

1993

Estimulación temprana en niños en riesgo ambiental alto entre 0 y 2 años en zonas urbanas de la ciudad de Mar del Plata

Vega, María Carlota

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/919>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**ESTIMULACION TEMPRANA
EN NIÑOS DE RIESGO AMBIENTAL ALTO
ENTRE 0 Y 2 AÑOS EN ZONAS URBANAS
DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA**

T.O MARIA CARLOTA VEGA

Directora: Lic. LILIANA PANTANO DE DIOS

Codirectora: T.O GRACIELA BACIGALUPO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

1993

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 979	Signatura top
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

I N D I C E

	Pág.
Resumen	1
Introducción	3
Diagnóstico de situación respecto de la Estimulación	
Temprana	5
Propuesta frente a esta situación	6
Hipótesis	7
Metodología	8
Muestra	8
Grupos experimentales y grupos controles	10
Indicadores e Instrumentos aplicados	11
Resultados	14
Procedimiento estadístico	15
Grupos experimentales de estimulación temprana	15
Grupo de Estimulación 1. Estimulación a través de	
indicaciones a la madre	16
Grupo de Estimulación 2. Estimulación Mixta	21
Grupo de Estimulación 1 y 2. Comparación	23
Conclusiones	25
Recomendaciones	27
Bibliografía	31

RESUMEN :

Conociendo los trabajos de investigación y programas de Estimulación Temprana implementados en otros países y en Argentina, consideramos necesario realizar la experiencia en zonas de alto riesgo ambiental de la ciudad de Mar del Plata, teniendo como objetivos comprobar cual de las modalidades, más frecuentemente utilizadas, era la más efectiva en prevención de la deficiencia mental leve de origen sociocultural en nuestra población.

Se detectaron las zonas de alto riesgo de nuestra ciudad y se eligieron al azar tres centros donde se desarrolló la investigación. En cada uno de ellos se conformaron tres grupos con similares características:

- Grupo 1. Estimulación Temprana a través de indicaciones a la madre.
- Grupo 2. Estimulación Temprana Mixta. (Madre más agente estimulador).
- Grupo Control 1. De Alto Riesgo Ambiental.

Y fuera de la zona de alto riesgo se seleccionó un grupo poblacional sin riesgo denominado Grupo Control 2.

El seguimiento de los mismos se realizó durante un año y medio y en ese mismo período se evaluaron y controlaron 200 niños, de los cuales fueron incluidos para este trabajo, 140.

Los grupos familiares de Alto Riesgo fueron detectados con indicadores socioeconómicos, de educación y sanitarios diseñados para tal fin. El desarrollo psicomotor de los niños fue evaluado con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Rodríguez, Arancibia y Undurraga (EEDP), obteniéndose un coeficiente de desarrollo que permitió comparar los diferentes grupos.

Una vez implementadas las acciones preventivas de

Estimulación Temprana se realizó el seguimiento y control de los lactantes hasta los 18 meses, comparándose posteriormente la media de los coeficientes de desarrollo de los distintos grupos obteniéndose los siguientes resultados y conclusiones:

- 1- La Estimulación Temprana fue efectiva como una de las acciones preventivas de la deficiencia mental leve en los niños de la muestra hasta las edades registradas, en las dos modalidades experimentadas.
- 2- La estimulación temprana con acción a través de las madres es efectiva y, por no demandar grandes recursos se la recomienda para la mayoría de la población en riesgo.
- 3- La estimulación mixta no presentó diferencias significativas en los coeficientes de desarrollo de los niños con respecto al grupo de los estimulados sólo por sus madres y se observó que presentó su mayor efectividad en los niños de grupos familiares con mayor porcentaje de factores de riesgo.
- 4- Los niños de alto riesgo del Grupo Control permanecieron significativamente por debajo en sus coeficientes de desarrollo, con respecto a los niños que recibieron estimulación.
- 5- Los coeficientes de desarrollo de los niños sin riesgo permanecieron por encima de los niños de alto riesgo pero sin diferencias significativas con respecto a los grupos estimulados.

Queremos enfatizar en la comparación de dos modalidades de la Estimulación Temprana que, según nuestra experiencia, son igualmente eficaces pero recomendables para diferentes opciones de acuerdo a los recursos humanos y económicos disponibles y el carácter de riesgo del grupo familiar o diada madre-hijo.

INTRODUCCION :

Los propósitos de esta investigación fueron comprobar y valorar cuanti y cualitativamente que tipo de implementación del Plan de estimulación temprana era más efectiva en la población de Alto Riesgo Ambiental en la ciudad de Mar del Plata, en prevención del Retraso Psicomotor.

Tomamos como antecedentes estudios de otros países de América Latina, que revelaron diferencias en el desarrollo, no sólo entre individuos, sino también entre grupos poblacionales. Entre ellos, de niños físicamente sanos pero que crecían en ambientes desventajados que les proporcionaban pocas oportunidades de diversificar su aprendizaje, presentando retrasos muy evidentes aun hacia los 18 meses de edad, con diferencias significativas en sus curvas de desarrollo, de acuerdo a nivel socioeconómico y cultural.

Entre dichos estudios se destacan los de Hernán Montenegro y colaboradores de Chile, los de Cravioto en México y los de la Profesora Etchegoyen de Lorenzo entre otros. En los Programas de Estimulación Temprana instrumentados en América Latina los resultados han sido alentadores y permitieron observar sistemáticamente que las intervenciones son seguidas por progresos significativos en el desarrollo del niño. En Argentina no se implementaron programas o investigaciones en este tema, existiendo sí, experiencias en diferentes lugares con irregulares resultados.

Dentro del campo teórico, son indudables los aportes del equipo del Centro "Lydia Coriat" en cuanto al concepto de desarrollo del niño y la metodología de trabajo en estimulación temprana. Son interesantes las experiencias realizadas en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" y el Centro de Estimulación Temprana de Vicente López, de la provincia de Buenos Aires.

En la ciudad de Mar del Plata en el año 1989, cuando se

inicia este plan de investigación no existían antecedentes a excepción de algún intento breve sin registros ni evaluación de la experiencia. Se desconocían las acciones de la Estimulación, salvo en algunos centros profesionales que pertenecían al campo de la atención de los niños con patologías neurológicas, genéticas, sensoriales, etc.

En estos últimos años se ha registrado un importante aumento de interesados en el tema y la concreción de algunos intentos, experiencias y planes, animados por los resultados positivos y por la creciente necesidad puesta de manifiesto por el impacto de la crisis socioeconómica.

Son nuestros objetos de estudio: la magnitud del impacto socioeconómico y cultural sobre una amplia franja de nuestra población y, dentro de ésta al grupo etario de 0 a 2 años; la hipoestimulación o estimulación inadecuada de origen ambiental, reconociendo que un ser humano se desarrolla gracias a múltiples y complejos factores, armoniosamente ensamblados, durante varios años para alcanzar la plenitud de su potencial. En este proceso varias son las etapas importantes, pero la comprendida entre el nacimiento y los dos primeros años de vida, representa una instancia crucial para el desarrollo de cada individuo en equilibrada relación con el medio. Tenemos en cuenta, además que estudios epidemiológicos calculan que las posibilidades "de que un niño nacido en un ambiente pobre se le diagnostique como retrasado mental, son quince veces mayor que las de un niño criado en otro ambiente" (Tarjan).

Ante esta realidad se estudia una de las alternativas que previera o paliara tal situación: la Estimulación Temprana, y dentro de ésta, una metodología adecuada a nuestras características regionales.

Partimos de la definición de Hernán Montenegro: "La Estimulación Temprana es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño, las experiencias que éste necesita

desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas u objetos, en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con un medio ambiente y un aprendizaje efectivo" (1978).

Diagnóstico de situación respecto de la Estimulación Temprana

Durante el trabajo de campo, en estrecha relación con los equipos del Plan Materno-Infantil que funcionaban en los centros, se puso de manifiesto una situación que podría generalizarse en el sistema de atención primaria actual y que trataremos de puntualizar:

- 1- Desconocimiento de un Plan de Estimulación Temprana, salvo nociones generales.
- 2- Dificultades en la implementación del mismo de un modo eficiente.
- 3- Desconocimiento del profesional médico y paramédico de criterios confiables y unificados en la evaluación neurológica y del desarrollo de 0 a 24 meses, que permita la detección temprana de alteraciones o problemas del desarrollo del lactante.
- 4- Escasa participación de la familia, especialmente la madre, en sus problemas de salud, como agente activo.
- 5- Este conjunto de falencias sumados a los numerosos factores de riesgo propio de la población de la zona, demoraban y agravaban las soluciones terapéuticas que se intentaban.

Propuestas frente a esta situación :

Haremos una breve reseña de una serie de medidas progresivas tendientes a producir modificaciones, procurando un reordenamiento del sistema de atención y un plan informal de educación permanente del equipo en:

- a- Nociones de evaluación neurológica y del desarrollo del lactante de 0 a 2 años. Teniendo en cuenta criterios que nos permitieran reconocer los signos de alarma entre las variantes individuales del desarrollo psicomotriz infantil, y orienten sobre un menor o mayor riesgo de deficiencia o discapacidad.
- b- Criterios de reconocimiento de la mamá y/o familia del lactante en grave riesgo social y de ambientes de hipoestimulación.
- c- Organización de controles frecuentes y seguimiento de los casos detectados y derivación temprana.
- d- Implementación de planes simples de indicaciones para la mamá y la familia de estimulación, en la presunción de patología en el período de espera para su completo estudio o tratamiento y para los casos detectados como hipoestimulación ambiental de alto riesgo.
- e- Reordenamiento del sistema de atención: turnos de control para el lactante de acuerdo a edad cronológica; trabajo en grupo con participación activa de la mamá en la evaluación de su bebé en forma integral; intercambio de las madres de experiencias vividas en el mes con su bebé, cambios, dudas, experiencias con hermanos; observación por parte de las madres y los profesionales, de los niños en relación con los objetos y con otros niños a través del juego; observación de la relación madre-hijo, durante el control (vestido - desvestido, amamantamiento, juego, caricias, contactos, voz, etc.
- f- Valoración clínica y neurológica del niño por parte del

médico con diálogo permanente con la mamá y respuesta a las dudas que la madre no comunicó en el grupo. Examen más exhaustivo ante el descubrimiento de algún signo/s llamativos; controles más frecuentes, derivación para diagnóstico o tratamiento en los casos necesarios.

- g- Discusión de los integrantes del grupo o equipo sobre la información disponible de aquellos casos con alto riesgo social o de discapacidad, con volcado a la historia clínica.

Estas modificaciones pudieron lograrse por la permanente colaboración, interés y participación de los miembros de los distintos equipos de salud de los Planes de lactantes en este proyecto.

HIPOTESIS :

- 1.- La implementación del Plan de Estimulación Temprana en niños de 0 a 2 años de alto riesgo ambiental previene el retraso del desarrollo madurativo, siendo desigual su eficacia dependiendo de la modalidad que se implemente a saber:
 - 1.1- Tanto la estimulación directa de madres instruidas a tal fin como la estimulación aislada de profesionales idóneos sin intervención materna previene el retraso de desarrollo, no alcanzando ninguna de ellas individualmente la eficacia máxima.
 - 1.2- La estimulación mixta, en la que madre y profesional estimulan en forma conjunta y complementaria siguiendo un plan prefijado, es la más efectiva en la prevención del retraso de desarrollo en niños de 0 a 2 años con riesgo ambiental alto.

METODOLOGIA :

Muestra :

Antes de seleccionar la muestra se estudiaron y detectaron las zonas de Alto Riesgo Ambiental en la ciudad de Mar del Plata, teniendo en cuenta datos laborales, de vivienda, sanitarios, de migraciones, del Censo de Población de 1980 y datos y estadísticas vitales del Partido de General Pueyrredón de 1990 y 1991 entre otros conociéndose lo que se ha dado en llamar: "hogares con necesidades básicas insatisfechas".

Estos datos fueron relacionados con los obtenidos en educación comprobándose que las zonas de la ciudad con mayor porcentaje de familias con NBI, también presentaban mayor porcentaje de trastornos en educación escolar de sus niños.

CUADRO Nº1 : Dificultades escolares según zonas de la ciudad de Mar del Plata agrupadas por concentración de "hogares con necesidades básicas insatisfechas". 1990.

Indíces escolares Zonas M.d.P	Deserción	Derivación Educ. Especial	Derivación Educ. Adultos	Repitencia
zonas baja concentración (5,6,7)	0,38%	0,11%	0,28%	3,71%
zonas alta concentración (1,2,3,4)	1,58%	0,60%	0,91%	9,52%

Fuente : Hechos vitales en el Partido de Gral. Pueyrredón, 1990.

La concentración media de hogares con NBI de las zonas 1,2,3,4 fue de 34%, oscilando entre un 26,2% y un 50,6%. En

contraste la media de las zonas 5,6,7 fue de 12,9%. También las zonas de bajo riesgo presentaban mayor porcentaje de aprobados con un 94,8%, con respecto a las zonas de alto riesgo con un 88,7%.

Se decidió considerar zonas de alto riesgo ambiental para la zona urbana de la ciudad de Mar del Plata a las denominadas: 1, 2, 3, 4, para la distribución en el mapa de la ciudad, con numerosos barrios periféricos, y dentro de éstos, a su población infantil entre 0 y 2 años, que podría verse afectada por causas ambientales, (sociales, culturales, económicas, sanitarias), en su desarrollo armónico e integral: aspectos físicos, intelectuales, como en la adaptación emocional y social del niño.

Conocidas las zonas se procedió a seleccionar el azar tres zonas : 1, 3, 4.

Si "un factor de riesgo es cualquier característica de un individuo o grupo que aumenta la probabilidad de padecer determinado daño o resultado no deseado" (Suarez Ojeda. 1983), consideramos factores de riesgo a la combinación o interacción de dos o más de los siguientes factores a los que se les asignó un puntaje para detectar los grupos familiares de riesgo para el desarrollo de sus niños:

- Hacinamiento y problemas de vivienda.
- Condiciones sanitarias inadecuadas.
- Ingresos insuficientes que dificultan la subsistencia.
- Inestabilidad laboral o carencia de empleo.
- Nivel educacional bajo y analfabetismo en jóvenes y adultos.
- Problemas en la asistencia escolar y rendimiento entre los niños.
- Alcoholismo en los miembros de la familia.
- Madres y padres muy jóvenes.
- Mujeres solas con uno o más niños a cargo.
- Necesidad de la mujer de trabajar cuando sus niños son

pequeños, sin una adecuada cobertura en su ausencia.

- Migraciones dentro del país y de países limítrofes que conlleva inestabilidad en su asentamiento.

Es claro que se necesitaría un estudio epidemiológico para establecer el riesgo relativo entre los diferentes factores.

