

2016

La influencia del uso del andador infantil en el desarrollo psicomotor de lactantes de 6 a 18 meses de edad cronológica

Fornetti, Soledad

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

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/289>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

“La influencia del uso del andador infantil en el desarrollo psicomotor
de lactantes de 6 a 18 meses de edad cronológica”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

TESIS DE GRADO presentado en la
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Para optar al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional

AUTORAS: Fornetti, Soledad

Moro, Valeria

Soulé, Paola Luciana

Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Año 2016

Directora: Licenciada en Terapia ocupacional María Eugenia Veyra

Asesora Metodológica: Dra. Deisy Krzemien

Alumnas:

Fornetti Soledad

D.N.I. 28293406

Moro Valeria

D.N.I. 28728535

Soulé Paola Luciana

D.N.I. 26057958

“El mérito pertenece a aquél que está realmente en el campo de batalla (...); que se esfuerza valientemente; que yerra y se queda corto una y otra vez; que sabe de grandes entusiasmos, de gran devoción; que se dedica a una causa digna; que, en el mejor de los casos, conoce al final el triunfo del gran logro y, en el peor de los casos, si fracasa, al menos fracasa mientras se atreve, de manera que su lugar nunca estará entre aquellas temerosas almas que no conocen ni la victoria ni la derrota.” Theodore Roosevelt

Queremos dedicar nuestro trabajo final a todas las personas, familiares, amigos y compañeros, que nos apoyaron en nuestra formación profesional, compartiendo con nosotras alegrías y tristezas y brindándonos apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios; a todos ellos dedicamos nuestro sueño hecho realidad.

Estaremos eternamente agradecidas con nuestra directora de tesis María Eugenia Veyra, quien nos acompañó en nuestra etapa final, transmitiéndonos todo su conocimiento y su vocación con la terapia ocupacional, y con nuestra asesora metodológica Deisy Krzemien, quien generosamente nos brindó todo su saber, transmitiéndonos su dedicación y compromiso con la investigación científica.

Queremos también compartir nuestra alegría con todos los profesionales que integran labor y pasión, y que nos han motivado con su ejemplo; gracias a ellos hoy celebramos el final de un largo camino recorrido y el comienzo de una apasionante carrera.

!!!Infinitamente GRACIAS!!!

Luciana, Soledad y Valeria.

Índice

1. Introducción..... 5
2. Estado actual de la cuestión..... 7

| | |
|---|-----|
| 3. Marco Teórico..... | 14 |
| 3.1.Capítulo 1: Conceptos Generales..... | 15 |
| 3.1.1. Crecimiento, Maduración y Desarrollo..... | 16 |
| 3.1.2. Aprendizaje..... | 19 |
| 3.2.Capítulo 2: Desarrollo Psicomotor del niño de 0 a 18..... | 20 |
| 3.2.1. Primer mes de vida..... | 22 |
| 3.2.2. Primer mes a cuarto mes de vida..... | 25 |
| 3.2.3. Cuarto mes a octavo mes de vida..... | 27 |
| 3.2.4. Octavo mes a primer año de vida..... | 30 |
| 3.2.5. Doce meses a dieciocho meses de vida..... | 32 |
| 3.3.Capítulo 3: Desarrollo del Esquema Corporal..... | 35 |
| 3.4.Capítulo 4: Desarrollo de la Marcha..... | 38 |
| 3.5.Capítulo 5: Ambiente Facilitador..... | 42 |
| 3.6.Capítulo 6: Hábitos de crianza..... | 44 |
| 3.6.1. Sueño..... | 48 |
| 3.6.2. Alimentación..... | 50 |
| 3.6.3. Higiene..... | 53 |
| 3.6.4. Paseo..... | 53 |
| 3.7.Capítulo 7: Espacios de Permanencia..... | 54 |
| 3.8.Capítulo 8: El niño en el andador..... | 57 |
| 4. Aspectos Metodológicos..... | 60 |
| 5. Aportes del estudio..... | 68 |
| 6. Análisis de Datos e Interpretación de Resultados..... | 69 |
| 6.1. Análisis de Datos..... | 70 |
| 6.2. Resultados y Discusión..... | 71 |
| 7. Conclusiones..... | 93 |
| 8. Referencias..... | 96 |
| 9. Anexos..... | 102 |

Introducción

El Instituto Dr. Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia es un Centro de Salud de Atención Primaria (CAPS III), localizado en la Zona Sanitaria VIII, dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón, de la Secretaría de Salud Pública y Acción Social, dentro del marco de la Atención Primaria de la Salud, en el cual se desarrollan las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. La población que abarca es de características socio-económicas de clase media-baja y baja, sin cobertura médica, con un alto índice de desocupación y/o subocupación. (Donati, García, y Veyra, 2006)

El Programa de Desarrollo Infantil (P.D.I.), brindado en dicha institución, aborda la atención del recién nacido hasta los 5 años y 11 meses de edad. En el marco de dicho programa, una de las funciones principales del terapeuta ocupacional es realizar el test de pesquisa o screening del desarrollo psicomotor, con el fin de detectar alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños incluidos dentro de la mencionada franja etaria (Donati, García, y Veyra, 2006). Es fundamental destacar que el profesional no se aboca únicamente a evaluar y trabajar con el niño, sino que aborda a todo el grupo familiar, ya que es en el seno de la familia misma donde se desenvuelven la compleja dinámica de las relaciones y los cuidados hacia el niño.

En este sentido, es incumbencia del terapeuta ocupacional, en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, brindar a la familia las herramientas acerca del desarrollo del niño para que sepan detectar sus necesidades y aprendan a utilizar sus propios recursos en pos del desarrollo de las potencialidades del mismo.

El andador o tacatá fue creado con el propósito de ayudar a las personas que no podían caminar, o a aquellas que ya sea por su avanzada edad o por haber sufrido un accidente tenían dificultades para la marcha y requerían de un apoyo para movilizarse. Pero el o del mismo se popularizó y tuvo su auge en las décadas de los años sesenta y setenta como un dispositivo para que el niño aprenda a caminar; antiguamente, en el siglo XVI, el médico Ferrarius ya los había recomendado para enseñar a los niños a andar.

Tradicionalmente, los pediatras recomendaban el uso del andador sosteniendo la creencia de que el mismo favorecía la maduración de la marcha. A su vez, el andador tuvo, y aún tiene, gran aceptación por parte de los padres debido a que éstos consideran que el niño se encuentra entretenido, generando así una falsa sensación

de seguridad y, por lo tanto, menor supervisión por parte de ellos. Sin embargo, hoy en día, está en el ojo de la tormenta, siendo cuestionada principalmente la funcionalidad del mismo en el aprendizaje de la marcha y teniendo en cuenta que incrementa el riesgo de accidentes graves.

En el marco del Programa de Desarrollo Infantil implementado en el I.R.E.M.I., la terapeuta ocupacional, simultáneamente a la evaluación del desarrollo psicomotor del niño, realiza una entrevista a los padres, en la cual se indaga sobre los hábitos de crianza, incluyendo entre éstos el uso del andador. Durante nuestra inclusión en la práctica clínica, pudimos ser testigos y partícipes de las sugerencias y/o recomendaciones dadas a ellos por el profesional propiamente dicho, en relación a evitar el uso del mismo; sin embargo, la mayoría de las madres, aún teniendo conocimiento de los riesgos que éste implica, hacían hincapié en la tranquilidad y/o comodidad que dicho aparato les brindaba a la hora de realizar los quehaceres domésticos.

Todo lo antedicho y el hecho de conocer las campañas, llevadas a cabo en otros países, dirigidas a eliminar el uso del andador en los niños, nos motivó a investigar las implicancias de éste en el desarrollo psicomotor infantil.

Estado actual de la cuestión

Si bien el uso del andador es una costumbre popular que se ha instalado en la sociedad desde hace muchos años, diversos estudios han comenzado a poner en duda la función del mismo en el aprendizaje de la marcha en los niños. Las bases de datos en las cuales fueron localizados los artículos, donde estaban detallados los estudios y/o investigaciones que a continuación describiremos, fueron las siguientes:

- SCIELO (Scientific Electronic Library Online);
- PubMed (US National Library of Medicine);
- BVS (Biblioteca Virtual en Salud).

Los términos utilizados para guiar la estrategia de búsqueda fueron “baby walkers”, “andador” o “andadera”, y “caminador”. Sólo incluimos en la búsqueda aquellos estudios publicados en español, inglés o portugués, que hayan investigado los efectos de la utilización de los andadores infantiles en el desarrollo motor en niños con desarrollo normal en el inicio de la marcha independiente. Aquellos estudios que investigaron el término “andador” o “caminador” en relación con síndromes neurológicos o discapacidades motoras en niños fueron excluidos de la búsqueda propiamente dicha.

El primer estudio remonta al año 1977; I.B. Kaufmann y M. Ridenour realizaron, en Nueva Jersey, una investigación para evaluar la adquisición de la marcha independiente en lactantes de 300 días de edad cronológica, los cuales eran usuarios regulares del andador durante dos horas diarias, en comparación con otros que no utilizaban dicho dispositivo. Una vez que cada niño comenzaba a caminar por sí solo, se evaluaba la activación muscular a través de la Electromiografía; los análisis electromiográficos sugirieron que el uso del andador modificaba la mecánica de la locomoción en los lactantes en varios aspectos: actividad muscular, descarga de peso, posición del centro de gravedad y desplazamiento lateral de cuerpo. En consecuencia, los autores arribaron a la conclusión de que el uso del andador no aceleraría el proceso de adquisición de la marcha independiente en lactantes. (Chagas, 2007, p. 8-9)

Posteriormente, en 1982, M. Ridenour realizó un nuevo estudio persiguiendo el mismo objetivo, el cual se realizó en Filadelfia con lactantes de 4 meses de edad cronológica que hacían uso del andador durante una hora por día, en comparación con otro grupo que no lo utilizaba, arribando a las mismas conclusiones. (Chagas, 2007, p.10-11)

En 1986, Crouchman investigó, en Londres, el efecto del uso del andador en el comienzo del desarrollo de la marcha en un grupo de lactantes con edades cronológicas entre 8 y 12 meses (Chagas, 2007, p. 3-4); éstos fueron categorizados en tres grupos: no usuarios, usuarios de alta frecuencia (4 horas diarias) y usuarios de baja frecuencia (una hora diaria). La conclusión final de la investigación determinó que el uso de dicho equipamiento no obstaculizaría el desarrollo motor normal, pero podría ser perjudicial si el mismo es utilizado diariamente por periodos prolongados de tiempo.

Años más tarde, en 1996, la Sociedad Española de Pediatría publicó un artículo sobre los patrones de uso del andador, las creencias populares sobre las ventajas y los peligros del mismo y la accidentalidad derivada de su uso. El trabajo demostró que la creencia de que el uso del andador facilita el aprendizaje de la marcha continuaría arraigada en la sociedad; curiosamente como factor de protección frente a su uso se destacó el conocimiento de que el mismo podría provocar deformidad en las piernas, a pesar de que no existe evidencia médica que lo demostrara. Asimismo, el hecho de que los padres comprendieran que tal dispositivo puede provocar accidentes no se comportó como factor de disuasión. Por tal motivo, los autores de dicho artículo creyeron conveniente poner en marcha una campaña de concientización sobre el uso del andador. (Santos Serrano, y cols., 1996, p. 337-340)

Al año siguiente, en Chile, se realizó una encuesta a los padres de 250 niños de 6 a 18 meses de edad cronológica, que asistían a control de salud en la Unidad de Pediatría Ambulatoria del Centro de Diagnóstico de la Universidad Católica de Chile; el propósito de tales encuestas estuvo orientado a investigar la frecuencia y el motivo para usar o no el andador, la incidencia de accidentes atribuibles a su empleo, la forma en que éstos se producen y el tipo de lesiones resultantes. La razón más comúnmente aludida por los padres para usar un andador fue evitar el aburrimiento del niño, seguida por la necesidad de la madre de mantener entretenido al niño mientras ella realizaba las tareas domésticas, y en tercer lugar el aprendizaje de la marcha. Los autores de dicho estudio sugirieron que el uso del andador debe hacerse con suma precaución pues implicaría un alto riesgo de accidentes y lesiones. (Azócar y otros, 1997, p. 256-259)

En 1999, R.H. Engelbert y colaboradores describieron, en el Hospital de Niños de Holanda, dos únicos casos de lactantes con desarrollo motor normal que, luego de hacer uso del andador, manifestaron retraso en el desarrollo motor y patrones motores

similares a los observados en niños con diplegia espástica. El primer caso estudiado comenzó a usar el andador a los 6 meses de edad cronológica, cuando ya era capaz de sentarse en forma independiente durante varias horas por día; a los 11 meses presentó contracturas musculares y marcha en puntas de pie. El segundo caso comenzó a utilizarlo a los 12 meses de edad cronológica, cuando ya era capaz de mantenerse de pie con apoyo y dar pasos hacia los lados; éste manifestó, hacia los 19 meses, retraso en el desarrollo motor, rolado asimétrico e hipertonía intermitente en la pierna derecha. Ambos niños fueron derivados a tratamiento, solicitando a los padres el retiro inmediato del andador. A la edad de dos años fueron re evaluados, evidenciando que el desarrollo motor se había normalizado en cuanto a la calidad del movimiento, el tono y la fuerza muscular, y el rango de movimiento. Los autores concluyeron que los niños que aprenden a caminar a través del uso del andador tendrían una tendencia a desarrollar contracturas, tono muscular elevado, y posturas anormales de los miembros inferiores, un patrón motor que es muy similar a aquél observado en los niños con diplegia espástica; asimismo argumentaron que tal equipo no permitiría la práctica del equilibrio y de las reacciones de protección. (Chagas, 2007, p5-6)

En el mismo año, A.Siegel y R.Burton realizaron un estudio en Nueva York para investigar los efectos del uso del andador en el desarrollo mental y motor de niños de 6, 9 y 12 meses. El uso estimado del mismo era de 2 ó 3 horas por día, informado por los padres. El total de la muestra fueron 109 niños, divididos en dos grupos: 56 de ellos usaban andador y 53 no lo hacían; a su vez el primer grupo fue subdividido teniendo en cuenta el tipo de andador que utilizaban, en cuanto a si el mismo permitía que el niño observara sus pies o si los mantenía ocultos. La conclusión final de dicha investigación indicó que sólo el andador que no permite que el niño vea sus pies parecería tener efectos negativos en la adquisición de la posición de pie y la marcha; asimismo los autores consideraron que, más allá de que el niño pueda observarse los pies mientras lo utiliza, el andador no facilita el desarrollo motor. (Chagas, 2007, p. 12-14)

Posteriormente en el año 2002, en el University College de Dublín, Irlanda, la Dra. Garret y colaboradores realizaron una investigación para comparar la edad de adquisición de la marcha de los niños que utilizaban andador de aquellos que no lo hacían; la misma se realizó en base a un cuestionario administrado a los padres de un total de 190 niños, de los cuales 102 eran usuarios de dicho dispositivo. La mayoría de éstos comenzaron a utilizarlo a partir de las 26 semanas de vida, abandonando su uso a

las 54. Según la investigación, las diferencias entre ambos grupos fueron considerables, principalmente en cuanto al momento en que los niños lograron gatear, ponerse de pie y caminar sin ayuda. Mientras quienes hicieron uso del andador comenzaron a gatear a los 8 meses, aquellos que no lo utilizaron lo hicieron con un mes de anticipación. conclusión final a la que arribaron los investigadores irlandeses señaló que el uso del andador retrasaría el gateo y el momento en el que el niño logra sentarse por sí solo y comienza a caminar. La misma fue difundida a través de un artículo en la revista británica “The British Medical Journal” en el 2010.

En el año 2005 se realizó un estudio de casos a través de una encuesta a los padres de los niños que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Pediatría de la Caja Petrolera de Salud en La Paz, Bolivia. El objetivo del mismo fue verificar la hipótesis de que los niños que utilizan andador sufren un retraso en el inicio de la marcha, mientras que el gateo contribuye a su desarrollo. La muestra incluyó 301 niños entre los 14 y 24 meses de edad, que asistieron a la consulta pediátrica para un examen de rutina o por enfermedades triviales; no fueron incluidos niños con alteraciones neurológicas evidentes. Se consideró como casos a aquellos que no habían adquirido la marcha antes de los 17 meses de edad y como control a aquellos que caminaron antes de este tiempo. Los autores concluyeron que el uso del andador influiría negativamente en el desarrollo del inicio de la marcha, a la vez que implicaría mayores riesgos que beneficios. Por tal motivo, desaconsejaron la utilización del mismo y sostuvieron que el gateo implicaría un efecto protector contra el posible retraso para iniciar la marcha y una influencia positiva en el desarrollo motor y sensorial del cuerpo del niño. (Avila A. y Castro K., 2005, p. 11-14)

En el mismo año en Teherán, Irán, se realizó un estudio en 300 lactantes de 3 a 15 meses de edad, en los Centros de Atención Primaria para evaluar los efectos del uso del andador en la adquisición de las habilidades motoras, incluyendo sólo a aquéllos que presentaban un estado de salud normal; se dividieron en dos grupos de 150 niños cada uno: el grupo de estudio comprendido por los niños que hacían uso del andador y el grupo control por aquellos que no lo usaban. Se realizó un seguimiento de ellos durante dos años, periodo durante el cual cualquier niño que presentara una enfermedad que afectara el crecimiento y el desarrollo motor sería excluido. El resultado de dicha investigación demostró los efectos adversos del andador en la adquisición de las habilidades motoras de los niños; por lo tanto, los lactantes que hicieron uso del mismo

presentaron retraso, en comparación con los no usuarios, en la adquisición del rolado, el gateo, la posición de sentado con o sin ayuda, la posición de pie, y la marcha dependiente e independiente. Los autores recomendaron a las autoridades correspondientes que estudien la posibilidad de limitar la producción y la distribución de dicho dispositivo en el país. (Fakharian, Honarpishe, y otros, 2008, p. 15-18)

Años más tarde, en 2008, en el 44° Congreso Turco de Pediatría celebrado en Estambul, se realizó una encuesta a los pediatras que asistieron para obtener información acerca de las actitudes sobre el uso del andador y el abordaje con los padres, teniendo en cuenta la alta tasa de uso del mismo en dicho país. De un total de 226 pediatras el 63,7% no recomendaban su uso, el 32,3 % dejaban la decisión a criterio de los padres luego de dar la explicación pertinente, y sólo el 4 % sí lo recomendaban. Los pediatras que habían atendido con anterioridad a un niño con una lesión causada por el uso del andador fueron menos propensos a recomendarlos. Los autores consideraron que la reducción de la utilización de dicho dispositivo sólo podría lograrse brindando a los padres conocimiento basado en la evidencia, por parte de los pediatras, y también mediante la prohibición de su producción y venta. (Semra y otros, 2013, p. 528-532)

En el año 2011, en Brasil, se publicaron dos artículos relacionados con el uso del andador; uno de ellos referido a la estimulación ambiental y el uso de dicho dispositivo por lactantes con desarrollo normal, y el otro orientado a relevar las creencias y la opinión de los padres sobre el mismo.

El primero de los estudios realizados estuvo orientado a evaluar la cantidad y la calidad de estímulos ambientales disponibles para los niños con desarrollo normal que utilizaron el andador con anterioridad a la adquisición de la marcha independiente. La muestra estuvo integrada por 24 lactantes de 7 a 10 meses de edad, divididos en dos grupos: un grupo de 12 niños usuarios del andador y otro grupo de 12 no expuestos a su uso. Los resultados de dicho estudio sugirieron que el ambiente familiar de los niños que utilizaron el andador en el periodo anterior a la adquisición de la marcha proporcionaría mayor cantidad y calidad de estímulos. (Alves A., Cotta M., y otros, 2011, p. 181-185)

El segundo estudio se realizó con la finalidad de conocer la opinión de los padres sobre el andador y comparar la edad de adquisición de la marcha entre los lactantes que lo utilizaron y aquellos que no lo hicieron. La muestra estuvo compuesta

por 26 padres de niños con desarrollo normal: 14 padres de niños usuarios de dicho equipo y 12 de aquellos que no lo fueron. La decisión de utilizarlo se hizo independientemente del asesoramiento del pediatra.

Los resultados revelaron que la edad de la adquisición de la marcha no estuvo influenciada por el uso de dicho equipo. Las creencias que interfirieron con la decisión de los padres de utilizarlo fueron las siguientes: da medios de locomoción cuando el niño no quiere o no puede arrastrarse, le da libertad y confianza para moverse por sí mismo, acelera y facilita la adquisición de la marcha, fortalece las piernas, y es un juguete para el niño. Por el contrario, la mayoría de las madres que optaron por no hacer uno del andador en sus hijos sostuvieron la creencia de que éste origina retrasos en la adquisición de la marcha, el desarrollo del equilibrio y la coordinación motora, lleva al niño a omitir los pasos del desarrollo normal, afecta el fortalecimiento de las piernas, y provoca accidentes graves. (Chagas, 2011, p. 303-309)

Canadá fue el primer país en prohibir la fabricación, venta, re-venta, publicidad e importación de andadores, desde el año 2004. Ya en 1989 se había interrumpido voluntariamente en el país la fabricación de dicho producto, pero la popularidad del mismo entre los padres condujo a que se introduzca nuevamente en el mercado. El Ministro de Salud, Pierre Pettigrew, fue quien anunció tal decisión dando a conocer los peligros asociados a su uso.

El 13 de enero de 2009 la Comisión Europea adoptó una norma de seguridad para los andadores infantiles, la cual exige que se efectúen ensayos de estabilidad al fabricarlos y que el diseño de los mismos se adapte para reducir el riesgo de accidentes. A fines de 2008, los Estados miembros de la Unión Europea apoyaron la propuesta de la comisión de presentar dicha norma al Comité de Seguridad de los Productos; el Parlamento Europeo, al mismo tiempo, acogió la decisión con satisfacción. La Comisaria Europea de Protección de los Consumidores, Meglena Stilianova Kuneva, declaró que “esta norma contribuirá a la seguridad de los ciudadanos más pequeños y más vulnerables de la UE. Aunque el control parental o de los adultos sea la protección última del niño, las precauciones adicionales de seguridad en la fabricación de productos infantiles también son esenciales” (European Commission, 2009). Según la Alianza Europea para la Seguridad Infantil (2004), la eliminación del mercado de

dichos dispositivos es la estrategia más segura hoy en día para prevenir las lesiones en los niños más pequeños.

