 27.27 % alcanza el inicio del estadio VI, el 13,64 alcanza el fin del estadio VI. En la Sub-serie C3 el 4,55 % alcanza el inicio del estadio V, el 31,82 % alcanza el estadio V, el 9,09 % alcanza el fin del estadio V, el 13,64 % alcanza el inicio del estadio VI, el 40,91 % alcanza el fin del estadio VI. En la Serie D, en la Sub-serie D1, el 13,64 % alcanza el estadio IV, el 36,36 % alcanza estadio V, el 36,36 % alcanza el inicio del estadio VI, el 13,64 % alcanza el estadio VI. En la Sub-serie D2 el 13,64 % alcanza el inicio del estadio VI, el 45,45 % alcanza el fin del estadio V, el 18,18 % alcanza el inicio del estadio VI, el 13,64 % alcanza el estadio VI, el 9.09 % alcanza el fin del estadio VI.

# **CAPÍTULO 10**

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

## Capítulo 10

### Análisis e interpretación de datos

En la Unidad Sanitaria Las Heras, de acuerdo al registro de control mensual realizado por el Servicio de Pediatría durante el año 2004, concurrieron 240 niños de 24 meses de edad, de los cuales fueron seleccionados 34 niños según los criterios de inclusión recabados de las historias clínicas. Del total de estos niños, 22 fueron evaluados y todos ellos tenían 24 meses de edad cumplidos al momento de la evaluación. De los 12 restantes, 3 sus madres no aceptaron que sus hijos sean evaluados y 9 no concurrieron al control del Niño Sano.

Cabe destacar que el instrumento de evaluación utilizado en esta investigación (Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz, de Oiberman, Alicia; Mansilla, Mariela; Orellana, Liliana) propone un estudio cualitativo, por lo tanto no es esencial la obtención de valores, sino el modo en que el niño resuelve cada situación. En esta escala es posible localizar a cada niño en un estadio final o resumen de acuerdo a los resultados obtenidos en todas las pruebas administradas, es decir, que no se tiene en cuenta el máximo estadio que el niño alcanza, sino que interesa el comportamiento *promedio* que tuvo el niño en todas las pruebas obteniendo un *estadio mediano*. Por el contrario la Escala de la Inteligencia de Casatti y Lezine tiene en cuenta el máximo estadio que alcanza cada niño como medida resumen sin tomar en cuenta serie por serie.

El resultado alcanzado en cada prueba indica el estadio que está atravesando el niño. Según Piaget cada estadio tiene un inicio, una transición y un final. Estos estadios indican la progresión de la inteligencia en el período sensorio motriz en forma ordinal.

Las autoras de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz (Oiberman, A. Mansilla, M. Orellana Liliana), utilizan tablas de percentiles con el objetivo de proveer una estimación del rango esperable para los niños de 6 meses a 24 meses de edad. En nuestra investigación, los resultados obtenidos del estadio mediano y de cada una de las series, se registraron con el mismo método que utilizaron las autoras, siendo nuestra población niños de 24 meses de edad.

De acuerdo a los datos registrados en la tabla N° 2, que contiene los percentiles correspondientes al estadio mediano se interpreta que: de un total de 22 niños evaluados de 24 meses de edad, el menor estadio alcanzado es el estadio V, en tanto el mayor alcanzado por uno o más de estos niños es el fin del estadio VI. El percentil 10 es el fin del estadio V, significa que el 10 % o más de los 22 niños alcanza como máximo el fin del estadio V y que el 10 % o menos supera el percentil 90 que corresponde al estadio VI, es decir que el 90 % de los niños estudiados se encuentra entre el final del estadio V y el VI. El percentil 25 corresponde al final del estadio V, por lo tanto el 25 % o más de estos niños como máximo llega al final estadio V y que el 25 % o menos supera el inicio del estadio VI que corresponde al percentil 75. El percentil 50 corresponde al final del estadio V, significa que el 50 % o más de se encuentra en el final del estadio V (el 50 % o más de los datos se encuentra entre el percentil 25= fin V y el percentil 75= inicio VI).

Del total de los 22 niños evaluados (tabla N° 1), el 9,09 % se encuentra en el estadio V, el 45,45 % se encuentra en el fin del estadio V, el 31,8 % se encuentra en el inicio del estadio VI, el 9,09% se encuentra en el estadio VI y el 4,56 % se encuentra en el fin del estadio VI. Se registra que de los 22 niños de 24 meses de edad, la mayoría (10) se encuentra finalizando el nivel del estadio V. Mientras que la minoría (1) está finalizando el estadio VI. Un pequeño porcentaje (2) se encuentra transcurriendo el estadio V. El resto de los niños se divide entre los que están iniciando el estadio VI (7) y los que están transcurriendo el estadio VI (2).

La Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz considera 4 series de pruebas, ya mencionadas en otro capítulo. Todos los ítems propuestos en cada una de las series, evalúa el comportamiento espontáneo del niño, y las tareas propuestas son cada vez más complejas, tanto para la *exploración del objeto*, *utilización de intermediarios* y la *combinación de objetos*.

#### *Serie A: Exploración del objeto*

Esta prueba tiene como fin observar el avance del niño en la manipulación, exploración de un solo objeto, y la reacción progresiva en descubrir el uso del mismo. Consta de 7 ítems y ofrece al niño la posibilidad de manipular directamente un objeto. En los tres primeros ítems se le ofrece al niño un espejo de una sola faz. Se observa su comportamiento frente al objeto y si descubre su rostro sobre el mismo. En el resto de

los ítems se le ofrece un objeto más completo, una cajita similar a la de fósforos, y se observa si intenta abrirla, cerrarla, y si lo logra con éxito.

Del total de 22 niños de 24 meses de edad evaluados (tabla N° 3), el menor estadio alcanzado es el inicio del estadio V, mientras que el mayor es el fin del estadio VI. El 10 % o más de los 22 niños alcanza como máximo el fin del estadio V y un 10 % o menos supera el percentil 90 que corresponde al fin del estadio VI. El percentil 75 corresponde al fin del estadio V, por lo tanto el 25 % o más de los niños como máximo alcanza el fin del estadio V, y un 25 % o menos supera el percentil 75 que corresponde al inicio del estadio VI. El 50 % de los niños alcanza el inicio del estadio VI.

De los niños evaluados (tabla N° 10), el 9,09 % está iniciando el estadio V, el 22,73 % está finalizando el estadio V, el 45,45 % se encuentra iniciando el estadio VI y el 22,73 % se encuentra finalizando el estadio VI.

La mayoría de los niños evaluados en esta prueba alcanza el inicio del estadio VI, al registrarse que el niño abre la cajita inmediatamente y ensaya cerrarla sin lograrlo.

#### *Serie B: Búsqueda del objeto*

Esta prueba evalúa la construcción de la noción de objeto, hasta la representación mental del mismo. Incluye la sucesión de desplazamientos invisibles. Consta de 8 ítems en los cuales se esconde un objeto parcialmente detrás de una pantalla de cartón, después completamente, y luego se esconde en uno, dos y tres paños de tela sucesivamente. Se observa si el niño descubre el objeto en cada situación, teniendo en cuenta que en los primeros ítems el objeto se presenta con una fracción visible y luego deduce a través de desplazamientos invisibles (hay inicio de representación mental, fin del estadio VI).

