

2011

Desarrollo infantil en condiciones de vulnerabilidad social. Resiliencia : un enfoque desde terapia ocupacional

Alves, María Soledad

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/705>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4069

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

*“Desarrollo infantil en condiciones de vulnerabilidad social.
Resiliencia. Un enfoque desde Terapia Ocupacional”*

TESIS DE GRADO



AUTORES

Alves, María Soledad
Ferraro, Ana María



MAR DEL PLATA. ARGENTINA

2011

“La pobreza expone a los niños a numerosos factores de riesgo que comprometen su calidad de vida y funcionamiento psicológico. La evidencia empírica indica mayor fragilidad emocional, menor desempeño intelectual y peor ejecución académica en niños que se desarrollan en situación de pobreza extrema. El daño potencial ocasionado por todas las situaciones que se vinculan con la pobreza no es inevitable ni irreversible. Sin embargo existen también factores protectores que amortiguan el impacto de las diferentes clases de deprivación a las que están expuestos estos niños.”¹

¹ Oros, L., *El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas. Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobre*. Revista Interamericana de Psicología. Interamerican Journal of Psychology, 2009, Vol. 43, Num. 2 pp. 288-296.

Biblioteca G.E.C.S. y S.S.	
Inventario	signatura top
4069	—
del	—
Universidad Nacional de Mar del Plata	

27 SEP 2012

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Directora de Tesis Terapista Ocupacional Carlota Vega, por su apoyo y compromiso permanente.

A Norma Gordillo y a la Comisión de Tesis por su asesoramiento.

A nuestra asesora estadística Mag. Claudia Arias por aceptar asesorarnos, por su profesionalismo.

A Amelia Dell Anno , por su colaboración teórica desinteresada.

A Mariela por abrirnos las puertas de Juanito Bosco, por su incondicional apoyo en este largo proceso.

A la Comunidad Educativa del Jardín: Mariana, Alejandra, Karina, Roxana , Romina, Gabriela, Marite , Anahi , Julia, Gabriela , Milva por brindarse y trabajar con tanto compromiso .

A las chicas de arriba, al equipo de orientación , Mariti y Ximena ,por hacernos volver a creer que existe gente que trabaja con compromiso ,profesionalismo, pero sobre todo ,con sensibilidad hacia el otro.

A las chicas de la cocina Mari, Karina, Iveth , por cuidarnos como si fuéramos parte de la institución.

A Ana Laura , por darnos su tiempo, su apoyo, y ser casi una integrante más en la realización de esta tesis.

A todas las familias y los niños que formaron parte de nuestra investigación.

A todos aquellos que de una forma u otra nos acompañaron y apoyaron en cada momento.

A mis padres y hermanos y toda la familia, por acompañarme con paciencia en este largo camino.

A Germán, por incentivarme siempre y confiar en mí.

A mi hija Simona, que nació en este proceso y me dio el último empujoncito.

A las grandes amigas de estos años de aprendizaje, por el cariño y el apoyo de siempre, y por tantos lindos momentos.

A mis amigas, hermanas. Lau y Euge.

A Sole,

Gracias! Ana

A mis padres, por darme la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera, por sus esfuerzos, por tenerlos siempre a mi lado.

A Fer por hacerme volver a creer y tener las fuerzas para seguir.

A mi abuela Maru por enseñarme el significado de la resiliencia, por sus mates dulces a la hora de estudiar.

A mis amigas incondicionales, compañeras, futuras colegas: Paola, Mariela, Silvina, Mariana, Lorena y Chuli, por estar siempre en las buenas y en las malas, por tantos lindos momentos.

A Agustina, factor protector, en mi vida y a su papa por haber sido parte de esta historia.

A todos los docentes que me formaron a lo largo de este proceso.

A todos los que se alegrarán de verme recibida.

A Ana,

Gracias! Sole

DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO METODOLÓGICO

DIRECTORA

Vega, María Carlota

Terapista Ocupacional



.....

ASESORÍA METODOLÓGICA
DPTO PEDAGÒGICO DE LIC. EN TO

Asignatura Taller de Trabajo Final.

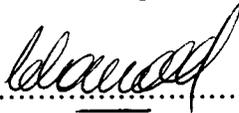
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

ASESORÍA ESTADÍSTICA

Arias, Claudia Josefina

Lic. en Psicología, Mg. en Psicología Social

Facultad de Psicología UNMDP

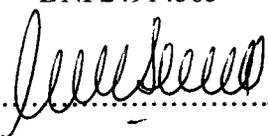


.....

TESISTAS

AUTORES

Alves, Maria Soledad
DNI 24914565



.....

Ferraro, Ana Maria
DNI 27802324



.....

INDICE

INDICE

<u>-Introducción</u>	1
<u>-Problema y objetivos</u>	3
<u>-Estado actual</u>	
-Estado actual.....	4
-Situación actual de la problemática de la pobreza y la infancia en la Argentina.....	26
- Bibliografía.....	36
<u>-Marco teórico</u>	
Capítulo I. Resiliencia	
La resiliencia y su contexto.....	41
Instrumentos de medición de la resiliencia.....	50
Bibliografía.....	55
Capítulo II. Factores de riesgo y factores protectores	
Factores de riesgo.....	58
Factores protectores.....	64
La escuela como factor protector.....	71
Bibliografía.....	73
Capítulo III. Desarrollo psicomotor	
Desarrollo psicomotor	77
Desarrollo psicomotor del niño de 3 a 5 años.....	80
Educación preescolar.....	88
Caracterización del desarrollo del niño en edad preescolar.....	90
Bibliografía.....	92
Capítulo IV. Atención Primaria de la Salud. Rol del Terapeuta ocupacional en prevención primaria.	
Concepto de Salud.....	94
Atención Primaria de la Salud.....	96

Niveles de Atención en APS.....	99
Terapia Ocupacional desde Atención Primaria en la población infantil.....	113
El ámbito escolar del niño y la familia.....	117
Rol del Terapeuta Ocupacional en el ámbito educativo.....	118
Bibliografía.....	120

Capítulo V. Jardín de infantes y Casa del niño Juanito Bosco

Jardín de infantes y Casa del niño Juanito Bosco

Contexto.....	122
Bibliografía.....	130

-Aspectos metodológicos

Aspectos metodológicos.....	131
Definición de las variables de estudio.....	143
Operacionalización de las variables de estudio.....	151

-Resultados

Análisis e Interpretación de los datos.....	153
Bibliografía.....	183

-Conclusiones.....184

-Anexos

Introducción



Las diversas investigaciones que se han ido desarrollando sobre Resiliencia han dado cuenta de la manera en que se percibe actualmente al ser humano, evolucionando desde un modelo de riesgo basado en la enfermedad y la necesidad, a un modelo de prevención y promoción de la salud basado en las potencialidades y los recursos que los individuos poseen y aquellos disponibles en su entorno, que les permitirán transformar los riesgos a los que son expuestos.

Los efectos que provocan las condiciones adversas varían teniendo en cuenta las diversidades individuales y contextuales. Dicha variación no sólo se relaciona con el tiempo, la duración y la proximidad de la fuente del riesgo sino con la capacidad de adaptación de cada persona. Un individuo no solo “carece” o se “se enferma” sino que además es capaz de buscar y utilizar sus propios recursos y salir fortalecido de la adversidad.¹

La infancia es considerada como la etapa más vulnerable a los riesgos biológicos y ambientales y, a la vez, la de mayor plasticidad. Los niños que se encuentran bajo condiciones de vulnerabilidad social se desarrollan alrededor de circunstancias adversas; sin embargo, sabemos que existe un potencial de adaptación en ellos, que les permite sobrellevar aquellas condiciones desfavorables a las que puedan estar expuestos .

Al Jardín Juanito Bosco de ésta ciudad concurren niños que viven en barrios marginales y con características socio ambientales desfavorables. En este trabajo nos preguntamos cuáles son los principales factores de riesgo a los que están expuestos éstos niños y cuáles son los recursos o factores protectores con los que cuentan a

¹ Villalobos Cano, A.; *Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales*; Trabajo de investigación de Grado; Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado; julio 2009.

pesar de crecer y desarrollarse en una situación desventajosa; cuáles son los que prevalecen y qué características adquiere su desarrollo psicomotor.

Adherimos y acompañamos el desarrollo de un nuevo enfoque de investigación centrado en poder identificar los aspectos positivos y las potencialidades del ser humano, de forma tal que éste nos brinde las herramientas adecuadas para poder intervenir como futuras profesionales de la Salud.



Problema y objetivos



PROBLEMA

¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo presentes en los niños de 4-5 años de edad, en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardín de infantes y Casa del Niño Juanito Bosco en el año 2011, en la ciudad de Mar del Plata?

OBJETIVO GENERAL

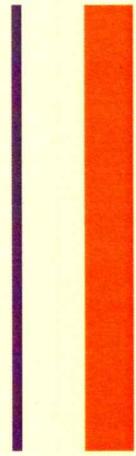
- Conocer y describir cuáles son los factores protectores y de riesgo presentes en los niños de 4-5 años de edad, en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardín de infantes y Casa del Niño Juanito Bosco en el año 2011, en la ciudad de Mar del Plata.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el Perfil Psicomotor de los niños de 4-5 años de edad, en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardín Juanito Bosco.
- Indagar acerca de los factores de riesgo y los factores protectores presentes en la situación del grupo de estudio.
- Conocer cuáles son los factores protectores y de riesgo que tienen mayor prevalencia.
- Describir y comparar las características del desarrollo psicomotor de éstos niños, de acuerdo a la presencia de factores protectores y de riesgo



Estado
Actual



"A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar,
pero el mar sería menos si le faltara una gota".

Madre Teresa de Calcuta²

La búsqueda bibliográfica realizada para este trabajo, se llevó a cabo a través de la Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata en PubMed - Medline, rastreo de antecedentes de investigación publicados en Internet y consulta de Tesis de Grado en las Bibliotecas de la UNMDP y la AMTO.

Durante la misma se consultaron investigaciones relacionadas con el tema, realizadas desde diferentes enfoques y análisis de la problemática y de las variables presentes en la misma. No se corresponden directamente con la problemática planteada en nuestro trabajo, pero realizan un abordaje muy cercano a ella:

- El grupo de Investigación de la Facultad de Ciencias de la salud y Servicio Social en su trabajo "*Terapia Ocupacional. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres*"³ dirigido por la T.O. Maria Carlota Vega en los años 1995-2003, tiene como propósito, contribuir al desarrollo de estrategias de promoción de la salud que favorezcan el desarrollo y el bienestar de los niños, previniendo el retraso y los problemas del desarrollo de origen social desde la atención primaria, en estrecha relación con el desarrollo de y en sus familias. Para tal fin se plantearon los siguientes objetivos:
- Estudiar las características del desarrollo integral del niño en riesgo social.
- Determinar las áreas de desarrollo psicomotor más afectadas.

² <http://www.proverbia.net/citasautor.asp?autor=971>.

³ Vega, Ma. C. y otros.; Trabajo de Investigación T.O.: *Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres*; Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. UNMDP. 2002

- Determinar los períodos en los que el desarrollo se encuentra más afectado.
- Estudiar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor de los niños y las características socioeconómicas, sanitarias y culturales de sus núcleos familiares.

Esta investigación respondió a los siguientes criterios de análisis metodológico:

El diseño es no experimental, de tipo exploratorio descriptivo, correlacional y longitudinal es un seguimiento desde el nacimiento de los niños, hasta sus siete años de vida.

Se seleccionó una muestra no aleatoria por conveniencia, conformada por 80 niños y sus familias en dos unidades sanitarias. A los dos años de vida de los niños, culminado el Plan Materno Infantil, los investigadores concurren al hogar de los niños.

Para el control de los cinco y seis años del total de niños hallados, se recolectaron datos por parte del área social en sus domicilios con actualización de las familias y, en las instituciones educativas, en conjunto con Terapia Ocupacional. Instrumentos y técnicas de recolección de datos:

- Test de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 2 años (EEDP), de Rodríguez S. y otros.
- Test de desarrollo psicomotor de 2 a 5 años” (TEPSI), de Haeussler Isabel y Marchant Teresa.
- Un cuestionario, con datos acerca de la salud materna y neonatal.

- Encuesta semi - estructurada de seguimiento de población infantil: guía para las entrevistas tomadas a los docentes en nivel inicial, sala de cinco años, y EGB. Más recopilación documental.

Las investigadoras pudieron arribar a los siguientes datos:

- El perfil del desarrollo del desarrollo psicomotor de los niños vulnerables está caracterizado por la fluctuación entre los controles categorizados en normalidad, riesgo y retraso, en la mayoría de la muestra y de sus controles hasta los tres años. Con diferencias de género en cuanto a las edades y a las pautas en las que presentan dificultad.
- Se halla relación entre el bajo peso, el Retraso del Crecimiento Intrauterino (RCIU), las características socioeducativas maternas y los niños que presentaron mayor cantidad de controles en retraso.
- Entre los 2 y 3 años se evidencian las dificultades en la función simbólica, lenguaje y coordinación.
- Ausencia de cobertura educativa, de estimulación, de recreación entre los 3 y 5 años. La casi totalidad de los niños se acerca al jardín a los 5 años, se registran casos que no concurren.
- En la etapa escolar los docentes consideran esperable el desempeño de los niños, destacando los casos extremos de inhibición, torpeza o desadaptación.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se considera necesaria la implementación de acciones concretas integrales, que otorguen a los niños y a sus familias, oportunidades para desarrollarse, para satisfacer necesidades, para mejorar la calidad de vida, es decir promover la salud y por lo tanto la equidad de los niños y familias que viven en la pobreza. Diseñar estrategias

para favorecer su armónico desarrollo. El terapeuta ocupacional como integrante de los equipos de salud y educación, puede detectar y reconocer el nivel de funcionamiento de los niños, con el objeto de intervenir para promover actividades apropiadas y desafiantes, que lleven a facilitar el desarrollo.⁴

Del rastreo de Tesis de Grado en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata que abordan la problemática de la infancia en riesgo socio ambiental, en relación con factores de riesgo y su incidencia en el Desarrollo podemos destacar:

- En el año 2002, Adriana De Luca, Diana Escobar y Ana Maggiano realizaron su tesis de grado "*Terapia Ocupacional en la vigilancia del desarrollo psicomotor en niños de 2 años 6 meses a 5 años*"⁵. El objetivo de la misma fue determinar el nivel de rendimiento del desarrollo psicomotor de todos los niños de 2 años 6 meses y 0 días a 5 años sin patología asociada, valorados a través del TEPSI. A partir del análisis de los datos, las tesistas establecieron que 74,37 % de los niños presentaron un desarrollo psicomotor normal, el 18,13 % en riesgo y el 7,5 % en retraso.

Además destacaron la importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor del niño y la implementación de la intervención oportuna que favorezca la detección de desviaciones aun cuando no se haya completado el diagnóstico.

- En el mismo año, las tesistas Delmonte C. y Ricillo V., en su investigación

⁴ Vega, Ma. C. y otros; Trabajo de Investigación: *T.O. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; UNMDP; 2002.

⁵ De Luca, A. y otros; *Terapia Ocupacional en la vigilancia del desarrollo psicomotor en niños de 2 años 6 meses a 5 años*; Tesis de grado; U.N.M.D.P; Mar del Plata; 2002

*"El rol del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de Salud en la Adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo Socio-Ambientales"*⁶, se plantearon como objetivo conocer y describir los factores de riesgo detectables por el T.O. que inciden en la adquisición del lenguaje en los niños de 15 meses de edad.

La muestra estuvo constituida por los niños de 15 meses de edad, inmersos en una comunidad considerada de alto riesgo socio-ambiental de la Unidad Sanitaria del Barrio Las Heras de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2002.

Las técnicas de recolección de datos fueron: recopilación documental (historias clínicas); entrevista a informante clave (Asistente Social), entrevista semiestructurada (a los padres o tutores del niño), observación estructurada (Observación del vínculo madre-hijo, de Alicia Oiberman modificada por Lázaro M. y Vera M.) y Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de Rodríguez S.; Arancibia V. y Undurraga C.

El análisis de los datos se extrae: un alto porcentaje de los niños evaluados presenta un desarrollo Psicomotor en Riesgo.

Las áreas de mayor compromiso en el desarrollo psicomotor de los niños fueron en el área del lenguaje y el área social, presentado conductas por debajo de lo esperado para su edad cronológica.

En el proceso de adquisición del desarrollo del lenguaje, determinados factores como la persistencia de hábitos y conductas inadecuadas para la edad cronológica, son consideradas como riesgosas para el mismo, como la

⁶ Delmonte, C., Ricillo, V.; *El Rol del TO en Atención Primaria de la Salud, en la Adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a Factores de Riesgo Socio-Ambientales*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. UNMDP. 2002

lactancia materna y uso prolongado de la mamadera, excesiva hora de sueño, colecho) y conductas de apego excesivas.

Existe una escasa comunicación entre la interacción gestual y verbal madre-hijo, como así también falta de comprensión de algunas palabras y consignas en los niños.

Se corroboró dentro del contexto en el que se desarrollan los niños, la real existencia de factores de riesgo ambientales y económicos (altos índices de desocupación y subocupación, analfabetismo, escasa participación en las diferentes instituciones, deserción escolar, delincuencia, drogadicción, maltrato y abuso infantil).

Los factores emocionales como el apego excesivo del niño con respecto a la madre, la búsqueda constante del contacto cuerpo a cuerpo, la angustia ante la ausencia de la misma y rechazo e irritabilidad frente a la presencia de extraños, escasa interacción con otros niños y adultos que no pertenecen al grupo familiar primario, etc., son los que se presentan con mayor frecuencia como factores de riesgo en el desarrollo del lenguaje.

Este trabajo nos permitió dar cuenta de la importancia que tiene el Terapeuta Ocupacional dentro del campo de la APS al estar inmerso en la comunidad. Esta situación lo hace más objetivo para interpretar las necesidades, las problemáticas existentes y generar acciones en función de estas, proponiendo abordajes acordes y permitiendo el aprendizaje a través de la interacción Agente de Salud-Comunidad.”⁷

- En el mismo año la tesis de grado de la U.N.D.M.P. realizada por las

⁷ Óp. Cit. Delmonte C., Ricillo, V.; 2002.

autoras Dioria, M. y Valotto, J. titulada *“Desarrollo psicomotor en niños nacidos de pretérmino con bajo peso entre 2 y 5 años de edad”*⁸, buscó conocer el desarrollo psicomotor en niños entre 2 y 5 años de edad nacidos de pretérmino con extremo bajo peso y muy bajo peso al nacer atendidos en el servicio de neonatología de H.I.E.M.I. entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 1999. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron la recopilación documental y el “Test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años de edad” (TEPSI) de Haeussler y Col. En base a los resultados obtenidos, las autoras, pudieron distinguir dos grandes grupos: por un lado aquellos niños de menor edad gestacional, menor peso al nacer y patologías al momento del nacimiento más graves, con menor rendimiento en la evaluación del desarrollo psicomotor. Por otro lado, los niños de edad gestacional mayor, mayor peso al nacer y que presentaron patologías leves al momento del nacimiento obtuvieron resultados que oscilaron entre las tres categorías del Test (Normal-Riesgo-Retraso) al momento de la evaluación.

• En el año 2004 Bustos G. y Forte N. realizaron su tesis de Grado en la Facultad de Ciencias de la salud de la UNMDP *“Aporte de Terapia Ocupacional para la Prevención de la Drogadependencia”*⁹. En ella investigaron los factores que protegen ante el riesgo de desarrollar drogadependencia en adolescentes en edad escolar, detectables desde la incumbencia de Terapia Ocupacional, en prevención Primaria, identificando factores protectores referidos al adolescente y caracterizando esta población de acuerdo a la presencia o no de ellos. La

⁸ Dioria, M., Valoto, J.; Desarrollo Psicomotor de niños nacidos de pre-término con bajo peso al nacer entre 2 y 5 años de edad. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 2002.

⁹ Bustos, G., Forte, N., *Aporte de Terapia Ocupacional para la prevención de la drogadependencia*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social; UNMDP; 2004.

muestra estuvo conformada por 125 adolescentes de la ciudad de Mar del Plata, que concurren a colegios privados y estatales.

Como método de recolección de datos se utilizó un cuestionario auto administrable y anónimo, que consistía en un conjunto de preguntas en relación con las variables a medir. Se aplicó la escala de Likert, con la finalidad de distinguir de manera cuantitativa a los adolescentes, en función de la presencia de los factores protectores investigados.

De acuerdo al análisis de los datos, se pudo referir que más de la mitad de la población estudiada, posee una mediana presencia de factores protectores (54,4%), mientras que el 50% restante registró una alta presencia de factores protectores (45,6%). Entre ellos se evaluó la Autoestima (un tercio de la población afirma una mediana conformidad con su cuerpo, el 87 % está totalmente de acuerdo con su forma de ser y el 40% expresa estar de acuerdo con sus logros), Tolerancia a la frustración (más de $\frac{3}{4}$ partes de la población posee una adecuada o elevada tolerancia a la frustración), Capacidad de Tomar Decisiones y Resolver Problemas (la mitad de la población adolescente se considera capaz de resolver un examen siempre y responsabilizarse por la toma de decisiones. El 30% siempre o a veces participa en decisiones y el total refiere pedir ayuda cuando lo necesita casi siempre o siempre), Autonomía para la Edad Evolutiva (más del $\frac{2}{3}$ refiere ser una persona emprendedora a veces y casi siempre), Capacidad de comunicación (más del 50% considera poseer siempre capacidad de escuchar a otros), Percepción de un clima familiar de convivencia (más del 70 % manifiesta siempre conformidad con el afecto y confianza que recibe, considerando a la familia como un lugar de seguridad), Actitud frente a las drogas (casi el total de la población expresa no aceptar nunca ante la oferta de drogas; sin embargo más del 50% han

consumido alcohol), Capacidad de emplear su tiempo libre en actividades participativas (el 63% emplea su tiempo libre en actividades participativas), Capacidad de compartir su tiempo libre con otras personas (el 47, 2% comparte su tiempo libre con otras personas casi todos los días) y Uso del tiempo libre (54,4% utiliza el tiempo libre en forma saludable).

Las tesistas consideraron relevante señalar que no se halló adolescente alguno con baja presencia de factores protectores, justificando la necesidad de centrar las intervenciones preventivas en la salud más que en la enfermedad, identificando y utilizando los recursos existentes a favor de la promoción de la salud.

La promoción de los factores protectores apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, según ellos perciban y se enfrenten al mundo.¹⁰

- Si bien no se corresponde con la población infantil, desde Terapia Ocupacional se ha abordado el tema de Resiliencia como es el caso de *"Docencia y Resiliencia, una perspectiva desde Terapia Ocupacional"*¹¹, una Tesis realizada por Castro L., Nogués, A. y Randazzo, I. en 2008. Las tesistas investigaron el nivel de resiliencia de los docentes de Escuela Primaria Básica y privada de la ciudad de Mar del Plata en el año 2008. Se destaca en la misma la existencia de la ley de creación del Programa Porteño de Promoción de la Resiliencia N°1441 (B.O. CABA.0410-04) la cual está orientada a incorporar prácticas que fomenten el desarrollo de capacidades resilientes en niños y adolescentes afectados por situaciones adversas, en la ejecución de las

¹⁰ Bustos, G., Forte, N.; *Aporte de Terapia Ocupacional, para la prevención de la drogodependencia*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social; UNMDP; Mar del Plata, 2004.

¹¹ Nogués, A.; *Docencia y Resiliencia, una perspectiva desde Terapia Ocupacional*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; UNMDP; 2008.

políticas públicas. Este Programa de la Promoción de la Resiliencia tiene entre otros objetivos, el capacitar y actualizar a los educadores profesionales y técnicos de la salud, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y demás operadores comunitarios, para un mejor desempeño en la estimulación de la resiliencia; así también como identificar los factores de riesgo, elementos protectores y fuentes de resiliencia en los ámbitos donde ejercen su tarea cada uno de estos agentes.

El canal para la realización de estos objetivos, según lo plantea esta ley es el sistema educativo, el sistema de atención primaria de la salud y el sistema de desarrollo social.

A través de este trabajo de investigación las tesis lograron conocer el nivel de resiliencia de los docentes de enseñanza privada y pública de la ciudad de Mar del Plata, siendo la muestra representativa del total de la población.

Un alto porcentaje de la población estudiada, presentó un nivel medio de resiliencia, variando el mismo de acuerdo a los años de ejercicio de la docencia. No encontraron diferencias significativas entre los docentes de escuela pública y privada.

- Aunque no se trata de población en riesgo socio-ambiental, las siguientes Tesis de grado se realizaron tomando como población de estudio a los niños de edad preescolar:
- En el año 2009, Bravo M. y Grillo I. realizaron su Tesis de grado titulada

“Valoración de la madurez neuropsicológica desde Terapia Ocupacional de niños entre 60 y 78 meses de edad cronológica que concurren a preescolar”¹².

Su objetivo fue conocer el grado de maduración neuropsicológica desde Terapia Ocupacional a través del Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN) en el Jardín de Infantes Provincial N° 903 E.V.A. de la ciudad de Maipú, Buenos Aires. A partir de los resultados obtenidos, las autoras concluyeron que el CUMANIN permite conocer diferentes aspectos neurocognitivos, pero se cree necesario complementarlo con datos que revelen el contexto en el cual se desarrollan los menores, ya que el mismo puede influir en forma positiva o negativa en el desarrollo de los mismos.

- En el año 2010, la tesista Paciulli, G. realizó su trabajo de investigación de Grado denominado *“Rol del Terapeuta Ocupacional en nivel inicial en relación a las características de las conductas madurativas que permiten identificar la adquisición de límites, durante el juego, en niños de 5-6 años de edad”¹³*. Su objetivo principal fue describir las características de las conductas madurativas que permiten identificar la adquisición de límites durante la observación del juego, en el ámbito escolar, en niños de 5- 6 años de edad. La investigación se realizó dentro del ámbito escolar y en el momento de Juego, para tener la posibilidad de observar de manera natural, la principal Ocupación de los infantes, y la forma en que los niños demuestran haber internalizado pautas y normas de conducta, tanto en el hogar como en el Jardín de Infantes.

¹² Bravo, M., Grillo, I.; *Valoración de la Maduración Neuropsicológica desde Terapia Ocupacional de los niños entre 60 y 78 meses de edad cronológica que concurren a preescolar*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social, UNMDP; Mar del Plata; 2009.

¹³ Paciulli, G.; *Rol del Terapeuta Ocupacional en nivel Inicial en relación a las características de las conductas madurativas que permiten identificar la adquisición de límites, durante el juego, en niños de 5-6 años de edad*; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMDP; Mar del Plata; 2010.

El tipo de enfoque fue Cuantitativo y el estudio realizado fue Exploratorio-Descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 42 niños de entre 5-6 años de edad que concurrían al tercer ciclo del nivel inicial del Jardín de Infantes San Cayetano, durante los meses de Noviembre y Diciembre del ciclo lectivo 2009. El método de selección de la muestra fue No Probabilístico por conveniencia. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron Recopilación Documental (datos relacionados con la edad, proyectos de integración, permanencia, sección a la que asistían, procesos judiciales o patología sensorial, cognitiva o cardiopatías) y Observación Estructurada de Juego (mediante la técnica Observación no participante, se utilizó una Guía de Observación Estructurada compuesta por los siguientes ítems: Tipo de Juego, Niveles de interacción social y participación, Relación con otros niños en el juego, Relación con el tiempo de juego, Relación con el espacio de juego, Relación con los objetos en el juego, Relación con las pautas de conducta impuestas por el adulto en el juego).

Los datos obtenidos a partir de la Guía de Observación del juego permitieron concluir que el 74% de los niños del total de la muestra, se ubicaron en la categoría Adquisición de Límites Adecuada (31 casos), el 14% (6 casos) en la categoría Adquisición de Límites Poco Adecuada y el 12% (5 casos) en la categoría Adquisición de Límites Altamente Adecuada, no encontrándose ningún caso en la categoría Adquisición de Límites Muy Poco Adecuada.

Las características de las conductas madurativas en relación a los límites, fueron adecuadas en el mayor porcentaje de los casos, según las subvariables Relación con otros niños en el Juego y Relación con el Tiempo de Juego.

Las características de las conductas madurativas, que registraron mayores porcentajes de límites poco adecuados, fueron la Relación con los Objetos y la Relación con el Espacio de Juego.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en ambos turnos, los niños del Turno Tarde son más autónomos y seguros durante el Juego, encontrándose sólo un 6% de casos en la categoría Adquisición de Límites Poco Adecuada, en tanto que en el Turno Mañana el porcentaje asciende a un 21%.

La autora propone la inclusión del Terapeuta Ocupacional en Instituciones Educativas de Nivel Inicial, como parte integrante de un equipo de orientación escolar o como profesional de consulta y asesoramiento, y se sugieren algunas acciones tendientes a construir espacios participativos y creativos con los niños, los docentes y sus familias. Plantea asimismo la importancia de motivarlos para que logren aventurarse en la creación de acciones, propuestas, actividades, talleres o jornadas, a partir de los propios deseos, problemas, inquietudes y motivaciones, tendientes a la promoción de la salud y la educación.

En diferentes países de América Latina los Factores Protectores y de Riesgo han sido también estudiados en niños de edad escolar y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social:

- En Chile, en el año 2005, Gladys Jadue J. y otros, desarrollaron una investigación cualitativa de tipo descriptivo, denominada *“Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una*

*comunidad educativa en riesgo social*¹⁴. El objetivo de la misma fue conocer sus potencialidades para convertirse en una escuela resiliente analizando algunos de los factores protectores y los factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia en dicha comunidad. La población estuvo conformada por 192 participantes (58 alumnos, sus 18 profesores y profesoras y sus padres) provenientes de familias de bajo nivel socioeconómico y cultural. Entre los hallazgos encontrados se encontró que: principalmente la familia, el buen nivel de autoestima que poseen algunos estudiantes, junto con el sentido de eficacia que otorgan a sus recursos personales y la jornada escolar completa, a través de talleres que favorecen el desempeño en distintas áreas, son considerados factores protectores para el desarrollo de la resiliencia. Por otra parte se destacan como factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia dentro de la familia: el bajo nivel socioeconómico y cultural de las familias, el poco conocimiento de las aptitudes y de las dificultades de los hijos en ciertos sectores de aprendizaje, la baja escolaridad de los padres y los hogares uniparentales a los que pertenecen algunos alumnos. Con respecto a los estudiantes, la deficiente atención en clases, la falta de motivación para estudiar, la conducta inapropiada en el aula, poca o nula responsabilidad en las tareas encomendadas y carencia de hábitos de estudio, constituyen factores de riesgo en muchos de los estudiantes. Por último se halló que los profesores poseen bajas expectativas de sus alumnos; carecen de metodologías de enseñanza-aprendizaje que motiven a sus estudiantes y existe un importante grado de estigmatización de los estudiantes, porque provienen de sectores poblacionales populares de bajos recursos. También se observó mala

¹⁴ Jadue G.; *Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social.* ; Estudios Pedagógicos; vol.31; no.2; p.43-55. Valdivia, Chile 2005

comunicación familia-escuela, lo que constituye también un factor de riesgo para los estudiantes.

- En el año 2006, en el mismo país, se realizó un trabajo de investigación denominado *“Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos”*¹⁵ cuyos objetivos fueron determinar la prevalencia de factores y conductas tanto protectoras como de riesgo en adolescentes chilenos y estudiar la correlación entre la percepción del funcionamiento familiar del adolescente, sus síntomas emocionales y conductas de riesgo.

Se trató de un estudio descriptivo transversal en 815 adolescentes entre 7° básico y 4° medio, provenientes de tres establecimientos educacionales de la ciudad de Santiago. Se eligió para el estudio un colegio particular de NSE alto, un colegio particular subvencionado de NSE medio y un colegio municipalizado de NSE bajo.

Como Instrumento de evaluación se utilizó el Cuestionario ECRA (Escala de Conductas de Riesgo en Adolescentes) adaptado del cuestionario *“Adolescent Health Survey”* y validado en Chile, consistente en 70 preguntas incluyéndose las siguientes variables: demográficas, constitución y funcionamiento familiar, situación escolar y laboral de los padres, antecedentes personales y familiares de salud, sexualidad y salud reproductiva, hábitos personales (consumo de sustancias, actividad física), conductas de riesgo (violencia física o emocional) y existencia de redes de apoyo. Se interrogó por consumo de sustancias, conductas sexuales, síntomas emocionales y dinámica de comunicación familiar. Al cuestionario se agregó la encuesta *“¿Cómo es tu familia?”* desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud para

¹⁵ Santander, S. y otros; *Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos*; Rev Méd Chile 2008; 136: 317-324.

describir la percepción acerca de diversas dimensiones de la vida familiar como funcionamiento, comunicación, cohesión y dinámica familiar.

Los resultados finales arrojaron que el 66,5% de los escolares percibe que sus familias son disfuncionales. Casi la mitad de los escolares manifestó que sus padres no dedican el tiempo adecuado para conversar y refieren falta de conocimiento de las actividades de sus hijos, falta de reglas claras en la casa, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas. En este estudio, las dos sustancias socialmente aceptadas (tabaco y alcohol) son las que registran mayor prevalencia, existiendo diferencias significativas por sexo.

Los autores concluyen que existe una alta prevalencia de síntomas emocionales, percepción de disfunción familiar por parte de los adolescentes y conductas de riesgo como consumo de alcohol, drogas y actividad sexual precoz en adolescentes escolares chilenos. Todas las conductas de riesgo son más frecuentes en adolescentes provenientes de familias percibidas por ellos como disfuncionales, lo que sugiere la urgencia de promover acciones para fortalecer la familia, un factor protector importante en la prevención de conductas de riesgo en adolescentes.

- En México, en el año 2006, se llevó a cabo una investigación denominada "*La autoestima estrés y el afrontamiento desde la perspectiva de niños y niñas escolares*"¹⁶ con el fin de determinar si la autoestima es una variable que modifica la forma en que los niños perciben y afrontan los sucesos que se le presentan, así como para establecer si estos niveles de autoestima afectan el tipo de afrontamiento que adoptan los niños ante situaciones difíciles que se les presentan. La población estuvo representada por 339 niños de 4º, 5º

¹⁶ Verduzco Álvarez, M.; *La Autoestima estrés y afrontamiento desde la perspectiva de niños y niñas escolares*; Hologramatica; Facultad de Ciencias Sociales UNLZ; Año III; N° 5; V2; pp. 59-70. 2006

y 6º de primaria de ambos sexos de escuela Públicas y Privadas, de distintas zonas del Distrito Federal y zona metropolitana (México). Las escuelas, correspondían a dos niveles socioeconómicos: las escuelas gubernamentales pertenecían a un nivel socioeconómico medio bajo y las tres escuelas particulares a un nivel socioeconómico medio. Como instrumento de medición se utilizó una modificación del Cuestionario de autoestima de Coopersmith, un cuestionario elaborado específicamente para la medición de Estrés que cuenta con 28 ítems enfocados a conocer las situaciones que les preocupan a los niños en las áreas: familiar; escolar y social, y preguntas abiertas para el Afrontamiento pidiendo a los niños que respondieran de manera abierta qué hacían para sentirse mejor cuando se daban cada una de las situaciones enumeradas en el cuestionario de estrés.

Se encontró que la autoestima puede predecir al afrontamiento sobretodo cuando se trata de autoestima alta y en menor grado en autoestima baja y también que los niveles de percepción de estrés están relacionados a esta variable.

- Con respecto al término Resiliencia, Ospina D., realizó una investigación en el año 2007 denominada "*La medición de la resiliencia*"¹⁷ cuyo objetivo fue identificar técnicas e instrumentos utilizados para la medición de la resiliencia. Se seleccionaron los estudios que abordaban el problema de la construcción de métodos para la medición de resiliencia. Los resultados mostraron que las técnicas e instrumentos para la medición de la resiliencia pueden agruparse en tres tipos: pruebas proyectivas, pruebas psicométricas y pruebas de imaginología. Las que más desarrollo muestran son las pruebas

¹⁷ Ospina Muñoz, D.; *La medición de la resiliencia*. Investigación y Educación en Enfermería; vol.25, N° 1; p.58-65; Universidad de Antioquia; Facultad de Enfermería; Medellín; 2007

psicométricas. La autora concluye que es necesario realizar investigaciones con diseños metodológicos mixtos para profundizar en la comprensión del fenómeno resiliente, de tal manera que se pueda obtener un consenso más amplio e integrativo sobre el concepto y, a partir de ahí, avanzar en el diseño de instrumentos capaces de medir de manera más integral los aspectos involucrados en la resiliencia.

- A nivel nacional, en la provincia de Salta, Arellano, V. y Correa, S. realizaron un trabajo denominado *“Talleres de promoción de resiliencia para adolescentes en alto riesgo social”*¹⁸ en el que se plantea el asesoramiento y seguimiento desde Terapia Ocupacional de un trabajo de campo, a cargo del área de Medicina en la Promoción de Factores Resilientes, con un grupo de adolescentes en una de las sedes de la ONG Padre Martearena en el Barrio Villa Juanita, población de alto riesgo social. Como objetivo general se propuso promover y fomentar los factores productores de resiliencia en los adolescentes que se encuentran en situación de alto riesgo social. Los Objetivos específicos fueron: promover la solidaridad grupal; fomentar los factores intrínsecos potencialmente productores de resiliencia (o factores protectores individuales) como por ejemplo Autoestima, Autonomía. Humor, Responsabilidad, Capacidad Empática, Moralidad; disminuir los episodios de violencia intragrupo fomentando las habilidades sociales; promover el sentido de responsabilidad en los participantes; promover la participación en la elección y ejecución de actividades significativas. Se utilizó como metodología la intervención con modalidad de taller. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó la Observación participante, Encuestas estructuradas y un Test de Factores

¹⁸ Arellano, V. M.; Correa, S. S.; *Talleres de promoción de resiliencia para adolescentes en alto riesgo social*; Revista Chilena de Terapia Ocupacional, N° 8, diciembre 2008.

Protectores. Se aplicaron técnicas de debate, árbol de problemas, lluvia de ideas, actividades artesanales. Los resultados y conclusiones fueron las siguientes: a través de la aplicación del “Test de factores protectores”, se encontraron resultados dentro de rangos aceptables, con algunas excepciones. Los valores más bajos estuvieron relacionados con la “capacidad empática y la formulación de objetivos de vida”. La modalidad de taller permitió conocer a los adolescentes e intervenir desde la actividad produciendo impacto en la autoestima general y en la apertura y dinámica del grupo. Se observó una muy buena respuesta a los talleres, con un desarrollo de mejor disciplina, mayor autocontrol y compromiso con la actividad con el transcurso de los talleres. Los adolescentes participantes mostraron interés y ello quedó reflejado en la regularidad de concurrencia a los encuentros pactados.

- En el año 2010 fue publicado un trabajo de investigación realizado por Luciana Codaro titulado “*Trabajo en Salud Comunitaria: La Escuela Pública Argentina como un nuevo campo de acción profesional*”¹⁹. En el mismo la autora propuso como objetivo desarrollar en cada escuela pública argentina comportamientos resilientes para prevenir la aparición de disfunciones, fortalecer el desarrollo integral normal y mejorar la calidad de vida; un trabajo en red con otras escuelas y entidades, para reforzar y generar recursos; y modelos sociales promotores de salud, que actúen como líderes referentes para los niños y la comunidad. Los métodos utilizados fueron: un análisis de los datos obtenidos sobre el país, la comunidad y la escuela, en dos escuelas de

¹⁹ Codaro, L., *La Escuela Pública Argentina como un nuevo campo de acción profesional* (en línea); XV Congreso Mundial de TO. Consultado octubre 2010. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.org.ar/ser_bib_esc_pub.asp

diferentes regiones del país, un programa de intervención que se ajusta al proyecto curricular de cada institución, a través de un trabajo interdisciplinario y multisectorial, que consiste en actividades y talleres artístico-recreativas, con una reflexión-debate breve al finalizar y talleres para adultos. Se registraron en videos y cartas realizadas por los participantes, para un intercambio cultural entre ambas escuelas y un trabajo en red. Los resultados fueron expuestos según la valoración de diversos indicadores relacionados con el abordaje propuesto, destacándose principalmente en ambas escuelas un proceso de adaptación exitoso, el desarrollo de un trabajo en red efectivo y el incremento de recursos y oportunidades. La autora concluye que la escuela es el espacio donde más se refleja la comunión de factores de bienestar y salud de los niños y que, por tanto, una intervención de Terapia Ocupacional, focalizada en fortalecer el desarrollo integral normal y desarrollar una convicción de que la vida tiene sentido a pesar de las adversidades, es de vital importancia en este campo. La autora realizó un aporte a la práctica de Terapia Ocupacional, al considerar la necesidad de ampliar la visión profesional hacia el bienestar, la salud, la prevención, la promoción de la salud, la resiliencia y articular estos conceptos con la ocupación como agente de salud en este nuevo campo.

El rastreo bibliográfico realizado en búsqueda de trabajos relacionados con nuestro problema de investigación, el cual consideramos relevante volver a citar: *¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo presentes en los niños de 4-5 años de edad en situación de vulnerabilidad social....?* dan cuenta de la amplia divulgación científica sobre la trascendencia de términos como **factores protectores, factores de riesgo, resiliencia, niños en condiciones de vulnerabilidad social.**

Compartimos con diferentes autores, la importancia que tiene el rol del Terapeuta Ocupacional dentro del campo. El estar inmerso en la comunidad brinda la posibilidad de recabar datos objetivos de la realidad, pudiendo interpretar las necesidades, las problemáticas existentes y generar acciones en función de éstas, proponiendo abordajes adecuados a cada problemática.²⁰

Resaltamos en la niñez, la importancia del contexto en el cual se desarrollan los menores, ya que el mismo puede influir en forma positiva o negativa en el desarrollo de los mismos.

En el presente trabajo de investigación, conocer el contexto familiar y comunitario en el cual se desarrolla el niño, constituye un desafío que nos obliga a diseñar instrumentos específicos para medir las variables mencionadas anteriormente en el problema.

Se nos plantea también como desafío, adquirir conocimientos y destrezas que nos permitan, en un segundo momento, poder diseñar programas y estrategias para dar la atención debida a los distintos aspectos del desarrollo infantil.

El terapeuta ocupacional como integrante de los equipos de salud y educación, puede detectar y reconocer el nivel de funcionamiento de los niños, con el objeto de intervenir para promover actividades apropiadas y desafiantes, que lleven a facilitar el desarrollo.²¹

Nuestro proyecto de investigación se inscribe en un contexto particular, el "Jardín de Infantes y Casa del Niño Juanito Bosco"; esta institución tiene como finalidad contribuir al desenvolvimiento de una sana personalidad infantil, favoreciendo el desarrollo intelectual, emocional, físico, espiritual y social del

²⁰ Óp. Cit. Delmonte C., Ricillo V.; *El Rol del TO en Atención Primaria de la Salud, en la Adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a Factores de Riesgo Socio-Ambientales.*

²¹ Óp. Cit. Vega, M.; y otros; Trabajo de Investigación: *T.O. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres.*

niño. Además de su función principal centrada en el aspecto pedagógico trabaja dando respuesta a sus necesidades de asistencia frente a las carencias antes mencionadas.

Busca la calidad educativa trabajando con profesionales de la educación, acercarse a las familias y conocer las características culturales y estructurales que estas poseen, desarrollando las herramientas y los conocimientos necesarios para trabajar con la realidad de estos niños y sus problemáticas, promoviendo una relación constante y continua con la familia y la comunidad, generando canales efectivos de comunicación, intercambio y compromiso.

Consideramos relevante citar nuevamente un trabajo de investigación realizado por Luciana Codaro, estudiante de Terapia Ocupacional, ya que las conclusiones y propuestas de su trabajo, se relacionan con nuestros objetivos de investigación y de nuestras expectativas acerca de los resultados a los cuales arribemos.

La escuela es el espacio donde más se refleja la comunión de factores de bienestar y salud de los niños y que, por tanto, una intervención de Terapia Ocupacional, focalizada en fortalecer el desarrollo integral normal y desarrollar una convicción de que la vida tiene sentido a pesar de las adversidades, es de vital importancia en este campo. La autora realizó un aporte a la práctica de Terapia Ocupacional, al considerar la necesidad de ampliar la visión profesional hacia el bienestar, la salud, la prevención, la promoción de la salud, la resiliencia y articular estos conceptos con la ocupación como agente de salud en este nuevo campo.

"La palabra progreso no tiene ningún sentido mientras haya niños infelices".

Albert Einstein (1879-1955).²²

El análisis de la evolución de la pobreza e indigencia permite observar la magnitud de la crisis que atravesó Argentina en los últimos años.

Antes del abandono de la convertibilidad el 38% de la población vivía en hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza. Sin embargo, esta situación crítica ya se hacía evidente desde mediados de los noventa.

En octubre de 2002 la pobreza alcanzó al 57.5% de las personas y sólo entre octubre de 2001 y mayo de 2002 el porcentaje de hogares pobres se incrementó un 13.4% sobre el total de los aglomerados urbanos del país.

Este empeoramiento de las condiciones de vida se refleja también en la brecha de pobreza, ya que para la misma fecha los hogares pobres necesitaban en promedio más que duplicar sus ingresos para escapar de esta situación.

Durante 2001 la caída de los ingresos nominales de los hogares explicó la mayor parte del aumento de la pobreza. El empeoramiento de la distribución del ingreso contribuyó también a este proceso.

A partir de 2002 el agravamiento de los niveles de pobreza estuvo asociado fundamentalmente al deterioro de los ingresos reales debido a la inflación del primer semestre de dicho año.

En efecto, entre mayo y octubre de 2002, el incremento de ingresos nominales de las familias no alcanzó a compensar el aumento de precios, de manera que la pobreza continuó elevándose, aun cuando lo hiciera a tasas menores que en el semestre anterior.

²² <http://www.proverbia.net/citasautor.asp?autor=971>

El incremento de los ingresos familiares en este período se explica, en parte, por la instauración y rápida extensión del Plan Jefes y Jefas de Hogares Desocupados (PJJHD). Por su parte, la reducción en la tasa de pobreza e indigencia no ha sido homogénea entre los hogares. En particular, la composición en el hogar y la situación laboral del jefe son dos factores que resultan particularmente relevantes para explicar comportamientos diferenciados. La clasificación de los hogares según composición se realizó tomando como punto de referencia el Nomenclador de Hogares utilizado en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 y a partir de allí se colapsaron las categorías que resultaban poco relevantes a la vez que se abrieron otras en las cuales se evidenciaban diferencias importantes en relación a la incidencia de la pobreza.

Los cambios más significativos respecto del Nomenclador fueron, por un lado, que mientras en éste los hogares son clasificados según la presencia de hijos, aquí se tomó como criterio la presencia/ausencia de menores de 18 años. Por otro lado, dentro de los hogares unipersonales se distinguió el sexo y la edad (mayores y menores de 65 años) y dentro de los hogares nucleares completos con niños se hizo la apertura según la cantidad de menores en el hogar.