La seguridad de los andadores infantiles también se ha debatido en Australia, país que ha adoptado, desde el año 2002, un conjunto de normas obligatorias de seguridad necesarias para prevenir o reducir el riesgo de lesiones infantiles por el uso de dicho dispositivo. La Comisión para la Seguridad de los Productos de Consumo (2014) dedica una página de su sitio para advertir sobre los peligros de los andadores propiamente dichos; asimismo hace mención a los posibles retrasos en el aprendizaje de la marcha que implicaría el hacer uso de tal producto.

Recientemente, la Sociedad Brasileira de Pediatría lanzó, a comienzo de 2013, una campaña para suspender el uso de dicho equipo con el objetivo de aumentar la protección de los niños en accidentes causados por el mismo. El Instituto Nacional de Metrología, Calidad y Tecnología evaluó diez marcas diferentes de andadores infantiles disponibles comercialmente en el país; los resultados de tales evaluaciones demostraron que ninguno de ellos aprobaba la prevención de caídas. Esto concluyó con la prohibición de su comercialización en todo el país, decisión judicial que no cayó nada bien entre los fabricantes.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud lanzó, en junio de 2014, una campaña para alertar a los padres sobre los riesgos que implica para los niños el uso de andadores, al mismo tiempo que se comenzó a evaluar la posibilidad de prohibir su venta. Sin embargo, la Ministra de Salud de dicho país, María Elena López, declaró que el uso como tal no podría prohibirse dado que no existe evidencia firme de las limitaciones que tal dispositivo impone. (Rodríguez, 2014)

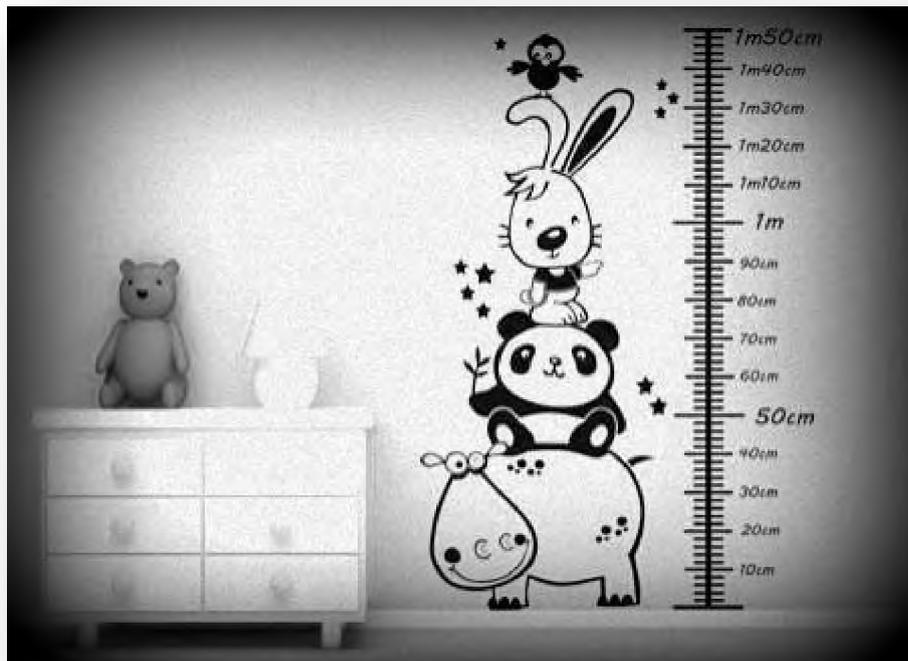
En nuestro país, en relación con el tema investigado, sólo existe un documento elaborado por el Comité de Pediatría Ambulatoria de la Sociedad de Pediatría Filial Córdoba (2009), en el cual los pediatras desaconsejan el uso de andadores infantiles, manifestando que tales aparatos pueden retrasar el inicio de la marcha, a la vez que representan un alto riesgo de accidentes. Asimismo, la Asociación Americana de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría no recomiendan el uso del andador y proponen prohibir la producción y la venta del mismo.

Marco Jeótrico



Capítulo 1:

Conceptos Generales



3.1. Crecimiento, Maduración y Desarrollo

Los conceptos de crecimiento, maduración y desarrollo se refieren, desde tres perspectivas diferentes, a los procesos evolutivos del niño, a través de los cuales éste se transforma en un adulto.

El **crecimiento** es un *fenómeno cuantitativo* que se manifiesta en los cambios de las dimensiones corporales con el aumento de la talla y el tamaño. El **desarrollo** es un *fenómeno cualitativo* porque consiste en la diferenciación de los órganos, la organización de sus estructuras y la adquisición y perfeccionamiento de sus funciones, mediante un creciente grado de maduración, hasta alcanzar la plena capacidad funcional. La **maduración** es el nivel de desarrollo alcanzado en un determinado momento. (Aranceta Bartrina, 2003, p.11).

El término “crecimiento” hace referencia a un *fenómeno biológico que consiste en el aumento de la masa corporal debido a un aumento del número de células (hiperplasia) y del tamaño de éstas (hipertrofia)*. El crecimiento “se realiza de una manera armónica, de acuerdo con un plan preestablecido, que permite a la célula inicial o cigoto transformarse progresivamente en una blástula, un embrión, un feto, un niño y, finalmente, en un adulto.” (Hernández R., 1994, p.9).

El complejo proceso de crecimiento está determinado genéticamente, pero en él intervienen también factores ambientales, que pueden cumplir una acción permisiva u obstaculizadora de dicho patrón genético. Si las condiciones del medio ambiente en que vive el niño son favorables, el potencial genético de crecimiento podrá expresarse en forma completa. Por el contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables, éstas tendrán una influencia negativa, interrumpiendo o distorsionando el normal crecimiento del niño.

La Organización Panamericana de la Salud define a la **maduración** como “*el proceso de adquisiciones progresivas de nuevas funciones y características, que se inicia con la concepción y finaliza cuando el ser alcanza el estado adulto*” (Cusminsky, 1994, p.13). La Dra. Coriat y el Lic. Jerusalinsky (1983) describen el proceso de maduración en términos de “*el completamiento de las estructuras del S.N.C. y neuromusculares (...) y, consecuentemente, el perfeccionamiento y enriquecimiento de*

los sistemas de interconexión que resultan en coordinaciones progresivamente más complejas y abarcativas” (p.4).

La maduración del sistema nervioso del niño se rige por dos leyes fundamentales: *la ley de plasticidad y la ley de especialización.*

La plasticidad neuronal o cerebral es la capacidad de producir cambios observables y duraderos en la estructura y la función del sistema nervioso a nivel celular y/o sináptico. La Organización Mundial de la Salud define el término neuroplasticidad como *la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas, ambientales o del desarrollo* (Cusminsky, 1994, p.13). El sistema nervioso tiene la capacidad adaptativa de modificar la propia organización estructural y funcional, la cual le permite minimizar y compensar los efectos de las lesiones cerebrales.

La neuroplasticidad no se refiere sólo a cambios estructurales y funcionales de la organización neuronal que se produce como consecuencia de la lesión, sino que también incluye la capacidad del S.N.C. para adaptarse a nuevas condiciones fisiológicas que surgen durante la maduración o la interacción con el entorno (Cusminsky, 1994, p.13).

La ley de especialización indica que las células nerviosas se irán diferenciando progresivamente durante el proceso de maduración, adquiriendo cada neurona las características morfológicas propias y los contactos sinápticos específicos y asumiendo una función única en el sistema nervioso.

La maduración neurológica se lleva a cabo siguiendo dos ejes directrices, los cuales marcan el sentido de la mielinización del tracto córtico-espinal, piramidal o motor que es el que determina el movimiento voluntario.

- *Patrón de desarrollo céfalo-caudal.* El desarrollo, el control y la coordinación musculares progresan desde la cabeza hasta los pies. Es decir, que el control cefálico precede al control del tronco y de las extremidades.
- *Patrones de desarrollo proximal-distal y medial-lateral.* Las partes del cuerpo más próximas a la columna vertebral suelen ser controladas de forma coordinada antes que las partes más alejadas de ella.

El proceso de mielinización de los axones neuronales comienza en la vida intrauterina, aproximadamente en el segundo mes de gestación, y prosigue después del nacimiento, durante años. Al finalizar el segundo trimestre gestacional, se han mielinizado las raíces y la médula espinales, y se ha iniciado a nivel tronco encefálico. El tracto piramidal termina dicho proceso a los dos años de edad, el cuerpo calloso lo hace en la adolescencia, mientras que las fibras nerviosas comisurales, de proyección y de asociación, alcanzan una completa mielinización en la vida adulta, hacia los treinta años de edad. (Avaria, 2005, p. 39) Por lo tanto, al nacer, la mielinización se ha completado a nivel subcortical, en las áreas cerebrales responsables de las conductas reflejas o involuntarias.

El término **desarrollo** se refiere a *la capacidad de diferenciación celular en los respectivos órganos y tejidos, y a la adquisición de funciones específicas*, caracterizándose, en consecuencia, por cambios en la complejidad y la función (Aranceta Bartrina, 2003, p.1). La Dra. Coriat y el Lic. Jerusalinsky (1983), en los “Cuadernos del Desarrollo Infantil”, sostienen que el concepto de desarrollo resulta ser un término abarcativo *“ya que se remite a las transformaciones globales que, incluyendo el crecimiento, la maduración y los aspectos psicológicos, conduce a adaptaciones cada vez más flexibles”* (p.4).

El desarrollo del niño puede entenderse como un proceso continuo, multidimensional e integral, el cual comienza antes del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida (Myers, 1993). La idea de continuidad no implica que los avances alcanzados en un punto determinado del desarrollo se sigan produciendo indefinidamente, o que el desarrollo sea siempre positivo; tampoco implica que un niño con retraso en la primera etapa de su vida no pueda recuperarse y alcanzar un desarrollo normal posteriormente.

El desarrollo incluye el mejoramiento de cuatro dimensiones, las cuales están en permanente interrelación e interacción (Myers, 1993):

- *Dimensión física o motora;*
- *Dimensión intelectual o cognoscitiva;*
- *Dimensión emocional; y*
- *Dimensión social.*

El Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría también propone una perspectiva multidimensional del desarrollo del niño, definiéndolo como *“producto continuo de los procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio en los que éste resuelve situaciones cada vez más complejas, en las cuales las estructuras logradas son la base necesaria de las subsiguientes”* (Abeya Gilardón, Del Pino, y otros, 2004). Según dicho comité, el desarrollo del niño está condicionado no sólo por la herencia genética y el estado de salud y nutricional del mismo, sino también por su organización psíquica, su temperamento, su familia, y el contexto social, económico, histórico y cultural en el que crece.

3.2. Aprendizaje

El aprendizaje es un aspecto necesario del proceso de desarrollo de las funciones psicológicas y culturalmente organizadas, el cual puede ser concebido como un cambio en la conducta del sujeto debido a la experiencia. Si bien es necesaria la maduración biológica para el desarrollo del potencial de aprendizaje, éste no es producto propio de la misma, sino que se debe a la interacción del organismo con su medio. *“(…) hoy es aceptado (…) que el individuo es una consecuencia de la interacción, y que la personalidad es la resultante de la integración del individuo con sus caracteres genéticos-biológicos y el medio ambiente”* (Knobel, 1964, p. 73-77). El proceso fundamental en el aprendizaje es la imitación; el niño aprende a través de “otro” social. No puede haber aprendizaje sin un otro con el que se relacione.

La teoría piagetiana concibe el desarrollo anterior al aprendizaje; por lo tanto, siguiendo los lineamientos de Jean Piaget, el desarrollo no podría ser considerado como resultado del aprendizaje. Según dicho psicólogo, el niño construye por sí solo las propias estructuras mentales en un proceso de ajuste progresivo al medio, aprendiendo a través de las interacciones con los otros. *“(…) el ser humano es un organismo complejo que crece en un medio muy diverso y caótico al cual debe adaptarse; esa adaptación es la que causa la evolución de la inteligencia”* (Pérez C., 2008).

Capítulo 2:

Desarrollo Psicomotor

del niño de 0 a 18 meses



El desarrollo psicomotor forma parte del proceso de maduración general del organismo; a través de él se adquieren nuevas funciones en el área de la motilidad, del lenguaje y de las conductas (Hernández R., 1994, p. 39). Es el indicador más objetivo para valorar si el proceso de maduración y de adaptación psicosocial se realiza normalmente o sufre alguna alteración patológica.

El desarrollo psicomotor propiamente dicho es consecuencia del proceso de crecimiento y maduración funcional del sistema nervioso, cuyo desarrollo “es, a su vez, el resultado de la interacción continuada entre la dotación genética individual y un conjunto de factores ambientales, que dificultan o facilitan la expresión de la potencialidad contenida en los genes” (Hernández R., 1994, p. 39).

El desarrollo psicomotor tiene que ver con las implicaciones psicológicas del movimiento y de la actividad corporal en la relación Organismo – Medio (hay una participación psíquica en los movimientos) (Mesonero Valhondo, 1995, p.138). Se lo puede definir en términos de “*el nivel de desarrollo evolutivo alcanzado en los aspectos corporales y musculares (conocimiento del cuerpo y control muscular)*” (Mesonero Valhondo, 1995, p.138). La meta del desarrollo psicomotor es el control del propio cuerpo; ello quiere decir que tal desarrollo implica (Mesonero Valhondo, 1995, p.138):

- Un componente externo o práxico (la acción);
- Un componente interno o simbólico (la representación del cuerpo y sus posibilidades de acción).

Asimismo dicho desarrollo se realiza impulsado por un doble estímulo:

1. La *maduración biológica* inherente al proceso de crecimiento, prescrita por los genes o la lógica biológica; y
2. La *estimulación social*: la intervención del medio.

En este sentido podemos afirmar que sin maduración biológica, no hay progreso; pero que ésta por sí sola no da lugar a desarrollo, sino que también es necesario que el medio proporcione situaciones que estimulen el aprendizaje de determinadas habilidades y su práctica.

3.2.1. Primer mes de vida

Desde el nacimiento mismo y durante los primeros momentos de la vida, la actividad del niño está regida por el dominio subcortical del Sistema Nervioso Central, encontrándose obligado a responder de manera refleja e idéntica a todos los estímulos, hasta alcanzar el dominio cortical y voluntario de los propios movimientos (Czornyj, 2007, p.67). Por lo tanto, la motricidad general del recién nacido está condicionada por los llamados *reflejos primarios o arcaicos*, los cuales “tienen como finalidad concreta la alimentación (succión y búsqueda), defensa (extensión cruzada, flexión de la pierna) o locomoción (arrastre y marcha), pero también puede ser una respuesta a un estímulo propio (abrazo del moro, tónico del cuello, prensión y enderezamiento)”. (Aguilar Cordero, 2003, p. 39). La presencia o ausencia de cada reflejo, así como la calidad de las respuestas permiten determinar el nivel de integración del S.N.C. en el neonato.

Los reflejos orales de mayor relevancia son el *reflejo de los cuatro puntos cardinales* o *reflejo de búsqueda*, y el *reflejo de succión-deglución*; ambos son reflejos de supervivencia, en tanto persiguen como fin común posibilitar el acto alimentario, al tiempo que permitirán al niño comenzar a relacionarse con el mundo que lo rodea. El primero se observa estimulando las comisuras labiales de la boca del recién nacido, quien responde girando la cabeza en dirección hacia el lado estimulado “produciendo la inmediata apertura bucal y la movilización de los labios del bebé hacia la zona del estímulo con la postura acanalada de la lengua para iniciar la succión” (Czornyj, 2007, p. 70). El reflejo de búsqueda contribuye a la preparación del neonato para la succión; cuando el techo de la cavidad oral entra en contacto con un objeto, el pequeño comienza a succionar intensamente.

En los primeros días de vida, si ambas plantas de los pies contactan simultáneamente con una superficie dura, el recién nacido adopta automáticamente la posición erecta (*reflejo de enderezamiento*). Si además se lo inclina ligeramente hacia adelante, se obtiene la llamada *marcha automática*, que consiste en movimientos de flexión y extensión de ambos miembros inferiores. Desaparece en el segundo mes.

El tono muscular del recién nacido y durante el primer mes de vida es predominantemente flexor y aductor, manteniéndolo inicialmente en la posición fetal propia de la vida intrauterina; dicho aumento del tono muscular flexor se irá perdiendo progresivamente. En decúbito dorsal y en vigilia los movimientos son escasos y desordenados, obedeciendo a cambios tónicos asimétricos de los músculos del cuello.

El recién nacido presenta una tendencia a mantener la cabeza rotada hacia uno u otro lado, tanto en decúbito dorsal como ventral, manteniéndola en la línea media sólo durante el breve lapso que transcurre en el paso de la misma de uno a otro lado. Los cambios de posición de la cabeza en relación con el tronco desencadenan un reflejo postural: el *reflejo tónico cervical asimétrico (RTCA)*. La respuesta motriz determina la extensión del miembro superior hacia el lado que está orientada la cara y la flexión del opuesto, en decúbito dorsal. A dicha posición se la denomina “postura del esgrimista” y va generalmente asociada a la misma posición de los miembros inferiores, aunque no siempre con igual intensidad. Dicho reflejo puede observarse también en decúbito ventral, pero con los miembros ubicados en forma inversa (Czornyj, 2007, p.72). El RTCA ofrece las primeras experiencias de coordinación óculo-manual puesto que el neonato fija la mirada sobre la mano extendida.

El recién nacido presenta además “una respuesta de defensa que tiende a una mejor adecuación del cuerpo en el espacio, luego de alterarse el equilibrio de una posición determinada” (Czornyj, 2007, p.73). Es el *reflejo de Moro o reflejo de sobresalto*, el cual comienza a atenuarse paulatinamente hacia el tercer mes, hasta desaparecer por completo entre el cuarto y el sexto mes. El mismo aparece después de un cambio repentino de posición de la cabeza con respecto a la posición del tronco. “La súbita movilización cefálica hacia atrás se continúa con la extensión, abducción y elevación de ambos miembros superiores e incluye la apertura y extensión de los dedos. Es seguida por el retorno a la posición inicial de reposo debido al predominio del tono aductor y flexor general del lactante” (Czornyj, 2007, p.73). Simultáneamente los miembros inferiores responden a la movilización inesperada de la cabeza hacia atrás con “la extensión de los mismos, seguida de la inmediata flexión de las rodillas que se aproximan entre sí y de la extensión y rotación interna de los pies que entran en contacto por sus caras plantares. Por último, se produce el regreso lento a la posición inicial” (Czornyj, 2007, p.73). A nivel de los miembros inferiores, dicho reflejo persiste unas semanas más que a nivel superior, marcando una vez más el sentido céfalo-caudal de la maduración neurológica.

Las manos del recién nacido están casi siempre cerca de los hombros y cerradas, muchas veces incluyendo al dedo pulgar entre el resto de los dedos, pero no en forma constante ni enérgica, sino en forma refleja; si las manos están abiertas vuelven a

cerrarse instantáneamente cuando un objeto roza las palmas de las mismas: esto es el *reflejo de prensión palmar*, cuya intensidad es máxima en el nacimiento.

Durante el primer mes de vida, el neonato realiza pocos movimientos activos con los ojos; la mirada es de pasiva fijeza. Los movimientos oculares consisten en lentos desplazamientos hacia la luz suave o una brusca oclusión de los párpados cuando ésta es intensa. La visión es borrosa; sólo percibe la luz, pudiendo discriminar intensidades de brillo, y es sensible a los movimientos. La visión del detalle es pobre. Existe una divergencia entre autores en cuanto a la percepción de los colores; algunos sostienen que se puede demostrar la percepción diferencial de los mismos desde el inicio de la vida, mientras otros sostienen que el color no puede ser percibido como tal al momento del nacimiento, distinguiendo únicamente el blanco y el negro. Asimismo si bien el pecho es el primer objeto con el cual el recién nacido se relaciona, no se lo puede considerar como un objeto percibido visualmente, sino principalmente por contacto oral.

El primer mes de vida del lactante es denominado por Jean Piaget “*el estadio de los reflejos*”. Este autor entiende por reflejos: “un montaje hereditario que funciona desde el nacimiento” y que “por bien montado que esté como mecanismo fisiológico hereditario y por fijo que parezca en su automatismo inmutable, no tiene menos necesidad de cierto ejercicio para adaptarse a la realidad exterior” (Koupernik, 1957, p. 36). Los reflejos propiamente dichos “forman totalidades organizadas y no mecanismos yuxtapuestos” (Koupernik, 1957, p. 134); el ejercicio de los mismos constituye un modo de vinculación y de interacción del organismo y el medio. Según el autor, los dos componentes del mecanismo adaptativo básico que dirige el desarrollo, la *asimilación* y la *acomodación*, están presentes desde el nacimiento, aunque sea en forma rudimentaria, y no están claramente diferenciadas.

“El recién nacido es una fábrica constante de necesidades y una fuente inagotable de repetición de una misma acción refleja para satisfacerlas: el *llanto*” (Czornyj, 2007, p.67); éste es su primera manifestación sonora. La madre, sensibilizada con su hijo, sabe distinguir las peculiaridades de cada llanto, reconocer si es producto de una sensación de hambre, molestia y/o dolor, y darle así una respuesta adecuada. En este sentido, el llanto es la primera señal que puede ser decodificada por un otro.

3.2.2. Primer mes a cuarto mes de vida

Al finalizar el tercer mes, el lactante adquirirá su primer gran hito motor: el *sostén cefálico*; y lo logrará en forma casi simultánea con la pérdida de la postura asimétrica que le permitirá mantener la cabeza predominantemente en la línea media y que sus manos se junten por encima de su pecho. El RTCA comienza a desvanecerse paulatinamente, hasta desaparecer por completo hacia el final del primer trimestre. Su inhibición permite que el cerebro comience a funcionar conjuntamente como una unidad, posibilitando así “(...) el ingreso de ambas manos en el campo visual (...) la unificación de los espacios de la mano derecha y de la izquierda, así como con el espacio de la boca” (Noli, 2008, p. 195).

Inicialmente el niño del primer mes no puede sostener objetos con sus manos; a los dos meses puede lograrlo, brevemente. A los tres meses puede mantener un objeto en la mano y mirarlo, o llevarlo a la boca, morderlo y chuparlo; también mira sus propias manos.

En decúbito prono, el pequeño puede elevar la cabeza valiéndose de los músculos paravertebrales; amplía el movimiento al apoyar los antebrazos, lo que le permitirá paulatinamente despegar el tórax del plano de apoyo. Así adquirirá una nueva postura: el *balconeo*.

Durante el primer trimestre, el lactante realiza movimientos oculares tan rápidos, repentinos y espasmódicos, que necesita reorientar su mirada hacia el objeto. Su atención está fija sobre éste provocando una “mirada aferrada” y el seguimiento del objeto deberá realizarlo mediante movimientos de cabeza, primero en plano horizontal y luego vertical (Czornyj, 2007, p.69). Asimismo “(...) ensaya la fijación ocular sobre sus manos, no sobre ambas, sino sobre una u otra (...)” (Coriat, 1974, p.105). El lactante del primer mes sólo mira los objetos que están en la línea media de su visión y puede seguir el desplazamiento en un recorrido de 90°. A los dos meses puede seguir un objeto más allá de la línea media, y a los tres meses puede seguir el recorrido en un radio de 180°.