Grupos experimentales y grupos controles :

Detectados los grupos familiares de riesgo se distribuyeron al azar en tres grupos en cada barrio y un cuarto se conformó con las familias de bajo o riesgo nulo. Cada grupo estuvo caracterizado por:

- Grupo Estimulación 1, Estimulación a través de indicaciones a la madre :

Formado por niños de ambos sexos, que fueron estimulados desde los primeros días de vida hasta los 24 meses de edad por sus padres, especialmente la mamá, apoyados y asesorados por manuales simples de estimulación entregados con regularidad, más la demostración de los mismos por el estimulador, Terapeuta Ocupacional en este caso. Fueron evaluados mensualmente hasta los 12 meses y trimestralmente a los 15, 18, 21 y 24 meses, a los fines estadísticos sólo se consideraron los datos hasta los 18 meses por gran ausentismo en los últimos controles porque hasta ese momento el Plan de Lactantes terminaba hacia el año y medio y escaso número de mamás llevaron sus niños para su evaluación.

- Grupo de Estimulación 2. Estimulación mixta :

Formado por niños de ambos sexos, estimulados desde los primeros días de vida hasta los 24 meses. En este grupo el procedimiento descrito para el grupo 1 se le combina la acción directa del profesional con el niño mediante técnicas de Estimulación Temprana basadas en pautas de maduración y

desarrollo psicomotor estimables para cada edad, más los refuerzos necesarios en aquellas áreas en las que la evaluación haya detectado retrasos con respecto a las otras. Fue evaluado mensualmente registrándose su evolución y trimestralmente a los 15, 18, 21, y 24 meses.

- Grupo Control 1. Grupo de riesgo ambiental alto :

Estuvo integrado por niños de ambos sexos que recibieron como única intervención una evaluación en los mismos periodos que los grupos anteriores. La función de este grupo fue poder tener un grupo contraste con similares características de población a los grupos anteriores.

- Grupo de Control 2. Grupo de riesgo ambiental bajo :

Conformado por niños de ambos sexos que recibieron como única intervención, la evaluación en los mismos términos que los grupos anteriores. Estos niños fueron evaluados en guarderías de nivel socioeconómico medio y se lo comparó con los tres grupos de alto riesgo.

INDICADORES E INSTRUMENTOS APLICADOS :

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes, descriptos brevemente:

1- Fichas de datos personales y socioeconómicos :

Datos del niño evaluado; datos de la madre y el padre; de su educación, ocupación, ingresos, relación conyugal, tiempo que están con el niño, datos de sus hermanos y otros convivientes con el niño. Esta ficha se llenó en todos los casos para seleccionar la muestra, y fueron el punto de partida para el diálogo y conocimiento de la familia. Fueron contestados en todos los casos por la mamá siendo ella la que realiza los controles de salud de sus hijos, con la excepción en pocos casos, de abuelas o tías.

2- Ficha de datos de la vivienda :

Tenencia de la vivienda; tipo de material de construcción; número de habitaciones y relación con número de habitantes; servicios que posee el lugar de juego del niño. Fue eficaz permitió la selección de la muestra y el conocimiento del hábitat y entorno del niño.

3- Ficha de datos y antecedentes sanitarios familiares. Datos del embarazo, parto y período neonatal del evaluado :

Antecedentes sanitarios de los padres, hermanos, abuelos y tíos. Datos de la evolución del embarazo del evaluado: controles, dificultades, duración, antecedentes de abortos, tipo de parto y datos de los primeros días del bebé: peso, llanto, sueño, alimentación y posibles complicaciones. Se tomó en los seleccionados en la muestra, muchos datos no fueron preguntados porque constaban en la historia clínica que el niño posee en el Centro y por los comentarios médicos y los espontáneos de la mamá. Los casos de los niños de la muestra que fueron derivados a centros más especializados para estudio y diagnóstico, en términos generales, fueron detectados desde la evaluación médica y psicomotriz más que, desde los antecedentes familiares, de embarazo y/o parto, y una vez, confirmada la lesión neurológica u otro tipo de patología se produjo la baja de la muestra, lo que ocurrió con 6 niños. Además se produjo un fallecimiento por Síndrome de Muerte Súbita. En los casos en que no se confirmó ningún diagnóstico el lactante continuó en la muestra.

4- Escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 - 24 meses (EEDP)

Para medir la evolución Psicomotriz de los niños se escogió esta escala elaborada por las psicólogas chilenas:

Rodriguez, Arancibia y Undurraga por varios motivos entre ellos.

a- Ser una buena síntesis de escalas reconocidas como: Bayley, Gesell, Denver y Lezine.

b- Ser un instrumento de medición del desarrollo de lactantes estandarizada en Chile con una muestra urabana de población.

c- Medir el desarrollo en áreas significativas en el lactante como:

- área motora (motricidad gruesa)
- área lenguaje (verbal y no verbal)
- área social (reacción frente personas e imitación)
- área coordinación (motricidad fina)

Permite tener Coeficiente de Desarrollo (CD) y Perfil de Desarrollo Psicomotor para apreciar las distintas áreas y advertir retardo selectivo, importante en un Plan de Estimulación Temprana.

d- Sencilla en su administración y corrección, poseer batería de objetos simples, de bajo costo fácil adquisición y no requieren demasiado tiempo y espacio para ser administrada.

Fue explicada en todos los casos sin dificultades importantes propias de la escala, si, resultó, en algunos momentos difícil hallar el momento óptimo: un estado de vigilia sin llanto o excitación, sobre todo en los lactantes pequeños.

En algunos casos no pudo registrarse las respuestas del niño en edades consideradas importantes por: ausentismo, procesos febriles, vacunaciones o simplemente que el niño se hallaba dormido, luego de largas horas de espera para su control, algunos de estos problemas fueron evitados cuidando de evaluar o estimular todas las veces que fue posible antes de realizar su control médico y/o vacunación. Otro detalle

importante es contar con un espacio físico ya que algunas pruebas requieren toda la atención del bebé.

5- Observación de la interacción madre-hijo :

Era nuestro propósito registrar las impresiones del observador referidas a formas de crianza, actitudes con el bebé durante distintos momentos y actividades de la vida diaria, etc.

Estas fueron tema de diálogo permanente con las mamás de los grupos estimulados, no pudiéndose registrar sin perder la espontaneidad y naturalidad del momento. Destacándose la necesidad de contar con auxiliares y de elementos y medios técnicos audiovisuales para registrar un material muy valioso para estudiar.

RESULTADOS :

La recolección de la muestra se realizó de acuerdo al procedimiento previamente fijado con entrevista y recolección de datos personales y socioeconómicos de los grupos familiares, y de acuerdo a score de riesgo, todas las familias que reunieron 2 o más puntos y aceptaron colaborar en esta investigación, fueron distribuidas por azar en los tres grupos: dos experimentales y uno de control, en las zonas de alto riesgo. En el caso del grupo de control de bajo riesgo, fueron seleccionados de acuerdo a score diseñado incluyéndose los que reunieron 2 o más puntos.

Los grupos quedaron conformados en un principio por 50 niños en cada uno, en el primer trimestre se dio de baja de la muestra a 6 niños por patología y uno por fallecimiento. A los fines de un buen seguimiento estadístico del desarrollo de los lactantes, sólo fueron incluidos los que contaban con la casi totalidad de los controles: 140, con grupos de aproximadamente 40 niños.

Estos niños y sus familiares fueron controlados hasta los 24 meses, en algunos casos, pero como no fue la totalidad se incluyen los datos obtenidos hasta los 18 meses.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO :

El procedimiento estadístico utilizado para la contrastación de las hipótesis formuladas fue la Prueba de U Mann-Whitney, elegida por ser una de las pruebas no paramétricas más poderosas y ser una de las alternativas más útil cuando en un estudio se emplean dos muestras independientes y pequeñas al exhibir mayor potencia al rechazar H_0 que otras pruebas. (Estadística no Paramétrica. Aplicada a las Ciencias de la Conducta. Sidney-Siegel. Ed. Trillas).

GRUPOS EXPERIMENTALES DE ESTIMULACION TEMPRANA :

Los grupos se organizaron y desarrollaron como se había previsto, con la excepción de adaptar nuestro plan a la normatización del Plan de Lactantes de los Centros de Salud del Partido de General Pueyrredón que disponía de controles, una vez por mes hasta los 6 meses y trimestrales hasta los 18 meses, porque si bien, se citó a las madres con sus bebés fuera de esas fechas, y hasta los 24 meses, la concurrencia fue dificultosa y el ausentismo alto, por lo que no se consideraron para este trabajo los meses en que los datos fueron insuficientes.

Deben destacarse en las diadas mamá-bebé, que concurrieron más asiduamente a las sesiones, sobre todo en el grupo 2, características especiales que se repitieron en los distintos lugares en que se desarrolló el plan:

1º. Madres primíparas, menores en varios casos, solas con su bebé.

2º. Madres de bebés que evidenciaron retrasos o inmadurez

en su desarrollo (niños prematuros o de bajo peso al nacer; niños aquejados de enfermedades respiratorias agudas a repetición; bebés con alteraciones leves de tono muscular, problemas para aumentar de peso, gastroenteritis. Estos niños no fueron diagnosticados como lesiones neurológicas ni síndromes genéticos, por la que continuaron siendo estimulados dentro de la muestra.

En el Barrio "Gral. Belgrano", se observó la particularidad, probablemente dada por sus características geográficas y de vivienda, que los comentarios espontáneos de las mamás entre ellas, muy beneficioso, para cualquier plan preventivo o de educación en salud, generará también una dificultad en este plan de investigación: madres que pertenecían al grupo control solicitaban el material gráfico y mayor atención para sus bebés por la referencia que tenían de mamás de los otros grupos.

Grupo de Estimulación 1

Estimulación a través de indicaciones a la madre

Fue efectiva para prevenir la hipoestimulación ambiental en la generalidad de esta población.

En los primeros meses hubo oportunidad de evaluar y dar las indicaciones mensualmente y de escuchar los comentarios que las mamás realizaban de los cambios observados en los bebés, de sus dudas acerca de la estimulación, juegos, juguetes, relación con los hermanos, efectos posibles de las enfermedades que habrán sufrido, etc. Luego se presentó la dificultad de la asistencia ya comentada anteriormente pero así mismo se pudo seguir entregando el material gráfico y dando las indicaciones a la gran mayoría de las mamás bimensual o trimestralmente.

El desarrollo de los bebés de este grupo representado por la media de los coeficientes de desarrollo se mantuvo dentro

de los parámetros de la normalidad según la prueba utilizada, (EEDP de Rodriguez y Cols) manteniéndose entre 0,90 como mínimo y 1,06 como máximo. Comparadas con los grupos Control 1 y Control 2, mensualmente hasta los 12 meses y trimestralmente desde los 12 hasta los 18 meses. Se observa en la evolución que los promedios de coeficientes de desarrollo del Grupo Control 2, (cuadro nº 2).

CUADRO Nº 2

Medias y medianas de los coeficientes de desarrollo de los grupos experimentales y control

Grupo	G. E. I.		G. E. II.		G. C. I.		G. C. II.	
	x	me	x	me	x	me	x	me
1er. mes	0.92	0.90	0.88	0.86	0.90	0.86	0.97	0.95
2do. mes	0.99	0.97	0.95	0.94	0.84	0.81	1.10	1.08
3er. mes	0.93	0.93	0.95	0.98	0.83	0.80	0.96	0.97
4to. mes	0.97	0.93	1.01	0.99	0.83	0.83	1.03	1.02
5to. mes	0.99	0.99	0.99	1.01	0.79	0.75	1.05	1.06
6to. mes	1.06	1.09	1.05	1.11	0.82	0.86	1.13	1.13
7mo. mes	0.97	0.96	1.05	0.98	0.79	0.82	1.00	1.01
9no. mes	0.91	0.91	0.90	0.93	0.78	0.78	1.03	1.03
10mo. mes	0.90	0.92	0.95	0.96	0.83	0.83	0.99	0.99
11ro. mes	0.90	0.90	-	-	-	-	0.99	0.99
12do. mes	1.02	1.04	1.05	1.08	0.77	0.77	1.10	1.10
15to. mes	1.06	1.09	1.05	1.11	0.82	0.86	1.13	1.13
18vo. mes	1.02	1.04	1.05	1.08	0.77	0.77	1.10	1.10

Fuente: Mar del Plata, años 1991 - 1992.

se encuentra siempre en valores superiores a los otros dos grupos, pero con respecto al grupo de Estimulación I esta diferencia no fué significativa en ninguna de las edades, aceptándose la Hipótesis nula: "Niños de alto riesgo social

más Estimulación temprana alcanzan igual desarrollo madurativo que los niños de bajo o nulo riesgo social", como se expone detalladamente en el cuadro Nº 3.

TABLA DE LOS VALORES CRITICOS Y PROBALIDADES HALLADAS PARA CADA MES DE EDAD, CONTRASTANDO EL GRUPO CONTROL 2 (SIN RIESGO) VERSUS GRUPOS EXPERIMENTALES DE ESTIMULACION 1 Y 2, SEGUN LA PRUEBA ESTADISTICA DE U DE MANN - WHITNEY.

CUADRO Nº 3

Grupo Edad	Grupo 1	Grupo 2
19 M	Acepto Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	Acepto Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
29 M	Acepto Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	Acepto Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
39 M	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
49 M	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
59 M	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
69 M	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
79 M	A. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.	A. Ho en $p = 0.200$ -T.J.
99 M	A. Ho $p = 0.250$ -T.J.	A. Ho $p = 0.429$ -T.J.
129 M	A. Ho $p = 0.571$ -T.J.	A. Ho $p = 0.600$ -T.J.
159 M	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
189 M	A. Ho $p = 0.571$ -T.J.	A. Ho $p = 0.600$ -T.J.

Fuente: Mar del Plata, años 1991 - 1992.

En cambio, la curva del Grupo Control 1 de alto riesgo social, si bien parte en el primer mes de un valor promedio cercano a los otros dos grupos se aleja descendiendo permanentemente en el transcurso del año y medio de vida en

valores que sí resultan significativos, rechazándose la Hipótesis nula y aceptándose la alternativa: "Los niños de alto riesgo social sin Estimulación Temprana tienen distinto desarrollo que los de A.R.S. más Estimulación Temprana y los niños de Bajo riesgo Social". Cuadro Nº 4 y gráfico Nº 1

TABLA DE LOS VALORES CRITICOS Y PROBALIDADES HALLADAS PARA CADA MES DE EDAD, CONTRASTANDO EL GRUPO CONTROL 1 (DE ALTO RIESGO) VERSUS GRUPOS EXPERIMENTALES DE ESTIMULACION 1 Y 2, SEGUN LA PRUEBA ESTADISTICA U DE MANN - WHITNEY.