Del total de 22 niños de 24 meses de edad evaluados (tabla N° 4), el menor estadio alcanzado es el inicio del estadio V, mientras que el mayor es el fin del estadio VI. El 10 % o más de los 22 niños alcanza como máximo el fin del estadio V y un 10 % o menos supera el percentil 90 que corresponde al fin del estadio VI. El percentil 75 corresponde al fin del estadio V, por lo tanto el 25 % o más de los niños como máximo alcanza el fin del estadio V, y un 25 % o menos supera el percentil 75 que corresponde al inicio del estadio VI. El 50 % de los niños alcanza el inicio del estadio VI.



De los niños evaluados (tabla N° 10), el 4,56 % está iniciando el estadio V, el 40,91 % está finalizando el estadio V, el 31,82 % está iniciando el estadio VI y el 22,73 % está finalizando el estadio VI.

Durante la aplicación de esta prueba, se registra que la mayoría de los niños evaluados alcanzan el fin del estadio V al observarse que los mismos se dan cuenta donde está el objeto, aún cuando el examinador no muestra el desplazamiento del mismo y el niño busca sin dudar el objeto en el lugar escondido.

#### *Serie C: Utilización de intermediarios*

Esta prueba propone tres situaciones en las que el niño debe alcanzar el objeto utilizando la cinta, el soporte (pañó) o el instrumento (rastrillo o palo). En las dos primeras situaciones (cinta y soporte) el niño tiene que relacionar estos intermediarios con el objeto que quiere alcanzar. En cambio con el rastrillo debe crear un instrumento para alcanzar el objeto deseado.

##### *Sub-serie C1: Utilización de la prolongación del objeto (cinta)*

Esta sub-serie contiene ítems que abarcan hasta el inicio del estadio V. En esta prueba se le ofrece al niño una cinta corta atada a una argolla con un juguete adentro, después se le ofrece una argolla con una cinta más larga y luego se ofrecen dos cintas largas, una atada a la argolla y otra no. Las autoras proponen que esta sub-serie sea administrada en los niños hasta los 13 meses de edad, por considerarla no significativa al registrar que los niños no muestran interés y superan el inicio del estadio V. Decidimos administrarla con el objetivo de describir los resultados que se obtuvieron en la población de estudio.

Del total de los 22 niños de 24 meses de edad evaluados (tabla N° 5) el 100 % corresponde al inicio del estadio V (último estadio que considera esta prueba).

##### *Sub-serie C2: Intermediario soporte*

Esta prueba permite estudiar la relación progresiva entre dos objetos, de los cuales uno es el objeto que se desea obtener y el otro funciona como facilitador para alcanzarlo. Esta sub-serie contiene 7 ítems, en los cuales el niño debe obtener un juguete codiciado indirectamente accesible por el intermediario de otro objeto que hace de soporte. Se presentan dos situaciones, en una se utiliza un soporte blando (pañó) y en otra un soporte rígido giratorio (disco de madera). Se observa si el niño



utiliza el objeto soporte como intermediario para alcanzar el objeto deseado (tirando o haciendo girar el disco).

De un total de 22 niños de 24 meses de edad evaluados (tabla N° 6), el menor estadio alcanzado es el fin del estadio V y el mayor es el fin del estadio VI. El 10 % o más de los niños alcanza como máximo el fin del estadio V, y un 10 % o menos supera el percentil 90 que corresponde al fin del estadio VI. El percentil 25 corresponde al fin del estadio V, por lo tanto el 25 % o más de los niños como máximo alcanza el fin del estadio V y un 25 % o menos supera el inicio del estadio VI que corresponde al percentil 75. El percentil 50 corresponde al 50 % de los niños que alcanza el fin del estadio V.

Del total de la población de estudio (tabla N° 10), el 59,09 % corresponde al final del estadio V, mientras que el 27,27 % se encuentra iniciando el estadio VI y el 13,64 % finalizando el estadio VI.

La prueba permite registrar que la mayoría de los niños evaluados está finalizando el estadio V al observar que los mismos utilizan correctamente el soporte para alcanzar el objeto, luego de una demostración y de varios intentos infructuosos.

#### *Sub-serie C3: Intermediario instrumento*

Esta prueba a diferencia de las anteriores espera que el niño relacione el objeto como instrumento para alcanzar otro. Se le ofrece al niño un rastrillo como instrumento para alcanzar un objeto alejado. Se coloca el rastrillo con los dientes hacia arriba para comprobar si el niño es capaz de colocarlo en la posición correcta y así alcanzar el objeto. Esta sub-serie consta de 7 ítems, y en el último ítem se reemplaza al rastrillo y los muñecos por una palo y un cubo, para arribar al mismo resultado en una situación más difícil.

De un total de 22 niños de 24 meses de edad evaluados (tabla N° 7), el menor estadio alcanzado es el inicio del estadio V, mientras que el mayor es el fin del estadio VI. El 10 % o más de los 22 niños alcanza como máximo el estadio V, significa que un 10 % o menos supera el percentil 90 que corresponde al fin del estadio VI. El percentil 25 corresponde al estadio V, por lo tanto el 25 % o más de los niños alcanza como máximo el estadio V, un 25 % o menos supera el percentil 75 que corresponde al fin del estadio VI. El 50 % de los niños alcanza el inicio del estadio VI.

La prueba registra (tabla N° 10), que el 4,56 % de los niños evaluados se encuentra en el inicio del estadio V, el 31,82 % transcurre en el estadio V, el 9,09 %

está finalizando el estadio V, el 13,64 % corresponde al inicio del estadio VI y el 40,91 % está finalizando el estadio VI.

La mayoría de los niños evaluados está finalizando el estadio VI. Se observa que el niño utiliza el palo como instrumento para atraer el objeto deseado (cubo) hacia él.

#### *Serie D: Combinación de objetos*

Esta prueba ofrece al niño la manipulación directa y espontánea de los objetos. Tiene por fin observar cómo el niño va avanzando progresivamente en la combinación de ambos objetos para lograr un objetivo. Comprende 2 sub-series tubo-rastrillo y tubo-cadena.

##### *Sub-serie D1: Combinación de objetos: tubo y rastrillo*

Esta sub-serie tiene como fin observar cómo el niño va avanzando progresivamente en la combinación de ambos objetos para lograr el objetivo, sacar del tubo el bollito de papel. Consta de 5 ítems mediante los cuales se observan la reacción progresiva del niño para lograr su objetivo.

De un total de 22 niños evaluados (tabla N°8) de 24 meses de edad, el menor estadio alcanzado es el estadio IV, mientras que el mayor es el estadio VI. El 10 % o más de los 22 niños alcanza como máximo el estadio IV y un 10 % o menos supera el percentil 90 que corresponde al estadio VI. El percentil 25 corresponde al estadio V, por lo tanto el 25 % o más de los niños como máximo alcanza el estadio V y un 25 % o menos supera el percentil 75 que corresponde al inicio del estadio VI. El 50 % de los niños alcanza el estadio V.

De los niños evaluados se registra (tabla N° 10), que el 13,64 % se encuentra en el estadio IV, el 36,36 % atraviesa el estadio V, el 36,36% se encuentra en el inicio del estadio VI y el 13,64 % atraviesa el estadio VI.

Se observa que la mayoría de los niños evaluados se encuentra entre los que atraviesan el estadio V y los que inician el estadio VI, mientras que unos utilizan el objeto en forma inadecuada intentando sacar el papel que está dentro del tubo con los dientes del rastrillo, otros utilizan en forma adecuada el mango del rastrillo pero sin conseguir el objetivo.

*Sub-serie D2: Combinación de objetos tubo y cadena*

Esta sub-serie consta de 5 ítems en donde el niño debe introducir una cadena de clips en un tubo y se observa el comportamiento progresivo y espontáneo del mismo.