Aproximadamente hacia el segundo mes de vida, el infante puede repetir conscientemente, en forma voluntaria, acciones y/o actos que antes no eran más que una conducta automática. “Esta repetición de la conducta es ahora una respuesta deliberada al estímulo reconocido de una experiencia previa. Las respuestas adquiridas

accidentalmente (...) se convierten en nuevos hábitos sensorio-motores” (Maier, 1971, p. 113). Las primeras adaptaciones que son adquiridas a través del ejercicio de esquemas motores fueron denominadas por J.Piaget *reacciones circulares primarias (RC1°)*; éstas consisten en la repetición de una respuesta sensorio-motora, en donde la actividad recae sobre el propio cuerpo, y señalan el comienzo del segundo estadio del desarrollo sensoriomotor, cuando los movimientos voluntarios reemplazan lentamente a la conducta refleja (Maier, 1971, p. 113). La RC1° “alude a la asimilación de una experiencia previa y al reconocimiento del estímulo que desencadena la reacción. (...) con ésta aparece el proceso de *acomodación*” (Maier, 1971, p. 113-114). Se produce una distinción entre asimilación y acomodación que no existía en el estadio anterior.

Paulatinamente surge el llamado “*juego de ejercicio*”, término introducido por J.Piaget, el cual consiste en la repetición funcional de actividades sensorio-motoras; éstas inicialmente tenían un fin adaptativo, pero ahora son reiteradas por el lactante por el puro placer del ejercicio funcional (García Madruga, y otros, 2010). El niño está utilizando un esquema, pero una vez alcanzado el objetivo, la actividad continúa realizándose por el puro placer de ejecutarla, permitiendo al mismo tiempo consolidar lo adquirido. Un claro ejemplo es el ejercicio de succión fuera de la situación de ser alimentado. El placer surge al intentar dominar la actividad.

El espacio del niño se reduce a las posibilidades que le brinda su capacidad motriz, siendo el cuerpo el centro principal de referencia. El lactante va logrando configurar “(...) un conjunto de espacios heterogéneos, centrados todos en el cuerpo propio: espacio bucal (STERN), táctil, visual, auditivo, posicional (...)” (Inhelder y Piaget, 1997, p.26). Esos espacios son denominados por J.Piaget “*grupos prácticos heterogéneos*”: prácticos porque parten de la acción, y heterogéneos porque el niño todavía no los puede coordinar ente sí.

A partir del segundo mes de vida, el infante comienza a emitir pequeños *sonidos guturales*, que duran de 15 a 20 segundos, siendo la primera expresión el “ajó”. Ésta marca una etapa fundamental en el inicio de la comunicación verbal ya que, si es registrada y repetida por otro, abre un canal de comunicación entre el lactante y el mundo externo. Alrededor de los tres meses comienzan las primeras *vocalizaciones*; aparece el *balbuceo o lalación*, que consiste en la emisión de sonidos con redoblamiento de sílabas. Simultáneamente el lactante ya es capaz de distinguir las

entonaciones afectivas, reaccionando con alegría, sorpresa, o temor, ante el tono de voz de un adulto.

Las primeras vocalizaciones coinciden con la aparición de la *sonrisa social* e indican un nuevo nivel de organización a nivel psíquico. La sonrisa propiamente dicha puede manifestarse a partir del primer mes de vida en respuesta a estímulos internos; es la llamada “sonrisa del ángel”, la cual se produce en forma involuntaria, principalmente cuando el lactante está durmiendo. Progresivamente comenzará a aparecer como respuesta al reconocimiento de voces familiares, pero sólo a partir de los tres meses surge claramente en respuesta al rostro humano “(...) convirtiéndose éste en un percepto visual privilegiado, preferido a todas las demás “cosas” del medio circundante del infante. Este rostro debe cumplir ciertas condiciones: que se encuentre de frente, de modo que el infante pueda ver los dos ojos y que esté en movimiento; no indicando esta una verdadera relación de objeto, sino sólo un signo” (Spitz, 1969, p.75).

La sonrisa social es el primer organizador del psiquismo, descrito por R.Spitz, el cual señala que el pequeño comienza a emerger del estado de indiferenciación propio del nacimiento, para entrar en un proceso de mayor discriminación, separación e individuación.

3.2.3. Cuarto mes a octavo mes de vida

El control cefálico mejora y, hacia el quinto mes, es perfecto. Desaparecido el RTCA, el niño puede llevar ambas manos a la línea media, en decúbito dorsal; las lleva primero hacia el tórax, luego hacia el abdomen, los genitales, las rodillas y los pies, ampliando así significativamente la idea de su esquema corporal. Alrededor del quinto mes, el niño conseguirá pasar de decúbito supino a prono y viceversa. Este nuevo hito motor, el *rolar*, es fundamental para su dominio espacial.

El tono de los músculos paravertebrales aumenta lenta pero progresivamente; por lo tanto, en principio el lactante requerirá del apoyo de ambas manos para mantener el equilibrio en la posición sedente (sedestación inicial con *trípode bimanual* y, más tarde, *monomanual*) (Czornyj, 2007, p.78). Recién alrededor de los seis meses, el uso del apoyo manual para mantenerse sentado comenzará a ser ocasional. Mientras se apoya en una mano, el niño podrá utilizar la otra para tareas prensiles y, cuando logre

tener libres ambas manos en dicha posición, podrá usarlas en forma simultánea para manipular objetos (Sarmiento D., 1994, p. 225).

En decúbito prono, perfecciona el balcaneo, pudiendo apoyarse en ambas manos con el tórax erguido y separado definitivamente del plano de apoyo horizontal. Simultáneamente descubre que puede arrastrarse sobre su abdomen, realizando movimientos asimétricos de los miembros inferiores (*reptado*). También en dicho decúbito comienza a adoptar la *posición de oso* que anticipa al gateo. Al sexto mes, le gusta mantenerse de pie cuando es sostenido por debajo de las axilas, pudiendo brincar; esto le permitirá preparar sus piernas para gatear y caminar.

El reflejo de Moro comenzará a atenuarse a partir del cuarto mes, para desaparecer paulatinamente hacia la finalización del sexto mes. A los siete meses aparece el *reflejo de paracaidista*: “se trata de una compleja sinergia que intenta preservar la cabeza de posibles golpes” (Czornyj, 2007, p.80) extendiendo los cuatro miembros.

El reflejo de prensión palmar comienza a atenuarse hacia el cuarto mes hasta desaparecer completamente, cuando es reemplazado por la *prensión voluntaria*, permitiendo que la mano se abra y se presente ante los ojos del pequeño. Ahora las manos pueden empezar a desarrollar la sensación del tacto. “(...) aumenta considerablemente el interés del niño por sus manos: las observa ahora simultáneamente, ubicándolas con frecuencia frente a la vista (...)” (Coriat, 1974, p.106). “Las primeras aproximaciones de la mano al objeto apetecido (...) son siempre precedidas por la fijación ocular sobre dicho objeto” (Coriat, 1974, p.107), siendo imprescindible una correcta sinergia óculo-manual.

La *prensión voluntaria* es en principio torpe e insegura, con movimientos globales y desordenados; el niño utiliza el borde cubital de la mano, para después pronarla y usarla toda. Dicho tipo peculiar y primitivo de prensión se denomina “*grasping*”, y consiste en la utilización de la cara palmar de todos los dedos para tomar un objeto grande; lo toma a mano llena, con un movimiento de barrido (Czornyj, 2007, p.77). La prensión voluntaria inicial es bimanual: el proceso de unilateralización comienza hacia los seis meses (Sarmiento D., 1996, p. 224), cuando el niño puede transferir un objeto de una mano a la otra. Si se le ofrece un segundo objeto, la mano

que sostiene el primero se abre y lo deja caer. A los siete meses, podrá sostener los dos objetos simultáneamente.

El lactante de cuatro meses fija la mirada y sigue un objeto, manteniendo su atención sobre el mismo y anticipando su movimiento. Se observa mayor diferenciación entre sí mismo y los objetos o las personas que lo rodean; intenta tomar aquello que le interesa o tocar la cara de quien le habla. A los cinco meses sonríe a su imagen reflejada en el espejo, y sólo a los siete meses intenta tocarla pero aún no reconoce que se trata de su propia imagen reflejada.

La visión del detalle mejora a los cuatro meses y ya tiene acomodación visual a los movimientos rápidos, permitiéndole seguir la caída de un objeto; a los seis meses intenta tomarlo cuando cae. Cuando un objeto desaparece totalmente ante su vista, pierde el interés por el mismo: no lo busca, no intenta recuperarlo; esto indica que todavía no existe la noción de permanencia de objeto. Sin embargo, si se lo cubre parcialmente, dejando una parte visible del mismo, el pequeño podrá entonces recuperarlo. Dicha conducta demuestra que puede reconstruir un todo invisible a partir de una fracción visible; existe el conocimiento de que el objeto sigue allí. Asimismo aparta los obstáculos que le impiden la percepción.

Entre los cuatro y ocho meses, se produce una ampliación del espacio que circunda el lactante y de su posibilidad de investigarlo. Aparecen acciones que el niño repite voluntariamente y que recaen sobre un objeto externo, a las cuales J.Piaget denominó *reacciones circulares secundarias (RC2°)*. Los descubrimientos son casuales pero las repeticiones voluntarias. El niño asocia un resultado a una acción de manera tal que luego busca repetirla para lograr el mismo fin.

Gracias a la prensión voluntaria, los “grupos prácticos” comienzan a coordinarse entre sí, pudiendo el niño unir los espacios bucal, táctil y gustativo. Los grupos prácticos se transforman así en “*grupos subjetivos*”; subjetivos porque aún dependen de la propia acción del niño y no de los desplazamientos de los objetos como tales. Para que se lleguen a constituir los “*grupos objetivos*”, se necesitan tres condiciones básicas: a) la permanencia de objeto; b) la percepción de las relaciones entre los objetos; y c) la percepción de las relaciones entre el sujeto y los objetos.

Si bien el balbuceo se extiende hasta el octavo mes aproximadamente, hacia los cuatro meses, el pequeño comienza a realizar *juegos vocálicos*, que se manifiestan a través de la *imitación de sonidos*. En principio, repite los sonidos que él mismo produce, y más tarde, comienza a imitar sonidos que producen los otros. A los cinco meses responde a la voz del adulto con balbuceos, volviendo la cabeza y mirándolo. A los seis meses, parlotea, y a los siete meses, realiza múltiples vocalizaciones espontáneas, comenzando a pronunciar sílabas.

El lactante prefiere objetos pequeños para jugar, a los cuales arroja y exige que se los alcancen, y comienza a manipular y explorar sensorialmente las cualidades de los mismos; esto ayuda a mejorar la coordinación de los propios movimientos. Los juegos de esconderse (cubrirse con una manta y aparecer, o abrir y cerrar los ojos) son modos de asimilar la existencia y la pérdida del objeto presente.

3.2.4. Octavo mes a primer año de vida

El niño ha adquirido el *rolar definitivo*; pasa de decúbito supino a la posición de sentado, y desde dicha posición inclina su tronco hacia adelante, extendiendo su mano hasta alcanzar un juguete lejano. También ha iniciado el *gateo* (Czornyj, 2007, p.82). No todos los niños prefieren el gateo convencional en cuatro patas; algunos optan por reptar arrastrándose sobre el abdomen, o bien avanzarán a sacudidas arrastrando la cola en la posición sedente, ayudándose con los talones.

El pequeño logra la *bipedestación con apoyo* al llegar a los diez meses, y poco después, intentará deambular dando pasos laterales y apoyándose en los muebles. Previo a adquirir la marcha independiente, caminará sostenido de las axilas primero, llevándolo de las manos después, y luego tomado de una sola mano. Los primeros pasos independientes, aunque aún bruscos y rígidos, hacen su aparición hacia los doce meses; el niño comienza a caminar sin ayuda, aumentando al máximo su base de sustentación. Al aumentar las posibilidades de locomoción del niño, aumentan, a su vez, la exploración del espacio y el descubrimiento de nuevos objetos.

La función de la mano se perfecciona: comienza a advertirse la *oposición del pulgar* en la pinza. Inicialmente la pinza “es imperfecta porque utiliza el borde lateral de las dos falanges distales del índice flexionado y no la yema del dedo” (Czornyj, 2007,

p.83). Alrededor de los once meses, el infante ya utiliza la *pinza digital superior* logrando oponer el dedo pulgar con el pulpejo del dedo índice (Coryat, 1974). Su juego favorito consiste en colocar objetos pequeños en recipientes. Entre los diez y los doce meses, el niño ejercita la *prensión bimanual y simétrica* a nivel superior al golpear ambas manos entre sí, y los juguetes contra la mesa y entre sí.

El pequeño comienza a practicar el “tomar y soltar” en forma voluntaria; arroja objetos a voluntad y los mira caer. “(...) el niño se anima a soltar porque puede hacerlo neurológicamente y porque psicológicamente quiere hacerlo” (Sarmiento D., 1994, p.228). También se interesa por desplazar objetos para estudiar los movimientos de éstos, a la vez que realiza una exploración en el campo espacial con sus manos. Ya tiene la capacidad de recuperar un objeto escondido delante de su vista, o quitar el obstáculo que le impide verlo: la imagen mental del objeto ha alcanzado cierto grado de permanencia en la mente del niño. Aparece así el uso cooperativo de las manos.

Hacia los diez meses aparece el *gesto de señalar* objetos con el dedo índice. Al principio es sólo un intento fallido del niño por alcanzar un objeto deseado; luego se convierte en un movimiento dirigido hacia otro. Cuando un adulto lo ayuda dándole el objeto, el niño reconoce que su gesto tiene un significado para los otros: el gesto de señalar es ahora un gesto comunicativo.

Comienza el pasaje de los grupos subjetivos a los grupos objetivos, con la aparición de un tipo intermedio: los llamados “*grupos simplemente reversibles*”. Éstos aún no son totalmente objetivos porque el niño no concibe todavía las posiciones y/o los desplazamientos de los objetos independientemente de su acción, pero tampoco son totalmente subjetivos porque ya es capaz de dos acciones reversibles: esconder y encontrar. La reversibilidad existe porque una acción (esconder) compensa a la otra (encontrar), pudiendo retornar al punto de partida inicial.

El comportamiento del niño muestra ahora “una clara intencionalidad, constituyendo los *primeros actos de inteligencia* propiamente dicha, ya que el fin se plantea antes de alcanzar el objeto y para ello se utilizan unos medios claramente diferenciados de los fines” (García M., y otros, 2010). Los esquemas de acción, previamente conocidos y ejercitados, comienzan a ser aplicados por el niño a experiencias nuevas intencionadas. El niño se dedica a una experimentación constante y

repetida, facilitada por su mayor movilidad, y mediante la cual los fines y los medios se irán diferenciando aún más (Maier, 1971, p.119).

Alrededor de los ocho meses aparece la llamada “*ansiedad o angustia de separación*”, la cual es considerada por René Spitz como el segundo organizador psíquico. El niño responde a la ausencia de la madre con verdaderas crisis de llanto y manifiesta angustia ante un rostro desconocido; diferencia el semblante materno adjudicándole un lugar único entre los demás rostros humanos.

Hacia el octavo mes, el pequeño logra combinar gestos y sonidos, siendo capaz de reproducir los gestos que le enseñan con la mano. A los diez meses comienza la etapa de la *ecolalia*, en la cual logra imitar sonidos propios y de los adultos. La imitación se produce sólo en presencia del modelo y de forma contigua a la conducta a imitar. En ocasiones puede mostrar placer por la música, moverse con ritmo, y emitir sonidos con intención de seguir la melodía.

3.2.5 Doce meses a dieciocho meses

El niño mejora las funciones adquiridas durante el período anterior. Le gusta deambular de un lado a otro de la casa, caminando con amplia base de sustentación debido a que su andar aún es inseguro y tiende a tambalearse de un lado a otro y tropezar con facilidad. Puede gatear escaleras arriba y bajar sentado cada escalón. “Con respecto a la motricidad fina, podrá tener un objeto en cada mano, tomar un lápiz con el puño y hacer marcas verticales en un papel, colocar un objeto en una taza y también intentar transvasar. Jugará al: ¿me das? y entregará como respuesta” (Czornyj, 2007, p.87). Hacia los quince meses el niño logra subir y bajar escaleras con ayuda, ya no gateando, sino en bipedestación. Su marcha se torna más estable y requiere menos base de sustentación; se cae menos. Al mismo tiempo mejora las habilidades motoras finas: comienza a apilar, haciendo torres de dos cubos, y aumenta el número de objetos que puede colocar en una taza.

A los dieciocho meses el niño ya afianzó bien su marcha y está en condiciones de caminar llevando un “objeto acompañante”, por lo general un juguete de arrastre. Sube y baja escaleras tomado del pasamano, siempre un pie primero y el otro después,

colocando los dos pies en el mismo escalón. Puede trepar de los muebles y mantenerse sentado en una silla con mediana precisión, subiendo y bajando solo en la misma. Comienza el juego con la pelota: puede levantar un pie del piso y patearla imprimiéndole cierta dirección y fuerza (Czornyj, 2007, p.88).

“(…) están plenamente desarrollados los movimientos de aferrar, apretar y soltar” (Sarmiento D., 1994, p.229). El niño ya puede apilar torres de tres cubos o empujarlos como un tren, colocar hasta diez cubos en un recipiente, y resolver plantados espontáneamente. Es capaz de voltear las páginas de cartón de un libro una por una, señalando figuras conocidas, y garabatear tomando el lápiz con el puño. También aprende a seguir con la vista el desplazamiento visible de un objeto, pero todavía no logra inferir los cambios que ocurren fuera de su percepción directa. Para alimentarse, usa bien la cuchara y comienza a tomar solo del vaso o de la taza, con ambas manos, aunque aún se le derrama.

El niño percibe los espacios vacíos, huecos o aberturas, y teme caer en ellos, al mismo tiempo que se despierta el interés por sus propios orificios. Es así como descubre los “espacios de su propio cuerpo”: investiga los orificios nasales, los oídos, la boca y el ombligo con sus dedos, y también le gusta explorarlos en otros.

“La conducta del niño se basa en el ensayo y el error; el niño utiliza anteriores pautas de conducta de modos diferentes y selecciona los resultados más útiles para la consecución de los objetivos deseados. (...) la adaptación es el resultado de la experimentación casual” (Maier, 1971, p.119). El niño busca y descubre nuevos medios mediante la *experimentación activa*, apareciendo así las *reacciones circulares terciarias (RC3°)*: conductas que buscan activamente una novedad. El interés está centrado en “la exploración de los objetos provocando situaciones nuevas mediante continuas variaciones” (García M., y otros, 2010). La búsqueda activa de lo nuevo conduce a una clara distinción entre la acomodación y la asimilación. Cada modificación que el niño introduce en la situación supone una acomodación del esquema que está aplicando, y a cada nueva acomodación le siguen varias asimilaciones que repiten el mismo resultado. La acomodación se convierte en un fin en dicho estadio y precede a la asimilación (García M., y otros, 2010).

La capacidad de experimentación activa y la orientación hacia los objetos permitirán que el niño pueda resolver problemas simples mediante el descubrimiento de

nuevos medios. “Así, el niño será capaz de acercar un objeto que no está al alcance de su mano mediante medios (...)” (García M., y otros, 2010). Él mismo descubre que puede atraer hacia sí un objeto mediante el soporte sobre el cual está colocado, pudiendo diferenciar entre éste y el objeto que está sobre él. J.Piaget la llama “*conducta del soporte*”. Simultáneamente el pequeño adquiere la *noción de desplazamiento de los objetos*, investigando y descubriendo las relaciones entre los mismos, y surge una creciente conciencia acerca de los desplazamientos de su propio cuerpo.

Hasta el estadio anterior el niño tenía una conducta simplemente reversible con los objetos, es decir, escondía y recuperaba un objeto siguiendo el mismo trayecto. Ahora puede utilizar un camino diferente para recuperarlo, y esto muestra la formación de “*grupos objetivos*”. El niño ya es capaz de concebir varios desplazamientos sucesivos en un objeto y entender que los objetos pueden desplazarse sin su intervención, unos con respecto a otros. El espacio es concebido como un campo homogéneo donde se desplazan los objetos propiamente dichos.

Las vocalizaciones se van transformando progresivamente en verbalizaciones que acompañan los actos del niño. Aprende a decir su nombre y, en su repertorio lingüístico, cuenta con tres a cinco palabras (“mamá”, “papa”, “caca”). Aproximadamente a los catorce meses, emite frases de una sola palabra (*palabra-frase*). También puede asociar sonidos de animales a palabras, y palabras a situaciones familiares, como dormir y comer. Comienza a comprender los calificativos que emplea el adulto, junto con la negación y la oposición, e incluso la interrogación como actitud.

Alrededor de los quince meses aparece el tercer organizador psíquico, según la teoría de R.Spitz: *la adquisición del gesto de negación y de la palabra “no”*. “El “no” es la palabra más frecuentemente usada por la madre, la cual mueve la cabeza al decirlo, al tiempo que evita que el niño haga lo que quería hacer” (Spitz, 1969, p. 139). Sólo alrededor de los 2 años aparecerá como verbalización.

Paulatinamente el niño realizará cada vez con mayor frecuencia combinaciones espontáneas de varias palabras y/o frases, incrementando así el caudal de palabras en su expresión verbal. Hacia los 18 meses, podrá comenzar a discriminar tamaños, formas y colores, y será capaz de identificar y denominar determinados objetos y diferentes partes del propio cuerpo.

Capitulo 3:

Desarrollo del

Esquema Corporal



La construcción del *esquema corporal*, en términos de *imagen, uso y control del propio cuerpo*, se desarrolla progresivamente al compás del desarrollo psicomotor y la maduración nerviosa del niño, a través de las propias sensaciones, los movimientos y desplazamientos, las acciones, y los juegos del mismo. Es un proceso sumamente lento que alcanza su pleno desarrollo hacia los doce años de edad.

El esquema corporal propiamente dicho es permanente y maleable. Toda experiencia nueva es referida a él, en un movimiento de continua modificación y perfección. No sólo abarca la imagen corporal en reposo, sino que también integra la imagen dinámica, el cuerpo en movimiento. Por lo tanto, no es una estructura estática, sino que está siempre en continua renovación de la experiencia pasada y presente, al mismo tiempo que constituye una provisión del gesto futuro.