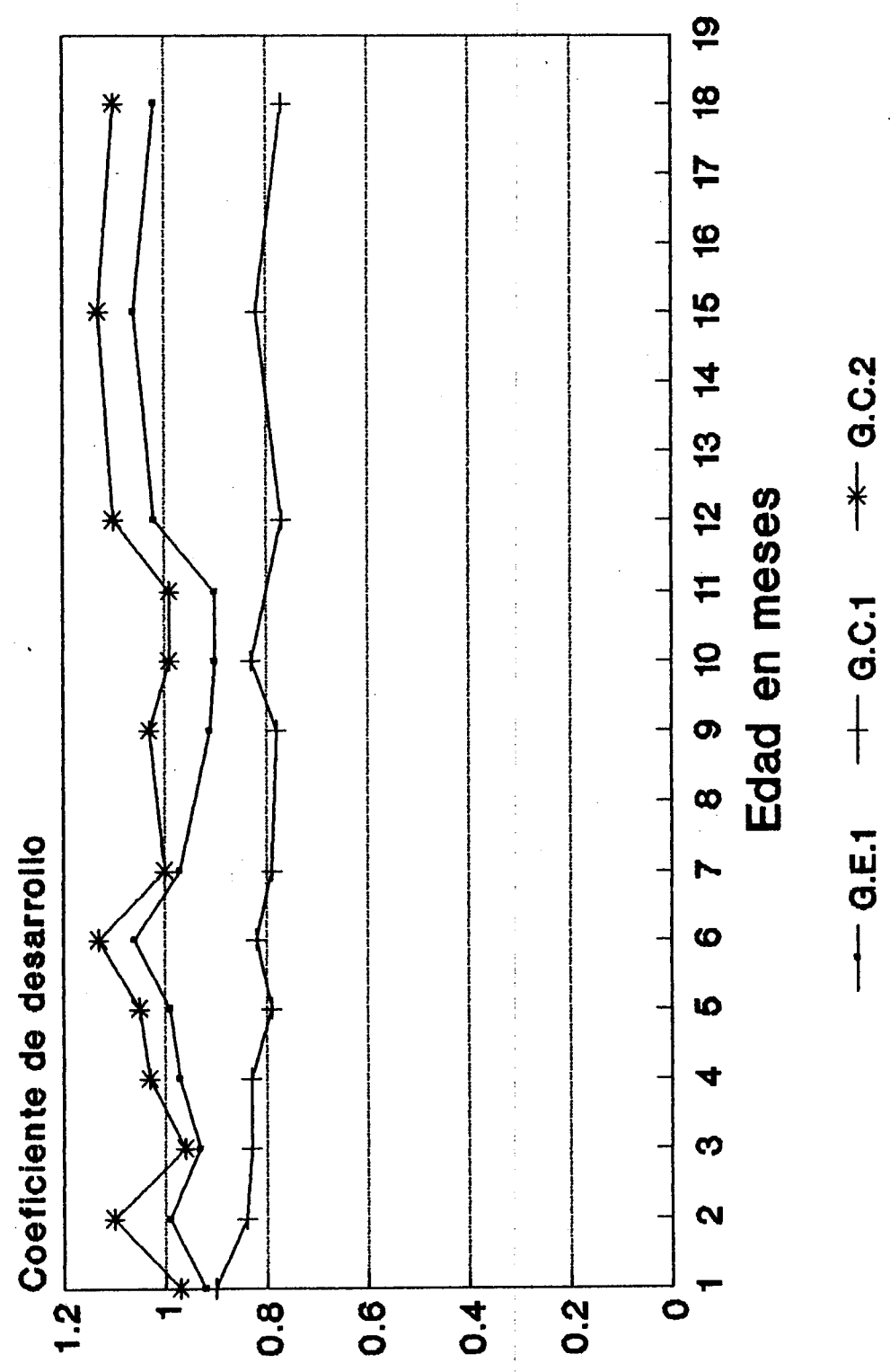
CUADRO Nº 4

Grupo Edad	Grupo E.1	Grupo E.2
1º M	Acepto Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	Acepto Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
2º M	Rechazo Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	A. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
3º M	R. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.
4º M	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.
5º M	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.	R. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.
6º M	R. Ho en $\alpha = 0.001$ -T.K.	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.
7º M	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.	A. Ho en $p = 0.012$ -T.J.
9º M	A. Ho $\alpha = 0.001$ -T.K.	A. Ho $\alpha = 0.001$ -T.K.
12º M	R. Ho en $p = 0.002$ -T.J.	A. Ho $p = 0.057$ -T.J.
15º M	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.	R. Ho en $\alpha = 0.01$ -T.K.
18º M	R. Ho en $p = 0.002$ -T.J.	A. Ho en $p = 0.057$ -T.J.

Fuente: Mar del Plata, años 1991 - 1992.

- . G.E.1 Grupo Estimulación 1
- | G.C.1 Grupo Control 1
- * G.C.2 Grupo Control 2

GRAFICO Nº 1



MEDIA DE LOS COEFICIENTES DE DESARROLLO DEL GRUPO DE ESTIMULACION 1 Y DE LOS GRUPOS DE CONTROL 1 Y CONTROL 2. Mar del Plata. Años: 1991 - 1992.
(Gráfico lineal de series de tiempo)

Grupo de Estimulación 2

Estimulación Mixta

En este grupo todas las madres integrantes al ser consultadas manifestaron su complacencia por participar en el Plan, fijándose el día en la semana, en todos los casos, para concurrir al Centro para la estimulación de su bebé por parte del agente estimulador, además de recibir material gráfico de acuerdo a la etapa evolutiva y charlas y sugerencias en reuniones de madres, pero dicha asistencia se cumplió esporádicamente en muchos casos y hacia los últimos meses fueron progresivamente asimilándose al grupo 1. Los días de concurrencia fueron aprovechados al máximo realizándose simultáneamente la evolución y la estimulación en grupos pequeños de dos o tres parejas de mamás y bebés.

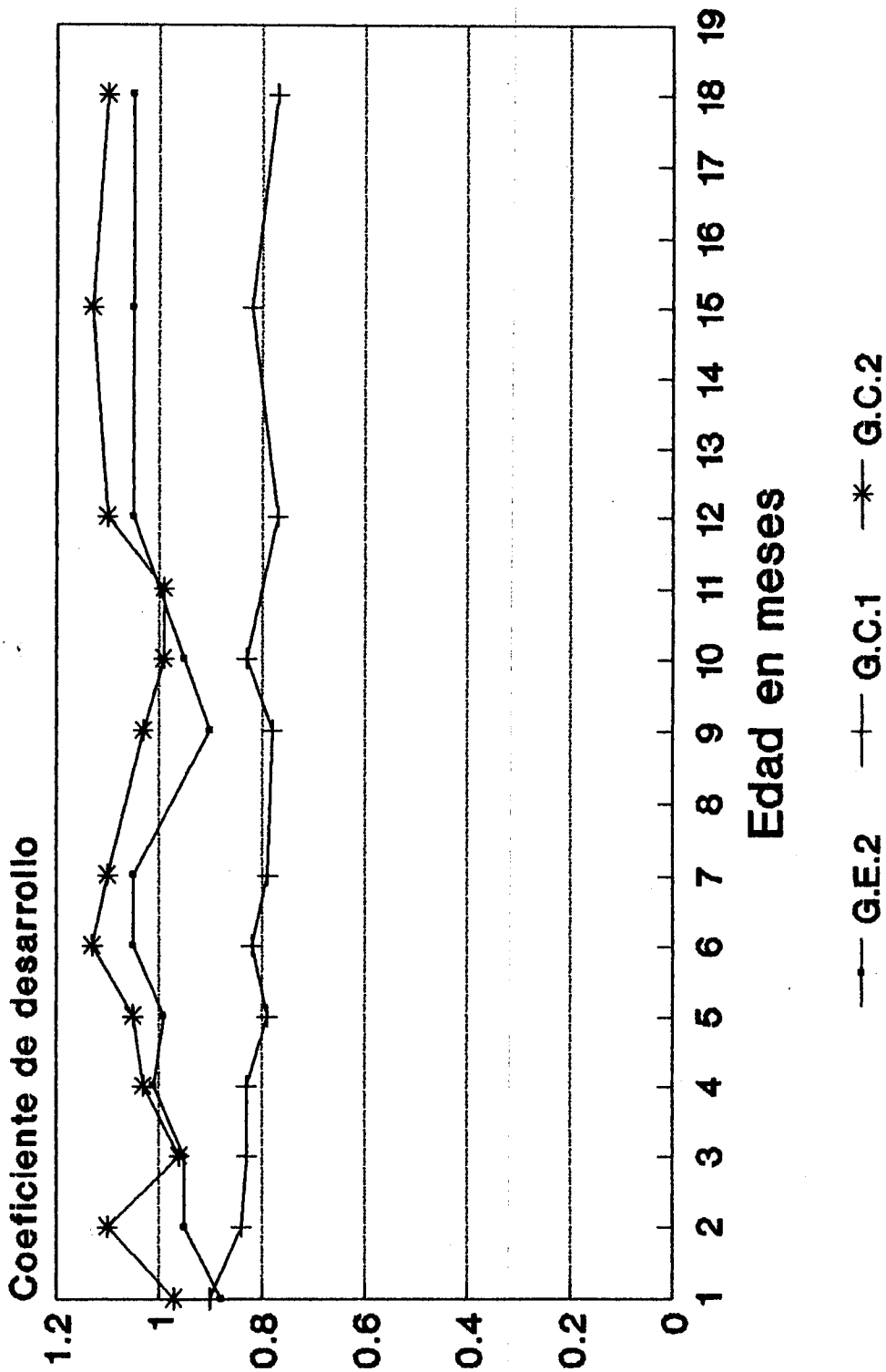
Se comentó anteriormente que las mamás de este grupo que concurren más asiduamente y participaron más activamente fueron aquellas mamás muy jóvenes, adolescentes la mayoría, y aquellas que manifestaban notar en sus bebés diferencias en su desarrollo muy evidentes. En contraste también se observó gran participación en mamás multiparas y con educación más completa que el resto.

La comunicación con las madres de este grupo fué más profunda y constante con respecto al Grupo Estimulación 1, pero se desprende de lo expresado anteriormente que esta modalidad del Plan de estimulación fué más valorizada y aprovechada por aquellas mamás jóvenes con alto porcentaje de factores de riesgo, que lograron tomar conciencia de la necesidad de su bebés.

La evolución de los promedios de coeficientes de desarrollo del Grupo de Estimulación 2, con respecto de los Grupos Control 1 y Control 2, mensualmente hasta el año de vida a excepción del 8º mes, donde no se registraron datos suficientes y trimestralmente hasta los 18 meses puede observarse en el Gráfico Nº 2.

- . G.E.2 Grupo Estimulación 2
- | G.C.1 Grupo Control 1
- * G.C.2 Grupo Control 2

GRAFICO Nº 2



MEDIA DE LOS COEFICIENTES DE DESARROLLO DEL GRUPO DE ESTIMULACION 2 Y DE LOS GRUPOS CONTROL 1 Y CONTROL 2. Mar del Plata. Años 1991 - 1992.

La media del Grupo en los distintos meses osciló entre 0,88 como mínimo y 1,05 como máximo. Parte del primer mes, inclusive, de un promedio de coeficiente menor al del Grupo Control 1, pero asciende o se mantiene en la curva a excepción del 90 mes, donde desciende para luego mantener su ascenso hasta los 18 meses, muy cerca del Grupo Control 2 sin Riesgo Social.

Sus valores promedios de coeficientes de desarrollo no tuvieron diferencias significativas aceptándose la Hipótesis nula: "Los niños de Alto Riesgo Social más Estimulación Temprana Mixta alcanzan igual desarrollo madurativo que los niños de Bajo Riesgo Social", como se observa en el Cuadro Nº 4 para todas las edades graficadas.

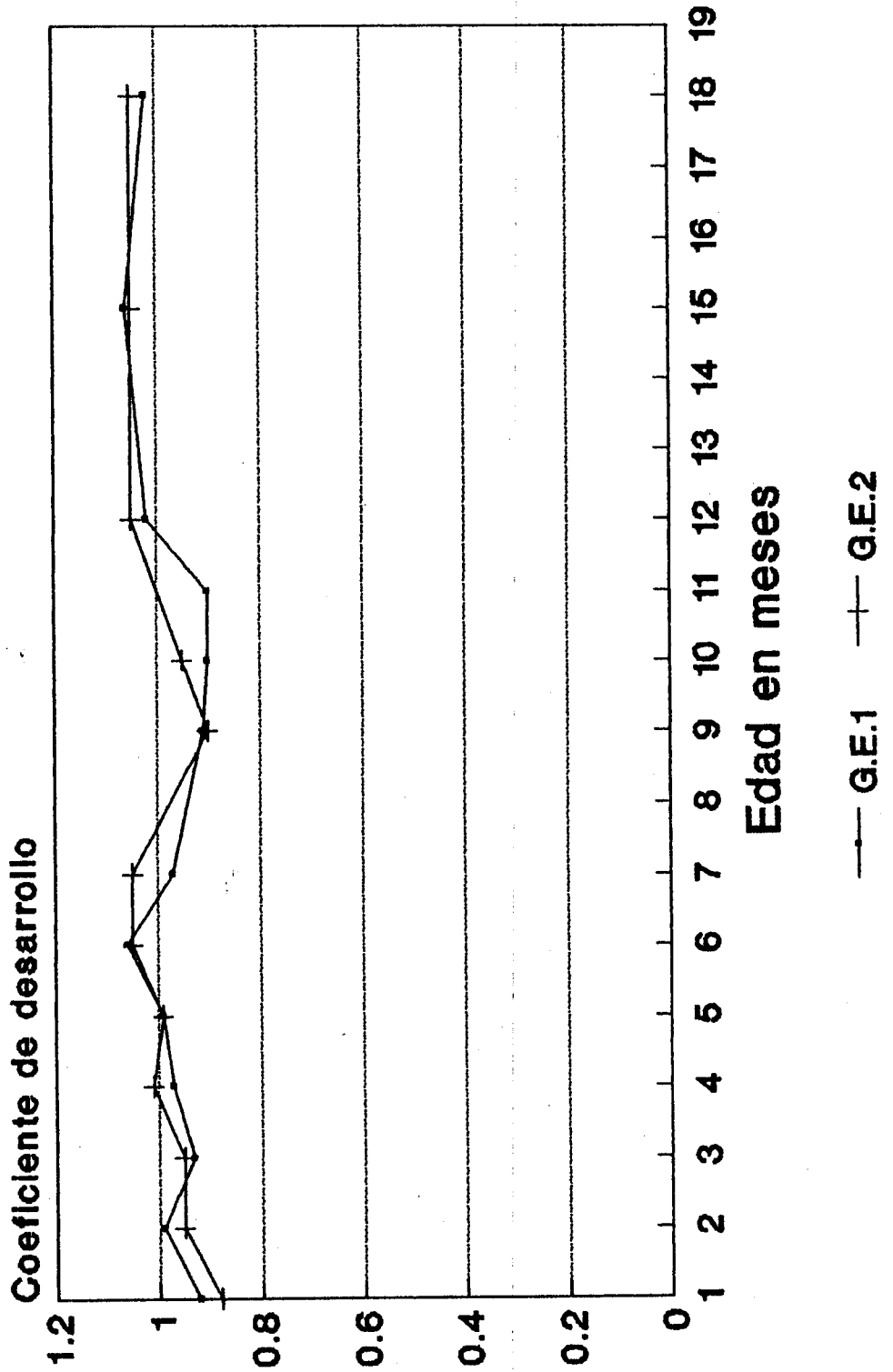
El Grupo Control 1 repite curva observada anteriormente. El descenso de las curvas de las medias de coeficientes de desarrollo observadas en todos los grupos aproximadamente a los 90 - 100 meses, no parece casual y lo atribuimos quizás al grado de dificultad de la Prueba de evaluación (EEDP) para esta edad.