De un total de 22 niños de 24 meses de edad evaluados (tabla N° 9), el menor estadio alcanzado es el inicio del estadio V, mientras que el mayor es el fin del estadio VI. El 10 % o más de los 22 niños alcanza como máximo el inicio del estadio V, significa que un 10 % o menos supera el percentil 90 que corresponde al estadio VI. El percentil 25 corresponde al fin del estadio V, por lo tanto el 25 % o más de los niños alcanza el fin del estadio V y un 25 % o menos supera el percentil 75 que corresponde al inicio del estadio VI. El 50 % de los niños alcanza el fin del estadio V.

En esta sub-serie se registra (tabla N° 10), que el 13,64 % pertenece al inicio del estadio V, el 45,45 % está finalizando el estadio V, el 18,18 % está iniciando el estadio VI, el 13,64 % atraviesa el estadio VI y el 9,09 % se encuentra finalizando el estadio VI.

Se observa que la mayoría de los niños evaluados se encuentran finalizando el estadio V, no combinan adecuadamente los objetos, mientras que los intentos por introducir la cadena en el tubo son infructuosos.

Además de la utilización de la Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz, se utilizaron técnicas de recolección de datos como *entrevista semi-estructurada* a las madres con el fin de recabar información acerca de los niños y del grupo familiar, considerando los indicadores que favorecen o no los hábitos y comportamientos en la función de la alimentación.

Teniendo en cuenta los indicadores que favorecen los hábitos y comportamientos en la función de la alimentación se observó que: el 100% de los niños evaluados comen solos desde los 12 o 14 meses de edad, utilizando manos y cuchara, compartiendo con el resto de la familia. El 63,64% de las familias realizan 4 comidas diarias. El 54,55% de los niños ingieren alimentos nutritivos fuera del horario habitual de las comidas (pan, lácteos, postres). El 40,90% de estas familias no concurren a comedor, y un 38,2% de las familias prepara la comida algún integrante de la misma.

Entre los indicadores que no favorecen los hábitos y comportamientos en la función de la alimentación se observó que el 36,36% de estas familias no realizan el almuerzo o la cena, es decir, que realizan 3 comidas principales diarias. El 45,45% de los niños ingieren alimentos no nutritivos (gaseosas, caramelos, chokolatines) fuera del

horario habitual de las comidas. Se registró que el 59,09% de estas familias llevan a sus hijos al comedor perteneciente a alguna institución del barrio y que estos niños asisten al mismo desde que comenzaron a ingerir alimentos semisólidos. El 61,8% de estas familias reciben una vianda de alimentos.

De acuerdo con la categorización de los 16 indicadores (favorecedores y no favorecedores) tenidos en cuenta en la función de la alimentación, en los niños evaluados se arribó a que 13 de ellos cumplen con 6 factores favorecedores y 2 factores no favorecedores, 7 de estos niños resultaron tener 7 factores favorecedores y 1 factor no favorecedor, en 1 de ellos se observó que tiene 4 factores favorecedores y 4 factores no favorecedores, y en un solo niño se registró 5 factores favorecedores y 3 factores no favorecedores. (ver cuadro en anexo 2).

Además se recabó información acerca del grupo familiar. En cuanto al nivel de instrucción de los padres se registró que el 13,64 % de las madres no completaron sus estudios primarios, el 54,54 % sí los completaron. El 18,18 % no completaron sus estudios secundarios y el 13,64 % tienen sus estudios secundarios completos. Con respecto a la situación laboral, se conoció que el 22,73 % de estas familias, padres y madres trabajan, el 13,64 % no trabaja ni padre ni madre, el 40,9 % solamente trabaja el padre y el 22,73 % trabaja únicamente la madre. Se registró que todos los trabajos son informales o temporarios.

Otra técnica de recolección de datos que se utilizó es la *observación directa* durante el transcurso de la evaluación, la que permitió registrar diferentes actitudes de los niños frente a la situación, probablemente condicionadas por comentarios y gestos de sus madres, por ejemplo, aquellas que mostraron interés por que sus hijos sean evaluados se observó que esos niños se desarrollaron con entusiasmo y desinhibidos, participaron libremente, y demostraron curiosidad por los objetos presentados. Las mismas cuestionaron el rendimiento de sus hijos durante la evaluación. Otros niños no respetaron consignas ni el encuadre de evaluación, cuando la actitud de sus madres era de desinterés o apuro, y otras madres indicaban con gestos o señas mientras que sus hijos estuvieron inhibidos y poco motivados a participar de la evaluación.

Los profesionales pertenecientes al equipo técnico del servicio de pediatría correspondiente a la Unidad Sanitaria del Barrio Las Heras, informaron acerca de la situación de los niños pertenecientes al Programa Control del Niño Sano. Las Peditras comentaron sus inquietudes y preocupación por el futuro desarrollo integral de estos niños, ellas consideran las consecuencias que podría ocasionar esta problemática en

dichos niños en una edad más avanzada. Actualmente individualizan cada caso y llevan semanalmente un control detallado y estricto del peso de los niños detectados con el objetivo de normalizarlo, mediante instrucciones específicas a las madres acerca de la alimentación. La Terapista Ocupacional durante la entrevista se refirió a las actividades programadas para las madres de los niños que concurren al Programa Control del Niño Sano, por medio de las cuales les brinda información e indicaciones sobre las pautas madurativas en las distintas etapas del desarrollo del niño. Por último, la Asistente Social presentó la realidad actual por la que atraviesa el barrio, de acuerdo a la situación laboral, familiar, educativa, económica, social, las características edilicias, entre otros.

# **CAPÍTULO 11**

## **CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS**

## **Capítulo 11**

### **Conclusión y Propuestas**

#### **11.1). Conclusión**

La muestra de la población de estudio quedó compuesta por 22 niños de 24 meses de edad que pertenecen a una población de alto riesgo socio-ambiental que fueron detectados por el Servicio de Pediatría con una disminución en la curva de peso dentro de los parámetros normales (entre el percentil 10 y 50), evidenciándose entre los 6 y 9 meses de edad, momento en el cual se incorporan los primeros alimentos sólidos, quienes luego de este período recuperaron normalmente su peso. A partir de esta situación, surge el problema que guió esta investigación, ***"¿Cómo se presenta 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 (entre el 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 período recuperaron normalmente su peso, que concurren al "Programa Control del Niño Sano", de la Unidad Sanitaria Las Heras, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2004?"***

De los resultados obtenidos en cada una de las series y del estadio resumen, se arribó a que el 9,09 % de los niños alcanzó el estadio V, que comprende entre los 12 y 18 meses de edad cronológica, período donde aparece la reacción circular terciaria y el descubrimiento de los medios nuevos por experimentación activa, el niño repite conductas no por el simple hecho de repetir, sino por descubrir qué ocurre. En este estadio los esfuerzos del niño son dirigidos y controlados, y el nuevo hecho es interesante en sí mismo. Manifiesta conductas que constituyen las formas más elevadas de la actividad sensorio-motriz antes de la aparición de la inteligencia representativa.

Teniendo en cuenta que el estadio V comprende entre los 12 y 18 meses de edad cronológica, se registró que el 45,45 % de los niños cumplió con lo esperado para el fin del estadio V, es decir, aproximadamente entre los 17 y 18 meses de edad cronológica, donde se observaron conductas propias de este estadio que ya están incorporadas y asimiladas, adquiriendo nuevas conductas del próximo estadio para luego asimilarlas.