El término “esquema corporal” fue introducido por el Dr. Bonnier en 1893; dicho concepto proviene de la neurología y constituye el foco de atención de la educación psicomotriz. Tiempo después, Henri Wallon (1941) utilizó el concepto de “esquema corporal”, pensándolo no como una unidad biológica o psíquica, sino como una construcción, elemento base para el desarrollo de la personalidad del niño. “(...) es la representación más o menos global, más o menos específica y diferenciada que él tiene de su propio cuerpo” (Mesonero V., 1994, p. 183) y que resulta de las interacciones entre el niño y su medio. Por lo tanto, el esquema corporal es la resultante de las experiencias del propio cuerpo y de la manera en cómo el cuerpo se pone en relación con el medio. El niño progresivamente se descubre a través de la propia actividad corporal, actividad que le permite a la vez descubrir el mundo que lo rodea.

Años más tarde, J. de Ajuriaguerra (1962) afirmó que la imagen interna global del propio cuerpo está edificada sobre impresiones táctiles, cenestésicas, propioceptivas y visuales. En este sentido, el esquema corporal sería la suma de sensaciones y sentimientos que conciernen al cuerpo: el cuerpo cómo se siente, el cuerpo vivido. Asimismo, siguiendo los lineamientos de H.Wallon, P.Vayer y L.Picq (1977) definieron el esquema corporal como “la organización de las sensaciones relativas a su propio cuerpo en relación con los datos del mundo exterior” (p.15), constituyéndose la misma en el punto de partida de las diversas posibilidades de acción del sujeto

Según D.Winnicott el esquema corporal se va a ir construyendo desde el nacimiento, a través de la integración progresiva de las experiencias del niño, siendo de

vital importancia la función materna en dicha construcción. La madre deberá contener al recién nacido, experiencia que le permitirá a éste desarrollar posteriormente la capacidad de contenerse, de tender a la integración de sí mismo. En el momento del nacimiento, psique y soma no están integrados; el Yo y el esquema corporal propios del recién nacido no están estructurados. Éste está sujeto a los cuidados maternos. Paulatinamente, a través del sostén materno, el Yo transitará de un estado no integrado a una integración estructurada. El niño comenzará a percibir una existencia psicosomática individual, desde la piel, membrana que limita y lo separa de su madre. Así se establece la diferencia Yo- No Yo y la construcción del esquema corporal, en la medida en que el niño advierte que tiene un interior y un exterior (Winnicott, 1965, p. 57).

Más recientemente, según el psicólogo, psicoanalista y psicomotricista Esteban Levin (1995), si bien el sujeto como tal es una invariable estructural, el desarrollo del cuerpo y su construcción corporal son variantes que van conformando el horizonte imaginario de dicha estructura subjetiva; ésta se va a construir en relación con la estructura subjetiva de un Otro. Únicamente por mediación del Otro se instituye la imagen del cuerpo con la cual se identifica el infante (Levin, 1995).

Un esquema corporal bien integrado implica:

- La percepción y el control del propio cuerpo;
- Un equilibrio postural económico;
- La independencia de los distintos segmentos corporales en relación al tronco y unos en relación a los otros;
- Una lateralidad bien definida.

Capitulo 4:

Desatollo de la marcha



La marcha es un tipo de *locomoción bípeda* que caracteriza a la raza humana y la diferencia del resto de los seres vivos. Es el resultado de la compleja interacción dinámica entre los sistemas neuromuscular, músculo-tendinoso y osteoarticular, que trabajan coordinadamente (Cifuentes y otros, 2010, p. 182). “La marcha humana se describe como un *conjunto de movimientos alternantes y rítmicos de las extremidades inferiores del tronco*, que permite el desplazamiento del cuerpo a través de la acción coordinada de cada uno de los componentes que conforman el sistema locomotor humano” (Cifuentes y otros, 2010, p. 183).

La marcha propiamente dicha es un proceso aprendido que está influenciado por numerosos factores medio-ambientales. De acuerdo a las observaciones de McGraw y André Thomas sobre la marcha primitiva y la marcha automática respectivamente, se tenía la idea de que la marcha humana es innata; sin embargo la desaparición de la marcha automática después de los dos primeros meses de vida sugiere una teoría más aceptada que supone que la marcha se adquiere por solicitación, imitación del entorno y aprendizaje por ensayo/error. (Collado V., 2005, p.4)

“La adquisición de la marcha tiene una gran importancia en el desarrollo psicomotor del niño pues le da autonomía para moverse en el espacio, aumenta su campo de visión y le permite coger y manipular objetos que antes no estaban a su alcance” (Collado V., 2005, p.4). Muchos niños dan sus primeros pasos con ayuda entre los diez y doce meses, sólo si se lo sostiene de ambas manos ya que el adulto pondrá parte de su fuerza para sostenerlo. Cuando el niño da sus primeros pasos solo, entre los doce y quince meses, no suele llevar objetos en las manos pues necesita ambos miembros superiores para equilibrarse. A medida que practica la marcha bípeda, mejorando su equilibrio y coordinación, adquiere la capacidad de transportar algún objeto e incluso de agacharse a recoger algo del suelo; esto le permite una mayor capacidad de exploración y mayores posibilidades motrices. Cuando el niño comienza a caminar en forma independiente, su marcha es insegura e inestable, muy irregular, sin armonía ni coordinación; camina con los pies muy separados para conseguir una mayor base de sustentación y separa las extremidades superiores del cuerpo para mantener mejor el equilibrio. (Collado V., 2005, p. 5-6)

Para una correcta adquisición de la marcha independiente es necesario combinar los siguientes factores (Palau V., 2001, p. 31-33):

- Control del equilibrio, principalmente en posición vertical;
- Control del tono muscular, especialmente en músculos anti- gravitatorios;
- Coordinación de los movimientos; y
- Adquisición de la fuerza para soportar el peso.

La doctora en Medicina y Cirugía Susana Collado Vázquez (2005) publicó en la Revista Electrónica Biociencias, de la cual es editora, un artículo sobre el desarrollo de la marcha, en el que consignó las características principales de la marcha inicial del niño, siendo éstas (p. 6):

- Longitud del paso irregular;
- No se produce rotación de la pelvis ni inclinación lateral de ésta;
- Ampliación de la base de apoyo para mantener el equilibrio y pronación de los pies;
- Abordaje del suelo con toda la planta;
- Excesiva flexión de cadera y rodilla en la fase de oscilación;
- Extremidades superiores separadas del cuerpo; y
- Menor duración de la fase de apoyo monopodal.

El psicomotricista argentino Daniel Calmels (2009), en su libro “Del sostén a la transgresión. El cuerpo en la crianza”, advierte que la adquisición de la marcha comienza a gestarse, en parte, en los brazos del adulto: antes de que el niño pueda acceder a su propio sostén, es mantenido en posición vertical por el adulto, quien ejerce un sostén con las manos, brindando su cuerpo como apoyo (p. 20). En este sentido las manos del adulto acompañarán al niño en los primeros pasos. El autor destaca también que el adulto es quien debe provocar la autonomía del niño. En el caso particular de la marcha, es común ver a la madre o el padre del niño con sus brazos extendidos esperándolo mientras éste recorre un trayecto desde algún sitio. En este momento, el sostén pasará de estar en las manos del adulto a estar en la mirada, la cual sostendrá al niño mientras recorre caminando el espacio que lo separa de sus padres, ya que antes de caminar para alejarse, se aprenden los pasos que unen (Calmels, 2009, p. 53). “*El adulto provoca, acompaña y sostiene; todo lo nuevo que se provoca debe ser acompañado y sostenido* (Calmels, 2009, p. 53).”

El acceso a la marcha unifica la representación del propio cuerpo, el cual gradualmente irá adquiriendo una individualidad tal que ayudará al niño a circunscribirse con relación al mundo exterior. “Ese cuerpo, convertido en un vehículo manejable, se lanza a la conquista del espacio; no se trata ya del espacio próximo, estático, explorado por la mano, sino del espacio auténtico medido en pasos.” (Dailly y Koupernik, 1981).

Capítulo 5:

Ambiente Facilitador



Donald Winnicott (1965), en su Teoría del Desarrollo, asignó un papel preponderante al ambiente como facilitador del psiquismo infantil, poniendo el acento en la vulnerabilidad y en la dependencia del niño. El concepto de “*ambiente facilitador*”, según los lineamientos teóricos de dicho psicoanalista, está representado por una “*madre suficientemente buena*” quien, si se adapta completamente a las necesidades de su hijo, lo sostiene (holding) y le brinda asistencia corporal (handling), expresándole su afecto a nivel físico y permitiéndole desarrollar su capacidad para vincular sus experiencias motrices, sensoriales y funcionales, y experimentar sus propios límites corporales.

Cuando un niño nace, si bien tiene una tendencia innata hacia el crecimiento y el desarrollo, necesita de los cuidados maternos o de un ambiente facilitador para ello. Inicialmente depende por completo de la provisión física aportada por la madre; la “madre suficientemente buena” será la encargada de que la existencia del recién nacido no se vea interrumpida. Su función es una función de amparo: sostén o holding. El amparo supone resguardar al recién nacido de sucesos impredecibles que puedan ser traumáticos y, en consecuencia, interrumpen la continuidad de existir. La “madre suficientemente buena” debe cubrir, no sólo las necesidades fisiológicas del hijo, sino también aquello que siente, necesita y espera. “Lo principal es el sostenimiento físico, base de todos los demás aspectos, más complejos, del sostenimiento y de la provisión ambiental en general (Winnicott, 1965, p.61)”.

D.Winnicott (1965) denomina “*fase de dependencia absoluta*” a la fase inicial; ésta dura seis meses, en los cuales el niño carece de los medios para reconocer los cuidados maternos: “*En este estado la criatura no dispone de ningún medio de saberse receptora del cuidado materno. No puede asumir el control de lo que está bien hecho y de lo que está mal hecho; su posición se limita a beneficiarse de lo primero o salir perjudicado por lo segundo (p. 51).*”

A la fase inicial le continúa una “*fase de dependencia relativa*”, desde los seis meses a los dos años de edad: el niño empieza a ser consciente de su dependencia y a reconocer los cuidados maternos que necesita. Posee ahora una nueva capacidad que consiste en emitir una señal que indique a la madre la necesidad que debe atender. Por último, el niño entrará en la fase denominada “*hacia la independencia*”, en la cual desarrolla los medios necesarios para prescindir del cuidado real; esto sucede gracias a

la acumulación de recuerdos de los cuidados maternos y a la introyección de los mismos, al tiempo que desarrolla confianza en el ambiente. (Winnicott, 1965, p. 52)

La tercera y última fase inicia hacia los dos años de edad con la convivencia triádica padre-madre-hijo/a, y culmina con la creación de la propia identidad hacia el fin de la adolescencia. *La madre o sustituto materno es quien constituye el medio ambiente facilitador indispensable para el desarrollo del niño*, pero requiere del apoyo de las funciones paternas. El padre debe proteger a la madre de la realidad exterior y así ella puede proteger al niño de fenómenos externos que puedan actuar en contra del proceso de integración. En este sentido, funciones maternas y paternas se complementan.

El desarrollo del niño tendrá lugar si el ambiente provee las condiciones adecuadas para esto; si bien, el impulso a desarrollarse se encuentra en el interior del niño, las condiciones favorables le permitirán progresar en su desarrollo.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, Daniel Calmels (2009) considera que la relación entre el adulto y el niño es una relación de sostén, un espacio de proximidad y contacto corporal. Gracias al otro que funciona como soporte, el niño puede desarrollar sus capacidades, conocerse y conocer el mundo que le rodea. (p.13)

Capítulo 6: *Hábitos de Crianza*



La palabra *crianza* deriva de “creare” que significa “*nutrir y alimentar al niño, orientar, instruir y dirigir*” (Real Academia Española, 2001). En el plano familiar, la crianza se refiere a la formación de los hijos por parte de los padres o de cualquier otro adulto encargado del cuidado del niño, pero también hace referencia a los *conocimientos, actitudes y/o creencias* que éstos asumen en relación al niño. En este sentido, la crianza implica tres procesos que ayudarán al niño a su socialización:

- Las *pautas de crianza*, de importante significado social en tanto están determinadas por la cultura; son las normas que establecen cómo los niños deben comportarse, y son transmitidas no sólo por los padres, sino también por la televisión, la escuela y la sociedad;
- Las *prácticas de crianza* las cuales conforman un conjunto de acciones concatenadas que son aprendidas por los padres, ya sea a raíz de su propia educación como por imitación, y que se exponen para guiar las conductas de los niños (Aguirre D. y Duran S., 2000, p. 5); y
- Las *creencias sobre la crianza*, esto es, el conocimiento que tienen los padres sobre cómo ellos mismos deben criar al niño. “(...) son certezas compartidas por los miembros de un grupo, que brindan fundamento y seguridad al proceso de crianza. (...) en las creencias confluyen tanto conocimientos prácticos acumulados a lo largo del tiempo, como valores expresados en escalas que priorizan unos valores frente a otros (Aguirre D. y Duran S., 2000, p. 7).”

El niño llega al mundo sin reguladores internos de patrones de comportamiento; pronto es integrado en los ritmos, las rutinas y las costumbres que forman el mundo físico, social y temporal de su grupo familiar. Tempranamente adquiere rutinas a través de la guía y el apoyo de los padres. Éstas son rutinas de día y noche con los patrones asociados al sueño, el despertar, la comida, el baño, etcétera. Algunos de éstos se mantienen algo estables durante toda la vida, como los patrones de sueño y alimentación, y van a dar lugar a la adquisición de los hábitos. (Kielhofner, 2004)

Según el diccionario de la Real Academia Española (2014), *hábito* es el “*modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas*”. Si recurrimos a un Diccionario de Psicología (Reber, 1995), encontraremos la siguiente definición: “*un patrón de actividad que se hace por repetición, se automatiza, se arregla y se cumple fácilmente y*

sin esfuerzo”. Los hábitos se adquieren y para su implementación deben actuar reforzamientos, gratificaciones o beneficios; si esto no ocurre, los hábitos se extinguen. Los niños pueden adquirir los hábitos por sí mismos, o bien, con ayuda de sus padres o adultos significativos.

Los hábitos presentan las siguientes características:

- *Son adquiridos*: El niño no nace con hábitos, sino que los adquiere de acuerdo con su contacto con el ambiente;
- *Necesitan repetición*;
- *Requieren de estímulos*: Para que el niño adquiriera un hábito, requiere de estímulo y acompañamiento por parte de un adulto significativo. La construcción de hábitos se basa entonces en el principio de estímulo- respuesta;
- *Son una respuesta ante una situación específica*: El hábito aparecerá de manera automática y espontánea, al momento de encontrarse ante una situación o estímulo específicos con el que se construyó.

Para que un niño adquiriera un hábito saludable, se necesita:

- El *ejemplo* de los padres y/o adultos que conviven diariamente con el niño;
- *Consistencia*: La repetición de un acto o acción, idealmente en el mismo lugar y tiempo, acompañada de los mismos elementos externos y de las palabras que indiquen al niño qué se está haciendo y para qué;
- *Dedicación, tiempo y paciencia* para que el niño interiorice el hábito;
- *Ambiente físico y psicológico tranquilo*, sin distractores;
- *Acompañamiento respetuoso y afectivo*;
- *Comienzo temprano*: La adquisición de un hábito se debe iniciar tan pronto como el desarrollo emocional, psicomotor y social del niño estén acondicionados para adquirirlo. Mientras más se retarde en la adquisición de un hábito, más difícil será que el niño lo interiorice, lo aplique de forma sistemática, autónoma y espontánea. Asimismo no se debe tratar de implementar un hábito de manera prematura;
- *Respeto a la individualidad*: Cada niño, único e irrepetible, tiene sus propias fortalezas y debilidades, por esta razón los patrones de crianza no se pueden aplicar en serie.

- *Acción/Reacción*: Cuando el niño realiza una acción, busca la aceptación o el rechazo por parte del adulto de lo que está haciendo. Es aquí donde un “sí” o un “no” le permitirá organizar progresivamente sus conductas.

J.Piaget utiliza la palabra hábito para referirse a un amplio conjunto de conductas observables que se adquieren con ayuda de la experiencia. La instalación de hábitos en el cuidado del niño dará lugar a la formación de “lo familiar”: todo aquello que se repite de manera semejante y cotidiana.

3.6.1. Sueño

El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo, caracterizado por bajos niveles de actividad fisiológica y por una respuesta menor ante estímulos externos; cumple una función reguladora y reparadora de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la secreción hormonal y el estado de ánimo. El sueño es imprescindible en el niño para un adecuado crecimiento físico y desarrollo neurológico y emocional.

Las necesidades de sueño varían según la edad. Por lo general, el recién nacido suele dormir de 15 a 17 horas por día y despertar cada 2 ó 3 horas para comer. A lo largo de la lactancia, los períodos de vigilia se prolongan progresivamente y se consolida el sueño de la noche entre los cuatro y seis meses. Aproximadamente hacia los ocho meses, el ciclo de vigilia-sueño del niño comienza a asemejarse aún más al ciclo propio de un adulto.

Dormir bien es un hábito que se aprende de los padres; es ideal establecer una rutina antes de ir a dormir, de manera que el niño comprenda que es “hora de ir a la cama”. La Sociedad Argentina de Pediatría (2015) recomienda que el horario de sueño y descanso nocturno sea regular; la televisión, los cuentos atemorizantes y la actividad física enérgica se eviten una hora antes de ir a dormir; y acostar al niño despierto para que éste logre conciliar el sueño por sí solo. No es recomendable que el niño se acostumbre a dormirse mamando, dándole el biberón, acunándolo, o paseando en el cochecito o en el auto; cuando se despierte y se encuentre solo, seguramente va a reclamar volver a aquella situación. Es importante que el último recuerdo que tenga de la vigilia sea su cuna.

Cohabitación

Se denomina *cohabitación* cuando el niño duerme en la misma habitación con sus padres, otro adulto, o niño. La Sociedad Argentina de Pediatría (2015) recomienda que el lactante duerma en su propia cuna y que, durante los primeros 6 u 8 meses de vida, ésta se ubique en la habitación de los padres, ya que favorece la lactancia materna y disminuye el riesgo de muerte súbita.

Colecho

Se entiende por *colecho* a la práctica de dormir el niño con uno o los dos progenitores compartiendo la cama. Para la Asociación Española de Pediatría (2008), el colecho implica compartir la cama todas o casi todas las noches y en un mínimo de 4 horas (p. 230).

El colecho es una práctica ancestral que se adoptó ampliamente hasta el siglo XIX en Europa; recientemente se ha reintroducido dicha práctica en la cultura occidental por los partidarios de la “crianza con apego”, a pesar de que no está demostrado aún que sea necesaria para un correcto desarrollo emocional del niño ni para mantener una lactancia materna prolongada (Asociación Española de Pediatría, 2008, p. 233). Las teorías partidarias de la práctica del colecho afirman que la misma favorece el bienestar del lactante, su desarrollo neuronal y su capacidad de respuestas adecuadas ante situaciones de estrés, así como el desarrollo de la autoestima y posterior autonomía personal. El dormir en la misma cama refuerza el vínculo afectivo entre los padres y el niño, siendo el sueño compartido facilitador de una interacción familiar más profunda. La práctica propiamente dicha se defiende en base a los siguientes aspectos positivos (Asociación Española de Pediatría, 2012):

- Aumenta la prevalencia y duración de la lactancia materna y la producción de leche, y aumenta las horas de sueño de las madres que amamantan;
- Reduce las fases profundas del sueño, disminuyendo y evitando los episodios de apnea del sueño, tan peligrosos para el lactante, y en consecuencia, disminuye el riesgo de muerte súbita;
- Sincroniza los ciclos de sueño de la madre y el hijo, provocando despertares sincronizados entre ambos;

- Disminuye la frecuencia y la duración del llanto del niño;
- Mejora la estabilidad respiratoria, la oxigenación y la termorregulación.

Las teorías contrarias a la práctica del colecho consideran que ésta es arriesgada para el lactante al existir un riesgo de asfixia o incluso de aplastamiento; asimismo, si bien no existen aún estudios que lo verifiquen, afirman que los niños que practican colecho más allá del primer año de vida manifiestan mayor dependencia en relación a los padres e, incluso, pueden presentar problemas de socialización. Cabe agregar que, si el lactante duerme con su madre, será más demandante por las noches, despertándose con mayor frecuencia para tomar el pecho o la mamadera, principalmente porque percibirá el olor de su madre y eso lo estimulará a alimentarse. La vida de pareja también puede verse complicada a la hora de tener intimidad. La pareja requiere su espacio como también lo requiere el niño. La Sociedad Argentina de Pediatría (2015) se ha manifestado en contra de la práctica del colecho alegando el aumento de riesgo de muerte súbita del lactante.

3.6.2. Alimentación

El establecimiento de pautas de alimentaciones cómodas y satisfactorias, tanto para la madre como para el niño, es crucial para el bienestar emocional de ambos y para asegurar el aporte de nutrientes adecuado para el niño. En la alimentación infantil se pueden distinguir tres etapas principales, determinadas por las necesidades nutricionales del niño; su capacidad de ingestión, digestión y absorción; y el metabolismo y la capacidad de eliminación renal. Éstas son:

1. Período inicial: Lactancia Materna Exclusiva;
2. Período de transición: Alimentación Complementaria Oportuna; y
3. Período de Incorporación a las Pautas Familiares.

1. Período inicial: Lactancia Materna Exclusiva (0 a 6 meses de vida)

La *leche materna* es el mejor alimento y la mejor fuente de nutrición para el neonato durante los primeros seis meses de vida; se recomienda que se extienda hasta los dos años de edad, con la adecuada complementación de otros alimentos. La revalorización actual de la lactancia materna se ha centrado en las diferencias insuperables entre la leche de la madre y la leche de vaca, tanto en los aspectos

nutricionales, como en las características inmunológicas de protección de las infecciones, y su contenido en factores específicos de crecimiento y de protección respecto de ciertas patologías crónicas, como la hipercolesterolemia y la obesidad.

“La lactancia es un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo, que opera en un amplio espectro de intercambios –no sólo nutricionales–, en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido (Consejería en Lactancia Materna, 1998).”

2. Período de transición: Alimentación Complementaria Oportuna

La alimentación complementaria debe introducirse a partir de los seis meses de edad cronológica para complementar la leche materna, no para sustituirla, debido a que ésta puede no ser suficiente para cubrir las necesidades de energía y/o nutrientes del lactante. La Asociación Española de Pediatría (2008) no recomienda retrasar la introducción de nuevos alimentos, mientras se continúa amamantando, mucho más allá de los seis meses dado que “puede afectar negativamente al desarrollo de las habilidades motoras orales y la aceptación de nuevas texturas y sabores” (Asociación Española de Pediatría, 2008, p. 262).