A partir de esta clasificación, se observa que mientras en el segundo semestre de 2006 los hogares en los cuales había menores de 18 años representaban, aproximadamente, el 49% del total de los hogares, dicho porcentaje se elevaba al 76% entre los hogares pobres. Ello señala una mayor incidencia de la pobreza dentro de este tipo de hogares. En efecto, la tasa específica de pobreza para los hogares con menores era 30% mientras que se reducía a 9% en el resto de los hogares. Sin embargo, esos resultados

promedian situaciones aún más heterogéneas: dentro de los hogares con presencia de niños, en aquellos donde se encuentra sólo uno de los padres (hogares nucleares incompletos) la incidencia de la pobreza es mayor, especialmente si la jefa es mujer.

Ambos factores –presencia de niños y jefatura femenina en hogares incompletos- hacen que, por ejemplo, en el segundo semestre de 2006 el 64% de estos hogares con tres niños fuera pobre mientras que dicha cifra se elevaba al 84% en el caso de hogares con más de tres menores. La asociación positiva entre cantidad de niños y pobreza se verifica también en el caso de los hogares completos, si bien la incidencia es sistemáticamente menor que en los hogares incompletos.

Estos resultados sugieren también la mayor vulnerabilidad que, en promedio, experimentan los niños y adolescentes.²³ En efecto, mientras en el segundo semestre de 2006 la incidencia de la pobreza entre los individuos era de 27%, alcanzaba al 40% entre los menores de 18 años. Este fenómeno resulta de importancia por cuanto, tal como muestran diferentes estudios para el mundo desarrollado y también para Argentina, existen numerosos mecanismos que hacen que la situación de pobreza en la infancia persista en el tiempo configurando una crítica situación de transmisión intergeneracional de desventajas.

A lo largo del período considerado (2003-2006) se observa que la evolución de la pobreza también ha sido diferencial según los distintos tipos de hogares, si bien en todos los casos se verificó una reducción en su incidencia.

²³ Encuesta Permanente de Hogares, *Indicadores socioeconómicos*, Resultados del segundo trimestre de 2008, INDEC. www.indec.gov.ar

En particular, ésta fue más intensa entre los hogares sin presencia de niños por lo cual la brecha según esta dimensión aumentó.

*“Los niños son los más perjudicados por la pobreza, porque los afecta en la raíz misma de su potencial de desarrollo: su mente y su cuerpo en crecimiento”.*²⁴

Las siguientes variables pueden asumir características diferenciales en cada grupo individuo o región geográfica, y podemos encontrarlas expresadas estadísticamente de acuerdo a datos extraídos de diferentes organismos del estado y privados:

Los cuidados que se brinden a los niños y las niñas mediante una correcta lactancia materna, una alimentación adecuada, controles de salud, higiene, el amor y el empeño materno en general, son fundamentales para asegurar un buen crecimiento. El vínculo madre-hijo, la estimulación oportuna, el alimento y la información que intercambia con los otros seres humanos y con los objetos que lo rodean constituyen los principales estímulos de este desarrollo.

El nivel educacional de la madre, los problemas de salud que ella padezca, el tiempo dedicado al niño por falta de posibilidades económicas o por no conocer la importancia de una mayor dedicación a la crianza de sus hijos, la falta de narración de cuentos y de canciones infantiles compartidas, la desnutrición prolongada son todos factores que se asocian con alteraciones en el desarrollo.

Sobre la atención a la infancia, en la sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2002), los dirigentes de todos los países se comprometieron a: “formular y aplicar políticas y programas nacionales del

²⁴ UNICEF; Sesión especial de Naciones Unidas a favor de la infancia: *Un mundo apropiado para los niños*; 2002; párrafo 18.

desarrollo del niño en la primera infancia para promover su desarrollo integral (físico, social, emocional, espiritual y cognitivo) “. ²⁵

En la Argentina, así también como en la ciudad de Mar del Plata, diferentes Programas, Planes y Proyectos de diferentes esferas gubernamentales han sido implementados y continúan en vigencia, dirigidos a la atención de niños y niñas de 0 a 6 años, con derechos vulnerados asociados a situaciones de pobreza, los cuales consideramos relevantes citar, ya que tienen relación directa con la realidad de la población de nuestra investigación.

- **PLAN MAS VIDA.** Surge a raíz de un relevamiento que realiza el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires en el año 1995/ 96. Se implementa este programa mediante el cual se propone disminuir los índices de desnutrición infantil, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social Provincia de Buenos Aires y Secretaría de Desarrollo Social, Municipalidad de Gral. Pueyrredón. La prestación consiste en la cobertura mediante tarjeta magnética para la compra de alimentos de primera necesidad, por un monto fijo mensual. Los destinatarios son familias con niños de 0 a 6 años y embarazadas con necesidades básicas insatisfechas. Las familias que perciben éste beneficio se comprometen a cumplimentar controles médicos y certificación de escolaridad.

- **PROGRAMA FAMILIA POR LA INCLUSIÓN SOCIAL.** Creado por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1506/04. En el marco de la reformulación de programas de empleos previos. Mediante éste programa se

²⁵ Óp. Cit.; UNICEF; 2002.

realiza una transferencia económica mensual: \$150 por un solo niño y a partir de allí \$25 mas por cada niño/a a cargo, con tope de \$ 275. Los destinatarios son mujeres con hijos menores de 19 años a cargo. Depende del Plan Nacional Familias del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (Formulación, Financiamiento y evaluación).

- **PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO INFANTIL**

“PRIMEROS AÑOS”. El mismo surge en el marco de la sanción de la ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de la Niñez, dependiente del Ministerios de: Desarrollo Social, Educación, Ciencia y Tecnología y Salud de la Nación. Los destinatarios son familias con niños de 0 a 4 años y adultos mayores de 18 años con vulnerabilidad económica, quienes son “facilitadores” y Organizaciones comunitarias. El mismo plantea, a partir de un enfoque preventivo y promocional, el trabajo de los facilitadores con las familias y organizaciones comunitarias, a través de talleres y generación de proyectos comunitarios (plazas, juegotecas, etc.). Becas monetarias para los facilitadores: consiste en la implementación a cargo de las Familias/facilitador, equipos técnicos locales pero con dependencia nacional a cargo de la ejecución en el territorio/adquisición de materiales en la localidad.

- **PROGRAMA PROTECCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL.**

Se crea por ordenanza en el año 2004. Se destinan fondos provenientes de un porcentaje de la tasa municipal. En año 2009 se inicia el diseño del Programa, dependiente del Gobierno Municipal, Ordenanza N° 16. 278/ 04. Se proveen acciones comunitarias en los niveles Asistencial, Promocional y Preventivo Universal. Los destinatarios son la población de niños de 0 a 6 años y madres

embarazadas. Implementado por un equipo conformado por profesionales de diferentes áreas: Salud, Educación y Desarrollo Social.

- **PROGRAMA DE BECAS.** Creado en el año 2008 a partir de la implementación de la nueva ley de Promoción y Protección de Derechos de la Niñez. Dependiente del Gobierno Municipal. Los Recursos económicos son provenientes del Fondo de Fortalecimiento Familiar (Provincia de Buenos Aires). El mismo brinda una asignación monetaria mensual de \$ 150 por hijo. Hasta tres becas por grupo familiar para uso exclusivo de niños/jóvenes. Se exige rendición de cuentas de los padres al Programa. Los beneficiarios son niños/ as y jóvenes hasta 18 años, en situación de vulneración de derechos. Implementada por equipos técnicos del sistema local de Promoción y Protección de Derechos.²⁶

- **PLAN DE ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO.** El 30 de octubre de 2009, mediante el Decreto del P.E.N. 1602/09, se crea la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH), prestación no contributiva similar a la que reciben los hijos de los trabajadores formales “a aquellos niños, niñas y adolescentes residentes en la República Argentina, que no tengan otra asignación familiar prevista por la presente ley y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal”, beneficio que sería financiado con recursos del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del ANSES. La AUH busca solucionar uno de los problemas más importantes del nuevo modelo macroeconómico: que aún cuando casi

²⁶ Colombo S. y otros; “*Del dicho al hech...hay mucho trecho...Planes, Programas y Proyectos sociales relacionados con la infancia en Mar del Plata*”; 2009.

todos los grupos poblacionales han mejorado su calidad de vida, la fragilidad relativa de ciertos grupos históricamente vulnerables se fue incrementando en los últimos años. Entre las principales características de este nuevo programa se destaca que el cobro de la AUH es incompatible con la percepción de cualquier otro tipo de plan social y el espíritu de la norma apunta a eliminar paulatinamente varios de estos últimos y reemplazarlos por la AUH. En cuanto a las condicionalidades sanitario-educativas, el 20% del estipendio previsto en la AUH (que en total, y por el momento, ascienden a \$220 por cada menor de 18 años) se cobrará acumulado a principios de cada año lectivo (acreditado en una cuenta bancaria), siempre que los beneficiarios presenten los certificados requeridos de vacunación y asistencia escolar.

Por primera vez en décadas, esta nueva política social ha logrado que los grupos poblacionales históricamente más vulnerables (como niños, madres solteras o familias numerosas) tengan una menor probabilidad relativa de indigencia que el resto de la sociedad.

Por un lado, Argentina cuenta hoy con una importante experiencia acumulada en materia de políticas de transferencias monetarias a los hogares de gran alcance a partir de la cual pueden extraerse valiosos aprendizajes. Por otro lado, los programas existentes parecen contar con insuficiente grado de articulación.

Por último, es preciso avanzar en el diseño y aplicación de un conjunto más integral y abarcativo de políticas sociales y, en particular, de esquemas de transferencias dirigidas a los grupos vulnerables que aún no están cubiertos por los programas vigentes.

Resulta evidente que es necesario avanzar hacia un sistema de protección social integrado y coordinado –que tome en cuenta no sólo esquemas de transferencias monetarias sino también el acceso a los servicios de educación, salud y vivienda – de modo de maximizar el impacto positivo de los beneficios que reciben las familias.

La implementación de políticas públicas y programas de apoyo a la familia, desde abordajes multidisciplinarios e intersectoriales aumentan la posibilidad de que los niños logren mayores niveles de desarrollo personal.

El objetivo de estas políticas y Programas es garantizar el derecho de los niños y niñas a “ un buen comienzo en la vida”, lo que significa que sean físicamente saludables, estén mentalmente alertas, sean emocionalmente seguros, socialmente competentes, y capaces de aprender. El derecho de los niños al desarrollo pleno de sus potencialidades fue claramente proclamado en la Convención Internacional de los Derechos del Niño en el año 1989.

Los principios generales que propone esta convención de los derechos del niño se basan en el interés superior del niño en la no discriminación, en la participación en la supervivencia y en el desarrollo, entre otros, constituyendo un marco ético de políticas destinadas a los niños, especialmente los más pequeños.

El enfoque desde la perspectiva de los derechos, resulta pertinente para desentrañar elementos de base que se ponen en juego en estas situaciones de vulnerabilidad. Una conceptualización rigurosa, lleva a admitir un continuum de derechos, compatible con el principio de indivisibilidad e interdependencia que los integran como una unidad total cuya razón reside en la dignidad humana.²⁷

²⁷ Abramovich, V. Y Courtis, Ch.; *Los derechos sociales como derechos exigibles*; 1997. en: *Hechos y Derechos. Derechos económicos, sociales y culturales*; Subsecretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Buenos Aires. Argentina. pp. 7-31. 2000.

Generaciones completas de niños, adolescentes, adultos y ancianos privados de oportunidades para el ejercicio efectivo del derecho a alimentarse, a trabajar, a estudiar, a jugar, a recrearse, a atender su salud, a tener una familia; son algunos de los rasgos constatables del rostro de esta realidad. Agamben, G., (1999), dice que: *“la vida humana se define como aquellos modos, actos y procesos singulares del vivir que nunca son plenamente hechos sino siempre y sobre todo, posibilidades y potencia. Un ser de potencia es un ser cuyas posibilidades son múltiples”*.²⁸

La restricción o privación de oportunidades configura a los excluidos sociales como seres carentes de perspectiva de desarrollo. La nueva noción de derechos sociales conlleva necesariamente el imperativo moral de la inclusión.

Estas consideraciones realzan la vigencia de los fundamentos filosóficos y teóricos de la Terapia Ocupacional. El bienestar ocupacional como parte constituyente del bienestar humano, el valor en la persona y la creencia en su potencialidad transformadora, son la piedra angular que fundamentan y justifican la práctica. Si allí donde hay una necesidad sin cubrir hay un derecho que defender, Terapia Ocupacional puede y debe tomar partido desde una perspectiva de desarrollo en la interacción dinámica entre personas, ambientes y ocupaciones, generando oportunidades y desafíos de valor preventivo.

Admitiendo las múltiples lecturas que pueden generar estos nuevos actores y escenarios sociales, la urgencia de su consideración radica en el indiscutible impacto que la exclusión social produce en el desarrollo ocupacional de las personas.

Es un imperativo elaborar aportes desde el campo disciplinar, con alcance epistémico, pedagógico y de intervención profesional.

²⁸ Agamben, G.; *Lo que queda de Auschwitz*; Pretextos. Valencia. Finn, G. 1972.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. y Courtis, Ch.; *Los derechos sociales como derechos exigibles* en:
Hechos y Derechos. Derechos económicos, sociales y culturales. 2000.
Subsecretaría
de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos
Aires;
Argentina. 1997
- Agamben, G.; *Lo que queda de Auschwitz*; Pretextos. Valencia. Finn, G.
1972.
- Agis, E. y otros; El impacto de la asignación universal por hijo en Argentina;
CENDA; SID PROFOPE CEIL-PIETTE.
- Arellano, V. M.; Correa, S. S.; Talleres de promoción de resiliencia para
adolescentes en alto riesgo social; Revista Chilena de Terapia Ocupacional,
Nº 8, diciembre 2008. Consultado: abril 2010. Disponible en:
[http://www.revistaterapiaocupacional.cl/CDA/to_completa/0,1371,SCID=2168
2&ISID=737,00.html](http://www.revistaterapiaocupacional.cl/CDA/to_completa/0,1371,SCID=21682&ISID=737,00.html)
- Ayres, Jean; *La Integración Sensorial y el Niño*; Editorial Trillas. México.
1998.
- Bravo, M., Grillo, I.; *Valoración de la Maduración Neuropsicológica desde
Terapia Ocupacional de los niños entre 60 y 78 meses de edad cronológica
que concurren a preescolar*; Tesis de Grado; UNMDP; Mar del Plata; 2009.

- Bustos, G., Forte, N., Aporte de Terapia Ocupacional para la prevención de la drogadependencia; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social; UNMDP; 2004.
- Codaro, L.; Trabajo en Salud Comunitaria: La Escuela Pública Argentina como un nuevo campo de acción profesional [en línea]. XV Congreso Mundial de TO; 2010. Consultado: octubre 2010. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.org.ar/ser_bib_esc_pub.asp. Página oficial de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (A.A.T.O.).
- Colombo, S.; Feduci, M.; Malvica, R.; Sícoli, M. y Vega, M.; Del dicho al hecho...hay mucho trecho...Planes, Programas y Proyectos sociales relacionados con la infancia en Mar del Plata; Primer Congreso Latinoamericano de niñez, adolescencia y familia; Mendoza; 2009.
- Delmonte, C., Ricillo, V.; El Rol del TO en Atención Primaria de la Salud, en la Adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a Factores de Riesgo Socio-Ambientales. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. UNMDP. 2002
- Demiryi, M.; El derecho a tener derechos. Presentación inicial de una serie de materiales con aplicaciones didácticas; Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos; Santa Fe. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe. Publicación Científica .AATO; 2003
- De Luca, A., Escobar, D. y Maggiano, A.; Terapia Ocupacional en la vigilancia del desarrollo psicomotor en niños de 2 años 6 meses a 5 años; Tesis de grado; U.N.M.D.P; Mar del Plata; 2002.
- Diorio, M., Valoto, J.; Desarrollo Psicomotor de niños nacidos de pretermino con bajo peso al nacer entre 2 y 5 años de edad; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; UNMDP; 2002

- Feijóo, M. citado por Delich, F. en La crisis en la crisis; Eudeba; Buenos Aires, Argentina. 2002.
- Jadue Gladys J., Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social XXXI, N° 2: p 43-55, Valdivia, Chile 2005. ; Estudios Pedagógicos [en línea] 2005; vol.31; no.2. Consultado Mayo 2010.
- Disponible: <http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071807052005000200003&lng=es&nrm=iso>.
- Maurizio, R.; Políticas de transferencias monetarias en Argentina: Una evaluación de su impacto sobre la pobreza y la desigualdad y de sus costos; Universidad Nacional de General Sarmiento; 2008.
- Nogués, A., Randazzo; I.; Docencia y Resiliencia, una perspectiva desde Terapia Ocupacional; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; UNMDP; 2008.
- Ospina Munoz, D.; La medición de la resiliencia. Investigación y Educación en Enfermería [en línea] vol.25, N° 1; p.58-65; Universidad de Antioquia; Facultad de Enfermería; Medellín; 2007. Consultado junio 2010. Disponible en: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100006&lng=en&nrm=iso>.
- Paciulli, G.; Rol del Terapeuta Ocupacional en nivel Inicial en relación a las características de las conductas madurativas que permiten identificar la adquisición de límites, durante el juego, en niños de 5-6 años de edad; Tesis de Grado; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMDP; Mar del Plata; 2010.
- Palacios-Espinosa; X.; Pulido, S. y Montana, J.; Estrategias desarrolladas por los niños para afrontar el castigo: un dialogo entre la psicología y la teoría de

redes sociales; [en línea] Univ. Psychol.; vol.8; Nº 2; p.471-486; Bogotá; 2009. Consultado: mayo 2010.

Disponible:

<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200014&lng=en&nrm=iso>.

- Rosbaco, M., El desnutrido escolar. Dificultades de aprendizaje en los niños de contextos de pobreza urbana; Homo Sapiens Ediciones; Rosario; Argentina; 2000.
- Santander, S. y otros; Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos; [en línea]; Rev Méd Chile 2008; 136: 317-324. Consultado: mayo 2010.
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n3/art06.pdf>.
- Tamotsu Shibutani; Sociedad y personalidad; Editorial Paidós; Buenos Aires; Argentina; 1971.
- Vega, Ma.C., Campisi, M., Bosenberg, I., Porro, S.; Trabajo de Investigación T.O.: Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres; Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. UNMDP. 2002
- Vega, M. y cols., Materia Prima. 1ra. revista Argentina de Terapia Ocupacional. Nº 8 y 9. Buenos Aires. Argentina; 1997-1998.
- Vega, M., Sanchez, C. Aiello, C., Trabajo presentado en 1ras. Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología y Fac. de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata; 1998
- Vega, María Carlota. y cols.; Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata; capítulo en "La Salud en Crisis" Editorial Dunken. Buenos Aires, Argentina. 2000.

- Verduzco Álvarez, M.; La Autoestima estrés y afrontamiento desde la perspectiva de niños y niñas escolares; Hologramática; Facultad de Ciencias Sociales UNLZ; Año III; N° 5; V2; pp. 59-70. 2006. Consultado: mayo 2010. Disponible en: <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=463>
- Villalobos Cano, A.; Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales; Trabajo de investigación de Grado; Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado; julio 2009.
- Willard-Spackman; Terapia Ocupacional; 8° edición; Editorial Médica Panamericana; España; 1998.

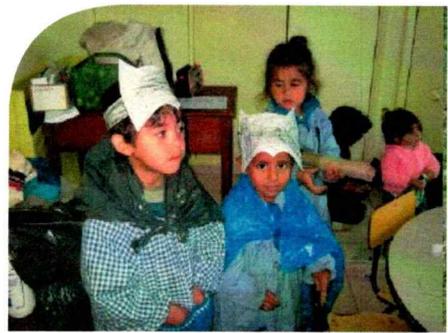
Marco Teórico





CAPÍTULO 1

La Resiliencia y su contexto



SIGNIFICADO DE RESILIENCIA

"El objetivo del trabajo del alma no reside en ajustarse a normas aceptadas o a la imagen del individuo sano que muestran las estadísticas, sino en lograr una vida bien elaborada y una unión con la sociedad y la naturaleza, ambas tejidas en la cultura de la familia y del mundo"²⁹ (p.xvii)

El vocablo resiliencia proviene del latín "*resilio*" que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar³⁰.

El diccionario Larrouse la define como "el índice de resistencia al choque de un material".

En la Enciclopedia Hispánica se define resiliencia como la *resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. La fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resiliencia.*

En español y francés resiliencia se emplea en el campo de la ingeniería civil únicamente para describir la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. La definición en el idioma inglés del concepto "resilience" es la tendencia a volver a un estado original o el tener poder de recuperación

Por último, la Real Academia Española la define como la "capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas."³¹

²⁹ Moore, T. Care of the soul. New Cork: Harper Collins;1992

³⁰ Diccionario Básico Latín-Español/Español-Latín. Barcelona, 1982.

³¹ Real academia española; diccionario de la lengua española.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE RESILIENCIA

En un primer momento se trabajó con el término de “**invulnerabilidad**”; éste se refería a la capacidad de las personas de desarrollarse de forma sana en ambientes; comprendido como una inmunidad relativa a eventos de la vida estresantes. Es decir, se trataba de personas que a pesar de las dificultades que el entorno les presentaba se mostraban inmunes ante estas circunstancias negativas, y en muchos casos, podían no sólo soportarlas, sino crecer frente a ellas.

El postulado de “resiliencia” indica que al ser afectado por el estrés o la adversidad, el individuo es capaz de resolver la situación y en cierto grado hasta salir fortalecido de esta lucha. Se trata de un proceso que puede ser desarrollado y promovido, cuyos resultados no serán homogéneos ni estables en todos los ámbitos del desarrollo.

La resiliencia surge como un constructo que intenta dar cuenta de las situaciones de desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo.

El término alcanza su máxima significación cuando se hace referencia a las respuestas de los individuos ante situaciones de riesgo, respuestas que incluyen aspectos conductuales, afectivos y cognitivos.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables. Es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia.³²

³² *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes*; num.13; Cap. 3; OPS; 1998.

RESILIENCIA EN EL CAMPO SOCIAL

El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar la capacidad del ser humano para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas.

En distintas palabras los especialistas intentaron dar forma al concepto de resiliencia para su aplicación en el campo de las ciencias sociales. Aquí se exponen algunas de ellas:

- “Concepto que permitiría caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psíquicamente sanos y socialmente exitosos”.³³
- “No es un rasgo de personalidad, sino que las personas son actores y fuentes de las adaptaciones resilientes, y las familias, escuelas, comunidades, servicios sociales son los escenarios de promoción de resiliencia, y propician el despliegue/proveen de los factores protectores”.³⁴
- “Capacidad de afrontamiento ante la adversidad, orientación del ser humano en base a valores, fortalecimiento de la personalidad y capacidad de sostener un proyecto de vida”.³⁵
- “Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva”.³⁶

³³ Kotliarenco, M.A.; *Estado del arte en resiliencia*; OPS.OMS; 1997.

³⁴ Llobet, V.; *La promoción de la resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión*; Ediciones Novedades Educativas; 2005.

³⁵ Dell’Anno, A.; *Análisis crítico del concepto de resiliencia y su valor en la intervención profesional*; material de cátedra Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; UNMDP; 2008.

³⁶ ICCB/BICE; *Elements for a Talk on Resilience: Growth in the Muddle of Life*. Ginebra, Suiza; 1994

- “Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez”.³⁷
- “La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles.”³⁸También se considera, según este autor, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.
- “La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana”, viviendo en un medio “insano”. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio”.³⁹
- “Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, como el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy

³⁷ Grotberg, E.; *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*, The International Resilience Project; Bernard Van Leer Foundation; La Haya; Holanda; 1995.

³⁸ Vanistendael, S.; *Cómo crecer superando los percances: resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo*; International Catholic Child Bureau; Ginebra; Suiza; 1995.

³⁹ Rutter, M., Rutter, M.; *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*; Penguin Books; Gran Bretaña; 1992.

pequeños”.⁴⁰ “Los niños resilientes son aquellos que se enfrentan bien a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida “. ⁴¹

ELEMENTOS PRESENTES EN LAS DEFINICIONES DE RESILIENCIA

“La falta de significado impide llevar a cabo una vida plena y, por tanto, es equivalente a la enfermedad. El significado hace posible que muchas cosas sean soportables, quizás todas”⁴²

En estas definiciones se pueden destacar tres elementos esenciales:

- 1) la noción de adversidad, trauma, **riesgo** o amenaza al desarrollo humano.
- 2) la **adaptación positiva** o superación de la adversidad.
- 3) proceso dinámico entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el desarrollo humano.

Estos conceptos acompañados de los avances en el conocimiento, y de las intrincadas relaciones entre nutrición, salud y desarrollo psico-emocional ampliaron la posibilidad de actuar a favor del crecimiento mental de los seres humanos.

⁴⁰ Osborn, A.; *What is the value of the concept of resilience for policy and intervention?*; International Catholic Child Bureau; Gran Bretaña; 1993.

⁴¹ Milgram, N., Palti, G.; *Psychosocial characteristics of resilient children*. Journal of Research in Personality; n.27, pp- 207-221.; 1993.

⁴² Jung, C.J.; *Memories, dreams, reflections*; London; Random House ;1961.

La resiliencia trabaja desde las capacidades, habilidades y fortalezas que se deben adquirir o adoptar para alcanzar el punto justo de equilibrio en relación a los factores de riesgo, factores protectores (personales, familiares o comunitarios) y la propia personalidad del ser humano.

De acuerdo con Melillo⁴³, los pilares del trabajo interventivo de resiliencia son:

AUTOESTIMA: se atribuye a la capacidad de establecer límites entre uno mismo y el medio adverso. Autonomía y libertad para mantener distancia entre aspectos emocionales y físicos sin provocar el aislamiento.

INTROSPECCIÓN: es la capacidad de comunicación con uno mismo, como un examen de conciencia con el yo interior.

CAPACIDAD DE RELACIONARSE: es la habilidad de crear vínculos afectivos y positivos con otras personas para satisfacer las necesidades de uno mismo en la búsqueda del equilibrio.

INICIATIVA: es la capacidad de asumir decisiones y responsabilidades ante los problemas, poniéndose a prueba frente a tareas requiriendo exigencia personal.

HUMOR: es la capacidad de aminorar el dolor, la angustia, la soledad logrando jugar con lo cómico y lo trágico. Reírse de uno mismo ante las situaciones complejas y así poder sobrellevarlas.

CREATIVIDAD: es la capacidad de crear e inventar a través del desorden. En los niños principalmente, el juego funciona como una herramienta

⁴³ Melillo, A. *Resiliencia*; texto en línea; consultado en noviembre de 2010; disponible en www.elpsicoanalisis.org.ar/numero1/resiliencia1.htm

de expresión siendo la vía para revertir sentimientos de furia, miedo, desesperanza.

MORALIDAD: es la capacidad de comprometerse con valores, de discriminar entre lo bueno y lo malo.

DISTINTOS ENFOQUES DE RESILIENCIA

“La espiritualidad es el ejercicio del espíritu, es decir, la actividad consciente y con un fin establecido que define al espíritu y al alma.”⁴⁴

Los estudios llevados a cabo por la psicopatología en los casos de niños que vivían situaciones difíciles, dieron por resultado que a pesar de estas dificultades, estos se insertaban con naturalidad en el marco de la sociedad y sin rastros de trastornos psicológicos. Esto despertó el interés de los profesionales, que se abocaron al estudio de la cuestión desde distintos enfoques.

Los primeros investigadores que incursionaron en el tema, a principios de los '70, se centraron en la descripción exhaustiva de las enfermedades, de los síntomas y de aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico, psicológico o social. Esta línea de investigación se inscribe bajo el **enfoque de riesgo**.

Este tipo de investigaciones intenta identificar los factores de riesgo que presentan las personas cuyo entorno ambiental, psicológico o social no es el adecuado. Esta generación comenzó a ampliar el foco de la investigación

⁴⁴ Novel, J.; *History and spirit*; Boston; Beacon Press; 1991.

desplazándose desde aspectos individuales que deben fomentarse en las personas para sobreponerse a la adversidad, hacia un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo (nivel social, económico, familiar).

Una segunda generación de investigadores a mediados de los '90 focalizó su estudio en la prevención de posibles trastornos de la salud mental. Esta perspectiva puede denominarse el **enfoque de protección o de resiliencia**, el cual describe la existencia de verdaderos “escudos protectores” contra el daño o el riesgo y utilizan estas fuerzas negativas en favor de su propia superación.

Este enfoque retoma el interés de la primera generación puesto sobre los riesgos pero además incorpora otros estudios sobre la dinámica entre los factores que están en la base de la adaptación resiliente. Para ello, se señala la existencia de mecanismos protectores, siendo esa dinámica la que les permite a los individuos salir fortalecidos ante las situaciones adversas.

Junto con este concepto surgen dos líneas de investigadores:

- la primera se aboca a aquellos factores protectores que se encuentran en la base de esta adaptación positiva para el niño que viven en situaciones de adversidad;
- la segunda en cambio focalizó el tema de resiliencia bajo dos aspectos:
- la noción de proceso, que implica la dinámica entre factores de riesgo y de resiliencia que permiten que el niño supere esa situación crítica,
- y la búsqueda a través de programas sociales de promover la resiliencia en forma efectiva.

El enfoque de riesgo y el enfoque de resiliencia son consecuencias de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Estas

perspectivas poseen características diferentes, pero asimismo una depende de la otra y ambas se complementan e interactúan. La interpretación de estos enfoques guarda íntima relación con los denominados factores de riesgo y factores protectores, siendo los elementos principales que dan fundamento a todos los estudios e investigaciones de resiliencia.

Analizar las manifestaciones del desarrollo de los niños permitirá caracterizar las modalidades que adoptan, en su cotidianidad, las conductas y procesos resilientes. De esta manera, no se asumen uniformidad ni estabilidad en la resiliencia. Es necesario comprender las manifestaciones de los niños y adolescentes en situación de riesgo, a partir de caracterizar como un continuo las situaciones de vulnerabilidad o riesgo y protección.

Las contribuciones teóricas modernas de la Terapia Ocupacional han desarrollado la necesidad, por parte de la práctica misma, de comprometerse a realizar un cambio de paradigma que incluya la espiritualidad en la práctica diaria. La espiritualidad es un mecanismo que ayuda al niño a adaptarse con éxito a los desafíos que se enfrenta en su vida. Puede percibirse al observar su resiliencia emocional ante las adversidades que se le presentan. Resiliencia y espiritualidad están entrelazadas.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA RESILENCIA

A raíz de las dificultades que enfrentan los investigadores a la hora de evaluar el concepto de resiliencia, especialmente en idioma español, dada la ausencia de instrumentos válidos y confiables, en los últimos 15 años se han desarrollado investigaciones enfocadas al diseño, adaptación y validación de diferentes instrumentos de medición de resiliencia desde la infancia hasta la etapa adulta, y aún continúan desarrollándose.

Siguiendo a Salgado⁴⁵, en el campo social existen algunos métodos que son utilizados para medir la resiliencia como:

1- MEDICIÓN DE ADVERSIDAD.

A- Medición de riesgo a partir de múltiples factores:

Consiste en la medición de diferentes factores en un solo instrumento, por lo general escalas donde el individuo señala eventos estresantes o negativos.

B- Situaciones de vida específicas.

C- Constelación de múltiples riesgos:

Considera la interacción entre factores provenientes de los niveles social, comunitario, familiar e individual simultáneamente, y cómo esa interacción influencia el desarrollo humano y la superación de la adversidad.

⁴⁵ Salgado Lévano, A.; *Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana*; universidad de san Martín de Porres; escuela profesional de psicología; Liberabit, Lima, Perú; 2005.

2- MEDICIÓN DE ADAPTACIÓN POSITIVA:

A- Adaptación según factores múltiples:

Mide la adaptación en base al logro de metas de acuerdo a la etapa del desarrollo de la persona. Se tienen en cuenta múltiples factores porque se les pregunta a los profesores, padres y amigos, y además se utiliza un test específico para medir la conducta que va a determinar la adaptación positiva (definición que varía según la comunidad).

B- Ausencia de desajuste:

Este tipo de medición se utiliza en personas con riesgos de psicopatología. Se trata de cuestionarios clínicos para identificar desordenes psiquiátricos, y el énfasis está en la superación de la adversidad y en la no presentación de síntomas. Esta forma de medición es restringida a casos de extremo riesgo, en el área clínica.

C- Constelación de adaptación:

Método de medición de la adaptación positiva, basada en diferentes conductas. Los índices elegidos se relacionan con el modelo teórico, por lo general basados en teorías del desarrollo. Incorpora puntajes de pruebas y escalas, más opiniones de otras personas.

3- MEDICIÓN DEL PROCESO DE RESILIENCIA:

A- Modelos basados en variables:

Parte de un análisis estadístico que indaga las conexiones entre variables de riesgo, resultados esperados y factores protectores que pueden compensar o proteger los efectos del riesgo.

B- Modelo basado en individuos:

Compara individuos a lo largo del tiempo. Se pregunta que diferencia a los niños resilientes de los niños no resilientes a lo largo de su vida o en algún área en particular. Este enfoque pretende capturar interacciones entre factores que ocurran en forma natural y plantear hipótesis de que fue lo que causó la diferencia en el resultado de la adaptación.

De acuerdo a la investigación de Ospina⁴⁶ se pueden clasificar los instrumentos hasta el momento desarrollados para medir la resiliencia en:

A- Pruebas proyectivas: a partir de preguntas verbales a individuos adultos, se pueden identificar en las respuestas los estilos de cognición, emoción y conducta utilizados para la resolución de los problemas, obteniendo así información para el análisis de la resiliencia individual⁴⁷.

B- Pruebas psicométricas: generalmente son cuestionarios de autoadministrados, tipo Likert, estandarizados mediante pruebas de análisis factorial que, de manera rápida y enmarcada en una teoría explicativa, ofrecen información sobre el fenómeno observado.⁴⁸

C- Pruebas de imaginología: dado que una de las variables más importantes que intervienen en el fenómeno resiliente es el temperamento,

⁴⁶ Ospina Muñoz, D.; *La medición de la resiliencia; Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 25; num. 1; Medellín; 2007.

⁴⁷ Silverstein M. *Clinical identification of compensatory structures on projective tests: A self psychological approach*. JPA; N° 76(3); 2001.

⁴⁸ Castell RB.; *Cuestionario factorial de personalidad: adolescentes y adultos*. Manual. 9a ed. Madrid: TEA; 1989.

algunas de las últimas investigaciones sobre resiliencia, dicen que el 30% de los atributos de resiliencia serían hereditarios, y están avanzando en la utilización de pruebas de imaginología cerebral, mediciones de potenciales electroencefalográficos, pruebas neuroendocrinológicas y de sistema inmunitario, lo mismo que en exámenes genéticos derivados de los estudios sobre ADN y genoma humano.⁴⁹

Teniendo en cuenta que el diseño de metodologías y técnicas para medir la Resiliencia se encuentra hoy en día en pleno desarrollo, no podemos admitir que exista una que supere a otra, sino por el contrario, se complementan unas con otras.

Cada investigador diseña su propio instrumento de acuerdo a los objetivos que persiga en su trabajo y en función de variables como la edad de los individuos estudiados, las características del medio social que pretenda evaluar, los objetivos que se plantee en su investigación y los datos que quiera obtener.

En base a los métodos anteriormente mencionados, creemos que la aplicación de uno u otro no debe ser excluyente, sino que deben combinarse y complementarse para poder hacer una lectura lo más completa posible de la tan compleja realidad que atraviesan los niños en condiciones de vulnerabilidad social.

Para nuestra investigación consideramos la interacción de múltiples factores que forman parte de la realidad del niño (individuales, familiares y

⁴⁹ Kim-Cohen, J. y otros; *Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation*; Child Dev; n° 75; 2004.

comunitarios), sin dejar de tener en cuenta la adaptación positiva de los niños a los riesgos medioambientales a los que están expuestos.

BIBLIOGRAFÍA

- Castell RB.; Cuestionario factorial de personalidad: adolescentes y adultos. Manual. 9a ed. Madrid: TEA; 1989.
- Dell'Anno, A.; Análisis crítico del concepto de resiliencia y su valor en la intervención profesional; material de cátedra Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; UNMDP; 2008.
- Grotberg, E.; A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit, The International Resilience Project; Bernard Van Leer Foundation; La Haya; Holanda; 1995.
- ICCB/BICE; Elements for a Talk on Resilience: Growth in the Muddle of Life. Ginebra, Suiza; 1994.
- Jung, C.J.; Memories, dreams, reflections; London; Random House ;1961
- Kim-Cohen J. y otros; Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation; Child Dev; nº 75; 2004.
- Kotliarenco, M.; Estado de Arte en Resiliencia; OPS, OMS; 1997.
- Kronenberg y otros; Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes; Editorial Panamericana; 2006.
- Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes; num.13; Ceanim; OPS; 1998.
- Llobet, V.; La promoción de la resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión; Ediciones Novedades Educativas; 2005.

- Melillo, A.; Resiliencia; texto en línea; disponible en <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero1/resiliencia1.htm>; consultado en noviembre de 2010.
- Milgram, N., Palti, G.; Psychosocial characteristics of resilient children. *Journal of Research in Personality*; n.27, pp- 207-221.; 1993.
- Moore, T. *Care of the soul*. New Cork: Harper Collins; 1992.
- Novel J.; *History and spirit*; Boston; Beacon Press; 1991.
- Osborn, A.; *What is the value of the concept of resilience for policy and intervention?*; International Catholic Child Bureau; Gran Bretaña; 1993.
- Ospina Muñoz, D.; *La medición de la resiliencia*; Investigación y Educación en Enfermería; Vol. 25; num. 1; Medellín; 2007.
- Real Academia Española; *Diccionario de la Lengua Española*; disponible en línea: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=resiliencia; consultado: Noviembre 2010.
- Rutter, M., Rutter, M.; *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*; Penguin Books; Gran Bretaña; 1992.
- Salgado Lévano, A.; *Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana*; universidad de san Martin de Porres; escuela profesional de psicología; Liberabit, Lima, Perú; 2005.
- Silverstein M. *Clinical identification of compensatory structures on projective tests: A self psychological approach*. *JPA*; N° 76(3); 2001.
- Vanistendael, S.; *Cómo crecer superando los percances: resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo*; International Catholic Child Bureau; Ginebra; Suiza; 1995.

- Vinaccia, S. y otros; Resiliencia en adolescentes; Revista colombiana de psicología nº 16; issn 0121-5469; Bogotá, Colombia; 2007.



CAPÍTULO 2

Factores de riesgo y factores protectores



FACTORES DE RIESGO

“Una parte del desarrollo continuo es descubrir que la diferencia puede estar en la fuente de la fuerza más que en la debilidad”⁵⁰

El riesgo, desde la óptica sanitaria, se conceptúa como la probabilidad de pérdida de la salud, a consecuencia de enfermedades, o por la ocurrencia de un desastre natural o causado por los seres humanos. El riesgo es el resultado de la coexistencia de la amenaza (factor externo) y la vulnerabilidad (factor interno) en un momento dado y en un espacio determinado; es decir que el riesgo es en función de la amenaza y la vulnerabilidad.

Se entiende por factor de Riesgo a “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento de la posibilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido”.⁵¹

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Pueden ser aquellos que caractericen al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en: ⁵²

⁵² Bateson, M.C.; *Composing a life*. New Cork; Grove Press; 1989.

⁵¹ OPS; *Manual sobre el enfoque de riesgo en la salud materno-infantil*; serie Paltex; n° 7; Pág.13; 1986.

⁵² Op. Cit. OPS; Pág.13.

- **BIOLOGICOS:** hacen referencia a situaciones genéticamente determinadas o no, que pueden haber provocado una lesión del SNC o de otros tejidos que pueden impedir un desarrollo normal, como bajo peso al nacer, ciertos grupos de edad, edad gestacional, etc.
- **AMBIENTALES:** se refieren a situaciones del entorno del niño adecuados o adversos para un desarrollo normal del pequeño, como abastecimiento deficiente de agua potable, inadecuado sistema de disposición de excretas, etc.
- **DE COMPORTAMIENTO:** tabaquismo en embarazo, prolongación de hábitos inadecuados (uso prolongado de chupete y mamadera, cohabitación, colecho)
- **RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD:** baja calidad de la atención, cobertura insuficiente.
- **SOCIOCULTURALES:** nivel de instrucción de los padres/tutor, entorno familiar, actividad social.
- **ECONÓMICOS:** des/ocupación laboral, ingresos.
- **VINCULARES:** características de las relaciones interpersonales, con adultos y pares.

El Manual sobre el enfoque de Riesgo en la Atención materno-infantil señala que “la importancia o el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo”.⁵³

⁵³ Óp. Cit. OPS. Pág. 15

Conocer los factores de riesgo de un grupo vulnerable, como es el caso de nuestro trabajo de investigación, nos permitirá encauzar nuestros recursos y seguimiento hacia los niños de las poblaciones más vulnerables para garantizarles un adecuado desarrollo.

LA VULNERABILIDAD Y EL DESARROLLO DE FACTORES

PROTECTORES

Desde la perspectiva sanitaria, la vulnerabilidad es un fenómeno perceptible en el cual un cierto nivel de estrés, entendido como un desajuste ante situaciones de tensión, deviene en conductas desadaptativas de los afectados.

El concepto alude a una dimensión dinámica del comportamiento que se mueve desde una adaptación más exitosa al estrés a una menos exitosa.

Esta adaptación ante el estrés es la base del concepto de resiliencia y por lo tanto permite desarrollar factores protectores.

Los factores de riesgo deben ser vistos como un resultado de la estrecha interacción individuo- ambiente donde cada una de estas dos partes juega un papel activo. Es decir, el individuo no debe considerarse un receptor pasivo de los diferentes estímulos, por el contrario se encuentra constantemente modulando la incidencia de estos con su conducta, sus efectos en la determinación del carácter de riesgo. En este proceso de modulación se mezclan componentes genéticos, psicológicos, sociales y situacionales. En la determinación del riesgo, cada individuo tendrá una dinámica propia, única, en función de la articulación de dichos componentes.

Es importante identificar los factores de riesgo y protección en tanto éstos permiten predecir resultados negativos o positivos en el proceso de desarrollo del niño. Mientras que los factores de riesgo contribuyen a aumentar la probabilidad de que un determinado problema se desarrolle, los factores protectores tienden a disminuir dicha probabilidad. La diferencia entre uno y otro tipo de factores radica en que los factores protectores operan solamente cuando el riesgo está presente, es decir, los factores protectores siempre deben vincularse a la presencia de riesgos.

Deberemos tener en claro que no es posible, por ejemplo, hablar de factores que promuevan la resiliencia, sino de factores que promueven la resiliencia frente a un determinado factor de riesgo.⁵⁴

⁵⁴ Kalawski, J.; *Y... ¿Dónde Está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual*; Revista Interamericana de Psicología; vol. 37, núm. 2; University of North Texas, USA, 2003.

FACTORES PROTECTORES

*“Dales una oportunidad...
y verás cuan capaces son para
cambiar el mundo junto a vos.”
Melendez, Cesar.⁵⁵*

La resiliencia, concepto en el que convergen la pediatría, el psicoanálisis y la salud pública, propone trabajar ya no sobre los factores de riesgo que acechan la niñez, sino sobre la capacidad de los pequeños para afrontarlas, poniendo en juego sus capacidades individuales. Las investigaciones en resiliencia han cambiado la forma en que se percibe al ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad se ha pasado a un modelo de prevención y promoción basado en una serie de recursos y potencialidades que el ser humano desarrolla denominados Factores Protectores, o de Protección.

No existe actualmente una única definición de factor protector, pues se trata de un concepto aun en desarrollo en el campo de las ciencias sociales, pero sí existe cierto acuerdo en focalizar este concepto en las fortalezas en que se apoyan las personas y en las posibilidades y el desafío que generan las situaciones difíciles.

Se los puede definir como *“las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables”*⁵⁶

⁵⁵ Melendez Cardona, C.; *Estudio descriptivo de supervivientes de las calles. Documento de Investigación y propuesta.*; Barcelona; Payasos sin Fronteras; 2002

⁵⁶ *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes*; num.13; Ceanim; OPS; 1998.

Vélez⁵⁷ sostiene que en condiciones de vulnerabilidad, existen factores protectores que son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de personas o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de las circunstancias desfavorables. Desde esta perspectiva, los factores protectores son aquellas características, hechos o situaciones propias del niño/adolescente o de su entorno que elevan su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial aun con la presencia de factores de riesgo.

E. E. Werner⁵⁸ asegura que la capacidad resiliente de los niños que se desarrollan en situación de pobreza y vulnerabilidad depende de la interacción de éstos con su entorno humano.

A los factores temperamentales (que vienen con el nacimiento, pero pueden ser moldeados) se suman los factores ambientales, los cuales pueden ser adquiridos, promovidos y modificados: familia, escuela y comunidad.⁵⁹

Se pueden clasificar a los factores protectores en:

- PERSONALES
- FAMILIARES
- COMUNITARIOS
- Algunos autores clasifican los factores protectores en

“Internos: Personales; y Externos: Familia, Comunidad, Sistema de Salud.”⁶⁰

⁵⁷ Vélez Laguado, P.; *La resiliencia: nuevo abordaje del trauma*. Revista Ciencia y cuidado; Vol. 4; núm. 4; Universidad Francisco de Paula Santander; 2007.

⁵⁸ Werner, en Walsh, F.: “*El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío*”; Sistemas familiares; año 14; núm. 1; pág. 11; 1998.

⁵⁹ Martorella A.; *11º Congreso Virtual de Psiquiatría: Interpsiquis 2010*; Hospital Interzonal Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti; Mar del Plata, Argentina; 2010.

⁶⁰ Kotliarenco, M.; *Estado de Arte en Resiliencia*; Cap. 3; OPS, OMS; 1997.

FACTORES PROTECTORES PERSONALES

Diversos autores, basándose en los pilares que sustentan el enfoque de resiliencia, han trabajado el concepto de resiliencia y en relación a él definido factores protectores personales, de la comunidad y la familia.

Los siguientes factores personales resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad:

- Autoestima consistente: Es la valoración que uno posee sobre sí mismo.
- Independencia: Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. En los niños esta capacidad se expresa manteniéndose alejado de las situaciones conflictivas
- Capacidad de relacionarse: habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. En los niños esta habilidad se traduce en su capacidad para relacionarse bien con las personas: Tiene amigos, participa de actividades con ellos y con agrado. Tiene en general, una buena relación con los adultos.⁶¹
- Iniciativa: Placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. En los niños se observa en sus conductas de exploración y actividades constructivas.⁶²

⁶¹ Óp. Cit. Martorella A., 2010.

⁶² Kotliarenco, M.; *Resiliencia. Construyendo en la adversidad*; Ceanim; Chile; 1996.

- Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite limitar sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

- Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden, fruto de la capacidad de reflexión. Capacidad para usar su imaginación y transformar las cosas, innovando. En la niñez se ve muchas veces reflejada en el juego y en los dibujos.⁶³

- Moralidad: Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

- Capacidad de pensamiento crítico: Es fruto de las combinación de todos los otros y permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre. Se expresa en los niños por su capacidad de hacer juicios distintivos entre lo bueno y lo malo.

FACTORES PROTECTORES FAMILIARES

Ciertas características desfavorables que pueden presentar las familias en situación de pobreza se configuran como factores de riesgo para un desarrollo infantil sano (maltrato infantil, condiciones socioeconómicas desfavorables, delincuencia, alcoholismo). Sin embargo, estudios realizados en diversos grupos familiares, señalan que existen factores que pueden compensar, al menos parcialmente, las condiciones que crean factores de

⁶³ Óp. Cit. Martorella A., 2010.

riesgo que se hacen presentes inevitablemente en condiciones de pobreza⁶⁴. Así, encontramos que la familia es considerada por muchos autores como un factor protector del desarrollo infantil, en tanto configura el ambiente en el cual los niños crecen, se desarrollan y aprenden.

Algunos investigadores plantean que el **nivel socioeconómico** es determinante como factor protector del desarrollo psicomotor ya que se ha demostrado que entre más alto, se tienen mejores calificaciones a la misma edad y género que los niños de familias con menor nivel socioeconómico. Asimismo, la **figura del padre** como factor protector indispensable para un adecuado desarrollo, está siendo demostrado.⁶⁵ Un modelo afectivo de **apego seguro**, un estilo relacional centrado en las necesidades de los hijos y una autoridad afectuosa caracterizada por la empatía, pero con la capacidad de establecer límites, se tornan factores protectores importantes y una fuente esencial de resiliencia para los niños que viven en condiciones de pobreza y riesgo social debido a que influyen de manera importante en el desarrollo de la personalidad, en aspectos esenciales como el desarrollo emocional, cognitivo y la adaptación social, así como el desarrollo de comportamientos resilientes, entre otros⁶⁶.

Los siguientes factores de protección se relacionan con los recursos sociales con los que cuenta el niño, dentro grupo familiar⁶⁷:

- Ambiente cálido
- Comunicación abierta al interior de la familia
- Estructura familiar sin disfuncionalidades importantes

⁶⁴ Kotliarenco, M.; Dueñas, V.; *Vulnerabilidad versus resiliencia: una propuesta de acción educativa*; Ceanim; Serie Documentos de Trabajo núm. 1; Santiago, Chile; 1996.

⁶⁵ Luque-Coqui, M.; *Factores psicosociales y desarrollo psicomotor*; Artemisa medigraphic; Vol. 64; México; 2007.

⁶⁶ Marrone, M.; *La teoría del apego: un enfoque actual*; Psimática; Madrid; 2001

⁶⁷ Óp. Cit. Kotliarenco, M.; *Vulnerabilidad versus resiliencia: una propuesta de acción educativa*; 1996

- Apoyo social (capacidad de la familia para usar la red social, constituida por los amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., puede ser de tipo emocional, instrumental o material y de información).
- Padres o tutores estimuladores
- Pautas o patrones de crianza incluyen, entre otras: atención destinada a las mujeres, incluida la dirigida a las mujeres embarazadas y en período de lactancia; atención adecuada a la salud (vacunas y revisiones, control pediátrico); lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación complementaria oportuna; atención psicosocial (caricias, palabras, canciones, juegos, etcétera); preparación adecuada de los alimentos; higiene adecuada del niño y su entorno; prácticas de atención de la salud en el hogar.; respetar el sueño y descanso del niño; mantener orden en cuanto a horarios y espacios.

Autores como Anelli⁶⁸ y Melillo⁶⁹ desde un enfoque ecológico, proponen además los siguientes elementos básicos de la resiliencia familiar:

- Cohesión: actitudes demostrativas de apoyos emocionales (relaciones de confirmación y confianza en la competencia de los protagonistas); vínculo emocional de los miembros de la familia entre sí. Un factor de protección relevante está constituido por los lazos afectivos al interior de la familia.
- Flexibilidad (también llamada adaptabilidad): conversaciones en las que se compartan lógicas (ejemplo, acuerdos sobre premios y castigos),

⁶⁸ Anelli, F.; *Conductas de riesgo y factores protectores de niños y adolescentes*; Universidad Católica del Norte; 2004.

⁶⁹ Melillo, A.; *Proyecto de construcción de resiliencia en las escuelas medias*; Secretaria de Educación de la Ciudad de Buenos Aires; 2004.

es la habilidad para cambiar su estructura de poder, roles, normas, etc. En la relación con los hijos, esta dimensión se puede expresar a través de los estilos o patrones de crianza de los padres, los cuales pueden constituir factor de protección para sus hijos

- Comunicación franca entre los miembros de la familia: conversaciones donde se construyan significados compartidos, habilidades de comunicación tanto verbales como no verbales
- Resolución de problemas
- Presencia de apoyo incondicional de al menos un adulto competente y emocionalmente estable
- Creencias religiosas que promuevan la unidad familiar.

Para evaluar el funcionamiento familiar es necesario conocer datos demográficos de la familia, historia de su desarrollo, la dinámica relacional y sus procesos, comunicación, valores, etc.

También podrían considerarse elementos de protección para la familia el acceso a la Salud Pública u otras vías de acceso a la atención de la Salud, así como algunas, políticas gubernamentales que favorecen la protección familiar.

FACTORES PROTECTORES COMUNITARIOS

Se consideran pilares de la resiliencia comunitaria:

- Autoestima colectiva, que involucra la satisfacción por la pertenencia a la propia comunidad.

- Identidad cultural, constituida por el proceso interactivo que a lo largo del desarrollo implica la incorporación de costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etcétera, proporcionando la sensación de pertenencia.
- Humor social, consistente en la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia para poder superarla.
- Honestidad estatal, como contrapartida de la corrupción que desgasta los vínculos sociales.
- Jerarquización de valores éticos, morales y prácticas religiosas.
- Solidaridad, fruto de un lazo social sólido que resume los otros pilares.
- Acceso a la Salud Pública.

La OPS en el año 2001⁷⁰, publicó un documento en el que se relacionan los factores protectores de la infancia y niñez, con los factores de riesgo:

⁷⁰ Mangrulkar, L. y otros; *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes* (en línea); División de promoción y protección de la salud; Programa de salud familiar y población; OPS; 2001. Consultado Noviembre 2010; Disponible en www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf

Factores de riesgo	Factores protectores
Características individuales	
<ul style="list-style-type: none"> • Desventajas de constitución: complicaciones perinatales, desequilibrio químico neurológico, incapacidad sensorial. • Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, incapacidades en la lectura, habilidades y hábitos malos de trabajo. • Dificultades emocionales: apatía, inmadurez emocional, baja autoestima, mal manejo de las emociones. • Problemas escolares: desmoralización escolar y fallas en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas • Habilidades socio-cognitivas • Aptitud social • Habilidades de resolución de conflictos • Locus de control interno • Sentido de propósito • Sentido del humor positivo • Inteligencia por lo menos promedio
Características familiares y sociales	
<ul style="list-style-type: none"> • Circunstancias familiares: clase social baja, enfermedad mental o abuso de sustancias en la familia, familia de gran tamaño, eventos estresantes en la vida, desorganización familiar, desviación comunicativa, conflictos familiares y lazos insuficientes con los padres. • Problemas interpersonales: rechazo de los pares, alineación y aislamiento. 	<p>Lazos seguros con los padres Altas expectativas de parte de los familiares Lazos seguros con los pares y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales</p>
Características del medio	
<ul style="list-style-type: none"> • Poco apoyo emocional y social • Prácticas de manejo de estudiantes en las escuelas duras o arbitrarias • Disponibilidad de alcohol, tabaco y drogas ilícitas y de armas de fuego en la escuela/comunidad • Leyes y normas de la comunidad favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes. • Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión entre la casa y la escuela • Cuidado y apoyo, sentido de "comunidad" en el aula y en la escuela • Grandes expectativas del personal de la escuela • Participación de los jóvenes, compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela • Oportunidades de participación de los jóvenes en actividades comunitarias • Leyes y normas de la comunidad desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego, perpetración de crímenes.

Fuente: Bernard, 1991; Kotliarenco y cols., 1997; Luther y Zigler, 1992; Rutter, 1987.

LA ESCUELA COMO FACTOR PROTECTOR

La educación se vuelve central en cuanto a la posibilidad de fomentar la resiliencia de los niños y los adolescentes, para que puedan enfrentar su crecimiento e inserción social del modo más favorable.

En el proceso educativo está demostrado que, después de la familia, la escuela es un ambiente clave, fundamental para que los niños adquirieran las competencias necesarias para salir adelante gracias su capacidad para sobreponerse a la adversidad.

La construcción de la resiliencia en la escuela implica trabajar para introducir los siguientes seis factores constructores de resiliencia⁷¹:

- Brindar afecto y apoyo proporcionando respaldo y aliento incondicionales, como base y sostén del éxito académico.
- Establecer y transmitir expectativas elevadas y realistas para que actúen como motivadores eficaces.
- Brindar oportunidades de participación significativa en la resolución de problemas, fijación de metas, planificación, toma de decisiones entre todos los integrantes de la comunidad educativa.
- Enriquecer los vínculos pro-sociales con un sentido de comunidad educativa. Buscar una conexión familia-escuela positiva.
- Brindar capacitación al personal sobre estrategias y políticas de aula que trasciendan la idea de la disciplina como un fin en sí mismo.

⁷¹Óp. Cit.; Melillo, A.; 2004

- Enseñar "habilidades para la vida": cooperación, resolución de conflictos, destrezas comunicativas, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, etc.

Los factores protectores se han estudiado por numerosos autores y son múltiples las aplicaciones y alcances de estos conceptos. Los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones se encuentran directamente relacionados con el contexto en el cual se realizan y de los objetivos planteados en las mismas.

A pesar de ello, existen consideraciones en común en las distintas áreas de investigación y existen evidencias de algunos factores que aparecen con mayor incidencia que otros. En la presente investigación realizamos una selección de los factores protectores personales factibles de ser observados en los niños teniendo en cuenta las incumbencias del Terapeuta Ocupacional. Consideramos que la Actividad lúdica, Autonomía, Capacidad de relacionarse socialmente y de Resolver problemas, Iniciativa, Creatividad, Capacidad de comunicación y Tolerancia a la frustración son las dimensiones que contribuirán decisivamente en la construcción de una adecuada Autoestima, pilar fundamental de la Resiliencia.

Esta capacidad resiliente de los niños depende también de la interacción de éstos con su entorno. Es por ello que en el contexto familiar y comunitario consideramos relevante indagar sobre Pautas de crianza, Modelo afectivo, Estímulo familiar-social, Accesibilidad a los servicios educacionales y de la salud y la Cobertura de planes sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Anelli, F.; *Conductas de riesgo y factores protectores de niños y adolescentes*; Universidad Católica del Norte; 2004.
- Balbi J. y otros; *Aprendizaje-Servicio: Conceptos, reflexiones y experiencias*; Centro de voluntariado del Uruguay.
- Bateson, M. C.; *Composing a life*; New Cork; Grove Press; 1989.
- Cabrejos Polo, J.; *La promoción de la resiliencia y el diseño de políticas sociales*; Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM; Año X; núm. 28; 2005.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E.; *Emociones positivas: humor positivo*; Papeles del Psicólogo; num. 1; vol.27; 2006
- Delmonte, C.; Riccillo, V. *El rol del Terapista ocupacional en Atención Primaria de la Salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio ambientales*; Tesis de grado. UNMDP; 2002.
- Cohen, M.; *Efecto del humor como factor de resiliencia en la calidad de vida de familias con un miembro con discapacidad intelectual: Sus implicaciones educativas en el marco de la educación informal*; Revista LiberAddictus; num. 105; 2009.
- Efron, A. y otros; "La hora de juego diagnóstica".Material de Cátedra: Terapia Ocupacional en Psicopatología infanto-juvenil". Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.
- Fullana, J.; *La búsqueda de factores protectores del fracaso escolar en niños en situación de riesgo*; Universitat de Girona.

- Henderson, N. y Milstein, M.; *Resiliencia en la escuela*; Paidós; Buenos Aires; 2003.
- Kalawski, J.; Y... *¿Dónde Está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual* Revista Interamericana de Psicología; vol. 37, núm. 2; University of North Texas, USA, 2003.
- Kotliarenco, M.; *Educación Preescolar: teoría y acción*; Serie Documentos de Trabajo; num.2; Ceanim; Santiago; 1996.
- Kotliarenco, M.; *Resiliencia. Construyendo en la adversidad*; Ceanim; Chile; 1996.
- Kotliarenco, M.; *Estado de Arte en Resiliencia*; OPS, OMS; 1997.
- Luque-Coqui, M.; *Factores psicosociales y desarrollo psicomotor*; Artemisa medigraphic en línea; Vol. 64; México; 2007.
- Mangrulkar, L. y otros; *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes* (en línea); División de promoción y protección de la salud; Programa de salud familiar y población; OPS; 2001.
Consultado: Noviembre 2010; Disponible en www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf
- *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes*; num.13; Ceanim; OPS; 1998.
- Marrone, M.; *La teoría del apego: un enfoque actual*; Psimática; Madrid; 2001.
- Martorella A.; 11º Congreso Virtual de Psiquiatría; Interpsiquis 2010; Hospital Interzonal Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti; Mar del Plata, Argentina; 2010.

- Melendez Cardona, C.; *Estudio descriptivo de supervivientes de las calles. Documento de Investigación y propuesta*; Barcelona; Payasos sin Fronteras; 2002
- Melillo, A.; *Proyecto de construcción de resiliencia en las escuelas medias*; Secretaria de Educación de la Ciudad de Buenos Aires; 2004.
- Mir Pozo, M. y otros; *Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera Infancia*; Revista Electrónica d'Investigación, Innovación Educativa y Socioeducativa; Vol. 1; núm. 1; 2009.
- OPS; *Manual sobre el enfoque de riesgo en la salud materno-infantil*; serie Paltex; n° 7; 1986.
- Ortiz Giraldo, A. y otros; *Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados*; IATREIA; Vol. 21; num. 1; 2008.
- Rapado M.; *Factores protectores en la crianza de un niño*; Revista Zona Hospitalaria; Vol. 6; 2007.
- Trenado, R. y otros; *Proteger a la infancia: apoyando y asistiendo a las familias*; Papeles del Psicólogo; Vol. 30, pp. 24-32; Universitat de València; 2009.
- UNICEF; *Nutrición, desarrollo y alfabetización*; Nutrición; Vol. 1; Buenos Aires; 2004.
- Vélez Laguado, P.; *La resiliencia: nuevo abordaje del trauma*. Revista Ciencia y cuidado; Vol. 4; num. 4; Universidad Francisco de Paula Santander; 2007.
- Werner, en Walsh, F.: "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío"; *Sistemas familiares*; año 14; núm. 1; pág. 11; 1998.

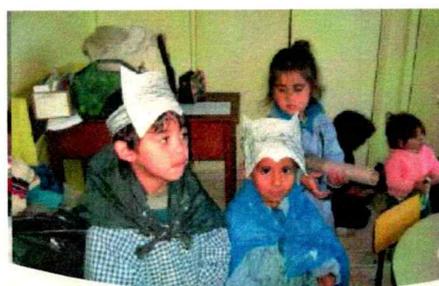
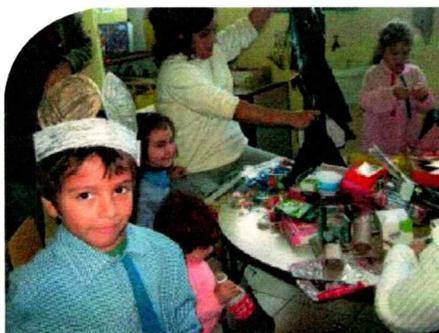
Páginas de Internet consultadas:

- <http://www.uca.ac.cr/ucatedra/13.htm>. Consultado junio 2010.
- <http://www.psicologia-positiva.com/resiliencia.html>. Consultado junio 2010.
- <http://www.resiliencia.cl/resilien.htm>. Consultado junio 2010.
- <http://www.observatoriodigital.net/bol305.htm>. Consultado junio 2010.
- http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/d_resiliencia/resiEsc_1.htm. Consultado julio 2010.
- <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero1/resiliencia1.htm>. Consultado julio 2010.
- <http://www.cop.es/papeles>. Consultado julio 2010.
- <http://www.zonahospitalaria.com>. Consultado julio 2010.



CAPÍTULO 3

El desarrollo psicomotor



DESARROLLO PSICOMOTOR

*“Lo que pongas en los primeros años de tu vida quedará
en ella hasta más allá de la muerte”.*

Anónimo

Podemos definir el desarrollo como “un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción cuya constelaciones estructurales se modifican según las experiencias vitales”⁷².

Se trata de “un proceso de cambio en el que el niño aprende a dominar niveles cada vez más difíciles de movimiento, pensamiento, lenguaje, sentimientos y relaciones con los demás”.⁷³

Cada etapa de este proceso se caracteriza por un salto cualitativo desde niveles de organización anteriores a etapas nuevas y de mayor complejidad. Implica una visión evolutiva y prospectiva del ser humano que abarca desde la concepción hasta la muerte.

Diversos autores con relación al concepto de desarrollo coinciden que:

- 1.- “Es un proceso integral, dinámico y continuo.
- 2.- Ordenado en sucesión de etapas o fases.
- 3.- Cada fase es un soporte de la estructura posterior.

⁷² Cusminsky, M.; Lejarraga, H.; *Manual del crecimiento y desarrollo del niño*. O.P.S, O.M.S; Serie Paltex; N° 8; 1986; Pág. 55

⁷³ Myers, R.; *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas del desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo*; Washington D.C; O.P.S, O.M.S; año 1993; publicación científica N° 545. Pág. 5.

4.- Cada etapa se caracteriza por la organización basada en niveles anteriores.

5.- No existe correlación exacta entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica, ya que el ritmo e intensidad de las funciones son propias de cada individuo.

6.- Las direcciones del desarrollo son céfalo-caudal; próximo-distal y de actividades globales a más específicas.”⁷⁴

Según Knobel, el desarrollo es el conjunto de transformaciones del ser viviente que señalan una dirección perfectamente definida, temporal y sistemática, de sus estructuras psicofísicas incluyendo dentro de este concepto tres elementos que lo componen: crecimiento, maduración y aprendizaje.

El crecimiento significa el aumento de volumen de los elementos constitutivos de la persona, especialmente de aspecto físico. Es la característica de las células vivas basada en el aumento y número de las mismas.

El concepto de maduración se refiere básicamente a la capacidad plástica del potencial genético de la especie humana para proveer los elementos psicofísicos necesarios para una adecuada adaptación del individuo al ambiente.

De esta manera, la maduración psicomotriz se refiere a la maduración global de diferentes funciones y áreas de la conducta del niño⁷⁵:

- Maduración de las funciones motoras gruesas (control cefálico, gateo, marcha)

⁷⁴ Op Cit. Cusminsky, M.; Lejarraga, H

⁷⁵ Op.Cit. Cusminsky, M.; Lejarraga; Pág. 165.

- Maduración de las funciones motores finas (manipulación de objetos, diferentes prensiones)
- Maduración de funciones sociales (sonrisa social, lenguaje)
- Maduración de funciones sensoriales (visión, tacto, audición)
- Maduración emocional del niño (funciones de adaptación, de procesos de individuación e independencia)

El concepto de aprendizaje hace referencia al proceso por el cual un individuo se adapta al medio en el que vive; este es una consecuencia de la interacción y la personalidad es la resultante de una interrelación que integra a aquel con sus caracteres genéticos, biológicos y del ambiente.

El desarrollo presenta dos tipos de aspectos que lo caracterizan: “Aspectos Estructurales e Instrumentales”⁷⁶.

Los aspectos Estructurales son considerados como las articulaciones que constituyen al sujeto; estos son: el aparato biológico- en especial el Sistema nervioso central-, el sujeto psíquico y el sujeto cognitivo.

El aparato biológico posibilita la existencia y al mismo tiempo condiciona, limita y promueve los intercambios, ofreciendo apertura a la inscripción de los procesos simbólicos; sobre este y en presencia de una estructura familiar se constituye el sujeto psíquico.

El medio, en tanto cosas y personas, se vuelve objeto de experiencias, de intercambio organizado y su importancia radica en la provisión de sistemas

⁷⁶ Coriat, L., Jerusalinsky, A., *Cuadernos del desarrollo infantil*; Buenos Aires; Pág.8.

cada vez más confiables para realizar los intercambios, promoviendo la estructuración de un sujeto de conocimiento.

Por otro lado, los aspectos Instrumentales del desarrollo son aquellos instrumentos de los cuales se vale un sujeto para realizar intercambios con el medio: psicomotricidad, lenguaje, aprendizaje, hábitos, juego y procesos prácticos de socialización. Estos instrumentos le permiten al sujeto realizar todo aquello que desde su estructura demande, es decir, experimentar, regular, entender, etc.; todos ellos facilitan su accionar. Su ausencia o déficit, si bien no le impiden estructurarse como persona, le ocasionan trastornos y/o alteraciones en ocasiones de importancia.

Las diversas teorías del desarrollo describen y organizan los comportamientos del niño de acuerdo a su enfoque. Los modelos teóricos basados en la ocupación enfatizan la importancia de considerar los factores personales así como los contextuales y las demandas de las tareas que se desempeñan. Mulligan, refiriéndose a la evaluación del desarrollo infantil, dice... *“Para que las evaluaciones de terapia ocupacional sean consistentes con la filosofía, los valores y los dominios de conocimiento de nuestra profesión, deben ser basadas en un modelo teórico basado en la ocupación”*⁷⁷.

Habitualmente las ocupaciones de los niños incluyen el juego y el ocio; las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales); las actividades preescolares y escolares; las relaciones y la participación con la familia, los pares y la comunidad; las actividades prelaborales. A continuación se detallan las principales características en la etapa preescolar, desde los 3 a los 5 años de edad:

⁷⁷ Mulligan, S.; *Terapia Ocupacional en pediatría: proceso de evaluación*; Medica Panamericana; Madrid; 2006.

JUEGO:

Es sobre todo a través del juego que los niños aprenden y practican nuevas habilidades (cognitivas, socio-emocionales y motoras) y refinan otras, experimentan roles sociales, desarrollan amistades. El juego es también la intervención terapéutica más utilizada por los Terapistas Ocupacionales en pediatría.

Las principales habilidades y comportamientos en el juego de los niños de 3 a 5 años son:

- Participa en el juego creativo y grupal, y el juego asociativo.
- Aprende a compartir y tomar turnos, se interesa en amigos.
- Le interesa el juego de roles y disfrazarse; crea situaciones en juegos de ficción.
- Comienza juegos de mesa simples (damas, ludo).
- En el juego motor grueso, es eficiente en el patio de juegos (puede empujar una hamaca).
- Le gusta andar en bicicleta con ruedas.
- Puede comenzar a participar de actividades recreativas y deportivas mas estructuradas como bailar y nadar.
- Disfruta correr, saltar, saltar en un pie, trepar, jugar a la pelota.
- Las habilidades de juego de manipulación incluyen pintar, colorear, dibujos simples, copiar formas básicas y algunas letras, usar tijeras y actividades manuales simples.
- Usa juegos de construcción y se interesa por su producto final.
- Puede interesarse en ver televisión y juegos de video.

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA:

La habilidad de desempeñar actividades básicas de la vida diaria es una de las más importantes que los niños aprenden a medida que maduran.

Los factores culturales y las pautas de crianza de los padres influyen en el desarrollo de las habilidades de autocuidado y por eso deben tenerse en cuenta en las evaluaciones. Los factores contextuales influyen en cuándo y cómo un niño desarrolla sus habilidades de autocuidado.

Además del autocuidado, los niños necesitan desarrollar habilidades básicas del manejo del hogar como preparación para la adultez.

Las principales actividades de autocuidado entre los 3 y los 5 años son:

- Control de esfínteres:

A los 3-4 años tiene control de día y de noche; es totalmente independiente, salvo en ocasiones que puede necesitar ayuda en el aseo y manejar los cierres de la ropa.

Entre los 5 y 6 años es totalmente independiente.

- Vestido:

Entre los 3 y 4 años puede desvestirse; ponerse pulóver/polera con asistencia ocasional para la orientación; se pone los pantalones excepto los cierres, abrocha y desabrocha botones grandes, sube el cierre de la campera si las partes ya esta encajadas; se pone los zapatos y medias, excepto los cordones.

Entre los 5 y los 6 años es independiente excepto en la selección de las prendas y cierres difíciles como cinturones y cierres traseros.

- Sueño:

Los terrores nocturnos son frecuentes entre los 4 y 7 años, situación que ocasionará que el infante se despierte angustiado, aunque cuando el terror desaparece logran volver a conciliar el sueño.

- Baño y aseo personal.

Entre los 3 y 4 años puede lavarse en la bañera con supervisión salvo el cabello. Se lava manos y cara en forma independiente en el lavamanos; participa activamente en el cepillado de dientes pero necesita ayuda para ser eficiente, ayuda a peinarse, se limpia la nariz; puede resistirse a las actividades de su aseo.

Entre los 5 y 6 años requiere supervisión solo para el cepillado de dientes. Se baña con ayuda para preparar el agua y lavarse el cabello, aun con supervisión.

- Habilidades de alimentación:

Entre los 2 y 5 años se vuelve eficiente en usar cuchara, tenedor y taza sin bombilla, con derrame ocasional.

A los 4-5 años puede tomar sopa con cuchara.

Entre los 5 y 6 años comienza a usar cuchillo para cortar.

LENGUAJE:

Alrededor de los 2 años el niño tiene un vocabulario de 300 palabras. Se torna más complejo con el agregado de plurales, tiempo pasado, verbos auxiliares y preposiciones. El niño agrega progresivamente preguntas, negativos, superlativos, etc., y desarrolla conceptos o categorías antes de tener palabras para ellos.

A los 3 años domina mejor el lenguaje, repite o cuenta 3 números; es la edad de las preguntas; utiliza el “yo” y el “mi”, interpreta oficios y escenas, es locutor de sus actos.

Entre los 4 y 5 años arma frases con pronombres en primera persona; elabora e improvisa preguntas casi interminablemente; los “porque” y los “como” aparecen con frecuencia en sus preguntas; le gustan los juegos de palabras y ritmos; accede al lenguaje escrito, escribe su nombre; construye correctamente frases y oraciones de cierta complejidad.

A los 5 o 6 años el significado de las palabras para los niños se centra en la función y las propiedades perceptivas de los objetos y las personas.

DESARROLLO DE HABILIDADES MOTORAS GRUESAS Y FINAS:

- Movilidad funcional

Entre los 3 y 5 años maneja habilidades de sentarse, usar el inodoro en forma segura y entrar y salir de la cama.

Después de los 4 años se maneja bien en las escaleras subiendo y bajando con alternancia de pies.

A los cinco años de edad, la dominancia manual derecha o izquierda está totalmente establecida, aunque aún la lateralidad, no se halla afirmado.

- Habilidades motoras gruesas:

Entre los 3 y 5 años puede participar en actividades recreativas organizadas como fútbol, baile o natación. Puede empujar hacia delante una hamaca y a los 4-5 años juega en forma segura en el patio de juegos; galopa y salta obstáculos, maneja una bicicleta con rueditas; da vueltas en un salto y

salta en un pie; puede lanzar, golpear y recibir una pelota mediana con cierta precisión.

- Habilidades motoras finas, manipulación y manejo de ambas manos:

Entre los 3 y 4 años puede cerrar botones y cierres grandes y usar ambas manos para vestirse y desvestirse. Usa pinción precisa de trípode con un lápiz, colorea sobre líneas y copia formas simples; ensarta cuentas, corta formas grandes con tijera; construye con juegos de cubos para armar y juegos de encastre; viste muñecos.

Entre los 4 y 6 años aprende a atarse los cordones de los zapatos; aprende a escribir su nombre, copia todas las letras, números y frases cortas; puede manejar cierres, botones y ganchos; completa rompecabezas hasta de veinte piezas; disfruta construir con juguetes de armar como con encastrados pequeños; abre la mayoría de los envoltorios.

DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVAS:

Algunas de las habilidades cognitivas específicas esperadas para los niños de 3 a 5 años de edad son:

Entre los 2 y los 4 años desarrolla habilidades básicas preescolares como la identificación de nombres, partes del cuerpo, edad, colores, formas y algunas palabras y números; cuenta hasta diez objetos y puede rotar y seguir contando; descubre mecanismos causales como darle cuerda a un juguete; realiza acciones en una secuencia como llevar a cabo, jugando, una reunión de te; dice frases cortas.

Entre los 4 y 6 años comprende la conservación del volumen líquido, y que las mismas cantidades pueden aparecer distintas de acuerdo a forma y tamaño del contenedor; desarrolla conceptos numéricos que permiten sumas

simples y los problemas de sustracción; puede comenzar a leer palabras simples; se desarrollan los conceptos de tiempo, incluyendo decir la hora y los días de la semana. A partir de los cuatro años de edad, el niño podrá nombrar diferentes momentos del día, como mañana, tarde y noche. La construcción del espacio a los 5-6 años de edad se encuentra lo suficientemente desarrollada para comprender aquello que significa "rincón de la sala del jardín", su propio espacio en relación a los demás y espacios prohibidos por los adultos.

A los 5 años de edad formula preguntas a padres y maestros, que resultan razonables para los adultos; esto es así debido a que existe una gran avidez de conocimiento; se muestran empíricos y pragmáticos. Al momento en que un adulto formula una pregunta al niño, éste responde también con oraciones que poseen sentido, sintácticamente bien armadas. El infante recurre a la función utilitaria para responder y definir conceptos.

DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL:

Durante la niñez temprana y media, los niños llegan a tener cada vez más confianza. Juegan con amigos en el barrio, en la casa y el jardín de infantes. Las relaciones con los pares y el desarrollo de las relaciones es cada vez más importante. Esta competencia social es importante ya que los grupos constituyen un ambiente enriquecedor de aprendizaje para los niños, aprenden normas sociales y culturales, y los conceptos de justicia.

El comportamiento social y emocional típico de esta etapa se caracteriza por:

Entre 4 y 6 años juega bien con otros; comparte y respeta su turno. Tiene amigos y disfruta estar con ellos; puede visitar la casa de un amigo y quedarse a dormir. Sigue reglas e instrucciones simples; pide disculpas por

errores que perjudican a otros; le gusta ayudar y mostrar empatía. Expresa y puede manifestar varias emociones; tiene algún autocontrol ante la rabia y desilusión cuando se lo corrige. Se ve a si mismo positivamente, se enorgullece en su trabajo y en los juegos de construcción; es tímido ante extraños y tiene gustos y disgustos definidos.

EDUCACIÓN PREESCOLAR

La educación preescolar es el nombre que recibe el ciclo de estudios previos a la educación primaria obligatoria establecida en muchas partes del mundo. En cada país existe este sistema educativo como una institución establecida aunque en cada uno de ellos se lo conoce de diversas formas (guardería, jardín de infancia, jardín infantil, educación infantil, parvulario, kínder, kindergarten, jardín de infantes, etc.).

En Argentina rige la Ley de Educación Nacional N° 26.206, que denomina a este período Educación Inicial y comprende a los/as niños/as desde los cuarenta y cinco (45) días hasta los cinco (5) años de edad inclusive, siendo obligatorio el último año. Los Jardines Maternales atienden a los/as niños/as desde los 45 días a los 2 años de edad inclusive y los Jardines de Infantes a los/as niños/as desde los 3 a los 5 años de edad inclusive.

En su artículo N° 20, la Ley establece como objetivos de la Educación Inicial los siguientes:

a) Promover el aprendizaje y desarrollo de los/as niños/as de cuarenta y cinco días a cinco años de edad inclusive, como sujetos de derechos y partícipes activos/as de un proceso de formación integral, miembros de una familia y de una comunidad.

b) Promover en los/as niños/as la solidaridad, confianza, cuidado, amistad y respeto a sí mismo y a los/as otros/as.

c) Desarrollar su capacidad creativa y el placer por el conocimiento en las experiencias de aprendizaje.

d) Promover el juego como contenido de alto valor cultural para el desarrollo cognitivo, afectivo, ético, estético, motor y social.

e) Desarrollar la capacidad de expresión y comunicación a través de los distintos lenguajes, verbales y no verbales: el movimiento, la música, la expresión plástica y la literatura.

f) Favorecer la formación corporal y motriz a través de la educación física.

g) Propiciar la participación de las familias en el cuidado y la tarea educativa promoviendo la comunicación y el respeto mutuo.

h) Atender a las desigualdades educativas de origen social y familiar para favorecer una integración plena de todos/as los/as niños/as en el sistema educativo.

CARACTERIZACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR

El desarrollo físico y social de los niños entre 3 y 6 años de edad abarca muchos hitos o acontecimientos fundamentales significativos. Sobre la base de los rasgos evolutivos de la especie humana, el crecimiento físico y motor de cada niño se va configurando directamente bajo la acción de distintos factores ambientales, desde la alimentación que recibe a la actividad que desarrolla, y del medio geográfico al entorno cultural y social.

Como expresa Gesell, cada niño posee características diferentes y singulares de desarrollo.

En la edad preescolar se desarrollan y perfeccionan habilidades motoras groseras y finas. El niño también aprende las habilidades sociales necesarias para jugar y relacionarse con otros niños. A medida que crece, su capacidad de cooperar se incrementa. La vida colectiva aparece entre los niños a través de los juegos con reglas.

La aparición del lenguaje junto con la capacidad de imitación de gestos corporales y exteriores permite un intercambio comunicativo entre el niño y su entorno. Las características progresivas del desarrollo del lenguaje verbal en las diferentes edades, se adscriben a las etapas del desarrollo integral del niño, estrechamente asociado al proceso de maduración del sistema nervioso (SNC y SNP), al desarrollo cognoscitivo (desde la discriminación perceptual del lenguaje hablado hasta la función de los procesos de simbolización y el pensamiento) y al desarrollo socioemocional, que es el resultado de la

influencia del medio sociocultural, de las interacciones del niño y las influencias
recíprocas.

BIBLIOGRAFÍA

- Coriat, L., Jerusalinsky, A., *Cuadernos del desarrollo infantil*; Buenos Aires; Argentina.
- Cusminsky, M.; Lejarraga, H.; *Manual del crecimiento y desarrollo del niño*. O.P.S, O.M.S; Serie Paltex; N° 8; 1986; Pág. 55
- Delmonte, C.; Ricillio, V.; *El rol del terapeuta ocupacional en Atención primaria de la salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales*; tesis de grado; Universidad nacional de Mar del plata; 2002.
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. *Guía de seguimiento del recién nacido en riesgo*. Ministerio de salud y Ambiente. Tercera edición. Buenos Aires. Mayo de 2005.
- *Ficha de evaluación del niño de 2 a 14 años*; Material interno cátedra Psicopatología Infanto Juvenil; UNMDP; 2003.
- Gesell, A.; *El niño de 1 a 5 años*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
- Gesell, A.; *El niño de 5 a 10 años*. 3^{ra} edición. Buenos Aires, Paidós, 1960.
- Mulligan, S.; *Terapia Ocupacional en pediatría: proceso de evaluación*; Medica Panamericana; Madrid; 2006.
- Myers, R.; *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas del desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo*; Washington D.C; O.P.S, O.M.S; año 1993; publicación científica N° 545.

Páginas de Internet consultadas:

- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtual/Libros/linguistica/Leng_Ni%C3%B1o/Des_Leng_Ver_ni%C3%B1o.htm. Consultado julio 2010.
- <http://www.umm.edu/medref>. Consultado julio 2010.
- http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley_de_educ_nac.pdf. Consultado julio 2010.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_preescolar. Consultado agosto 2010.



CAPÍTULO 4

Atención primaria de la salud Rol del terapeuta ocupacional en prevención primaria



Con la necesidad de introducirnos en la temática de nuestra investigación, consideramos relevante definir el término salud, para poder conceptualizar nuestro abordaje dentro de un paradigma de conocimientos que lo sustenten.

La OMS define la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”⁷⁸. Videla la define como “el mejor equilibrio que una persona pueda tener en relación activa con su medio en un momento determinado de su vida, de un país, en una cultura y en un momento histórico”⁷⁹

Por lo anteriormente citado entendemos a la salud como un proceso dinámico en continuo cambio. Pichón Riviere se refiere al sujeto sano “como el que aprende de la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad, y transformarse a el mismo”⁸⁰

El concepto de salud está vinculado a las condiciones de vida, a los avances de la tecnología y a la evolución de la cultura, contemplándose como proceso, por lo cual todas las personas atraviesan en su ciclo vital por diferentes períodos y situaciones en los que el grado de salud varía dentro del mismo. “La enfermedad es el resultado de la ruptura del equilibrio mente, cuerpo, ambiente, ocasionado por la insatisfacción de necesidades ya sea parcial o totalmente.”⁸¹

El cuidado de la salud de un niño durante los primeros cinco años de su vida, es fundamental, especialmente los tres primeros años, dado que son la

⁷⁸ *Declaración de ALMA-ATA.*; Revista de Salud Mundial; Art.1 Agosto Septiembre 1998; Pág. 16.

⁷⁹ Videla, M.; *Prevención Primaria. Intervención Psicológica en Salud comunitaria*; Ediciones cinco; Buenos Aires; Pág. 17.

⁸⁰ Del Cueto, A. y otros; *Lo grupal 2*; Ediciones Búsqueda; Buenos Aires; Pág. 90; 1985.

⁸¹ Caplan, G.; *Principios de Psiquiatría Preventiva*; Paidós; Barcelona; 1985; Pág. 4-5.

base del crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este periodo, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época. Los recién nacidos y lactantes se desarrollan con mayor rapidez y aprenden más cuando reciben amor y afecto, atención, aliento y estímulos mentales, así como alimentos nutritivos y una buena atención de la salud.

Todos los niños tienen el derecho a recibir atención de la salud, una buena alimentación, educación y protección contra las lesiones, el maltrato y la discriminación.⁸²

La necesidad de centrarnos en la salud más que en la enfermedad, en la salud en forma positiva como calidad de vida, es el punto de partida que motiva a investigar la realidad actual de diferentes grupos sociales, a contar con datos empíricos que nos permitan pensar en las acciones preventivas y de promoción para cada comunidad. "Estrategias de protección y de promoción de la salud que respondan a una visión integral, multidisciplinaria del individuo, considerándolo en su contexto familiar, social y comunitario, que permitan: desarrollar los conocimientos, fomentar el análisis crítico y la toma de conciencia, el sentido de la responsabilidad frente a los problemas y cuidados de su propia salud y la de los demás, desarrollar y fortalecer aquellas condiciones sociales e individuales que favorezcan la salud, facilitando la participación activa y compromiso comunitario."⁸³

⁸² UNICEF; *Para la vida; Derechos del niño*. Consultado noviembre 2010; disponible en www.unicef.org

⁸³ O.P.S. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica N° 557. Serie Paltex. 1996

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

“La Salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción”.

Anónimo⁸⁴

En el año 1977 la OMS se planteó como meta social para los gobiernos y de la Organización Mundial de la salud, alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta se conoció como “Salud para todos en el año 2000”.

En el año 1978 en Alma-Ata, se reunieron los representantes de 134 naciones, celebrándose la conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud, patrocinada por la OMS Y UNICEF.

En la misma se formuló una declaración, en la que se insta a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo y a la comunidad mundial a que se adopten medidas para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo con la finalidad de llevar a cabo la política establecida por la OMS. Como resultado se situó a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia para lograrlo.

La APS se define como “...*la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la*

⁸⁴<http://www.allthelikes.com/application.php?ref=application"esFrom=60"esTo=80&app=1101271590076>
72

*comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación... ”.*⁸⁵

Hoy en día, cada país tiene una definición propia de APS, desde interpretaciones estrechas hasta puntos de vista amplios, con una gama de conceptos intermedios que pueden estar presentes aun dentro de un mismo país.

Una visión más abarcativa y actualizada del concepto, la define como:

“Atención Primaria de la Salud es el conjunto de cuidados de salud básicos construidos sobre métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, que son accesibles a individuos y familias, a través de su amplia participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en si mismo y de autodeterminación.

*La APS forma una parte integral tanto del sistema de salud del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. La APS es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad, con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud ,tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja y constituye el primer eslabón de un proceso continuo de atención de salud”*⁸⁶

La educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población es una de las actividades que debe incluir la APS también se encuentra dentro de estas, “promover la disponibilidad de suministros

⁸⁵ Kroeger, A.; Luna, R.; *Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos*; 2da edición. Ed. Pax México. OPS.1992. p 5-6

⁸⁶ Ministerio de Salud de Panamá. Representación de OPS. OMS; *Atención Primaria de la Salud .Una revisión de Prácticas y Tendencias*; Junio 2004.

suficientes de alimentos y una nutrición apropiada, asegurar un abastecimiento suficiente de agua potable y un saneamiento básico, prestar atención de salud materno infantil, incluida la planificación familiar, vacunar contra las principales afecciones, y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes como suministrar los medicamentos esenciales.”⁸⁷

La APS forma parte del sistema nacional de salud del cual es la función principal y es un pilar del desarrollo social y económico de la comunidad.

Esta estrategia se basa en principios esenciales, que la diferencian de los sistemas médicos reparativos tradicionales:

- La Participación Comunitaria, como parte activa y permanente en el proceso de salud y el desarrollo de una mejor calidad de vida por parte de los integrantes de esa comunidad y como un derecho fundamental; esta participación hace que tomen decisiones sobre su propia salud y no que solo sean “objeto” de atención en un marco de respeto por su cultura, sus valores, tradiciones, lenguaje.
- Descentralización, entendida como la extensión del poder político hacia los sectores más periféricos o locales como una efectiva alternativa para identificar grupos humanos y las prioridades que deben ser atendidas.
- Multisectorialidad, en la medida que la comunidad participe en todos los aspectos de su desarrollo, desde un enfoque intersectorial.

Enmarcadas en APS se encuentran acciones integrales es decir que afectan no solo lo curativo sino fundamentalmente lo preventivo. Se presentan en 3 niveles de acción:

⁸⁷ Op. Cit.; O.P.S.; *Promoción de la salud: una antología*; Pág. 386-387

- Prevención primaria: promoción y protección de la salud, medidas generales (mejorar el estado nutritivo), medidas específicas para evitar ciertas enfermedades (vacunas).
- Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento precoz antes que aparezca la sintomatología y tratamiento oportuno y adecuado.
- Prevención terciaria: rehabilitación, una vez producidas las secuelas definitivas.

NIVELES DE ATENCIÓN EN APS

Según Zurro, Cano Pérez, *“prevenir es evitar, intervenir antes de que se desencadene un hecho. Según la fase de desarrollo del proceso salud-enfermedad en que se actúe se clasifica la prevención en primaria, secundaria y terciaria”*⁸⁸.

A su vez, se pueden distinguir los siguientes niveles de atención de la salud:

- Nivel de atención primario: promoción de la salud

En este nivel se trabaja para disminuir la incidencia de los casos de enfermedades o trastornos mentales en la comunidad, en una determinada etapa.

Se trata de detectar factores de riesgo presentes en la comunidad, signos de alarma o indicios de posibles patologías. Son intervenciones ejercidas directamente sobre dichos signos causales con el objetivo de suprimirlos o atenuarlos.

⁸⁸ Zurro, A.; Cano Pérez, J.; *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de atención en la consulta*. Ed. Doyma. Barcelona. España. 1986. p.62

Abarca actividades y técnicas propias del sistema sanitario y también otras que si bien tienen origen en otros sectores, tienen como principal objetivo la salud medio ambiental.

La promoción de la salud consiste “...en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mejor control sobre la misma, alcanzando un estado adecuado de bienestar físico, mental y social...”⁸⁹

Se trabaja interviniendo desde una visión multifactorial que abarca problemas del orden económico, social y cultural ya que actúan variables como vivienda, trabajo, desocupación y alimentación, entre otras.

- Nivel de acción secundario:

Está destinado a determinado grupo de la población que, a pesar de las acciones anteriores padece determinadas enfermedades o trastornos.

Tiene como objetivo disminuir la prevalencia de los casos de enfermedad, tratando de detener el inicio o la evolución de determinada patología, es decir poder intervenir tempranamente.

La intervención temprana se fundamenta en el concepto de Plasticidad del Sistema Nervioso durante los primeros años de vida, lo que permite importante mecanismos compensatorios frente a lesiones o compromisos de este sistema.

El diagnóstico precoz y su posterior intervención temprana, posibilitan una rápida movilización de las dificultades presentes. El poder detectarlas cuando menor sea el niño, trabajando con un tratamiento continuo y sostenido, permite la adaptación de los mecanismos y la posibilidad de compensar el área de desarrollo que en un principio estuvo alterada o comprometida.

Cuando el daño afecta a un sistema en desarrollo, la posibilidad de adaptación será mayor que cuando se trata de un sistema ya maduro.

⁸⁹ *Carta de Ottawa*. Revista de Salud mental. 1988.

- Nivel de acción terciario:

*“apunta a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por consecuencia de secuelas tratando de recuperar la capacidad productiva y posibilidad de reintegración”.*⁹⁰

La APS es el primer elemento de asistencia sanitaria dentro de un sistema de salud general establecido en cada país. Constituye el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, cuyo propósito es estar lo más cerca posible del lugar donde residen las personas, en su comunidad.

La comunidad entendida como “un grupo humano concentrado o disperso con asentamiento fijo o migratorio y con diversas formas de organización social”⁹¹ presenta características sociales, económicas, culturales, etc., compartidas por todos los miembros y que le son propias, ellos reconocen sus necesidades, son participes en muchos casos de la problemática actual del sistema de salud, este conocimiento y participación los hace responsables de su propio desarrollo, participar activamente en lugar de mantener una actitud receptora pasiva es parte de los componentes de la estrategia de APS.

Según la declaración de Alma Ata, la APS debe concentrarse en los principales problemas sanitarios de la comunidad, comprendiendo cuando menos las siguientes actividades:⁹²

- Educación sobre los principales problemas de salud y los métodos para su prevención y tratamiento.
- Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.

⁹⁰ Videla, M. *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Ediciones Cinco. Bs. As.1994.p17

⁹¹ Op. Cit. Zurro, A. 1986; Pág. 62.

⁹² Op. Cit. Zurro, A.; Pág. 62

- Asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación familiar.
 - Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
 - Prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales.
 - Tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.

La Conferencia enfatiza sobre los factores que ocasionan el deterioro de la salud radicados en las condiciones de vida y el medio ambiente en general especialmente los de la pobreza, la desigualdad social y la distribución desproporcionada de los recursos en función de las necesidades a nivel regional y mundial.

La meta fijada hace ya 33 años “Salud para todos en el año 2000”, reconoce que existen diferencias significativas en las diferentes comunidades y que tiene relación con las desigualdades en la satisfacción de necesidades y aspiraciones de los diferentes grupos humanos que integran las sociedades.

Las evaluaciones de la meta establecida, se realizaron en el año 1985, 1991 y la última en 1997.

Las principales conclusiones fueron:

- “En la actualidad hay más pobres en América Latina y el Caribe que al inicio de la década de los ochenta, presentándose una mayor concentración en las zonas urbanas.
- Las tendencias demográficas observadas en la región no alteran el curso y el descenso de la fecundidad, el envejecimiento y la urbanización de la población ha continuado incluso ha acentuado, lo mismo las inequidades del interior de los países en lo socioeconómico y en lo demográfico.

- A pesar de los avances en la ampliación de coberturas, existen serios problemas de calidad y el abastecimiento del agua y en la eliminación de desechos sólidos.

- Al mediar la década casi todos los países de la región evolucionaron hacia modelos democráticos, pero con la persistencia de serios problemas de gobernabilidad. Este movimiento produjo la necesidad de redefinir las relaciones entre los poderes públicos y la sociedad civil mediante la adaptación acelerada de reformas políticas y organizativas, denominadas reformas de estado⁹³

Estas conclusiones expresan características como el incremento de la pobreza, la inequidad social y las dificultades de los sistemas de gobierno, como variables que obstaculizan lograr la organización de un sistema de salud que brinde atención adecuada y eficiente para la población.

Suárez Ojeda haciendo referencia a la Declaración de Alma Ata expresa... “Desde aquellos años numerosos hechos trascendentes han conmovido a la salud pública y las condiciones de salud de los niños y jóvenes de América Latina. Por una parte la mortalidad de los menores de cinco años se redujo sensiblemente en toda la región de América Latina y el Caribe.

...Por otra parte, los éxitos de las intervenciones básicas en Atención Primaria en Salud (APS), han permitido llevar las coberturas de vacunación a sus niveles históricos más altos (...).Y sustancialmente se ha reducido la incidencia y prevalencia de enfermedades como sarampión, poliomielitis, etc. Por otro lado debemos reconocer (...) que la eficacia de sistemas de salud no

⁹³ OPS; Comunicado de Prensa; *Hechos y Cifras*; Septiembre 1997.

ha sido la deseable en cuanto a brindar servicios con sentido equitativo a toda la población.

De allí que frente a los éxitos en la capacidad de reducción de muertes, tengamos que preguntarnos si no será América Latina está en otro momento de la evolución histórica de la salud y educación, y tiene que medirse más en términos de desarrollo integral, de calidad de vida de los niños, los jóvenes y toda la comunidad.⁹⁴

En el año 2003 un informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, expresó que en los últimos 25 años la situación sanitaria de los países "ha cambiado considerablemente", ya que se han registrado "importantes modificaciones" en la forma de distribución de las enfermedades o en los perfiles demográficos.

A diferencia de 1978, ahora existen mejores instrumentos científicos, políticos, jurídicos y éticos para avanzar en la construcción de sistemas de salud basados en la APS.

Entre las condiciones existentes que permiten esta construcción se cuentan los avances en el enfoque de derechos humanos y la mayor presencia de la cuestión de la equidad en la agenda internacional de desarrollo y en las políticas públicas.

Este enfoque considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos, que obligan al Estado, es decir son ciudadanos. Al introducir este principio se cambia la lógica de los procesos de elaboración de políticas. El punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser

⁹⁴ Suárez Ojeda, E.; *El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud*; Revista Medicina y Sociedad; Vol.19; N:1; Enero-Marzo; 1996.Pág. 18 -19

asistidas (el conocido enfoque de necesidades básicas insatisfechas), sino es la existencia de sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas.

Son los derechos, y los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren mecanismos para hacerlos exigibles y darles cumplimiento.

Nótese que llegados a este punto aparecen con mayor claridad los vínculos entre los principios de Alma Ata y el enfoque de derechos en lo que hace a la salud. Salud para Todos es en esencia una manifestación de inclusión y de garantía de derechos.

Recordemos que la Declaración de Alma Ata empieza afirmando que el logro del más alto nivel posible de salud es un derecho humano fundamental ⁹⁵

No obstante hay que reconocer que los derechos no dicen mucho acerca del contenido de las políticas, pero sí pueden decir algo significativo sobre la orientación general de ellas y brindan un marco conceptual que guíe su formulación e implementación. Y aquí es importante el principio de inclusión.

En la Asamblea Mundial de la Salud del año 2005 se sancionó unánimemente una resolución histórica llamando a los estados miembros a impulsar el acceso universal a los servicios de salud⁹⁶.

Esta es una parte del camino hacia el derecho a la salud y es donde la APS tiene una función esencial.

Estudios de impacto de la APS en poblaciones urbanas pobres mostraron que en una tendencia consistente a la disminución de la mortalidad infantil, aquellas áreas que habían incorporado más temprano la estrategia de

⁹⁵ Hunt P, Backman G. *Health Systems and the right to the highest attainable standard of health* *Health Hum Rights*, 2008; 10: 10-12

⁹⁶ OMS. Asamblea Mundial de la Salud 2005. *Resolución WHA 58/33*, 2005.

APS mostraron un 32 % de mayor disminución que en aquellas áreas tardías o sin APS

La primera es que en 2008 el informe mundial de la salud que cada año produce la OMS estuvo dedicado a la APS. Su nombre es La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca⁹⁷.

La OMS llama la atención sobre el hecho de que la globalización está afectando la cohesión social en muchos países y que en esos países, los sistemas de salud, como elementos fundamentales de la estructura de las sociedades, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían; y deja establecido que la APS puede contribuir a cambiar esa situación⁹⁸.

En dicho documento la OMS propone orientaciones en torno a cuatro procesos de cambio que es necesario realizar en los sistemas de salud para avanzar en la equidad y el derecho a la salud:

- Cambios en pro de la **cobertura universal**, que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad en salud, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y a la protección social en salud.
- Cambios en la **prestación de los servicios en base a la APS**, es decir en torno a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, para que dichos servicios sean más pertinentes en lo social y más efectivos en lo técnico.
- Cambios en las **políticas públicas**, que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas

⁹⁷ Organización Mundial de la salud; *Informe sobre la salud en el mundo 2008. la Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca*; Ginebra, 2008.

⁹⁸ OMS. *Informe Mundial 2008*. Ibíd.

de salud en todos los sectores, o mejor dicho, salud en todas las políticas.

- Cambios en el **liderazgo político**, en la rectoría, es decir en las decisiones que expresen y reflejen la responsabilidad del estado sobre la salud de la población, que implica también el fin del *laissez faire* como marco regulador, y la necesidad de un liderazgo integrador, participativo y dialogante⁹⁹.
- De alguna manera estas cuatro categorías para el cambio son el marco político que orienta los procesos de reforma de los sistemas de salud en estos momentos. En nuestra región, por lo menos hay 12 países en los que se están procesando estas transformaciones.

A pesar de estas tendencias, la crisis económica mundial también brinda una oportunidad de promover la nueva visión de la atención primaria de salud como una manera de proteger los beneficios de salud al aumentar la eficiencia en los sistemas de salud y la disminución general de los costos sanitarios. Con este fin, el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS (modificado) incorpora la atención primaria de salud como la estrategia orientadora para la organización y la gestión de los sistemas de salud, salud de los adolescentes, salud familiar y comunitaria y servicios farmacéuticos, y como centro de interés principal de la cooperación técnica en materia de prevención y control de enfermedades, formación de recursos humanos y extensión de la protección social.

El enfoque también se ha identificado como una “prioridad transversal” para integrar en el Plan de Trabajo Bienal de la OPS correspondiente al

⁹⁹ Informe anual del director de la oficina sanitaria panamericana; *Hacia la “salud para todos”*; *Avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas*.

período 2010-2011, directrices de planificación, estrategias y cursos especiales que estarán al alcance de los funcionarios de la OPS para ayudarlos a que incorporen el enfoque en su trabajo.

Para los Estados Miembros de la OPS, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 establece algunos retos de corto plazo para la ejecución de la visión renovada de la atención primaria de salud. Estos incluyen:

- Seguir promoviendo el concepto de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y alentar una mayor participación de las comunidades y otros interesados directos en el desarrollo de estos sistemas.
- Aplicar el enfoque renovado de atención primaria de salud a los programas basados en la población y las iniciativas de control de las enfermedades prioritarias.
- Crear mecanismos especiales para fortalecer la colaboración intersectorial, en especial las redes y las alianzas nuevas.
- Poner en práctica las recomendaciones de políticas de la OPS/OMS sobre la integración de redes de servicios de salud que incluyan tanto a proveedores públicos como privados.
- Integrar un enfoque intercultural en la formulación de políticas y en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.
- Ejecutar programas para mejorar la calidad de la atención, en especial la seguridad del paciente.
- Garantizar la disponibilidad y la sustentabilidad de recursos económicos, físicos y tecnológicos requeridos para la aplicación eficaz de la atención primaria de salud.

- Formar competencias específicas del personal sanitario en toda la Región para apoyar la puesta en práctica de la atención primaria de salud.

La cooperación técnica de la OPS para el período 2009-2012 se concentra en gran medida en apoyar los esfuerzos del país para afrontar estos retos. Además de las herramientas y las estrategias detalladas en el Plan Estratégico 2008-2012, la OPS está encabezando otras iniciativas para apoyar la renovación de la atención primaria de salud.

Entre las más importantes se encuentra la nueva política regional sobre redes integradas de prestación de servicios de salud, que se está sometiendo a la consideración del 49o Consejo Directivo para su aprobación como una estrategia común destinada a mejorar los servicios de salud mediante la creación de economías de escala, reducción de la duplicación de esfuerzos, fomento de la cooperación y la responsabilidad entre proveedores, participación en los gastos y las inversiones y mejoramiento de los factores de riesgo.

Otras iniciativas incluyen el curso virtual denominado “Desarrollo de capacidades para la renovación de la atención primaria de salud”, disponible en el Campus Virtual de Salud Pública, y una nueva Red Temática Regional para la Atención Primaria de Salud, que promoverá la difusión de mejores prácticas.

Además, la OPS está elaborando una serie de publicaciones con directrices y estrategias para poner en práctica la atención primaria de salud. La serie incluye el documento de posición de la OPS/OMS *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, así como las *Estrategias para la formación de equipos de atención primaria de salud* y *La formación en*

medicina orientada hacia la atención primaria de salud, actualmente disponible solo en español. Una tercera publicación, *Integrated Delivery Networks*, incorporaría las observaciones del 49.º Consejo Directivo y su publicación fue prevista para principios del 2010.

Estas iniciativas se emprenden en un momento crucial pero oportuno para las Américas. Aunque la Región afronta graves retos económicos, políticos y sociales, en ella también se ha logrado un consenso casi universal de que el nivel más alto alcanzable de salud es un derecho humano inalienable y una condición necesaria para el desarrollo económico y social. Ellos han reconocido su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud y su convicción de que los sistemas basados en la atención primaria de salud son la mejor manera para ejercer ese derecho.

En este contexto, la renovación de la atención primaria de salud se necesita “ahora más que nunca” en toda América. Mediante sus programas de cooperación técnica y sus iniciativas de promoción de la causa, la OPS seguirá apoyando este proceso para conseguir que la visión de “Salud para todos” se convierta en una realidad en todos sus Estados Miembros.

En la actualidad en nuestro país, puede observarse a pesar de la implementación de numerosos programas destinados a la promoción de la salud materno infantil, que un gran porcentaje de la población se encuentra limitado del acceso a los servicios de la salud, el Derecho a la Salud está condicionado. Son muchas las dificultades que hacen que los principios de Atención Primaria de Salud no puedan llevarse a cabo en su totalidad.

ATENCIÓN PRIMARIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Para alcanzar un nivel de salud óptima, en términos de calidad de vida, el Sistema de salud está organizado para brindar prestaciones en los tres niveles de atención: atención primaria, atención secundaria y atención terciaria.

La ejecución del primer nivel de atención en la salud materno-infantil es sin duda la más importante y se verá reflejado en el desarrollo posterior de quienes en la actualidad se encuentran expuestos al mayor riesgo, los niños.

Alcanzar el bienestar en términos de salud, esta condicionado por todo aquello que rodea a una persona como la comunidad (grupo de pertenencia), contexto físico, situación económica, contexto sociocultural (normas, valores, creencias) y, fundamentalmente, por la familia. Cualquier alteración o defecto en la interacción de cada uno de estos factores intervinientes produce desequilibrio en el estado de salud de los mismos.

La atención brindada en las primeras etapas de la vida, durante el proceso de desarrollo de los niños, es prioritaria para que en un futuro estos se desarrollen plenamente.

Estas acciones son llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario, las intervenciones que este equipo realice serán eficientes en la medida en que los profesionales conozcan las características ambientales, sociales, culturales, laborales. Esto le permitirá identificar las necesidades y problemáticas de la comunidad, interviniendo adecuadamente desde cada una de las disciplinas que conforman un equipo de salud.

Este accionar debe estar organizado en función de ciertos conceptos que en Atención Primaria de la Salud son de carácter fundamental como la

educación para la salud, educación comunitaria en salud y promoción de la salud.

“En la 32ª reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, en 1982 se consideró lo siguiente:

- Educación para la salud: es la traducción del conocimiento sobre salud en hábitos y comportamientos positivos que tienden a promover la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Educación comunitaria en salud: es la serie de métodos, medios y técnicas dirigidos a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad, involucrándose desde la identificación de sus problemas y selección de sus prioridades hasta la ejecución y evaluación de las actividades y programas que conducen a un más alto grado de salud y satisfacción de niveles básicos de bienestar”¹⁰⁰

Mirta Videla se refiere a la salud como “...Un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre”¹⁰¹
“Esta libertad significa toma de conciencia de las necesidades de cada uno y la lucha por el derecho humano básico de poder satisfacerlas.”¹⁰²

¹⁰⁰ .Videla, M.; *Prevención-Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*; Ediciones Cinco; Buenos Aires.1991.Pag 159-

¹⁰¹ .Op.Cit. Videla M. Pág. 17

¹⁰² .Op.Cit. Videla M. Pág. .26;27

TERAPIA OCUPACIONAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Actitudes tales como plasticidad, creatividad, mirada integradora y practicidad revelan la identidad particular de nuestra disciplina y la peculiar modalidad del terapeuta ocupacional de posicionarse frente a la situación terapéutica.

Los terapeutas ocupacionales consideran que los valores y la postura ética de su vida cotidiana transcurren indisolubles del ejercicio profesional. Esto responde a que la historia personal del profesional, signado de valores y principios, determina un posicionamiento ético profesional como variable que junto al contexto socioeconómico, cultural e histórico determinan la práctica en Terapia Ocupacional.

Concepciones tales como: condición inherente a todos los seres humanos, condición sujeta a variación y que admite grados, capacidad de comunicación entre interlocutores válidos, respeto por las asimetrías, posibilidad de múltiples expresiones y la necesidad de comprenderla a partir de la historia personal, creencias y valores en un contexto particular; reflejan el significado que los terapeutas ocupacionales le otorgan al concepto de autonomía.

En su esencia, la Terapia Ocupacional, intenta construir un espacio dialógico en un marco de respeto hacia situaciones de vulnerabilidad, tratando de compensar, dentro del proceso terapéutico, la diferencia de oportunidades, propias del contexto social

Estas consideraciones realzan la vigencia de los fundamentos filosóficos y teóricos de la Terapia Ocupacional. El bienestar ocupacional como parte constituyente del bienestar humano, el valor en la persona y la creencia en su potencialidad transformadora, son la piedra angular que fundamentan y justifican nuestra existencia. Si allí donde hay una necesidad sin cubrir hay un derecho que defender, Terapia Ocupacional puede y debe tomar partido desde una perspectiva de desarrollo en la interacción dinámica entre personas, ambientes y ocupaciones, generando oportunidades y desafíos de valor preventivo.

Admitiendo las múltiples lecturas que pueden generar estos nuevos actores y escenarios sociales, la urgencia de su consideración radica en el indiscutible impacto que la exclusión social produce en el desarrollo ocupacional de las personas. Es un imperativo elaborar aportes desde el campo disciplinar, con alcance epistémico, pedagógico y de intervención profesional.

El TO es un profesional de la salud que realiza en esta área un abordaje preventivo comunitario enmarcado en los principios de la APS.

Al concebir al hombre como un ser biopsicosocial en interacción con otros sistemas, requiere que varias disciplinas se organicen a través del trabajo en equipo, capacitando a los usuarios en estrategias dentro de sus contextos naturales, para solucionar sus problemas y acceder a una mejor calidad de vida.

El actual Modelo Transdisciplinario, que concibe al hombre como un ser biopsicosocial en interacción con otros sistemas, requiere que varias disciplinas se organicen a través del trabajo en equipo, capacitando a los usuarios en estrategias dentro de sus contextos naturales, para solucionar sus problemas y acceder a una mejor calidad de vida. Acorde a los objetivos que persigue la APS, no se trata de trabajar asistiendo a la comunidad, sino que se trabaja con

la comunidad, donde el individuo afectado o vulnerable participa activamente en la resolución de los problemas que le afectan.

El Terapeuta Ocupacional, tiene un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ya que considera el concepto dinámico de la salud. Con su visión integral del hombre, constituye un elemento fundamental en este proceso como agente de salud actuando sobre aspectos biológicos, los estilos de vida y el medio ambiente¹⁰³

En cuanto al trabajo comunitario, el Terapeuta Ocupacional, interviene a nivel del individuo y de sus ambientes inmediatos, busca disminuir la incidencia y modificar los ambientes nocivos, fortaleciendo a los individuos, a través de la educación y participación social, la organización y la comunicación social.

La acción comunitaria en salud se desarrolla en el marco de la constitución de equipos técnico-profesionales que se reúnen en torno a un nuevo modelo de interacción, sin jerarquías de poder, en cuanto a su estructuración, sino una relación basada en la cooperación entre dos o más disciplinas, donde predomina una actitud de disposición, por parte de los profesionales, a entregar sus conocimiento y habilidades a sus pares (equipo de salud) y a los usuarios para lograr las metas propuestas.

Trabajar desde la promoción de la salud es aprender a aceptar los deseos de la comunidad, incorporándolos desde la etapa del diagnóstico del problema comunitario, como también brindándoles oportunidades para desarrollar relaciones entre ellos y con los profesionales e influir de este modo, en el estado de su salud y bienestar.¹⁰⁴ “El Terapeuta Ocupacional pasará de un

¹⁰³ Chaparro E., Fuentes C.; *La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo*; Revista Chilena de Terapia Ocupacional; num. 5; 2005

¹⁰⁴ Óp. Cit. Chaparro E., 2005

“hacer para” a “un hacer con” la comunidad en la que los miembros puedan participar de sus propios problemas”¹⁰⁵

En línea con nuestra investigación, la promoción de la resiliencia resulta interesante para el enfoque preventivo en el aspecto sanitario porque los factores protectores pueden atenuar, al menos parcialmente, a aquellos factores de riesgo que se hacen presentes en un momento determinado.

El desempeño del rol de TO será eficaz en la medida que conozca el entorno de la comunidad, sus características (sociales, económicas, laborales, ambientales) y necesidades e implemente acciones de promoción y prevención de la salud.

¹⁰⁵ García Ceim, E. y otros; *Terapia Ocupacional. Rol del T.O en Prevención Primaria inserto en el Trabajo Barrial Comunitario.*

EL AMBITO ESCOLAR DEL NIÑO Y LA FAMILIA

La familia y la escuela constituyen los primeros contextos de desarrollo y socialización de los niños, que contribuyen a crear ambientes adecuados y saludables para el niño, es decir, que crezca física, psíquica y emocionalmente sano. De ahí la responsabilidad compartida de padres y educadores, en este proceso.

La educación infantil aparece cada vez más como una necesidad de la vida moderna en relación con el cuidado de los niños, y se puede pensar en ella como en una forma de apoyo social para la familia, ayudándola a potenciar la cultura de crianza y reforzar las capacidades educativas de los padres, a través de múltiples recursos. Para ello es importante que familia y escuela mantengan canales de comunicación y establezcan relaciones de mutua confianza y comprensión. Las relaciones familia-escuela y el establecimiento de acuerdos y continuidades es una forma de apoyo a la labor educativa de las familias y, también, una manera de que las escuelas puedan adecuar su labor desde el conocimiento del niño y de su familia.

La inclusión de la familia en el proceso de educación con modelos de participación es tan importante como la intervención educativa durante la etapa de Educación Infantil, procurando para los niños experiencias significativas y placenteras adaptadas a sus necesidades de conocimiento y relación, creando condiciones que potencien el desarrollo de sus capacidades y bienestar global. Todo el proceso educativo tiene la finalidad de que los niños sean sujetos activos de su aprendizaje.

Sin embargo, la mutua colaboración no se limita exclusivamente al binomio familia-escuela, sino que se requiere de un trabajo multisectorial en coordinación con otros contextos como el laboral y el comunitario, y un abordaje multidisciplinario de las diferentes problemáticas en los niños y sus familias. El Terapeuta Ocupacional puede formar parte del equipo o Gabinete Pedagógico del Jardín / Escuela como parte de un abordaje Comunitario de Atención Primaria y Promoción de la Salud, trabajando en conjunto con la Escuela, la Familia y la Comunidad.

ROL DEL TERAPISTA OCUPACIONAL EN EL CAMPO

EDUCATIVO

La presencia del TO en el campo educativo permite construir un camino desde la comunidad hacia los servicios de salud, a través de la detección precoz, derivación pertinente, seguimiento oportuno y atención temprana de las dificultades. Uno de los objetivos en este campo debe ser también el de abrir los conocimientos hacia la misma comunidad educativa, sensibilizándola, capacitándola y responsabilizándola sobre el proceso de desarrollo integral en la infancia.

Estas acciones pueden ser implementadas dentro del ámbito escolar, ya que "el T.O por su formación y capacitación puede formar parte de un equipo interdisciplinario dentro del ámbito educativo. Su capacitación le permite realizar evaluaciones específicas, prestar asesoramiento y orientación al docente, realizar derivaciones a tratamiento de T.O y otros especialistas, con el objetivo de prevenir y detectar futuros déficit.

Es importante considerar las evaluaciones específicas que lleva a cabo cada profesional (Terapeuta ocupacional, psicopedagogo, psicólogo, profesor de educación física, docentes de distintas áreas.), para poder abordar al niño en forma integral, realizando posteriormente de ser evaluado un análisis completo por parte del equipo a fin de llevar a cabo junto con la docente a cargo un plan de actividades adecuadas a las necesidades del niño".¹⁰⁶

La TO se caracteriza por una mirada global, integral de la realidad y también en los aspectos individuales de las personas, apuntando a su autonomía. La construcción de esta autonomía se inicia y se alimenta de las relaciones que el niño aprende y mantiene durante todo su desarrollo y en todos sus contextos. Por eso, facilitarla a través de nuestra intervención implica tomar siempre en cuenta el contexto y el campo relacional donde se desarrolla el niño, decodificar y resignificar su realidad, tarea que debe incluir no solo a la familia sino a toda la comunidad a la que pertenece.

¹⁰⁶ Benavides, L. y otros; *Cociente de Percepción Visual de niños de 5-6 años de edad, evaluados a través de la prueba del desarrollo de la percepción visual de Frostig*; Plan de tesis; Universidad Nacional de Mar del Plata; Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.2007

BIBLIOGRAFÍA

- Benavides, L. y otros; *Cociente de Percepción Visual de niños de 5-6 años de edad, evaluados a través de la prueba del desarrollo de la percepción visual de Frostig*; Plan de tesis presentado en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; Universidad Nacional de Mar del Plata; Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.2007
- Cabrejos, J.; *La promoción de la resiliencia y el diseño de políticas sociales*; Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM; año X; num. 28; 2005.
- Caplan,G.; *Principios de Psiquiatría Preventiva*; Paidós; Barcelona; 1985-
- Carta de Ottawa. Revista de Salud mental. 1988
- Chaparro E., Fuentes C.; *La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo*; Revista Chilena de Terapia Ocupacional; num. 5; 2005.
- *Declaración de ALMA-ATA.*; Revista de Salud Mundial; Art.1 Agosto Septiembre 1998.
- Del Cueto, A., Fernandez, A., Bauleo, A., Pavlosky, E.y otros. *Lo grupal* 2; Ediciones Búsqueda; Buenos Aires; 1985.
- Garcia Ceim, E., Patrizi, A., Veyra, M.; *Terapia Ocupacional. Rol del T.O en Prevención Primaria inserto en el Trabajo Barrial Comunitario*; tesis de grado; UNMDP.
- Informe anual del director de la oficina sanitaria panamericana; *Hacia la "salud para todos"*:

- *Avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas.*

Disponible en www.scm.oas.org/pdfs/2010/PAHO/CP23805S.pdf.

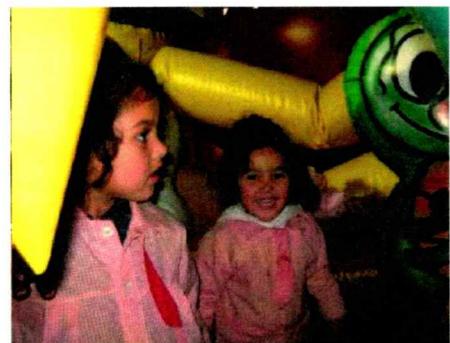
Consultado el 1 de noviembre de 2010

- Kroeger, A.; Luna, R.; *Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos*; 2da edición; Ed. Pax México; OPS; 1992.
- Ministerio de Salud de Panamá; Representación de OPS. OMS; *Atención Primaria de la Salud .Una revisión de Prácticas y tendencias*; Junio; 2004.
- OPS.; *Promoción de la salud: una antología*; Publicación Científica N° 557; Serie Paltex; 1996.
- OPS; *Hechos y Cifras*; Comunicado de Prensa; Septiembre; 1997.
- Suárez Ojeda, E.; *El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud*; Revista Medicina y Sociedad; Vol.19; N:1; Enero-Marzo; 1996.
- UNICEF; *Para la vida; Derechos del niño*; Consultado noviembre 2010; disponible en <http://www.unicef.org>
- Veliz, V.; Uribe, L.; *Aportes de la Terapia Ocupacional al contexto educacional inclusivo: interrelación entre el enfoque Psicosocial, la Teoría de Integración Sensorial y acciones de Atención Temprana*; 2010.
- Videla, M.; *Prevención-Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*; Ediciones Cinco; Buenos Aires; 1991.
- Zurro, A.; Cano Pérez, J.; *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de atención en la consulta*; Ed. Doyma; Barcelona; España; 1986.



CAPÍTULO 5

Jardín de Infantes y Casa del Niño Juanito Bosco



EL CONTEXTO

“Juanito Bosco” es un Jardín de Infantes privado, católico y gratuito, íntimamente ligado, desde su nacimiento, con la Casa del Niño que lleva el mismo nombre, dependiente del Obispado de Mar del Plata.

Se encuentra emplazado en la calle Sagastizabal 4776 del barrio Constitución, delimitado por la Av. Constitución Marcos Sastre, Estrada y la costa (Av. Felix. U. Camet) distante a 5 Km. aproximadamente del centro de la ciudad de Mar del Plata. El Jardín funciona en dependencias de la parroquia Cristo Rey, en un predio de importante dimensiones, frente a la plaza y a dos cuadras de la Sociedad de Fomento del barrio.

La institución brinda su servicio a la comunidad perteneciente a la zona norte de Mar del Plata comprendida por los barrios Constitución, Zacagnini, Aeropuerto, Las Dalias, Alto Camet, Parque Peña, Feliz U. Camet, etc. Las familias que la componen son de escasísimos recursos. Estas familias no solo poseen falta de recursos alimenticios, sino todo lo que hace a una vida saludable, elementos para una higiene elemental, vestimenta adecuada, educación, contención, proyectos e inclusive sueños.

Los niños concurren al Jardín en su gran mayoría por elección o necesidad de la familia. Otras envían a sus niños por derivaciones de instituciones que trabajan por la Promoción y Protección de los Derechos del Niño como Tribunales de Familias, Tribunal de Menores, Dirección de Niñez y Adolescencia, Centros de Promoción y Protección de Derechos del Niño,

Servicios Sociales de Centros de Salud o Calidad de Vida dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón.

La institución trabaja en conjunto con instituciones de la zona como el Centro de Salud "Alto Camet", el Centro de Protección y Promoción de los Derechos de niños y adolescente de "Alto Camet", el servicio Social de la Costa dependiente de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón, con el C.A.I María Reyna, Cáritas Cristo Rey, Escuela Primaria N° 22 y Escuela Primaria Municipal N° 11, el C.E.A.S Mar del Plata y otras instituciones que trabajan en la misma comunidad.

Actualmente el Jardín cuenta con una población directa de 120 niños y niñas de 3, 4 y 5 años. Posee una sala de 3, una de 4 y dos salas de 5 años.

Los niños permanecen en la institución 8 horas (jornada completa), ingresan a las 08:15 horas y se retiran a las 16:15 horas. Reciben desayuno, almuerzo y merienda todos los días hábiles del año. En el turno mañana se desarrolla el área intelectual y en el turno tarde la dinámica está orientada a actividades recreativas.

Respecto al perfil de las familias de los niños que asisten a Juanito Bosco, se pueden tener en cuenta las siguientes características:

- Las familias tienden a ser numerosas
- Es significativo número de uniones de hecho
- Más de la mitad de la población ocupa una vivienda propia en terreno propio o prestado
- Más de un 90% de la población posee baño, artefacto cocina, heladera, gas electricidad y agua, pero no en las condiciones necesarias para lograr mejor calidad de vida

- Aproximadamente el 80% de padres y madres poseen trabajos no calificados, mal remunerados y sin ningún tipo de beneficio social y previsional. De estos un 55% trabaja en el plan jefas y jefes de familia
 - Los ingresos que perciben no llegan a cubrir las necesidades básicas de subsistencia
 - La provisión de alimentación es cubierta por los comedores escolares y/o barriales, las bolsas de planes asistenciales, Cáritas, la mendicidad, etc.; la vestimenta por los roperos escolares y/o barriales, Cáritas, mendicidad, etc.
 - Existe una cantidad muy importante de la población que no tiene cobertura médico asistencial
 - No existen prácticamente las actividades recreativas, salvo visitar a los vecinos o parientes
 - Casi la totalidad de la población posee uno o más animales

Al ponerse en práctica el proyecto de admisión institucional se prioriza el ingreso de los niños cuyas madres trabajan dentro del horario de asistencia y luego a los que necesitan concurrir por razones asistenciales.

La Institución posee el 100% de subvención para los sueldos docentes y recibe 95 becas por parte de Desarrollo Humano y Familia de la Provincia de Buenos Aires, que posibilita afrontar parte de los gastos de la institución, como los alimentos para el comedor, algunos sueldos, el pago de los impuestos y servicios, material didáctico y de mantenimiento edilicio y el transporte escolar para que los niños lleguen al jardín.

CARACTERISTICAS INSTITUCIONALES:

- De *Gestión Privada*, Dependiente del Obispado de Mar del Plata subvencionada por la DIPREGEP (Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada)
- *Gratuita*, ya que no se cobra a los padres ningún tipo de arancel.
- *Católica Laica*, entendiendo que la educación es fundamentalmente un proceso de construcción y transformación de cultura, un modo particular de vivir y habitar en el mundo, de relacionarse con la naturaleza, con los demás hombres y con Dios.
- *Abierta*, a la diversidad, a los niños prioritariamente con necesidades básicas insatisfechas, a sus familias y a la comunidad
- *Participativa*, desarrollando actividades con la comunidad, a través de propuestas propias y accediendo a las que reciban.
- Al servicio de la *formación integral* de la persona, teniendo en cuenta todas las dimensiones de la persona humana: espiritual, social, temporal, en relación con Dios.
- *Que recibe y acompaña*, orientando sus esfuerzos hacia la formación de una comunidad educativa- pastoral que sea sujeto y ambiente de educación.
- Con un ambiente escolar basado en *la convivencia social*, respeto, tolerancia, participación, comunicación y discriminación.
- Con una *gestión y organización* eficaz, que cree las condiciones para que el proceso enseñanza-aprendizaje sea lo mejor posible.

OBJETIVOS PEDAGÓGICOS:

La institución tiene como finalidad contribuir al desenvolvimiento de una sana personalidad infantil, favoreciendo el desarrollo intelectual, emocional, físico, espiritual y social del niño.

Además de su función principal centrada en el aspecto pedagógico trabaja dando respuesta a sus necesidades de asistencia frente a las carencias antes mencionadas.

Busca la calidad educativa trabajando con profesionales de la educación, acercarse a las familias y conocer las características culturales y estructurales que estas poseen, desarrollando las herramientas y los conocimientos necesarios para trabajar con la realidad de estos niños y sus problemáticas, promoviendo una relación constante y continua con la familia y la comunidad, generando canales efectivos de comunicación, intercambio y compromiso.

OBJETIVOS GENERALES:

- Reconocer la Institución como proceso de construcción colectiva
- Respetar la niñez
- Propiciar acciones que favorezcan la transmisión de valores cristianos.
- Preservar y fortalecer la salud bio-psico-social- espiritual de los niños.
- Promover el desarrollo individual del niño hacia su equilibrio emocional.
- Estimular el proceso de socialización.
- Desarrollar actividades que promuevan una creciente autonomía

- Brindar un ambiente físico y de contención que satisfaga los intereses y necesidades infantiles.
- Ayudar al desarrollo intelectual, ofreciendo experiencias que permitan alcanzar los niveles deseables de aprendizaje.
- Propiciar el desarrollo, enriquecimiento y corrección del lenguaje.
- Favorecer el aprendizaje creativo y todas las formas de expresión.
- Estimular el desarrollo corporal, formar hábitos de higiene y asegurar el cuidado de la salud física y mental.
- Promover la acción educativa, sanitaria y asistencial.
- Orientar y trabajar con el niño en los hábitos para lograr un ambiente cálido, armónico y participativo, para desarrollar así un proceso educativo favorable y óptimo.
- Propiciar la co-responsabilidad y ayuda mutua en la relación Familia-jardín.
- Propiciar el respeto por la tradición y sentir Nacional, fomentando el sentimiento solidario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover el acercamiento y la participación de la familia a fin de que la institución conozca las necesidades y planifique sus acciones en base a ella.
- Preservar y fortalecer la salud bio-psico-social-espiritual de los niños.
- Apoyar sistemáticamente el proceso de enseñanza y el proceso de aprendizaje del niño.
- Crear un clima afectivo donde se respeten las pautas socioculturales del niño para que su permanencia sea libre, creativa y responsable.

- Promover la formación de grupos de padres a fin de que éstos tengan lugar de participación donde puedan aportar ideas, plantear inquietudes, buscando resolver conjuntamente los problemas que se presenten en la crianza de sus hijos y en sus relaciones familiares.
- Orientar y trabajar con el niño en los hábitos para lograr un ambiente cálido, armónico y participativo, para desarrollar así un proceso educativo favorable y óptimo.

INFRAESTRUCTURA:

RECURSOS MATERIALES:

- Parroquia con acceso por fuera y dentro de la Institución
- Aulas, 4 donde funcionan las secciones
- Salas de música.
- Espacios de recreación: patio externo, un sector con juegos de plaza y otro de parque. Gimnasio.
- Dirección
- Preceptoría
- Gabinete, lugar del equipo de orientación educativa.
- Cocina.
- Comedor
- Cuarto de mantenimiento
- Depósito
- Baño de varones, niñas y docentes.
- Iluminación: ventanas amplias con cortinas adecuadas e iluminación eléctrica

- Calefacción central
- Ventilación: ventanas.
- Higiene: mantenimiento constante por todos los integrantes de la comunidad educativa ofreciendo los medios necesarios para lograrlo.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal docente: 1directivo , 8 docentes de sala, 2 preceptoras, 1 maestra de música, 1 profesor de educación física y el equipo de orientación formado por una A.S. y O.E
- Personal no docente: 2 representantes legales, 1 cocinera, 2 maestranza y 1 mantenimiento.
- Alumnos
- Padres

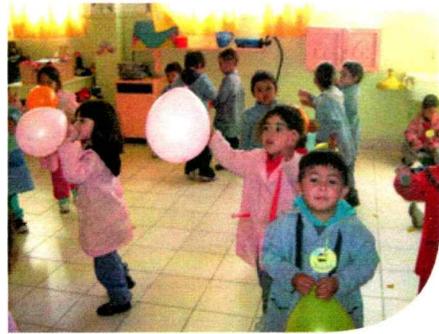
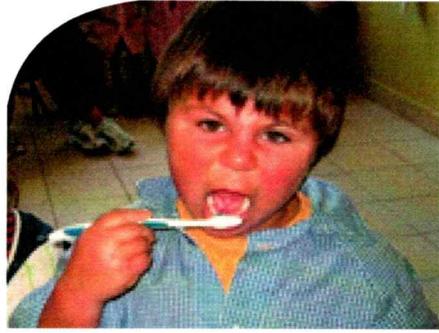
AREAS EDUCATIVAS:

- Área Artística: Expresión Corporal, Plástica y Música.
- Área de Lengua.
- Área de Matemáticas.
- Áreas de Ciencias Sociales, naturales y Tecnológicas.
- Educación Física.

BIBLIOGRAFÍA

- *Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.); Jardín de infantes y Casa del niño Juanito Bosco, Mar del Plata, 2010.*

Aspectos Metodológicos



PROBLEMA

¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo presentes en los niños de 4-5 años de edad, en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardín de infantes y Casa del Niño Juanito Bosco en el año 2011, en la ciudad de Mar del Plata?

OBJETIVO GENERAL

- Conocer y describir cuáles son los factores protectores y de riesgo presentes en los niños de 4-5 años de edad, en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardín de infantes y Casa del Niño Juanito Bosco en el año 2011, en la ciudad de Mar del Plata.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el Perfil Psicomotor de los niños de 4-5 años de edad, en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardín Juanito Bosco.
- Indagar acerca de los factores de riesgo y los factores protectores presentes en la situación del grupo de estudio.
- Conocer cuáles son los factores protectores y de riesgo que tienen mayor prevalencia.
- Describir y comparar las características del desarrollo psicomotor de éstos niños, de acuerdo a la presencia de factores protectores y de riesgo.

TIPO DE ESTUDIO:

En cuanto a la profundidad del tipo de estudio, el presente trabajo es de tipo *exploratorio descriptivo*.

Exploratorio: Tiene como finalidad conocer los factores protectores y de riesgo presentes en niños de edad preescolar en condiciones de vulnerabilidad social que concurren al Jardín y Casa del niño Juanito Bosco.

Descriptivo: Permite caracterizar a la población según dimensiones o componentes de las variables de estudio.

TIPO DE DISEÑO:

El diseño de esta investigación es de tipo *no experimental* ya que las variables investigadas son el objeto de estudio tal como se presentan en su contexto natural, y no presenta posibilidad de manipulación ni control alguno.

Por su dimensión temporal, de corte *transversal* o transeccional ya que nuestra investigación se centró en analizar el estado de la variable en un punto en el tiempo, recolectando los datos en un solo momento.

ENFOQUE DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro de un *enfoque cuantitativo*, ya que se intenta conocer la prevalencia de los factores protectores y de riesgo presentes en el grupo de estudio.

Las Técnicas utilizadas son la Observación Estructurada, Entrevista Estructurada y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del niño. El análisis de los datos responde a técnicas de análisis estadísticos descriptivos.

POBLACIÓN:

La población, objeto de estudio es "...el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones..."¹⁰⁷

El universo de estudio esta conformado por niños de 4-5 años de edad ,en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardin de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco en el año 2011 .

Seleccionamos esta Institución Escolar ya que a la misma asisten niños pertenecientes a comunidades que comparten características que los colocan en una situación de riesgo. Pertenecen a los barrios de la zona norte de Mar del Plata comprendida por los barrios Constitución, Zacagnini, Aeropuerto, Las Dalias, Alto Camet, Parque Peña, Feliz U. Camet, etc.

MUESTRA:

En esta investigación la muestra está conformada por 26 niños (10 del sexo femenino y 16 de sexo masculino) de 4-5 años de edad en condiciones de vulnerabilidad social que concurren al Jardín de Infantes y casa del Niño Juanito Bosco de la ciudad de Mar del Plata en el año 2011.

¹⁰⁷ Hernández Sampieri, R. y otros; *Metodología de la Investigación*; Segunda Edición; Mc Graw-Hill; Cap 8; Pag 204; México 1998.

MÉTODO PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

El método utilizado para la selección de la muestra fué no probabilístico, intencional relacionado con los intereses que se persiguen en esta investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños y niñas de 4-5 años de edad que concurren regularmente al jardín Juanito Bosco al momento de la evaluación.
- Los niños cuya familia acepte participar de dicha investigación mediante consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Los niños que se encuentran bajo tratamiento de terapia ocupacional.
- Los niños que no asistan regularmente al jardín Juanito Bosco.
- Los niños que no puedan ser evaluados por enfermedad, ausencia, rehúso y/o cualquier circunstancia que impida llevar a cabo la evaluación.
- Los niños cuya familia se rehúse a formar parte de la investigación.

TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Para la recolección de datos del presente trabajo se utilizaron fuentes primarias y secundarias.

FUENTES PRIMARIAS:

- *Cuestionario semiestructurado*

Cuestionario semiestructurado a madre/padre o tutor, para obtener datos acerca de hábitos de niño y comportamientos en su hogar, prácticas de crianza llevadas a cabo por los padres, enseñanza de costumbres, estimulación del ambiente familiar-social, participación en la comunidad, acceso a sistemas de salud y educativos en la comunidad.

El mismo fue diseñado basado en el Home Observation of the Environment Instrument (HOME)¹⁰⁸, seleccionando los ítems que responden directamente a los objetivos de esta investigación.

- *Observación estructurada*

Observación no participante de comportamientos del niño durante la jornada escolar. Se utilizó para la misma como instrumento de medición una ficha de Observación del Niño, diseñada para registrar indicadores de: capacidad de relacionarse socialmente, capacidad de resolver problemas, iniciativa, creatividad, capacidad de comunicación, tolerancia a la frustración y características de la actividad lúdica del niño.

- *Evaluación estructurada del desarrollo psicomotor del niño*

Se utilizó como instrumento de medición el Test de Desarrollo Psicomotor 2 a 5 años TEPSI, de Isabel M. Haeussler y Teresa Marchant. El test evalúa el desarrollo psíquico del niño en tres áreas básicas: Motricidad, Coordinación y Lenguaje mediante la observación de la conducta de niño frente a situaciones propuestas por el examinador; y realiza un “screening” detectando en forma grosera riesgos o retrasos en este desarrollo. El tipo de

¹⁰⁸ Caldwell, B. y Bradley, R.; *HOME: Observation for Measurement of the Environment Administration Manual*.1984

administración es individual, y las edades de aplicación fluctúan entre 2 años, 0 meses, 0 días y 5 años, 0 meses, 0 días.

El Test está compuesto por 52 ítems organizados en tres áreas o subtest:

1. El subtest Motricidad evalúa en 12 ítems la habilidad del niño para manejar su propio cuerpo a través de conductas como coger una pelota, saltar en un pie, caminar en puntas de pie, pararse en un pie durante un cierto tiempo.

2. El subtest Coordinación evalúa en 16 ítems la habilidad del niño para coger y manipular objetos y para dibujar, a través de conductas como construir torres con cubos, enhebrar una aguja, reconocer y copiar figuras geométricas, dibujar una figura humana.

3. El subtest Lenguaje evalúa en 24 ítems aspectos de comprensión y de expresión de éste, a través de conductas tales como nombrar objetos, definir palabras, verbalizar acciones, describir escenas representadas en láminas.

Material para su administración:

a- una batería de prueba compuesta por: dos vasos plásticos de 7 cm de alto; una pelota de tenis amarilla; hojas de registro del test; 12 cubos de madera de 2,5 cm de lado; estuche de genero de 20 X 10 cm que se cierre con tapa sobre puesta del mismo material, con dos ojales de 3 cm a una distancia de 5 cm entre sí, y que empalmen con dos botones de 2 cm de diámetro, cosidos; aguja de lana con punta roma; hilo de volantín (30 cm); tablero de madera o cartón de 10 X 15 cm con 3 pares de hojalillos perforados separados entre sí por 3 cm; un cordón de zapato; lápiz de mina N° 2 sin goma

atrás; tablero de 20 cm de lado con cuatro barritas pegadas (de 15, 12, 9 y 6 cm de largo por 2 cm de ancho) y tres barritas sueltas (de 13,5; 10,5 y 7,5 cm de largo por 2 cm de ancho); bolsa de 10 x 15 cm de genero rellena con arena; bolsa de 10 x 15 cm de genero rellena con esponja; tres cuadrados de papel de 10 cm de lado (amarillo, azul y rojo) con repuesto; un globo; un cuadernillo con 17 láminas numeradas del 1 al 17 (línea recta, círculo, cruz, triángulo, cuadrado, grande-chico, mas-menos, animales, objetos, largo-corto, acciones, figuras geométricas, escena, escena, absurdo, plurales, antes-después).

b- un manual de administración, que describe las instrucciones específicas para administrar cada ítem.

c- un protocolo u hoja de registro, que se utiliza para recoger los resultados obtenidos por el niño. La primera hoja contiene datos del niño y sus padres y resume los resultados obtenidos por el niño en cada subtest y en el Test, tanto en forma cuantitativa como gráfica; en la segunda y tercera hoja del protocolo se registran los resultados obtenidos por el niño en cada ítem de los tres subtest.

Este instrumento permite arribar a tres categorías posibles del Perfil Psicomotor del niño: Normal, Riesgo o Retraso.

FUENTES SECUNDARIAS:

- *Recopilación documental:*
- A. Legajo de cada niño que concurre al Jardín, en el que constan datos personales de:
 - el niño: lenguaje, hábitos, aspectos vinculares, emocionales y de controles de salud.
 - la familia: datos filiatorios, constitución familiar, situación laboral, nivel de instrucción, religión, cobertura social.
 - B. Informes sobre las características socio ambientales de los grupos familiares de los niños elaborados por la Trabajadora Social del Jardín, en el que constan datos referentes a las características de la vivienda y servicios públicos disponibles.
 - C. Cuadernos de Salud de los niños, en el que constan los controles pediátricos, de vacunación, datos de embarazo y parto, estado nutricional actual del niño, antecedentes de enfermedades, internaciones y traumatismos en el niño.

PRUEBA PILOTO:

Se realizó una prueba piloto en la cual se seleccionaron tres unidades de análisis (las cuales no formaron parte de la muestra), se les aplicaron las técnicas observación estructurada y entrevista a las familias.

Durante dicha prueba, en la ejecución de la Entrevista se pudieron detectar y corregir errores de redacción tales como la repetición de los ítems 2.4.2 y 5.6 (Anexo 1), por lo cual este último fue eliminado del Cuestionario; asimismo se anexó una pregunta a fin de medir más específicamente la variable colecho, que no había sido incluida anteriormente y que fuera necesaria para la investigación (ver Anexo 2 Cuestionario Semiestructurado ítem 5.7).

Para la Observación Estructurada del niño, se redujo la cantidad de niños para ser observados simultáneamente de 3(tres) a 1(uno) por observadora, ya que la cantidad de unidades de análisis, dificultaba el registro de las conductas en el tiempo estipulado. De esta manera se redujo el margen de error en la recolección de los datos.

Se tuvo en cuenta la selección de momentos o ejes de la jornada escolar en que los estímulos que provocaban -o no- las conductas a observar en los niños (ítems de la Planilla de Observación) estuvieran siempre presentes:

- Para observar los ítems Capacidad de relacionarse socialmente, Capacidad de resolución de problemas e Iniciativa se tomaron en cuenta el juego libre en sala y en el patio, juegos de mesa y juegos dirigidos por la docente, Educación Física, almuerzo y merienda.
- Para observar Creatividad y Capacidad de Comunicación se seleccionó el módulo de Expresión Corporal y Educación Física, así

como la ejecución de dibujo y modelado, en modalidad libre y dirigida por la docente.

- Para observar Tolerancia a la frustración se tomó en cuenta el módulo de Educación Física, almuerzo y merienda.
- Para observar Actividad lúdica se tomó en cuenta el Juego libre en sala y patio.

TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LOS DATOS:

Para la medición de los datos se inició el trabajo de campo, con el relevamiento de fuentes secundarias. Los datos obtenidos de informes de la Trabajadora Social y las maestras de la institución, de los cuadernos de salud y legajos de cada niño, fueron recogidos dentro del horario de la jornada escolar, y volcados en una planilla de registro diseñada por las tesisistas. (Ver Anexo I: Registro de datos de fuentes secundarias).

Posteriormente se citó a la madre/padre y o tutor para completar la Entrevista (Ver Anexo I: Cuestionario a madre/padre o tutor). Se recurrió a la modalidad entrevista, considerando que la mayoría de las familias podría poseer un bajo nivel de instrucción. Las categorías de respuesta se definieron como: "SI" cuando la respuesta de madre, padre o tutor fuera positiva y "NO" cuando la respuesta fuera negativa.

Vale la pena mencionar que para la aplicación del *Cuestionario semiestructurado*, se nos presentaron dificultades al momento de concretar la entrevista con los padres, dado que las familias aludían que no contaban con tiempo, ni recursos económicos para concurrir al Jardín. En algunos casos se

ausentaban el día que había sido pautada la misma, motivo por el cual fue necesario visitar el domicilio.

Todos estos datos se complementaron con:

- El Test de Desarrollo psicomotor (TEPSI) el cual fue aplicado por las tesisistas en el Jardín de infantes, dentro de la jornada escolar. Se evaluó el desarrollo del niño en tres áreas (Motricidad, Coordinación y Lenguaje) mediante la observación de la conducta de niño frente a situaciones propuestas por el examinador; luego se realizó un “*screenning*” detectando riesgos o retrasos en este desarrollo. El mismo permitió arribar a tres categorías posibles del Perfil psicomotor del niño (Normal, Riesgo o Retraso). El tipo de administración fue *individual*.

El material utilizado fue una batería de pruebas que contiene los elementos necesarios para la evaluación; un manual de administración, que describe las instrucciones específicas para administrar cada ítem y un protocolo u hoja de registro, que se utiliza para recoger los resultados obtenidos por el niño.

- La observación estructurada se realizó en el Jardín de infantes, durante distintos momentos o ejes de la jornada escolar, previo acercamiento y conocimiento mutuo entre observadoras y niños, para no condicionar respuestas por resultar personas desconocidas al momento de la medición.

Las tesisistas fueron las *Observadoras* de campo adoptando una posición *No Participante, dinámica*. El medio de observación adoptado fue *Directo*, registrando conductas presentes en el juego en el mismo momento en el que ocurrían.

Se observaron las *unidades de análisis* de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión que fueron establecidos para el presente trabajo. Cada observador tomó una unidad de análisis para la observación.

Los datos obtenidos fueron registrados en una *Ficha o Planilla de observación del niño* elaborada por las tesoristas, que contiene las diferentes conductas o comportamientos que se quieren observar en los niños. Consta de ítems "Observación" para consignar datos que sean relevantes para el observador a los fines de la investigación y que no estén contemplados en forma directa en la planilla (Ver Anexo I).

Cada *Unidad de observación* o indicador durante el juego fue "SI" cuando la conducta aparecía una o más veces y "NO" cuando la conducta no apareció. El tiempo total de observación por cada unidad de análisis fue aproximadamente de dos horas. Una hora en la sala del jardín, y una hora repartida entre el patio y el almuerzo en el salón.

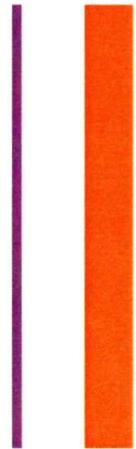
En la primer etapa de la investigación el nivel de medición de variables utilizado fue Nominal: se otorgó un valor de 0 (cero) para las respuestas "NO" y 1 (uno) para las respuestas "SI". En una segunda etapa de medición, y de acuerdo a la sumatoria de la indización, ambas variables (Factores de riesgo y Factores protectores) adquirieron un nivel de medición Ordinal, arrojando las categorías "Presencia alta", "Presencia Medio-Alta", "Presencia Medio-Baja" y "Presencia Baja".

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Debido al nivel de medición de la variable y a los objetivos de la investigación se realizó un análisis cuantitativo de los datos mediante técnicas de Estadística Descriptiva, utilizando frecuencias absolutas, porcentajes, tablas univariadas y bivariadas y gráficos específicos.



Definición de las variables de estudio



FACTORES PROTECTORES

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

Son aquellas características, hechos o situaciones propias del niño o de su entorno que elevan su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial aun con la presencia de factores de riesgo (Vélez, 2007).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Los factores protectores se pueden clasificar en Personales, Familiares y Comunitarios.

Factores protectores personales o individuales: son aquellas características propias del niño que disminuyen la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial aun con la presencia de factores de riesgo. Se consideran factores protectores individuales:

- Actividad lúdica: modalidad de juego que caracteriza al niño. Se observa a través de los siguientes indicadores.
 - Elección de juegos y juguetes (de acercamiento previo)
 - Modalidad de juego (plasticidad, se observa cuando el niños expresa diferentes situaciones, puede cambiar de actividad y variar la selección de objetos para jugar)
 - Habilidades de manipulación (posibilidad de prensión y manejo del lápiz, encaje, encastre) y alternancia de miembros
 - Adecuación a la realidad (acepta el encuadre témporo-espacial, capacidad de jugar en un contexto particular que incluye espacio, tiempo, explicitación de roles y finalidad definidas).

- Adecuada Independencia o Autonomía para su edad evolutiva: Consiste en la habilidad del niño para decidir, expresar y desenvolverse en todas las actividades de manera independiente del grupo de pares, la familia y la maestra.

Se considera adecuada cuando:

- Puede comer solo, lavarse (manos, cara), vestirse (con asistencia ocasional), desvestirse, abrochar y desabrochar, subir cierres, poner calzado.
- Controla esfínteres diurnos y nocturnos, aseo en el baño (solo o con asistencia).
- Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro.
- Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad buscando explicaciones a los hechos.

- Capacidad de relacionarse socialmente: habilidad para vincularse, participar en actividades y compartir experiencias de juego y aprendizaje con otros niños de su edad y con otros adultos. Se manifiesta cuando:

- Participa activamente de las actividades grupales propuestas desde el Jardín.
- Tiene amigos y compañeros del jardín con los que le gusta compartir (en juego en paralelo o con interacción).
- Comparte juegos y actividades con sus hermanos.
- Comparte juegos y actividades con vecinos del barrio.
- Reconoce sus relaciones de parentesco.

- Capacidad para resolver problemas: Consiste en la capacidad de seguir consignas y la aptitud para solicitar ayuda en caso de necesitarla.

Se evidencia cuando:

- Puede pedir ayuda para resolver los problemas.
- Respeta consignas.
- Establece relaciones de tiempo, espacio y causalidad.
 - Iniciativa: conductas de exploración y actividades constructivas.

Es adecuada cuando:

- manifiesta curiosidad y explora objetos y situaciones nuevas.
- logra construir un todo a partir de las partes.
- propone actividades y/o juegos.
- inicia y mantiene diálogos con pares y adultos.
 - Creatividad: capacidad para usar su imaginación y transformar las

cosas, innovando.

Se observa:

- en el juego (imagina situaciones, adjudica o asume roles).
- en el dibujo y modelado (crea sus propias producciones).
- en la música, cantos, el baile (crea sus propias producciones).
 - Capacidad de comunicación: disposición por parte del niño de expresar y escuchar sentimientos y necesidades que se van manifestando en las relaciones con su grupo familiar y de pares. Se manifiesta cuando:

- Demuestra los sentimientos positivos y negativos (celos, irritación, alegría, afecto).
- Puede usar la palabra para expresar sus necesidades y estados emocionales.
- Disfruta y se expresa a través de la música, el baile.
 - Adecuada tolerancia a la frustración para su edad evolutiva:

capacidad de espera, por parte del niño ante las expectativas que no se

cumplen y la aceptación de circunstancias desagradables. Los indicadores de una buena tolerancia a la frustración consisten en

- Capacidad para aceptar límites.
- Capacidad de espera.
- Capacidad de aceptar cuando le marcan sus errores.
- Que se puede perder o ganar cuando participa de un juego o competencia.

Factores protectores Familiares: son aquellas características favorables del ambiente y del grupo familiar al que pertenece un niño. Estos son:

- Modelo afectivo de apego seguro: modalidad de relación afectiva establecida ente padres e hijos. Se observa cuando existe:
 - Expresión verbal y afectiva de los padres a sus hijos.
 - Capacidad de establecer límites y normas en el hogar.
 - Comunicación abierta entre los miembros de la familia.
 - Presencia de la figura paterna
 - Existencia de una persona adulta significativa para el niño.
- Pautas de crianza:
 - Atención adecuada de la salud del niño (vacunas y revisiones, control pediátrico).
 - Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación complementaria oportuna.
 - Higiene adecuada del niño y su entorno.
 - Respeto por el sueño y descanso del niño; mantener orden en cuanto a horarios y espacios.

- Hitos fundamentales del desarrollo psicomotor del niño acorde a edad evolutiva: referencia del padre/madre y / tutor de edad de aparición de sostén cefálico, posición sedente, marcha, destete, lenguaje, alimentación independiente. (Se considerará factor protector cuando 5 o más de estos hitos se hallan cumplido en edad evolutiva acorde).
- Estimulación del ambiente familiar-social:
 - Actividades compartidas de los padres con los hijos (canciones, cuentos, visitas, viajes, paseos).
 - Aprendizaje de actividades extra escolares (música, deportes); juguetes y juegos adecuados a la edad.
 - Enseñanza de buenas costumbres; preocupación de los padres por el aprendizaje del niño.

Factores protectores Comunitarios: son aquellas características que presenta la red comunitaria a la que pertenece un individuo y que favorecen su desarrollo. Estas son:

- Accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención de la salud.
- Accesibilidad al sistema educativo.
- Participación en la comunidad en actividades y grupos como:
 - Asistencia a eventos de la comunidad.
 - Voluntariado; ser miembro de un grupo organizado como un deporte, la iglesia o grupo profesional.
 - Participación en la toma de decisiones en juntas y/o redes.

- Cobertura de uno o más programas sociales en relación a las necesidades de las familias.

FACTORES DE RIESGO

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

Es toda característica o circunstancia detectable de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso¹⁰⁹

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

En Prevención Primaria este término incluye todas aquellas condiciones adversas observables o identificables pudiendo ser una y/o la combinación de varias que actúan sobre la población expuesta a las mismas, aumentando la probabilidad de que ocurran daños permanentes y/o transitorios en su salud.

Estas pueden ser

- de orden **biológico**, como:

Bajo peso al nacer, edad gestacional (pretérmino), enfermedades, internaciones, traumatismos, enfermedades y/o características desfavorables en el embarazo, estado nutricional actual no acorde a lo esperable para la edad.

- **ambientales** tales como:

Características edilicias deficientes o desfavorables de la vivienda (materiales de los pisos, techo y paredes, número de ambientes), de dominio (cantidad de personas que la habitan en relación con la cantidad de ambientes de la casa (hacinamiento), falta de servicios como agua, gas, luz y sanitarios.

- **relacionados con los hábitos del niño** como:

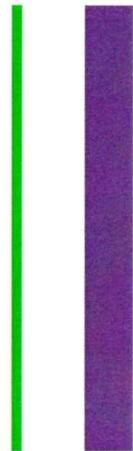
¹⁰⁹ Cusminsky, M. y Cols.; *Manual de Crecimiento y desarrollo del niño*; OPS .OMS; Serie Paltex; N° 8 1986. Pág. 18.

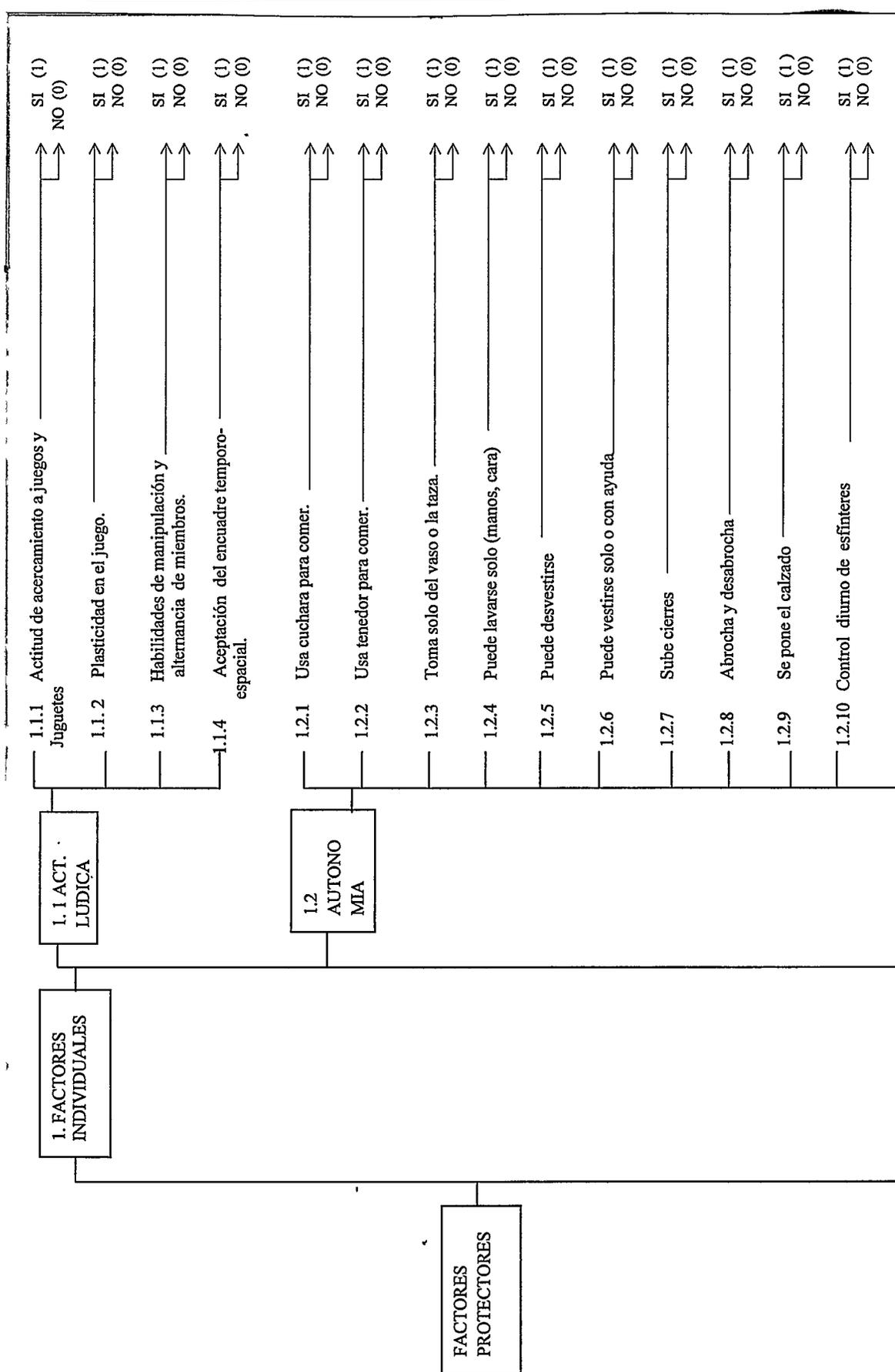
Alimenticios (uso prolongado de mamadera y chupete, lactancia materna prolongada, destete precoz, ausencia de lactancia materna), sueño (colecho, cohabitación), higiene (dificultades en el control de esfínteres, baja del aseo personal y baño), juego (características no acordes como: rigidez, estereotipia, poca comunicación, poco contacto social, movimientos inadecuados y actitud dependiente), vestido (dependencia).

- **relacionados con la atención de la salud** (vacunación incompleta, no asistencia a controles pediátricos)
- **socio-culturales** (bajo nivel de instrucción de los padres y/o cuidadores)
- **económicos** (desocupación laboral de los padres y/o cuidadores, bajos ingresos mensuales promedio)
- **vinculares:** circunstancias familiares desfavorables como enfermedad mental o abuso de sustancias en la familia, antecedentes delictivos en el grupo familiar, eventos estresantes (catástrofes climáticas o ambientales, muerte o enfermedad prolongada de persona del entorno cercano, migraciones constantes), desorganización familiar/conflictos familiares.



Operacionalización de las variables de estudio





ADDS 2
INV 4769

- 1.2.11 Control nocturno de esfinteres SI (1)
 NO (0)
- 1.2.12 Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro SI (1)
 NO (0)
- 1.2.13 Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad buscando explicaciones a los hechos SI (1)
 NO (0)

1.3 CAP. DE REL. SOCIALMENTE

- 1.3.1 Participa activamente de las actividades grupales propuestas por las diferentes áreas pedagógicas. SI (1)
 NO (0)
- 1.3.2 Tiene amigos y compañeros de Jardín con los que le gusta compartir (en juego en paralelo o con interacción). SI (1)
 NO (0)
- 1.3.3 Comparte juegos y/o actividades con sus hermanos SI (1)
 NO (0)
- 1.3.4 Comparte juegos y/o actividades con vecinos del barrio SI (1)
 NO (0)

1.4 RESOL. DE PROBLEMAS

- 1.4.1 Puede pedir ayuda para resolver los problemas. SI (1)
 NO (0)
- 1.4.2 Establece relaciones de tiempo SI (1)
 NO (0)
- 1.4.3 Establece relaciones de espacio SI (1)
 NO (0)
- 1.4.4 Establece relaciones de causalidad SI (1)
 NO (0)
- 1.4.5 Respeta consignas SI (1)
 NO (0)

1.5 INICIATIVA

- 1.5.1 Manifiesta curiosidad y explora objetos y situaciones nuevas. SI (1)
 NO (0)

- 1.5.2 Logra construir un todo a partir de las partes. SI (1)
NO (0)
- 1.5.3 Propone actividades y/o juegos SI (1)
NO (0)
- 1.5.4 Inicia y mantiene diálogos con otras personas SI (1)
NO (0)

1.6 CREATIVIDAD

- 1.6.1 En el juego (imagina situaciones, adjudica o asume roles) SI (1)
NO (0)
- 1.6.2 En el dibujo y modelado (crea sus propias producciones) SI (1)
NO (0)
- 1.6.3 En la música, cantos y baile (crea sus propias producciones) SI (1)
NO (0)

1.7 COMUNICACION

- 1.7.1 Manifiesta sentimientos positivos y negativos (celos, irritación, alegría, afecto) SI (1)
NO (0)
- 1.7.2 Puede usar la palabra para expresar sus necesidades y estados emocionales SI (1)
NO (0)
- 1.7.3 Disfruta y se expresa a través de la música, el baile SI (1)
NO (0)

1.8 TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

- 1.8.1 Puede aceptar cuando se fijan los límites SI (1)
NO (0)
- 1.8.2 Puede esperar turnos SI (1)
NO (0)
- 1.8.3 Puede aceptar cuando le marcan sus errores SI (1)
NO (0)
- 1.8.4 Puede aceptar que se puede perder o ganar cuando participa de un juego o competencia. SI (1)
NO (0)

2. FACTORES FAMILIARES

2.1 MODELO AFECTIVO

- 2.1.1 El niño recibe respuestas a sus preguntas SI (1) NO (0)
- 2.1.2 Se incluye al niño en las conversaciones SI (1) NO (0)
- 2.1.3 En la casa se le dice al niño qué cosas hace bien SI (1) NO (0)
- 2.1.4 Se le habla al niño de buena manera. SI (1) NO (0)
- 2.1.5 El niño recibe muestras de cariño. SI (1) NO (0)
- 2.1.6 Si el niño dice malas palabras se le corrige. SI (1) NO (0)
- 2.1.7 En casa se ponen límites al niño o se enseñan las reglas de convivencia SI (1) NO (0)
- 2.1.8 El niño pasa tiempo con su padre por lo menos 4 días a la semana SI (1) NO (0)
- 2.1.9 Presencia de un adulto significativo por el cual el niño sienta un afecto especial. SI (1) NO (0)

2.2 PAUTAS DE CRIANZA

- 2.2.1 El niño recibió controles pediátricos en el último año. SI (1) NO (0)
- 2.2.2 El niño recibió vacunación completa. SI (1) NO (0)
- 2.2.3 El niño tiene cobertura social. SI (1) NO (0)
- 2.2.4 El niño tomo pecho hasta el año. SI (1) NO (0)
- 2.2.5 En el hogar hay horarios para comer. SI (1) NO (0)

2.3 ESTIM.
 AMBIEN
 TE FAMI
 LIAR-
 SOCIAL

2.2.6 En el hogar se respeta el horario del sueño. SI (1) NO (0)

2.2.7 El niño se baña todos los días. SI (1) NO (0)

2.2.8 El niño duerme en una habitación separada de los padres. SI (1) NO (0)

2.2.9 El niño tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa. SI (1) NO (0)

2.2.10 Cumple/alcanza hitos fundamentales del desarrollo psicomotor acordes a edad evolutiva. SI (1) NO (0)

2.3.1 El niño tiene mascota. SI (1) NO (0)

2.3.2 El niño come en la mesa con la familia. SI (1) NO (0)

2.3.3 El niño realiza actividades al aire libre con alguien de la familia. SI (1) NO (0)

2.3.4 Algún integrante de la familia le lee cuentos al niño. SI (1) NO (0)

2.3.5 El niño sale de paseo. SI (1) NO (0)

2.3.6 El niño visita un circo, teatro, zoológico o museo. SI (1) NO (0)

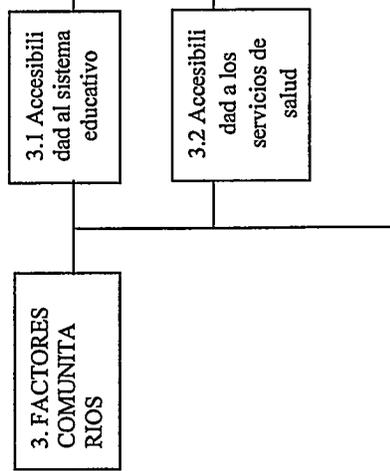
2.3.7 El niño conoce la playa. SI (1) NO (0)

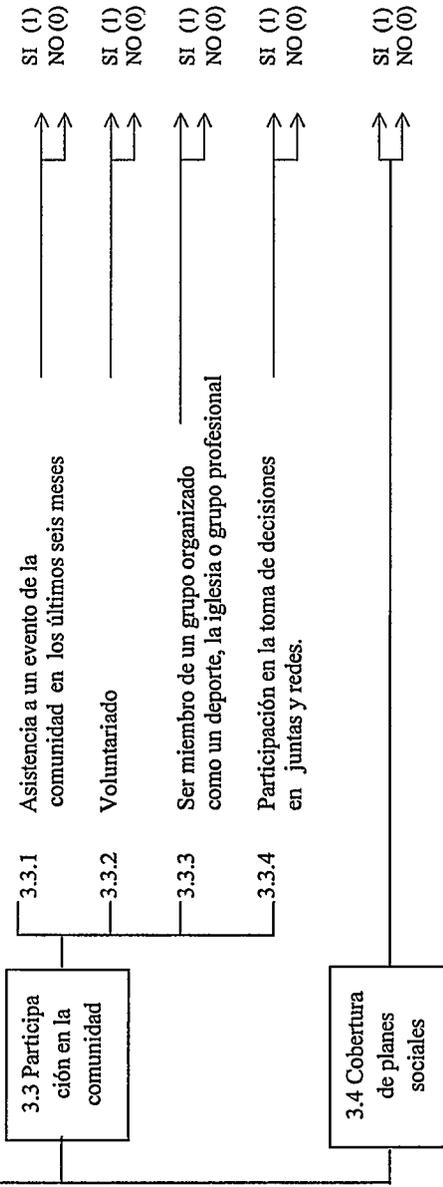
3.2.8 El niño ha viajado en tren o colectivo en el último año. SI (1) NO (0)

2.3.9 El niño aprende algún deporte, baile o instrumento. SI (1) NO (0)

2.3.10 El niño juega en la plaza con hermanos o vecinos. SI (1)

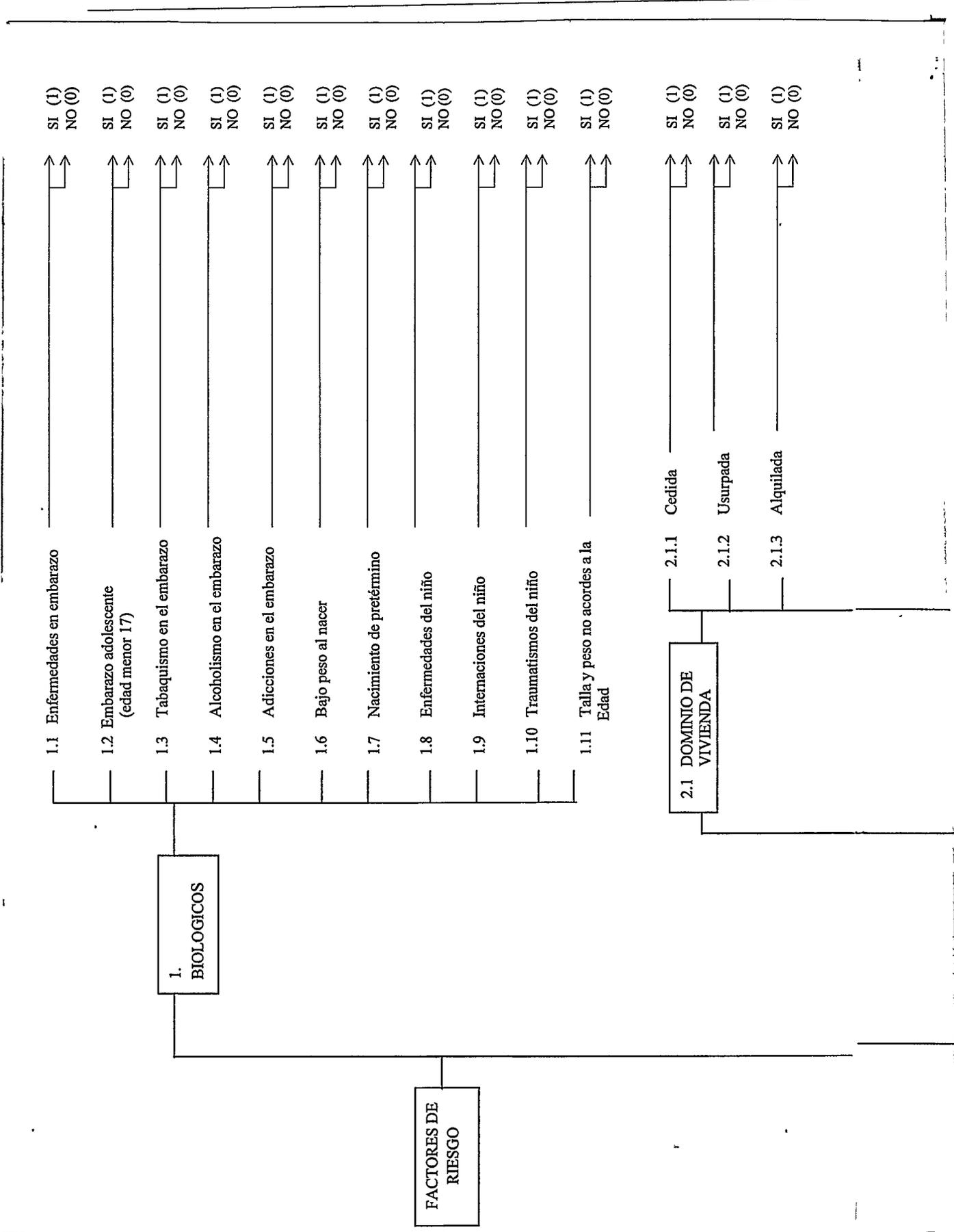
2.3.11	Tiene algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores.	↑	NO (0)
2.3.12	Tiene algún juguete o libro que enseñe formas, tamaños o números.	↑	SI (1) NO (0)
2.3.13	Tiene algún juguete o libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás.	↑	SI (1) NO (0)
2.3.14	Tiene algún rompecabezas.	↑	SI (1) NO (0)
3.2.15	Tiene algún instrumento musical real o de juguete.	↑	SI (1) NO (0)
3.2.16	Tiene algún CD o conoce canciones de música.	↑	SI (1) NO (0)
2.3.17	Juega con lápices, témperas o masas.	↑	SI (1) NO (0)
2.3.18	Tiene libros de cuentos infantiles.	↑	SI (1) NO (0)
2.3.19	Visita o recibe visitas, por lo menos dos veces al mes.	↑	SI (1) NO (0)
2.3.20	La familia participa de las actividades escolares.	↑	SI (1) NO (0)

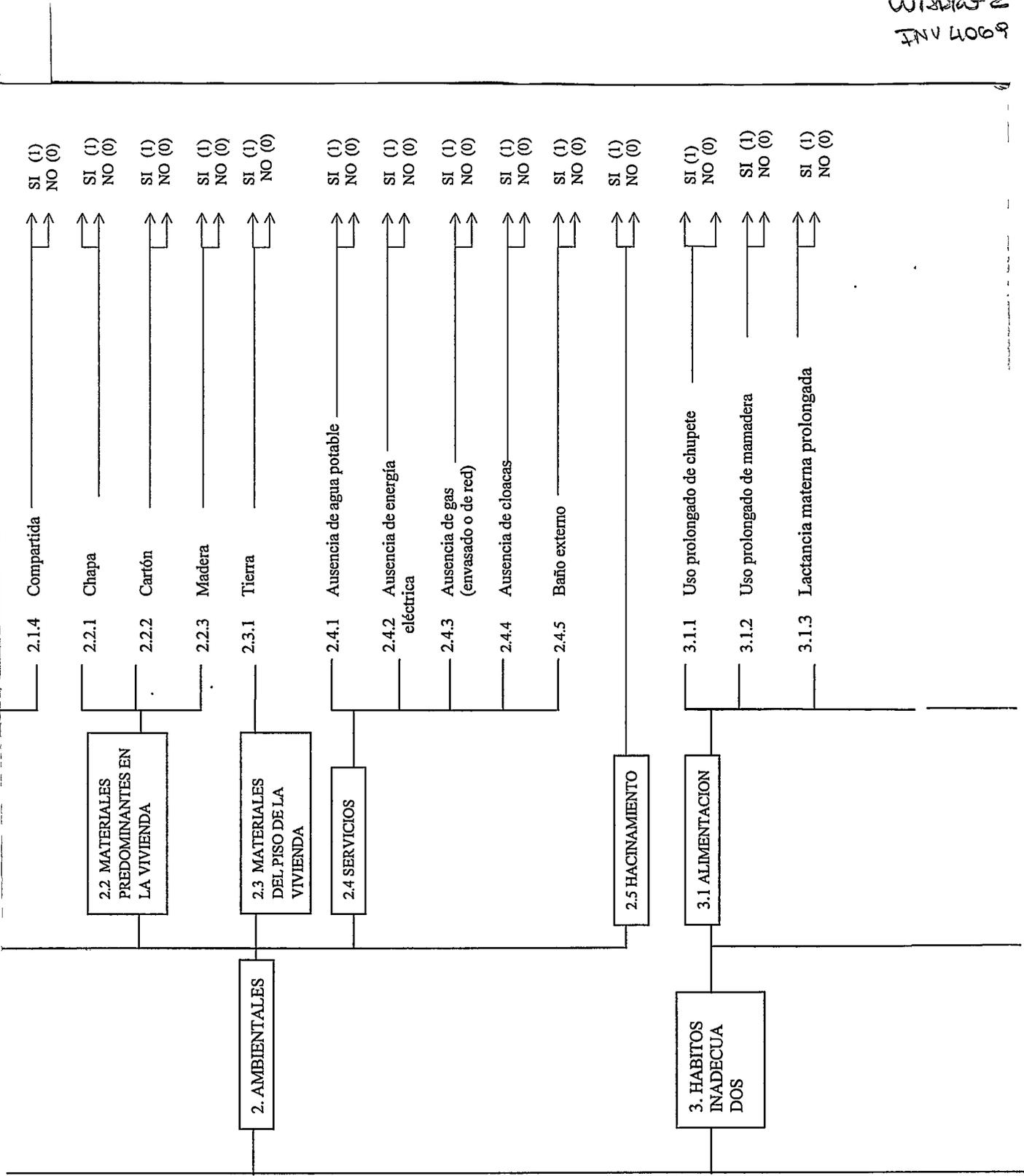




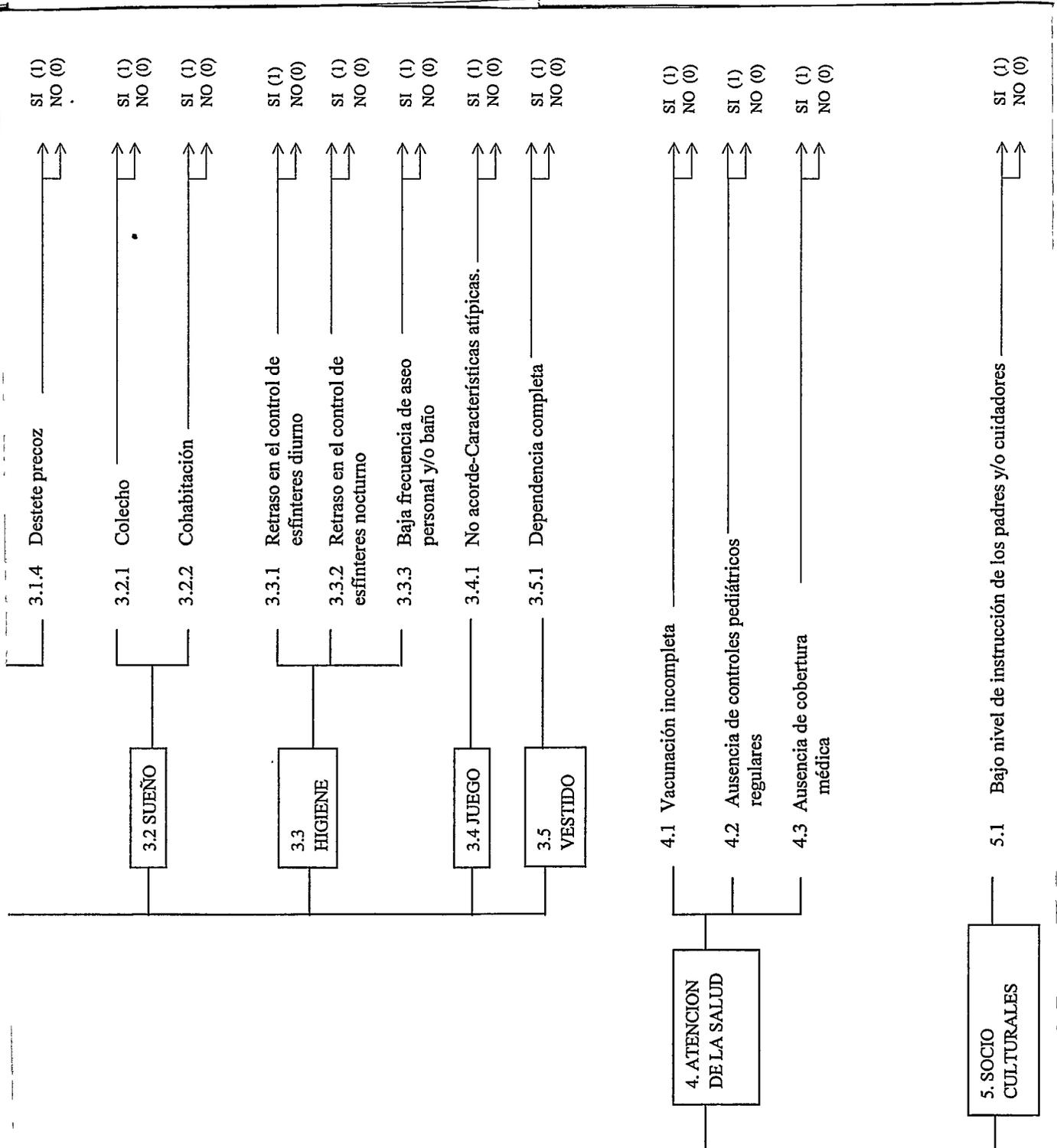
CATEGORIAS DE LA VARIABLE

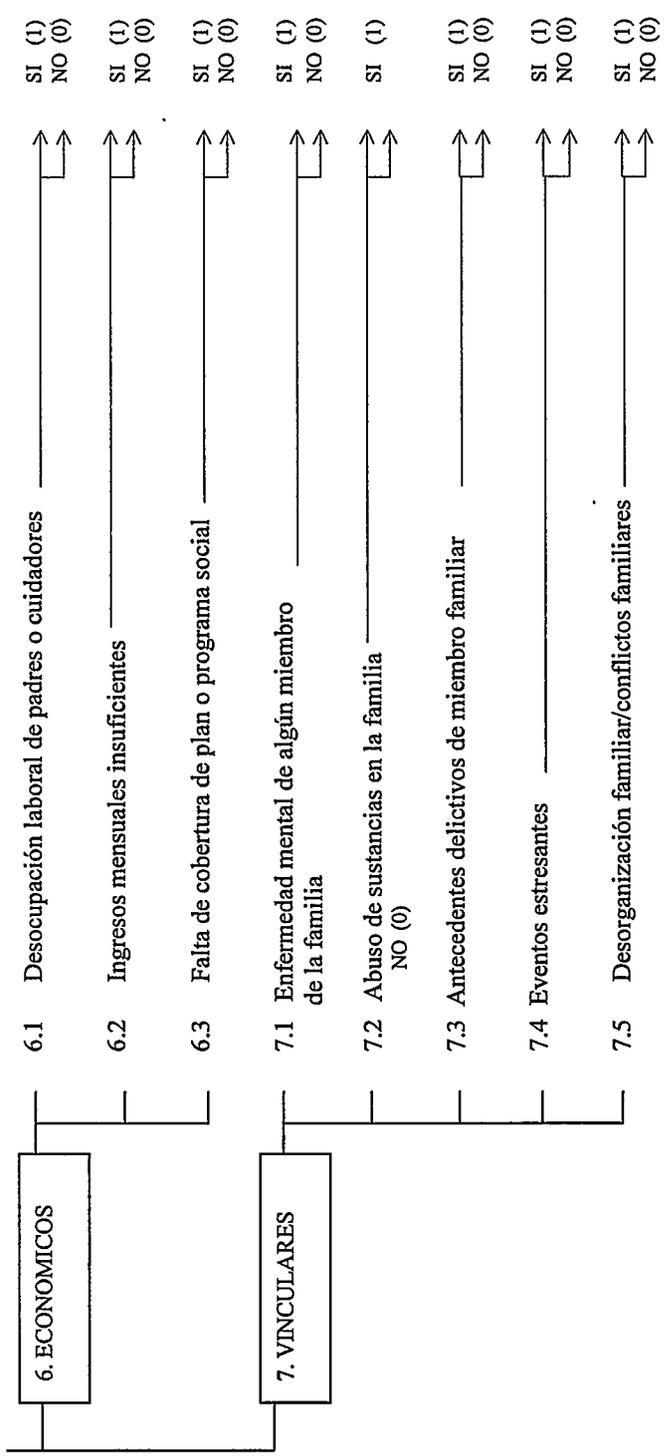
FACTORES PROTECTORES	PRESENCIA ALTA	68 - 90 presentes
	PRESENCIA MEDIO-ALTA	46 - 67 presentes
	PRESENCIA MEDIO-BAJA	24 - 45 presentes
	PRESENCIA BAJA	1 - 23 presentes





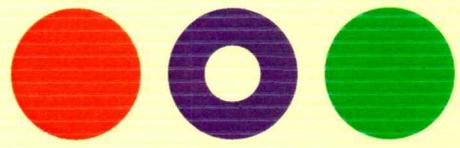
SI (1)
NO (0)



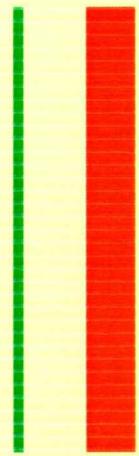


CATEGORIAS DE LA VARIABLE

FACTORES DE RIESGO	PRESENCIA ALTA	37 – 48 presentes
	PRESENCIA MEDIO-ALTA	25 – 36 presentes
	PRESENCIA MEDIO-BAJA	13 – 24 presentes
	PRESENCIA BAJA	1 – 12 presentes



Resultados



ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Perfil de Desarrollo Psicomotor

En relación al objetivo de investigación que buscó conocer el **Perfil Psicomotor** de los niños,-utilizando como instrumento el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)- se observa que el mayor porcentaje (65,4%) de un total de 26 niños evaluados presenta un Perfil de Desarrollo Psicomotor Normal, un 23,1% presenta Riesgo y el 11,5% presenta Retraso (ver Tabla 1, Gráfico 1). Consideramos relevante destacar algunas observaciones realizadas durante la toma del Test, relacionadas con conductas que se repitieron en varios casos, como lentitud en la ejecución de las respuestas y dificultades en el niño para centrar la atención.

Tabla 1. Distribución de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, según el Perfil del Desarrollo Psicomotor, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Nivel de Desarrollo Psicomotor	Nº	%
Normal	17	65,4
Riesgo	6	23,1
Retraso	3	11,5
Total	26	100,0

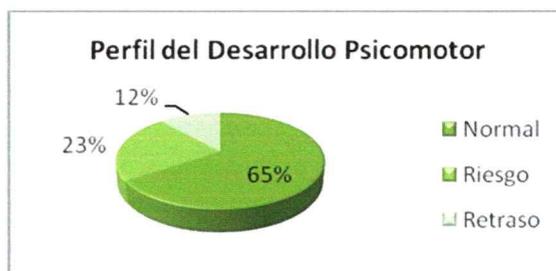


Gráfico 1

Los niños evaluados presentan, en el área Coordinación, un Perfil de Desarrollo Normal en el 76,9% de los casos, un 15,4% presenta Riesgo y el 7,7% presenta Retraso. Consideramos importante señalar que, a pesar de

contar con un porcentaje alto de unidades de análisis incluidas dentro del rango de normalidad, en el ítem que evalúa el dibujo de la figura humana, se observan respuestas no acordes a la edad evolutiva (figuras desorganizadas sin cuerpo, trazos débiles, presión inadecuada).

En el área Lenguaje, presentan un Perfil Normal el 69,2% de los niños evaluados, un 19,2% presenta Riesgo y el 11,5% presenta Retraso. En cuanto al desempeño del niño en esta área se observó pobreza en el vocabulario e inhibición en la denominación.

En el área Motricidad, presentan un Perfil Normal el 65,4% de los niños evaluados, un 26,9% presenta Riesgo y el 7,7% de los casos presenta Retraso (ver Tabla 2, Gráfico 2). El aumento del porcentaje de riesgo y la disminución del porcentaje ubicado en el rango de normalidad, podría relacionarse con la inestabilidad en las respuestas esperadas para la edad evolutiva, observadas en el desempeño de los niños en el área Motricidad. Dicha inestabilidad impresiona estar vinculada con las dificultades presentadas en el dibujo de la figura humana, la presión inadecuada y la debilidad de los trazos antes mencionadas.

En este punto observamos cómo, a medida que disminuye el porcentaje de normalidad en las tres áreas, aumenta la vulnerabilidad hacia un perfil de Riesgo o Retraso psicomotor.

Tabla 2. Áreas del Perfil Psicomotor en todos sus niveles, correspondientes a 26 niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Áreas del Desarrollo Psicomotor	Perfil de Desarrollo Psicomotor							
	Normal		Riesgo		Retraso		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Coordinación	20	76,9	4	15,4	2	7,7	26	100,0
Lenguaje	18	69,2	5	19,2	3	11,5	26	100,0
Motricidad	17	65,4	7	26,9	2	7,7	26	100,0



Gráfico 2

Al efectuar una comparación según el sexo de los niños, se encontraron diferencias en el desarrollo psicomotor de los mismos. Del total de las niñas evaluadas, el 80,0% presenta un Desarrollo Psicomotor Normal mientras que un 20,0% tiene Retraso y ninguna presenta Riesgo. Respecto a los varones evaluados, el 56,2% presenta un Desarrollo Psicomotor Normal, un 37,5% presenta Riesgo y solo un 6,2% Retraso (ver Tabla 3, Gráfico 3).

Tabla 3. Distribución del Perfil Psicomotor según sexo, de niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Sexo	Perfil de Desarrollo Psicomotor							
	Normal		Riesgo		Retraso		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N ^a	%
Niños	9	56,2	6	37,5	1	6,2	16	100,0
Niñas	8	80,0	0	0,0	2	20,0	10	100,0



Gráfico 3

Considerando el **Perfil Psicomotor según los años de escolaridad**, los niños con 1 año de escolaridad presentan un desarrollo psicomotor normal en el 40,0% de los casos, en riesgo un 46,6% y con retraso un 13,3%.

Los niños con 2 años de escolaridad presentan un desarrollo psicomotor normal en el 77,8% de los casos y en riesgo un 22,2%.

Los niños con 3 años de escolaridad presentan un desarrollo psicomotor normal en el 100% de los casos (ver tabla 4, Gráfico 4).

Tabla 4. Perfil de Desarrollo Psicomotor según años de escolaridad de niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Años de escolaridad	Perfil de Desarrollo Psicomotor							
	Normal		Riesgo		Retraso		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	6	40,0	7	46,6	2	13,3	15	100,0
2	7	77,8	2	22,2	0	0,0	9	100,0
3	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0



Gráfico 4

Factores de riesgo

En relación al objetivo de investigación que busca conocer la presencia de factores de riesgo de los niños que concurren al jardín y Casa del Niño Juanito Bosco, se encuentra que el factor de riesgo biológico con mayor porcentaje corresponde a las enfermedades del niño (57,7%), seguido de las internaciones del mismo (42,3%), talla y peso actuales no acordes a su edad

(23%), enfermedades de la madre y embarazo adolescente (23,1). En un menor porcentaje se observan nacimiento de pretérmino y traumatismos del niño (15,4%), tabaquismo en el embarazo (11,5%) y bajo peso al nacer (7,7%) (ver tabla 5, Gráfico 5).

Tabla 5. Distribución de Factores de riesgo Biológicos presentes en niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores de riesgo biológico	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermedades en el embarazo	6	23,1	20	76,9	26	100,0
Embarazo adolescente	6	23,1	20	76,9	26	100,0
Tabaquismo en el embarazo	3	11,5	23	88,5	26	100,0
Alcoholismo en el embarazo	0	0,0	26	100,0	26	100,0
Adicciones en el embarazo	0	0,0	26	100,0	26	100,0
Bajo peso al nacer	2	7,7	24	92,3	26	100,0
Nacimiento de pretérmino	4	15,4	22	84,6	26	100,0
Enfermedades del niño	15	57,7	11	42,3	26	100,0
Internaciones del niño	11	42,3	15	57,7	26	100,0
Traumatismo del niño	4	15,4	22	84,6	26	100,0
Talla y peso actual no acordes a la edad	6	23,0	20	77,0	26	100,0

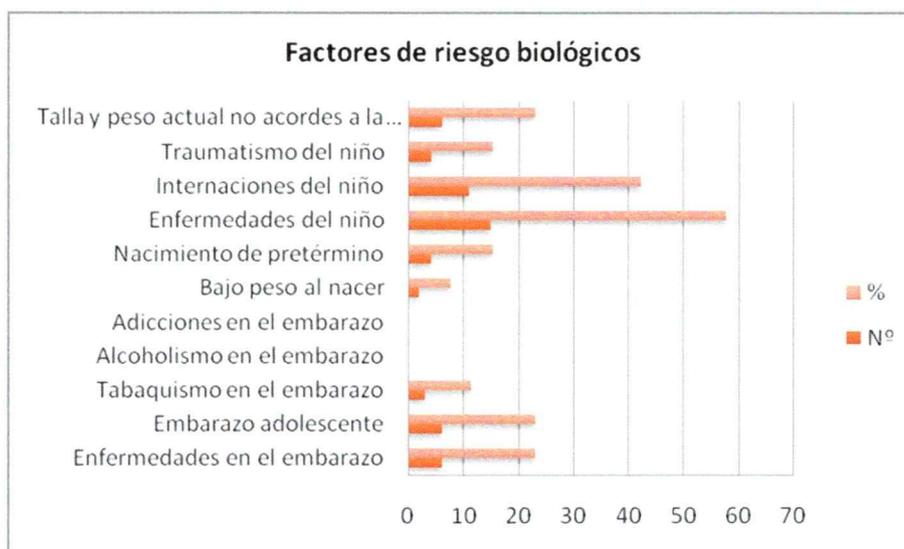


Gráfico 5

En relación a la presencia de factores de riesgo ambientales, se encontró que el 11,5% habita en una vivienda cedida o alquilada, mientras que

un 7,7% los hace en vivienda usurpada y un 3,8% en vivienda compartida (ver tabla 6). El 26,9% habita en vivienda cuyo material predominante es la chapa, mientras que en el 23,1% de las viviendas predomina la madera y en un 7,7% de las mismas el piso es de tierra (ver tabla 7). El 80,8% de las viviendas carece de agua potable, el 46,2% de las mismas carece de cloacas, el 7,7% posee baño externo, un 3,8% no cuenta con energía eléctrica (ver tabla 8) y un alto porcentaje de las familias de los niños (61,5%) vive en condiciones de hacinamiento (ver tabla 9).

Tabla 6. Distribución de Factores de riesgo Ambientales: dominio de la vivienda en que habitan los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Dominio de la vivienda	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cedida	3	11,5	23	88,5	26	100,0
Usurpada	2	7,7	24	92,3	26	100,0
Alquilada	3	11,5	23	88,5	26	100,0
Compartida	1	3,8	25	96,2	26	100,0

Tabla 7. Distribución de Factores de riesgo Ambientales: materiales predominantes de la vivienda en que habitan los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011

Materiales predominantes de la vivienda	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chapa	7	26,9	19	73,1	26	100,0
Cartón	0	0	26	100	26	100,0
Madera	6	23,1	20	76,9	26	100,0
Piso de tierra	2	7,7	24	92,3	26	100,0

Tabla 8. Distribución de Factores de riesgo Ambientales: servicios de la vivienda en que habitan los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011

Servicios de la vivienda	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ausencia de agua potable	21	80,8	5	19,2	26	100,0
Ausencia de energía eléctrica	1	3,8	25	96,2	26	100,0
Ausencia de gas	0	0	26	26	26	100,0
Ausencia de cloacas	12	46,2	14	53,8	26	100,0
Baño externo	2	7,7	24	92,3	26	100,0

Tabla 9 Distribución de Factores de riesgo Ambientales: hacinamiento en la vivienda en la que habitan los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Hacinamiento	Presencia	
	Nº	%
SI	16	61,5
NO	10	38,5
Total	26	100,0

En relación a la presencia de **factores de riesgo relacionados con hábitos inadecuados**, encontramos que, en cuanto al aseo e higiene personal, el 50,0% de los niños presenta baja frecuencia en el aseo personal y/o baño (ver tabla 10); en relación a la alimentación, un 38,5% de los niños presenta destete precoz, un 23,1% lactancia materna prolongada y un porcentaje menor (3,8%) presentó uso prolongado del chupete (ver tabla 11); con respecto al vestido, el 96,2% de los niños no presenta dependencia completa, mientras que un 3,8% sí (ver tabla 12); con relación al sueño, en el 61,5% de los niños hay presencia de cohabitación y existe colecho en el 42,3% de los casos (ver tabla 13).

Tabla 10. Distribución de Factores de riesgo relacionados con hábitos inadecuados en la higiene en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011

Hábitos inadecuados en la higiene	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Retraso en el control de esfínteres diurno	0	0,0	26	100,0	26	100,0
Retraso en el control de esfínteres nocturno	0	0,0	26	100,0	26	100,0
Baja frecuencia en aseo personal y/o baño	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Tabla 11. Distribución de Factores de riesgo relacionados con hábitos inadecuados en la alimentación en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Hábitos inadecuados en la alimentación	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uso prolongado de chupete	1	3,8	25	96,2	26	100,0
Uso prolongado de mamadera	0	0,0	26	100,0	26	100,0
Lactancia materna prolongada	6	23,1	20	76,9	26	100,0
Destete precoz	10	38,5	16	61,5	26	100,0

Tabla 12. Distribución de Factores de riesgo relacionados con hábitos inadecuados en el vestido en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011

Dependencia completa en el vestido	Presencia de factores de riesgo relacionados con hábitos inadecuados en el vestido	
	Nº	%
SI	1	3,8
NO	25	96,2
Total	26	100

Tabla 13. Distribución de Factores de riesgo relacionados con Hábitos inadecuados en el sueño de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Hábitos inadecuados en el sueño	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colecho	11	42,3	15	57,7	26	100,0
Cohabitación	16	61,5	10	38,5	26	100,0

En relación a la presencia de **factores de riesgo relacionados con las características del Juego**, se encontró que solo un 3,8% de los niños presenta características del juego no acordes o con características atípicas (ver tabla 14).

Tabla 14. Distribución de Factores de riesgo relacionados con las características del Juego de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Características no acordes del juego	Presencia	
	Nº	%
SI	1	3,8
NO	25	96,2
Total	26	100,0

En relación a los **factores de riesgo relacionados con la Atención de la salud**, los resultados indican que el 80,8% de los niños no posee cobertura médica (entendida como carencia de Obra Social o Mutual), un 15,4% no recibe controles pediátricos y ninguno de los niños presenta vacunación incompleta (ver tabla 15). La ausencia de cobertura médica podría explicarse por las condiciones informales e inestables del trabajo de los padres de familia. Por otro lado, la concurrencia a la Unidad Sanitaria más cercana, cubriría la asistencia médica básica y controles pediátricos de los niños.

Tabla 15. Distribución de **Factores de riesgo** relacionados con la Atención de la salud de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores de riesgo relacionados con la atención de la salud	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vacunación incompleta	0	0,0	26	100,0	26	100,0
Ausencia de controles pediátricos	4	15,4	22	84,6	26	100,0
Ausencia de cobertura médica	21	80,8	5	19,2	26	100,0

En cuanto a los **factores de riesgo económicos**, encontramos que el 100,0% de las familias posee ingresos mensuales insuficientes, un 84,6% presenta inestabilidad o desocupación laboral de los padres y el 15,4% no cuenta con cobertura o planes sociales (ver tabla 16). Con respecto a los factores de riesgo **socioculturales**, el 76,9% de los padres de los niños posee un bajo nivel de instrucción mientras que un 23,1% no lo presenta (ver tabla 17).

Tabla 16. Distribución de Factores de riesgo Económicos de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores de riesgo económicos	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desocupación/inestabilidad laboral de padres y/o cuidadores	22	84,6	4	15,4	26	100,0
Ingresos mensuales insuficientes	26	100,0	0,0	0,0	26	100,0
Falta de cobertura o plan social	4	15,4	22	84,6	26	100,0

Tabla 17. Distribución de Factores de riesgo Socioculturales de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Bajo nivel de instrucción de los padres	Presencia	
	Nº	%
SI	20	76,9
NO	6	23,1
Total	26	100,0

En relación a los **factores de riesgo vinculares**, se encontró la presencia de eventos estresantes en la familia del niño en un 69,2% de los casos, desorganización familiar en un 53,8%, enfermedad mental y antecedentes delictivos en un 23,1% y abuso de sustancias de algún miembro de la familia en un 19,2% (ver tabla 18).

Tabla 18. Distribución de Factores de riesgo Vinculares de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores de riesgo vinculares	Presencia					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermedad mental de algún miembro de la familia	6	23,1	20	76,9	26	100,0
Abuso de sustancias en la familia	5	19,2	21	80,8	26	100,0
Antecedentes delictivos de miembro familiar	6	23,1	20	76,9	26	100,0
Eventos estresantes	18	69,2	8	30,8	26	100,0
Desorganización familiar	14	53,8	12	46,2	26	100,0

De acuerdo a la indización de la variable factores de riesgo y a las categorías de la misma, en el 57,7% de los niños la presencia de Factores de Riesgo es Medio Baja y en el 42,3% la presencia de estos factores es Baja (ver tabla 19, Gráfico 5). Dentro de las categorías Alta y Medio Alta no se ubico ninguna de las unidades de análisis.

Tabla 19. Distribución en categorías de Factores de Riesgo en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores de Riesgo	Frecuencia	%
Presencia Baja	11	42,3
Presencia Medio Baja	15	57,7
Total	26	100,0

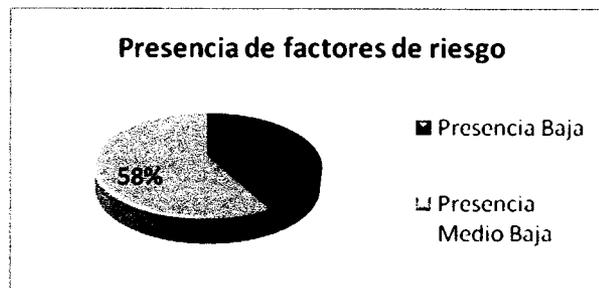


Gráfico 5

Los factores de riesgo de mayor prevalencia presentes en el grupo de estudio, están relacionados con los ingresos mensuales insuficientes del grupo familiar (100,0%) y con la desocupación e inestabilidad laboral (84,6%). Luego se encuentran la ausencia de cobertura médica (Obra Social) y de agua potable en las viviendas (80,8%) y el bajo nivel de instrucción de los padres (76,9%).

En el 69,2% de las familias se observan eventos estresantes, hacinamiento y cohabitación (61,5%) desorganización familiar (53,8%). Consideramos relevante destacar la relación porcentual encontrada entre las condiciones de hacinamiento y la cohabitación.

En relación a los factores de riesgo biológicos se observan con mayor prevalencia las enfermedades (57,7%) e internaciones del niño (42,3%). Entre las principales enfermedades podemos mencionar: eruptivas, respiratorias, gastrointestinales; entre las internaciones se destacan: traumatismos por accidentes domésticos y complicaciones respiratorias.

En cuanto a hábitos inadecuados, se observan colecho (42,3%), baja frecuencia en aseo personal y/o baño (50,0%) y destete precoz (38,5%).

Los factores de riesgo anteriormente citados podrían relacionarse con los altos porcentajes encontrados de riesgo vincular tales como eventos estresantes (69,2%) y desorganización familiar (53,8%). De acuerdo a la recolección de estos datos se registraron como constantes en algunos casos las mudanzas, discusiones familiares, separación de los padres, fallecimientos y violencia familiar. En algunos de los casos se registraron asesinatos y abuso de algún familiar cercano (ver tabla 20, gráfico 6).

Tabla 20. Factores de Riesgo con Mayor prevalencia en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores de riesgo	Nº	%
Biológicos		
Enfermedades del niño	15	57,7
Internaciones del niño	11	42,3
Ambientales		
Ausencia de agua potable	21	80,8
Ausencia de cloacas	12	46,2
Hacinamiento	16	61,5
Hábitos inadecuados higiene		
Baja frecuencia en aseo personal y/o baño	13	50,0
Hábitos inadecuados alimentación		
Destete precoz	10	38,5
Hábitos inadecuados del niño en el sueño		
Colecho	11	42,3
Cohabitación	16	61,5
Atención de la salud		
Ausencia de cobertura medica	21	80,8
Factores económicos		
Desocupación/inestabilidad laboral de padres y/o cuidadores	22	84,6
Ingresos mensuales insuficientes	26	100,0
Factores Socioculturales		
Bajo nivel de instrucción de los padres	20	76,9
Factores vinculares		
Eventos estresantes	18	69,2

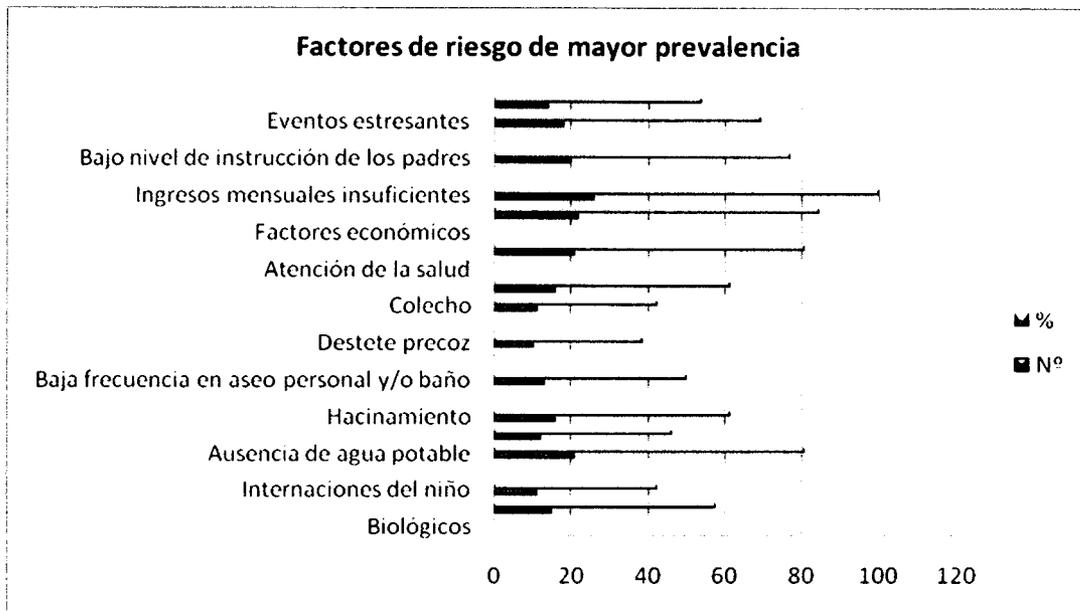


Gráfico 6

Perfil Psicomotor y factores de riesgo

De acuerdo al objetivo de caracterizar el Perfil Psicomotor de acuerdo a la presencia de factores de riesgo, se encontró que dentro de la categoría Presencia baja de factores de Riesgo, el 72,7% de los niños presenta un perfil de Desarrollo Psicomotor Normal, el 9,1% de Riesgo y el 18,2% con Retraso.

Dentro de la categoría Presencia media-baja de factores de Riesgo, el 60,0% de los niños presenta un perfil de Desarrollo Psicomotor Normal, el 33,3% de Riesgo y el 6,7% con Retraso (ver tabla 21, gráfico 7).

Es importante señalar que en el grupo de estudio la vulnerabilidad es una constante, ya que en mayor o menor medida existe presencia de factores de riesgo.

Tabla 21. Perfil de Desarrollo Psicomotor según la presencia de Factores de Riesgo en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores de Riesgo	D.P. Normal		D.P. Riesgo		D.P. Retraso		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Presencia Baja	8	72,7	1	9,1	2	18,2	11	100,0
Presencia Media-Baja	9	60,0	5	33,3	1	6,7	15	100,0
Total	17	65,4	6	23,1	3	11,5	26	100,0

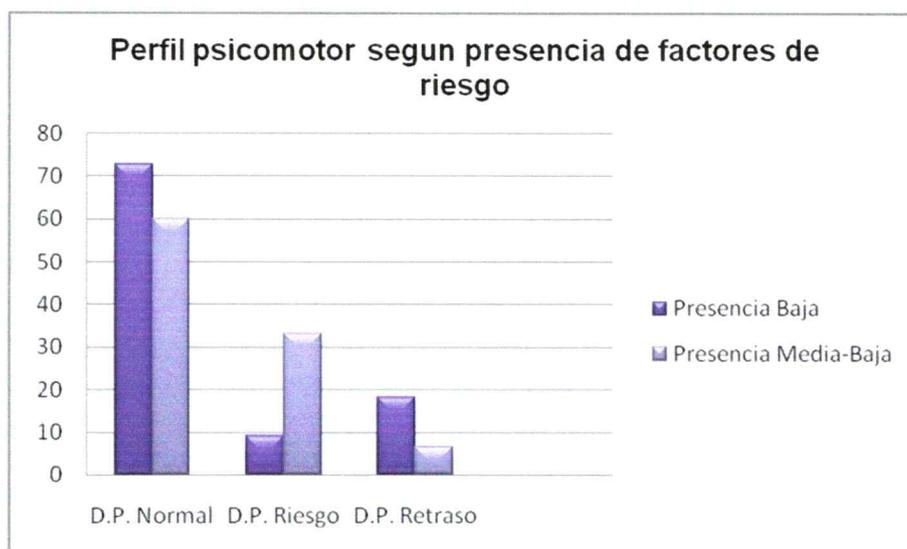


Gráfico 7

Factores protectores

En relación al objetivo de conocer los **factores protectores individuales** presentes en esta población, el 100,0% de los niños posee habilidades de manipulación y alternancia de miembros en el juego; el 96,2% muestra actitud de acercamiento a juegos y juguetes y en el 92,3% se observó plasticidad en el juego y aceptación del encuadre témporo-espacial (ver tabla 22).

Respecto a su autonomía, el 100% de los niños evaluados utilizan cuchara y tenedor para comer, toman solos del vaso, pueden lavarse las manos y controlan esfínteres de día. Un 96,2% puede subir cierres, ponerse calzado y controlar esfínteres de noche. El 92,3% puede desvestirse sin ayuda y el 88,5% puede vestirse solo o con ayuda, abrochar y desabrochar y realizar preguntas para comprender los hechos. El 80% de los niños reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro (ver tabla 23).

Con respecto a la capacidad de los niños para resolver problemas, el 96,2%, puede pedir ayuda para resolver un problema; un 88,5% de ellos establece relaciones de espacio y puede respetar consignas y el 69,2% puede establecer relaciones de tiempo y causalidad (ver tabla 24).

Con respecto a la capacidad de relacionarse socialmente, el 96,2% de los niños comparte juegos con amigos del jardín; el 92,3% participa activamente de actividades grupales; el 69,2% comparte juegos con vecinos y un 65,4% con hermanos (ver tabla 25).

De acuerdo a su nivel de iniciativa, todos los niños pueden construir un todo a partir de las partes (100,0%) y un 92,3% manifiesta curiosidad y explora objetos y situaciones nuevas. El 73,1% de los niños inicia y mantiene un dialogo con otras personas y el 61,5% propone actividades o juegos (ver tabla 26).

En relación a la creatividad, un 96,2% de niños posee creatividad en el dibujo y modelado mientras que el 73,1% muestra creatividad en el juego y en la música un 69,2% (ver tabla 27).

Con respecto a la capacidad de comunicación, un 73,1% los niños manifiestan sentimientos negativos y positivos y pueden utilizar la palabra para

expresar necesidades y emociones. El 65,4% de los niños logra disfrutar y expresarse a través del baile y la música (ver tabla 28).

Con respecto a la tolerancia a la frustración se encontró que un 88,5% de los niños puede aceptar límites y esperar turnos; un 84,6% aceptar cuando se le marcan los errores y aceptar perder o ganar (ver tabla 29).

Tabla 22. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Actividad lúdica de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Actividad lúdica	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actitud de acercamiento a juegos y juguetes	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Plasticidad en el juego	24	92,3	2	7,7	26	100,0
Habilidad de manipulación y alternancia de miembros	26	100,0	0	0	26	100,0
Eventos estresantes	18	69,2	8	30,8	26	100,0
Desorganización familiar	14	53,8	12	46,2	26	100,0

Tabla 23. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Autonomía de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Autonomía	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usa cuchara para comer	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Usa tenedor para comer	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Toma solo del vaso	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Puede lavarse solo las manos	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Puede desvestirse	24	92,3	2	7,7	26	100,0
Puede vestirse solo o con ayuda	23	88,5	3	11,5	26	100,0
Sube cierres	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Abrocha y desabrocha	23	88,5	3	11,5	26	100,0
Se pone el calzado	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Control diurno de esfínteres	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Control nocturno de esfínteres	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro	21	80,8	5	19,2	26	100,0
Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad	23	88,5	3	11,5	26	100,0

Tabla 24. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Capacidad de resolución de problemas en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Capacidad de resolver problemas	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pide ayuda para resolver problemas	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Establece relaciones de tiempo	18	69,2	8	30,8	26	100,0
Establece relaciones de espacio	23	88,5	3	11,5	26	100,0
Establece relaciones de causalidad	18	69,2	8	30,8	26	100,0
Respeto consignas	23	88,5	3	11,5	26	100,0

Tabla 25. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Capacidad de relacionarse socialmente de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011

Capacidad de relacionarse socialmente	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Participa activamente de las actividades grupales propuestas	24	92,3	2	7,7	26	100,0
Tiene amigos y compañeros del Jardín con los que le gusta compartir	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Comparte juegos y actividades con hermanos	17	65,4	9	34,6	26	100,0
Comparte juegos y actividades con vecinos	18	69,2	8	30,8	26	100,0
Respeto consignas	23	88,5	3	11,5	26	100,0

Tabla 26. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Iniciativa de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Iniciativa	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Manifiesta curiosidad y explora objetos y situaciones nuevas	24	92,3	2	7,7	26	100,0
Logra construir un todo a partir de las partes	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Propone actividades o juegos	16	61,5	10	38,5	26	100,0
Inicia y mantiene diálogos con otras personas	19	73,1	7	26,9	26	100,0
Respeto consignas	23	88,5	3	11,5	26	100,0

Tabla 27. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Creatividad de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Creatividad	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
En el juego	19	73,1	7	26,9	26	100,0
En el dibujo y modelado	25	96,2	1	3,8	26	100,0
En la música	18	69,2	8	30,8	26	100,0

Tabla 28. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Capacidad para comunicarse de los niños de 4 a 5 años de evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011

Capacidad de comunicación	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Manifiesta sentimientos positivos y negativos	19	73,1	7	26,9	26	100
Puede usar la palabra para expresar sus necesidades y estados emocionales	19	73,1	7	26,9	26	100
Disfruta y se expresa a través de la música y el baile	17	65,4	9	34,6	26	100

Tabla 29. Distribución de Factores Protectores Individuales referidos a la Tolerancia a la frustración de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Tolerancia a la frustración	Presencia de factores protectores individuales					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Puede aceptar límites	23	88,5	3	11,5	26	100,0
Puede esperar turnos	23	88,5	3	11,5	26	100,0
Puede aceptar cuando se le marcan errores	22	84,6	4	15,4	26	100,0
Puede aceptar que se puede perder o ganar	22	84,6	4	15,4	26	100,0

En relación a los factores protectores individuales de mayor prevalencia, encontramos la habilidad de manipulación (100,0%) y actitud de acercamiento a juegos y juguetes durante el juego (96,2 %); la independencia en la alimentación (100%) y el control de esfínteres diurno (100%); la

capacidad de establecer relaciones interpersonales (96,2%) y actividades grupales propuestas desde el jardín (92,3%); la capacidad de pedir ayuda para resolver problemas (96,2); la construcción de un todo a partir de las partes (100%); la creatividad en el dibujo y el modelado (96,2%) y la capacidad de aceptar límites y esperar turnos (88,5%). Por último y en menor medida se observa capacidad para comunicarse, manifestando sentimientos positivos y negativos, y utilizando la palabra para expresar sus necesidades y emociones (73,1%). Se puede inferir, que estos indicadores guardan relación con el desempeño de los niños registrado en el área de lenguaje de la evaluación del desarrollo psicomotor (ver tabla 30, gráfico 8).

Tabla 30. Factores Protectores con Mayor prevalencia en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores protectores individuales	Nº	%
Actividad lúdica		
Habilidad de manipulación y alternancia de miembros	26	100,0
Actitud de acercamiento a juegos y juguetes	25	96,2
Plasticidad en el juego	24	92,3
Aceptación del encuadre témporo-espacial	24	92,3
Autonomía		
Usa cuchara para comer	26	100,0
Usa tenedor para comer	26	100,0
Toma solo del vaso	26	100,0
Puede lavarse solo las manos	26	100,0
Control diurno de esfínteres	26	100,0
Sube cierres	25	96,2
Se pone el calzado	25	96,2
Control nocturno de esfínteres	25	96,2
Puede desvestirse	24	92,3
Puede vestirse solo o con ayuda	23	88,5
Abrocha y desabrocha	23	88,5
Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad	23	88,5
Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro	21	80,8
Capacidad de relacionarse socialmente		
Tiene amigos y compañeros del Jardín con los que le gusta compartir	25	96,2
Participa activamente de las actividades grupales propuestas	24	92,3
Capacidad de resolución de problemas		
Pide ayuda para resolver problemas	25	96,2
Establece relaciones de espacio	23	88,5
Respeto consignas	23	88,5
Iniciativa		
Logra construir un todo a partir de las partes	26	100,0
Manifiesta curiosidad y explora objetos y situaciones nuevas	24	92,3
Creatividad		
En el dibujo y modelado	25	96,2
Capacidad para comunicarse		
Manifiesta sentimientos positivos y negativos	19	73,1
Puede usar la palabra para expresar sus necesidades y estados emocionales	19	73,1
Tolerancia a la frustración		
Puede aceptar límites	23	88,5
Puede esperar turnos	23	88,5
Puede aceptar cuando se le marcan errores	22	84,6
Puede aceptar que se puede perder o ganar	22	84,6

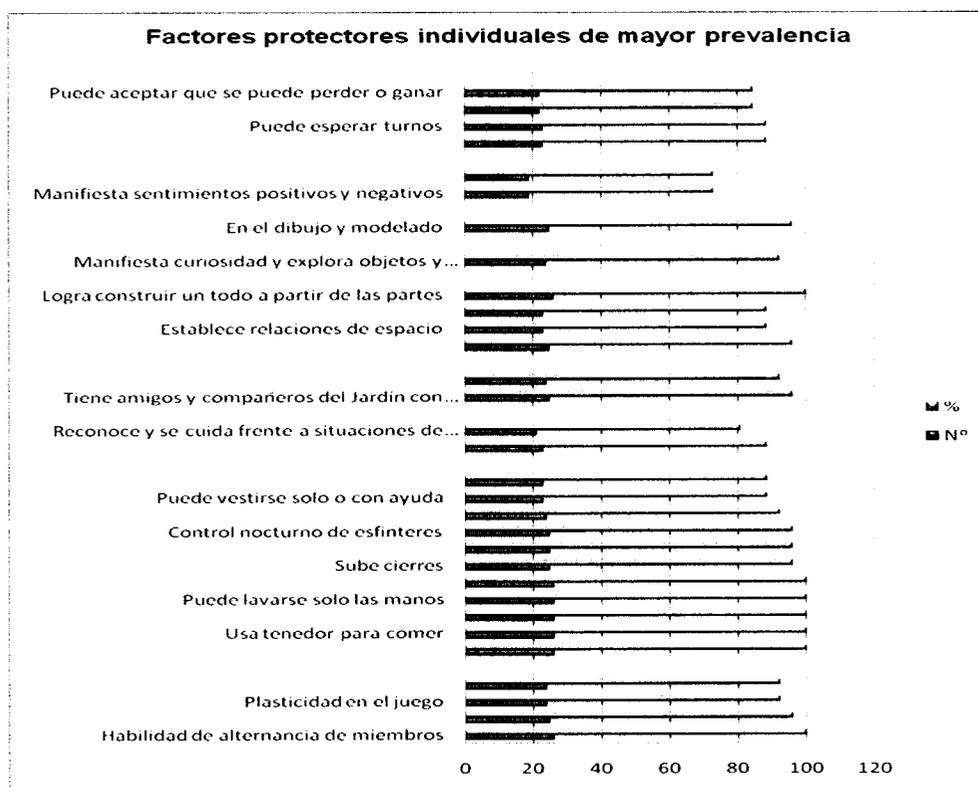


Gráfico 8

En cuanto a los **factores protectores familiares** presentes, los relacionados a la estimulación del ambiente familiar y social, se encontró que el 100% de los niños conoce la playa, el 96,2% come en la mesa con su familia y sale de paseo, al 92,3% de los niños algún integrante de la familia le lee cuentos y participa de actividades escolares y el 88,5% tiene horario para comer en el hogar, realiza actividades al aire libre, tiene cuentos infantiles y recibe visitas en el hogar.

El 84,6% ha viajado en tren o colectivo y tiene algún CD o conoce canciones de niños, el 80,8% juega en la plaza con hermanos o vecinos, el 73,1% con lápices, témperas o masas. El 69,2% tiene mascota y algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores.

El 57,7% tiene algún rompecabezas, el 50% tiene algún juguete que enseñe formas, tamaños o números y el 34,6% visitó algún circo o teatro con

su familia, tiene un instrumento musical o algún libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás (ver tabla 31).

Tabla 31. Distribución de Factores Protectores Familiares referidos a la Estimulación del ambiente familiar y social de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Estimulación del ambiente familiar y social	Presencia de factores protectores familiares					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El niño come en la mesa con la familia	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Realiza actividades al aire libre	23	88,5	3	11,5	26	100,0
Algún integrante de la familia le lee cuentos	24	92,3	2	7,7	26	100,0
Sale de paseo	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Visitó un circo, teatro, zoológico o museo	9	34,6	17	65,4	26	100,0
Conoce la playa	26	100	0	0,0	26	100,0
Ha viajado en tren o colectivo en el último año	22	84,6	4	15,4	26	100,0
Aprende algún deporte, baile o instrumento	0	0,0	26	100,0	26	100,0
Juega en la plaza con hermanos o vecinos	21	80,8	5	19,2	26	100,0
Tiene algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores	18	69,2	8	30,8	26	100,0
Tiene algún juguete o libro que enseñe formas, tamaños o números	13	50,0	13	50,0	26	100,0
Tiene algún juguete o libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás	9	34,6	17	65,4	26	100,0
Tiene algún rompecabezas	15	57,7	11	42,3	26	100,0
Tiene algún instrumento musical real o de juguete	9	34,6	17	65,4	26	100,0
Tiene algún CD o conoce canciones de niños	22	84,6	4	15,4	26	100,0
Juega con lápices, temperas o masas	19	73,1	7	26,9	26	100,0
Tiene libros de cuentos infantiles	23	88,5	3	11,5	26	100,0
Tiene mascota	18	69,2	8	30,8	26	100,0
Visita o recibe visitas al menos dos veces al mes	23	88,5	3	11,5	26	100,0
La familia participa de las actividades escolares	24	92,3	2	7,7	26	100,0

En relación a las pautas de crianza familiar, el 100% de los niños recibió vacunación completa y el 76,9% recibió controles pediátricos el último año. En el 88,5% de los hogares se respeta el horario para comer y en el 76,9% se respeta el horario del sueño. El 76,9% de los niños tiene un espacio para sus

pertenencias en el hogar. El 80,8% cumplió con los hitos fundamentales del desarrollo.

Se observa que el niño tomó pecho hasta el año en un 57,7%, se baña todos los días el 46,2% y duerme en una habitación separada de los padres el 42,3%. El 15,4% de los niños tiene cobertura social (ver tabla 32).

Tabla 32. Distribución de Factores Protectores Familiares referidos a las Pautas de Crianza de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Pautas de crianza	Presencia de factores protectores familiares					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El niño recibió controles pediátricos en el último año	20	76,9	6	23,1	26	100,0
Recibió vacunación completa	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Tiene cobertura social	4	15,4	22	84,6	26	100,0
Tomo pecho hasta el año	15	57,7	11	42,3	26	100,0
En el hogar hay horarios para comer	23	88,5	3	11,5	26	100,0
En el hogar se respeta el horario de sueño	20	76,9	6	23,1	26	100,0
El niño se baña todos los días	12	46,2	14	53,8	26	100,0
Duerme en una habitación separada de los padres	11	42,3	15	57,7	26	100,0
Tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa	20	76,9	6	23,1	26	100,0
Cumplió o alcanzó hitos fundamentales del desarrollo	21	80,8	5	19,2	26	100,0
El niño recibió controles pediátricos en el último año	20	76,9	6	23,1	26	100,0
Recibió vacunación completa	26	100	0	0,0	26	100,0
Tiene cobertura social	4	15,4	22	84,6	26	100,0
Tomo pecho hasta el año	15	57,7	11	42,3	26	100,0
En el hogar hay horarios para comer	23	88,5	3	11,5	26	100,0
En el hogar se respeta el horario de sueño	20	76,9	6	23,1	26	100,0
El niño se baña todos los días	12	46,2	14	53,8	26	100,0
Duerme en una habitación separada de los padres	11	42,3	15	57,7	26	100,0
Tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa	20	76,9	6	23,1	26	100,0
Cumplió o alcanzó hitos fundamentales del desarrollo	21	80,8	5	19,2	26	100,0

Con respecto al modelo afectivo de apego seguro, al 100,0% de los niños se le ponen límites y recibe respuestas a sus preguntas y muestras de

cariño en su hogar. A un 96,2% de niños se le dice qué cosas hace bien y se lo corrige si dice malas palabras; a un 92,3% se le habla de buena manera y cuenta con la presencia de un adulto significativo. Al 76,9% se lo incluye en las conversaciones y pasa tiempo con su padre al menos 4 veces a la semana el 61,5% (ver tabla 33).

Tabla 33. Distribución de Factores Protectores Familiares referidos al Modelo afectivo de apego seguro de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Modelo afectivo de apego seguro	Presencia de factores protectores familiares					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El niño recibe respuestas a sus preguntas	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Se incluye al niño en las conversaciones	20	76,9	6	23,1	26	100,0
En la casa se le dice al niño que cosas hace bien	25	96,2	1	3,8	26	100,0
Se le habla al niño de buena manera	24	92,3	2	7,7	26	100,0
El niño recibe muestras de cariño	26	100,0	0	0,0	26	100,0
Si el niño dice malas palabras se le corrige	25	96,2	1	3,8	26	100,0
En casa se le ponen límites al niño	26	100,0	0	0,0	26	100,0
El niño pasa tiempo con su padre al menos 4 veces a la semana	16	61,5	10	38,5	26	100,0
Presencia de un adulto significativo	24	92,3	2	7,7	26	100,0

En relación a la participación de la familia en la comunidad, el 38,5% de las familias asistió a algún evento de la comunidad y el 23,1% es miembro de algún grupo organizado. Sólo el 7,7% participa de voluntariado y ningún miembro familiar participa en la toma de decisiones en juntas o redes (ver tabla 34).

Tabla 34. Distribución de Factores Protectores Familiares referidos a la Participación en la comunidad de la familia de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Participación en la comunidad	Presencia de factores protectores familiares					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asistencia a un evento de la comunidad en los últimos 6 meses	10	38,5	16	61,5	26	100
Voluntariado	2	7,7	24	92,3	26	100
Ser miembro de un grupo organizado	6	23,1	20	76,9	26	100
Participación en la toma de decisiones en juntas o redes	0	0	26	100	26	100

Los factores **protectores familiares de mayor prevalencia** relacionados con la estimulación del ambiente socio-familiar, son conocer la playa (100%), seguido de la posibilidad de salir de paseo y compartir la mesa en familia (96,2%), que algún integrante de la familia le lea cuentos y salgan de paseo (92,3%), tener libros de cuentos infantiles, recibir visitas por lo menos dos veces al mes y realizar actividades al aire libre (88,5%). También prevalecen viajar en tren o colectivo, tener algún CD o conocer canciones infantiles (84,6%) y jugar en la plaza con hermanos o vecinos (80,8%) (ver tabla 35, Gráfico 9).

Con respecto a las pautas de crianza, prevalecen como factores protectores haber cumplido con los hitos fundamentales del desarrollo (80,8%), respetar los horarios para comer en el hogar (88,5%) y haber recibido vacunación completa (100%), la cual es importante señalar que responde tanto a las exigencias desde el jardín al ingresar y a los requisitos que deben cumplir los que perciben asignación universal por hijo.

Con respecto al modelo afectivo, los factores protectores de mayor prevalencia son las muestras de cariño hacia el niño (100%), decirle qué cosas hace bien (96,2%), ponerle límites (100%), responder a sus preguntas (100%), hablarle de buena manera y la presencia de un adulto significativo (92,3%). Con respecto a esta última, se destaca la figura de la abuela materna.

Según la participación de la familia en la comunidad, los factores protectores que prevalecen son la asistencia a eventos de la comunidad en los últimos 6 meses (38,5%) y ser miembro de algún grupo organizado (23,1%). La baja participación de las familias en la comunidad, se relaciona según los datos recogidos en las entrevistas, a la ausencia de oferta de la misma.

Tabla 35. Factores Protectores familiares con Mayor prevalencia en los niños de 4 a 5 años de edad evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores protectores familiares	Nº	%
Estimulación del ambiente familiar y social		
Conoce la playa	26	100
El niño come en la mesa con la familia	25	96,2
Sale de paseo	25	96,2
Algún integrante de la familia le lee cuentos	24	92,3
La familia participa de las actividades escolares	24	92,3
Realiza actividades al aire libre	23	88,5
Tiene libros de cuentos infantiles	23	88,5
Visita o recibe visitas al menos dos veces al mes	23	88,5
Ha viajado en tren o colectivo en el último año	22	84,6
Tiene algún CD o conoce canciones de niños	22	84,6
Juega en la plaza con hermanos o vecinos	21	80,8
Pautas de crianza		
Recibió vacunación completa	26	100
En el hogar hay horarios para comer	23	88,5
Cumplió o alcanzó hitos fundamentales del desarrollo	21	80,8
Modelo afectivo de apego seguro		
El niño recibe respuestas a sus preguntas	26	100
El niño recibe muestras de cariño	26	100
En casa se le ponen límites al niño	26	100
En la casa se le dice al niño que cosas hace bien	25	96,2
Se le habla al niño de buena manera	24	92,3
Presencia de un adulto significativo	24	92,3
Participación en la comunidad		
Asistencia a un evento de la comunidad en los últimos 6 meses	10	38,5
Ser miembro de un grupo organizado	6	23,1

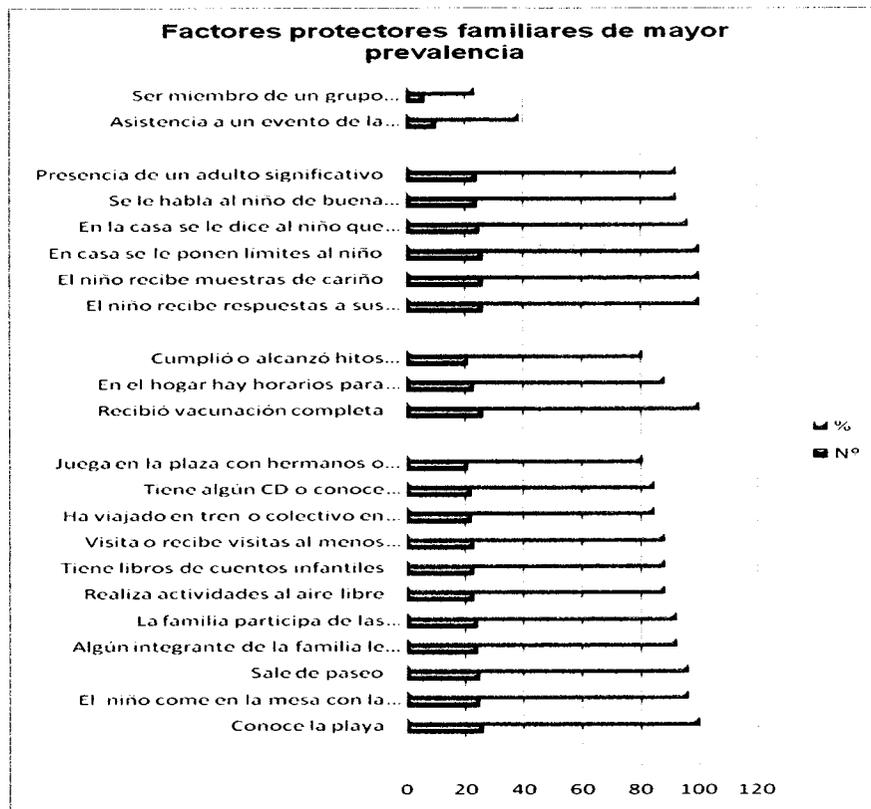


Gráfico 9

En relación a los **factores protectores comunitarios**, se encontró que existen Escuelas cercanas al domicilio de los niños en el 88,5% de los casos y Jardines en el 61,5% (ver tabla 36); el 92,3% de las familias cuenta con Unidades Sanitarias cercanas al domicilio y el 7,7% no cuenta con dicha accesibilidad (ver tabla 36); el 88,5% de los niños cuenta con cobertura de Planes sociales y el 11,5% no percibe ningún Plan social. Destacamos que casi la totalidad de las familias perciben Asignación Universal por Hijo y en un menor porcentaje la Tarjeta de Alimentos y el plan Más Vida (ver tabla 37).

Tabla 36. Distribución de Factores Protectores Comunitarios relacionados con la Accesibilidad al sistema educativo de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Accesibilidad al sistema educativo	Presencia de factores protectores comunitarios					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presencia de Jardines cercanos al domicilio	16	61,5	10	38,5	26	100,0
Presencia de Escuelas cercanas al domicilio	23	88,5	3	11,5	26	100,0

Tabla 37. Distribución de Factores Protectores Comunitarios relacionados con la Accesibilidad al sistema sanitario de los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Presencia de Unidades sanitarias cercanas al domicilio	Factores protectores comunitarios	
	Nº	%
SI	24	92,3
NO	2	7,7
Total	26	100,0

Tabla 38. Distribución de Factores Protectores Comunitarios relacionados con la Cobertura de planes sociales de los niños de 4 a 5 años de edad evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Cobertura de planes sociales	Factores protectores comunitarios	
	Nº	%
SI	23	88,5
NO	3	11,5
Total	26	100,0

Los **factores protectores comunitarios de mayor prevalencia** son la presencia de Escuelas (88,5%) y Jardines (61,5%) cercanos al domicilio, la accesibilidad al sistema Sanitario (92,3%) y la cobertura de planes sociales (88,5%) (ver tabla 39, Gráfico 10).

Tabla 39. Factores Protectores comunitarios con Mayor prevalencia en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores protectores comunitarios de mayor prevalencia	Nº	%
Accesibilidad al sistema Educativo		
Presencia de Escuelas cercanas al domicilio	23	88,5
Presencia de Jardines cercanos al domicilio	16	61,5
Accesibilidad al sistema Sanitario	24	92,3
Cobertura de planes sociales	23	88,5

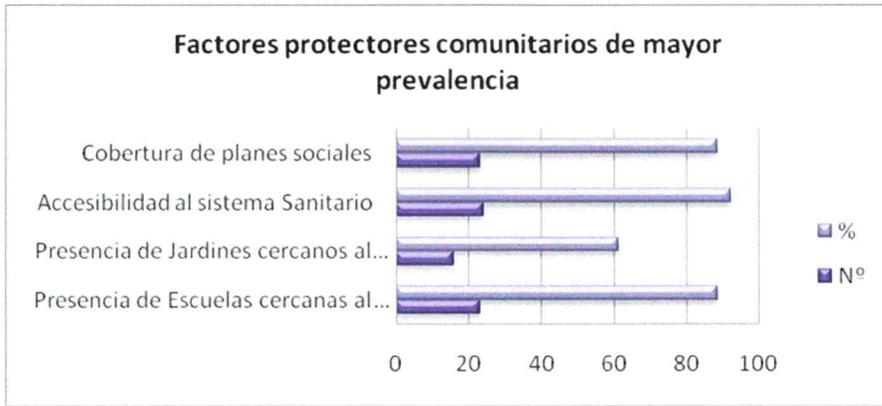


Gráfico 10

De acuerdo a la indización de la variable factores protectores y a las categorías de la misma, se encontró que en el 50,0% de los niños la presencia de Factores Protectores es Alta y en el 50,0% la presencia de estos factores es Medio Alta (ver tabla 40, gráfico 11). Dentro de las categorías Baja y Medio-Baja no se ubicó ninguna de las unidades de análisis.

Tabla 40. Distribución en categorías de Factores Protectores en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011

Factores protectores	Presencia de factores protectores	
	Frecuencia	%
Presencia Alta	13	50,0
Presencia Medio Alta	13	50,0
Total	26	100,0

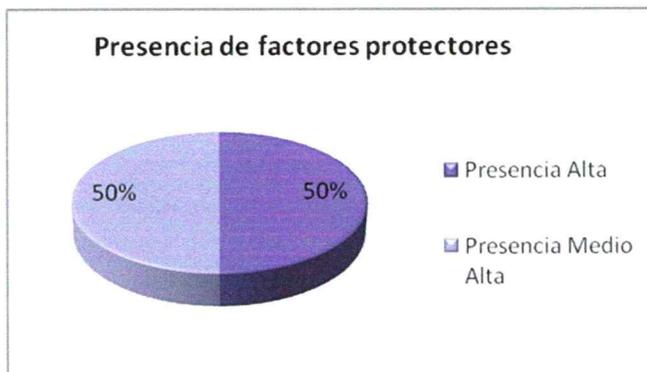


Gráfico 11

Perfil Psicomotor y factores protectores

De acuerdo al objetivo de caracterizar el Perfil Psicomotor de acuerdo a la presencia de factores protectores, se encontró que dentro de la categoría Presencia Alta de Factores Protectores, el 76,9% de los niños presenta un perfil de Desarrollo Psicomotor Normal, el 15,4 % de Riesgo y el 7,7 % con Retraso (ver tabla 41, gráfico 12).

Tabla 41. Perfil de Desarrollo Psicomotor según la presencia de Factores Protectores en los niños de 4 a 5 años evaluados en el Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco, en Mar del Plata, agosto-septiembre de 2011.

Factores protectores	D.P. Normal		D.P. Riesgo		D.P. Retraso		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Presencia Alta	10	76,9	2	15,4	1	7,7	13	100,0
Presencia Media-Alta	7	53,8	4	30,8	2	15,4	13	100,0
Total	17	65,4	6	23,1	3	11,5	26	100,0

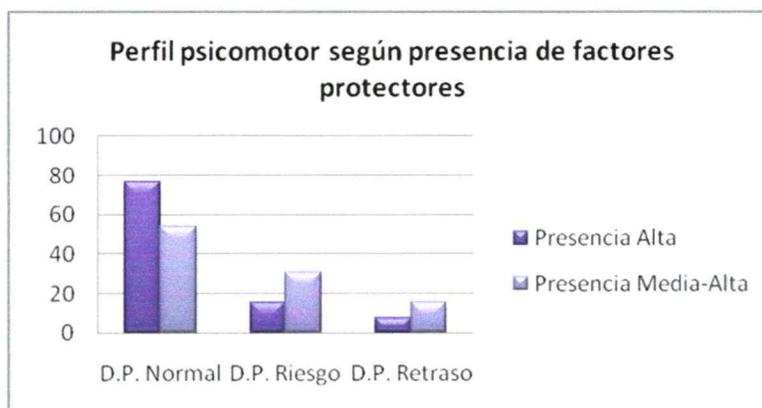


Gráfico 12

BIBLIOGRAFÍA

- Caldwell B., Bradley, R.; *HOME. Observation for Measurement of the Environment Administration Manual*; 1984.
- Cusminsky, M. y Cols.; *Manual de Crecimiento y desarrollo del niño*; OPS. OMS; Serie Paltex; N° 8 1986.
- Haeussler, I., Marchant, T.; *Tepsi. Test de desarrollo psicomotor 2-5 años*; décima edición; ediciones Universidad Católica de Chile; 2003.
- Hernández Sampieri, R. y otros; *Metodología de la Investigación*; Segunda Edición. Mc Graw-Hill; México 1998.
- Vélez Laguado, P.; *La resiliencia: nuevo abordaje del trauma*. Revista Ciencia y cuidado; Vol. 4; num. 4; Universidad Francisco de Paula Santander; 2007.

Conclusiones



Las Investigaciones que se han ido desarrollando en relación a la capacidad de resiliencia del ser humano, enfatizan las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo. Promover la resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad

Desde un enfoque de Resiliencia, basado en las potencialidades de los niños y sus recursos individuales y aquellos disponibles en su entorno, iniciamos nuestra investigación buscando una visión diferente a una problemática presente a lo largo del tiempo dentro de las poblaciones más vulnerables. Nuestra experiencia en el Jardín y Casa del Niño Juanito Bosco nos permitió dar cuenta de una compleja interacción de factores contextuales que caracterizan el entorno del niño, y que no hacen posible una visión uniforme.

A partir de dicha vivencia, observamos en los niños que, a pesar de encontrarse en condiciones de vulnerabilidad, presentaban un desempeño acorde a su edad; nos preguntamos de qué condiciones estaba dotada la mayoría de ellos, por qué y de qué manera lograban atenuar el impacto de los llamados factores de riesgo. Desde esta perspectiva, nos planteamos como objetivo conocer cuáles son los factores de riesgo y protectores presentes en los niños, cuáles de ellos prevalecen y qué características adquiere el desarrollo psicomotor.

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir:

En relación a nuestro objetivo de conocer el **Perfil Psicomotor** de los niños en situación de vulnerabilidad que concurren al Jardín Juanito Bosco, encontramos que un alto porcentaje presenta un Perfil Psicomotor Normal. Sin embargo, durante las evaluaciones pudimos advertir en muchos niños dificultades en cuanto a

velocidad y destreza en la resolución de determinados ítems del test (Tepsi) que no están explicitados en el resultado global del mismo, y que despertaron nuestro interés y atención. Sabemos que las habilidades y conceptos básicos desarrollados en la etapa preescolar serán la base del rendimiento académico en el futuro, por lo que sería necesario complementar este test con evaluaciones más específicas para generar herramientas pedagógicas que promuevan dichos conocimientos en los niños.

En relación al objetivo de conocer los principales **factores de riesgo** a los que se exponen los niños de esta investigación y cuáles de ellos prevalecen, encontramos baja o media-baja presencia de los mismos entre los niños. Cabe destacar que esta categorización se implementó solo a fines estadísticos, y que la presencia del riesgo es constante y se repite en todos los niños evaluados en mayor o menor medida. A pesar de que la prevalencia de unos sobre otros no es marcada, pueden mencionarse como los de mayor relevancia en este grupo a las enfermedades e internaciones del niño, la ausencia de agua potable, el hacinamiento, la cohabitación, los ingresos mensuales insuficientes y la ausencia de cobertura médica.

De acuerdo al objetivo de conocer los principales **factores protectores** presentes tanto en los niños como aquellos provenientes de su entorno, encontramos presencia alta y media-alta de los mismos en la mayoría de los niños evaluados. Prevalecen como factores protectores individuales aquellos relacionados con las habilidades de manipulación y la actitud de acercamiento durante la actividad lúdica, la independencia en la alimentación, el vestido e higiene, la capacidad de relacionarse con pares y participar en grupos, poder pedir ayuda ante un problema, tener iniciativa, creatividad en el dibujo y modelado,

tolerar límites y esperar turnos. Las habilidades de comunicación obtuvieron los menores porcentajes. Con respecto a las pautas de crianza familiar, la vacunación completa prevalece como factor protector, impulsada tanto por la exigencia del jardín como por ser requisito para percibir la Asignación Universal por Hijo (AUH), implementada como instrumento de equidad frente a la situación de vulnerabilidad. La mayoría de los niños posee un modelo afectivo de apego seguro como factor protector, caracterizado por muestras de cariño, límites, respuestas a sus preguntas, reconocimiento de logros por parte de la familia y la presencia de un adulto significativo para el niño, que en la mayoría de los casos se trata de la abuela materna. Los factores protectores provenientes de la comunidad que prevalecen en esta población son los relacionados con la accesibilidad al sistema Sanitario (Unidad Sanitaria Alto Camet) y Educativo (escuelas cercanas al domicilio), y la cobertura de planes sociales implementados por el Estado (AUH, Tarjeta Alimentos y Plan Mas Vida).

De acuerdo a nuestro objetivo de **caracterizar el Perfil Psicomotor** de acuerdo a la presencia de factores de riesgo y protectores, podemos afirmar que a pesar de la constante presencia de factores de riesgo en los niños, la mayoría cuenta con un Perfil de desarrollo Normal. A medida que éstos aumentan en presencia, se incrementa también el riesgo de presentar un Perfil Psicomotor con Riesgo o Retraso. Del mismo modo, podemos afirmar que, a medida que los factores protectores aumentan, disminuye el riesgo de presentar un Perfil Psicomotor de Riesgo o Retraso.

El Jardín de Infantes y Casa del niño Juanito Bosco cuenta con un proyecto educativo integral, donde los niños concurren jornada doble y, además de los contenidos pedagógicos, también reciben desayuno, almuerzo y merienda. Estas

características hacen que la institución actúe como un factor de protección de gran importancia para los niños y sus familias. Nos planteamos como interrogante si los resultados obtenidos en esta investigación podrían generalizarse a otros Jardines de infantes con población de similares características.

Teniendo en cuenta el **concepto de Resiliencia** al que adherimos en este trabajo, creemos enriquecedor para nuestra disciplina profundizar este concepto y aplicarlo en los diferentes campos de ejercicio de la profesión, destacando el valor de las capacidades resilientes presentes en cada individuo.

Sosteniendo que los factores protectores promueven dicha capacidad resiliente y contribuyen a disminuir el riesgo y la vulnerabilidad a las que puedan estar expuestos los niños, destacamos la importancia de la implementación de este **enfoque** junto con el de promoción de la salud, y el **desarrollo de estrategias y herramientas que promuevan factores de protección** tanto en el individuo, como en su entorno familiar y comunitario, donde el individuo participe activamente. El trabajo **comunitario** desde Terapia Ocupacional con las familias de los niños implica aceptar y respetar sus necesidades, potencialidades, deseos y pautas culturales, como también brindarles oportunidades para relacionarse entre ellos y con los profesionales.

Asumiendo el **rol del Terapeuta Ocupacional en APS** en la población infantil, debemos centrarnos en una perspectiva dinámica del desarrollo, teniendo en cuenta la interacción entre los niños y su ambiente, y el impacto de la vulnerabilidad social en su desarrollo. El presente estudio se abordó con una metodología integral, lo que permitió obtener datos concretos y una mirada más completa de las características del niño y su entorno. Esto nos lleva a revalorizar el abordaje global de la

problemática infantil, desde una perspectiva holística, característica de nuestra disciplina.

Destacamos el lugar fundamental del Jardín como protector del Desarrollo infantil y sostenemos que nuestro trabajo en el campo educativo debe ser interdisciplinario, como parte del gabinete pedagógico, en conjunto con el equipo docente y las familias, implementando y desarrollando herramientas para promover factores de protección. El Terapeuta Ocupacional puede evaluar el nivel de desarrollo de los niños, y diseñar actividades que promuevan factores protectores del mismo, tanto en los niños como en sus familias.

A modo de cierre esperamos con esta investigación haber brindado un aporte desde Terapia Ocupacional al campo educativo y deseamos incentivar a la continuidad de otras investigaciones desde este espacio.



ANEXO 1



des		
Alcoholismo	SI	NO
Tabaquismo	SI	NO
Adicciones	SI	NO
PARTO	Término	Pretérm.
PESO AL NACER		Kg.

Internaciones	SI	NO	Cuántas?
Vacunación completa	SI	NO	
Fecha Ultimo control pediátrico			
Peso actual		Kg.	
Talla actual		cm.	

CUESTIONARIO A MADRE, PADRE O TUTOR

Niño _____ Edad _____ Sala _____ N° Cuestionario _____

Informa _____ Fecha _____

1. ANTECEDENTES EVOLUTIVOS

1.1	¿El niño tomó pecho?	SI – NO	
1.2	¿Hasta qué edad tomo el pecho?		
1.3	¿Recuerda a qué edad sostuvo cabeza?	SI – NO	Edad:
1.4	¿Recuerda a qué edad se sentó solo?	SI – NO	Edad:
1.5	¿Recuerda a qué edad camino el niño?	SI – NO	Edad:
1.6	¿Recuerda cuando dijo las primeras palabras?	SI - NO	Edad:
1.7	¿Recuerda a qué edad dejó de usar pañales?	SI - NO	Edad:
1.8	¿Recuerda cuando empezó a comer solo?	SI - NO	Edad:

Observaciones

2. HABITOS ACTUALES DEL NIÑO

2.1 Alimentación

2.1.1	¿Usa chupete usa mamadera?	SI – NO	
2.1.2	¿Usa cuchara para comer?		
2.1.3	¿Usa tenedor para comer?	SI – NO	
2.1.4	¿Toma solo del vaso o la taza?	SI – NO	

Observaciones

2.2 Vestido

2.2.1	¿Puede desvestirse solo?	SI – NO	
2.2.2	¿Puede vestirse solo o con ayuda?	SI – NO	
2.2.3	¿Abrocha y desabrocha botones?	SI – NO	
2.2.4	¿Sube cierres?	SI – NO	
2.2.5	¿Se pone el calzado?	SI – NO	

Observaciones

2.3 Esfínteres

2.3.1	¿Usa pañales de día?	SI – NO	
2.3.2	¿Usa pañales de noche?	SI – NO	

Observaciones

2.4 Aseo personal

2.4.1	¿Puede lavarse solo manos y cara?	SI – NO	
2.4.2	¿Se baña todos los días?	SI – NO	

Observaciones

2.5	Autocuidado	
2.5.1	¿Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro?	SI – NO
2.5.2	¿Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad buscando explicaciones a los hechos?	SI – NO
Observaciones		
3. CAPACIDAD DE REL. SOCIALMENTE		
3.1	¿Tiene amigos y compañeros de Jardín con los que le gusta compartir? (en juego paralelo o con interacción)	SI – NO
3.2	¿Comparte juegos y/o actividades con sus hermanos?	SI – NO
3.3	¿Comparte juegos y/o actividades con vecinos del barrio?	SI – NO
Observaciones		
4. MODELO AFECTIVO		
4.1	¿El niño recibe respuestas a sus preguntas?	SI – NO
4.2	¿Se incluye al niño en las conversaciones?	SI – NO
4.3	¿En casa se le dice al niño que cosas hace bien?	SI – NO
4.4	¿Se le habla al niño de buena manera?	SI – NO
4.5	¿El niño recibe muestras de cariño?	SI – NO
4.6	¿Si el niño dice malas palabras se le corrige de alguna manera?	SI – NO
4.7	¿En casa se le ponen límites al niño o se enseñan las reglas de convivencia?	SI – NO
4.8	¿El niño pasa tiempo con su padre por lo menos 4 veces por semana?	SI – NO
4.9	¿Hay algún adulto cercano por el cual el niño sienta un afecto especial?	SI-NO ¿Quién?
Observaciones		
5. PAUTAS DE CRIANZA		
5.1	¿El niño recibió controles pediátricos en el último año?	SI – NO
5.2	¿El niño recibió vacunación completa?	SI – NO
5.3	¿El niño tiene cobertura social?	SI – NO
5.4	¿En el hogar hay horarios para comer?	SI - NO
5.5	¿En el hogar se respeta el horario del sueño?	SI – NO
5.6	¿El niño se baña todos los días?	SI – NO
5.7	¿El niño duerme en una habitación separada de los	SI – NO

	padres?	
5.8	¿El niño tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa?	SI – NO
	Observaciones	
6. ESTIMULACION DEL AMBIENTE FAMILIAR-SOCIAL		
6.1	¿El niño tiene mascota?	SI – NO
6.2	¿Come en la mesa con la familia?	SI – NO
6.3	¿Realiza actividades al aire libre con alguien de la familia?	SI - NO ¿ Cuáles?
6.4	¿Algún integrante de la familia le lee cuentos al niño?	SI – NO
6.5	¿El niño sale de paseo?	SI – NO
6.6	¿El niño visitó un circo, teatro, zoológico o museo?	SI – NO
6.7	¿El niño conoce la playa?	SI – NO
6.8	¿El niño ha viajado en tren o colectivo en el último año?	SI – NO
6.9	¿Practica algún deporte, actividad artística o actividad recreativa grupal?	SI - NO Cuáles?
6.10	¿El niño juega en la plaza con hermanos o vecinos?	SI – NO
6.11	¿Tiene algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores?	SI – NO
6.12	¿Tiene algún juguete o libro que enseñe formas, tamaños o números?	SI – NO
6.13	¿Tiene algún juguete o libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás?	SI – NO
6.14	¿Tiene algún rompecabezas?	SI – NO
6.15	¿Tiene algún instrumento musical real o de juguete?	SI – NO
6.16	¿Tiene algún CD o conoce canciones de chicos?	SI – NO
6.17	¿Juega con lápices, temperas o masas?	SI – NO
6.18	¿Tiene libros de cuentos infantiles?	SI – NO
6.19	¿El niño visita o recibe visitas por lo menos 2 veces al mes?	SI – NO
6.20	¿La familia participa de las act. Escolares?	SI - NO Cuáles?
	Observaciones	
7. LA COMUNIDAD		
7.1	Accesibilidad al sistema Educativo y de Salud	
7.1.1	¿Hay algún Jardín cercano a su domicilio?	SI – NO
7.1.2	¿Hay alguna escuela cercana a su domicilio?	SI – NO
7.1.3	¿Hay alguna Sala o Centro de Salud cercana a su domicilio?	SI – NO
	Observaciones	

7.2	Participación en la comunidad		
7.2.1	¿Han asistido a algún evento de la comunidad en los últimos 6 meses?	SI - NO	¿Cuál?
7.2.2	¿Alguien de la familia es voluntario en alguna organización?	SI - NO	
7.2.3	¿Alguien de la familia forma parte de un grupo deportivo, religioso, partido político, etc.?	SI - NO	¿Cuál?
7.2.4	¿Alguien de la familia participa de toma de decisiones en Juntas o redes?	SI - NO	
7.2.5	¿Recibe algún plan social?	SI - NO	¿Cuál?
Observaciones			

FICHA DE OBSERVACION DEL NIÑO
Sala – Patio – Comedor Jardín Juanito Bosco

Niño _____ **Edad** _____ **Sala** _____ **N° de observación** _____
Observador _____ **Fecha** _____

1. Capacidad de relacionarse socialmente		Aparece en el juego	
1.1	Participa activamente en actividades en grupo	SI	NO
1.2	Comparte el juego con compañero/s	SI	NO
1.3	Comparte juguetes con compañero/s	SI	NO
Observaciones:			
2. Capacidad de resolución de problemas			
2.1	Pide ayuda si tiene algún problema	SI	NO
2.2	Hace preguntas para comprender los hechos	SI	NO
2.3	Respeto las consignas que se le dan	SI	NO
2.4	Relaciona eventos temporalmente	SI	NO
2.5	Puede establecer relaciones espaciales	SI	NO
2.6	Puede establecer relaciones de causa-efecto	SI	NO
2.7	Reconoce situaciones de peligro	SI	NO
2.8	Reconoce reglas de parentesco	SI	NO
Observaciones:			
3. Iniciativa			
3.1	Es curioso y explora objetos/situaciones nuevas	SI	NO
3.2	Construye un todo a partir de partes	SI	NO
3.3	Propone actividades y/o juegos	SI	NO
3.4	Inicia y mantiene diálogos con otros niños/adultos	SI	NO
Observaciones:			
4. Creatividad			
4.1	Imagina situaciones, adjudica o asume roles	SI	NO
4.2	Crea sus propias producciones en el dibujo y/o modelado	SI	NO
4.3	Crea sus propias producciones en la música, el canto y/o el baile	SI	NO
Observaciones:			

5. Capacidad de comunicación			
5.1	Demuestra sentimientos negativos y positivos (celos, ira, alegría, afecto)	SI	NO
5.2	Usa la palabra para expresar necesidades o estados de animo	SI	NO
5.3	Se expresa a través del cuerpo (baile, música)	SI	NO
Observaciones:			
6. Tolerancia a la frustración			
6.1	Acepta que le marquen los errores	SI	NO
6.2	Acepta limites	SI	NO
6.3	Acepta que se puede perder o ganar	SI	NO
6.4	Puede esperar turnos	SI	NO
Observaciones:			
7. Actividad lúdica			
7.1	Actitud de acercamiento a juegos y juguetes	SI	NO
7.2	Plasticidad en el juego (expresa distintas situaciones)	SI	NO
7.3	Acepta el encuadre temporo-espacial	SI	NO
7.4	Habilidades de manipulación y alternancia de miembros	SI	NO
Observaciones:			

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPSI

(Haeussler y Marchant 1985)

HOJA DE REGISTRO

Nombre del niño:.....
 Fecha de nacimiento:.....
 Fecha de examen:..... Edad: años meses días
 Jardín infantil o colegio:
 Nombre del padre:..... De la madre:.....
 Dirección:.....
 Examinador:.....

Resultados Test Total	Observaciones:
Puntaje Bruto:..... Puntaje T:..... Categoría: ___ Normal ___ Riesgo ___ Retraso	

Resultados por Subtest				Observaciones:
	Puntaje bruto	Puntaje T	Categoría	
Coordinación	
Lenguaje	
Motricidad	

<u>PERFIL TEPSI</u>								
		Retraso	Riesgo	Normalidad				
Test Total	//////////	: : : : : : : :						
Puntaje T	20	30	40	50	60	70	80	
Subtest Coordinación	//////////	: : : : : : : :						
Subtest Lenguaje	//////////	: : : : : : : :						
Subtest Motricidad	//////////	: : : : : : : :						
Puntaje T	20	30	40	50	60	70	80	

I. SUBTEST DE COORDINACIÓN

- ___ 1C TRASLADA AGUA DE UN VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)
- ___ 2C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBOS COMO MODELO
- ___ 3C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MÁS CUBOS (Doce cubos)
- ___ 4C DESABOTONA (Estuche)
- ___ 5C ABOTONA (Estuche)
- ___ 6C ENHEBRA AGUJA (Aguja de lana; hilo)
- ___ 7C DESATA CORDONES (Tablero c/ cordón)
- ___ 8C COPIA UNA LÍNEA RECTA (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 9C COPIA UN CÍRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 10C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 11C COPIA UN TRIÁNGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 12C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 13C DIBUJA 9 O MÁS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz reverso de la hoja reg.)
- ___ 14C DIBUJA 6 O MÁS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz reverso de la hoja reg.)
- ___ 15C DIBUJA 3 O MÁS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz reverso de la hoja reg.)
- ___ 16C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero; barritas)

___ TOTAL SUBTEST COORDINACIÓN: PB



II. SUBTEST LENGUAJE

- ___ 1L RECONOCE GRANDE Y CHICO (Lám. 6) GRANDE ___ CHICO ___
- ___ 2L RECONOCE MÁS Y MENOS (Lám. 7) MÁS ___ MENOS ___
- ___ 3L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)
GATO.....PERRO.....CHANCHO.....PATO.....
PALOMA.....OVEJATORTUGA.....GALLINA.....
- ___ 4L NOMBRA OBJETOS (Lám. 5)
PARAGUASVELA..... ESCOBA..... TETERA.....
ZAPATOS..... RELOJ..... SERRUCHO..... TAZA
- ___ 5L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 1) LARGO ___ CORTO ___
- ___ 6L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)
CORTANDO..... SALTANDO.....
PLANCHANDO..... COMIENDO
- ___ 7L CONOCE LA UTILIDAD DE OBJETOS
CUCHARA..... LÁPIZ..... JABÓN.....
ESCOBA..... CAMA..... TIJERA.....
- ___ 8L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja)
PESADO _____ LIVIANO _____
- ___ 9L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO
NOMBRE..... APELLIDO.....
- ___ 10L IDENTIFICA SU SEXO.....
- ___ 11L CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES
PAPÁ..... MAMÁ.....

12L	DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS HAMBRE.....CANSADO.....FRÍO.....
13L	COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz) DETRÁS _____ SOBRE _____ BAJO _____
14L	RAZONA POR ANALOGÍAS COMPUESTAS HIELO..... RATÓN..... MAMÁ.....
15L	NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo) AZULAMARILLO..... ROJO.....
16L	SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo) AMARILLO.....AZUL.....ROJO.....
17L	NOMBRA FIGURAS GEOMÉTRICAS (Lám. 12) λ.....v.....σ.....
18L	SEÑALA FIGURAS GEOMÉTRICAS (Lám. 12) v.....σ.....λ.....
19L	DESCRIBE ESCENAS (Láms. 13 y 14) 13..... 14.....
20L	RECONOCE ABSURDOS (Lám. 14)
21L	USA PLURALES (Lám. 16)
22L	RECONOCE ANTES Y DESPUÉS (Lám. 17) ANTES..... DESPUÉS.....
23L	DEFINE PALABRAS MANZANA..... PELOTA..... ZAPATO..... ABRIGO.....
24L	NOMBRA CARACTERÍSTICAS DE OBJETOS (Pelota; globo inflado; bolsa arena) PELOTA..... GLOBO..... BOLSA.....
	TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

- | | |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|
| ___ 1M | SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR |
| ___ 2M | CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso
lleno de agua) |
| ___ 3M | LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCIÓN DETERMINADA (Pelota) |
| ___ 4M | SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MÁS |
| ___ 5M | SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MÁS |
| ___ 6M | SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MÁS |
| ___ 7M | CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MÁS PASOS |
| ___ 8M | SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (HOJA RE.) |
| ___ 9M | SALTA EN UN PIE TRES O MÁS VECES SIN APOYO |
| ___ 10M | COGE UNA PELOTA (Pelota) |
| ___ 11M | CAMINA HACIA DELANTE TOPANDO TALÓN Y PUNTA |
| ___ 12M | CAMINA HACIA ATRÁS TOPANDO PUNTA Y TALÓN |

___ TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

TITULO DEL ESTUDIO:

Desarrollo infantil en condiciones de vulnerabilidad social. Resiliencia. Un enfoque desde Terapia Ocupacional.

INVESTIGADORES:

Alves, M. Soledad. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.
Ferraro, Ana María. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

OBJETO:

Conocer y describir cuáles son los factores protectores y de riesgo presentes en los niños de 4-5 años de edad, en situación de vulnerabilidad social que concurren al Jardín de infantes y Casa del Niño Juanito Bosco en el año 2011, en la ciudad de Mar del Plata.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas sobre aspectos del desarrollo del niño y sobre el funcionamiento familiar.
2. Autorizaré a las investigadoras a observar a mi hijo/a durante su actividad en el transcurso de la jornada escolar del Jardín de Infantes. Así también como recabar datos de su legajo escolar.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación y la de mi hijo en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:.....

FECHA:.....

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES:

.....



ANEXO 2



CUESTIONARIO A MADRE, PADRE O TUTOR

Niño _____ Edad _____ Sala _____ N° Cuestionario _____

Informa _____ Fecha _____

1. ANTECEDENTES EVOLUTIVOS

1.1	El niño ¿tomó pecho?	SI – NO	
1.2	¿Hasta qué edad tomo el pecho?		
1.3	¿Recuerda a qué edad sostuvo cabeza?	SI – NO	Edad:
1.4	¿Recuerda a qué edad se sentó solo?	SI – NO	Edad:
1.5	¿Recuerda a qué edad caminó el niño?	SI – NO	Edad:
1.6	¿Recuerda cuando dijo las primeras palabras?	SI - NO	Edad:
1.7	¿Recuerda a qué edad dejó de usar pañales?	SI - NO	Edad:
1.8	¿Recuerda cuando empezó a comer solo?	SI - NO	Edad:

Observaciones

2. HABITOS ACTUALES DEL NIÑO

2.1 Alimentación

2.1.1	¿Usa chupete?	SI – NO	
2.1.2	¿Usa mamadera?	SI – NO	
2.1.3	¿Usa cuchara para comer?	SI – NO	
2.1.4	¿ tenedor para comer?	SI – NO	
2.1.5	¿Toma solo del vaso o la taza?	SI – NO	

Observaciones

2.2 Vestido

2.2.1	¿Puede desvestirse solo?	SI – NO	
2.2.2	¿Puede vestirse solo o con ayuda?	SI – NO	
2.2.3	¿Abrocha y desabrocha botones?	SI – NO	
2.2.4	¿Sube cierres?	SI – NO	
2.2.5	¿Se pone el calzado?	SI – NO	

Observaciones

2.3 Esfínteres

2.3.1	¿Usa pañales de día?	SI – NO	
2.3.2	¿Usa pañales de noche?	SI – NO	

Observaciones

2.4 Aseo personal

2.4.1	¿Puede lavarse solo manos y cara?	SI – NO	
-------	-----------------------------------	---------	--

2.4.2	¿Se baña todos los días?	SI – NO
Observaciones		
2.5	Autocuidado	
2.5.1	¿Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro?	SI – NO
2.5.2	¿Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad buscando explicaciones a los hechos?	SI – NO
Observaciones		
3. CAPACIDAD DE REL. SOCIALMENTE		
3.1	¿Tiene amigos y compañeros de Jardín con los que le gusta compartir? (en juego paralelo o con interacción)	SI – NO
3.2	¿Comparte juegos y/o actividades con sus hermanos?	SI – NO
3.3	¿Comparte juegos y/o actividades con vecinos del barrio?	SI – NO
Observaciones		
4. MODELO AFECTIVO		
4.1	¿El niño recibe respuestas a sus preguntas?	SI – NO
4.2	¿Se incluye al niño en las conversaciones?	SI – NO
4.3	¿En casa se le dice al niño que cosas hace bien?	SI – NO
4.4	¿Se le habla al niño de buena manera?	SI – NO
4.5	¿El niño recibe muestras de cariño?	SI – NO
4.6	¿Si el niño dice malas palabras se le corrige de alguna manera?	SI – NO
4.7	¿En casa se le ponen límites al niño o se enseñan las reglas de convivencia?	SI – NO
4.8	¿El niño pasa tiempo con su padre por lo menos 4 veces por semana?	SI – NO
4.9	¿Hay algún adulto cercano por el cual el niño sienta un afecto especial?	SI-NO Quién?
Observaciones		
5. PAUTAS DE CRIANZA		
5.1	¿El niño recibió controles pediátricos en el último año?	SI – NO
5.2	¿El niño recibió vacunación completa?	SI – NO
5.3	¿El tiene cobertura social?	SI – NO
5.4	¿En el hogar hay horarios para comer?	SI - NO
5.5	¿En el hogar se respeta el horario del sueño?	SI – NO
5.6	¿El niño duerme en una habitación separada de los	SI – NO

	padres?	
5.7	¿El niño comparte la cama con alguien más?	SI – NO ¿Con quién?
5.8	¿El niño tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa?	SI – NO
Observaciones		
6. ESTIMULACION DEL AMBIENTE FAMILIAR-SOCIAL		
6.1	¿El niño tiene mascota?	SI – NO
6.2	¿Come en la mesa con la familia?	SI – NO
6.3	¿Realiza actividades al aire libre con alguien de la familia?	SI - NO ¿Cuáles?
6.4	¿Algún integrante de la familia le lee cuentos al niño?	SI – NO
6.5	¿El niño sale de paseo?	SI – NO
6.6	¿El niño visitó un circo, teatro, zoológico o museo?	SI – NO
6.7	¿El niño conoce la playa?	SI – NO
6.8	¿El niño ha viajado en tren o colectivo en el último año?	SI – NO
6.9	¿Practica algún deporte, actividad artística o actividad recreativa grupal?	SI - NO Cuáles?
6.10	¿El niño juega en la plaza con hermanos o vecinos?	SI – NO
6.11	¿Tiene algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores?	SI – NO
6.12	¿Tiene algún juguete o libro que enseñe formas, tamaños o números?	SI – NO
6.13	¿Tiene algún juguete o libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás?	SI – NO
6.14	¿Tiene algún rompecabezas?	SI – NO
6.15	¿Tiene algún instrumento musical real o de juguete?	SI – NO
6.16	¿Tiene algún CD o conoce canciones de chicos?	SI – NO
6.17	¿Juega con lápices, témperas o masas?	SI – NO
6.18	¿Tiene libros de cuentos infantiles?	SI – NO
6.19	¿El niño visita o recibe visitas por lo menos 2 veces al mes?	SI – NO
6.20	¿La familia participa de las act. Escolares?	SI - NO Cuáles?
Observaciones		
7. LA COMUNIDAD		
7.1	Accesibilidad al sistema Educativo y de Salud	
7.1.1	¿Hay algún Jardín cercano a su domicilio?	SI – NO
7.1.2	¿Hay alguna escuela cercana a su domicilio?	SI – NO
7.1.3	¿Hay alguna Sala o Centro de Salud cercana a su	SI – NO

	domicilio?	
Observaciones		
7.2	Participación en la comunidad	
7.2.1	¿Han asistido a algún evento de la comunidad en los últimos 6 meses?	SI - NO ¿Cuál?
7.2.2	¿Alguien de la familia es voluntario en alguna organización?	SI - NO
7.2.3	¿Alguien de la familia forma parte de un grupo deportivo, religioso, partido político, etc.?	SI - NO ¿Cuál?
7.2.4	¿Alguien de la familia participa de toma de decisiones en Juntas o redes?	SI - NO
7.2.5	¿Recibe algún plan social?	SI - NO ¿Cuál?
Observaciones		



Tres
ejemplos
de caso



UNIDAD DE ANÁLISIS N°23

REGISTRO DE DATOS DE FUENTES SECUNDARIAS

Nombre del Niño: Registro n° 23
 Edad: 4 años Fecha: 1.9.2011

A-DATOS DEL GRUPO DE REFERENCIA

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD	ESTADO CIVIL	CONVIVE		TRABAJO ESTABLE		LUGAR DE TRABAJO	OBRA SOCIAL		PLAN SOCIAL			NIVEL ESCOLAR QUE COMPLETÓ
			SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	CUAL?	
ADRE	25	SOLTERO	X		X		UNA AMPUBAN		X		X		Primaria
PORE	26	SOLTERO	X			X			X		X		—

Antecedentes resantes: <u>SI</u> - NO <u>SEPARACION DE LOS PADRES</u>	Antecedentes Delictivos: SI - <u>NO</u>
Abuso de sustancias: <u>SI</u> - NO <u>MARIHUANA PADRE</u>	Abuso de sustancias: <u>SI</u> - NO <u>MARIHUANA PADRE</u>

B-DATOS DE LA VIVIENDA

DOMINIO		MATERIALES DE CONSTRUCCION		SERVICIOS		
Propia	X	TECHO	Tejas	BAÑO	Inodoro interno - <u>inodoro externo</u>	
Compartida			Chapa		X	Letrina interna - letrina externa <u>TERMINA</u>
Alquilada			Madera			AGUA: Red - <u>pozo</u>
Compartida		PAREDES	Chapa	LUZ ELECTRICA:	<u>Si</u> - No	
Compartida			Cartón			GAS: Natural - <u>Envasado</u> - Sin gas
			Ladrillo		X	Nº HABITANTES: <u>2</u>
		PISO	Mosaico	Nº HABITACIONES:	<u>1</u>	
			Material		X	
			Tierra			

C-DATOS SANITARIOS DEL NIÑO y LA MADRE

<u>EMBARAZO</u>			<u>CONTROL NIÑO</u>			
Adolescente	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Enfermedades	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Cuáles?
Enfermedades	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Traumatismos	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Cuáles?
Alcoholismo	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Internaciones	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Cuántas?
Tabaquismo	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Vacunación completa	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Complicaciones	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Fecha Ultimo control pediátrico	NO RECUERDA		
PARTO	<input checked="" type="radio"/> Término	<input type="radio"/> Pretérm.	Peso actual	15	Kg.	
PESO AL NACER	2900	Kg.	Talla actual	1,06	cm.	

FICHA DE OBSERVACION DEL NIÑO
Sala – Patio – Comedor Jardín Juanito Bosco

Niño _____ Edad 4 años Sala 4 N° de observación 23
 Observador Ana Fecha 4.9.2011

1. Capacidad de relacionarse socialmente		Aparece en el juego	
1.1	Participa activamente en actividades en grupo	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
1.2	Comparte el juego con compañero/s	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
1.3	Comparte juguetes con compañero/s	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Observaciones:			
2. Capacidad de resolución de problemas			
2.1	Pide ayuda si tiene algún problema	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2.2	Hace preguntas para comprender los hechos	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2.3	Respeto las consignas que se le dan	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2.4	Relaciona eventos temporalmente	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2.5	Puede establecer relaciones espaciales	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2.6	Puede establecer relaciones de causa-efecto	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2.7	Reconoce situaciones de peligro	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
2.8	Reconoce reglas de parentesco	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Observaciones:			
3. Iniciativa			
3.1	Es curioso y explora objetos/situaciones nuevas	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
3.2	Construye un todo a partir de partes	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
3.3	Propone actividades y/o juegos	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
3.4	Inicia y mantiene diálogos con otros niños/adultos	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Observaciones:			
4. Creatividad			
4.1	Imagina situaciones, adjudica o asume roles	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
4.2	Crea sus propias producciones en el dibujo y/o modelado	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
4.3	Crea sus propias producciones en la música, el canto y/o el	<input checked="" type="radio"/> SI	NO

	baile		
Observaciones:			
5. Capacidad de comunicación			
5.1	Demuestra sentimientos negativos y positivos (celos, ira, alegría, afecto)	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
5.2	Usa la palabra para expresar necesidades o estados de animo	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
5.3	Se expresa a través del cuerpo (baile, música)	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			
6. Tolerancia a la frustración			
6.1	Acepta que le marquen los errores	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
6.2	Acepta limites	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
6.3	Acepta que se puede perder o ganar	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
6.4	Puede esperar turnos	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			
7. Actividad lúdica			
7.1	Actitud de acercamiento a juegos y juguetes	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7.2	Plasticidad en el juego (expresa distintas situaciones)	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7.3	Acepta el encuadre temporo-espacial	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7.4	Habilidades de manipulación y alternancia de miembros	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			

CUESTIONARIO A MADRE, PADRE O TUTOR

Niño _____ Edad 4a7m Sala 4 N° Cuestionario 23

Informa Ana Fecha 2.09.2011

1. ANTECEDENTES EVOLUTIVOS

1.1	El niño tomo pecho?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
1.2	Hasta qué edad tomo el pecho?	<u>4 años</u>	
1.3	Recuerda a qué edad sostuvo cabeza?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>7m</u>
1.4	Recuerda a qué edad se sentó solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>10m</u>
1.5	Recuerda a qué edad camino el niño?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>12m</u>
1.6	Recuerda cuando dijo las primeras palabras?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>12m</u>
1.7	Recuerda a qué edad dejo de usar pañales?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>3a</u>
1.8	Recuerda cuando empezó a comer solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>12m</u>

Observaciones

2. HABITOS ACTUALES DEL NIÑO

2.1	Alimentación	
2.1.1	Usa chupete?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.1.2	Usa mamadera?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.1.3	Usa cuchara para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.1.4	Usa tenedor para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.1.5	Toma solo del vaso o la taza?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones

2.2	Vestido	
2.2.1	Puede desvestirse solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.2	Puede vestirse solo o con ayuda?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.3	Abrocha y desabrocha botones?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.4	Sube cierres?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.5	Se pone el calzado?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones

2.3	Esfinteres	
2.3.1	Usa pañales de día?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.3.2	Usa pañales de noche?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO

Observaciones

2.4	Aseo personal	
2.4.1	Puede lavarse solo manos y cara?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.4.2	Se baña todos los días?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones		
2.5	Autocuidado	
2.5.1	Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
2.5.2	Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad buscando explicaciones a los hechos?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
Observaciones		
3. CAPACIDAD DE REL. SOCIALMENTE		
3.1	Tiene amigos y compañeros de Jardín con los que le gusta compartir (en juego paralelo o con interacción)	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
3.2	Comparte juegos y/o actividades con sus hermanos?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
3.3	Comparte juegos y/o actividades con vecinos del barrio?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
Observaciones		
4. MODELO AFECTIVO		
4.1	El niño recibe respuestas a sus preguntas?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.2	Se incluye al niño en las conversaciones?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.3	En casa se le dice al niño que cosas hace bien?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.4	Se le habla al niño de buena manera?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.5	El niño recibe muestras de cariño?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.6	Si el niño dice malas palabras se le corrige de alguna manera?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.7	En casa se le ponen límites al niño o se enseñan las reglas de convivencia?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.8	El niño pasa tiempo con su padre por lo menos 4 veces por semana?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.9	Hay algún adulto cercano por el cual el niño sienta un afecto especial?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO Quién? Abuela
Observaciones		
5. PAUTAS DE CRIANZA		
5.1	El niño recibió controles pediátricos en el último año?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
5.2	El niño recibió vacunación completa?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
5.3	El tiene cobertura social?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
5.4	En el hogar hay horarios para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
5.5	En el hogar se respeta el horario del sueño?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
5.6	El niño duerme en una habitación separada de los padres?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
5.7	El niño comparte la cama con alguien más?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO Con PAPA MAMA

		quién?	
5.8	El niño tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
	Observaciones		
6. ESTIMULACION DEL AMBIENTE FAMILIAR-SOCIAL			
6.1	El niño tiene mascota?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.2	Come en la mesa con la familia?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.3	Realiza actividades al aire libre con alguien de la familia?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	Cuáles?
6.4	Algún integrante de la familia le lee cuentos al niño?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.5	El niño sale de paseo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.6	El niño visito un circo, teatro, zoológico o museo?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
6.7	El niño conoce la playa?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.8	El niño ha viajado en tren o colectivo en el último año?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.9	Practica algún deporte, actividad artística o actividad recreativa grupal?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	Cuáles?
6.10	El niño juega en la plaza con hermanos o vecinos?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.11	Tiene algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
6.12	Tiene algún juguete o libro que enseñe formas, tamaños o números?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
6.13	Tiene algún juguete o libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
6.14	Tiene algún rompecabezas?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.15	Tiene algún instrumento musical real o de juguete?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
6.16	Tiene algún CD o conoce canciones de chicos?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.17	Juega con lápices, temperas o masas?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
6.18	Tiene libros de cuentos infantiles?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
6.19	El niño visita o recibe visitas por lo menos 2 veces al mes?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
6.20	La familia participa de las act. Escolares?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Cuáles?
	Observaciones		<i>Años Reuniones</i>
7. LA COMUNIDAD			
7.1	Accesibilidad al sistema Educativo y de Salud		
7.1.1	Hay algún Jardín cercano a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
7.1.2	Hay alguna escuela cercana a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
7.1.3	Hay alguna Sala o Centro de Salud cercana a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
	Observaciones		

7.2	Participación en la comunidad		
7.2.1	Han asistido a algún evento de la comunidad en los últimos 6 meses?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	Cuál?
7.2.2	Alguien de la familia es voluntario en alguna organización?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
7.2.3	Alguien de la familia forma parte de un grupo deportivo, religioso, partido político, etc.?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	Cuál?
7.2.4	Alguien de la familia participa de toma de decisiones en Juntas o redes?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
7.2.5	Recibe algún plan social?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	Cuál?
Observaciones			

I. SUBTEST COORDINACION

- 1 C TRASLADA AGUA DE UN VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)
 2 C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBOS CON MODELO PRESENTE (Seis cubos)
 3 C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MAS CUBOS (Doce cubos)
 4 C DESABOTONA (Estuche)
 5 C ABOTONA (Estuche)
 6 C ENHEBRA UNA AGUJA (Aguja de lana; hilo)
 7 C DESATA CORDONES (Tablero c/cordón)
 8 C COPIA UNA LINEA RECTA (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
 9 C COPIA UN CIRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
 10 C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
 11 C COPIA UN TRIANGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
 12 C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
 13 C DIBUJA 9 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 14 C DIBUJA 6 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 15 C DIBUJA 3 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 16 C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero; barritas)
- TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB



II. SUBTEST LENGUAJE

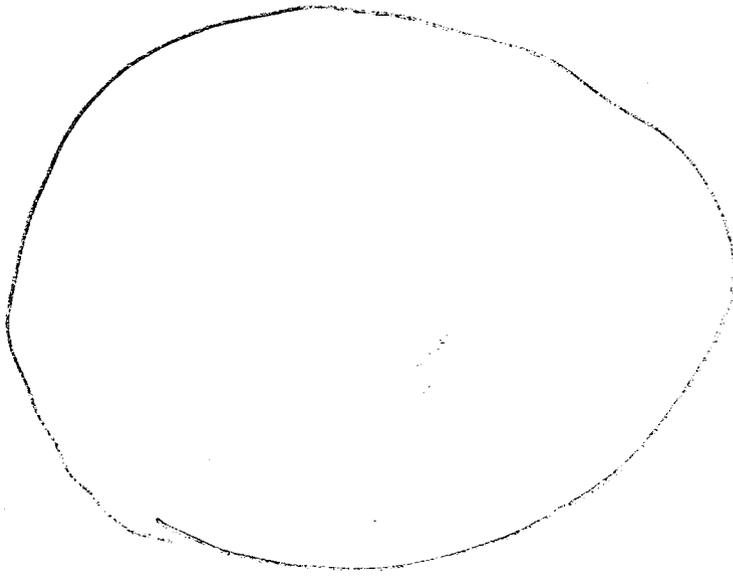
- 1 L RECONOCE GRANDE Y CHICO (Lám. 6) GRANDE CHICO
 2 L RECONOCE MAS Y MENOS (Lám. 7) MAS MENOS
 3 L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)
 GATO ✓ PERRO ✓ CHANCHO ✓ PATO ✓
 PALOMA ✓ OVEJA ✓ TORTUGA ✓ GALLINA ✓
 4 L NOMBRA OBJETOS (Lám. 5)
 PARAGUAS ✓ VELA ✓ ESCOBA ✓ TETERA ✓
 ZAPATOS ✓ RELOJ ✓ SERRUCHO ✓ TAZA ✓
 5 L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 1) LARGO CORTO
 6 L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)
 CORTANDO ✓ SALTANDO ✓
 PLANCHANDO ✓ COMIENDO ✓
 7 L CONOCE LA UTILIDAD DE OBJETOS
 CUCHARA ✓ LAPIZ ✓ JABON ✓
 ESCOBA ✓ CAMA ✓ TIJERA ✓
 8 L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja)
 PESADO ✓ LIVIANO ✓
 9 L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO
 NOMBRE ALANIS APELLIDO Dawn
 10 L IDENTIFICA SU SEXO ✓
 11 L CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES
 PAPA Juan MAMA TRICIA
 12 L DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS
 HAMBRE ✓ CANSADO ✓ FRIO ✓
 13 L COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz)
 DETRAS ✓ SOBRE ✓ BAJO ✓

<input checked="" type="checkbox"/>	14 L	RAZONA POR ANALOGIAS OPUESTAS HIELO ✓ RATON ✓ MAMA ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	15 L	NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo) AZUL — AMARILLO ✓ ROJO ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	16 L	SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo) AMARILLO ✓ AZUL ✓ ROJO ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	17 L	NOMBRA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12) ○ ✓ □ ✓ △ ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	18 L	SEÑALA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12) □ ✓ △ ✓ ○ ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	19 L	DESCRIBE ESCENAS (Láms. 13 y 14) 13 UNA MUJER CON TIENDO CON SU PAPA HERMANA TOMANDO TE 14 MIRANDO TEVE CON TIENDO
<input type="checkbox"/>	20 L	RECONOCE ABSURDOS (Lám. 15) —
<input checked="" type="checkbox"/>	21 L	USA PLURALES (Lám. 16) ✓
<input type="checkbox"/>	22 L	RECONOCE ANTES Y DESPUES (Lám. 17) ANTES — DESPUES —
<input checked="" type="checkbox"/>	23 L	DEFINE PALABRAS MANZANA REDONDA CON 1 PAO PELOTA REDONDO ZAPATO TIENE FORMA ABRIGO CON ARENA
<input type="checkbox"/>	24 L	NOMBRA CARACTERISTICAS DE OBJETOS (Pelota, globo inflado; bolsa arena) PELOTA — GLOBO INFLADO ROSA INFLADO BOLSA PESADO
<input type="checkbox"/>	20	TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

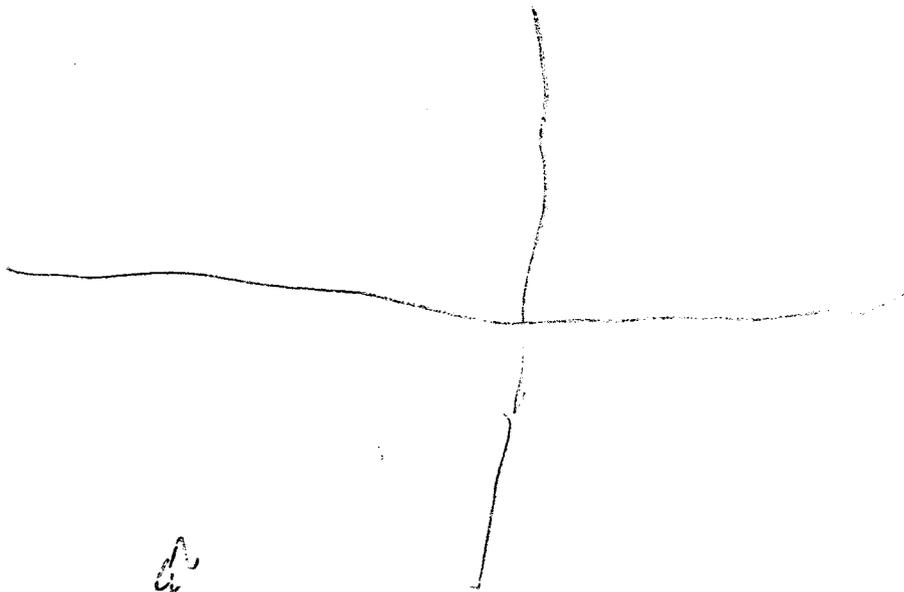
III. SUBTEST MOTRICIDAD		
<input checked="" type="checkbox"/>	1 M	SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR
<input checked="" type="checkbox"/>	2 M	CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso lleno de agua)
<input checked="" type="checkbox"/>	3 M	LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCION DETERMINADA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	4 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	5 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MAS
<input checked="" type="checkbox"/>	6 M	SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MAS
<input checked="" type="checkbox"/>	7 M	CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MAS PASOS
<input checked="" type="checkbox"/>	8 M	SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (Hoja reg.)
<input checked="" type="checkbox"/>	9 M	SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO
<input type="checkbox"/>	10 M	COGE UNA PELOTA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	11 M	CAMINA HACIA ADELANTE TOPANDO TALON Y PUNTA
<input type="checkbox"/>	12 M	CAMINA HACIA ATRAS TOPANDO PUNTA Y TALON
<input type="checkbox"/>	7	TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

N° 23

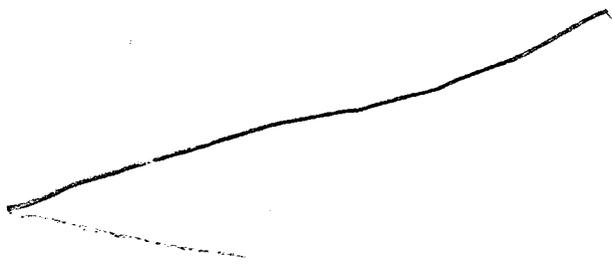
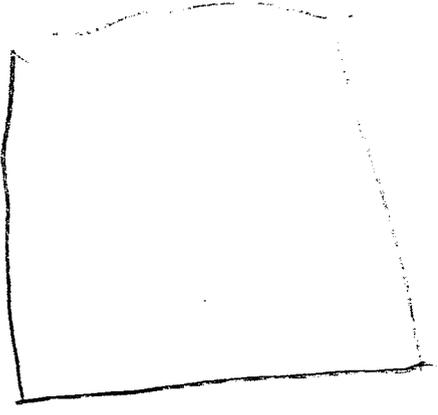
—



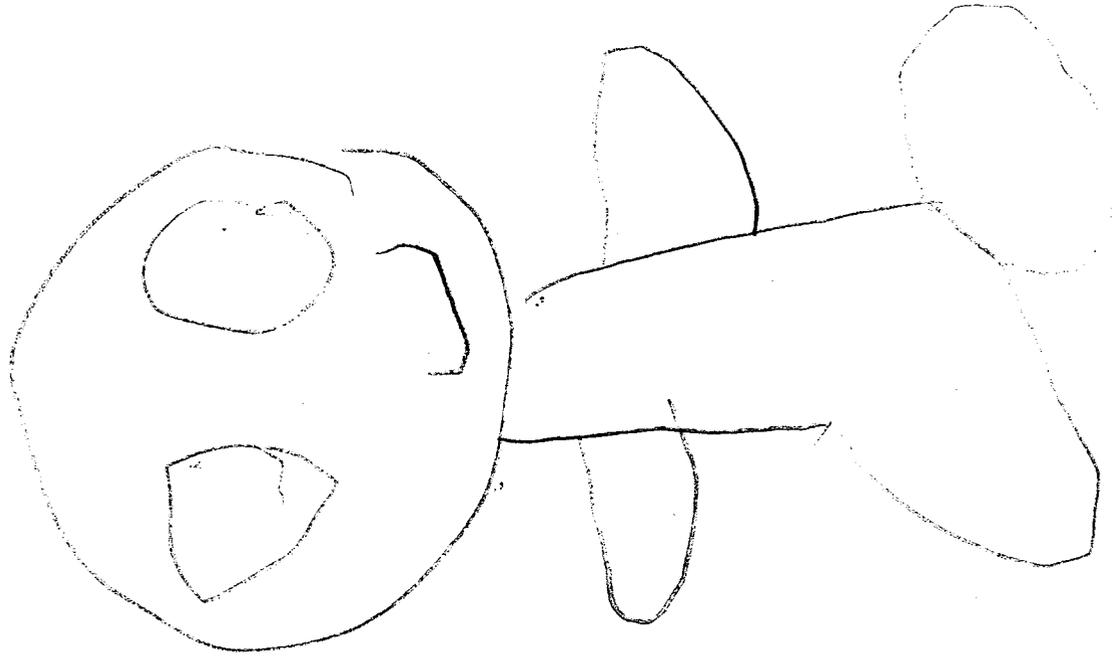
Nº 23



2023



N° 23



UNIDAD DE ANÁLISIS N°24

REGISTRO DE DATOS DE FUENTES SECUNDARIAS

Nombre del Niño:..... Registro n° 24
 Edad: 40.0 m Fecha: 2.08.2011.....

A-DATOS DEL GRUPO DE REFERENCIA

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD	ESTADO CIVIL	CONVIVE		TRABAJO ESTABLE		LUGAR DE TRABAJO	OBRA SOCIAL		PLAN SOCIAL			NIVEL ESCOLAR QUE COMPLETÓ
			SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	CUAL?	
JOSE	22	Solt	X				Am.CASA		X	X		AUH	Primaria.
JOSE	21	Solt.	X			X	ALBARRIL		X		X		Primaria
NO	3		X										

Antecedentes Delictivos: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Antecedentes Delictivos: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
Abuso de sustancias: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Abuso de sustancias: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>

B-DATOS DE LA VIVIENDA

DOMINIO		MATERIALES DE CONSTRUCCION		SERVICIOS		
Propia		TECHO	Tejas		BAÑO	Inodoro interno - <u>Inodoro externo</u>
Compartida			Chapa	X		Letrina interna - letrina externa
Alquilada	X		Madera		AGUA:	Red - <u>pozo</u>
Compartida		PAREDES	Chapa	X	LUZ ELECTRICA:	<u>Si</u> - No
Propia			Cartón		GAS:	Natural - <u>Envasado</u> - Sin gas
Compartida			Ladrillo		Nº HABITANTES:	<u>4</u>
		PISO	Mosaico		Nº HABITACIONES:	<u>NO AMBIENTE</u>
			Material	X		
			Tierra			

C-DATOS SANITARIOS DEL NIÑO y LA MADRE

EMBARAZO			CONTROL NIÑO			
Adolescente	SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Enfermedades	<input checked="" type="radio"/> SI	NO	Cuáles? Bronquiolitis.
Enfermedades	<input checked="" type="radio"/> SI	NO	Traumatismos	SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Cuáles?
Alcoholismo	SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Internaciones	<input checked="" type="radio"/> SI	NO	Cuántas? 1 Bronquiolitis
Tabaquismo	SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Vacunación completa	<input checked="" type="radio"/> SI	NO	
Complicaciones	SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Fecha Ultimo control pediátrico	2011		
ARTO	<input checked="" type="radio"/> Término	Pretérm.	Peso actual	15	Kg.	
ESO AL ACER	3275 Kg.		Talla actual	0,98	cm.	

CUESTIONARIO A MADRE, PADRE O TUTOR

Niño _____ Edad 4a2m Sala 4 N° Cuestionario 24

Informa SOLEDAD Fecha 13.08.2011

1. ANTECEDENTES EVOLUTIVOS

1.1	El niño tomo pecho?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
1.2	Hasta qué edad tomo el pecho?	<u>9 MESES</u>	
1.3	Recuerda a qué edad sostuvo cabeza?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>4m</u>
1.4	Recuerda a qué edad se sentó solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>4m</u>
1.5	Recuerda a qué edad camino el niño?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>1a</u>
1.6	Recuerda cuando dijo las primeras palabras?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>1a6m</u>
1.7	Recuerda a qué edad dejó de usar pañales?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>2a</u>
1.8	Recuerda cuando empezó a comer solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>1a</u>

Observaciones

2. HABITOS ACTUALES DEL NIÑO

2.1	Alimentación	
2.1.1	Usa chupete?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.1.2	Usa mamadera?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.1.3	Usa cuchara para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.1.4	Usa tenedor para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.1.5	Toma solo del vaso o la taza?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones

2.2	Vestido	
2.2.1	Puede desvestirse solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.2	Puede vestirse solo o con ayuda?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.3	Abrocha y desabrocha botones?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.4	Sube cierres?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.5	Se pone el calzado?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones

2.3	Esfínteres	
2.3.1	Usa pañales de día?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.3.2	Usa pañales de noche?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO

Observaciones

2.4	Aseo personal	
2.4.1	Puede lavarse solo manos y cara?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.4.2	Se baña todos los días?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones		
2.5	Autocuidado	
2.5.1	Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.5.2	Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad buscando explicaciones a los hechos?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
Observaciones		
3. CAPACIDAD DE REL. SOCIALMENTE		
3.1	Tiene amigos y compañeros de Jardín con los que le gusta compartir (en juego paralelo o con interacción)	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
3.2	Comparte juegos y/o actividades con sus hermanos?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
3.3	Comparte juegos y/o actividades con vecinos del barrio?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
Observaciones		
4. MODELO AFECTIVO		
4.1	El niño recibe respuestas a sus preguntas?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.2	Se incluye al niño en las conversaciones?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
4.3	En casa se le dice al niño que cosas hace bien?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.4	Se le habla al niño de buena manera?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.5	El niño recibe muestras de cariño?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.6	Si el niño dice malas palabras se le corrige de alguna manera?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.7	En casa se le ponen límites al niño o se enseñan las reglas de convivencia?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.8	El niño pasa tiempo con su padre por lo menos 4 veces por semana?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
4.9	Hay algún adulto cercano por el cual el niño sienta un afecto especial?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO Quién? TIA TATERNA
Observaciones		
5. PAUTAS DE CRIANZA		
5.1	El niño recibió controles pediátricos en el último año?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
5.2	El niño recibió vacunación completa?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
5.3	El tiene cobertura social?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
5.4	En el hogar hay horarios para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
5.5	En el hogar se respeta el horario del sueño?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
5.6	El niño duerme en una habitación separada de los padres?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
5.7	El niño comparte la cama con alguien más?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO Con

		quién?
5.8	El niño tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
	Observaciones	

6. ESTIMULACION DEL AMBIENTE FAMILIAR-SOCIAL

6.1	El niño tiene mascota?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.2	Come en la mesa con la familia?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.3	Realiza actividades al aire libre con alguien de la familia?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO Cuáles? Parque Comet
6.4	Algún integrante de la familia le lee cuentos al niño?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.5	El niño sale de paseo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.6	El niño visito un circo, teatro, zoológico o museo?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.7	El niño conoce la playa?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.8	El niño ha viajado en tren o colectivo en el último año?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.9	Practica algún deporte, actividad artística o actividad recreativa grupal?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO Cuáles?
6.10	El niño juega en la plaza con hermanos o vecinos?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.11	Tiene algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.12	Tiene algún juguete o libro que enseñe formas, tamaños o números?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.13	Tiene algún juguete o libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.14	Tiene algún rompecabezas?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.15	Tiene algún instrumento musical real o de juguete?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.16	Tiene algún CD o conoce canciones de chicos?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.17	Juega con lápices, temperas o masas?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.18	Tiene libros de cuentos infantiles?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.19	El niño visita o recibe visitas por lo menos 2 veces al mes?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
6.20	La familia participa de las act. Escolares?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO Cuáles?
	Observaciones	Reuniones Actos

7. LA COMUNIDAD

7.1	Accesibilidad al sistema Educativo y de Salud	
7.1.1	Hay algún Jardín cercano a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO N° 18
7.1.2	Hay alguna escuela cercana a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO N° 11
7.1.3	Hay alguna Sala o Centro de Salud cercana a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO Alto Comet.
	Observaciones	

7.2	Participación en la comunidad		
7.2.1	Han asistido a algún evento de la comunidad en los últimos 6 meses?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Cuál? Día del Niño .
7.2.2	Alguien de la familia es voluntario en alguna organización?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
7.2.3	Alguien de la familia forma parte de un grupo deportivo, religioso, partido político, etc.?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	Cuál?
7.2.4	Alguien de la familia participa de toma de decisiones en Juntas o redes?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
7.2.5	Recibe algún plan social?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Cuál?
Observaciones			AUH

FICHA DE OBSERVACION DEL NIÑO
Sala – Patio – Comedor Jardín Juanito Bosco

Niño _____ Edad 4 años Sala 4 N° de observación 24
 Observador SOLEOAO Fecha 19.08.2011

1. Capacidad de relacionarse socialmente		Aparece en el juego	
1.1	Participa activamente en actividades en grupo	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
1.2	Comparte el juego con compañero/s	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
1.3	Comparte juguetes con compañero/s	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			
2. Capacidad de resolución de problemas			
2.1	Pide ayuda si tiene algún problema	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
2.2	Hace preguntas para comprender los hechos	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
2.3	Respetar las consignas que se le dan	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.4	Relaciona eventos temporalmente	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.5	Puede establecer relaciones espaciales	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.6	Puede establecer relaciones de causa-efecto	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.7	Reconoce situaciones de peligro	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.8	Reconoce reglas de parentesco	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			
3. Iniciativa			
3.1	Es curioso y explora objetos/situaciones nuevas	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3.2	Construye un todo a partir de partes	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3.3	Propone actividades y/o juegos	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
3.4	Inicia y mantiene diálogos con otros niños/adultos	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Observaciones:			
4. Creatividad			
4.1	Imagina situaciones, adjudica o asume roles	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
4.2	Crea sus propias producciones en el dibujo y/o modelado	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
4.3	Crea sus propias producciones en la música, el canto y/o el baile	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			

5. Capacidad de comunicación			
5.1	Demuestra sentimientos negativos y positivos (celos, ira, alegría, afecto)	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
5.2	Usa la palabra para expresar necesidades o estados de animo	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
5.3	Se expresa a través del cuerpo (baile, música)	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Observaciones:			
6. Tolerancia a la frustración			
6.1	Acepta que le marquen los errores	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
6.2	Acepta limites	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
6.3	Acepta que se puede perder o ganar	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
6.4	Puede esperar turnos	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Observaciones:			
7. Actividad lúdica			
7.1	Actitud de acercamiento a juegos y juguetes	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
7.2	Plasticidad en el juego (expresa distintas situaciones)	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
7.3	Acepta el encuadre temporo-espacial	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
7.4	Habilidades de manipulación y alternancia de miembros	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Observaciones:			

- 14 L RAZONA POR ANALOGIAS OPUESTAS
 HIELO ... FRIO RATON ... CITIQUITO MAMA ... NEÑA
- 15 L NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo)
 AZUL AMARILLO ROJO
- 16 L SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo)
 AMARILLO AZUL ROJO
- 17 L NOMBRA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12)
 ○ □ △
- 18 L SEÑALA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12)
 □ △ ○
- 19 L DESCRIBE ESCENAS (Láms. 13 y 14)
 13 esta tomando mate
-
 14

- 20 L RECONOCE ABSURDOS (Lám. 15)
- 21 L USA PLURALES (Lám. 16)
- 22 L RECONOCE ANTES Y DESPUES (Lám. 17)
 ANTES DESPUES
- 23 L DEFINE PALABRAS
 MANZANA ... UNA PERA
 PELOTA ... LO QUE ESTA EN EL PISO
 ZAPATO
 ABRIGO
- 24 L NOMBRA CARACTERISTICAS DE OBJETOS (Pelota, globo inflado; bolsa arena)
 PELOTA verde morado
 GLOBO INFLADO ... marrón rojo
 BOLSA pesada
- 10 TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

- 1 M SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR
- 2 M CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso lleno de agua)
- 3 M LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCION DETERMINADA (Pelota)
- 4 M SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MAS
- 5 M SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MAS
- 6 M SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MAS
- 7 M CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MAS PASOS
- 8 M SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (Hoja reg.)
- 9 M SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO
- 10 M COGE UNA PELOTA (Pelota)
- 11 M CAMINA HACIA ADELANTE TOPANDO TALON Y PUNTA
- 12 M CAMINA HACIA ATRAS TOPANDO PUNTA Y TALON
- 9 TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

I. SUBTEST COORDINACION

- 1 C TRASLADA AGUA DE UN VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)
- 2 C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBOS CON MODELO PRESENTE (Seis cubos)
- 3 C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MAS CUBOS (Doce cubos)
- 4 C DESABOTONA (Estuche)
- 5 C ABOTONA (Estuche)
- 6 C ENHEBRA UNA AGUJA (Aguja de lana; hilo)
- 7 C DESATA CORDONES (Tablero c/cordón)
- 8 C COPIA UNA LINEA RECTA (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
- 9 C COPIA UN CIRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
- 10 C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
- 11 C COPIA UN TRIANGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
- 12 C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
- 13 C DIBUJA 9 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
- 14 C DIBUJA 6 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
- 15 C DIBUJA 3 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
- 16 C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero; barritas)
- TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB

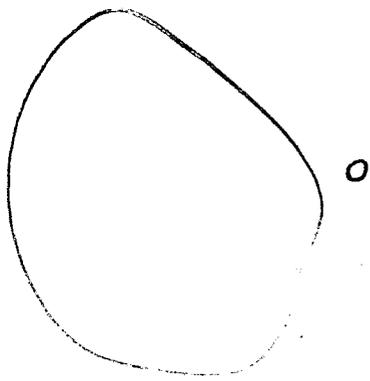


II. SUBTEST LENGUAJE

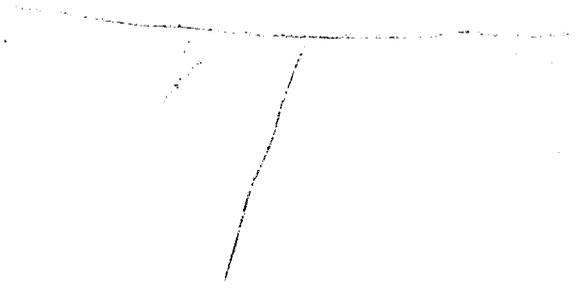
- 1 L RECONOCE GRANDE Y CHICO (Lám. 6) GRANDE CHICO
- 2 L RECONOCE MAS Y MENOS (Lám. 7) MAS MENOS
- 3 L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)
 GATO ✓ PERRO ✓ CHANCHO ✓ PATO ✓
 PALOMA ~~PATO~~ OVEJA ~~PATO~~ TORTUGA ~~MAU~~ GALLINA ✓
- 4 L NOMBRA OBJETOS (Lám. 5)
 PARAGUAS VELA ~~inflado~~ ESCOBA TETERA ✓
 ZAPATOS ✓ RELOJ ~~PATO~~ SERRUCHO ~~INETAZA~~ VASO
- 5 L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 1) LARGO CORTO
- 6 L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)
 CORTANDO ~~trando~~ SALTANDO ~~coyendo~~
 PLANCHANDO ~~Andando en B.~~ COMIENDO ~~Andando~~ ~~paeri~~
- 7 L CONOCE LA UTILIDAD DE OBJETOS
 CUCHARA ✓ LAPIZ ✓ JABON ✓
 ESCOBA ✓ CAMA ✓ TIJERA ✓
- 8 L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja)
 PESADO LIVIANO
- 9 L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO
 NOMBRE ~~Jonny~~ ~~Mamas~~ APELLIDO ~~Ancha~~ ~~ERRY~~
- 10 L IDENTIFICA SU SEXO ~~NEVE~~
- 11 L CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES
 PAPA ~~Mamas~~ MAMA ~~Gaby~~
- 12 L DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS
 HAMBRE ~~Como~~ CANSADO ~~me porcan~~ FRIO ~~me porcan~~ ~~camp~~
- 13 L COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz)
 DETRAS SOBRE BAJO

№ 24

1



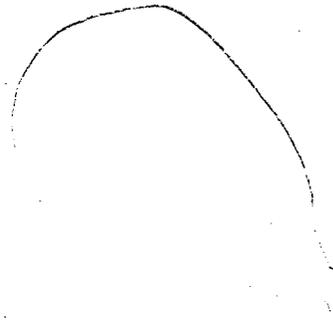
+



2

IT

figura humana.



REGISTRO DE DATOS DE FUENTES SECUNDARIAS

Nombre del Niño:..... Registro n° 25
 Edad: 4a. 6m...... Fecha: 10/08/2011.....

A-DATOS DEL GRUPO DE REFERENCIA

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD	ESTADO CIVIL	CONVIVE		TRABAJO ESTABLE		LUGAR DE TRABAJO	OBRA SOCIAL		PLAN SOCIAL			NIVEL ESCOLAR QUE COMPLETÓ
			SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	CUAL?	
MEIA	42	JUNTADA	X			X	-	X		-	X	-	Primaria
EJA Abu	46	Juntado	X		X		Ex. COPIA Emp. Activi	X			X		SECUNDARIO
A	12		X						X				Esc. 75
is	14		X						X				Esc 75
loma	20	SOLTERA	X		X		LIMPIEZA		X	X		AVH.	Primaria
ma	5		X						X				JUANITO

Antecedentes Delictivos: SI NO Agresion x PARTE DEL PAPA

Abuso de sustancias: SI NO PAPA ABUSO DE SUST. MUJERAZA

B-DATOS DE LA VIVIENDA

DOMINIO		MATERIALES DE CONSTRUCCION		SERVICIOS	
propia	X	TECHO	Tejas	BAÑO	Inodoro interno - <u>inodoro externo</u>
alquilada			Chapa	X	Letrina interna - letrina externa
cedida			Madera		AGUA: Red - <u>pozo</u>
comprada		PAREDES	Chapa	LUZ ELECTRICA:	<u>Si</u> - No
compartida			Cartón		GAS: Natural - <u>Envasado</u> - Sin gas
			Ladrillo	X	Nº HABITANTES: <u>8</u>
		PISO	Mosaico	Nº HABITACIONES:	<u>NO AMBIENTE</u>
			Material	X	
			Tierra		

C-DATOS SANITARIOS DEL NIÑO y LA MADRE

<u>EMBARAZO</u>			<u>CONTROL NIÑO</u>			
Adolescente	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Enfermedades	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Cuáles?
Enfermedades	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Traumatismos	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Cuáles?
Alcoholismo	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Internaciones	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Cuántas? x Pulmonía y
Tabaquismo	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Vacunación completa	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	PERLAME.
Complicaciones	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	Fecha Último control pediátrico	CONTROL DE 3 AÑOS		
ARTO	<input checked="" type="radio"/> Término	<input type="radio"/> Pretérm.	Peso actual	20	Kg.	
SO AL ACER	3065	Kg.	Talla actual	1,12	cm.	

CUESTIONARIO A MADRE, PADRE O TUTOR

Niño _____ Edad 4a6m Sala 4 N° Cuestionario 25

Informa SOLEOAD Fecha 2.02.2011

1. ANTECEDENTES EVOLUTIVOS

1.1	El niño tomo pecho?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	
1.2	Hasta qué edad tomo el pecho?	<u>2 años</u>	
1.3	Recuerda a qué edad sostuvo cabeza?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>4m</u>
1.4	Recuerda a qué edad se sentó solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>8m</u>
1.5	Recuerda a qué edad camino el niño?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>17m</u>
1.6	Recuerda cuando dijo las primeras palabras?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>1a</u>
1.7	Recuerda a qué edad dejó de usar pañales?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>1a6m</u>
1.8	Recuerda cuando empezó a comer solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Edad: <u>11</u>

Observaciones

2. HABITOS ACTUALES DEL NIÑO

2.1	Alimentación	
2.1.1	Usa chupete?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.1.2	Usa mamadera?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.1.3	Usa cuchara para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.1.4	Usa tenedor para comer?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.1.5	Toma solo del vaso o la taza?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones

2.2	Vestido	
2.2.1	Puede desvestirse solo?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.2	Puede vestirse solo o con ayuda?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.3	Abrocha y desabrocha botones?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.4	Sube cierres?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.2.5	Se pone el calzado?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO

Observaciones

2.3	Esfinteres	
2.3.1	Usa pañales de día?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
2.3.2	Usa pañales de noche?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO

Observaciones

2.4	Aseo personal	
2.4.1	Puede lavarse solo manos y cara?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO
2.4.2	Se baña todos los días?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO

Observaciones

2.5 Autocuidado

2.5.1 Reconoce y se cuida frente a situaciones de peligro? SI - NO

2.5.2 Realiza diferentes preguntas para comprender la realidad buscando explicaciones a los hechos? SI - NO

Observaciones

3. CAPACIDAD DE REL. SOCIALMENTE

3.1 Tiene amigos y compañeros de Jardín con los que le gusta compartir (en juego paralelo o con interacción) SI - NO

3.2 Comparte juegos y/o actividades con sus hermanos? SI - NO

3.3 Comparte juegos y/o actividades con vecinos del barrio? SI - NO

Observaciones No se lo deja salir afuera porque se pelean

4. MODELO AFECTIVO

4.1 El niño recibe respuestas a sus preguntas? SI - NO

4.2 Se incluye al niño en las conversaciones? SI - NO

4.3 En casa se le dice al niño que cosas hace bien? SI - NO

4.4 Se le habla al niño de buena manera? SI - NO

4.5 El niño recibe muestras de cariño? SI - NO

4.6 Si el niño dice malas palabras se le corrige de alguna manera? SI - NO

4.7 En casa se le ponen límites al niño o se enseñan las reglas de convivencia? SI - NO

4.8 El niño pasa tiempo con su padre por lo menos 4 veces por semana? SI - NO

4.9 Hay algún adulto cercano por el cual el niño sienta un afecto especial? SI - NO Quién? Abuelo PATERNO

Observaciones

5. PAUTAS DE CRIANZA

5.1 El niño recibió controles pediátricos en el último año? SI - NO Control 3 años

5.2 El niño recibió vacunación completa? SI - NO

5.3 El tiene cobertura social? SI - NO

5.4 En el hogar hay horarios para comer? SI - NO

5.5 En el hogar se respeta el horario del sueño? SI - NO

5.6 El niño duerme en una habitación separada de los padres? SI - NO

5.7 El niño comparte la cama con alguien más? SI - NO Con mamá hermana.

		quién?
5.8	El niño tiene un espacio para sus pertenencias dentro de la casa?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
	Observaciones	

6. ESTIMULACION DEL AMBIENTE FAMILIAR-SOCIAL

6.1	El niño tiene mascota?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO <i>Pezco</i>
6.2	Come en la mesa con la familia?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.3	Realiza actividades al aire libre con alguien de la familia?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO <i>Cuáles? Playa Centro</i>
6.4	Algún integrante de la familia le lee cuentos al niño?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.5	El niño sale de paseo?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.6	El niño visito un circo, teatro, zoológico o museo?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.7	El niño conoce la playa?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.8	El niño ha viajado en tren o colectivo en el último año?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO <i>Urbano</i>
6.9	Practica algún deporte, actividad artística o actividad recreativa grupal?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO <i>Cuáles?</i>
6.10	El niño juega en la plaza con hermanos o vecinos?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.11	Tiene algún juguete o libro que enseñe letras, animales o colores?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.12	Tiene algún juguete o libro que enseñe formas, tamaños o números?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.13	Tiene algún juguete o libro que enseñe arriba-abajo, adelante-atrás?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.14	Tiene algún rompecabezas?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.15	Tiene algún instrumento musical real o de juguete?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.16	Tiene algún CD o conoce canciones de chicos?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.17	Juega con lápices, temperas o masas?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
6.18	Tiene libros de cuentos infantiles?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.19	El niño visita o recibe visitas por lo menos 2 veces al mes?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO
6.20	La familia participa de las act. Escolares?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO <i>Cuáles?</i>
	Observaciones	<i>Actos Reuniones</i>

7. LA COMUNIDAD

7.1	Aksesibilidad al sistema Educativo y de Salud	
7.1.1	Hay algún Jardín cercano a su domicilio?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO
7.1.2	Hay alguna escuela cercana a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO <i>Esc. Nº 75</i>
7.1.3	Hay alguna Sala o Centro de Salud cercana a su domicilio?	<input checked="" type="radio"/> SI - NO <i>APAND.</i>
	Observaciones	

7.2	Participación en la comunidad		
7.2.1	Han asistido a algún evento de la comunidad en los últimos 6 meses?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Cuál?
7.2.2	Alguien de la familia es voluntario en alguna organización?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
7.2.3	Alguien de la familia forma parte de un grupo deportivo, religioso, partido político, etc.?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	Cuál?
7.2.4	Alguien de la familia participa de toma de decisiones en Juntas o redes?	SI - <input checked="" type="radio"/> NO	
7.2.5	Recibe algún plan social?	<input checked="" type="radio"/> SI - <input type="radio"/> NO	Cuál?
Observaciones			AHH.

FICHA DE OBSERVACION DEL NIÑO
Sala – Patio – Comedor Jardín Juanito Bosco

Niño _____ Edad _____ Sala _____ N° de observación 25
 Observador SOLEDAD Fecha 20/08/2011

1. Capacidad de relacionarse socialmente		Aparece en el juego	
1.1	Participa activamente en actividades en grupo	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
1.2	Comparte el juego con compañero/s	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
1.3	Comparte juguetes con compañero/s	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			
2. Capacidad de resolución de problemas			
2.1	Pide ayuda si tiene algún problema	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.2	Hace preguntas para comprender los hechos	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.3	Respeto las consignas que se le dan	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
2.4	Relaciona eventos temporalmente	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.5	Puede establecer relaciones espaciales	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.6	Puede establecer relaciones de causa-efecto	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.7	Reconoce situaciones de peligro	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.8	Reconoce reglas de parentesco	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			
3. Iniciativa			
3.1	Es curioso y explora objetos/situaciones nuevas	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3.2	Construye un todo a partir de partes	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3.3	Propone actividades y/o juegos	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3.4	Inicia y mantiene diálogos con otros niños/adultos	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Observaciones:			
4. Creatividad			
4.1	Imagina situaciones, adjudica o asume roles	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
4.2	Crea sus propias producciones en el dibujo y/o modelado	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
4.3	Crea sus propias producciones en la música, el canto y/o el baile	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Observaciones:			

5. Capacidad de comunicación			
5.1	Demuestra sentimientos negativos y positivos (celos, ira, alegría, afecto)	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
5.2	Usa la palabra para expresar necesidades o estados de animo	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
5.3	Se expresa a través del cuerpo (baile, música)	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Observaciones:			
6. Tolerancia a la frustración			
6.1	Acepta que le marquen los errores	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
6.2	Acepta limites	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
6.3	Acepta que se puede perder o ganar	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
6.4	Puede esperar turnos	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Observaciones: <i>Se muestra desafiante</i>			
7. Actividad lúdica			
7.1	Actitud de acercamiento a juegos y juguetes	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
7.2	Plasticidad en el juego (expresa distintas situaciones)	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
7.3	Acepta el encuadre temporo-espacial	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
7.4	Habilidades de manipulación y alternancia de miembros	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Observaciones:			

Nombre del niño:
 Fecha de nacimiento: 9/12/2006
 Fecha de examen: 8/08/2011
 Jardín infantil o colegio:
 Nombre del padre: de la madre:
 Dirección:
 Examinador: SOLEDAD

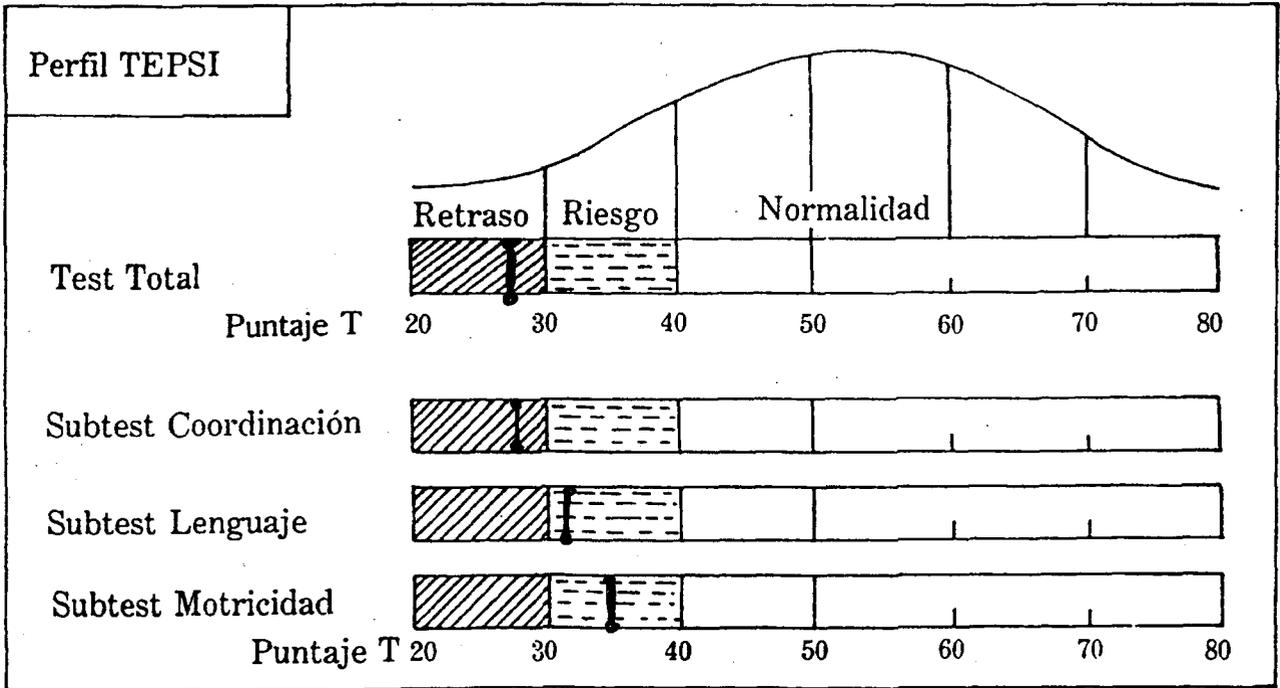
Edad: 4 años 8 meses 4 días

Resultados Test Total	
Puntaje Bruto	29
Puntaje T	26
Categoría	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Retraso

Observaciones:

 • inquieto
 • dificultades para
 seguir la atención
 • direccionalidad hacia
 derecho a izquierda

Resultados por Subtest			
	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación	8	27	RE
Lenguaje	14	31	RIES
Motricidad	7	35	RIES



I. SUBTEST COORDINACION

- 1 C TRASLADA AGUA DE UN VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)
 2 C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBOS CON MODELO PRESENTE (Seis cubos)
 3 C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MAS CUBOS (Doce cubos)
 4 C DESABOTONA (Estuche)
 5 C ABOTONA (Estuche)
 6 C ENHEBRA UNA AGUJA (Aguja de lana; hilo)
 7 C DESATA CORDONES (Tablero c/cordón)
 8 C COPIA UNA LINEA RECTA (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
 9 C COPIA UN CIRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
 10 C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
 11 C COPIA UN TRIANGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
 12 C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
 13 C DIBUJA 9 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 14 C DIBUJA 6 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 15 C DIBUJA 3 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja reg.)
 16 C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero; barritas)
- TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB



II. SUBTEST LENGUAJE

- 1 L RECONOCE GRANDE Y CHICO (Lám. 6) GRANDE CHICO
 2 L RECONOCE MAS Y MENOS (Lám. 7) MAS MENOS
 3 L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)
 GATO ✓ PERRO ✓ CHANCHO WAPATO ✓
 PALOMA ✓ OVEJA WALO ✓ TORTUGA ✓ GALLINA ✓
 4 L NOMBRA OBJETOS (Lám. 5)
 PARAGUAS ✓ VELA ✓ ESCOBA ✓ TETERA ✓
 ZAPATOS ✓ RELOJ ✓ SERRUCHO ✓ TAZA ✓
 5 L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 1) LARGO CORTO
 6 L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)
 CORTANDO ✓ SALTANDO ✓
 PLANCHANDO ✓ COMIENDO ✓
 7 L CONOCE LA UTILIDAD DE OBJETOS
 CUCHARA PARA COMER LAPIZ PARA ESCRIBIR JABON PARA LIMPIAR
 ESCOBA PARA BARRER CAMA PARA DORMIRSE TIJERA PARA CORTAR
 8 L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja)
 PESADO ✓ LIVIANO ✓
 9 L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO
 NOMBRE José Martín Aguilar APELLIDO - Anabella
 10 L IDENTIFICA SU SEXO men
 11 L CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES
 PAPA PAPA MAMA FERNANDO
 12 L DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS
 HAMBRE Comer CANSADO tomar jugo FRIO me tapo
 13 L COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz)
 DETRAS ✓ SOBRE ✓ BAJO ✓

- 14 L RAZONA POR ANALOGIAS OPUESTAS
HIELO RATON *chiquito* MAMA *grande*
- 15 L NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo)
AZUL *verde* AMARILLO *azul* ROJO *azul*
- 16 L SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo)
AMARILLO AZUL ROJO
- 17 L NOMBRA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12)
○ *rueda* □ *ventana* △ *puñete*
- 18 L SEÑALA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12)
□ *k* △ ○
- 19 L DESCRIBE ESCENAS (Láms. 13 y 14)
13 *un papa, una taza, un plato, un cubo de cafe,*
caliente un nautel y un helo
14 *un libro, un muro, un muro, un libro,*
un globo, un TV
- 20 L RECONOCE ABSURDOS (Lám. 15) *SE COYE UNA ZAPATILLA*
- 21 L USA PLURALES (Lám. 16) *SE COYE*
- 22 L RECONOCE ANTES Y DESPUES (Lám. 17)
ANTES DESPUES
- 23 L DEFINE PALABRAS
MANZANA *conversela*
- PELOTA *pelota*
- ZAPATO *zapato*
- ABRIGO *la cabeza*
- 24 L NOMBRA CARACTERISTICAS DE OBJETOS (Pelota, globo inflado; bolsa arena)
PELOTA
GLOBO INFLADO
BOLSA
- 14 TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

- 1 M SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR
- 2 M CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso lleno de agua)
- 3 M LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCION DETERMINADA (Pelota)
- 4 M SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MAS
- 5 M SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MAS
- 6 M SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MAS
- 7 M CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MAS PASOS
- 8 M SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (Hoja reg.)
- 9 M SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO
- 10 M COGE UNA PELOTA (Pelota)
- 11 M CAMINA HACIA ADELANTE TOPANDO TALON Y PUNTA
- 12 M CAMINA HACIA ATRAS TOPANDO PUNTA Y TALON
- 7 TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

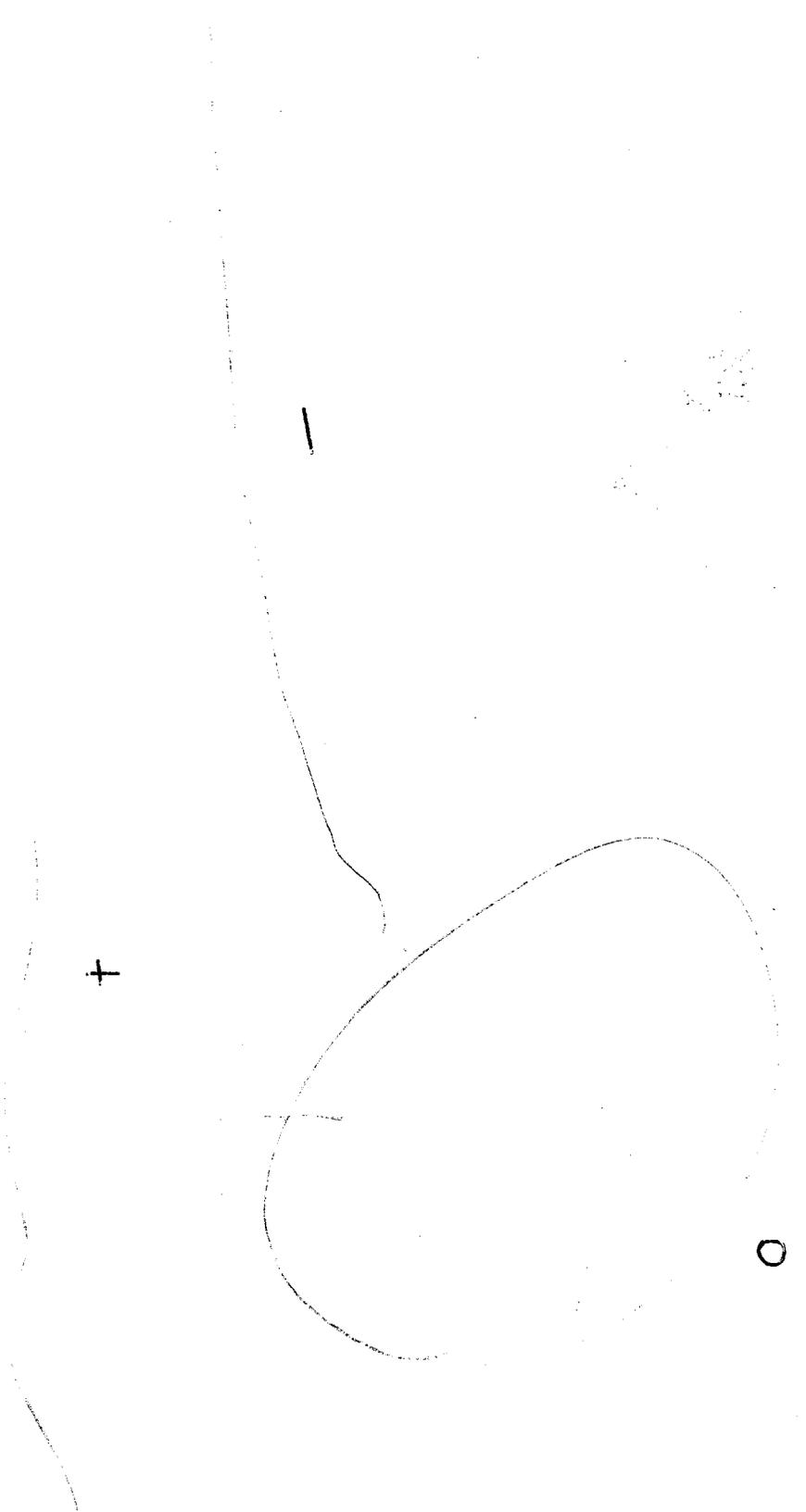
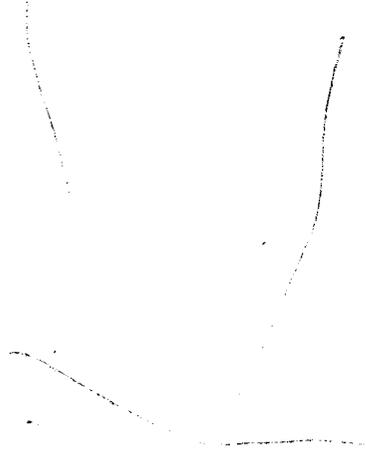
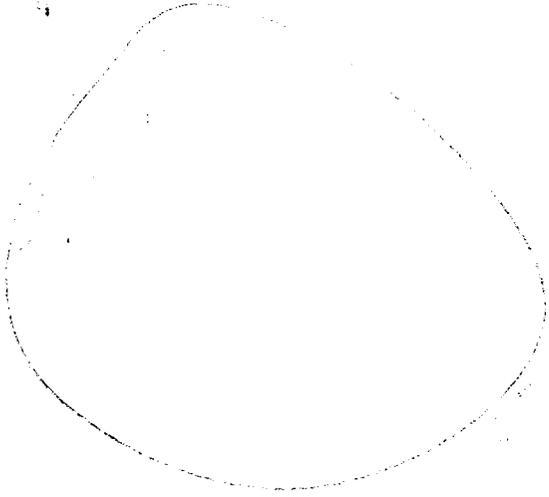


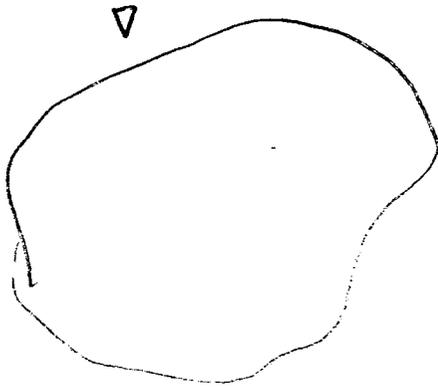
Figura humana



Nº 25



N° 25



"Resiliencia"

que baje algún ángel
y que te despierte,
que te ponga alas
y susurre un viento.
Por favor, que vuelas
e inventes canciones,
que rías,
que me oigas
y levantes vuelo...
que sueñes,
que pruebes,
que veas el arco
sutil que te muestran
las letras de un libro,
las frases de un cuento...
que puedas.
que quieras.
que entre tanto duelo
salgas sin escaras
de entre el humo espeso.
Ojalá que el aire
se vuelva sublime
y de tanto llanto
y dolor en ciernes
presientas un canto,
e inaugure tu alma
esa llave inmensa
de tu propio esfuerzo.

Ojalá que puedas!!!!!!

Tu profesora, mientras te ve leer

2/6/04



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

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

Jurado:

- ✓ To Vega Corlota
- ✓ Lic Bergey Norme
- ✓ Lic Cutrera Julieta

Fecha de Defensa:

16-3-12

NOTA (diez)
10