De acuerdo al período que comprende el estadio VI, entre los 18 y 24 meses de edad cronológica, se observó que el 31,82 % alcanzó la etapa inicial del estadio VI, que corresponde aproximadamente entre los 18 y 20 meses de edad cronológica. En esta etapa se registró que los niños están incorporando conductas propias de estadio VI,

caracterizadas por la invención de medios nuevos por combinación mental de esquemas con posibilidad de resolución de ciertos problemas por deducción. Comienzan las evocaciones representativas y la interiorización de esquemas de acción. Aparece la representación de objetos, lo que permite la noción de objeto permanente.

En tanto que el 9,09 % de los niños se encontró transitando el estadio VI, período que comprende aproximadamente entre los 20 y 22 meses de edad cronológica, en el cual todas estas conductas anteriormente mencionadas, están adquiridas plenamente y las manifiesta en cada situación presentada durante la evaluación.

Mientras que el 4,55 % de los niños alcanzaron conductas esperables para el fin del estadio VI que corresponde con la edad cronológica de los 24 meses de edad. Estos niños lograron en cada una de las pruebas, alcanzar el ítem más complejo, el cual indica que el niño utiliza correcta e inmediatamente los instrumentos, hay acción directa y combinación de objetos, representación mental del objeto, comprensión de consignas, mejor coordinación de movimientos de las manos al utilizar los objetos y tiene representación de los movimientos de su propio cuerpo y de los desplazamientos de los objetos. Todas estas conductas indican que estos niños alcanzaron el fin del estadio VI, y se encuentran finalizando el período Sensorio-Motriz y comenzando el período Pre-Operatorio.

De acuerdo con estos datos, se concluye que la mayoría, el 95,45 % de los niños, alcanzaron estadios inferiores a su edad cronológica (estadio V, fin del estadio V, e inicio de estadio VI), mientras que en la minoría, en el 4,55 % de los niños, sí se encontró correspondencia entre la edad cronológica y el estadio logrado (fin del estadio VI).

Durante el transcurso de la evaluación se observó: en cinco de las madres actitudes con tendencia a la sobreprotección, que por su interés a que sus hijos obtengan una respuesta correcta en las pruebas, los inducían mediante gestos y así los niños participaron de forma inhibida sin poder experimentar libremente los objetos que se les ofrecían. Diez de las madres expresaron conductas de contención, alentando y motivando a sus hijos que actúen solos, pero demostrándoles con ciertas expresiones que ellas estaban presentes. Y también se observó en siete de las madres, conductas de indiferencia hacia la situación de evaluación no colaborando con el encuadre de la misma, en la que los niños se mostraron de igual manera, desinteresados en participar.

De las entrevistas realizadas a las madres se registró: la presencia de indicadores favorecedores de hábitos y comportamientos en la función de la alimentación, en tanto que todas las familias integran a sus hijos a la mesa desde el momento que estos se sientan solos, y permiten que sus hijos experimenten comer solos, doce familias les brindan a sus hijos la calidad y cantidad de alimentos nutritivos necesarios, nueve familias preparan la



comida en su casa, y catorce respetan las 4 comidas diarias. Mientras que también se registraron indicadores no favorecedores, observándose diez familias que no brindan a sus hijos la calidad y cantidad de alimentos nutritivos necesarios, y trece familias que llevan a sus hijos al comedor, debido a la situación económica que atraviesan y en ocasiones representa la única comida principal del día. También se registró que 9 de estas familias reciben diariamente una vianda de alimentos. Además se registró que el nivel de instrucción alcanzado por las madres es bajo y que la situación laboral al ser informal o temporaria, hace que estas familias dispongan de escasos ingresos económicos.

A partir de la evaluación del desarrollo cognitivo de los niños de 24 meses que tuvieron una disminución en la curva de peso entre los 6 y 9 meses de edad, quienes luego de este período recuperaron normalmente su peso, se observó que el 95,45 % de estos niños alcanzaron estadios inferiores a su edad cronológica.

Entre otros aspectos, se observó en esta población, la presencia de factores socio-ambientales, anteriormente descriptos, provenientes de su núcleo familiar y de su entorno más cercano, 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 de estos niños. Se destaca que este hallazgo, no fue motivo de esta investigación. No obstante, podría ser un dato significativo por hallarse en una población de alto riesgo socio-ambiental. Estos datos encontrados abren la posibilidad de futuras investigaciones.

Cabe aclarar que según el tipo de estudio, exploratorio-descriptivo, que se utilizó durante la investigación, se logró describir y conocer el desarrollo cognitivo de los niños pertenecientes a la población en estudio. Por este motivo, el tipo de estudio implementado no contempló la evaluación de un grupo control.

De la investigación realizada, se destaca en el desarrollo integral del niño, la valoración de la lactancia natural exclusiva y la importancia del pasaje a la incorporación de alimentos semisólidos, como hito fundamental para el desarrollo del niño, a partir de los 6 meses de edad aproximadamente, momento en el cual se inicia el proceso de destete, en el que el niño se enfrenta a esta nueva etapa manifestando cambios físicos, emocionales y vinculares. También se considera eficaz la detección temprana de signos de alarma como la disminución del peso, para prevenir y evitar futuras alteraciones o retrasos en el desarrollo de estos niños, de la misma manera que se destaca la importancia de la función de la alimentación y la estimulación socio-afectiva que puedan brindarles sus padres y el entorno en el desarrollo integral del niño.

## **11.2).Propuestas**

Las propuestas brindadas por esta investigación, están dirigidas a la intervención desde Terapia Ocupacional en el desarrollo cognitivo valorizando la función de la alimentación de los niños de 24 meses de edad que concurren a la Unidad Sanitaria Las Heras.

Creemos que valorar el desarrollo cognitivo es un aspecto más a tener en cuenta en las acciones de Atención Primaria de la Salud, junto con el desarrollo psicomotor y psicoafectivo durante la primera infancia, etapa donde se debe estimular las capacidades y habilidades de estos niños para garantizar a futuro un crecimiento y desarrollo armónico.

Es primordial favorecer la autoconfianza de los padres y referentes del cuidado infantil, destacando sus aspectos positivos y cualidades en la tarea de interactuar con el niño, movilizándolo los recursos que espontáneamente tienen las familias para llevar a buen término el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Teniendo en cuenta la situación socioeconómica por la que atraviesa nuestro país, y sin disponer de todos los recursos humanos, económicos y políticos necesarios para asistir a las demandas de esta comunidad, sería conveniente trabajar con la familia de los niños a través de talleres que pertenezcan al "Programa Control del Niño Sano", el concepto de desarrollo infantil, de alimentación, y del proceso de salud-enfermedad, y de esta manera concientizar a la madre acerca de la importancia de la calidad de la alimentación de su hijo, y lograr que la familia sea participante activa y responsable del desarrollo integral del niño.

El Terapeuta Ocupacional desde su desempeño como agente de salud debe establecer pautas de estimulación temprana a la madre que favorezca el desarrollo de las potencialidades innatas de su hijo, contemplando las condiciones ambientales favorables para el desarrollo de la personalidad del niño.

Se propone la creación de talleres de juegos que favorezcan la estimulación del desarrollo cognitivo de los niños desde los 6 a los 24 meses de edad, dirigidos a padres, con el objetivo de que ellos mismos sean los estimuladores directos de sus hijos.

También consideramos importante llevar a cabo un taller de educación alimenticia, dirigido a las madres de los niños que sufren una disminución en la curva

de peso, con el objetivo de brindarles el conocimiento necesario acerca de las pautas de alimentación en cada etapa del desarrollo de sus hijos, donde conozcan los aportes nutritivos de los alimentos y capacitarlas en la preparación de comidas básicas esenciales para la alimentación de los niños.