El niño ya puede deglutir y absorber alimentos sólidos, siendo capaz de comenzar a diferenciar las variedades de sabores, texturas y colores de los alimentos, al tiempo que desarrolla capacidades y movimientos de coordinación para reconocer una cuchara y prensarla con sus labios. Progresivamente comenzará a aprender a comer solo; este es un proceso lento y complejo, de gran importancia para el desarrollo físico y mental del niño, pues esta actividad estimula la coordinación óculo-manual y aumenta la sensación de independencia (Ford, 2000). Es sumamente importante que el adulto le permita comer con las manos; por lo general aquellos niños a los cuales nunca se les brindó la oportunidad de comer solos con los dedos tienen tendencia a demorarse en tomar la cuchara para alimentarse. La alimentación complementaria posee diversas finalidades, entre ellas:

- Aportar la energía, proteínas y demás nutrientes que ya no se cubren sólo con la leche;
- Ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad oro faríngea y de los procesos masticatorios;
- Estimular el desarrollo psicosensorial del niño;

- Crear patrones de horarios y hábitos alimentarios; y
- Promover la conducta exploratoria del niño.

3. *Período de incorporación a las Pautas Familiares*

Comienza alrededor del primer año de vida del niño y se prolonga hasta los 6 u 8 años de edad cronológica, momento en que los mecanismos fisiológicos han alcanzado prácticamente la maduración y la eficiencia de un adulto. En consecuencia, si en dicho período se establecen hábitos alimentarios saludables, éstos pueden persistir a lo largo de toda la vida.

Uso del chupete

El *hábito de succión* es un reflejo natural en el recién nacido y en el lactante durante los primeros meses de vida, siendo una de sus primeras actividades coordinadas. El deseo de succionar o chupar está relacionado con la capacidad de supervivencia, ya que permite al niño alimentarse y así crecer.

Existen dos formas de succión: la nutritiva y la no nutritiva, que provoca sensación de calidez y seguridad; a esta última corresponde el hábito de succionar el chupete (Sociedad Argentina de Pediatría, 2002, p.114). El hábito propiamente dicho relaja y tranquiliza al niño; su efecto relajante es tal que permanece mucho más allá de los primeros meses de vida, cuando el reflejo de succión ya no es necesario en la función nutricional. La Sociedad Argentina de Pediatría (2015) recomienda el uso del chupete para favorecer el sueño seguro del niño y como una estrategia para reducir el riesgo de muerte súbita.

Mamadera

La mamadera se suele utilizar como sustituto de la lactancia materna, en el caso en que la madre no pueda alimentar a su hijo mediante el pecho, o a modo de complemento de éste. La mayoría de los especialistas afirman que la edad propicia para dejar la mamadera es entre el primer y el segundo año de vida.

Se sugiere sustituirla por la taza o el vaso porque su uso prolongado favorece la malformación del paladar y la incorrecta colocación de los dientes, y aumenta las

probabilidades de caries. Asimismo aprender a utilizar el vaso facilita al niño la coordinación mano-boca y le obliga a controlar la fuerza para sostenerlo y evitar que se le caiga. En este sentido, dejar de usar la mamadera es un indicio de un sano crecimiento físico, psicológico y madurativo, ya que al alcanzar este logro, el niño adquiere más seguridad e independencia.

3.6.3. Higiene

El baño es parte del cuidado y de la higiene del niño pero, a la vez, es un momento de contacto íntimo entre los padres y él: el contacto de las manos con el cuerpo le proporciona estimulación táctil que ayuda a establecer conexiones neuronales, al tiempo que la interacción crea un clima de confianza y seguridad.

El baño lo relaja haciendo que tenga mayor facilidad para dormirse y le permite tener un sueño más calmado y de mayor calidad. Los hábitos de higiene y salud ayudan al niño a cuidar y a valorar su propio cuerpo y a percibir con satisfacción la limpieza como bienestar personal.

3.6.4. Paseo

Los profesionales sugieren que el recién nacido puede empezar a salir de paseo a partir de la segunda semana de vida aproximadamente. Al principio es importante que el lugar elegido sea próximo a la casa y que el paseo no dure demasiado ni sea en un ambiente demasiado excitante para el niño; paulatinamente el tiempo de duración del mismo se irá incrementando.

Aunque el lactante permanezca dormido casi todo el tiempo que dura el paseo, éste tiene beneficios: el movimiento del cochecito y su balanceo, el aire o el sol, los sonidos, son sensaciones que el niño irá incorporando. Físicamente, la luz natural le ayudará a sintetizar la vitamina D, la cual fija el calcio a los huesos, y continuará favoreciendo el cierre de sus fontanelas. Al respirar aire fresco y limpio, su organismo se oxigenará mucho mejor, lo que le abrirá el apetito y mejorará la calidad de su sueño. Asimismo, el paseo ayuda al bebé a adaptarse a los cambios de temperatura y a regularlos y los sonidos de la calle estimulan su capacidad auditiva y el bebé aprende a distinguir caras nuevas, perfeccionando su agudeza visual.

Capítulo 7:

Espacios de Permanencia



A partir del nacimiento y hasta tanto el niño adquiera los desplazamientos voluntarios, el adulto es quien manipula su cuerpo desplazándolo en el espacio y colocándolo en diversas posiciones. Es común que el lactante permanezca la mayor parte del tiempo en los brazos o en la falda de un adulto. El “upa” es mucho más que una maniobra para que el niño se duerma o deje de llorar; es una necesidad básica y fundamental, tanto del niño como de la madre o el padre, que permite el contacto íntimo entre ellos, brindando al niño contención, seguridad y confianza.

El acto de tener en brazos a un niño se puede asociar al concepto de “sostén” introducido por Daniel Calmels (2009); el sostén remite a una función primaria, la función materna: quien sostiene, contiene y alimenta. Durante la primera infancia, el sostén que el adulto brinda al niño varía su forma en función de las necesidades de éste. Inicialmente predomina el “sostén de pecho”, el cual posibilita que los dos cuerpos se contacten en una relación de máxima cercanía e indiscriminación, para luego pasar a formas menos envolventes que posibiliten la autonomía del niño. (Calmels, 2009)

Asimismo los padres utilizan una variedad de artículos donde colocar a su hijo:

Cohecito/“huevo” (silla para el transporte vehicular)

El cohecito es el vehículo ideal para los primeros meses de vida del neonato, debiendo ser sustituido cuando ya adquirió el sostén cefálico. Es utilizado preferentemente para el momento de la alimentación y del paseo diario. La mayoría de los pediatras recomienda a los padres no extender el uso del cohecito ya que la permanencia en el mismo, por tiempos prolongados, puede producir plagiocefalia; además quedan reducidas las posibilidades de conocer el propio cuerpo y el mundo que lo rodea porque sus movimientos están limitados. Asimismo la posición que el niño adopta en dicho dispositivo hace que aumente el riesgo de bradicardia y de apnea (Merchant y otros, 2001, p. 647-652).

Corralito

Brinda mayores oportunidades de juego y aprendizaje de habilidades, en comparación con el cohecito, porque permite que el niño utilice libremente su cuerpo, pero no le posibilita “ir más allá” de los límites que éste impone. Sin embargo, que el niño permanezca por largas horas en un espacio tan reducido podría afectar sus habilidades motoras, sensoriales y cognitivas, limitar la exploración del espacio, e

incluso el lenguaje. Las posibilidades de aprendizaje quedan reducidas porque el niño está siempre en un mismo contexto y en contacto con los mismos objetos; las oportunidades de crear e imaginar son escasas. El desarrollo del lenguaje también se puede demorar porque, al estar aislado, tendrá menos necesidad de comunicación y contacto con los otros.

Cuna

Es el primer territorio que el niño reconocerá como propio, que le pertenecerá; debe brindar al neonato una sensación de contención ya que necesita límites físicos. Si bien, durante los primeros meses de vida, la cuna será un espacio donde el lactante estará gran parte del tiempo durmiendo, es necesario que su estadía en este sitio no se prolongue más allá de la rutina del sueño. Es importante la creación de lugares diversos destinados a satisfacer las distintas necesidades básicas del niño: un espacio para el descanso, otro para la alimentación, otro para el baño, y otro para el juego.

Andador

No nos extenderemos en dicho dispositivo puesto que merece un capítulo especial en esta investigación; sólo cabe mencionar que el andador es frecuentemente utilizado por los padres en base a la creencia de que es un lugar seguro para el niño, que lo mantiene tranquilo y contento, al tiempo que brinda a la madre la oportunidad de realizar otras tareas.

Piso/Suelo

A partir de los tres meses de edad, el Ministerio de Salud de la Nación (2014) sugiere organizar un espacio en el suelo para que el niño pueda moverse con libertad y descubrir las posibilidades de su propio cuerpo. El niño que es colocado en el suelo, sobre una manta, despliega una riqueza de movimientos a través de los cuales aprende por sí mismo acerca de sus posibilidades corporales, pudiendo avanzar hacia el sentarse y el caminar de un modo dinámico y propio. (Ministerio de Salud, 2014, p. 3)

Capítulo 8:

El niño en el andador



Desde hace siglos existen dispositivos que mantienen en posición de pie a los niños; antiguamente éstos eran estables y los mantenían en posición vertical en un mismo lugar. En la actualidad son comunes los modelos “rodantes”: cuando el niño, apoyado con ambos brazos sobre el andador, se inclina hacia un lado o hacia el otro, éste se desplaza con él (Pikler, 1969, p. 30). La creencia popular que afirma que el uso del andador estimula o favorece la maduración de la marcha fue transmitida, de generación en generación, de boca en boca, sin referencias teóricas ni fundamentos científicos que la avalen. Mundialmente, durante décadas, los padres han justificado el uso del mismo, apoyándose en los siguientes fundamentos:

- Estimula la adquisición de la marcha en el niño, proporcionándole mayor autonomía e independencia;
- Otorga a los padres cierta libertad para ocuparse en otras tareas mientras el niño circula solo, ayudándose con dicho dispositivo;
- Lo mantiene entretenido y contento.

Para alcanzar un normal desarrollo motor, el niño debe atravesar por distintas etapas sucesivas. En principio, comenzará a moverse en el suelo, reptando, rolando, y/o gateando; esto fortalecerá simultáneamente ambos miembros superiores y le resultará útil para el desarrollo de los reflejos de apoyo y la amortiguación de posteriores caídas. Paulatinamente irá conquistando la verticalidad: aprenderá primero a adoptar la posición de rodillas apoyándose en los muebles, y luego a ponerse de pie con apoyo. Progresivamente podrá mantenerse de pie realizando un buen apoyo plantar, trasladando el peso del cuerpo de la punta de los pies a los talones, a la vez que aprenderá a mover ambos miembros inferiores lateralmente, manteniendo el equilibrio por sí mismo. Por último, aprenderá a agacharse y a pasar de dicha posición al suelo, flexionando cadera, rodillas y tobillos.

Cuando el niño de seis meses de edad es colocado en forma vertical, sostenido por debajo de las axilas, comienza a tomar contacto con el suelo y paulatinamente sitúa los pies con toda la planta, logrando un apoyo transitorio. Extiende ambos miembros inferiores, pero la articulación de las rodillas se flexiona, no sólo porque el peso corporal las vence, sino también por el deseo del niño de mirarse y tocarse los pies. Esto tiene que ver con el hecho de que el interés por su propio cuerpo está centrado en el reciente descubrimiento de sus pies. Al mismo tiempo, la columna vertebral no se

mantiene alineada, es decir, pierde el eje de balance hacia los lados, adelante y atrás por causas de la inmadurez neuromotora. Por ello y por la falta de desarrollo de las reacciones equilibratorias, es que no tiene manera de mantenerse erguido, y mucho menos de forma estable. (Colombatti, Martínez E., y Spaini, 2006, p. 39)

El andador se emplea generalmente antes de que el niño haya aprendido a mantenerse de pie por sí solo y a andar autónomamente. Dicho dispositivo lo obliga a estar en una postura de extensión de caderas y piernas, y en los primeros trimestres, cuando la longitud de las piernas no le permite llegar al piso, el niño adopta la postura de puntas de pie, utilizando el reflejo de grasping plantar. Como consecuencia de la permanente extensión de caderas y piernas, se observa también el acortamiento de los músculos izquiotibiales, repercutiendo simultáneamente en el desarrollo de la columna vertebral. El niño es colocado en una postura para la que aún no está preparado, debido a que a nivel osteoarticular, muscular y tónico está desorganizado aún, obligándolo a adoptar posturas compensatorias e impidiendo el desarrollo de los hitos motores característicos de cada etapa del neurodesarrollo. (Pikler, 1969, p. 8).

Asimismo el hecho de que el niño esté sostenido por este aparato, le dificulta encontrar su punto de equilibrio y, en consecuencia, no puede aprender a sostener su propio cuerpo y tampoco puede verse los pies; queda privado así del feedback visual, una experiencia tan importante para la adquisición de destrezas motoras. También le quita campo de acción, debido a que su gran amplitud en relación con su cuerpo no le permite acercarse a los objetos, tocarlos o agarrarlos; la base del andador lo distancia de los mismos. Esto muchas veces suele ser causa de caídas repetidas cuando el niño intenta extenderse para alcanzar algo, debido a que pierde con facilidad la estabilidad, contribuyendo a que se distorsione el esquema corporal que está construyendo y no reconozca así los límites de su propio cuerpo.

Cuando el niño está en el andador, se desplaza sin intención de acceder al espacio, a través de movimientos de balanceo que realiza para intentar mantener la postura a la que se encuentra impuesto. En ocasiones el niño se deja vencer por el esfuerzo que requiere el intento por estar de pie, apoyando el peso de su cuerpo hacia adelante o hacia atrás. (Colombatti, Martínez E., y Spaini, 2006, p. 42)

Aspectos Metodológicos



Problema

¿Cómo influye el uso del andador en el desarrollo psicomotor de niños de 6 a 18 meses de edad cronológica, evaluados por el área de Terapia Ocupacional del Instituto Dr. Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, en la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2013?

Hipótesis

El uso del andador infantil, en conjunto con prácticas de crianza consideradas desfavorables por la Asociación Argentina de Pediatría, obstaculiza el normal desarrollo psicomotor de niños de 6 a 18 meses de edad cronológica.

Variables

- Desarrollo psicomotor de los niños de 6 a 18 meses de edad cronológica.
- Uso del andador infantil en el desarrollo psicomotor de los niños de 6 a 18 meses de edad cronológica.
- Hábitos y prácticas de crianza.

Definición operacional de las variables

- **Desarrollo Psicomotor:** Proceso continuo y secuencial que engloba el crecimiento físico, la maduración neurológica y el desarrollo de las habilidades cognitivas, motoras, conductuales y sociales, el cual es medido a través de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” de Rodríguez-Arancibia-Undurraga (1996).
- **Uso del andador¹:** Utilización de un dispositivo de estructura rígida, de forma circular y fabricado de madera, metal o plástico, dentro del cual es colocado el niño que aún no ha adquirido la marcha independiente, siendo sujetado por medio de correas o similares; la parte inferior es abierta, posibilitando el libre movimiento de los miembros inferiores del niño, con ruedas unidas a la estructura, las cuales permiten el desplazamiento del aparato en distintas direcciones.

¹ Definición elaborada con los aportes de la enciclopedia on-line Wikipedia.

- Hábitos y Prácticas de Crianza²: Conductas aprendidas a través de la repetición, adquiridas e interiorizadas por el niño, las cuales son transmitidas de generación en generación, en el seno familiar, por ser consideradas adecuadas y efectivas por los padres en la crianza de sus hijos.

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar la influencia del uso del andador en el desarrollo psicomotor de los niños de 6 a 18 meses, evaluados por el área de Terapia Ocupacional del Instituto Dr. Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, en la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2013.

Objetivos específicos

- Describir el desarrollo psicomotor de cada uno de los niños de 6 a 18 meses que utilizaron andador durante más de 1 hora por día, evaluados por el área de Terapia Ocupacional.
- Elaborar y analizar el perfil psicomotor de cada uno de los niños de 6 a 18 meses que utilizaron andador durante más de 1 hora por día, evaluados por el área de Terapia Ocupacional, en conjunto con las prácticas de crianza recibidas en el seno del grupo familiar.
- Describir la capacidad de exploración y de dominio del propio cuerpo en los niños de 6 a 18 meses que utilizaron andador durante más de 1 hora por día, evaluados por el área de Terapia Ocupacional.
- Describir patrones motores recurrentes en los lactantes de 6 a 18 meses que son usuarios cotidianos del andador, evaluados por el área de Terapia Ocupacional.

Caracterización de la población y muestra

La población estuvo compuesta por todos los lactantes que asistieron al Instituto Dr. Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia para ser evaluados por el área de Terapia Ocupacional, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, en la ciudad de

² Definición elaborada con los aportes de la enciclopedia on-line Wikipedia.

Mar del Plata, durante el año 2013. La muestra de estudio estuvo constituida por los lactantes de 6 a 18 meses de edad cronológica, evaluados por dicha área, a través de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses”.

Se consideró una muestra de 60 niños evaluados, siendo el tipo de muestreo utilizado no probabilístico, por conveniencia. El tamaño de la misma dependió de la cantidad de lactantes que, respondiendo a los criterios de inclusión y exclusión enunciados a continuación, hayan concurrido a evaluación durante el periodo indicado. Se incluyeron en la misma los lactantes nacidos a término de ambos sexos, cuya edad cronológica se correspondiera entre los 6 y 18 meses, sin antecedentes de enfermedad neurológica previa, y que hayan concurrido a Terapia Ocupacional para ser evaluados, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil. Se excluyeron aquellos con antecedentes de enfermedad neurológica previa o de prematuridad. Los datos de la muestra de los niños se presenta en detalle en la sección de resultados y discusión.

Se consideró en la muestra a los padres (madre/padre/ambos) que estuvieran acompañando al niño en el momento de la evaluación; los mismos fueron entrevistados con el objetivo de conocer los hábitos y prácticas de crianza implementadas en el seno del grupo familiar, en relación a la alimentación, el sueño, el baño y el paseo del niño.

Asimismo, se encuestaron 10 profesionales de la salud de especialización en pediatría y ortopedia infantil, de ambos sexos, con una edad comprendida entre los 30 y 60 años de edad, quienes prestan servicio en consultorio particular, clínica o sanatorio privado y/o hospital público infantil de la ciudad de Mar del Plata. Dichos profesionales de la salud fueron encuestados a fin de conocer qué opinión les merece el uso del andador en niños, si recomiendan su uso, cómo abordan ellos tal temática con los padres y como los informan, si han tratado a niños con algún tipo de lesión relacionada con el uso de andador y su opinión acerca de la prohibición de su comercialización de los mismos.

Con el interés de conocer y describir la problemática de investigación de manera más completa y desde una perspectiva holística considerando no sólo el comportamiento infantil, sino datos recabados desde otras fuentes de información, se incluyeron los datos a partir de la apreciación de la técnica de la entrevista a los padres de los niños evaluados y a los informantes claves.

Enfoque y tipo de estudio

El enfoque utilizado es mixto, de tipo cuanti cualitativo; la integración, en forma complementaria, de ambos tipos de enfoques enriquece esta investigación, teniendo en cuenta que la misma permite reducir significativamente las limitaciones que puedan surgir si se hace uso de un único enfoque. Esto posibilita conocer con mayor profundidad nuestras variables de estudio. El tipo de diseño es puramente descriptivo, en tanto se realizó una identificación y relación entre las variables de estudio.

Las técnicas de recolección de datos implementadas se corresponden con ambos tipos de enfoques. La “Escala de Evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses” de Rodríguez-Arancibia-Undurraga (1996) es un instrumento de medición de tipo cuantitativo ya que el mismo arroja valores numéricos, expresados en intervalos, los cuales permiten determinar el coeficiente de desarrollo de cada niño evaluado. Las entrevistas realizadas a los padres en relación a los hábitos y prácticas de crianza proporcionaron datos cualitativos con contenido de discurso; posteriormente se realizó una transformación de éstos en datos de tipo cuantitativo, en la hoja de registro elaborada ad hoc por las tesoristas a los fines de la investigación.

Para arribar al logro de los objetivos propuestos, la investigación se desarrolló bajo un enfoque no experimental, en tanto no se realizó la manipulación deliberada de las variables, sino “que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Polit y Hungler, 2002).” Los datos serán recopilados en un solo y único momento, por lo tanto, el diseño será de tipo transeccional o transversal.

Técnicas de recolección de datos

- Administración de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” de Rodríguez-Arancibia-Undurraga (1996) para determinar el perfil de desarrollo psicomotor de los lactantes de 6 a 18 meses de edad.

La escala mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor, dentro del cual se distinguen cuatro áreas de funcionamiento: conducta motora, lenguaje, comportamiento social y coordinación (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1996, p. 19-20). El grado de

desarrollo psicomotor en las áreas mencionadas se mide a través de la observación de las conductas del niño frente a situaciones específicas provocadas por el examinador; asimismo la madre o el acompañante del niño es interrogada sobre las conductas que el examinador no puede observar directamente durante el desarrollo de la prueba.

La misma consta de 75 ítems, 5 por cada edad, cuya puntuación no admite graduaciones; sólo existen dos posibilidades frente a la tarea propuesta: éxito o fracaso. Se trata de una batería de prueba constituida por once objetos, a saber (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1996, p. 25):

1. 1 campanilla de metal;
2. 1 argolla roja de 12 cm. de diámetro con cordel de 50 cm.;
3. 1 cuchara de plástico de 19 cm. de largo (de color vivo);
4. 10 cubos rojos de madera de 2.5 cm. de alto y 2 cm. de diámetro;
5. 1 pastilla rosada polivitamínica, formulario nacional;
6. 1 pañal;
7. 1 botella entre 4 y 4 ½ cm. de alto y 2 cm. de diámetro;
8. 1 hoja de papel de tamaño oficio, sin líneas;
9. 1 lápiz de cera;
10. 1 palo de 41 cm. de largo y 1 cm. de diámetro;
11. 1 muñeca.

El protocolo u hoja de registro de la escala referido a cada niño examinado contiene las respuestas a los estímulos dados al niño para cada ítem, presentando la siguiente información distribuida en cinco (5) columnas que se refieren a:

1. Edad: mes a que corresponde el ítem;
2. Ítem: número del ítem, una o dos letras mayúsculas que designan el o las áreas de desarrollo medidas, y una descripción breve de la tarea a realizar;
3. Puntaje: si el niño aprobó el ítem, se anota el puntaje indicado para cada ítem según el mes de edad; si falló, el puntaje a otorgar es siempre cero;
4. Ponderación: número que indica el puntaje de cada respuesta correcta;
5. Observación: anotaciones que el examinador estime pertinentes.