Grupo de Estimulación 1 y 2 . Comparación

Ambos grupos parten de coeficientes de desarrollo muy cercanos entrecruzándose durante todo el gráfico (nº 3) en valores muy próximos, no significativos en todos los valores (cuadro nº 5) aceptándose la Hipótesis nula: "Niños de Alto Riesgo Social con Estimulación Temprana a través de sus padres tienen igual desarrollo que los niños de A.R.S. con Estimulación Mixta". No pudiéndose demostrar, por lo tanto hasta esta edad: 18 meses, la Hipótesis alternativa que proponíamos como más probable muestra de experiencia (cuadro nº 5).

- . G.E.1 Grupo Estimulación 1
- : G.E.2 Grupo Estimulación 2

GRAFICO Nº 3



MEDIA DE LOS COEFICIENTES DE DESARROLLO DE LOS GRUPOS DE ESTIMULACION 1 Y ESTIMULACION 2. Mar del Plata. Años 1991 - 1992.

TABLA DE LOS VALORES CRITICOS Y PROBALIDADES HALLADAS PARA CADA MES DE EDAD, CONTRASTANDO EL GRUPO DE ESTIMULACION 1 VERSUS EL GRUPO DE ESTIMULACION 2, SEGUN LA PRUEBA ESTADISTICA U DE MANN - WHITNEY.

CUADRO Nº 5

Grupo Edad	Grupo E.1 vs. Grupo E.2
19 M	Acepto H_0 en $\alpha = 0.001$ - T.K.
29 M	Acepto H_0 en $\alpha = 0.001$ - T.K.
39 M	A. H_0 en $\alpha = 0.001$ - T.K.
49 M	A. H_0 en $\alpha = 0.001$ - T.K.
59 M	A. H_0 en $\alpha = 0.001$ - T.K.
69 M	A. H_0 en $\alpha = 0.001$ - T.K.
79 M	A. H_0 en $\alpha = 0.01$ - T.K.
99 M	A. H_0 p = 0.438 - T.J.
129 M	A. H_0 p = 0.531 - T.J.
159 M	A. H_0 en $\alpha = 0.01$ - T.K.
189 M	A. H_0 p = 0.531 - T.J.

Fuente: Mar del Plata, años 1991 - 1992.

CONCLUSIONES :

Esta experiencia permitió comprobar lo que se ha observado en investigaciones extranjeras, a saber: que es posible prevenir retrasos en el desarrollo psicomotor de lactantes de Alto Riesgo Ambiental, ya sea mediante la estimulación a través de sus propias madres, como así también de las mismas más la intervención de un agente estimulador.

Los niños de Alto Riesgo Ambiental de esta muestra alcanzaron en el primer año y medio de vida el mismo nivel de desarrollo que los niños del grupo de Bajo Riesgo Ambiental, aunque éstos últimos mantuvieron la media de sus coeficientes

de desarrollo siempre en valores superiores y con menores altibajos, pero sin llegar a ser diferencias significativas.

En cambio los niños de Alto Riesgo Ambiental, que no recibieron ningún tipo de estimulación, a excepción de una evaluación periódica de su desarrollo psicomotor permanecieron significativamente por debajo en sus coeficientes de desarrollo con respecto a los de Bajo Riesgo Ambiental y a los grupos de Estimulación, aunque más cerca de éstos últimos.

En contra de lo presupuesto al iniciar el plan: que "la Estimulación mixta, en la que madre y profesional estimulan en forma conjunta y complementaria" era la más efectiva, la experiencia demostró para esta muestra de población, que no fue así, ya que ambos grupos experimentales no presentaron diferencias entre sí.

Nos preguntamos cuáles serían nuestras conclusiones de haberse respetado puntiliosamente las condiciones que habíamos estipulado para el Grupo 2 y el ausentismo a las sesiones hubiera sido menor. Pero, para fines prácticos en que este Plan fue pensado: aportar comprobaciones a la aplicación de la metodología de la Estimulación Temprana en la población de Alto Riesgo de nuestra ciudad, rescatamos las conclusiones, incluidas las dificultades en la implementación de las misma:

- 1- Ausentismo por diferentes y justificadas causas, muchas provocadas por los mismos factores de riesgo social analizados.
- 2- Inexistencia de espacios físicos para reuniones de padres y evaluación de los niños.
- 3- Carencia de recurso humano mínimamente capacitado y con criterios comunes.
- 4- Dificultades económicas de los centros de salud y de educación de proveer de material gráfico y educativo para las familias sobre crecimiento y desarrollo del niño.

Y remarcamos:

- 5- El valor de la participación activa de la familia, sobre todo la madre, en la vigilancia del crecimiento y desarrollo de su hijo cuando se le presentan canales de comunicación y espacios de participación, ya que la preocupación existe pero en muchos casos no encuentra la oportunidad de manifestarla, ni la necesaria información constante y de sencilla comprensión.
- 6- Que es posible con mínima intervención en la generalidad de la población prevenir el retraso psicomotor de origen sociocultural.
- 7- Que en los casos con mayor porcentaje de factores de riesgo y en que los niños presentan mínimas alteraciones o se presentan en riesgo o retraso de su desarrollo, la metodología más adecuada es la mixta, (familia - profesional), porque permite una evaluación e intervención más asidua y personalizada.

RECOMENDACIONES :

Se desprende de las conclusiones que la Estimulación Temprana a través de las indicaciones a la mamá puede prevenir la hipoestimulación o estimulación inadecuada de origen ambiental en la generalidad de esta población, con el consiguiente ahorro de recursos humanos, materiales y económicos en caso de implementarse acciones de estimulación en grandes poblaciones. Estas acciones serán efectivas en tanto y en cuanto la acción sea temprana, continua, sostenida y reforzada a partir de los 12 meses, edad en que los estímulos que el niño necesita para "alimentar" su inteligencia y desarrollarse plenamente, se complejizan y son difíciles de hallar en medios carecientes, y que van desde objetos materiales específicos hasta pautas culturales, que

incluyen tipo y contenido del lenguaje, presentación de problemas a resolver, situaciones ambientales y sociales variadas, etc.

Además la experiencia nos indica que a partir del año de vida se distiende la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño por parte de la familia y del sistema de salud, lo que conlleva a menor asistencia a los controles e imposibilidad de evaluar al niño.

Esta modalidad necesita ser implementada y supervisada por personas o equipos que conozcan aunque sea mínimamente, la evolución y desarrollo del niño en las distintas etapas. Propongan situaciones de intercambio con los grupos de padres o madres en este plan; estén dispuestos a escuchar sin prejuicios y atentamente sus observaciones o necesidades. Utilicen un lenguaje claro, sin términos técnicos, con ejemplos de la vida cotidiana y con las expresiones regionales más usadas.

Se diseñe material gráfico con imágenes que expliquen visualmente y con escaso texto.

Dicho equipo debe reconocer mínimamente cuando el retraso o la alteración del desarrollo que afecta al niño necesita de una derivación para un control más periódico o para un estudio que descarte una afección neurológica u otro síndrome o patología.

Se debe contar con infraestructura formal o informal para el seguimiento del niño desde recién nacido hasta 24 meses por lo menos, o una unificación de criterios o de información en caso de traslado de lugar o domicilio. También con un seguimiento social de la familia en caso de dificultades que supongan peligro de abandono del control de salud del niño.

Se consideran adecuados los Centros de Salud, los Jardines Maternales o Guarderías Municipales, de Sociedades de Fomento, de las Iglesias u otra estructura no formal de la comunidad que reciban lactantes, con acento en los centros de

salud, por el grado de presencia y participación de las madres en los mismos, muchos de ellos solo requieren de reorganización en su funcionamiento y de adiestramiento de su personal en la detección y estimulación temprana.

Con respecto a la Estimulación Temprana a través de las indicaciones a la mamá más la intervención del agente estimulador o Estimulación Mixta, la experiencia ha mostrado que puede reservarse esta modalidad para aquellos casos especiales cuya situación y alto porcentaje de factores de riesgo así lo requieran. Esta es recomendable para un seguimiento y controles periódicos más seguidos en los casos de lactantes detectados en el grupo anterior como de alto riesgo y con un retraso o alteración ya instalados y que requieran de una evaluación más exhausta de un especialista en desarrollo y de técnicos de estimulación para cada caso particular. Dicho profesional puede atender a este grupo en los lugares mencionados para el grupo 1, o recibir derivación en otro lugar, pero se considera más efectiva la primera alternativa dado que los serios problemas económicos de las familias impide que se traslade fuera del radio de su vivienda, agravando el problema del niño, ya que no sólo no atiende al mismo en esta dificultad, sino que además llega hasta abandonar los controles pediátricos al sentirse "en falta" por no haber cumplido con la derivación o interconsulta solicitada. En esta experiencia sólo se derivaron a instituciones como el Hospital Especializado Materno Infantil, Instituto de Genética, Instituto de Rehabilitación del Sur y CEFA, a niños que requerían imprescindiblemente un tratamiento para problemas específicos, donde primaba un riesgo de tipo biológico.

La gran mayoría de los casos se mantuvo en el centro respectivo con esta modalidad, en general, con buena evolución.

Otra comprobación efectuada, y es por eso que recomendamos

continuar investigando e implementando programas de Evaluación y Estimulación Temprana, es la gran demanda de atención de niños en riesgo y/o retraso de su desarrollo, que los equipos de salud y educación de estas zonas reclaman ante la creciente crisis social y económica y una de sus consecuencias el impacto sobre la salud infantil. Estos profesionales demandaron durante los años que duró este plan respuestas a sus dudas, y capacitación en el campo, como así también atención para los casos urgentes de retraso o alteración del desarrollo a los cuales por razones éticas y humanas se respondió en la medida de nuestras posibilidades, fuera del plan de investigación. Pero este punto merece una investigación seria y continuada por considerarla de vital importancia en el campo de la atención Primaria de la Salud.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO M.C. "ESTIMULACION TEMPRANA". Trabajo presentado en Hospital Especializado Dr. Noel Sbarra. La Plata. 1984.
- AMIEL-TISON A. GRENIER "Valoración neurológica del Recién Nacido y del Lactante". Ed. Toray-Masson. España. 1981.
- ARENDAR G., BACIGALUPO G., SERRAT M. y Cols. "Programa de Estimulación Temprana". Mar del Plata. 1985.
- BENASAYAG L. "Neuropediatría. Enfoque multidisciplinario". Ed. Purinzon. Argentina.
- BIRCH H. GUSSOW J. "Niños en desventaja. Enfoque social". Eudeba. Buenos Aires. 1973.
- BONNET M. y G. "La comunicación con el bebé". Ed. Gedisa. España. 1980.
- BOVONE E. y GONZALEZ CUBERES M. T. "Crecer jugando con el cuerpo". Ed. Estrada. Buenos Aires. 1987.
- CANTO MAESTRO. "La Pobreza en la Argentina. Publicación CTERA. Año 3 Nº 7. Diciembre 1992.
- CORIAT L. "Maduración Psicomotriz en el primer año del niño". Ed. Hemisur. Buenos Aires. 1974.
- CORIAT L. "Estimulación Temprana en el niño normal y patológico. 3º Congreso Latino-Americano de Neuropediatría. Conferencia. San Paulo. Brasil. Julio. 1975.
- CORIAT L. CENTRO "Cuadernos del Desarrollo Infantil". Ed. Centro Dra. Lydia Coriat. Buenos Aires. Argentina.
- DIMENT S. y cols. "¿Quién no quiere un hijo así?". Cartilla sobre Salud Mental, las necesidades de los niños, el rol de los padres. Fundación Argentina de Prevención para la salud. Buenos Aires.

- DOCUMENTOS. CENSO NACIONAL DE 1980. Dto. Estadística y Censo.
Municipalidad de Gral. Pueyrredón.
- DATOS DE MAR DEL PLATA Y EL PARTIDO DE GRAL. PUEYRREDON.
1990.
- ESTADISTICA SANITARIA EN MAR DEL PLATA Y EL PARTIDO DE
GRAL. PUEYRREDON. 1989.
- SINTESIS EN BASE A DATOS PROVISORIOS DEL CENSO 1991.
Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Dirección Gral.
de Consejo Municipal de Planeamiento. Dirección
de Estudios Socioeconómicos. Dto. de Estadística.
- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.
INFROME: "PROGRESO ECONOMICO Y SOCIAL EN AMERICA
LATINA". B.I.D. 1990.
- INFORME: "LA POBREZA EN ARGENTINA". INDEC.
- FERES J. C. y LEON A. "Magnitud de la situación de la
Pobreza". CEPAL. Nº 41. Agosto 1990.
- GARCIA ETCHEGOYEN DE LORENZO E. "Estimulación Precoz. Acción
preventiva y remedial. "Publicaciones sobre
Retardo Mental. OEA. Instituto Interamericano
del Niño. Uruguay. 1974.
- GARCIA ETCHEGOYEN DE LORENZO E. "El Apego o Vínculo afectivo.
Un llamado de atención para las estrategias de
intervención y estimulación temprana. Bol. IIN Nº
219. 1993.
- GARCIA ETCHEGOYEN DE LORENZO E. "Intervención Temprana". IIN.
OEA. Uruguay. 1984.
- GARCIA ETCHEGOYEN DE LORENZO E. "Reflexiones sobre Programas
de Intervención Temprana en América Latina". IIN.
OEA. Uruguay. 1986.
- GASSIER J. "Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño". Ed.
Teray-Masson. Barcelona. 1983.
- GESELL-AMATRUDA. "Diagnóstico del Desarrollo normal y
patológico". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1981.