Desde su rol, el Terapeuta Ocupacional se propone como objetivo la prevención de la incidencia de los factores de riesgo que actúan no solo sobre el desarrollo psicomotor sino también sobre el desarrollo cognitivo del niño.

Además de llevar a cabo el screening del desarrollo psicomotor del niño, se considera importante la valoración del desarrollo cognitivo.

Resaltamos la importancia del trabajo interdisciplinario en el abordaje de poblaciones en alto riesgo socio ambiental.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## **Bibliografía**

- 1) Alfaro, Graciela; Barbero, Marcela. *Desarrollo mental y psicomotor en niños nacidos de pretérmino*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la salud y servicio social. Universidad Nacional Mar del Plata. 1999.
- 2) Angelsen, N.K; Vik, T; Jacobsen, G; Bakketeig, L.S. *Lactancia materna y desarrollo cognitivo en niños de 1 a 5 años*. Departamento de Medicina Comunitaria. Universidad Noruega. Noruega. 2001.
- 3) Arellano, Viviana; Celesia, María Sol. *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 el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia*. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2002.
- 4) Beccar Varela, Carlos. *El Arte de Amamantar a su Hijo*. Ediciones Macchi. Novena Edición. 1999.
- 5) Bras, J; De la Flor, J.E; Masvidal, R.M. *Pediatría en Atención Primaria*. Editorial Springer-Verlag Ibérica. Barcelona. España. 1997.
- 6) Cusminsky, M; Lejárraga, H; y otros. *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*. O.P.S-O.M.S. Serie Paltex. N°8. 1994.
- 7) Declaración de Alma Ata. *Revista Salud Mundial*. Artículo 1. Agosto-Setiembre 1988.
- 8) Delmonte, Carolina; Ricillo, Valeria. *El rol del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de la Salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la salud y servicio Social. Universidad nacional de mar del Plata. 2002.
- 9) Enciclopedia de la Psicología. *El Desarrollo del Niño*. Ediciones Océano. S.A. Barcelona.
- 10) Flavell, J.H. *La Psicología Evolutiva de Jean Piaget*. Edit. Paidós. Barcelona. Bs. As. 1976.
- 11) Flemig, I. *Desarrollo Normal del Lactante y sus desviaciones*. Editorial Médica Panamericana. Tercera Edición. Bs. As. 1988.
- 12) Giberti, Eva. *Escuela para Padres. Los Chicos del Tercer Milenio*. Revista Página 12. N° 4 y 8. Buenos Aires. Argentina.

- 13) Gómez Sánchez, M; Canete, R; Rodero, I; Baeza, J.E; Avila, O. *Influencia del amamantamiento en el desarrollo mental y psicomotor*. Facultad de Medicina. Córdoba. España. 2003.
- 14) Italiano, Adriana; Retegui, María Virginia. *Factores que Inciden en el Abandono de Tratamiento de Terapia Ocupacional en Niños de Riesgo Socio Ambiental*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2004.
- 15) Kroeger, A; Luna, R. *Atención Primaria de la salud. Principios y Métodos*. O.P.S. Edit. Pax México. Segunda Edición. 1992.
- 16) Le Metayer, M. *Reeducación Cerebromotriz del niño pequeño*. Edit. Masson. España. 1995.
- 17) Lewis, M. *Desarrollo Psicológico del niño*. Edit. Interamericana.
- 18) Lic. Troglia, M. *Psicoterapia Cognitiva*. Ficha Circulación Interna. Cátedra Psicología Cognitiva. Facultad psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997.
- 19) Material Circulación Interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. *Carta de Otawa*. Facultad de Ciencias de la salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 20) Material Circulación Interna. Terapia Ocupacional en Psicopatología Infanto-Juvenil. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1998.
- 21) Material del Curso Introdutorio de Medicina General y Familiar. *Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud*. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional La Plata. Módulo II.
- 22) Meneghello, R; Fanta, E; París, E; Puga, T.F. *Pediatría*. Edit. Medica Panamericana. Quinta edición. Tomo I y II. Bs. As. 1999.
- 23) Morano, J; Spizzirri, F; Renteria, M; Silver, R. *Tratado de Pediatría*. Edit. Atlante. Bs. As. 1997.
- 24) Myers, R. *Los doce que sobreviven*. O.P.S.-O.M.S. 1993.
- 25) Oiberman, A; Masilla, M; Orellana, L. *Nacer y Pensar. Manual de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-Motriz, de 6 meses a 2 años*. Edit. CIIPME-CONICET. Volumen I y II. Bs. As. 2002.
- 26) O.P.S. *Acciones de Salud Materno Infantil a Nivel Local: Según las Metas de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia*.

- 27) O.P.S.-O.M.S. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*.  
Publicación Científica N°540.
- 28) Piaget, J; Inhelder, B. *Psicología del Niño*. Edit. Morata. Madrid. 1981.
- 29) Piaget, J. *Psicología de la Inteligencia*. Edit. Psique. Bs. As. 1986.
- 30) Piaget, J. *Seis Estudios de Psicología*. Edit. Planeta Argentina. Barcelona. España.  
1964.
- 31) Rey, J. *Lactancia Materna y Desarrollo Cognitivo*. Universidad René Descartes.  
París. Francia. Agosto 2002.
- 32) Socolinsky, Mario; *La Salud de Nuestros Hijos*. Tomo 2 y 18. Ed. Lebrun S.A.  
Argentina. 1992.
- 33) Starfield, B. *Atención Primaria de la Salud*. Edit. Masson.
- 34) Urquijo, S. *Psicología Cognitiva*. Material de Circulación Interna de la Cátedra  
Psicología Cognitiva. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del  
Plata. 1997.
- 35) Vega, M.C; Bosemberg, I; Campisi, M.A; Porro, S; Camezzana, G. *Desarrollo de  
los Niños de Familias Pobres en la Ciudad de Mar del Plata. Identificación de  
Riesgo*. La Salud en Crisis.
- 36) Veyra, M.E; y Cols. *Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud en la  
Población Materno Infantil*. Municipalidad de General Pueyrredón. 1999.
- 37) Williard/ Spackman. *Terapia Ocupacional*. Edit. Médica Panamericana. Octava  
Edición. España. 1998.
- 38) Winnicott, D. *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*.
- 39) Zurru, A.M; Cano Pérez, J.F. *Manual de Atención Primaria. Organización y  
Pautas de Actuación en la Consulta*. Edit. DOYMA. Barcelona. 1986.
- 40) [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- 41) [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar)
- 42) Medline.

# **ANEXO 1**



ANEXO 1

PROTOCOLO DE LA ESCALA ARGENTINA DE  
INTELIGENCIA SENSORIO - MOTRIZ (EAIS)  
DE 6 MESES A 2 AÑOS

Alicia Oiberman,  
Marcela Monsilla y  
Liliana Orellana  
EDICIONES CHIPME - CONICET

ISBN: 950-692-055-9

Nombre: ..... Apellido: .....  
 Fecha de examen: .....  
 Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....  
 Cociente de desarrollo psicomotor: .....  
 Edad de la Madre: ..... trabaja: .....  
 Edad del Padre: ..... trabaja: .....  
 N° de hijos: ..... Institución: .....

SERIES	PRUEBAS	ITEM	ESTADIOS
A	Exploración del objeto		
B	Busqueda del objeto desaparecido		
C	Intermediarios: 1 - Cinta 2 - Soporte 3 - Instrumento		
D	Combinación de objetos: 1 - Tubo - Rastrillo 2 - Tubo - Cadena		

Nivel de estadio:

Comportamiento:

Serie A: Exploración del objeto

DESCRIPCIÓN	ITEM - PRUEBA	MATERIALES	ESTADIOS	ENSAYOS	OBSERVACIONES
	0 - Manipulación sin orientación.	Espejo	III	Una vez	
	1 - Exploración activa con inicio de orientación de un objeto simple.	Espejo	Inicio IV	Una vez	
	2 - Orientación neta de un objeto simple.	Espejo	Fin IV	Una vez	
	3 - Inicio de orientación de un objeto complejo con 0 sin tentativa de apertura.	Cajita - clips	Inicio V	Una vez	
	4 - Descubrimiento por tanteos del mecanismo de apertura de la cajita.	Cajita - clips	Fin V	Una vez	
	5 - Utilización inmediata del mecanismo de apertura de la cajita, ensayos dirigidos pero infructuosos de cierre de la misma.	Cajita - clips	Inicio VI	Una vez	
	6 - Utilización del mecanismo de cierre de la cajita.	Cajita - clips	Fin VI		


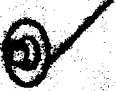




Serie B: Búsqueda del objeto desaparecido

DESCRIPCIÓN	ITEM - PRUEBA	MATERIALES	ESTADÍOS	ENSAYOS	OBSERVACIONES
	0 - Frena el gesto de prensión.	Muñeca - pantalla	III	Una vez	
	1 - Reconstrucción de un todo invisible a partir de una fracción visible.	Muñeca - pantalla	Fin III	Una vez	
A <input type="checkbox"/>	2 - Búsqueda activa del objeto desaparecido en el caso de un esbozo de prensión previa.	Paño de color rojo - autito chato	Inicio IV	Una vez	
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Se esconde en A	3 - Búsqueda activa del objeto desaparecido sin esbozo de prensión previa.	Dos telas de color rojo - autito chato	Fin IV	Dos ensayos. si fracasa en el primer intento, se repite sólo con el paño A	
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Se esconde en B	4 - Búsqueda activa del objeto desaparecido con utilización de la sucesión de desplazamientos visibles.	Dos telas de color rojo - autito chato	Inicio V	Dos ensayos, se puede incluir un tercer ensayo, utilizando el paño A	
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Se esconde en A	5 - Búsqueda activa del objeto desaparecido en el caso de un solo desplazamiento invisible.	Dos telas amarillas - clips - cajita	Fin V	Dos ensayos	
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Se esconde en B	6 - Búsqueda activa del objeto desaparecido con utilización de la sucesión de desplazamientos invisibles.	Dos telas amarillas - clips - cajita	Inicio VI	Dos ensayos	
1 A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 2 1 2 3 3 3 1 2 4 1 2 3 5 3 2 1	7 - Búsqueda del objeto desaparecido con deducción.	Tres telas de color amarillo - muñequita de madera	Fin VI	Cuatro veces (cinco en caso de fracasar en el primer ensayo o si descubre la muñeca)	



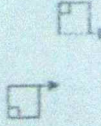
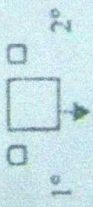
Alicia Giberman, Mariela Manilla, Eliana Ordoña

Serie C: Intermedarios Sub-serie C1: Utilización de la prolongación del objeto, cinta

DESCRIPCIÓN	ITEM - PRUEBA	MATERIALES	ESTADIOS	ENSAYOS	OBSERVACIONES
	0 - Interés por la cinta sola. Por el objeto solo. Por los objetos sin relación.	Argolla roja - cinta	III	Una vez	
	1 - Utilización de la prolongación del objeto por simple coordinación de esquemas.	Argolla roja - cinta corta	Fin III	Tres ensayos, un éxito es suficiente	
	2 - Utilización de la prolongación del objeto por combinación de esquemas jerarquizados.	Argolla roja - cinta larga - juguete	Inicio IV	Dos ensayos en caso de fracaso (la segunda vez con la argolla a la derecha del sujeto)	
	3 - Utilización de la prolongación del objeto como medio real.	Argolla roja - cinta larga - juguete	Fin IV	Dos ensayos en caso de fracaso (la segunda vez, a la derecha del sujeto)	
	4 - Noción objetiva de la prolongación del objeto.	Argolla roja - dos cintas largas - juguete	Inicio V	Dos ensayos (al menos, un ensayo de cada lado)	



Serie C: Intermediarios Sub-serie C<sub>2</sub>: Utilización de la relación entre un objeto y su soporte

DESCRIPCIÓN	ITEM - PRUEBA	MATERIALES	ESTADIOS	ENSAYOS	OBSERVACIONES
	0 - Ignorancia del soporte aun próximo.	Un cuadrado de tela - auto con personaje	III	Una vez	
	1 - Utilización del soporte por simple coordinación de esquemas.	Un cuadrado de tela - auto con personaje	Inicio IV	Una o dos veces	
	2 - Utilización del soporte por simple combinación de esquemas jerarquizados.	Un cuadrado de tela - auto con personaje	IV	Se permiten dos ensayos	
	3 - Utilización del soporte por combinación de esquemas jerarquizados (distancia y oblicuidad).	Un cuadrado de tela - auto con personaje	Fin IV	Dos ensayos (uno con el auto a la izquierda y otro con el auto a la derecha)	
	4 - Comprensión neta de la relación <i>colocar sobre</i> (contra-prueba).	Un cuadrado de tela - auto con personaje	Inicio V	Dos ensayos (uno a la izquierda y otro a la derecha)	
	5 - Aprendizaje de la rotación de un soporte después de una demostración.	Disco de madera que gira sobre un pie - un auto o muñequito	Fin V	Dos ensayos (en lugar de fracaso, uno de cada lado)	
	6 - Aprendizaje espontáneo de la rotación del soporte que gira por tanteos.	Disco de madera que gira sobre un pie - un auto o muñequito	Inicio VI	Dos ensayos (en lugar de fracaso, uno de cada lado)	
	7 - Descubrimiento de la utilización del soporte giratorio por construcción mental.	Disco de madera que gira sobre un pie - un auto o muñequito	Fin VI	Una vez	



Serie C: Intermediarios Sub-serie C<sub>3</sub>: Utilización de un instrumento (rastrillo y palo)

DESCRIPCIÓN	ITEM -- PRUEBA	MATERIALES	ESTADIOS	ENSAYOS	OBSERVACIONES
	0 - Exploración del instrumento solo o ensayo de prensión directa, o los dos.	Rastrillo - dos muñequitos de madera	Inicio IV		
	1 - Inicio de utilización ineficaz del rastrillo como simple prolongación de la mano (golpear el objeto con el instrumento).	Rastrillo - dos muñequitos de madera	Fin IV	Dos ensayos (en caso de fracaso, hacer demostración)	
	2 - Estudios de los desplazamientos del objeto con ayuda del instrumento.	Rastrillo - dos muñequitos de madera	Inicio V	Una vez	
	3 - Descubrimiento de la utilización del instrumento después de la demostración.	Rastrillo - dos muñequitos de madera	V	Una vez	
	4 - Descubrimiento de la utilización del instrumento por tanteos espontáneos.	Rastrillo - dos muñequitos de madera	Fin V	Una vez	
	5 - Uso espontáneo del instrumento sin tanteos.	Rastrillo - dos muñequitos de madera	Inicio VI	Una vez	
	6 - Utilización del instrumento en una situación más compleja.	Palo de madera-cubo rojo	Fin VI	Dos ensayos, seguidos de una demostración	

**Serie D: Combinación de objetos Sub-serie D<sub>1</sub>: Tubo y rastrillo**

DESCRIPCIÓN	ITEM - PRUEBA	MATERIALES	ESTADIOS	ENSAYOS	OBSERVACIONES
	0 - No hay combinación, acción directa.	Tubo - rastrillo - papel	IV	Dos ensayos	
	1 - Utilización breve o inadecuada del rastrillo.	Tubo - rastrillo - papel	V	Dos ensayos	
	2 - Tanteos dirigidos pero infructuosos.	Tubo - rastrillo - papel	Inicio VI	Una vez	
	3 - Logro por tanteos.	Tubo - rastrillo - papel	VI	Una vez	
	4 - Utilización inmediata y correcta del instrumento.	Tubo - rastrillo - papel	Fin VI	Una vez	



Serie D: Combinación de objetos Sub-serie D<sub>2</sub>: Tubo y cadena

DESCRIPCIÓN	ITEM - PRUEBA	MATERIALES	ESTADIOS	ENSAYOS	OBSERVACIONES
	0 - No hay combinación real.	Tubo - cadena	Inicio V		
	1 - Ensayo de introducción sucesiva de los diferentes segmentos de la cadena.	Tubo - cadena	Fin V	Una vez	
	2 - Ensayos de transformaciones parciales.	Tubo - cadena	Inicio VI	Una vez	
	3 - Transformaciones progresivamente adaptadas.	Tubo - cadena	VI	Una vez	
	4 - Invención rápida del procedimiento adecuado (disminución del tamaño de la cadena o asimilación a un objeto rígido de la misma forma).	Tubo - cadena	Fin VI	Una vez	



# **ANEXO 2**

## **Entrevista a la Madre o Sustituto**

- 1) ¿En qué lugar de la casa come el niño? ¿Sobre qué elemento: sillita, “en la falda de la madre”, cuna, cochecito, otro?
- 2) ¿Comparte la mesa con el resto de la familia?
- 3) ¿Quién prepara la comida?
- 4) ¿Quién le da de comer habitualmente?
- 5) ¿Come solo? SI/ NO ¿Por qué? ¿Desde cuándo?
- 6) ¿Qué come el niño en los diferentes momentos del día? ¿Y con qué frecuencia?  
Especificar
- 7) ¿Utiliza algún utensilio para comer? SI/ NO ¿Cuál/es?
- 8) ¿Cuáles son los horarios habituales de las diferentes comidas?

Comentarios:

## Hábitos y comportamientos en la función de la alimentación

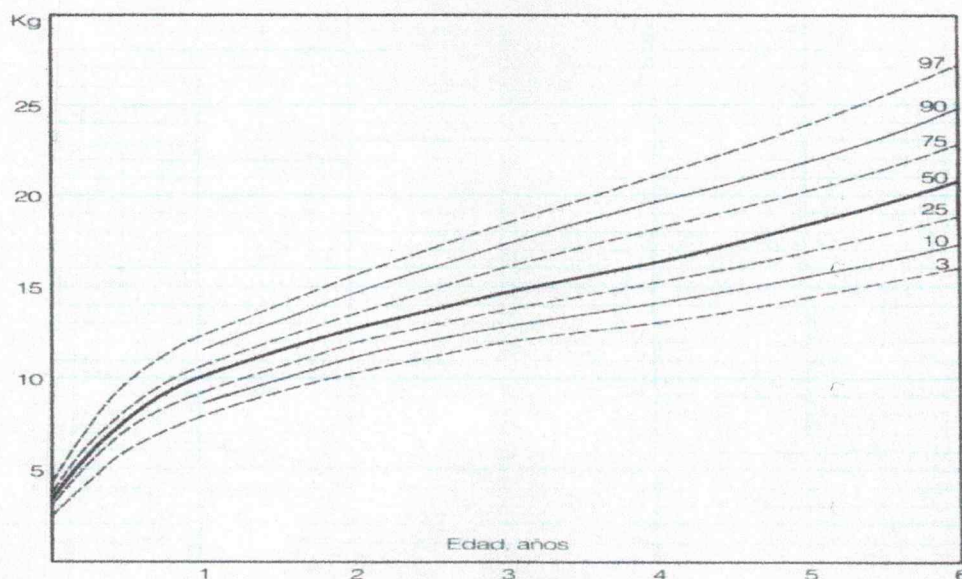
### *Clasificación de los indicadores*

a) <i>Favorecedores</i>	b) <i>No Favorecedores</i>
1- come en silla de bebé.	1- come en cuna, cochecito.
2- comparte la mesa con el resto de la familia.	2- no comparte la mesa con el resto de la familia.
3- prepara la comida algún integrante de la familia.	3- la comida es preparada en un comedor.
4- come solo.	4- no come solo.
5- ingieren alimentos nutritivos (galletitas, yogurt, frutas).	5- ingieren alimentos no nutritivos (golosinas).
6- utiliza algún utensilio (cuchara tenedor, cuchillo) o manos para comer.	6- no utiliza ningún utensilio, ni manos para comer.
7- respeta los horarios habituales de las 4 comidas diarias.	7- no respeta los horarios habituales.
8- no concurre a comedor.	8- concurre a comedor

**Resultados obtenidos de los factores favorecedores o no de los hábitos y comportamientos en la función de la alimentación**

Niños	Factores favorecedores								Factores no favorecedores							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
1	x	x		x	x	x		x			x				x	
2	x	x	x	x		x		x					x		x	
3	x	x	x	x	x	x	x									x
4	x	x		x	x	x	x				x					x
5	x	x	x	x		x		x					x			x
6	x	x		x	x	x		x			x				x	
7	x	x	x	x		x	x	x					x			
8	x	x	x	x		x	x						x			x
9	x	x	x	x	x	x	x									x
10	x	x		x	x	x		x			x				x	
11	x	x	x	x	x	x	x									x
12	x	x	x	x	x	x	x									x
13	x	x		x		x	x	x			x		x			
14	x	x	x	x	x	x									x	x
15	x	x		x		x					x		x		x	x
16	x	x	x	x		x	x						x			x
17	x	x	x	x	x	x	x									x
18	x	x	x	x		x		x					x		x	
19	x	x	x	x		x	x						x			x
20	x	x	x	x	x	x	x									x
21	x	x		x	x	x	x				x					x
22	x	x		x		x	x				x		x			x

Gráfico N° 16  
**PESO NIÑOS**  
 Nacimiento - 6 años



Gráficos preparados por Lejarraga, H. y Orfila, J., Arch. Arg. Pediat., 85:209-222, 1987.