La administración de la escala comienza consignando la edad cronológica (E.C.) del lactante, la cual debe ser expresada en días y en meses; la E.C. en días permite determinar el rendimiento del niño en la prueba, y la E.C. en meses determina el mes de

iniciación de la prueba y la tabla de conversión de puntajes que se debe utilizar. La prueba debe comenzar siempre con el mes inmediatamente inferior a aquél que se corresponde con la E.C. en meses del niño. Si éste fracasa en cualquiera de los ítems del mes inferior a su edad, la escala se continúa administrando descendiendo en edad, hasta el mes en el cual el niño aprueba los cinco ítems. Posteriormente se administran los ítems de los meses superiores, comenzando con aquellos que se corresponden con la E.C. en meses del niño; si éste responde exitosamente uno o más ítems, se prosigue con los meses superiores de igual forma, hasta que el niño fracase en todos los ítems de un determinado mes.

El puntaje que el niño obtiene en la prueba es la Edad Mental (E.M.). El mes mayor en que el niño responde con éxito a los cinco (5) ítems es considerado el mes base, el cual se multiplica por 30. Luego, por cada uno de los ítems respondidos favorablemente (puntaje adicional), se debe anotar el puntaje que se indica en la ponderación (cuarta columna del protocolo), sea ésta 6, 12 ó 18 puntos. El puntaje del mes base debe ser sumado al total de puntos adicionales obtenidos por los ítems respondidos exitosamente; la cifra resultante de la suma es la E.M. del niño. A continuación se debe determinar la Razón entre la E.M. y la E.C. del niño evaluado ($E.M. / E.C.$), dividiendo la primera por la segunda expresada en días. Por último, la razón debe convertirse en Puntaje Estándar (P.E.) para obtener el Coeficiente de Desarrollo (C.D.). La “Escala contiene las Tablas de Puntaje, una para cada mes, en las cuales están expresados los puntajes para convertir el resultado en P.E. y así obtener el C.D.

- Observación clínica de la conducta motora de los lactantes de 6 a 18 meses de edad durante la administración de la escala anteriormente nombrada y explicada.
- Entrevistas semi dirigidas a los padres de los lactantes que concurren al Instituto Dr. Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia, para ser evaluados por el área de Terapia Ocupacional, con el objetivo de recopilar información pertinente a los hábitos y prácticas de crianza, en relación a la alimentación, el sueño, el baño, el paseo y el lugar de permanencia del niño durante el día.
- Encuestas semi estructuradas elaboradas ad hoc a informantes claves para obtener información sobre la opinión de los mismos respecto del uso del andador y el abordaje de este tema con los padres.

Procedimiento de Recolección de Datos

El procedimiento de recolección de datos para la investigación comenzó con la evaluación del lactante a través de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” en un tiempo promedio estimado de 20 minutos; inmediatamente después se realizó la entrevista semi estructurada a los padres del niño, orientada a relevar principalmente los hábitos y las prácticas de crianza, en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Con el objetivo de sistematizar los datos mencionados anteriormente, y a los fines de la investigación, elaboramos una hoja de registro en la cual se apuntaron tanto los datos propios de cada escala de evaluación, como también la información obtenida en las entrevistas en relación a los hábitos y prácticas de crianza.

La hoja de registro presenta un encabezado, donde se detallan los datos personales del lactante: nombre, fecha de nacimiento, si presenta antecedentes de enfermedades, el adulto con quien concurre a la evaluación, y los hábitos de crianza: sueño, alimentación, baño y paseo. La tabla está constituida por once columnas donde se consigna: la fecha de evaluación del niño; el lugar donde habitualmente permanece el niño durante el día; la utilización o no del andador; las edades cronológica y mental, expresadas en días, y el coeficiente entre ambas; el puntaje escalar; el coeficiente de desarrollo; las indicaciones dadas por la terapeuta ocupacional y la actitud de los padres ante las mismas; y, por último, observaciones, en el caso de que el evaluador detecte o los padres manifiesten, durante la entrevista, situaciones que resulten relevantes o llamativas en relación con el desarrollo psicomotor del niño.

Con la finalidad de evaluar si la herramienta de análisis de datos diseñada se adaptaba a las necesidades de la investigación, se utilizaron las escalas de evaluación implementadas a cinco (5) niños que no fueron incluidos dentro de la muestra de estudio. A partir de la prueba piloto, se realizaron modificaciones en la herramienta propiamente dicha.

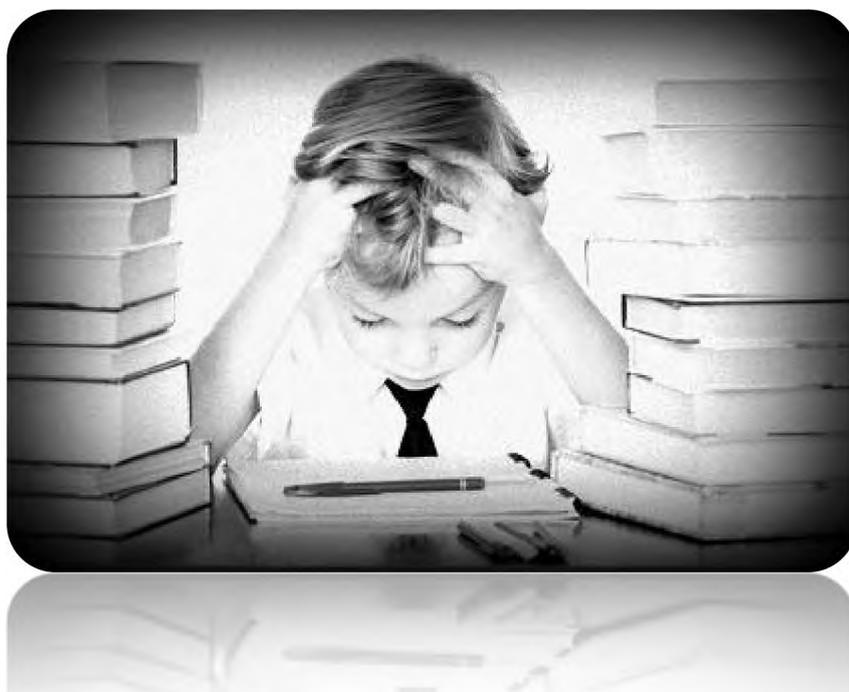
Aportes del estudio

Dado que la investigación empírica sobre la utilización del andador infantil en niños, que aún no han adquirido la marcha independiente, es poco extensa en nuestro país, esta investigación se propone brindar un aporte a las ciencias de la salud sobre el perfil psicomotor de aquellos pequeños que hacen uso frecuente de dicho dispositivo, teniendo en cuenta a su vez los hábitos de crianza puestos en práctica en el seno de las familias de nuestra población. Asimismo este estudio ofrece como aporte un instrumento de recolección y registro de las tres variables estudiadas, el cual será de utilidad para aquellos profesionales de la salud que trabajen con población infantil.

Análisis de Datos

Interpretación de Resultados

y discusión



Análisis de datos

Primeramente, los datos obtenidos mediante la observación de la conducta de los niños, la entrevista semi dirigida a los padres, y los resultados obtenidos mediante la administración de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor fueron volcados en una hoja de registro elaborada ad hoc por las tesisistas. Sobre estos datos se realizó un análisis estadístico mediante el uso de programa excel y el paquete estadístico SPSS. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva (Frecuencias, Medidas de TC y DE) para caracterizar las variables de estudio; se verificó si el comportamiento de la variable “desarrollo psicomotor” sigue una distribución normal, y se aplicó una prueba de diferencia de medias para observar diferencias significativas en el coeficiente de desarrollo psicomotor entre el grupo de lactantes que usan el andador y el grupo de los que no lo usan. Para el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, se siguieron las recomendaciones de uso de Gardner (2003) y de Aron, A. y Aron, E. (2002). Para analizar los datos obtenidos mediante la encuesta semi estructurada a los informantes claves se aplicó un análisis de contenido, considerando la frecuencia y relevancia de las opiniones en el discurso de los entrevistados.

Resultados y discusión

A continuación se describe la muestra de estudio de la investigación.

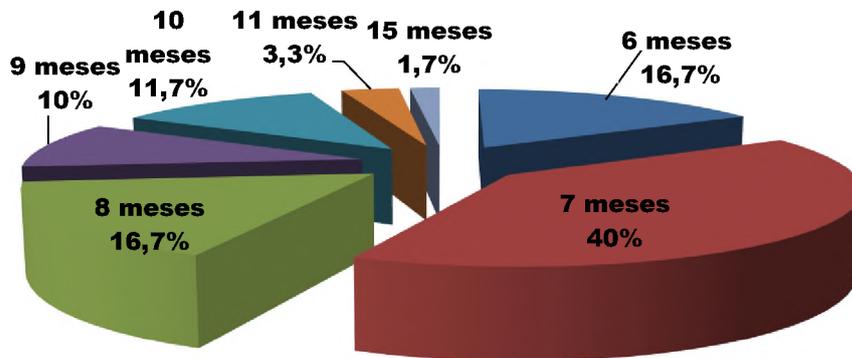
Tal como se observa en la Tabla 1, del 100% que representa a 60 niños evaluados por el área de Terapia Ocupacional, el 40% tiene una edad cronológica de 7 meses en el momento de la evaluación, mientras que el 16,7 % se corresponde con una edad cronológica de 6 meses, presentándose el mismo porcentaje de niños de 8 meses.

Los niños de 10 meses de edad cronológica representan el 11,7% de la muestra total, mientras sólo el 15% está representado por infantes de 9, 11 y 15 meses de edad cronológica (ver Gráfico 1).

Tabla 1. Edad cronológica de los niños evaluados por el área de Terapia Ocupacional del I.R.E.M.I, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, a través de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” de Rodríguez-Arancibia-Undurraga, en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2013.

| Edad cronológica en meses | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| 6 | 10 | 16,7 |
| 7 | 24 | 40,0 |
| 8 | 10 | 16,7 |
| 9 | 6 | 10,0 |
| 10 | 7 | 11,7 |
| 11 | 2 | 3,3 |
| 15 | 1 | 1,7 |
| Total | 60 | 100 |

Gráfico 1. Edad cronológica de los niños evaluados por el área de Terapia Ocupacional del I.R.E.M.I., en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, a través de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” de Rodríguez-Arancibia-Undurraga, en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2013.

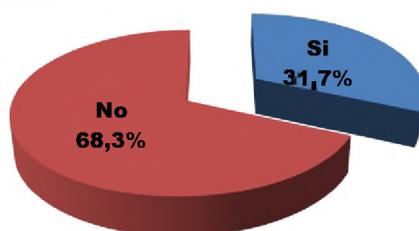


Del 100% que representa a 60 niños evaluados, el 31,7% hace uso del andador durante más de una hora por día, mientras que el 68,3% no lo usa o lo usa con menos frecuencia, según han expresado los padres en las entrevistas (ver Tabla 2 y Gráfico 2).

Tabla 2. Niños de 6 a 18 meses que hacen uso del andador durante más de una hora diaria.

| Uso de andador durante más de una hora diaria | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Si | 19 | 31,7 |
| No | 41 | 68,3 |
| Total | 60 | 100 |

Gráfico 2. Niños de 6 a 18 meses que hacen uso del andador durante más de una hora diaria.



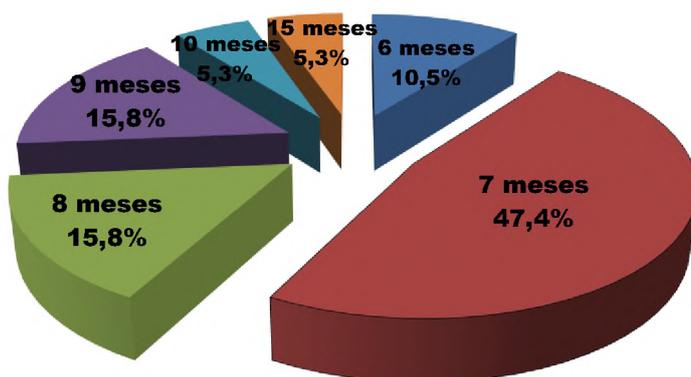
Tal como se observa en la Tabla 3, del 100% que representa a 19 niños que utilizan el andador durante más de una hora por día, el 47,4% tiene una edad cronológica de 7 meses en el momento de la evaluación, mientras que el 15,8% se corresponde con una edad cronológica de 8 meses, presentándose el mismo porcentaje en niños de 9 meses.

Los infantes de 6 meses de edad cronológica representan sólo el 10,5%, y el menor porcentaje de la muestra se corresponde con los niños de mayor edad: 10 meses (5,3%) y 15 meses (5,3%) (ver Gráfico 3).

Tabla 3. Edad cronológica en meses de los niños que utilizan andador durante más de una hora diaria.

| Edad cronológica en meses | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| 6 | 2 | 10,5 |
| 7 | 9 | 47,4 |
| 8 | 3 | 15,8 |
| 9 | 3 | 15,8 |
| 10 | 1 | 5,3 |
| 15 | 1 | 5,3 |
| Total | 19 | 100 |

Gráfico 3. Edad cronológica en meses de los niños que utilizan andador durante más de una hora diaria.



A continuación se exponen los resultados de la investigación según los objetivos planteados en la misma y se presenta la discusión de dichos resultados

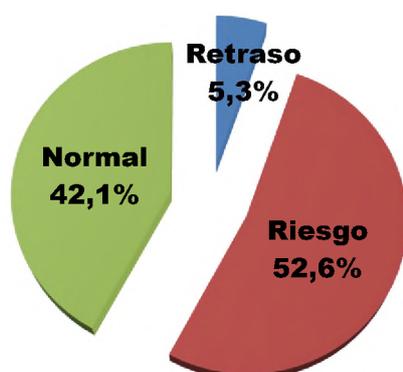
Objetivo 1: Describir el desarrollo psicomotor de cada uno de los niños de 6 a 18 meses que utilizaron andador durante más de una hora por día, evaluados por el área de Terapia Ocupacional.

Tal como se observa en la Tabla 4, el 100% que representa a 19 niños usuarios del andador durante más de una hora por día, el 52,6% se corresponde con la categoría de “riesgo” en el desarrollo psicomotor, mientras que el 42,1% presenta un desarrollo psicomotor normal. Sólo el 5,3% de los niños se corresponde con la categoría de “retraso” según la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” de Rodríguez-Arancibia-Undurraga (ver Gráfico 4).

Tabla 4. Coeficiente de Desarrollo de los niños de 6 a 18 meses que utilizaron el andador durante más de una hora diaria.

| C. D. | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Retraso | 1 | 5,3 |
| Riesgo | 10 | 52,6 |
| Normal | 8 | 42,1 |
| Total | 19 | 100 |

Gráfico 4. Coeficiente de Desarrollo de los niños de 6 a 18 meses que utilizaron el andador durante más de una hora diaria.



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la “Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses”, se pudo comprobar que más de la mitad de los niños que conforman la muestra (57,9%) no alcanzan el desarrollo psicomotor esperado para su edad cronológica.

Objetivo 2: Elaborar y analizar el perfil psicomotor de cada uno de los niños de 6 a 18 meses que utilizaron andador durante más de 1 hora por día, evaluados por el área de Terapia Ocupacional, en conjunto con las prácticas de crianza recibidas en el seno del grupo familiar.

A partir de los datos obtenidos de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” se elaboró el perfil psicomotor de cada uno de los niños que utilizaron andador por más de una hora diaria para poder observar el rendimiento de los mismos en las cuatro áreas de funcionamiento (Coordinación, Motricidad, Conducta Social y Lenguaje) que permita advertir un “retardo selectivo en el desarrollo del niño” (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1996, p. 92).

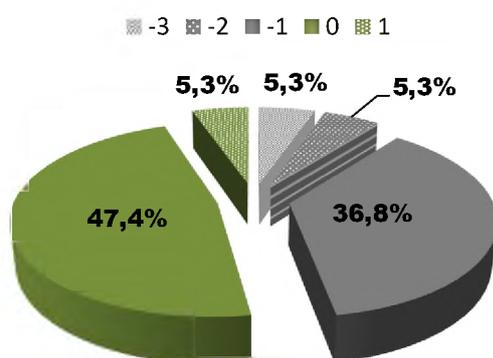
A los fines de analizar los datos arrojados por el perfil psicomotor se elaboró un índice (valor numérico). En este sentido, se asignó un valor “0” (cero) si el niño responde exitosamente las pruebas que se corresponden con su edad cronológica. Si el niño cumple con ítems de meses superiores se utiliza un valor numérico (1, 2 ó 3) acompañado del signo positivo; por el contrario, si el niño no logra responder satisfactoriamente las pruebas correspondientes se utiliza dicho valor con un signo negativo (-1, -2 ó -3). Así que el valor índice señala la cantidad de meses que el desarrollo psicomotor del niño supera o retrasa el/los ítems que corresponden a los logros esperables para su edad cronológica (ver Tabla 5).

Tabla 5. Perfil psicomotor de los niños de 6 a 18 meses usuarios de andador.

| Valor índice | Coordinación | Motricidad | Social | Lenguaje |
|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| -3 | 5,3% | 5,3% | 5,3% | 0% |
| -2 | 5,3% | 15,8% | 5,3% | 5,3% |
| -1 | 36,8% | 31,6% | 26,3% | 47,4% |
| 0 | 47,4% | 36,8% | 52,6% | 36,8% |
| 1 | 5,3% | 10,5% | 10,5% | 10,5% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |

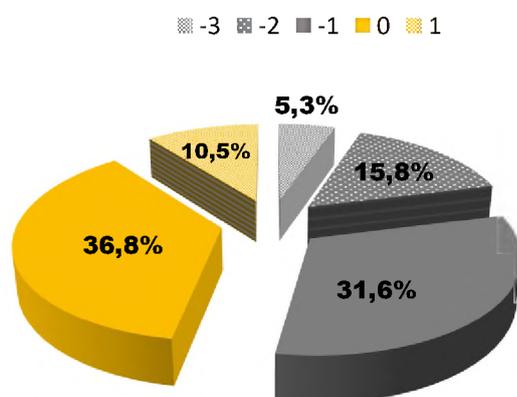
Tal como se aprecia en el Gráfico 5, del 100% que representa a 19 niños usuarios del andador durante más de una hora por día, el 47,4% presenta un rendimiento esperado acorde a la edad cronológica en el área de Coordinación; otro 47,4 % tiene un rendimiento inferior y sólo el 5,3 % logra un rendimiento superior en dicha área de funcionamiento (ver Tabla 5).

Gráfico 5. Rendimiento de los niños de 6 a 18 meses que hacen uso diario del andador en el área de Coordinación del Perfil Psicomotor.



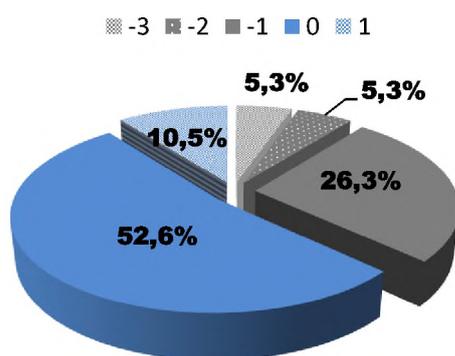
El Gráfico 6 permite observar que del 100% que representa a 19 niños usuarios del andador durante más de una hora por día, el 36,8 % presenta un rendimiento esperado acorde a la edad cronológica en el área de Motricidad Gruesa. El 52,7% tiene un rendimiento inferior y sólo el 10,5 % logra un rendimiento superior en dicha área de funcionamiento (ver Tabla 5).

Gráfico 6. Rendimiento de los niños de 6 a 18 meses que hacen uso diario del andador en el área de Motricidad Gruesa del Perfil Psicomotor.



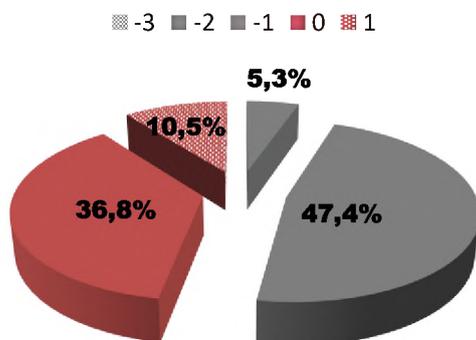
El Gráfico 7 muestra que del 100% que representa a 19 niños usuarios de andador durante más de una hora por día, el 52,6% presenta un rendimiento esperado acorde a la edad cronológica en el área de Conducta Social. El 36,9 % tiene un rendimiento inferior y sólo el 10,5 % logra un rendimiento superior en dicha área de funcionamiento (ver Tabla 5).

Gráfico 7. Rendimiento de los niños de 6 a 18 meses que hacen uso diario del andador en el área de Conducta Social del Perfil Psicomotor.



El Gráfico 8 muestra que del 100% que representa a 19 niños usuarios de andador durante más de una hora por día, el 36,8 % presenta un rendimiento esperado acorde a la edad cronológica en el área del Lenguaje. El 52,7 % tiene un rendimiento inferior y sólo el 10,5 % logra un rendimiento superior en esta área (ver Tabla 5).

Gráfico 8. Rendimiento de los niños de 6 a 18 meses que hacen uso diario del andador en el área del Lenguaje del Perfil Psicomotor.



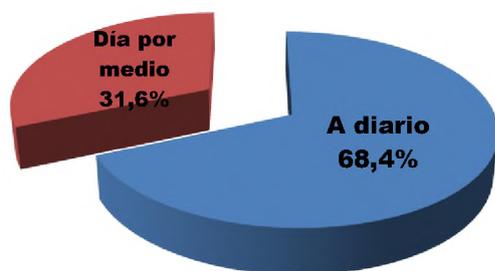
A continuación se analizan los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los padres sobre los hábitos de crianza. Con el fin de conocer con mayor detalle los datos obtenidos, los mismos también fueron analizados teniendo en cuenta su edad cronológica.

Tal como se observa en el Gráfico 9, con respecto a los hábitos de aseo corporal (baño), del 100% que representa a 19 niños evaluados, el 68,4% (constituido por 42,4% de niños de 7 meses, un 10,6% de niños de 6 y 8 meses y un 5,3% 10 meses) recibe un baño diario, mientras que el 31,6% (conformado por 15,9% de niños 9 meses y 5,3% de 7, 8 y 15 meses respectivamente) es higienizado día por medio por decisión de los padres, quienes argumentan carecer de espacio y/o tiempo suficientes, o por temor a que el niño enferme si el clima es frío (ver Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de hábitos de higiene en los niños que usan diariamente el andador.

| Frecuencia de Baño | | | | |
|--------------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|
| EC | Diario | Día por medio | Cada 2 días | Otra frecuencia |
| 6 | 10,6% | | | |
| 7 | 42,4% | 5,3% | | |
| 8 | 10,6% | 5,3% | | |
| 9 | | 15,9% | | |
| 10 | 5,3% | | | |
| 15 | | 5,3% | | |
| Total | 68,4% | 31,6% | | |

Gráfico 9. Frecuencia de hábitos de higiene en los niños que usan diariamente el andador.