- GONZALEZ, JULIA y cols. "Validación de la Escala de Riesgo del Programa infantil a nivel local". Cuaderno Médico-Sociales. XXVI, 4, 147. 151. 1985.
- HALPERN R. "Programas de Estimulación Temprana en América Latina". Fundación para la Investigación Educativa. HIGH/SCOPE. U.S.A. UNICEF-UNESCO. 1983.
- HETZER H. "El juego y los juguetes". Ed. Kapelusz. Buenos Aires. 1978.
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. "La Crisis Económica en América Latina y su impacto en la Familia: la respuesta institucional". Bol. Enero-Junio. 1987. Nº 227.
- LIRA M. I. y FOLCH S. "Manuales de Estimulación. Primer y Segundo año de vida". Ed. Galdoc. Argentina. 1979.
- MANUAL SOBRE EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL. Serie Paltex para ejecutores de Salud. Nº 7. OPS. 1986.
- MASTROPIERI MARGO. "Early Intervention for Socially Withdrawn Children". The Journal of Special Education. Vol. 19 Nº 4. 1985-1986.
- MONTENEGRO A. H. y cols. "Estimulación Temprana. Importancia del Ambiente para el desarrollo del niño. Programa Piloto de Estimulación precoz para niños de nivel socioeconómico bajo entre 0 y 2 años: Informe Final". UNICEF. Santiago de Chile. 1978.
- MONTENEGRO A. H. "Programas Preventivos del Retardo Mental en Chile". Bol. IIN. Nº 218. Enero/Dic. 1982.
- RODRIGUEZ S. y cols. "Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 - 24 meses". Ed. Galdoc. Argentina. 1979.

- ROY ENRIQUETA y cols. "Evaluación del desarrollo psicomotor de 319 niños de 1 a 24 meses de la consulta ambulatoria de los Hospitales Sardá, Elizalde y Gandulfo". Archivo Argentino de Pediatría. 1988.
- SOSTEK A. "Programas Educativos Preventivos de Intervención Temprana". Bol. IIN. Nº 225. Enero/Junio. 1986.
- SUAREZ OJEDA E. "Concepto de Riesgo en detección precoz". Archivo Argentino de Pediatría. Nº 81. 1981.
- UNICEF "Estado Mundial de la Infancia". 1989.
- "La Infancia Argentina en Cifras". 1990.
- "Informe: "Los Niños Primeros". 1989.
- "La Infancia en Hogares con necesidades básicas insatisfechas".
- "Infancia y pobreza urbana". 1989.
- "Cartillas de estimulación para niños de 0 a 3 años. Ministerio de Bienestar Social y Promoción Popular". Ecuador. 1982.
- "Más instrumentos para vigilar el desarrollo". 1987.
- VEGA M. C. "Aportes para el diagnóstico temprano de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 2 años en población de alto riesgo ambiental". Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. Septiembre 1991. Trabajo presentado.
- VINOCUR P. "Situación de la Infancia en la Argentina a inicios de los 90". 1991.

INDICE ANEXO

	Página
Ubicación del problema en Argentina.....	2
Población de Argentina.....	2
Población de Mar del Plata.....	3
Población; ocupación y empleo.....	4
Población y vivienda.....	4
Población, procedencia.....	7
Las consecuencias sociales del Ajuste: el aumento de la pobreza.....	8
Magnitud y caracterización de la pobreza.....	8
¿A qué tipo de pobres se dirige el Plan de Estimulación Temprana?..	12
Mapa de la Pobreza.....	13
Educación y Pobreza en la Argentina.....	16
Educación en el Partido de General Pueyrredón.....	19
Población de Alto Riesgo Ambiental, su distribución en zonas urbanas de la ciudad de Mar del Plata.....	21
Mapa n°2: División en zonas de la ciudad de Mar del Plata. Zonas de Alto Riesgo Ambiental.....	25
Mapa n°3: Ciudad de Mar del Plata con Centros de Salud y los seleccionados para la muestra.....	26
Ficha de datos personales.....	27
Ficha de datos de la vivienda.....	28
Entrevista-observación de la interacción madre-hijo.....	29
Ficha de antecedentes sanitarios familiares.....	31
Perfil de desarrollo Psicomotor. EEDP.....	33
Grafico de desarrollo Psicomotor. EEDP.....	34
Cartillas de estimulación.....	35

UBICACION DEL PROBLEMA EN ARGENTINAPOBLACION DE ARGENTINA: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Según el último Censo Nacional de Población y Vivienda, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en 1991, y del cual se disponen cifras provisorias, la República Argentina tiene una población de 32.3 millones de habitantes.

Cuadro Nº 1: Superficie y Población de la Argentina por provincias.
(1980-1991). Fuente: INDEC

JURISDICCION	SUPERFICIE POBLACION		PARTICIPACION DE CADA PCIA. EN TOTAL NACIONAL		
	(en km ²)	1.980	1.991	% SUP.	% POBL.
Capital Federal	200	2.922.829	2.955.002	0,007	9,128
Buenos Aires	307.571	10.865.408	12.538.007	11,016	38,733
Catamarca	100.967	207.717	264.940	3,616	0,818
Córdoba	168.766	2.407.754	2.761.067	6,045	8,529
Corrientes	88.199	661.454	780.778	3,159	2,412
Chaco	99.633	701.392	799.302	3,568	2,469
Chubut	224.686	263.116	324.582	8,048	1,002
Entre Ríos	78.781	908.313	1.021.042	2,821	3,154
Formosa	72.066	295.887	380.205	2,581	1,174
Jujuy	53.219	410.008	513.213	1,906	1,585
La Pampa	143.440	208.260	258.334	5,137	0,980
La Rioja	89.680	164.217	220.910	3,212	0,682
Mendoza	148.827	1.196.228	1.400.142	5,330	0,445
Misiones	29.801	588.977	779.089	1,067	2,406
Neuquén	94.078	243.850	385.606	3,369	1,191
Río Negro	203.013	383.354	506.314	7,271	1,564
Salta	154.775	662.870	863.688	5,543	2,668
San Juan	89.651	465.976	526.263	3,211	1,625
San Luis	76.748	214.416	272.896	2,749	0,843
Santa Cruz	243.943	114.941	159.726	8,737	0,493
Santa Fe	133.007	2.465.546	2.782.809	4,764	8,596
Santiago del Estero	135.254	594.920	670.388	4,844	2,070
Tucumán	22.524	972.655	1.136.545	0,806	3,511
Tierra del Fuego	21.263	27.358	69.450	0,761	0,214
REP. ARGENTINA	2.791.810	27.862.771	32.321.888	100%	100%

CUADRO N° 2: Población menor de 15 años por sexo y grupos de edad

Fuente: INDEC. Estimaciones de población de Argentina al 30 de junio de 1990

EDAD	VARONES		MUJERES		TOTAL	
0 a 4	1.640.678	33.4%	1.588.508	33.4%	3.229.186	33.4%
5 a 9	1.637.495	33.3%	1.587.371	33.3%	3.224.866	33.3%
10 a 14	1.632.283	33.2%	1.584.437	33.3%	3.216.720	33.3%
TOTAL	4.910.456	100.0%	4.760.316	100.0%	9.670.772	100.0%

POBLACION DE MAR DEL PLATAALGUNAS ESTADISTICAS VITALES

En base a cifras provisorias resultantes del Censo de población y viviendas de 1991. En resumen se verifican disminuciones o crecimientos atenuados en el centro comercial y barrios residenciales ya consolidados, en tanto que las tasas más altas se ubican al borde del ejido urbano, en su periferia.

CUADRO N°3: Cuadro comparativo de la población de Mar del Plata según su distribución. 1980-1991.

Fuente: Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Consejo Municipal de Planeamiento. Dto. de Estadística. Junio 1991

Población Urbana	1980	1991	Variación Porcentual
Ejido urbano	396.198	470.602	18.8 %
Periferia	17.891	26.631	48.9 %

Total población Municipio Gral. Pueyrredón: 530.664

Población urbana Mar del Plata : 497.233

CUADRO N°4: Población menor de 12 años del Partido de Gral. Pueyrredón

Edad	1990
0 a 2 años	32.513
3 a 5 años	33.173
6 a 12 años	66.169

POBLACION, OCUPACION Y EMPLEOCATEGORIZACION OCUPACIONAL (censo 80)

Población económicamente activa _____	100%
Profesionales _____	2,8%
Dirigentes de empresas y funcionarios públicos superiores _____	0,6%
Personal docente _____	2,9%
Jefes, supervisores y capataces _____	1,8%
Técnicos _____	3,9%
Empleados _____	11,3%
Vendedores _____	17,1%
Trabajadores especializados _____	45,2%
Peones, aprendices, personal de maestranza, cadetes, etc. _____	7,5%
Personal de servicio doméstico _____	4,5%
Ocupación no bien especificada _____	2,4%

Varones económicamente activos: 76%

Varones económicamente no activos: 24%

Dentro de esta última situación se hallaban un 5% de desocupados en 1980, no pudiéndose hallar datos fiables más actualizados.

POBLACION Y VIVIENDA

Viviendas particulares, se considera a aquellas ocupadas por una persona o grupo de personas parientes o no, que conviven bajo un régimen doméstico común.

Viviendas particulares: _____	100%
Viviendas ocupadas: _____	60%
Viviendas desocupadas: _____	40%

Tipo de vivienda ocupada

Total	100%
Casa	60,9%
Departamento	31,1%
Vivienda precaria	6,5%
Pieza de inquilinato	0,5%
Rancho	0,5%
Otro	0,2%

Por definición utilizada para confeccionar el censo se considera a vivienda precaria: todo albergue o estructura construida con material de desperdicio o deshecho que sirve de hábitat.

Y rancho, a la edificación típica de áreas rurales, construida rústicamente con materiales de origen local.

Régimen de tenencia

Propietarios	66,3%
Inquilino o arrendatario	20,6%
Ocupante en relación de dependencia	3,1%
Ocupante gratuito	9,1%
Otro régimen	0,9%

Definiciones según dicho censo:

Ocupante en relación de dependencia es el que recibe el uso de la vivienda como parte de lo que recibe por su trabajo.

Ocupante gratuito, es el que no paga alquiler ni ocupa la vivienda como parte de su retribución. Se incluye en esta categoría al que ha levantado su casa en terreno ajeno sin pagar arrendamiento por el mismo.

Viviendas, cuartos y poblaciónEn rancho, vivienda precaria y otras:

Viviendas _____ 7885 _____ 6,7%

Cuartos _____ 12.454 _____ 3,8%

Población _____ 32.943 _____ 8,1%

Cuartos por vivienda _____ 1,58%

Personas por cuarto _____ 2,65%

Tipo y composición del hogar en ranchos, viviendas precarias y otrasTotal

Viviendas _____ 7.885

Población _____ 32.943

Divididas en:Hogar unipersonal

viviendas _____ 1.091

población _____ 1.091

Nucleo familiar

viviendas _____ 4.260

población _____ 17.641

Dentro de esta última clasificación encontramos:

Jefe , conyuge e hijo/s

viviendas _____ 3.040

población _____ 14.355

Jefe y conyuge

viviendas _____ 647

población _____ 1.294

Jefe con hijo/s

viviendas _____ 573

población _____ 1.992

(otros familiares o convivientes)

viviendas _____ 1.423
 población _____ 8.007

POBLACION, PROCEDENCIA

Hogares particulares en el Partido ,según lugar de nacimiento del jefe

Hogares particulares: 122.956

Total	En el país	
	En esta provincia	En resto del país
104.281	73.128	31.153

Total	En el extranjero	
	En un país limítrofe	En otro país
18.675	3.016	15.659

En la provincia de Buenos Aires el número más alto seguido por el Partido de La Plata.

Población en hogares particulares en el Partido según lugar de nacimiento del jefe

Población en hogares particulares: 422.546

Total	En el país	
	En esta provincia	En resto del país
363.387	252.191	111.196

Total	En el extranjero	
	En un país limítrofe	En otro país
59.159	12.246	46.913

LAS CONSECUENCIAS SOCIALES DEL AJUSTE: EL AUMENTO DE LA POBREZA

(Basado en "Situación de la Infancia en la Argentina a inicios de los 90") UNICEF. 1991.

El modelo de acumulación del país desde fines del siglo pasado hasta 1970, pese a que había logrado integrar a la gran mayoría de los sectores sociales, promovió un desarrollo inarmónico y desigual entre las diferentes regiones del país, trayendo como consecuencia significativas diferencias en el nivel de vida alcanzado por la población de las mismas. Este desarrollo desigual se reproducía en el interior de las provincias, entre zonas, departamentos o municipios. Estas diferencias alentaron la migración de miles de familias hacia centros urbanos más importantes en el país. El proceso migratorio hacia las ciudades dio lugar a la proliferación de las llamadas "villas de emergencia", asentamientos ubicados en la periferia.

La atracción estuvo dada principalmente por el desarrollo de las actividades culturales y recreativas junto con la demanda de trabajo para las industrias y actividades comerciales y servicios, y en menor medida, por la oferta de servicios educativos y de salud.

Pese a planes de vivienda y de saneamiento encarados por el estado, cientos de "villas" persistían en los principales centros urbanos cuando sobrevino la crisis.

MAGNITUD Y CARACTERIZACION DE LA POBREZA

POBRES ESTRUCTURALES URBANOS

Se caracterizaban por sufrir pésimas condiciones en su hábitat. Vivían en casa construidas con materiales de deshecho, o en piezas de inquilinatos, hacinados, sin acceso a servicios de agua potable o cloacas. La mayoría no había accedido a la escuela primaria o no la había terminado, por esa causa podían acceder a los empleos peor pagos. Su inserción laboral principal, la industria de la construcción o industria manufacturera de menor calificación.

Vivían en barrios en tierras fiscales, generalmente inundables, sin

servicios de infraestructura, ni sociales, como centros de salud, escuelas o centros recreativos.

Hasta 1970, la desocupación era marginal y el centro de participación y organización de estos sectores populares era la fábrica y el sindicato.

La crisis que sobrevino al agotarse el modelo de desarrollo implementado, agravado con las sucesivas políticas de ajuste llevadas a cabo desde 1976 agravó estas inequidades y las condiciones de vida paupérrimas que tenían estas familias. Cierre de plantas fabriles, caída del consumo general, caída de los ingresos de la población en general, y de los asalariados en particular, afectó la cobertura de la seguridad social del trabajador y su familia, como así también su pertenencia al espacio fabril y sindical. El barrio se convirtió en un ámbito de creciente importancia en la identidad social de los sectores populares.

En los últimos tiempos, comparado con generaciones anteriores, puede decirse que hubo mejoras en la escolarización de niños, pero en términos generales la situación se deterioró y muchos son los indicadores que lo aseguran.

A medida que las grandes ciudades latinoamericanas han ido creciendo, han debido enfrentar serios problemas para proveer a sus habitantes de servicios básicos: agua potable (en Argentina más del 40% no la posee), electricidad, sistema de alcantarillado, y no menos serias las dificultades para asegurar el abastecimiento de alimentos, eliminación de basura y desechos industriales, como el control de la creciente contaminación ambiental. "Los problemas señalados, conjuntamente con el empeoramiento de las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelven amplios sectores de los residentes urbanos, han tenido por resultado un franco deterioro de la ciudad como hábitat propicio para el desarrollo familiar. La desintegración familiar en sectores urbanos marginales marginales tiene como consecuencia casi inevitable el descuido y abandono de cantidades cada vez mayores de niños, muchos de los cuales son altamente visibles en las calles de las ciu-

Junio.1987.)

Asimismo se constataron aumentos fuertes de la incidencia de la pobreza, particularmente en las áreas urbanas."La evolución negativa de los principales indicadores sobre niveles de ingreso y condiciones de bienestar de la población, especialmente los referidos a la población urbana, refuerzan esta apreciación. Así, el ingreso nacional por habitante en Argentina, Guatemala, Uruguay y Venezuela fue en 1986 aproximadamente 20 % más bajo que el que se había alcanzado en 1980. Del mismo modo, las tasas de desempleo abierto, en las áreas urbanas de los tres primeros países mencionados aumentaron persistentemente durante ese período, hasta casi duplicar en 1986 los niveles que tenían en los años 1980-1981."(Revista de la Cepal N° 41. Agosto 1990). Argentina y Uruguay que presentaban los patrones de ingreso comparativamente más equitativos de América Latina, sufrieron retrocesos importantes en esta materia. Diez países observaron una mayor evolución de sus salarios que en la Argentina que fue de 64% con respecto a los años 80, mientras que el porcentaje de variación de los precios al consumidor, sólo en el año 1989 fue de 3079.2. Solamente Perú y Nicaragua registraron una mayor variación. ("Progreso Social y Económico en América Latina". Informe 1990. BID. Banco Interamericano de Desarrollo)

Los gobiernos endeudados de los países en desarrollo han recortado también los gastos en servicios sociales lo cual ha dañado especialmente a la población infantil, reduciendo drásticamente los gastos en salud y educación. Es importante recordar, compartiendo nuestra opinión con la UNICEF, la profunda conexión entre el desarrollo físico y mental de la infancia y el desarrollo económico y social de sus países, para intentar todas las estrategias para protegerlo.

En este último tiempo varias son las voces que se alzan para alertar de una situación que aún hoy, es difícil de creer y de tener en cuenta para muchos habitantes de nuestro país, y peor aún, para aquellos que deben diseñar y poner en marcha programas y políticas que atiendan dicho problema.

En nuestro país "la mayoría de los niños son pobres y la mayoría de los pobres son niños", indicó el Director del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para la Argentina.

"Los más pobres entre los pobres son los niños", dice en su diagnóstico, un documento de la Iglesia Católica difundido por la Comisión Episcopal de Pastoral Familiar.

El trabajo "La Pobreza en Argentina" del INDEC en 1984, con datos del Censo de 1980, arrojaba que uno de cada cuatro argentinos pertenecía a este grupo, puesto que afectaba a un 27% de la población.

CUADRO Nº 5 Proporción de hogares y población con necesidades básicas insatisfechas por distrito.

Fuente: La pobreza en la Argentina. INDEC. 1984

DISTRITO	HOGARES(%)	POBLACION (%)
Capital Federal	7.4	8.3
Buenos Aires	19.9	24.3
Catamarca	37.6	42.6
Córdoba	19.4	22.4
Corrientes	40.6	46.9
Chaco	44.8	52.1
Chubut	29.8	34.8
Entre Ríos	27.9	32.8
Formosa	46.8	54.4
Jujuy	45.1	48.8
La Pampa	18.8	21.9
La Rioja	31.6	36.6
Mendoza	20.4	24.4
Misiones	39.2	45.4
Neuquén	33.9	40.2
Río Negro	32.8	38.9
Salta	42.4	46.8
San Juan	26.0	30.8
San Luis	27.7	31.9
Santa Cruz	22.7	26.3
Santa Fe	20.0	24.5
Santiago del Estero	45.8	51.7
Tucumán	36.6	42.4
Tierra del Fuego	25.6	27.5
TOTAL	22.3	27.7

Debe comentarse al respecto la carencia de datos del Censo de 1991, además será difícil contrastarlos con los de 1980, ya que en cuanto a la pobreza, aparentemente no han sido relevados adecuadamente.

MAPA Nº 1 : EL MAPA DE LA POBREZA

NUEVOS POBRES O PAUPERIZADOS

La crisis y el impacto socioeconómico en nuestra sociedad provocó una profunda transformación de la estructura social, que no sólo afectó al grupo de pobres estructurales, sino que también expulsó al mundo de la pobreza a otros sectores: familias de obreros de la industria manufacturera orientada al mercado interno, empleados de comercio y servicios, asalariados activos en el sector público, y el grupo de jubilados y pensionados, el 80% de este último sector recibe el haber mínimo, fijado muy por debajo del valor de la línea de pobreza.

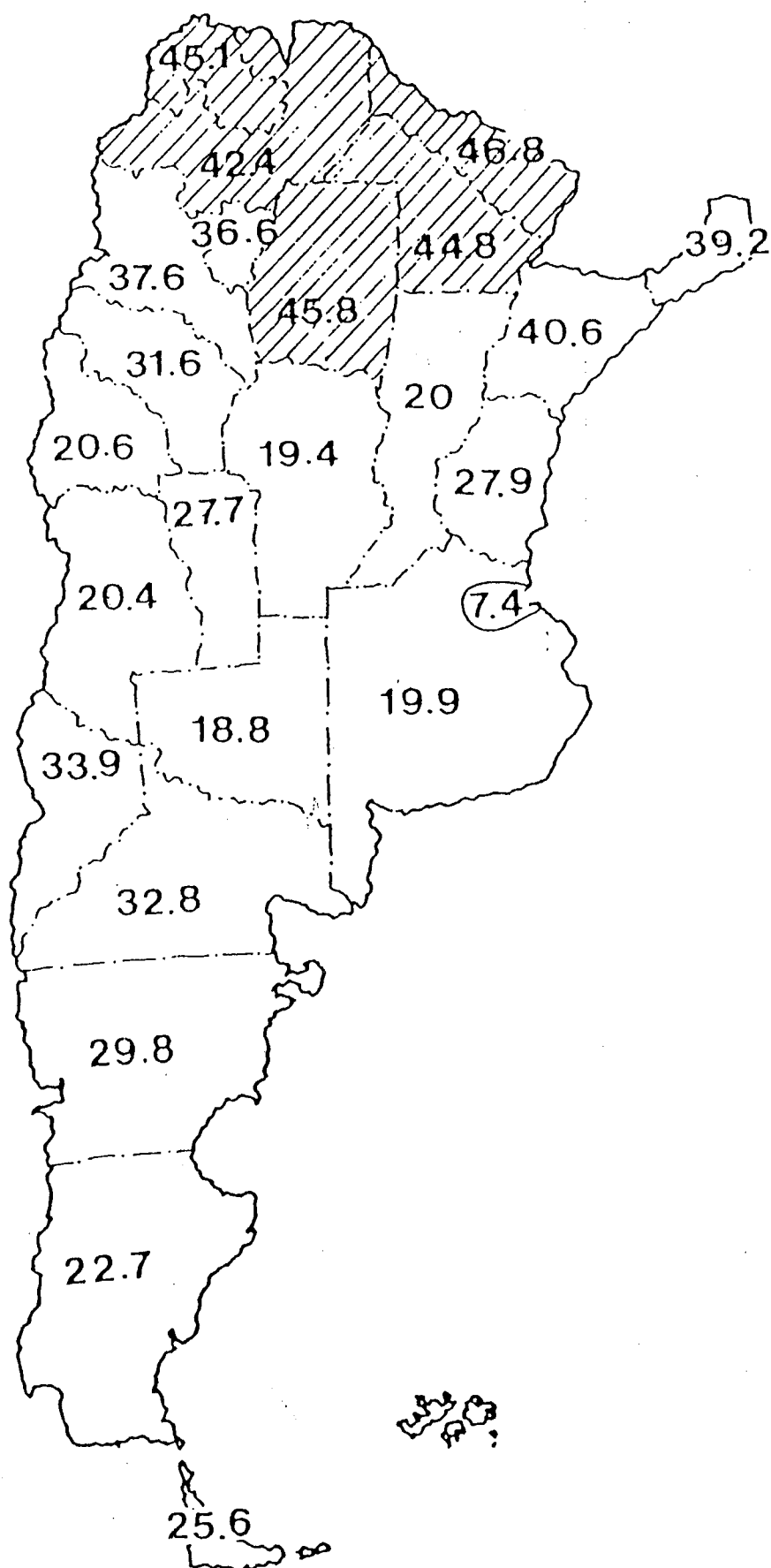
Este grupo de los "nuevos pobres", tiene características muy diferentes de los estructurales, ya que sus viviendas son propias en general de materiales adecuados en barrios con buena infraestructura urbana y social, que se han deteriorado por falta de inversión o mantenimiento. Desde hace dos o tres generaciones accedieron a un aceptable nivel educativo, con primaria completa de los jefes del hogar y hasta graduados universitarios entre los miembros de las familias. Su cultura es urbana, no son en general migrantes, pero el deterioro de sus ingresos los ha llevado a barrios más pobres o a otras provincias en busca de posibilidades laborales.

Tanto su historia como su cultura están relacionadas con la clase media, y se enfrentan a una realidad que comprenden pero no pueden modificar desde su situación particular, pueden tener mayores problemas de adaptación a esta nueva realidad que los pobres estructurales, quienes desde siempre han desarrollado estrategias de sobrevivencia.

¿A QUE TIPO DE POBRES SE DIRIGE EL PLAN DE ESTIMULACION TEMPRANA ?

Habiéndose caracterizado en rasgos generales ambos tipos, debe aclararse que las acciones y estudios llevados a cabo desde nuestra experiencia han estado dirigidos a los denominados pobres estructurales, ya que es en este grupo donde se observa el retraso del desa-

MAPA Nº 1: EL MAPA DE LA POBREZA



rollo, la deficiencia mental leve y los trastornos de aprendizaje en sus niños. Hasta el momento el otro grupo no los ha manifestado, esto es expresado en el doble sentido de una observación de la realidad y de el deseo de que la crisis no continúe con sus negativas consecuencias.

CUADRO Nº 6: Hogares y Población según grupos de pobreza

Fuente: IPA-INDEC. 1988

LOCALIDADES	GRUPOS DE POBREZA				TOTAL
	POBRES			NO POBRES	
	TOTAL	ESTRUCTURALES	PAUPERIZADOS		
CONURBANO					
% Hogares	36.7	11.5	25.2	63.3	100.0
Nº de Hogares (en miles)	724.5	227.8	496.7	1249.4	1973.9
% Personas	44.2	16.3	27.9	55.8	100.0
Nº de personas (en miles)	3217.1	1188.3	2029.6	4043.9	7261.8
GRAL. ROCA					
% Hogares	48.5	14.2	34.3	52.5	100.0
Nº de Hogares	7574	2215	5359	8043	15617
% Personas	56.7	26.9	39.4	43.3	100.0
Nº de personas	30940	9424	21516	23640	54581
NEUQUEN					
% Hogares	55.0	15.4	39.6	45.0	100.0
Nº de Hogares	22408	6277	16131	18333	40741
% Personas	62.4	19.3	43.1	37.6	100.0
Nº de personas	94232	29149	65083	56804	151036
POSADAS					
% Hogares	56.9	25.0	31.9	43.1	100.0
Nº de Hogares	25223	11074	14149	19072	44295
% Personas	64.1	30.9	33.2	35.9	100.0
Nº de personas	117711	56782	60929	65835	183546
SANTIAGO DEL ESTERO					
% Hogares	53.5	21.5	32.0	46.5	100.0
Nº de Hogares	28873	11596	17277	25125	53998
% Personas	62.2	26.9	35.3	37.8	100.0
Nº de personas	151793	65632	86161	92241	244034

Este cuadro presenta la magnitud que tienen los diferentes grupos pobres en las ciudades estudiadas por UNICEF y el número de hogares con necesidades básicas insatisfechas en estas ciudades-muestra. Confirma que la región norte del país es la que tiene mayor proporción de pobres estructurales, la situación social más grave. Como el tamaño medio de los hogares pobres es mayor, la población afectada es aún más elevada.

CUADRO Nº7: Algunas características sociodemográficas de los grupos pobres

Fuente: IPA-INDEC. 1988

GRUPOS POBLACIONALES	TOTAL	GRUPOS DE POBREZA		
		ESTRUCTURALES	PAUPERIZADOS	NO POBRES
CONURBANO				
Tamaño medio del hogar	3.68	5.22	4.09	3.23
Tasa de dependencia	2.79	4.08	3.51	2.29
Menores de 2 años	3.5%	6.3%	4.1%	2.3%
Menores de 6 años	10.9%	19.6%	12.7%	7.5%
Niños de 6-12 años	14.3%	22.8%	18.6%	9.6%
Adolescentes de 15-18 años	6.7%	7.4%	7.2%	6.3%
Personas de 65 y más	8.7%	2.7%	8.4%	10.5%
GRAL ROCA				
Tamaño medio del hogar	3.49	4.26	4.01	2.94
Tasa de dependencia	2.67	3.24	3.34	2.13
Menores de 2 años	4.3%	7.6%	4.8%	2.5%
Menores de 6 años	13.1%	20.9%	16.4%	7.1%
Niños de 6-12 años	17.2%	22.8%	20.1%	12.3%
Adolescentes de 15-18 años	6.8%	6.3%	7.6%	6.3%
Personas de 65 y más	7.2%	1.6%	6.6%	10.1%
NEUQUEN				
Tamaño medio del hogar	3.71	4.64	4.03	3.10
Tasa de dependencia	3.01	3.67	3.39	2.47
Menores de 2 años	4.7%	5.3%	4.5%	4.5%
Menores de 6 años	13.2%	14.0%	15.0%	10.8%
Niños de 6-12 años	16.9%	22.7%	20.2%	10.1%
Adolescentes de 15-18 años	7.7%	9.5%	6.9%	7.7%
Personas de 65 y más	4.8%	1.4%	3.2%	8.4%
POSADAS				
Tamaño medio del hogar	4.14	5.13	4.31	3.45
Tasa de dependencia	3.08	3.91	3.53	2.29
Menores de 2 años	5.6%	8.3%	5.8%	3.1%
Menores de 6 años	16.4%	21.9%	16.1%	12.0%
Niños de 6-12 años	17.8%	22.4%	19.5%	12.3%
Adolescentes de 15-18 años	6.1%	6.4%	6.5%	5.4%
Personas de 65 y más	5.6%	3.0%	6.8%	6.7%
SANTIAGO DEL ESTERO - LA BANDA				
Tamaño medio del hogar	4.52	5.66	4.99	3.67
Tasa de dependencia	3.46	4.06	4.01	2.79
Menores de 2 años	3.6%	5.6%	4.2%	1.7%
Menores de 6 años	12.1%	17.3%	13.5%	7.0%
Niños de 6-12 años	19.2%	23.5%	20.3%	15.1%
Adolescentes de 15-18 años	7.4%	8.9%	7.5%	6.1%
Personas de 65 y más	5.5%	3.9%	4.4%	7.8%

CARACTERISTICAS MAS DESTACABLES

La mayor parte de los pobres son niños menores de 12 años, fundamentalmente entre los estructurales, parejas más jóvenes que en los

res dificultades de la mujer para incorporarse al mercado de trabajo. La diferencia es tan grande que en los pobres estructurales la presencia de niños menores de 2 años triplica comparativamente a los no pobres.

Los jefes de hogar varones, son más jóvenes en los hogares pobres. En todas las ciudades estudiadas la condición migratoria estuvo relacionada en alta proporción, llegando a ser el 85% de los jefes de hogares pobres en el conurbano bonaerense, situación con gran semejanza a la que se presenta en Mar del Plata.

EDUCACION Y POBREZA EN ARGENTINA

El Censo de 1980 determinó que la población analfabeta mayor de 15 años era del 5%, pero un estudio más reciente del IPA (Investigación sobre Pobreza en la Argentina), detectó una reducción entre 1 y 2 puntos, sin embargo encontró que entre un 20% y un 30% no había terminado el nivel primario.

Analizándolo por grupos de pobreza se observan importantes diferencias: alrededor de un 42% de los mayores de 15 años pertenecientes al grupo de pobres estructurales no completó su enseñanza primaria. Entre los nuevos pobres la proporción era del 28% y en los no pobres menos del 14%.

Acceso al secundario: No pobres, más de la mitad llegó a ese nivel.

Nuevos pobres, un 30%.

Pobres estructurales, sólo uno de cada cinco.

SITUACION EDUCATIVA

CUADRO N°8: Tasas de escolarización de la población entre 4 y 14 años por grupos de pobreza

Fuente: IPA-INDEC

EDAD	GRUPOS DE POBREZA		
	ESTRUCTURALES	PAUPERIZADOS	NO POBRES
4	30.8%	41.8%	80.7%
5	64.2%	76.8%	91.0%
6	79.3%	99.3%	100.0%
7	97.4%	100.0%	100.0%
8	91.9%	100.0%	100.0%
9	93.0%	100.0%	100.0%
10	92.1%	100.0%	100.0%
11	92.3%	100.0%	100.0%
12	86.7%	100.0%	100.0%
13	86.4%	94.5%	92.3%
14	73.2%	81.1%	94.4%

A partir de los 6 años y hasta los 12, las tasas de escolarización son casi del 100% en todos los sectores sociales, a partir de los 13 años la deserción comienza a evidenciarse y se acentúa a los 14 años, además se trata de mantener al niño en la escuela el número de años del nivel primario, aún cuando el mismo no haya avanzado hasta completarlo.

Se observan diferencias en las tasas desde el sistema preescolar muy limitado y casi inexistente en los sectores pobres urbanos.

También desde el sistema educativo, se presenta el problema de la incoherencia entre las propuestas pedagógicas diseñadas para los sectores medios, con necesidades y realidades diferentes de los sectores populares, siendo una de las causas del abandono y fracaso escolar. Otro gran problema es la repetencia, el niño debe repetir el año hasta que supere o se adecue a las pautas del sistema, por ello no existe concordancia entre la edad del niño y el grado que cursa. Un 25% de los alumnos de primaria ha repetido al menos una vez un grado. Pero las diferencias por grupos sociales son muy significativas como podemos observar en el cuadro nº 9

CUADRO N°9: Proporción de repitentes según grupos de pobreza

Fuente: IPA-INDEC

REPITENCIA	TOTAL	GRUPOS DE POBREZA		
		ESTRUCTURALES	PAUPERIZADOS	NO POBRES
CONURBANO				
No	76.3%	56.4%	73.3%	87.3%
Si	23.7%	43.6%	26.7%	12.7%
Total	742405	155117	239614	347673
GRAL ROCA				
No	58.7%	45.3%	48.7%	75.4%
Si	1.3%	54.7%	51.3%	24.6%
Total	6574	1255	2701	2618
NEUQUEN				
No	74.3%	54.0%	69.2%	6.9%
Si	5.7%	46.0%	30.8%	3.1%
Total	17640	3820	8470	5349
POSADAS				
No	65.7%	47.1%	2.5%	92.5%
Si	4.3%	52.9%	37.5%	7.5%
Total	18285	6773	6102	5410
SANTIAGO DEL ESTERO - LA BANDA				
No	71.0%	49.4%	77.2%	84.1%
Si	29.0%	50.6%	22.8%	15.9%
Total	32479	9672	13075	9733

Una posible explicación de este fracaso, que parte de los hándicaps que el niño trae desde su gestación, pero mucho más, determinado por las condiciones sociales, culturales y familiares que definiremos como factores de riesgo social o ambiental, que para algunos pueden manifestarse en dificultades de aprendizaje al llegar a la escuela, y en nuestra opinión estas dificultades comienzan a evidenciarse mucho antes en el lactante o niño como alteraciones, anomalías o retrasos del desarrollo que incluyen el aprendizaje como uno de sus aspectos.

EDUCACION EN EL PARTIDO DE GRAL. PUEYRREDONCUADRO Nº10: Cantidad de establecimientos y alumnos por nivel

Fuente: Municipalidad de Gral. Pueyrredón. 1989

Nivel	Depend.	Cantidad de establecim.	Cant. de Alumnos	
Pre-Escolar	TOTAL	106	11.426	
	Provincial	19	3.556	
	Municipal	16	2.488	
	Privada	71	5.382	
Primaria Común	TOTAL	124	68.268	
	Provincial	Urbana	47	38.030
		Rural	20	3.368
	Municipal	Urbana	14	8.836
		Rural	1	269
	Privada	Urbana	41	17.495
Rural	1	270		
Primaria Esp.	TOTAL	14	1.664	
	Provincial	11	1.224	
	Privada	3	433	
Post-Primaria	Municipal	10	2.091	
Media (1988)	TOTAL	67	28.097	
	Oficial	34	20.275	
Bachillerato	Privada	33	7.822	
	Oficial	3	2.198	
Bach. Especial	Privada	16	3.124	
	Oficial	10	7.135	
Bach. Adultos	Privada	3	1.406	
	Oficial	4	835	
Comercial	Privada	1	161	
	Oficial	2	1.656	
Comerc. Adultos	Privada	11	2.598	
	Oficial	5	1.055	
Técnica	Oficial	10	7.396	
	Privada	2	533	
Artística	TOTAL	5	2.382	
	Provincial	3	1.945	
	Municipal	2	437	
Superior	TOTAL	3	1.997	
	Provincial	1	1.706	
	Municipal	1	109	
	Privada	1	182	
Universitaria*	Oficial	1	12.325	
Parasistemática	Privada	4	918	

HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS Y PORCIENTOS DE RENDIMIENTO DE LA ESCUELA PRIMARIA COMUN, SEGUN AREAS DEL PARTIDO DE GENERAL PUERREDON, EN 1985

Áreas	Hogares con MBI	% (a)	% sobre Matrícula censal			% sobre Matrícula final		Egresados		
			Alumnos repetitientes	Salidos		Aprobados	Desaprobados			
				C/A	E/E				S/D	
Zona 1	2.243	34,5	10,20	1,14	0,58	1,64	37,72	12,25	0,03	9,30
Zona 2	1.544	25,0	13,78	0,49	0,24	0,92	91,65	8,30	0,05	10,96
Zona 3	1.381	50,6	14,18	1,44	0,63	1,95	86,54	12,93	0,53	8,24
Zona 4	4135	26,2	9,93	0,58	0,35	1,34	89,18	10,58	0,24	9,58
Zona 5	1.316	15,4	3,49	0,35	0,06	0,12	95,05	4,72	0,23	12,01
Zona 6	3.361	6,2	2,49	0,17	0,17	0,30	96,20	3,47	0,33	13,37
Zona 7	3.070	17,2	5,16	0,34	0,34	0,74	93,12	5,75	1,13	10,91
Zona 8	91	22,7	11,81	0,00	1,04	1,89	90,75	8,90	0,35	11,03
Zona 9	366	32,1	7,33	1,09	1,09	1,19	88,00	11,90	0,10	9,00
Zona 10	1.278	32,1	12,98	0,38	1,14	1,95	86,36	13,24	0,40	9,78
Totales	19.283	16,0	5,53	0,43	0,35	0,63	93,01	6,52	0,41	11,57

(a) Nota: porcentaje sobre el total de hogares de cada área.

POBLACION DE ALTO RIESGO AMBIENTAL, SU DISTRIBUCION EN ZONAS URBANAS
DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA

En base a datos de vivienda, ocupación, nivel educacional, etc. la Municipalidad de Gral. Pueyrredón elabora un informe en donde define a población en hogares con "necesidades básicas insatisfechas", a aquellos hogares que poseen niveles críticos de hacinamiento y problemas de vivienda, condiciones sanitarias inadecuadas, problemas en la asistencia escolar e ingresos que determinan incapacidad de subsistencia.

La cifra según datos del Censo 80 fue para el área urbana de Mar del Plata de: 17.639 hogares, el 15% del total de los hogares particulares.

Con una población según grupos etarios de:

CUADRO N°12: Población con NBI según grupos etarios en zonas urbanas
de Mar del Plata

Fuente: Municipalidad de Gral. Pueyrredón. 1985

AREA	TOTAL	Menores de	Niños en	Niños en	Jóvenes	Mayores
MdP	Pobla	dos años	edad prees	edad esco		65 años
	ción		colar	lar		
Urb.	18.8%	30.8%	30.0%	28.6%	19.7%	13.3%

Podemos observar que un 30.8% de esta población pertenecía al grupo etario entre 0 y 2 años con las consiguientes dificultades para desarrollarse plenamente.

Lamentablemente no fue posible hallar datos con respecto a este tema más actualizados ya que recién en Abril-Mayo de 1992 la Municipalidad, en su área de A. Social hará, un censo que podrá aportar información sumamente útil.

Con respecto a los trastornos, que los niños de hogares con necesidades básicas insatisfechas, presentan en su educación escolar obser -

de hogares con NBI según zonas de la ciudad de Mar del Plata. En el cuadro número 13 observamos que las zonas denominadas: 1, 2, 3 y 4, que pertenecen a la periferia de la ciudad, como puede verse en el mapa anexo a este trabajo, concentran la mayor cantidad de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), oscilando entre un 26,2% de hogares en la zona 4 hasta un 50,6% de hogares en la zona 3, siendo la media de estas cuatro zonas de 34% de hogares en estas condiciones. En contraste advertimos una media de 12,9% de hogares con NBI para las zonas 5, 6 y 7 del núcleo urbano de la ciudad, siendo las zonas 8, 9 y 10 del ámbito rural.

Además en las zonas 1, 2, 3 y 4 se concentran los mayores índices críticos del rendimiento escolar como puede observarse en el cuadro elaborado con los promedios de estos dos agrupamientos de zonas con marcadas diferencias entre sí :

CUADRO Nº13: Dificultades escolares según zonas de la Ciudad

Promedios	Zonas 1,2,3,4	Zonas 5,6,7
Ind. deserción	1,58 %	0,38 %
Ind. derivación Educ. Especial	0,60 %	0,11 %
Ind. derivación Adultos y Adolesc.	0,91 %	0,28 %
Ind. Repitencia	9,52 %	3,71 %

Como así también las zonas 1, 2, 3 y 4 presentan menor porcentaje de aprobados: 88,7 %, con respecto a las zonas 5, 6 y 7 con: 94,8 %.

Por todo lo aquí expuesto, ateniéndonos a los datos consignados, hemos de considerar zonas de alto riesgo ambiental para la zona urbana de la ciudad de Mar del Plata a las zonas denominadas como 1, 2, 3 y 4, y, dentro de estas zonas a su población infantil entre 0 y 2 años, que podrá verse afectada por causas ambientales (sociales, culturales, económicas), en su desarrollo armónico e integral, es decir no sólo en sus aspectos físicos sino también en los aspectos intelectuales, como

la " que las posibilidades de que un niño nacido en un ambiente pobre se le diagnostique como retrasado mental, son 15 veces mayor que las que tendría un niño de la misma edad criado en un barrio residencial" (Tarjan, 1974.)

Coincidimos con Suarez Ojeda (1983), en que "un factor de riesgo es cualquier característica de un individuo o grupo que aumenta la probabilidad de padecer determinado daño o resultado no deseado".

Desde esta óptica y ante la carencia de estudios epidemiológicos que discriminen cuali y cuantitativamente los factores de alto riesgo ambiental en relación al Retardo mental leve, proponemos como score de riesgo el siguiente:

- Hacinamiento y problemas de vivienda.
- Condiciones sanitarias inadecuadas.
- Ingresos insuficientes que dificultan la subsistencia.
- Inestabilidad laboral o carencia de empleo.
- Nivel educacional bajo y analfabetismo en jóvenes y adultos.
- Problemas en la asistencia y rendimiento escolar entre los niños.
- Alcoholismo.
- Madres y padres muy jóvenes.
- Mujeres solas con uno o más niños a cargo.
- Necesidad de la mujer de trabajar cuando sus niños son pequeños.
- Migraciones dentro del país y de países limítrofes que conlleva inestabilidad en su asentamiento.

Queda claro que se necesitaría un estudio epidemiológico para establecer el riesgo relativo entre los diferentes factores.

A pesar de lo anteriormente expuesto es de por sí evidente, que los factores enumerados caracterizan a un grupo social que tiene diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia del Retardo mental leve. No intentamos hacer un listado exhaustivo que contenga todos los posibles factores intervinientes ya que sería imposible para los límites de este trabajo y lo que es más importante inútil para los fines operativos.

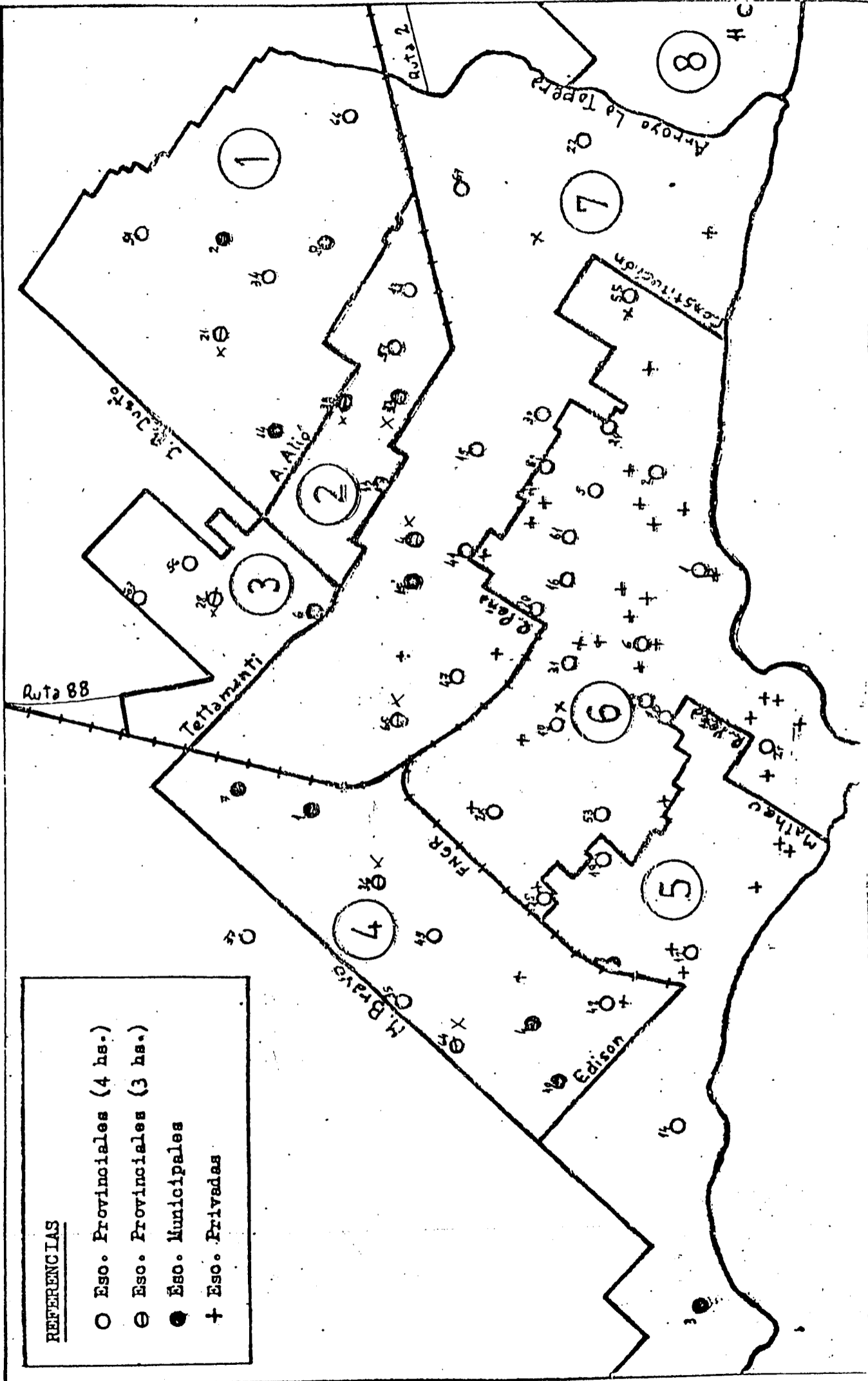
operativamente valioso para los fines buscados.

MAPA Nº 2 : División en zonas de la ciudad de Mar del Plata. Zonas:
1, 2, 3, 4 detectadas como de Alto Riesgo Ambiental

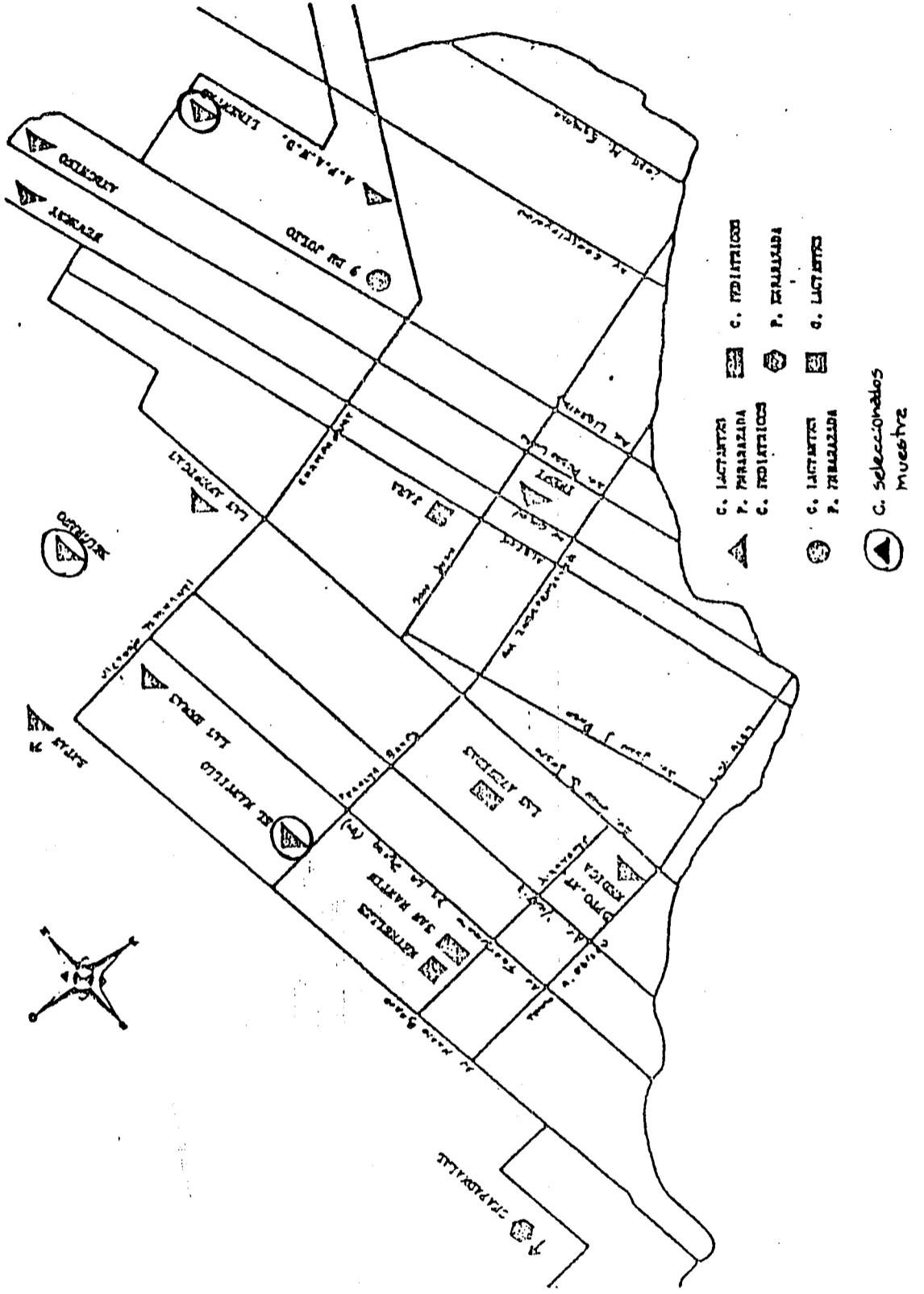
MAPA Nº 3: Ciudad de Mar del Plata con Centros de Salud y los se-
leccionados para la muestra

DIVISION EN ZONAS DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA

- REFERENCIAS**
- Eso. Provinciales (4 hs.)
 - ⊖ Eso. Provinciales (3 hs.)
 - Eso. Municipales
 - + Eso. Privadas



PROGRAMA DE LA EMBARAZADA, CENTROS DE LACTANTES Y PEDIATRICOS



Nivel educacional:

Lee y escribe sólo lee No lee ni escribe
 Prim.incompl. Prim.compl. Secund.incompl.
 Secund.compl. Univers.o terc. Univers.o terc.
 incompl. completo

Profesión u oficio:

Ocupación actual:

Cantidad de horas que insume:

Ingresos:

Conviven los Padres? Si No

Interrupciones de la relación? Si No

Apellido y nombres de los hermanos

Edad

Escolaridad

-

-

-

-

-

-

-

Otros convivientes con el niño:

-

-

-

-

Observaciones:

Nombre del entrevistador:

Firma

DATOS DE LA VIVIENDA

Fecha:

Lugar:

Apellido y nombres del niño:

Vivienda urbana

Rural

Propia

Añquilada

Cedida

Independiente

Compartida

Material de construcción:

Manpostería

Chapa

Madera

Otros

Número de habitaciones

Número de habitantes

Servicios:

Luz:

Agua: Cte. Motor Bomba Canilla pública

Gas:

Baño:

Cloacas:

Dormitorio del niño: individual Si No Compartido con:-

Cama del niño: individual Si No Compartida con:-

Lugar de juego del niño:

Observaciones:

Nombre del entrevistador:

Firma

ENTREVISTA-OBSERVACIÓN

INTERACCION MADRE-HIJO

Fecha:

Lugar:

Apellido y nombre del niño:

Edad:

Apellido y nombre de la madre:

ACTIVIDADES DE LA MAMA Y GRUPO FAMILIAR CON EL NIÑO

Cómo sostiene al bebé?

Lo cambia de posiciones?

Qué posiciones son las más habituales?

Cuándo lo levanta en brazos?

Cuánto tiempo lo alza?

Lo mueve, en qué forma?

En qué lugar de la casa permanece más tiempo el bebé?

En que mobiliario?

Mira al bebé?

Le habla?, Cómo?, cuándo?

Le canta?, cuándo?

Qué le canta?

Reacción ante el llanto del bebé?

Qué hace cuando llora?

A dónde?

Con qué frecuencia?

Hace compartir estas actividades con sus hermanitos, con su papá, con otros familiares?

Cómo intervienen?

Con qué nombre o nombres lo llama frecuentemente?

Quién eligió el nombre del bebé, por qué?

Desea comentar alguna otra actividad que realice Ud. o el grupo familiar con el bebé?

Nombre del entrevistador:

Firma

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: 0 a 2 AÑOS (Rodríguez, S., et al.)
STGO. CHILE

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

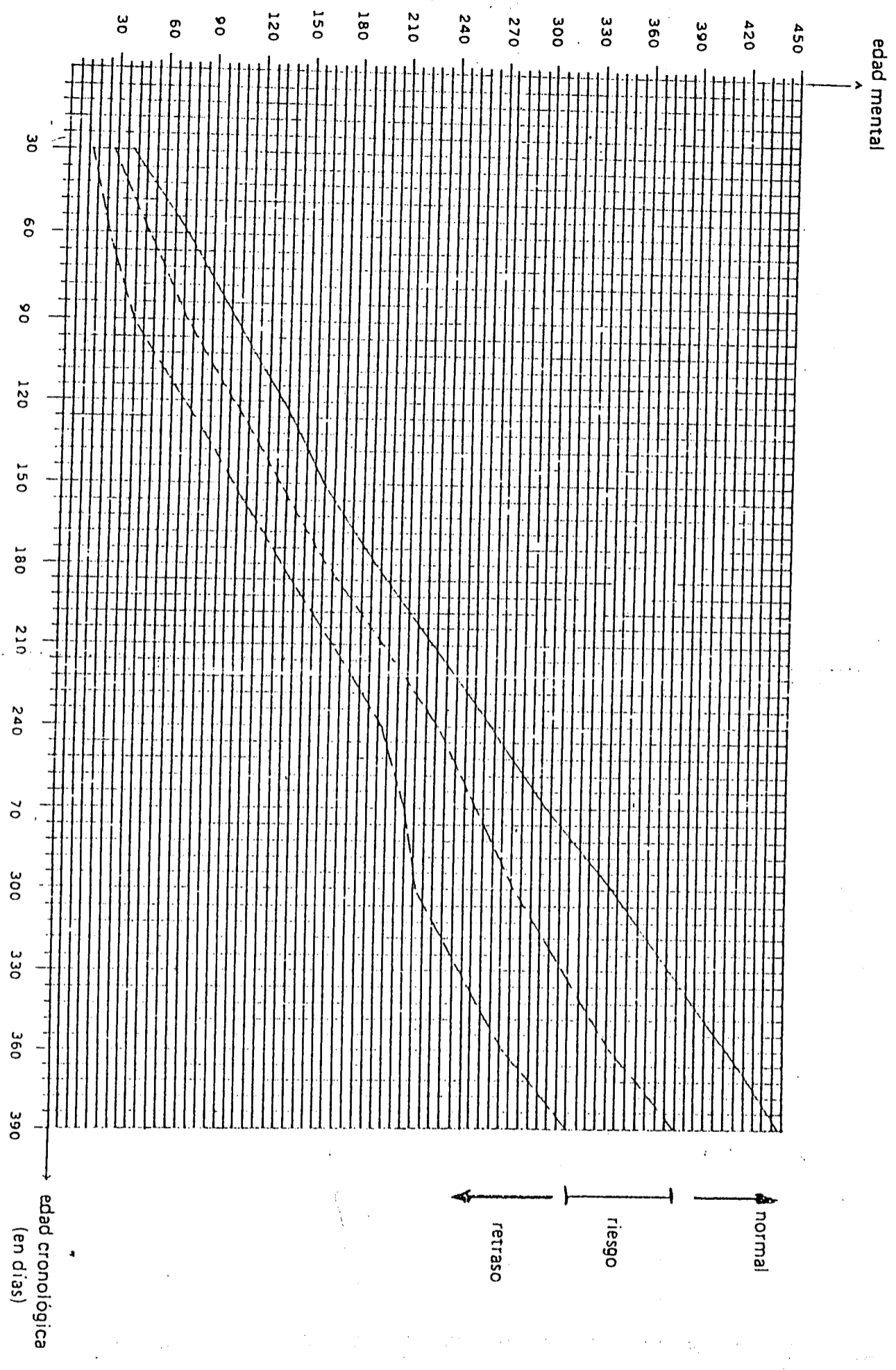
área	edad																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24				
coordinación	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	61	68	75	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	61	68	75				
social	1	6	7	11	20	21	30	34	45	47	54	54	61	70	73	1	6	7	11	20	21	30	34	45	47	54	54	61	70	73				
lenguaje	2	7	10	12	17	20	30	33	40	45	50	54	60	61	66	69	72	2	7	10	12	17	20	30	33	40	45	50	54	60	61	66	69	72
motora	3	9	14	18	24	26	31	36	37	41	51	56	62	63	71	3	9	14	18	24	26	31	36	37	41	51	56	62	63	71				

área	edad																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24				
coordinación	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75				
social	1	6	7	11	20	21	30	34	45	47	54	54	61	70	73	1	6	7	11	20	21	30	34	45	47	54	54	61	70	73				
lenguaje	2	7	10	12	17	20	30	33	40	45	50	54	60	61	66	69	72	2	7	10	12	17	20	30	33	40	45	50	54	60	61	66	69	72
motora	3	9	14	18	24	26	31	36	37	41	51	56	62	63	71	3	9	14	18	24	26	31	36	37	41	51	56	62	63	71				

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses (Rodríguez, S., et al.)

Gráfico de Desarrollo Psicomotor*
(Primer año de vida)

Stgo. - Chile



* frecuencias pulidas