**Peso Niños.**

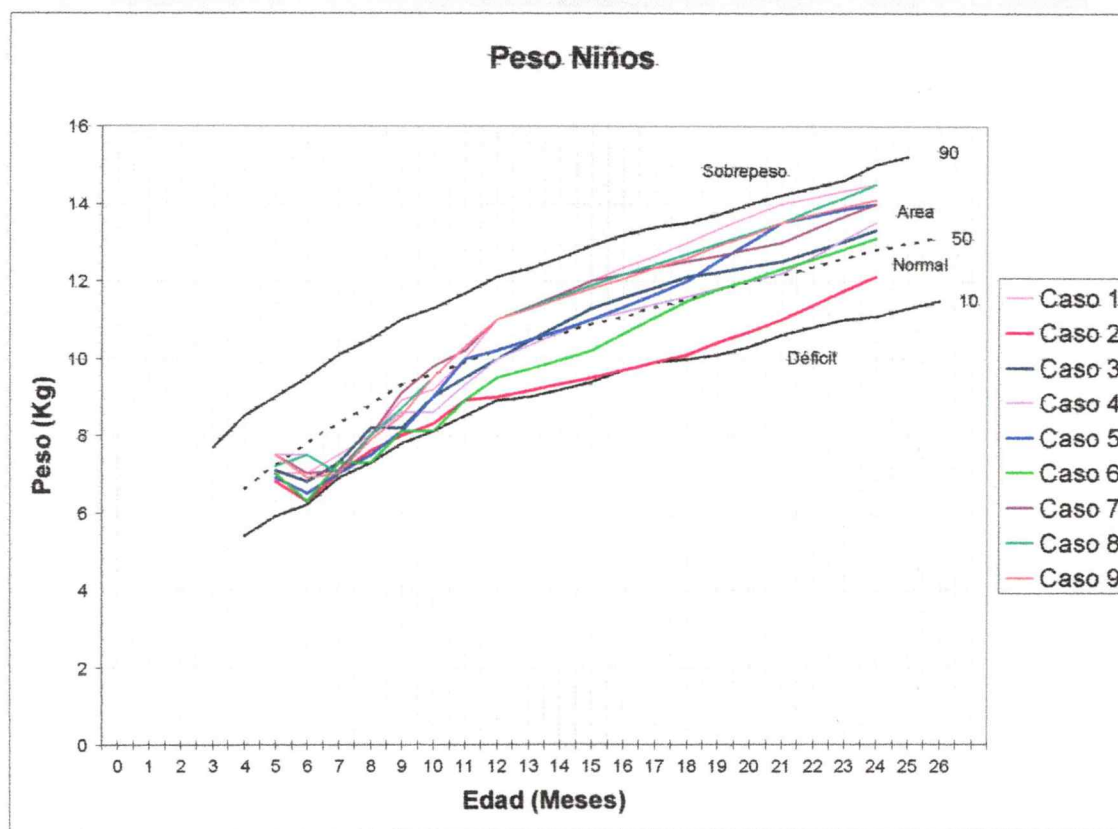


Gráfico de evolución del peso de los niños de la población en estudio sobre el gráfico de referencia preparado por Lejarraga, H. y Morasso María del Carmen (Período de 0 a 24 meses).

Gráfico N° 3

**PESO  
NIÑAS**

Nacimiento - 6 años

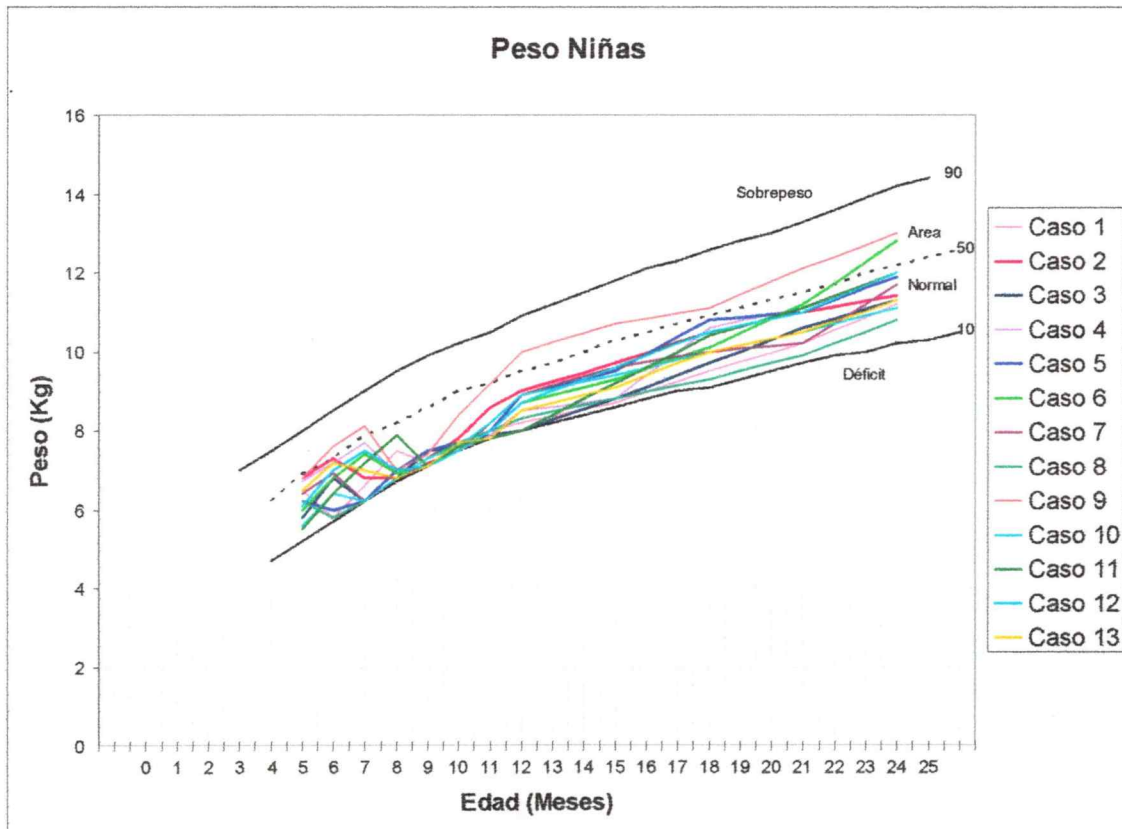
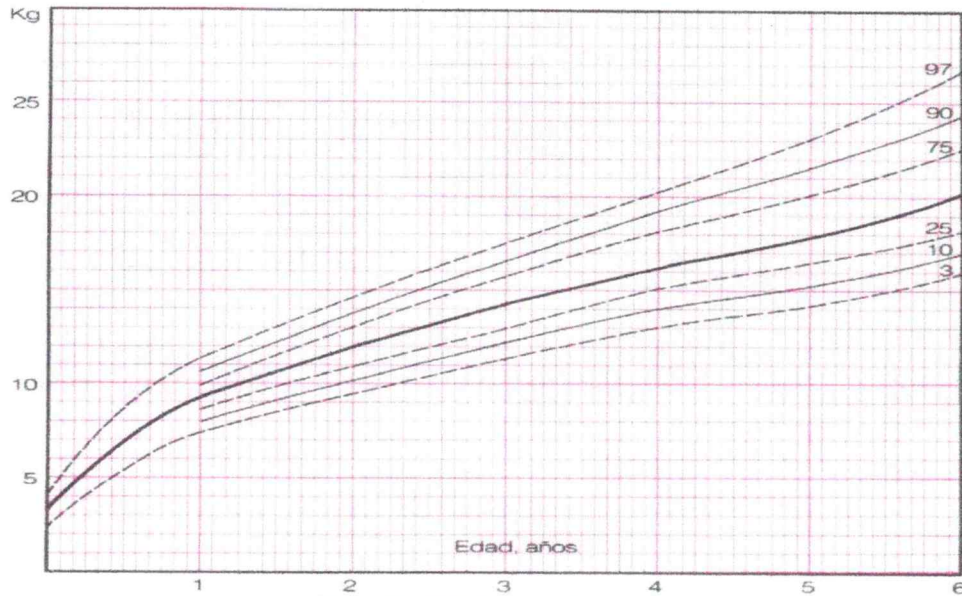


Gráfico de evolución del peso de las niñas de la población en estudio sobre el gráfico de referencia preparado por Lejarraga, H. y Morasso María del Carmen (Período de 0 a 24 meses).



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

**Jurado:**

- ✓ Lic. VERRA, Ma. Eugenia.
- ✓ Lic. Sicoli, Miriam.
- ✓ T.O. VEGA, Carlos.

**Fecha de Defensa:** 26/12/2005.

**Nota:** 8 (ocho)