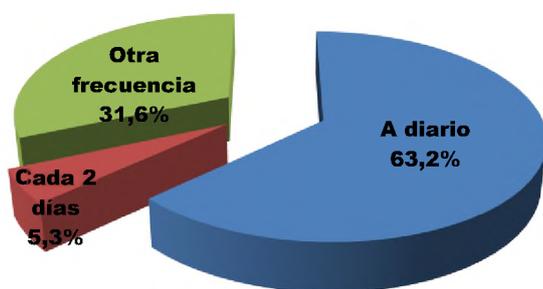


En relación a los hábitos de paseo del niño, en el Gráfico 10 se observa una frecuencia de paseo diario en el 63,2% (siendo el 31,8% niños 7 meses, el 15,9% de 8 meses 5,3 % de 6, 9 y 15 meses), del total de los niños y el 5,3% (5,3 % 9 meses) son llevados a pasear cada dos días. El 31,6% (constituido por 15,9% niños 7 meses y el 5,3% 6, 9 y 10 meses) restante se corresponde a una frecuencia diferente a las anteriores. Los padres refieren, en su mayoría, que llevan de paseo al niño al momento de realizar las compras por el barrio y/o llevar a el/los hermano/s a la escuela. Asimismo destacan los paseos diarios a espacios abiertos, generalmente una plaza cercana, no son frecuentes; en este caso el factor climático incide significativamente (ver Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de paseo en los niños que usan diariamente el andador.

| Frecuencia de Paseo | | | | |
|---------------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|
| EC | Diario | Día por medio | Cada 2 días | Otra frecuencia |
| 6 | 5,3% | | | 5,3% |
| 7 | 31,8% | | | 15,9% |
| 8 | 15,9% | | | |
| 9 | 5,3% | | 5,3% | 5,3% |
| 10 | | | | 5,3% |
| 15 | 5,3% | | | |
| Total | 63,2% | | 5,3% | 31,6% |

Gráfico 10. Frecuencia de paseo en niños que usan diariamente el andador.



La Tabla 8 muestra que del 100% que representa a 19 niños evaluados, el 68,4% (el 31,8% niños de 7 meses, el 15,8% de 8 meses y 5,3% de 6, 9, 10 y 15 meses

respectivamente) es alimentado a través del pecho materno. Es así que el 31,6% (el 15,9% de los niños tiene 7 meses y el 10,6% de 9 meses y el 5,3% de 6 meses) no recibe leche materna. Muchas madres refieren dar el pecho “a demanda” de su hijo/a, así como también amamantarlo para que logre conciliar el sueño. Asimismo el 68,4% (31,8% de 7 meses 10,6% de 6 y 9 meses y el 5,3% de 8, 10 y 15 meses) utiliza la mamadera para ingerir líquido, ya sea leche o agua, el 26,3% (15,9% de 7 meses y 5,3% de 8 y 9 meses) no la utiliza; y el 5,3% (8 meses) lo hace ocasionalmente. Se puede observar la coexistencia de ambas prácticas. Con respecto a la utilización del vaso, el 52,6 % (el 26,5% de 7 meses, el 10,6% de 6 y 9 meses y 5,3% de 15 meses) de los niños no hacen uso del mismo para ingerir líquido, ya que los padres no se lo permiten, argumentando que son muy pequeños y tienden a derramar con mucha facilidad el líquido contenido en él. El 42,1% (21,2% de 7 meses, 10,6% de 8 meses y el 5,3% de 9 y 10 meses) sí lo utiliza; y sólo el 5,3% (8 meses) lo hace ocasionalmente.

El total de los niños evaluados y que hacen uso diario del andador ha comenzado con la alimentación complementaria. El 78,9% (el 42,4% de 7 meses, el 10,6% de 8 y 9 meses y el 5,3% de 6, 10 y 15 meses) es alimentado con ayuda de sus padres; sólo el 21,1% (5,3% de 6, 7, 8 y 9 meses), participa activamente, ya sea tomando la comida con sus manos o intentando manipular algún utensilio (cuchara o tenedor). La mayoría de los padres refieren que prefieren alimentarlos ellos para evitar que el niño se ensucie o se entretenga jugando. De la entrevista se releva también que el 89,5% (el 47,7% de 7 meses, el 10,6% de 6, 8 y 9 meses y el 5,3% de 10 y 15 meses) no utiliza utensilios, el 5,3% (9 meses) sí los usan, y el 5,3%(8 meses) restante lo hace ocasionalmente (ver Gráfico 11).

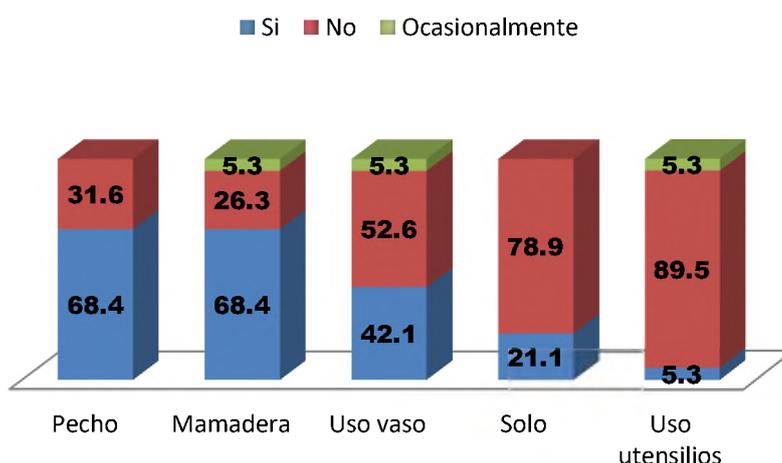
Tabla 8. Hábitos de alimentación de los niños que usan diariamente el andador.

| Hábitos de alimentación | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|--------------|-----------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| EC | Pecho | | | Mamadera | | | Vaso | | |
| | Si | No | Ocasional | Si | No | Ocasional | Si | No | Ocasional |
| 6 | 5,3% | 5,3% | | 10,6% | | | | 10,6% | |
| 7 | 31,8% | 15,9% | | 31,8% | 15,9% | | 21,2% | 26,5% | |
| 8 | 15,8% | | | 5,3% | 5,3% | 5,3% | 10,6% | | 5,3% |
| 9 | 5,3% | 10,6% | | 10,6% | 5,3% | | 5,3% | 10,6% | |
| 10 | 5,3% | | | 5,3% | | | 5,3% | | |
| 15 | 5,3% | | | 5,3% | | | | 5,3% | |
| Total | 68,4% | 31,6% | | 68,4% | 26,3% | 5,3% | 42,1% | 52,6% | 5,3% |

Tabla 8. Hábitos de alimentación de los niños que usan diariamente el andador (cont.)

| Hábitos de alimentación | | | | | |
|-------------------------|------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| EC | Utensilios | | | Solo | |
| | Si | No | Ocasional | Si | No |
| 6 | | 10,6% | | 5,3% | 5,0% |
| 7 | | 47,7% | | 5,3% | 42,4% |
| 8 | | 10,6% | 5,3% | 5,3% | 10,6% |
| 9 | 5,3% | 10,6% | | 5,3% | 10,6% |
| 10 | | 5,3% | | | 5,3% |
| 15 | | 5,3% | | | 5,3% |
| Total | 5,3 | 89,5% | 5,3% | 21,1% | 78,9% |

Gráfico 11. Hábitos de alimentación en los niños que usan diariamente el andador.



Tal como se puede apreciar en la Tabla 9, del 100% que representa a 19 niños evaluados, el 89% (el 37,1% de 7 meses, el 15,9% de 8 meses, 10,6% de 6 y 9 meses y el 5,3% de 10 meses) comparte habitación con un adulto (la mayoría de ellos duerme en la misma habitación con sus padres), y el 11% (5,3% de 9 y 15 meses) duerme solo. La mayoría de los padres advierten que sólo cuentan con una habitación en la vivienda, siendo ese el motivo fundamental de la cohabitación (ver Gráfico 12). Asimismo el 58% (el 21,2% de 7 meses, el 10,6% de 8 y 9 meses y 5,3% de 6, 10 y 15 meses,) duerme solo en su cuna o en su cama durante toda la noche, mientras que el 37% (21,2% de 7 meses y 5,3% de 6, 8 y 9 meses) comparte la cama con los padres en forma diaria. Los padres justifican el colecho manifestando que tal práctica asegura que el niño descanse

toda la noche así como también evita que sienta frío. Sólo el 5,3% (7 meses) lo hace ocasionalmente, por lo general durante la siesta (ver Gráfico 13).

Tabla 9. Hábitos de sueño en los niños que usan diariamente el andador.

| Hábitos de sueño | | | | | | |
|------------------|--------------|--------------|-----------|--------------|--------------|-----------|
| EC | Cohabitación | | | Colecho | | |
| | Si | No | Ocasional | Si | No | Ocasional |
| 6 | 10,6% | | | 5,3% | 5,3% | |
| 7 | 37,1% | | | 21,2% | 21,2% | 5,3% |
| 8 | 15,8% | | | 5,3% | 10,6% | |
| 9 | 10,6% | 5,3% | | 5,3% | 10,6% | |
| 10 | 5,3% | | | | 5,3% | |
| 15 | | 5,3% | | | 5,3% | |
| Total | 89,0% | 11,0% | | 37,0% | 58,0% | |

Gráfico 12. Práctica de cohabitación en los niños que usan diariamente el andador.

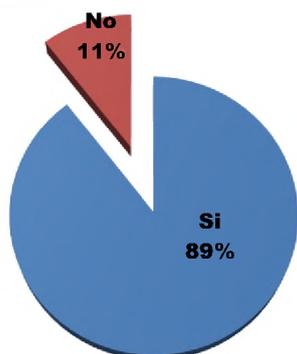
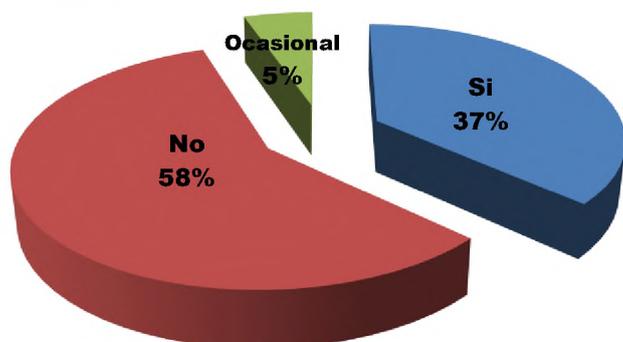


Gráfico 13. Práctica de colecho en los niños que usan diariamente el andador.

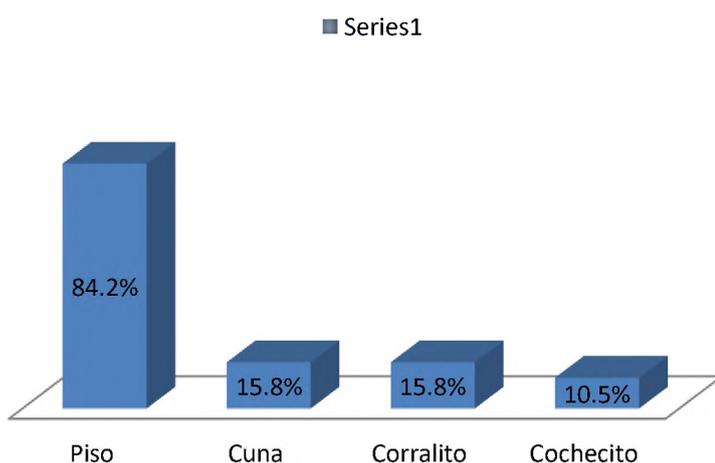


La Tabla 10 permite observar que del 100% que representa a 19 niños evaluados, el 84,2% (el 42,4% de 7 meses, el 15,9% de 9 meses , 10,6% de 6 meses y el 5,3% de 8, 10 y 15 meses) permanece en el piso cuando está despierto, el 15,8% (10,6% de 7 meses y el 5,3% de 6 meses) en la cuna, el 15,8% (10,6% de 7 meses y el 5,3% de 8 meses) es colocado en el corralito, y sólo el 10,5% (5,3% de 7 y 10 meses) en el cochecito. Estos espacios no son excluyentes unos de otros, y se le ha de añadir el uso del andador en el 100% de los casos (ver Gráfico 14).

Tabla 10. Lugar de permanencia de los niños que hacen uso diario del andador.

| EC | Piso | Cuna | Corralito | Cochecito |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 6 | 10,6% | 5,3% | | |
| 7 | 42,4% | 10,6% | 10,6% | 5,3% |
| 8 | 5,3% | | 5,3% | |
| 9 | 15,9% | | | |
| 10 | 5,3% | | | 5,3% |
| 15 | 5,3% | | | |
| Total | 84,2% | 15,8% | 15,8% | 10,5% |

Gráfico 14. Práctica de colecho en los niños que usan diariamente el andador.



Objetivo 3: Describir la capacidad de exploración y de dominio del propio cuerpo en los niños de 6 a 18 meses que utilizaron andador durante más de 1 hora por día, evaluados por el área de Terapia Ocupacional.

A partir de los datos obtenidos con la administración de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses” y de la observación clínica de los lactantes de 6 a 18 meses que hacen uso del andador diariamente, en conjunto con la entrevista semi dirigida a los padres, se registraron las siguientes observaciones:

El 52,6% de los niños de 6 a 18 meses que hacen uso diario del andador manifestó retraso en el área de la motricidad gruesa (ver Gráfico 6), el cual se evidenció principalmente por ausencia o exigua actividad de reptado, retraso en la adquisición del rolado (ambas conductas observadas en lactantes de 8 meses) y/o escaso control de tronco (observado en niños de 12 meses); dichas pautas motoras deben estar consolidadas en las edades mencionadas. Esto no posibilita el adecuado dominio corporal, dado que la actividad del niño está abocada principalmente a mantener una postura estable en el espacio y, como consecuencia, su posibilidad de exploración del ambiente está disminuida. Asimismo, en uno de los casos evaluados, se pudo observar que el niño, al no lograr alcanzar un objeto que se encontraba más allá de su espacio inmediato por falta de control de su propio cuerpo, desistía de dicha acción y comenzaba a jugar con alguna parte de sí mismo, perdiendo así el interés por los objetos o esperando que éstos sean aproximados por “otro” para comenzar una actividad de manipulación y reconocimiento del mismo.

Como se mencionó con anterioridad, el 63,2% de los padres de los niños que usan el andador expresó en la entrevista que llevan a sus hijos a pasear diariamente, y sólo el 5,3% lo hace cada dos días. El 31,6% restante refirió una frecuencia de paseo diferente a las anteriores. En cuanto a los lugares elegidos para dichas salidas, se pudo observar una baja frecuencia de espacios abiertos, tales como plazas y parques del barrio donde residen; éstos constituyen una fuente de múltiples experiencias sensoriales y cenestésicas, de las cuales el niño queda privado si sólo frecuenta espacios cerrados. (Ver Tabla 7 y Gráfico 10)

La Tabla 10 expone los espacios donde el niño permanece durante el día mientras está despierto, siendo el piso el lugar de mayor prevalencia (84,2%); en el piso el niño puede experimentar cambios de posición variados, desplazarse con libertad de

un lado a otro, ejercitar y perfeccionar las capacidades motoras ya adquiridas, así como desarrollar nuevas competencias en el área de la motricidad gruesa. La cuna es elegida por el 26,3% de los padres, principalmente para los niños de menor edad (6 y 7 meses), mientras que el corralito es elegido por el 15,8% de los padres de niños cuyo rango de edad se encuentra entre los 7 y 8 meses y el cochecito por otro 15,8% de los padres de niños entre 7 y 10 meses. Este último no provee de un espacio donde el niño pueda moverse libremente, experimentar cambios posturales o intentar alcanzar objetos que se encuentren más allá de su espacio inmediato. (Ver Gráfico 14)

El 47,4% de los niños usuarios de andador evaluados presentó retraso en el área de la coordinación (ver Tabla 5 y Gráfico 5), observándose pobre coordinación óculo manual, escasa actividad de manipulación de los objetos, tipos de prensión no acordes para la edad cronológica o persistencia de patrones motores arcaicos. Cabe mencionar aquí que el momento de la alimentación del niño constituye en sí mismo un espacio propicio para el desarrollo de las habilidades motoras finas y, por lo tanto, de la coordinación ojo-mano.

De los datos obtenidos a través de la entrevista a los padres se pudo observar que el 52,6 % de los niños entre 6 y 15 meses de edad es alimentado por sus padres. Asimismo, el 21,1% de los padres permiten que sus hijos intenten comer solo, siendo un pequeño grupo de niños entre 6 a 9 meses quienes tienen la posibilidad de tomar el alimento con su mano e intentar llevarlo a su boca; esto favorece el desarrollo de la coordinación óculo manual, la manipulación y la prensión, en especial la pinza digital, al tiempo que brinda un bagaje de experiencias sensoriales. En cuanto a la posibilidad de tomar un utensilio, ya sea éste cuchara o tenedor, e intentar tomar la comida con el mismo, sólo apareció dicha conducta en un único niño de 9 meses de edad (5,3%). (Ver Tabla 8 y Gráfico 11)

En referencia a los hábitos de higiene personal, el 68,4% de los niños reciben un baño diario (ver Tabla 6 y Gráfico 9), hábito que les brinda un amplio rango de experiencias sensoriales a nivel corporal. Las sensaciones corporales a través del contacto y el reconocimiento del propio cuerpo por parte de un “otro” favorece la construcción del esquema corporal del niño.

Por último cabe mencionar las prácticas de colecho y cohabitación. El 37,3% de los padres entrevistados manifestó que practica el colecho con su hijo (edades

comprendidas entre los 6 y los 9 meses) y el 5,3 % lo hace ocasionalmente, por lo general a la hora de la siesta. El 58% de los niños entre 6 y 15 meses duerme solo en su cuna o su cama durante toda la noche (ver Tabla 9 y Gráfico 13). Los padres justificaron el colecho manifestando que tal práctica asegura que el niño descansa toda la noche así como también evita que sienta frío. Asimismo el 89% de los niños de 6 a 10 meses comparte la habitación con los padres o el/los hermano/s (ver Tabla 9 y Gráfico 12).

A modo de discusión, retomamos los conceptos teóricos aportados por Donald Winnicott (1965): a fin de que el niño pueda desarrollar su potencial heredado son fundamentales los cuidados impartidos por una madre que se identifique con las necesidades físicas y emocionales del niño, y la organización de un ambiente que provea las condiciones necesarias para ello, a su decir el “ambiente facilitador”. Es aquí donde cobran importancia las prácticas de crianza que se ponen en juego en el seno de la familia, junto con la adquisición y la organización de los hábitos de alimentación, de sueño y de higiene. Estas actividades básicas y cotidianas representan experiencias fundamentales para el desarrollo psicomotor infantil porque imprimen las primeras experiencias de satisfacción, frustración y regulación emocional en el niño, al tiempo que implican el cuidado de sí mismo, a nivel corporal y emocional, y los modos de vinculación afectiva.

Siguiendo esta idea es que consideramos que el momento del cambio de pañales y/o del aseo personal ayuda a que el niño aprenda a reconocer y valorar el propio cuerpo. Durante los primeros meses de vida, el movimiento del agua y la temperatura de la misma brindan al lactante ricas experiencias sensoriales, que permiten marcar los límites del propio cuerpo. El niño irá individualizando cada parte del mismo a través de las caricias propiciadas por el adulto; todo esto, en conjunto con el lenguaje adulto, ayudará a que el pequeño vaya construyendo el esquema corporal.

Pretendemos destacar que no es posible construir una noción de esquema corporal si no existe una representación del límite, límite que es impuesto por un adulto: la madre y/o el padre debe ubicarse en el lugar de un "otro" diferente, introduciendo una ruptura, una separación con el hijo. Sin embargo, muchas veces no se respeta la privacidad del niño, hecho que se refleja principalmente en la práctica del colecho. El colecho, cuando es practicado a diario, implica una fusión excesiva con la madre, el padre o ambos, y dificulta las posibilidades del niño de transitar armoniosamente el

proceso de separación-individuación ya que los límites corporales no se constituyen con nitidez. No hay un reconocimiento íntegro de un yo y un otro. Dicha indiscriminación e indiferenciación no permiten que el niño habite un cuerpo sólido, un espacio físico propio. Por lo tanto, el colecho retrasa el proceso de separación-individuación necesario para que el niño construya una imagen de su propio cuerpo.

A lo anteriormente expuesto, se debe sumar el hecho de que este grupo de niños es colocado en el andador diariamente durante más de una hora; dicho dispositivo representa un obstáculo para el desarrollo del esquema corporal ya que, no sólo impone los límites de su propio cuerpo, sino que además el pequeño es sometido a posturas inadecuadas, al tiempo que queda privado del feedback visual de diferentes partes de su cuerpo. También es de destacar que una amplia gama de movimientos se encuentra limitada, principalmente los cambios de decúbito, la adopción de la postura sedente, las transiciones entre una y otra postura, las descargas de peso y el equilibrio del eje corporal.

Por último, cabe hacer referencia a los hábitos alimenticios en el proceso de desarrollo del niño. La lactancia materna es un momento que trasciende a la alimentación propiamente dicha, en el cual el diálogo tónico entre madre e hijo cobra gran importancia para la trama inicial del cuerpo y del lenguaje. Es tan importante el alimento que recibe como el estrecho contacto que se produce: el niño recibe la leche a través de una verdadera unión física con su madre. Con posterioridad, la alimentación complementaria ofrece al pequeño la posibilidad de explorar y experimentar con diferentes texturas, sabores, aromas y colores, desarrollando su capacidad de exploración y ejercitando no sólo las prensiones y la manipulación, sino también las praxias cuando el niño toma el alimento con sus manos, al mismo tiempo que fomenta la independencia. Es importante el acompañamiento de la familia, ya que fomenta el vínculo, la sociabilización y la integración del niño a la rutina de alimentación.

Más tarde cuando el niño está listo para usar la cuchara o el tenedor, debe aprender a realizar, en forma coordinada, el movimiento de elevación del utensilio en dirección hacia la boca, de forma tal que la comida no se caiga cuando abandona el plato; aprender a usar el cubierto es una buena oportunidad para trabajar la destreza manual y la coordinación óculo-manual. Asimismo, en la medida en que se ayuda a que

el niño adopte los hábitos alimenticios para los cuales está preparado, se abre el camino hacia su independencia.

Objetivo 4. Describir patrones motores recurrentes en los lactantes de 6 a 18 meses que son usuarios cotidianos del andador, evaluados por el área de Terapia Ocupacional.

A partir de la observación clínica minuciosa de la conducta motora de los niños que hacen uso del andador durante más de una hora diaria, se pudo observar la recurrencia de determinados patrones motores en ellos, a saber:

- *Marcha en puntas de pies*, conducta que se manifestó con mayor frecuencia en los niños evaluados: de los 19 niños que componen la muestra, en 3 de ellos se observó apoyo en punta de pies, representando el 15,8% del total de niños (de 6, 7 y 9 meses de edad).

En el desarrollo motor normal, para estar de pie, el niño traslada el peso corporal desde las puntas a los talones y viceversa, mientras se balancea constantemente de un lado a otro, para mantener el equilibrio en el eje antero-posterior.

Cuando el niño es colocado en el andador y la longitud de las piernas no permite que llegue al piso ya que se encuentra sentado, el pequeño adopta la postura de puntas de pies para lograrlo. Además no tiene suficiente libertad de movimientos en el eje antero-posterior que fomenten la práctica del equilibrio, imprescindible para adquirir una correcta deambulación.

Por lo tanto, la marcha en puntas de pies puede ser atribuida a la falta de posibilidades que tiene el niño de descargar el peso de todo su cuerpo sobre las plantas de los pies; no aparece el apoyo plantar.

Sin embargo, los profesionales de la salud que se especializan en ortopedia y traumatología pediátrica, afirman que esta característica es relativamente común y puede ser considerada normal hasta los tres años de edad. Asimismo, manifiestan que dicho tipo de marcha puede estar asociada, entre otros factores de riesgo, al uso del andador, el cual altera el patrón de pisada (ya que acostumbra al niño a conectar con el suelo con la parte delantera del pie) pudiendo provocar así un aumento del tono,

contracturas o pérdida de la movilidad (fisioterapiayosteopatíainfantil.blogspot.com.ar, 2013).

- *Hipotonía leve en miembros inferiores*, observada en un único lactante de 6 meses de edad cronológica (5,3% del total de niños que usan andador).

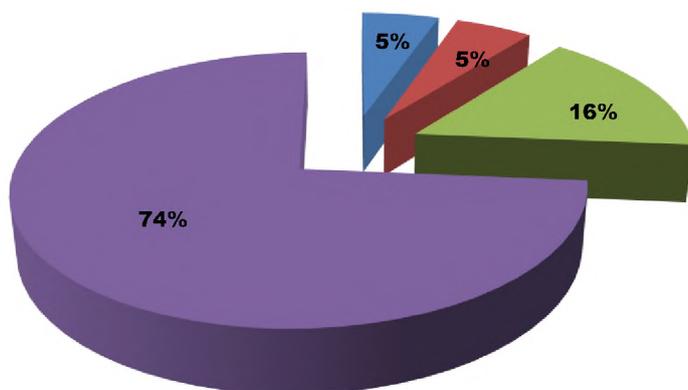
El permanecer en el andador obliga a que el niño adopte una postura constante de extensión de caderas y piernas, sin la posibilidad de trasladar naturalmente el peso del cuerpo hacia abajo a través de la flexión. La hipotonía leve en ambas piernas probablemente se deba a la falta de oportunidad de ejercitar la flexo-extensión.

- *Tendencia a la posición sedente en “W”*, observada en un único lactante de 15 meses de edad cronológica (5,3% del total de niños que usan andador). En dicha postura, las caderas están rotadas hacia adentro, apoyando la cara interna, incluidas las rodillas, mientras los tobillos permanecen en rotación externa.

La permanente extensión de piernas y caderas que adopta el niño, cuando es colocado en el andador, repercute en el desarrollo normal de la columna vertebral en tanto lo obliga a soportar el propio peso corporal en una etapa en la cual los sistemas muscular, esquelético y articular no están aún preparados para hacerlo. El desarrollo de la musculatura de la espalda y abdominal es insuficiente para lograr un adecuado control postural. Por lo tanto, el equilibrio en la posición sedente no es suficiente y esto conduce a que el niño adopte posturas compensatorias e inadecuadas en dicha posición, entre ellas la postura en “W”. Cuando el niño se sienta en “W” aumenta su base de sustentación, permitiéndole así aumentar la estabilidad a nivel del tronco.

Gráfico 15. Patrones motores recurrentes en los lactantes de 6 a 18 meses que son usuarios cotidianos del andador

■ Hipotonía leve ■ Sentado W ■ Marcha en punta ■ Sin particularidades



Resultados de la encuesta a los profesionales de la salud

La encuesta semi estructurada fue realizada a profesionales de la salud que se desempeñan fuera del ámbito de los Centros de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S.) dependientes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón; el objetivo de la misma fue conocer su experiencia personal con respecto al uso del andador y cómo se aborda dicha temática en otros servicios de salud.

A continuación se detallan las respuestas expresadas por los mismos:

1. ¿Recomienda a los padres el uso de andadores para niños?

El total de los profesionales encuestados no recomienda el uso del andador en los niños en la etapa previa a la marcha independiente, justificando el desacuerdo con dicha práctica en función de la peligrosidad que el dispositivo implica para el niño y el riesgo de accidentes. Asimismo afirman que el uso del andador conduce a un retraso en el desarrollo motor del niño, que se evidencia principalmente en la demora para deambular en forma independiente y la adquisición de la marcha en puntas de pies.

2. Si recomienda el uso de andadores, ¿a partir de qué edad?

El andador no fue recomendado por ninguno de los profesionales encuestados para ninguna edad cronológica.

3. ¿Usted cree que los padres deben ser informados sobre la influencia del uso de andador en el desarrollo psicomotor del niño en los controles pediátricos?

La mayoría de los profesionales encuestados (90%) argumentó que los padres deben ser informados sobre la influencia del uso del andador en el desarrollo psicomotor del niño teniendo en cuenta la escasez de información sobre la temática, y también para concientizar sobre los peligros que implica su uso y así evitar que adopten dicha práctica en la crianza del niño. Sólo uno de los encuestados (10%) manifestó no estar de acuerdo con la necesidad de informar a los padres y señaló que sólo aborda la temática si la familia manifiesta dudas e interés sobre el uso del dispositivo durante los controles pediátricos.

4. ¿De qué manera informa usualmente sobre el uso del andador a los padres?

El total de los profesionales encuestados manifiesta que explica verbalmente.

5. ¿Alguna vez ha tratado a un niño por una lesión relacionada con el uso del andador?

Del total de los profesionales encuestados, ocho (80%) de ellos respondieron afirmativamente a dicha pregunta, señalando que las lesiones presentadas fueron consecuencia de accidentes domésticos por el uso del andador: principalmente traumatismos por caídas, y quemaduras. Uno de ellos además mencionó la insuficiencia del tendón tibial posterior.

El resto de los profesionales (20%) manifestó no haber atendido a niños con lesiones que puedan vincularse al uso del andador.

6. ¿Usted considera que la producción y venta de andadores deberían prohibirse?

El 60% de los profesionales consideró necesaria la prohibición de la producción y venta de andadores, destacando que éstos son potencialmente peligrosos y que no tienen utilidad a la hora de que el niño aprenda a caminar. El restante 40% sostuvo que tal prohibición no debe ser puesta en práctica.

7. ¿Desearía conocer los resultados de la investigación?

Todos los profesionales se han mostrado interesados en conocer los aportes del presente estudio.

Conclusiones

Conclusiones

La presente investigación se ha propuesto describir y analizar la influencia del uso del andador en el desarrollo psicomotor de los niños de 6 a 18 meses de edad cronológica, utilizando una muestra no probabilística, por conveniencia, de 19 niños evaluados por el área de Terapia Ocupacional del Instituto Dr. Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia, en el marco del Programa de Desarrollo Infantil, en la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2013.

El análisis de los perfiles psicomotores de los niños que conforman la muestra, obtenidos a través de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses”, ha demostrado que el 52,6% de los casos presenta un desarrollo en categoría de riesgo. Si bien no podemos inferir que el uso del andador por sí solo, como práctica de crianza aislada, incida desfavorablemente en el curso del desarrollo psicomotor del niño, sí podemos deducir que el uso de dicho dispositivo, en conjunto con aquellas prácticas de crianza que son consideradas desfavorables por la Asociación Argentina de Pediatría, se constituye en un factor obstaculizador del desarrollo infantil.

A partir de la observación clínica y de la evidencia bibliográfica, se puede inferir que cuando el niño es colocado en el andador pierde, a nivel corporal, toda posibilidad de experimentar distintas posiciones en el espacio y de acceder a todo objeto que no esté a su alcance, debido a la distancia creada entre ambos por el perímetro del andador. Esto conduce a la reducción de los movimientos corporales y de la actividad motora general, y a la pérdida de innumerables experiencias sensoriales inmediatas, principalmente propioceptivas, táctiles y visuales, que son necesarias para el reconocimiento del propio cuerpo y para la organización del espacio.

La capacidad de explorar el mundo externo está sumamente limitada por el uso del andador y, simultáneamente, el niño crea un esquema corporal erróneo puesto que aprende que los límites de su propio cuerpo son los límites impuestos por el dispositivo. El andador le impide visualizar los miembros inferiores así como ejercitar cambios posturales de ascenso y descenso. Asimismo a nivel superior, impide que los brazos se muevan al compás de las piernas, mientras que las manos están limitadas para la exploración y el apoyo; en consecuencia, cuando el niño ya no es colocado en el andador, si cae al piso, puede reaccionar torpemente a la caída. Por otro lado, los andadores de última generación suelen traer “colgados” una serie de objetos de colores

y tamaños diversos que impiden la visión del niño, obligándolo a desplazar la cabeza y el tronco hacia un lado para mantener libre su campo visual.

Asimismo, a través de las encuestas realizadas a los profesionales de la salud que se dedican a la atención infantil, se ha registrado como dato principal el hecho de que las secuelas ocasionadas por el uso prolongado del andador se observan con posterioridad a la adquisición de la marcha independiente, cuando ésta ya se ha consolidado por completo.

Por lo tanto, acorde a los resultados obtenidos en la muestra de investigación de niños de 6 a 18 meses de edad cronológica, se confirma la hipótesis básica del presente estudio, “el uso del andador infantil, en conjunto con prácticas de crianza consideradas desfavorables por la Asociación Argentina de Pediatría, obstaculiza el normal desarrollo psicomotor de niños de 6 a 18 meses de edad cronológica.”

El aporte del presente estudio a la Terapia Ocupacional tiene importancia para comenzar a pensar en estrategias de prevención de la salud destinadas a favorecer el desarrollo psicomotor armónico del niño. Éstas no sólo deberían estar orientadas únicamente a desincentivar el uso del andador como práctica de crianza que obstaculiza y perturba la postura, el equilibrio y los desplazamientos de la motricidad autónoma del niño junto con su capacidad de exploración y dominio del propio cuerpo, sino también, y principalmente, a transmitir las prácticas de crianza favorables al desarrollo psicomotor infantil y a promover alternativas seguras que faciliten el aprendizaje y la adquisición de las habilidades y destrezas del niño.

Por último, como se ha analizado en el estado de la cuestión, en nuestro contexto sociocultural, son exiguas las investigaciones realizadas sobre el uso del andador y su influencia en el desarrollo psicomotor infantil. Por lo tanto, los datos recolectados en el presente estudio, sirven de especial interés en el campo de la interdisciplina, relacionando la Terapia Ocupacional, la Pediatría y la Ortopedia Infantil, con la posibilidad de abrir nuevos caminos de investigación poco explorados en la relación entre desarrollo psicomotor, uso del andador y prácticas de crianza. Asimismo consideramos necesario fortalecer las prácticas de promoción de la salud por parte de aquellos profesionales que trabajan en atención primaria, a los fines de concientizar a la población sobre los hábitos de crianza que no favorecen el proceso de desarrollo psicomotor del niño.

Referencias

Bibliográficas



Referencias

- Abeya Gilardon, E.; Del Pino, M.; y otros (julio/agosto, 2004). El desarrollo del niño: Una definición para la reflexión y la acción. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(4). Recuperado en abril de 2015 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752004000400014&script=sci_arttext
- Adrián Serrano, J.E. (2008). *El desarrollo psicológico infantil: áreas y procesos fundamentales*. Castellón, España: Universitat Jaume I.
- Aguilar Cordero, M.J. (2003) *Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos*. Madrid, España: Elsevier Science.
- Aguirre Dávila E.; Durán Strauch, E. (diciembre, 2000). *Socialización: prácticas de crianza y cuidados de la salud*. Bogotá, Colombia: Centro de Estudios Sociales. Recuperado en octubre de 2015 de <http://www.bdigital.unal.edu.co/1548/2/01PREL01.pdf>
- Aliboni, V.; Alfie, J.; Pastrana, S. (2002). Uso del chupete: hallazgos preliminares. *Archivos argentinos pediátricos*, 100(2): 114-119. Recuperado en octubre de 2015 de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2002/114.pdf>
- Alves de Albuquerque, K.; Cotta Mancini, M.; y otros (abril/junio, 2011). Estimulação ambiental e uso do andador infantil por lactentes com desenvolvimento normal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(2), 181-185.
- Aranceta Bartrina, J.; et al. (2003). *Crecimiento y Desarrollo*. Barcelona, España: MASSON S.A.
- Arancibia, V., Rodríguez, S., Undurraga, G., y cols. (1996). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses*. Santiago de Chile: Galdóc.
- Aron, A. y Aron, E. (2002). *Estadística para Psicología*. Brasil: Prentice Hall.
- Asociación Española de Pediatría (2008). *Manual de lactancia materna: De la teoría a la práctica*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Avaria, M. (2005). Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. *Revista Pediatría Electrónica*, (2)1, 36-46. Recuperado en abril de 2016 de http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/6_dsm.pdf
- Avila Aburdene, R.; Castro Kukoc, M. (2005). Relaciones con el inicio de la marcha, gateo, uso de andadores y accidentes. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 44(1), 11-14. Recuperado en marzo de 2015 de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102406752005000100003

Blengini, M.; Galetto, M.; y otros (2009). *Los pediatras decimos no a los andadores infantiles*. Documento del Comité de Pediatría Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría Filial Córdoba. Recuperado en marzo de 2015 de http://www.sapcordoba.com.ar/novedades_ver.asp?id_noticia=1354

Calmels, D. (2009). *Del sostén a la transgresión: El cuerpo en la crianza*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Chagas, P., et al. (2007). *There is no evidence to support or refute the effect of baby walkers on motor development in typically developing children*. Recuperado en marzo de 2015 de <http://www.otcats.com/topics/CAT%20-%20Paula%20Chagas%202007.pdf>

Chagas, P., et al. (2011) Crenças sobre o uso do andador infantil. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(4), 303-309. Recuperado en marzo de 2015 de http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n4/pt_AOP016_11INSci784.pdf

Cifuentes, C.; Martínez, F.; Romero, E. (julio/diciembre, 2010). Análisis teórico y computacional de la marcha normal y patológica: una revisión. *Revista Med*, 18(2): 182-196. Recuperado en agosto de 2015 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562010000200005&script=sci_arttext

Coleman, J.M., DeRegnier, R.A., Merchant, J.R., Porter, S., & Worwa, C. (setiembre, 2001). Respiratory instability of term and near-term healthy newborn infants in car safety seats. *Pediatrics*, 108(3): 647-652.

Collado Vásquez, S. (enero, 2005). Desarrollo de la marcha. *Biociencias (vol. 3)*. Madrid, España: Ciensalud. Recuperado en agosto de 2015 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/desarrollo_marcha.pdf

Colombatti, M.V., Martínez Eberhardt, G., y Spaini, L. (2006). *Una creencia popular: el andador, un estimulador* (Tesis de Grado). Instituto Superior del Profesorado en Psicopedagogía y Educación Especial "Dr. Domingo Carred", Córdoba.

Coriat, L. (1974). *Maduración Psicomotriz en el primer año del niño*. Buenos Aires, Argentina: Hemisur.

Coriat, L.; Jerusalinsky, A. (1983). Desarrollo y Maduración. En *Cuadernos del Desarrollo Infantil* (cap. 1.1.). Buenos Aires: Ediciones Centro Dra. Lydia Coriat.

Cusminsky, M. (1994). *Manual del crecimiento y desarrollo del niño* (2da. ed.). (s.l.): Organización Panamericana de la Salud., Serie Paltex.

Czornyj, L. (2007). Maduración psicomotriz del niño normal de 0 a 3 años. *Programa Nacional de Actualización Pediátrica, Sociedad Argentina de Pediatría*. Recuperado en abril de 2015 de http://www.sap.org.ar/staticfiles/pronap/pronap2007/modulo2/cap3_mod2.pdf

Dailly, R.; Koupernik, C. (1981). *Desarrollo neuropsíquico del lactante*. Barcelona, España: Planeta.

Donati, M., García, E., y Veyra, M. (2006). *Curso "Gestión en Salud Pública": Taller de Educación para la Salud desde Terapia Ocupacional*. (s.l.)

Fakharian, E; Honarpishe, A.; y otros (2008). Do infants using baby walkers suffer developmental delays in acquisition of motor skills? *Iranian Journal of Child Neurology*, 2(3), 15-8. Recuperado en marzo de 2015 de <http://journals.sbmu.ac.ir/index.php/ijcn/article/view/279>

Ford, G. (2000). *De bebé satisfecho a niño corfiado: Cómo resolver los problemas que se presentan durante los tres primeros años de vida del niño*. Madrid, España: EDAF.

Freud, S. (1895). *Proyecto de una Psicología para Neurólogos, 1895*. Recuperado en mayo de 2015 de <http://www.biblioteca.org.ar/libros/211765.pdf>

García Madruga, J.; Delval, J.; y otros (octubre, 2010). *Psicología del Desarrollo I*. Madrid, España: UNED. Recuperado en mayo de 2015 de <http://www.uned.es/>

Gardner, R.C. (2003). *Estadística para Psicología usando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación de México.

Hernández R., M. (1994). *Pediatría* (2da. ed.). Madrid, España: Ediciones Díaz de santos, S.A.

Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación* (3ra. ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Knobel, M. (1964). El desarrollo y la maduración en psicología evolutiva. *Revista de Psicología* (vol. 1, p. 73 – 77). Recuperado en abril de 2015 de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.851/pr.851.pdf

Koupernik, C. (1957). *Desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Barcelona, España: Paideia.

Levin, E. (1995). *La infancia en escena: Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión SAIC.

Maier, H.W. (1971). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Mesonero Valhondo, A. (1994). *Psicología de la Educación Psicomotriz*. Asturias, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Mesonero Valhondo, A. (1995). *Psicología del desarrollo y de la educación en la edad escolar*. España: Universidad de Oviedo, Servicio de Publicaciones.

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2014). *Desarrollo infantil, primer año de vida: factores del entorno*. Recuperado en noviembre de 2015 de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000270cnt-S11e.primer-ano-de-vida-II-4.pdf>

Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*. (s.l.) Organización Panamericana de la Salud (s.n.).

Noli, J.J. (2008). *El examen motor del lactante* (3ra. ed.). Mendoza, Argentina: Editorial de la Universidad del Aconcagua.

OPS/OMS/UNICEF (1998). *Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Manual del participante*. Recuperado en octubre de 2015 de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf

Palau Valls, E. (2001). *Aspectos Básicos del Desarrollo Infantil: La etapa de los 0-6 años*. Barcelona, España: Ceac.

Pérez Castelló, J. (2008). *Psicología del desarrollo en la edad infantil*. Recuperado en abril de 2015 de <http://ocw.uib.es/ocw/psicologia/psicologia-del-desarrollo-en-la-edad-infantil/bloque-tematico-1.pdf>

Picq, L. y Vayer, P. (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental (aplicación a los diversos tipos de inadaptación)*. España: Editorial Científico-Médica.

Pikler, E. (1969). *Moverse en libertad: desarrollo de la motricidad global*. Madrid, España: Narcea.

Polit, D.F. y Hungler, B.P. (1997). *Investigación científica: En ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Rodríguez, I. (2014). *Andaderas pueden afectar el desarrollo de los bebés*. Recuperado en marzo de 2015 de http://www.nacion.com/vivir/educacion-familia/Andaderas-pueden-afectar-desarrollo-bebes_0_1415658457.html

Santos Serrano, L.; y cols. (1996). Patrones de uso, creencias populares y accidentabilidad por andador infantil (tacatá): Bases para una campaña de información sanitaria. *Anales Españoles de Pediatría*, 44(4), 337-340. Recuperado en marzo de 2015 de <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-4-9.pdf>

Sarmiento Díaz, Ma. I. (1996). *Estimulación Oportuna*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.

Semra, K.; y otros (2013). Actitud de los pediatras sobre el uso de andadores para bebés. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(6), 528-532. Recuperado en marzo de 2015 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752013000600012&script=sci_arttext

Spitz, R. (1968). *La formación del Yo: Una teoría psicogenética de campo*. Buenos Aires, Argentina: Centro Editor de América Latina.

Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. España: Fondo de Cultura Económica.

Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Anexos

Encuesta de opinión sobre el uso de andadores en lactantes

Encuesta Estructurada N°

Fecha:

La siguiente encuesta está orientada a conocer la opinión de los profesionales de la salud que trabajan en el área de pediatría sobre el uso de andador en lactantes. La misma es anónima y voluntaria, y los datos personales serán resguardados bajo estricta confidencialidad.

Edad:

Sexo:

Especialidad:

Ámbito de Trabajo:

- Hospital
- Clínica/Sanatorio
- Consultorio Privado

Marque la respuesta que considere adecuada:

1. ¿Recomienda a los padres el uso de los andadores para los niños?

- Si
- No
- Deja la decisión a los padres, luego de dar una explicación.

¿Por qué?

2. Si recomienda el uso de andadores, ¿a partir de qué edad?

- 6 meses
- 8 meses
- 10 meses
- 12 meses

3. ¿Usted cree que los padres deben ser informados sobre la influencia del uso del andador en el desarrollo psicomotor del niño en los controles pediátricos?

- Si
- No

¿Por qué?

4. ¿De qué manera informa usualmente sobre el uso de andador a los padres?

- Explicación verbal
- Folleto explicativo
- Video
- Otros

5. ¿Alguna vez ha tratado a un niño por una lesión relacionada con el uso de andador?

- Si
- No

¿Cuál es la más frecuente según su experiencia personal?

6. ¿Usted considera que la producción y venta de andadores deberían prohibirse?

- Si
- No

¿Por qué?

7. ¿Desearía conocer los resultados de la investigación?

- Si
- No

¿Por qué?

Observaciones:

