

1999

Estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 a 3 años de edad en situación de pobreza

Costamagna, María Eugenia

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/945>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS DE GRADO

*“ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL
DE LA MADRE HACIA SU HIJO
DE 2 A 3 AÑOS DE EDAD
EN SITUACIÓN DE POBREZA”*

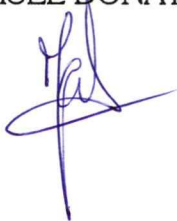
*Universidad Nacional de Mar del Plata.
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
Licenciatura en Terapia Ocupacional.*

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1474	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

• **DIRECTORA:**

LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

MARISEL DONATI



• **ASESORA METODOLÓGICA:**

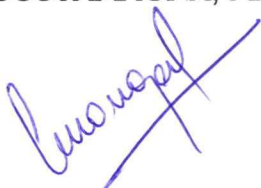
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

SANDRA M. GOMES



• **AUTORAS:**

* COSTAMAGNA, MARÍA EUGENIA.



* GALILEA, MARIANA.



* RIVERO, PATRICIA.



AGRADECEMOS :

- ☞ *A nuestra directora de Tesis y a nuestra asesora metodológica, por brindarnos sus conocimientos, su tiempo y su apoyo en forma constante e incondicional.*
- ☞ *A la Asistente Social Ma. Elena Kirinsich, y al Prof. Jorge Úngaro, por su cordial colaboración.*
- ☞ *A las madres entrevistadas, por recibirnos en sus hogares.*

- ☞ *A nuestros padres.*
- ☞ *A nuestras parejas, Alejandro, Guillermo y Sergio.*
- ☞ *A Milagros y Agustín.*
- ☞ *A Luna.*

... por apoyarnos y acompañarnos a lo largo de nuestras vidas...

RESPETAR A LOS NIÑOS.

*Colección
"Derechos de los niños".*

*Los niños y las niñas,
aún más que los adultos,
merecen todo el respeto
que les podemos brindar.*

*Ellos tienen las claves
del amor, la esperanza
y la fe en la vida.*

*Permitámosles que sean niños
pues nunca lo serán otra vez.*

*Protejámoslos
sin aprisionarlos,
ayudándoles a vivir sus propias vidas.*

*Eduquémoslos
sin humillaciones ni miedos:
acogiéndolos como nos hubiera gustado
ser acogidos en nuestra infancia.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	Pág. 6
1.1. Atención Primaria de la Salud	Pág. 7
1.2. Terapia Ocupacional en Prevención Primaria	Pág. 14
1.3. Contexto Sociocultural	Pág. 21
1.4. Estimulación Psicosocial de la madre hacia su hijo	Pág. 30
CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS	Pág. 42
2.1. Problema	Pág. 43
2.2. Objetivos	
2.2.a. Objetivo General	Pág. 43
2.2.b. Objetivos Específicos	Pág. 43
2.3. Diseño Metodológico	Pág. 44
2.4. Población y Muestra	Pág. 44
2.5. Definición de Conceptos	
2.5.a.I. Definición de Variables	Pág. 45
2.5.a.II. Definición de Variable Interviniente	Pág. 47
2.5.a.III. Definición de Variables Controladas	Pág. 47
2.5.b. Definición de Constantes de las Unidades de Análisis	Pág. 47
2.6. Técnicas de Recolección de Datos	Pág. 49
2.7. Dimensionamiento	
2.7.a. Dimensionamiento de la Variable: “Estimulación psicosocial de la madre a su hijo de 2 a 3 años de edad”	Pág. 52
Delimitación de los términos	Pág. 54
2.7.b. Dimensionamiento de la Variable: “Aspectos culturales relativos a las Prácticas y Creencias en la crianza de los niños”	Pág. 57

Delimitación de los términos	Pág. 59
2.7.c. Dimensionamiento de la Variable:	
“Características Socioeconómicas”	Pág. 61
Delimitación de los términos	Pág. 63
CAPÍTULO III: TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	
DE DATOS	Pág. 65
Variable: “Características Socioeconómicas”	Pág. 66
Variable: “Estimulación psicosocial de la madre a su hijo de 2 a 3 años de edad”	Pág. 74
Variable Interviniente: “Asistencia a tratamiento de Terapia Ocupacional por retraso madurativo de origen Socioambiental”	Pág. 97
Variable: “Aspectos culturales relativos a las Prácticas y Creencias en la crianza de los niños”	Pág. 102
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y PROPUESTA	Pág. 117
4.1. Conclusiones	Pág. 118
4.2. Propuesta	Pág. 122
CAPÍTULO V: ANEXO	Pág. 125
5.1. Entrevista a Informante Clave	Pág. 126
5.2. Entrevista	Pág. 128
5.3. Diagnóstico de Situación: Barrio Belgrano	Pág. 131
5.4. Diagnóstico de Situación: Barrio Autódromo	Pág. 133
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 135

INTRODUCCIÓN.

Existen numerosas investigaciones que confirman la existencia de un retraso en el desarrollo e importantes dificultades de aprendizaje en los niños que viven en situaciones de pobreza.

A partir de esta problemática se crearon programas destinados a favorecer el desarrollo biopsicosocial de los niños pertenecientes a este tipo de población.

La Municipalidad del Partido de General Pueyrredón, lleva a cabo desde hace varios años el Plan de Lactantes en todos los Subcentros de Salud de la ciudad, cuya atención se centra en niños de 0 a 24 meses de edad. En este plan se realizan controles obligatorios al niño y se dan indicaciones a las madres acerca de cómo favorecer el desarrollo de su hijo.

Este tipo de programas son necesarios dado que un conjunto de circunstancias adversas confluye en estos grupos sociales, afectando en gran medida el desarrollo intelectual de los niños. Estos, a menudo, por crecer en hogares pobres carecen de lo más necesario, suelen ser muchos hermanos, lo que dificulta la individuación y la satisfacción de las necesidades de dependencia, el entorno inmediato es pobre, hay pocas oportunidades de vivir situaciones diferentes, son pocas las personas nuevas y pocas también las posibilidades de salir del barrio. Escasean todo tipo de objetos como juguetes, cuadernos, lápices, cuentos. Así, algunas áreas del desarrollo del niño quedarían sin recibir una adecuada estimulación. Por parte de los padres se observa una menor propuesta de tareas y de juegos a los hijos, menor control de las realizaciones del niño, y escasa o nula recompensa a su terminación. Esta falta de expectación paterna reduce en el niño la motivación para iniciar actividades nuevas.

Culturalmente se ha visto que los individuos pertenecientes a los grupos de nivel socioeconómico bajo manejan un número significativamente más reducido de vocablos, se comunican menos verbalmente, empleando más un sistema de comunicación no verbal. Esto va a redundar, entre otras cosas, en

que los padres dan mucho menos explicaciones verbales a sus hijos, afectando también el desarrollo del lenguaje, cuya importancia en el desarrollo intelectual del niño es indudable.

Nuestra inquietud acerca del tema surge en primer lugar a partir de las prácticas realizadas en Escuelas y en el Subcentro de Salud N° 12 dependientes de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. En segundo lugar, a través de una experiencia realizada con un grupo de madres que concurrían con sus hijos al comedor infantil del Barrio Autódromo, en donde llevamos a cabo un taller destinado a la confección de juguetes, a la discusión en grupo de temas referidos a la crianza de sus hijos y a actividades recreativas de interés grupal.

A través de estas experiencias y del contacto establecido con diferentes grupos de esta población pudimos observar características particulares en ellas, de ahí surge el interés por tomar como unidad de análisis de esta investigación a las madres de los niños con retraso madurativo que concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional derivados por Retraso Madurativo al Subcentro de Salud N° 12 de la ciudad de Mar del Plata.

En esta Institución la modalidad de trabajo es la siguiente: los niños son evaluados por los pediatras encargados del Plan de Lactantes, y cuando detectan algún tipo de alteración en el desarrollo son derivados a Terapia Ocupacional. En muchos de estos niños se detecta retraso madurativo de origen socioambiental, que está directamente asociado a la situación de pobreza en la que viven.

Las sesiones de este tratamiento se llevan a cabo con una frecuencia aproximadamente quincenal y una duración de treinta minutos. Si bien ésta no es la forma más adecuada de llevar adelante un tratamiento de estimulación temprana, existen diversos factores que la determinan. Entre ellos, la gran demanda de servicios, ya que un alto porcentaje de los niños que concurren a los controles obligatorios del Plan de Lactantes no cumplen con las pautas madurativas acordes a su edad y por este motivo son derivados. Por otro lado existe un gran número de hijos por familia, factores climáticos adversos, falta de

medios de transporte adecuados, inconstancia de la madre al concurrir al Servicio de Terapia Ocupacional, falta de conciencia de la importancia del tratamiento, impuntualidad, etc.

Las madres con las cuales se llevará a cabo esta investigación poseen características particulares que es necesario destacar:

- Actualmente sus hijos poseen entre 2 y 3 años de edad.
- Éstos fueron diagnosticados con Retraso Madurativo de origen socioambiental durante el primer año de vida.
- Sus hijos concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional durante el primer año de vida, y hace por lo menos nueve meses que no concurren.
- Pertenecen a hogares que viven en situación de pobreza.

Diversas teorías acerca del desarrollo del niño marcan la edad de 2 años como la finalización de una etapa y el comienzo de otra más compleja y con características específicas. Teniendo en cuenta que los hijos de estas madres recibieron intervención desde T.O. durante el primer año de vida, y ahora tienen 2 a 3 años de edad, es importante señalar que evolutivamente las necesidades del niño cambian y se complejizan, tomando fundamental importancia el proceso de socialización y la adquisición del lenguaje. Las personas que rodean al niño son mediatizadoras de la información que recibe y facilitadoras de nuevas y más ricas experiencias, lo cual favorece su normal desarrollo psicosocial.

Tomando las características particulares antes mencionadas que poseen estas madres, y el hecho de que actualmente no existe ningún programa que les brinde asesoramiento acerca de cómo favorecer el desarrollo de sus hijos, nos interesa conocer cuáles son las características de la estimulación psicosocial que brindan a sus hijos de esta edad, las madres de los niños que concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional al Subcentro de Salud N° 12, derivados por Retraso Madurativo de origen socioambiental, que viven en situación de pobreza.

Al realizar un rastreo bibliográfico respecto del tema, encontramos que en la Universidad Nacional de Mar del Plata se han llevado a cabo

investigaciones y tesis de grado donde se analiza la relación madre – hijo y diferentes formas de abordaje desde T.O. en los centros de salud pertenecientes al Partido de General Pueyrredón, tomando a los niños de 0 a 24 meses de edad.

En una de estas investigaciones se hace mención a que, a partir del primer año se distiende la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño por parte de la familia, a pesar de que el control del niño por parte del sistema de salud sea obligatorio hasta los 24 meses de edad.

En esta investigación, donde se analiza la eficacia de la implementación de dos tipos de abordaje desde T.O. en niños de 0 a 24 meses, en poblaciones de alto riesgo ambiental, la autora concluye: "... 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 de 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."¹

Teniendo en cuenta las conclusiones de la investigación citada, nos interesa indagar las características de la estimulación que brinda este grupo de madres a sus hijos, ya que creemos que puede ser necesario brindar asesoramiento de cómo favorecer el desarrollo del niño a lo largo de las diferentes etapas evolutivas por las que atraviesa hasta ser contenido por el sistema educativo.

En la bibliografía más reciente acerca del tema se fundamenta la necesidad de programas que hagan hincapié en la educación y apoyo a los

padres o personas que atienden a los niños, para de este modo beneficiar indirectamente a éstos últimos. Fortaleciendo la confianza de los padres en sí mismos y el sentimiento de éxito y logro en su tarea, se aumentan sus propias habilidades para apoyar el desarrollo físico, mental y social de sus hijos. De este modo se aseguran los avances a largo plazo en el desarrollo infantil.

Conocer las creencias y prácticas en la crianza de los hijos, y el contexto sociocultural en que estas se llevan a cabo, es fundamental para poder llegar a una mayor comprensión de la forma en que la madre brinda los estímulos a su hijo, y las posibilidades que tiene de hacerlo de acuerdo a la situación de pobreza en que viven.

Dado que estas madres recibieron asesoramiento acerca de la forma más adecuada de estimular a su hijo, durante la concurrencia del mismo a tratamiento de T.O., nos interesa indagar algunos aspectos referidos al tema: el recuerdo que poseen las madres acerca de las indicaciones recibidas, y si actualmente pueden adaptarlas a la etapa evolutiva que atraviesa el niño.

El diseño metodológico elegido es de tipo exploratorio – descriptivo, dado que la finalidad de esta tesis es brindar una visión amplia acerca de las características de la estimulación psicosocial que brindan las madres a sus hijos de 2 a 3 años de edad que concurren a tratamiento de T.O. durante el primer año de vida, por retraso madurativo de origen socioambiental y que viven en situación de pobreza. De este modo la presente investigación puede servir de base para el desarrollo de posteriores trabajos que pretendan profundizar el tema en alguno de sus aspectos.

¹ VEGA M. C. Estimulación temprana en niños de riesgo ambiental alto, entre 0 y 2 años en zonas urbanas de la ciudad de Mar del Plata. Trabajo de Investigación. UNMdP, 1993.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO



ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



1.1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Existe una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la asamblea de la O.M.S., realizada en 1977, denominada “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”. En 1978, en la reunión del ALMA – ATA (U.R.S.S.), quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesario una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (A.P.S.), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.

Las acciones para alcanzar las metas en A.P.S. son integrales, es decir, afectan no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo. Por esto se las denomina Prevención Primaria (promoción y protección de la salud), Prevención Secundaria (curación), y Prevención Terciaria (rehabilitación) aplicado al concepto integrador de Historia Natural de la enfermedad.

La declaración de Alma Ata señala que “la A.P.S. es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables; puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La A.P.S. forma parte integrante, tanto del sistema nacional de la salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el 1º nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”².

² KROEGER, A. *Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos*. 2º Edición. O.P.S. Editorial Pax. México, 1992, Pág. 5 y 6.

Uno de los conceptos fundamentales implícitos en la A.P.S. es el de participación comunitaria, el cual indica que la comunidad y los individuos dejan de ser objetos de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ellas. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en este proceso y condicionarán la claridad con que se vean las relaciones entre salud y otros aspectos de la vida de la comunidad.

Dadas las características de la estrategia de A.P.S. y el acceso de nuevos grupos de población al sistema de servicios, se plantea la necesidad de incrementar la capacidad de análisis de problemas, formulación de alternativas de solución, programación de actividades y ejecución de planes a nivel de unidades del sistema que funcionan localmente en el íntimo contacto con las comunidades y el grupo objetivo.

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad.

La toma de conciencia y participación no brota espontáneamente en la comunidad, sino que es propiciada a través de la apertura de espacios de discusión y reflexión sobre aquellos problemas que más los afectan.

Aquí entra la “educación para la salud” como creadora de esos lugares, convirtiéndose en instrumento imprescindible para implicar responsablemente al individuo y la comunidad en la toma de decisiones, en la defensa y promoción de la salud.

La estrategia de A.P.S. comprende en forma integrada diversos programas:

a) PROGRAMAS PARA LA SALUD GENERAL: alimentación y nutrición, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.

b) PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

c) PROGRAMAS DIRIGIDOS A POBLACIONES ESPECIALES: madres, niños, trabajadores, edad avanzada.

Dentro de los programas dirigidos a poblaciones especiales, los que se refieren a la atención del niño adquieren fundamental importancia, ya que ellos conforman la población más vulnerable por estar expuestos a factores de riesgo que pueden alterar su normal desarrollo.

Un factor de riesgo es una característica o condición detectable en individuos o grupos, que está asociada con una oportunidad mayor (riesgo) de experimentar un resultado no deseable. Los factores de riesgo pueden ser causas o señales, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes del evento que predicen.

En el caso de los niños, la identificación de los factores de riesgo es fundamental, ya que su plasticidad y su poder de adaptación al medio, permiten una intervención temprana y la modificación de los factores que afectan su normal desarrollo puedan revertir satisfactoriamente su evolución.

Para realizar una adecuada intervención temprana es necesario tener en cuenta las necesidades básicas del desarrollo, las cuales trascienden el marco de la protección, alimentación y cuidado de la salud, para incluir la necesidad de afecto, interacción y estímulo, y el juego que permite la exploración y el descubrimiento.

Todo esto contribuye a garantizar el bienestar psicológico, social y emocional de los niños, sin dejar de lado las diferencias en cuanto a los requerimientos individuales y familiares que también influyen en el desarrollo.

En “Los 12 que sobreviven”, Robert Myers³, sugiere una estrategia integral de programación, basada en los principios de la A.P.S. que ya hemos mencionado. Esta comprende cinco enfoques complementarios:

- Fortalecimiento de la conciencia y de las demandas.
- Reforzamiento de las Instituciones.
- Desarrollo comunitario.

³ MYERS, R. LOS 12 QUE SOBREVIVEN. Copublicación O.P.S.; O.M.S. Unicef. Oficina Regional para América Latina y El Caribe. 1993.

- Atención directa del niño.
- Educación de los que atienden al niño.

El enfoque de atención directa de los niños en los centros pretende brindar condiciones para el desarrollo saludable fuera del hogar, lo que compensa o enriquece lo que ocurre en éste. El autor considera indispensable complementar este enfoque con el de educación y apoyo a los padres y a otras personas que atienden al niño, lo cual es indispensable para mejorar la calidad de vida dentro del hogar.

Este último enfoque llega a los niños indirectamente a través de sus cuidadores. Los programas que lo constituyen proporcionan incentivos e información que permitirán utilizar de manera efectiva los servicios existentes. Su principal propósito es formar y fortalecer la confianza de los padres en sí mismos y prepararlos y capacitarlos a fin de aumentar sus propias habilidades para apoyar el desarrollo físico, mental y social de sus hijos. Las personas encargadas de atender a los niños se transforman así en los principales protagonistas del cambio, que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y la de sus hijos.

Los programas que se citan a continuación fueron publicados por la O.M.S., O.P.S. y UNICEF en la bibliografía antes mencionada. Estos programas están dirigidos a los niños en edad preescolar pero centran su atención en las personas encargadas de atender a los niños, especialmente sus padres.

- En Israel fue diseñado el Programa de Instrucción en el Hogar para Niños Preescolares (H.I.P.P.Y.), para ayudar a que los niños pequeños se conviertan en alumnos de mayor éxito, responsabilidad y sensibilidad, para que las madres tomen conciencia de sus propias fuerzas y potencial, como educadoras hogareñas. El H.I.P.P.Y. incluye visitas al hogar cada dos semanas y el compromiso por parte de las madres de dedicar cierto tiempo a sus niños diariamente para realizar un paquete de actividades consistente en ejecutar la habilidad lingüística, la capacidad de distinguir grafismos, y de resolver problemas. Esta serie de actividades comprende la lectura de libros

de cuentos sencillos y de hojas de trabajos manuales que sugieren juegos y otras actividades.

Además cada madre asiste cada dos semanas a una reunión con ayudante, y con otras diez o quince madres del grupo de la ayudante para revisar el uso de los materiales, distinguir problemas, compartir información, y sugerir soluciones consideradas buenas a partir de la experiencia de cada una de las madres. También se llevan a cabo actividades relacionadas con el papel que desempeñan por su condición de mujeres.

- En Indonesia se realizó un proyecto en el que se consideró que introducirse en los hogares daría mayores resultados.

Una voluntaria recibía la capacitación y luego visitaba a los niños y a sus madres en sus casas una vez por semana, poniendo más acento en las madres que en el cuidado de la enseñanza directa de los niños. Estas trabajadoras comunitarias, además organizaron talleres en los centros de nutrición, donde las madres podrían participar en discusiones de grupos, compartir experiencias, llevar a cabo actividades fáciles que pudieran realizar con sus hijos en la casa, y confeccionar juguetes. Además instalaron una biblioteca de juguetes que las madres podían llevar a sus hogares para utilizarlos entre uno y otro taller.

- En un área marginal de Bogotá (Colombia), se estableció un programa de educación para padres como una alternativa a las visitas a los hogares, bajo la explícita suposición de que éstos socavarían la posición de las madres y su confianza dentro de su propio hogar. Este experimento reconocía a la madre como una experta respecto de su propio hijo y evitaba atraer otros “expertos” a la casa. En el proyecto para padres, las madres se reunían una vez a la semana en el centro comunitario, donde discutían problemas comunes, y recibían información sobre salud, nutrición y desarrollo psicosocial.

De estos diversos ejemplos de apoyo y educación a los que atienden a los niños, se puede inferir que se ha comenzado a dejar de lado las simples conferencias en las cuales se transmite información a la gente, para dar lugar a

los programas de educación donde se aprovecha totalmente el potencial de un grupo y se promueven procesos de descubrimiento y construcción de nuevos conocimientos mediante discusiones e intercambio de experiencias. De este modo los padres pasan de ser receptores pasivos a ser partícipes activos dentro de un proceso de aprendizaje.

TERAPIA OCUPACIONAL
EN PREVENCIÓN PRIMARIA.



1.2. TERAPIA OCUPACIONAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA.

Hasta la década del '60 en la mayoría de las instituciones, las intervenciones desde T.O. se realizaban en el nivel de la prevención secundaria y en el nivel terciario, especialmente en los talleres protegidos.

A partir de este momento, en EE.UU., comienza a surgir una ideología general sobre la atención de un sistema asistencial descentralizado y se pone de manifiesto la insuficiencia de recursos teóricos y técnicos para una intervención comunitaria. Esto crea la necesidad de incorporar a los centros periféricos, profesionales de otras disciplinas además de las ya existentes (enfermeros, médicos). Allí se acuña la creación de lo que llamamos "Equipos de Salud Mental" y se comienza a hablar de interdisciplinas y multidisciplinas. N. West (1966) declaró que estos cambios producidos en la medicina y la salud, tenían implicancia con la Terapia Ocupacional y que éstos debían poner el énfasis en mantener un nivel de salud y los cuidados médicos en el futuro enfatizarían el desarrollo humano a través de programas orientados tecnológicamente a "soluciones específicas".

Esto creó nuevas dimensiones de las funciones del T.O., el de evaluador, consejero, supervisor e investigador. Para ejercer estos papeles en prevención, el T.O. debería actuar y trabajar dentro del contexto comunitario.

La T.O., como otras disciplinas, a tendido a manifestarse, a transformarse a partir de ciertas teorías sobre salud y enfermedad, produciendo efectos en los modos prácticos de abordaje de los problemas de salud.

[Es fundamental] para [definir] nuestro rol como T.O. en [prevención primaria partir del significado del término salud. Mirta Videla lo define utilizando un criterio totalizador holístico del ser humano: "El mejor equilibrio que una persona puede tener en una relación activa con un medio ambiente en un momento determinado de su vida, en un país, una cultura, y un momento histórico"⁴.

⁴ MIRTA VIDELA. "Prevención Intervención Psicológica en Salud Comunitaria". Edit. Cinco, 1993.

[Esto es una definición dinámica que parte de considerar a las personas en un equilibrio activo e interactuando con el mundo que lo rodea. Es una idea esencialmente social de la salud.]

[En esta dimensión se articulan el estudio de los problemas de salud y la enfermedad, las investigaciones de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas.]

[Desde el punto de vista global, la prevención primaria está implícita dentro del contexto de la A.P.S. Para comprenderla resulta útil definir algunos conceptos. Mirta Videla hace referencia a una vieja definición del diccionario de la Real Academia Española, dice: "Prevenir es preparar, aparejar y disponer con anticipación, las cosas necesarias para algún fin. Allí dice que PRE – VER es saber con anticipación lo que va a pasar, en tanto que PREVENIR es prepararse con anticipación".

[La misma autora considera: "Quienes trabajamos en prevención consideramos que debemos contribuir con nuestras estrategias técnicas y nuestro marco teórico de referencia, a que la gente pueda 'preparar, aparejar y disponer' sus recursos para enfrentar un problema, una crisis, o un sufrimiento que ha sido previamente definido, circunscripto o diagnosticado por ellos mismos".]

[La O.P.S. entiende el concepto de prevención como: "La adaptación de una serie de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales (prevención primaria) o cuando tales deficiencias se han producido, impedir que tengan consecuencias físicas, psicológicas y sensoriales negativas".]

La O.M.S. a través de la O.P.S. en un taller interdisciplinario realizado en Lima, Perú, en el año 1986 recomienda "La inclusión en la formación académica del T.O., contenidos que capacitan como educadores para la salud, filosofía y práctica de la rehabilitación basado en la comunidad, trabajo con familias, miembros de la comunidad, utilización de sus recursos, tecnologías simplificadas y transferencia de tecnologías. Así mismo recomienda la inserción de los T.O. en nuevos programas:

1- ÁREA SALUD:

- Programa de atención primaria incluyendo medicina familiar
- Programa de rehabilitación de base comunitaria.

2- ÁREA LABORAL:

- Programa de salud ocupacional.

3- ÁREA SOCIAL:

- Programas de servicios de promoción, prevención y asistencia Social institucional y comunitaria.

La A.O.T.A. (1979, 1983, 1988), en su definición de Terapia Ocupacional en salud ha incluido la prevención de la enfermedad así como la intervención terapéutica. Enfatiza el proceso adaptativo y la creencia de que la actividad puede ser usada para prevenir, disminuir funciones y promover el estado óptimo de la salud, continuar identificando los altos riesgos de la población y señalar servicios que promueven la salud.

La T.O. Nidia Martijena (Mar del Plata, 1995) expresa: "El objetivo principal de la T.O. en Prevención Primaria está orientado a modificar las conductas individuales y comunitarias de un grupo o una sociedad, mediante la participación y la educación de los miembros que la componen.

La tarea consiste en ser facilitadores para lograr la autogestión en relación a una problemática determinada; orientar en la búsqueda de estrategias para su solución, estimular a sus miembros para utilizar recursos tecnológicos provenientes de la propia comunidad de manera organizada, acorde a las necesidades que presente"⁵.

Para la identificación y posterior abordaje de cualquier problemática dentro de una comunidad, el T.O. realiza un diagnóstico de situación o diagnóstico comunitario. Este consiste en la recolección activa y continua de datos relevantes de la comunidad a través de fuentes formales e informales. Las primeras se obtienen a través de examen de registro e informes oficiales, estudios e investigación formales. Las segundas se obtienen de la comunidad misma.

⁵ MARTIJENA, NIDIA. Ecología Humana. Mar del Plata, 1995.

El diagnóstico de comunidad sirve como punto de partida para:

- La programación.
- El entendimiento de las prioridades y los problemas de salud más grandes y frecuentes.
- Adaptar el comportamiento del personal de salud y la tecnología médica utilizada a las características de la comunidad.

El T.O. para su intervención a nivel comunitario hace uso del medio que lo identifica como profesional: la actividad, la cual puede estar presente en forma concreta (con la presencia de materiales o acciones), y por medio de la palabra (hablar de lo que hace, hizo o hará la persona). Creando así un espacio terapéutico en el que la comunicación se hace posible desde el lenguaje verbal y analógico.

A este instrumento de trabajo que los caracteriza se le suman las “estrategias de comunicación” que todo trabajador de la salud debe tener en cuenta para un trabajo a nivel comunitario: las técnicas participativas y las técnicas educativas, ambas basadas en los principios básicos de la Atención Primaria, la educación para la salud.

A todas las funciones del T.O. en Prevención Primaria antes mencionadas se deben sumar la investigación científica que, por ser una forma de conocimiento de la realidad caracterizada por su objetividad, precisión y poder predictivo, adquiere fundamental importancia en el área de la Prevención Primaria.

El conocimiento científico ofrece la posibilidad de prever lo que ocurrirá si se dan determinadas condiciones. Es decir, permite predecir, lo cual lo convierte en un arma muy importante para dominar y transformar la realidad.

El personal de salud responsable del cuidado de la salud de una población, tiene ante sí una tarea práctica que requiere de una serie de conocimientos que sólo pueden obtenerse investigando. Cualquier decisión que adopte el personal de salud, por simple que sea, debe sustentarse del conocimiento de la realidad, y para ello la investigación científica es un instrumento de gran valor.

Las investigaciones locales, son un gran estímulo para el equipo de salud, pues les permite conocer mejor el ámbito donde operan y los factores condicionantes de los problemas de salud de su área de trabajo.

El T.O. como profesional de la salud hace uso de la investigación científica como paso previo a la elaboración de Programas tendientes a resolver una problemática específica.

Este trabajo de investigación pretende detectar factores que podrían poner en riesgo el normal desarrollo psicosocial del niño de 2 a 3 años, que vive en situación de pobreza, y de esta manera aportar datos significativos para el diseño de nuevos programas desde T.O. que promuevan la salud infantil. Para esto se parte de un diagnóstico de comunidad realizado en el barrio en el que se llevará a cabo el trabajo de campo, en el cual se han detectado como factores de riesgo: hipoestimulación, familias numerosas, desocupación, hogares con necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.). Además, los hijos de las madres que componen la muestra tienen un antecedente común, todos concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional al Subcentro de Salud N° 12 de la ciudad de Mar del Plata por retraso madurativo de origen socioambiental durante el primer año de vida.

El tratamiento de Estimulación Temprana que realiza el T.O. con bebés con retraso madurativo de origen socioambiental posee características particulares que se adaptan a las necesidades de esta población.

El tratamiento se centra fundamentalmente en la madre, en quien se deposita la responsabilidad de estimularlo en el hogar o de modificar prácticas que no favorecen el normal desarrollo del niño.

Se le explica a la madre que el niño necesita de la presencia de estímulos adecuados para cada momento del desarrollo.

En este tipo de población es importante buscar la sencillez de las indicaciones que se brindan a la madre, para que comprenda y cumpla lo mejor posible la tarea a realizar, es importante lograr que la madre incorpore en forma natural esta tarea en todas las actividades diarias del niño, alimentación, baño, cambio de pañales, etc.

En la Universidad Nacional de Mar del Plata, en [1993] se realizó una investigación que analiza la eficiencia de dos tipos de abordajes desde T.O., donde se considera la importancia de realizar el tratamiento del niño en forma conjunta con la madre.

Esta investigación, llevada a cabo por la T.O. Vega, M. C., comprende a niños de 0 a 24 meses de edad, en poblaciones de alto riesgo ambiental. En uno de los abordajes se brinda estimulación a través de indicaciones a la madre exclusivamente; en el otro, la estimulación es mixta, en donde a lo anterior se suma la acción directa del profesional con el niño. A partir de esta experiencia la autora concluye: “...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 doce meses de 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.”.

Las conclusiones mencionadas confirman, no solo la eficiencia del abordaje dirigido a las madres para prevenir la hipoestimulación ambiental, sino también la necesidad de que ésta continúe más allá de los dos años de vida del niño.

Además, el T.O. debe siempre tener presente la situación familiar y económica del niño y la madre al realizar este tipo de abordaje, para que el asesoramiento que realiza se adapte al medio real que los rodea y a sus posibilidades y limitaciones, y de este modo lograr la mayor eficiencia del mismo.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL



1.3. CONTEXTO SOCIOCULTURAL.

Tener en cuenta el contexto sociocultural en el cual se desarrolla un individuo, es fundamental para comprenderlo en su totalidad. La forma en que ha sido educado, los valores que le han transmitido, el modo en el que resuelve sus conflictos está signado por el grupo social al cual pertenece y por la cultura en que este se halla inmerso.

La estimulación psicosocial que la madre brinda a su hijo está directamente relacionada con la cultura y la sociedad a la cual pertenece. Por esto es indispensable para comprender el comportamiento y las prácticas de crianza de la población objeto de estudio, tener en cuenta su modo de vida, para realizar una descripción más amplia que permita una mejor comprensión de la situación.

Para introducirnos en un tema tan complejo como es la pobreza y el modo en que los individuos se comportan dentro de esta, es necesario tener en cuenta los procesos sociales, políticos, económicos y culturales que ocurren a nivel mundial y dentro de nuestro país.

Un proceso de orden mundial que afecta en forma negativa a los países en vías de desarrollo hoy denominados mercados emergentes, es el de la globalización, el cual en los últimos años ha provocado empobrecimiento y exclusión social, generando crisis económicas en estos países.

El concepto de globalización de la economía designa un conjunto de transformaciones que se están produciendo a nivel del sistema capitalista mundial, las que se expresan no solamente en el plano económico, sino también el político e ideológico.

El proceso de globalización de la economía que se está desarrollando en este final de milenio, está caracterizado por cinco elementos esenciales: el incremento del poder de las corporaciones multinacionales, la lucha por la hegemonía entre tres polos de poder económico (EE. UU., Europa y Japón), los cambios producidos por la revolución tecnológica, la hegemonía de la teoría económica neoclásica como fundamento económico y ambiental del modelo

neoliberal instaurado y, por último, la constitución de un sentido común generalizado, basado en estos principios del ideario neoliberal.

La Argentina no escapa a todo este proceso de transformaciones a nivel mundial, sumado a esto ha sufrido un proceso de cambios muy significativos en todos los órdenes –social, político, económico y cultural-, en el marco de un escenario de recesión y estancamiento sostenido durante casi 20 años, de los cuales la pobreza, la falta de educación adecuada, la desatención de la salud y la carencia de servicios básicos son algunos de los signos más evidentes.

Las políticas sociales que se han implementado en nuestro país han quedado reducidas a la atención de emergencias y a resolver situaciones a corto plazo en los sectores sociales más carenciados.

Desde la década de los '80, toda Latinoamérica, incluida la Argentina, sufrió una aguda contracción económica, con disminución de los ingresos provenientes de la actividad productiva y una mayor inequidad en el reparto de los mismos. Paralelamente se impuso una serie de programas de estabilización y de ajuste, sin contemplar políticas tendientes a compensar los efectos sociales negativos que su implementación traería aparejado. La década del '90 encuentra a la región en un empeoramiento de la distribución del ingreso respecto a la del '70.

Un estudio reciente del Banco Mundial señala que el deterioro de las condiciones de vida de la población ha implicado un crecimiento del porcentaje de la población ubicada por debajo de la línea de Pobreza: de un 27% en 1980, ascendió a un 32% en 1989. Otras estimaciones indican que alrededor de 180 millones de personas, es decir las dos quintas partes de la población, viven en situación de pobreza.

Según las investigaciones realizadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (C.E.P.A.L.), la población que vive en la pobreza superaba los 200 millones de personas entre 1990 y 1994. Uno de cada seis hogares aún no logra satisfacer sus necesidades alimentarias, ni siquiera destinando a ello la totalidad de los ingresos.

Investigaciones recientes (1997), han demostrado que de cada 10 hogares urbanos pobres, 7 se encuentran en esta situación debido sobre todo a los bajos ingresos laborales, dos a consecuencia del desempleo de alguno de sus miembros, y uno casi exclusivamente por estar integrado por un elevado número de menores.

Respecto del desempleo, Argentina constituye la excepción más clara, por cuanto registra cuatro hogares en situación de pobreza con al menos un desocupado, en lugar de dos que es el promedio general.

"El bajo nivel de actividad, la inestabilidad, los sucesivos programas de estabilización, afectaron seriamente el mercado de trabajo, tanto en lo que respecta a las condiciones contractuales como a los niveles de remuneraciones y de actividades. Ello se reflejó en un incremento del desempleo y el subempleo, en un aumento de la precariedad y en una caída de las remuneraciones medias"⁶.

Como consecuencia de la disminución del producto, los asalariados pasaron de percibir un 43% del P.B.I. a comienzos de la década del '70, a un 32% en 1990. La mayor desigualdad en la distribución del ingreso recayó fundamentalmente en los sectores medios, que resultaron los más perjudicados. La pobreza se incrementó y se hizo más heterogénea, incorporando a dichos sectores, para configurar un fenómeno novedoso que algunos han dado en llamar la nueva pobreza. Esta se diferencia de la pobreza estructural, caracterizada por la marginalidad y localizada en villas de emergencia y asentamientos poblacionales que presentan situaciones deficitarias en la infraestructura urbana, hacinamiento poblacional, déficit sanitarios, etc. El fenómeno de los nuevos pobres abarca a los hogares que en su recorrido histórico lograron superar el umbral de N.B.I., que por lo tanto lograron ser parte de un paisaje urbano medianamente razonable y que hoy se encuentran con un jefe de hogar desocupado, o con ingresos absolutamente limitados, o con un grado de precarización del empleo muy significativo.

⁶ MINUJIN, ALBERTO (Editor) y Cols. Desigualdad y Exclusión. Edit. UNICEF/ LOSADA, 1993. 1ª Edición, Pág. 14.

"La pobreza se suele definir como una situación de carencia en el acceso a ciertos bienes y servicios o por la imposibilidad de alcanzar un cierto nivel de ingresos. Pero si la pobreza se define desde la perspectiva existencial de aquellos en situación de carencia, se advierte que esa aproximación es limitada: la pobreza es una condición de vida en la que es imposible discriminar entre componentes. Subrayar este atributo esencial de la pobreza, tiene consecuencias operacionales. No es sólo a través de un mayor ingreso, por la facilitación del acceso a bienes y servicios que se supera la condición de pobreza: el pobre lo es además por un reconocimiento social como tal, por su débil inserción en el aparato institucional de la sociedad, por su baja estructuración organizativa, por su relativa capacidad para generar demandas orgánicas sobre el aparato estatal, etc. En esto consiste la condición de exclusión, sobre la cual la acción tradicional del Estado ha sido insuficiente"⁷. "La pobreza suele terminar confundándose con una condición definida por las políticas públicas con el propósito de identificar a los receptores de las prestaciones y proceder a la asignación de los derechos. En otros términos, para el Estado, la pobreza es aquello que el Estado define como tal. Como muchos otros fenómenos, este hecho revela la potencia del Estado como estructurador de la sociedad"⁸.

Es interesante relevar algunos datos que se suscitan en torno a la situación de pobreza relacionada con la niñez en nuestro país.

En la Argentina se está lejos de cumplimentar el principio de "Máxima prioridad para la Infancia", concepto que fue considerado en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 y ratificado en nuestro país en 1990.

La niñez, por su desamparo, su debilidad frente a los riesgos y por su importancia para el futuro debería ser uno de los grupos más protegidos, pero sin embargo sigue sufriendo los embates negativos de los cambios.

En Argentina mueren por año alrededor de 18.000 niños menores de 1 año (tasa de mortalidad infantil: 26%), y más de la mitad por causas evitables.

⁷ MARTÍNEZ NOGUEIRA, ROBERTO. La construcción institucional de la pobreza. OIKOS. Año III N°7, ABRIL 1995. UBA. FCE Pág. 3-4.

⁸ Op. Cit. MARTÍNEZ NOGUEIRA, R.

La falta de control prenatal y de atención primaria son algunas de las causas directas, la combinación de desnutrición, enfermedad y dificultad de acceso a servicios de desarrollo infantil, la escasa cobertura preescolar, la baja calidad de la educación básica y la casi inexistente capacitación para el trabajo constituyen una suerte de acumulación de desventajas, para estos niños a los que les toca nacer, sobrevivir y desarrollarse en condiciones sumamente adversas.

Cesar Rodríguez Rabanal, al referirse a las condiciones de vida de extrema pobreza expresa lo siguiente: “La indigencia material se transforma en pobreza psíquica, en lacra social, forjando personalidades con estructuras yoicas débiles, poco diferenciales, con restricciones en el código lingüístico y en la capacidad de simbolización”⁹.

El niño que nace en un ambiente de carencias y cuyos padres poseen un bajo nivel educacional y escasos ingresos, encuentra limitado el desarrollo de sus potencialidades. Esto lo lleva al fracaso y abandono escolar temprano y al acceso a empleos con baja remuneración y sin posibilidades de recibir mayor capacitación. Siendo aún adolescentes y tras una iniciación sexual temprana, forman pareja de manera abrupta y sin una planificación familiar adecuada. Tienen un gran número de hijos que a su vez crecen en un ambiente de carencias y de bajo nivel educacional, repitiendo patrones de comportamiento históricamente aprendidos. Actualmente las políticas sociales y económicas no brindan las posibilidades de interrumpir este ciclo en alguna de sus etapas.

La familia es la unidad básica de socialización y de reproducción de comportamientos individuales, los padres son modelos forjadores de normas, agentes de creación de hábitos y nexos entre los hijos y el mundo del trabajo y la cultura.

El comportamiento y el modo de resolver los conflictos dentro de una familia están determinados por la cultura a la cual pertenece.

⁹ RODRÍGUEZ RABANAL, C. Cicatrices de la pobreza. Un estudio psicoanalítico. Edit. Nueva Sociedad. 2ª Edic. Revisada y corregida por el autor. Venezuela. 1991.

⁹ FILLOUX, J.C. La Personalidad. Ed. Universitaria de Ba. As. 1986. Pág. 78-79.

Según Filloux, “la cultura se define como un conjunto de normas, valores, standard de comportamiento, que traduce el “modo de vida” del grupo.

Su contenido es esencialmente psicosocial, ya que se refiere a todo aquello que, con un sustrato en las estructuras sociales, participa directamente del comportamiento de los miembros del grupo. Lo “cultural” se presenta como lo “social” en tanto se halla inscripto en las conductas individuales”¹⁰.

Al referirse a las familias que viven en situación de pobreza, Susana Torrado expresa lo siguiente: “... su ciclo de vida familiar –que podríamos denominar ‘apremiante’-, que está caracterizada por uniones más precoces, mayor consensualidad, más niños a intervalos más cortos, menos esperanza de vida. Naturalmente, un ciclo de vida que obliga a vivir de prisa para morir joven, no solo no coadyuva a la promoción social de los individuos sino que la obstaculiza, debido a la carga de responsabilidades familiares que es preciso asumir desde edades tempranas”¹¹.

“Como es obvio, las trayectorias personales de vida de los miembros de estos estratos, también conspiran contra su promoción social. El abandono temprano de la escuela, la menor performance educativa, la incorporación más precoz a actividades laborales de baja calificación y nula oportunidad de carrera –factores todos potenciados por el ciclo familiar ‘apremiante’-, se traducen en destinos personales mucho más arduos que en otras capas sociales”¹².

Teniendo en cuenta las trayectorias personales de vida de los miembros de este tipo de familias, se puede inferir como resultado que, aún sin considerar la situación económica, los niños que se socializan en este medio adverso tendrán menores probabilidades de ascenso social que los niños de otros contextos sociales. No obstante, la afirmación de que existe “transmisión intergeneracional de la pobreza” no es válida en abstracto, en la medida que la

¹¹ TORRADO, SUSANA. Estratificación social demográfica e información. La experiencia argentina. Pág. 17.

¹² Op. Cit. TORRADO, S.

movilidad social ascendente depende directamente de la naturaleza de las estrategias de desarrollo implementadas por las políticas públicas.

Si bien en la reproducción social de la pobreza adquieren más importancia las políticas públicas, existen comportamientos individuales o familiares en éste tipo de población, que revelan la preservación de la cultura a la que pertenecen.

Esto se puede observar en algunas investigaciones de tipo cualitativo en las que se analiza en profundidad el “modo de vida” de poblaciones que viven en situación de pobreza.

En 1970 se llevó a cabo un plan de erradicación de Villas de Emergencia en el Gran Buenos Aires. En la investigación realizada por el equipo de psicólogos se analizó el modo de funcionamiento de las familias de la población estudiada¹³.

Con respecto a los individuos objeto de estudio, los autores consideran que: “...la población de las villas de emergencia del Gran Buenos Aires es una población marginal, porque sus miembros son portadores de una subcultura distinta de la nuestra, como integrantes de una sociedad que globalmente en todas sus clases constituyentes, tiene pautas de conducta y normas sociales distintas”.

En esta investigación se analizarán temas tales como: dinámica familiar, la relación de pareja, la relación madre – hijo, el tipo de comunicación y las funciones intelectuales. En relación con éstos aspectos, se observan características particulares que serán citadas en otro capítulo.

Luego de este análisis los autores concluyen que: “el modo de inclusión en la sociedad, de esta población marginal – a través de tareas inestables, deterioradas y deteriorantes -, aparece una falta de proyecto de vida, una limitación para construir un proyecto vital que abarque algo más que el día presente”.

En otra investigación llevada a cabo en Santa Rosa, La Pampa, en 1996, por el Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, dependiente de

la Universidad de La Pampa, las autoras obtienen información acerca de los haberes y las prácticas de las mujeres madres de sectores populares¹⁴.

En esta investigación, las autoras encuentran características en la relación madre – hijo similares a las de la población antes mencionada. La construcción de la identidad femenina se centra en la maternidad. Se observó también que el contrato con los servicios de salud que mantienen las madres no supone el desuso de una serie de conocimientos y prácticas heredados de su propio sector social, lo que implicaría una preservación de su cultura de pertenencia.

Todos los aspectos que hacen al contexto sociocultural en el que se desarrolló el individuo serán tenidos en cuenta durante el desarrollo de esta investigación para ser analizados en forma conjunta con las características de la estimulación psicosocial que la madre brinda a su hijo.

¹⁴ PRECE, C. y Cols. Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar. Edit. Biblos. Bs. As., 1996.

ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL
DE LA MADRE HACIA EL HIJO



1.4. ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL DE LA MADRE HACIA SU HIJO.

La evidencia científica acumulada en las últimas décadas, demuestra que las experiencias que el niño tiene en los primeros años de vida marcan en forma definitiva las características psicológicas y sociales que va a tener en su vida adulta. Los estímulos que el ambiente le ofrece y las características biológicas y psicosociales propias del niño inciden en su salud y en su desarrollo.

Según Montenegro: "Se entiende por estimulación psicosocial 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 y objetos, en calidad, cantidad y oportunidad adecuadas en el contexto de situaciones de variada complejidad y de acuerdo a su madurez neurológica. Del mismo modo como los alimentos son indispensables para su crecimiento físico, los estímulos sensoriales, auditivos, visuales, táctiles, olfatorios, gustativos y motores en cantidad y calidad adecuados son indispensables desde el primer día de vida para su desarrollo psíquico. Dichos estímulos deben ser mediatizados, en su gran mayoría en el contexto de la interacción con personas"¹⁵.

Para abordar la problemática de la estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo, es necesario tener conocimiento de cómo se produce el desarrollo normal del niño y cuáles son los estímulos que éste necesita.

Entendemos por desarrollo humano, las transformaciones biológicas y psicosociales que se suceden a partir de la interacción entre el organismo en crecimiento y su medio ambiente alcanzando niveles de organización y estructuras adaptativas cada vez más diferenciadas como consecuencia de esa interacción.

¹⁵ MANEGUELLO, R.J. y otros: "Pediatría" Vol. 1. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 4º Edición. Sgo. de Chile, 1991.

Robert Myers¹⁶ define el desarrollo del niño como un proceso de cambio en el que el niño aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relación con los demás.

El desarrollo es un proceso multidimensional que incluye una dimensión física, una intelectual, una emocional y una social que están interrelacionadas y deben ser consideradas en su conjunto, ya que los cambios que se producen en una dimensión influyen en el desarrollo de los otros y viceversa. Es un proceso continuo, que comienza antes del nacimiento y dura toda la vida. El desarrollo ocurre cuando el niño responde a sus ambientes físico, psíquico y social, aprende de ellos e interactúa con ellos.

La interacción se produce con las personas y las cosas. Por esta razón, el fomento del desarrollo exige algo más que ofrecer un "estímulo" al niño, también exige respuestas a sus iniciativas. Así mismo, el niño contribuye a conformar su propio medio, toma iniciativas e influye sobre su ambiente.

Montenegro¹⁷ menciona los factores psicosociales más importantes que el medio ambiente debe proveer a un niño para que éste logre un desarrollo equilibrado: proporcionar una estimulación afectiva y cognoscitiva; fomentar su independencia y autonomía; proporcionarle estabilidad y seguridad en las relaciones con sus padres; formación de hábitos socioculturales, lo que implica fijar límites en forma equilibrada y reforzar positivamente las conductas deseadas; e inculcarle normas éticas y morales que rijan su comportamiento.

La forma y el énfasis que se le dé a cada uno de estos requisitos va a estar influido por numerosos factores, como por ejemplo los de origen sociocultural, las características de los padres, las características del niño, todos ellos interactuando dinámicamente en un contexto ecológico.

Desde hace mucho tiempo se reconoce que la familia es el ámbito donde ocurren las experiencias más decisivas que forjan la personalidad del individuo, constituye el medio psicosocial casi exclusivo del niño durante los períodos más críticos de su desarrollo. Este se debe a que hay algunas

¹⁶ Op. Cit. Myers, R. CAP. 3.1. Pág. 10.

¹⁷ Op. Cit. MENGUELLO, R. J. Pág. 30.

actividades dependientes de las personas que rodean al niño que tienen gran efecto estimulador] como por ejemplo, hablarle, acariciarlo, acompañarlo dándole sentimientos de protección, jugando con él o simplemente hacerlo participar de la convivencia familiar.

La conducta personal y social del niño, no depende de sí mismo solamente, en realidad necesita una guía, que generalmente es su madre. Por esto es necesario que ella posea conocimientos acerca de las etapas de desarrollo que atravesará su hijo para proporcionar en cada una los estímulos que sean necesarios.

Montenegro¹⁸ hace referencia a algunos estudios en los que se comprueba que no es tanto la cantidad de estímulos lo que influye sobre el desarrollo, sino la medida en que estos se adaptan a las características evolutivas e individuales del niño. También menciona que algunas de las conductas maternas que se correlacionan positivamente con el desarrollo de diversas funciones psíquicas del niño son las orientadas a estimular y apoyar sus realizaciones.

Este autor expresa que la estimulación psicosocial contingente a las necesidades del niño, tiene además una influencia importante sobre las características motivacionales, favoreciendo el desarrollo de una actitud orientada al logro o a la consecución de metas y de una imagen positiva de sí mismo.

Muchos de los estímulos que la madre proporciona al niño no son intencionales, en el sentido de que la madre lo hace en forma natural, sin ser consciente de que está estimulando una pauta madurativa acorde a la edad del niño. Es muy importante tener en cuenta este aspecto porque es donde radica la diferencia entre la estimulación que realiza un terapeuta y lo que realiza la madre a su hijo.

Los estímulos que la madre proporciona en forma espontánea al niño se encuentran generalmente en las actividades cotidianas que ellos comparten.

¹⁸ MONTENEGRO, H. Y CALGS. Estimulación temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. UNICEF. Sgo. de Chile, 1979.

Por este motivo, si uno desea conocer las características de la estimulación psicosocial que un grupo de madres brinda a sus hijos es necesario conocer las prácticas y creencias relativas a la crianza de los niños, en los cuales existen diferencias culturales no sólo de un país o región a otra, sino dentro de una misma región, de un grupo social a otro.

Las prácticas en la crianza de los niños son actividades generalmente aceptadas que responden a las necesidades de supervivencia y desarrollo de los niños en sus primeros meses y años de vida, de manera tal que aseguren la supervivencia, el mantenimiento del grupo o cultura así como del niño.

En un nivel general se pueden especificar prácticas comunes a todas las sociedades como por ejemplo alimentarlos, dormirlos, procurar que no se enfermen, enseñarles comportamientos sociales y educarlos. Pero el modo en que estas se desarrollan puede variar de manera infinita.

Robert Myers¹⁹ presenta el concepto de "nicho del desarrollo", en el que las costumbres o las prácticas en la crianza del niño, que afectan su desarrollo, se presentan relacionadas directa y recíprocamente con las condiciones físicas y sociales en que nace y se desarrolla el niño y las creencias y actitudes de las personas encargadas de su atención.

Las creencias se combinan con los valores para ayudar a darles sentido a las prácticas, por ejemplo al definir el tipo de niño (y de adulto) que una sociedad aspira a crear en el proceso de socialización. Algunas culturas quieren que los niños sean obedientes, otros estimulan su curiosidad. Algunas refuerzan el individualismo, otras una orientación colectiva y una fuerte responsabilidad social.

No parece útil clasificar determinadas creencias y valores como tradicionales o modernos; sin embargo puede ser útil diferenciar a la gente en términos de, por ejemplo, si creen o no en la posibilidad de influir en el desarrollo de sus hijos por medio de sus propias acciones. Esta creencia, o actitud, ayudará a explicar algunas prácticas y afectará la aptitud o voluntad de considerar modificarlas.

¹⁹ Op. Cit. MYERS, R. Pág. 10.

En investigaciones citadas en capítulos anteriores se observa que en algunas poblaciones existen creencias propias del medio sociocultural adverso en el que viven, que influyen directamente en las prácticas de crianza de sus hijos.

Los siguientes aportes son el resultado de una investigación realizada en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, dependiente de la Universidad Nacional de La Pampa²⁰. Esta investigación fue realizada empleando un enfoque cualitativo.

“El ciclo de vida doméstico es el trasfondo en el que acontecen y se organizan en buena medida los cambios de posición y de rol de los individuos. En la mujer, especialmente en aquellas que no accedieron ni a la escolaridad ni al trabajo formal, este ciclo es mucho más determinante, dado que las modificaciones trascendentes en sus vidas se asocian con los cambios de status familiar. La unión con una pareja significa momentos cruciales en estas mujeres, de acuerdo con el horizonte normativo popular, esperándose que ellas sean esposas y madres”.

“Ser madre significa entonces haber nacido y crecido como mujer; con una historia infantil muy diferente a la del varón. Los condicionamientos sociales y culturales orientan a la niña hacia un destino muy preciso, el de la maternidad”.

La construcción de la identidad femenina se centra en la maternidad. La definición de lo femenino está relacionada con cuidar y servir a los demás. Desde muy temprana edad, la niña se ha socializado en un mundo que representa la condición femenina ligada a la subalternidad. Esta manera de construir la noción de mujer tiene sin dudas implicancias en la autoestima, en la valoración social y en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones.

Se puede observar en estas madres que el modo en que asumen el rol de la maternidad no deja espacio para su desarrollo personal. Si bien existe una entrega total por parte de las madres hacia el cuidado de su hijo; el bajo nivel

²⁰ Op. Cit. PRECE, C. y Cols. Pág. 27.

educativo y su baja autoestima podrían condicionar la forma en que se llevan adelante estas prácticas.

En la investigación realizada en el Gran Buenos Aires²¹, las autoras observaron una dinámica familiar con características particulares.

El grupo familiar favorece el establecimiento de vínculos simbióticos entre sus miembros: falla pues su función de preparar para el ejercicio de roles múltiples y diferenciados y, además, el mismo limita al máximo sus contactos con el mundo externo – extrafamiliar. Como no hubo oportunidad de ejercitar roles en el afuera, el mundo externo – desconocido e inexplorado-, es vivido como rechazante.

El vínculo simbiótico entre la madre y el hijo se refleja en algunas prácticas de crianza, por ejemplo, mantener la lactancia hasta casi los dos años o hasta el nacimiento de otro hijo; lo tiene permanentemente pegado a sí misma y lo hace dormir con ella; como la madre vive el mundo externo como amenazante y peligroso, no estimula al chico para que desplace su interés hacia objetos extrafamiliares, constituyéndose en una barrera entre él y el mundo externo.

A través de la realización de una entrevista como técnica de recolección de datos, las investigadoras analizaron las actitudes de los padres hacia guarderías.

Es importante destacar que el 50% de las mujeres manifiestan que sus hijos no concurren a la guardería porque prefieren atenderlos ellas mismas y no quieren dejarlos al cuidado de la institución.

Las autoras concluyen que esta preferencia significativa por atender ellas mismas a sus hijos puede tomarse como índice de una actitud de sobreprotección que va acompañada de una necesidad de control por parte de las madres para poner distancia entre el chico y el afuera, representado por las otras familias del Barrio como totalidad y las Instituciones pertenecientes al mismo; esta necesidad de distancia se debe a que el entorno es sentido como peligroso existiendo en algunos casos la imagen de la guardería como un lugar

²¹ Op. Cit., HARARI, R. y otros. Pág. 27.

donde el chico puede verse expuesto al contacto con aspectos temidos del afuera.

Teniendo en cuenta la población objeto de estudio en esta tesis, se analiza la estimulación que requieren los niños de dos y tres años para su normal desarrollo psicológico y social.

Según Piaget, a los dos años el niño comienza a atravesar el estadio de la inteligencia intuitiva, en el cual con la aparición del lenguaje, las conductas resultan profundamente modificadas, tanto en su aspecto afectivo como en el aspecto intelectual. El niño adquiere, gracias al lenguaje, la capacidad de reconstruir sus acciones pasadas en forma de relato y de anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal.

Ello tiene tres consecuencias esenciales para el desarrollo mental: un intercambio posible entre individuos, es decir, el inicio de la socialización de la acción, una interiorización de la palabra, es decir, la aparición del pensamiento propiamente dicho y, por último, una interiorización de la acción como tal, la cual, de puramente perceptiva y motriz que era hasta ese momento, puede ahora reconstruirse en el plano intuitivo de las imágenes y de las “experiencias mentales”.

En el curso del 2º año aparecen un conjunto de conductas que implican la evocación representativa de un objeto o de un acontecimiento ausente. En orden de complejidad creciente se las puede enumerar de la siguiente manera: la imitación diferida, es decir, que se inicia en ausencia del modelo; el juego simbólico; el dibujo o imagen gráfica; la imagen mental y el lenguaje, que se adquiere en un contexto necesario de imitación.

A partir de los dos años el niño desarrolla la capacidad de jugar solo y con amigos. Aprende a vestirse, bañarse, manejar los cubiertos, andar en triciclo, etc. Aprende a dialogar y a dibujar. Es decir, va adquiriendo la capacidad de “valerse por sí mismo”, esa capacidad que tanto se necesita en la vida adulta y que se construye poco a poco. Este es un camino gradual y progresivo: se adquieren nuevas habilidades, a medida que se van afianzando

las anteriores. Todo este camino precisa de un marco de afecto, estímulo y comprensión que la familia debe brindar oportunamente.

Winnicott²² describe el desarrollo emocional del niño en los términos del recorrido desde la dependencia hasta la independencia. El valor de este enfoque consiste en que permite estudiar al mismo tiempo los factores personales y ambientales.

Este proceso de maduración del infante les plantea a los padres exigencias enormes y, al principio, es la propia madre la que constituye el ambiente facilitador. Al principio el infante depende totalmente de la provisión física que le hace la madre, el útero o el cuidado al infante alumbrado.

La etapa siguiente, la de la dependencia relativa, es un período de adaptación con una falla gradual de esa adaptación. Cuando la madre está ausente por un lapso más extenso que el de la capacidad del bebé para creer en la supervivencia de ella, aparece la angustia.]

Cuando el niño tiene dos años, se han iniciado nuevos desarrollos que le dan armas para tratar con la pérdida, de esto proviene el desarrollo completo de la comprensión de que la madre tiene una existencia separada y personal. En esta etapa sus tendencias integradoras generan un estado en el que es una persona total, con un interior y un exterior. En este punto, el crecimiento del infante toma la forma de un intercambio continuo entre la realidad interna y la realidad externa, que se enriquecen recíprocamente.

El juego es la actividad propia del niño y su forma de conocer el mundo. El juego es indispensable para el crecimiento psíquico, intelectual y social del niño. A través de él, explora el medio que lo rodea, da rienda suelta a su imaginación y aprende a convivir con los demás. En este período al niño le interesa jugar en compañía de otros niños; lo que le permite aprender a compartir juguetes, reglas y normas; a respetar a otros y a ser respetado.

A los dos años, a los niños les gusta jugar con las palabras, mirar libros de cuentos y enriquecen su vocabulario al preguntar por el significado de las cosas o las imágenes.

²² WINNICOTT, D. "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador". Edit. Paidós. 1ª Edición, 1993.

Como podemos observar, todas las adquisiciones del niño de 2 y 3 años de edad, requieren un ambiente que las facilite, se dan en un intercambio con otro, que es especialmente la madre. Ella debe proporcionarle al niño un conjunto de experiencias que son fundamentales para su desarrollo psicológico y social.

El ser humano nace con su potencial intelectual genéticamente determinado. Sin embargo, el grado en que este potencial se desarrolle y las características que alcance, van a estar fuertemente condicionados por el medio ambiente.

Existe un conjunto de factores ambientales asociados a la pobreza que afectan negativamente el desarrollo infantil. Muchos estudios permiten afirmar que si bien no se puede hablar en sentido estricto de deficiencias o carencias psicológicas en los grupos pobres, sino más bien de diferencias socioculturales, éstas se transforman en desventajas al tratar de integrarse a una sociedad dirigida por el grupo dominante.

El nivel cultural general del hogar y de la comunidad de donde proviene el niño, determina su nivel de información y experiencia. Los niños que crecen en un hogar donde se conversa, se discuten ideas, se intercambian opiniones e informaciones, naturalmente tienden a desarrollar un vocabulario más rico y habilidad para expresar oralmente sus experiencias. A través del manejo de diarios y revistas, se familiarizan con las letras y palabras escritas, con los cuadros y fotografías y saben que las palabras impresas dicen algo.

Algunos autores expresan que en las personas que viven en situación de pobreza existe una limitación en la comunicación verbal. El lenguaje dirigido al niño es generalmente mínimo e infantilizado y posteriormente, de tipo utilitario, imperativo, con vocabulario limitado en extensión y precisión. En estas condiciones el niño está privado de relacionarse con adultos que designen con signos vocálicos específicos los objetos, acciones, emociones y relaciones de su ambiente, que conversen con él, respondan a sus preguntas, le lean cuentos, comenten sucesos, le hagan comparaciones y diferencias, le establezcan analogías, analicen e interpreten los acontecimientos, desarrollen

ideas en orden y secuencia, saquen conclusiones, pronuncien y enuncien correctamente.

A su vez en los hogares pobres son escasos los libros y revistas, láminas y juguetes, lo que limitaría la exploración de imágenes y objetos de distintos colores, texturas, pesos, formas, planos y tamaños. Los espacios reducidos limitan la motricidad del niño (con la consiguiente menor creatividad) y la exposición a estímulos visuales, auditivos, táctiles y cinéticos.

Rara vez los niños pobres tienen la oportunidad de visitar un museo, un zoológico, un aeropuerto, el mar, la montaña o el campo, o de realizar viajes, excursiones, paseos, todas experiencias que amplían los conocimientos y los intereses del niño.

Condemarin, M. y Cols.²³ hacen referencia a que en los hogares pobres existe una "estimulación excesiva" que es equivalente a la privación de estímulos al niño. Esto implica un ambiente hogareño reducido, donde se produce un alto nivel de actividad y de ruido debido a las numerosas personas que lo habitan, se conversa en forma estridente y se mezclan los ruidos de la radio y la T.V. con los de la vecindad.

Los niños que proceden de este tipo de ambientes ruidosos, aprenden a ignorar los estímulos auditivos que no les son directamente referidos con un fin especialmente utilitario y su rango de atención y concentración es breve.

De la tesis de grado realizada en 1995 por Belaustegui M., Gianini C. y Giardino K.; donde se estudiaron las características de la relación vincular de la madre adolescente primeriza y su hijo dentro de un medio social adverso, es interesante destacar algunas de sus conclusiones. A partir del tercer trimestre de vida del niño la madre adolescente considera que su hijo "ya no la necesita tanto", desentendiéndose parcialmente de la crianza pero no de cubrir las necesidades básicas de alimentación, higiene y sueño. El destete se produce en el cuarto trimestre en forma brusca y con métodos agresivos, dificultando una vez más el proceso gradual de separación – individuación. Comparten la cama con sus hijos (colechó). El bebé permanece la mayor parte del día en su

²³ CONDEMARÍN, M. y COLS. "Madurez escolar". Ed. Andrés Bello, Chile, 1981.

cuna o en brazos, o posteriormente en el andador o cochecito, coartándole la posibilidad de explorar, de moverse en el espacio, etc., limitando el desarrollo cognitivo. La mamá no tiene intenciones de jugar con su hijo mientras lo baña o lo cambia, hablándole o acariciándolo. Generalmente los juguetes son escasos e inadecuados con relación a la edad del bebé. No existe por parte de la madre adolescente la iniciativa para crear juguetes caseros, ni quien la guíe al respecto.

Los aspectos mencionados constituyen condiciones desventajosas en la estimulación psicosocial que recibe el niño perteneciente a un hogar pobre. Pero estas condiciones pueden variar de acuerdo a las conductas o a la actitud adoptada por la madre en la crianza de su hijo. Muchas de las experiencias que los niños necesitan no tienen valor monetario, requieren más bien de creatividad, tiempo y disposición por parte de la madre. El juego del niño con la madre tiene un valor fundamental en la estimulación psicosocial que esta le brinda, especialmente para el conocimiento del espacio y los objetos que lo rodean y durante las A.V.D. para el conocimiento del propio cuerpo.)

En algunos aspectos de la estimulación psicosocial que necesita el niño de 2 a 3 años influyen de manera preponderante las prácticas y creencias de la madre en la crianza de los niños.

El modo como la madre interactúa con su hijo está diseñado de acuerdo con el procesamiento de su propia biografía. La socialización primaria y secundaria de la madre demarcan su comportamiento, como una forma de relación específica de una determinada cultura. La madre se halla dentro de una trama social y, por ende, su praxis es expresión de la sociedad (de su clase social, pautas culturales)²⁴.

²⁴ RODRIGUEZ RABANAL, A. "Cicatrices de la Pobreza. Un estudio psicoanalítico". Ed. Nueva Sociedad. 2º Edición, Caracas, Venezuela, 1991.

CAPÍTULO II
ASPECTOS
METODOLÓGICOS



2.1. PROBLEMA.

¿Cuáles son las características de la estimulación psicosocial que brindan las madres, en situación de pobreza, a sus hijos de 2 a 3 años de edad, en situación de pobreza, que concurren con su hijo a tratamiento de Terapia Ocupacional, entre 3 y 8 sesiones, durante el primer año de vida del niño con diagnóstico de Retraso Madurativo de origen socioambiental, al Subcentro de Salud Nº 12 de la ciudad de Mar del Plata en el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997?

2.2. OBJETIVOS

2.2.a. OBJETIVO GENERAL.

Identificar las características de la estimulación psicosocial que brindan las madres, en situación de pobreza, a sus hijos de 2 a 3 años de edad, en situación de pobreza, que concurren con su hijo a tratamiento de Terapia Ocupacional, entre 3 y 8 sesiones durante el primer año de vida del niño, con diagnóstico de retraso madurativo de origen socioambiental, al Subcentro de Salud Nº 12 de la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997.

2.2.b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1- Describir las características socioeconómicas que presentan estas madres.
- 2- Identificar las características de la estimulación psicosocial que brindan estas madres a sus hijos de 2 y 3 años de edad, en situación de pobreza.
- 3- Describir los aspectos que las madres recuerdan y los que emplean / actualmente de la intervención recibida desde Terapia Ocupacional.
- 4- Detectar creencias y prácticas comunes relativas a la crianza de los niños.

2.3. DISEÑO METODOLÓGICO.

Según Elia Pineda y Cols., los estudios descriptivos son la base y punto inicial de otros tipos (analítico y experimental) y son aquellos que están dirigidos a determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que se estudian en una población.

J. Sabulsky menciona que en los estudios descriptivos se identifican en forma sistemática e integrada las características diferenciadoras de objetos y fenómenos, sus relaciones con el medio y otros elementos. Son estudios que se realizan sobre una o más variables analizadas independientemente.

En cuanto a los exploratorios, este autor destaca que se trata de proyectos que aceptan esquemas más flexibles de investigación por cuanto se proponen obtener una perspectiva general de un tema.

En esta investigación, enmarcada en un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, en el cual se analiza las características de la estimulación psicosocial, el tipo de diseño elegido nos permitirá obtener datos y responder al problema planteado, que podría servir de base para la elaboración de nuevos proyectos desde Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud o para plantear hipótesis que conduzcan a otras investigaciones sobre el tema.

2.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para realizar esta experiencia se toma como población de estudio a las madres en situación de pobreza cuyos hijos concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional durante el primer año de vida del niño con diagnóstico de Retraso Madurativo de origen socioambiental, a un Subcentro de Salud de la ciudad de Mar del Plata.

La muestra está compuesta por 27 madres en situación de pobreza con niños de 2 a 3 años de edad que concurren con su hijo a tratamiento de Terapia Ocupacional, entre 3 y 8 sesiones durante el primer año de vida, con

diagnóstico de Retraso Madurativo de origen socioambiental al Subcentro de Salud N° 12 de la ciudad de Mar del Plata, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997.

Corresponde a la totalidad de las madres que cumplen con los criterios de inclusión antes mencionados, dependiendo de que cada madre acepte ser entrevistada y que el domicilio que figura en la planilla estadística de Terapia Ocupacional sea el actual y el correcto.

2.5. DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS.

2.5.a. I- DEFINICIÓN DE VARIABLES:

- **CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS:**
 - **DEFINICIÓN CIENTÍFICA:**

Es el conjunto de factores que permite identificar a los individuos de acuerdo a los roles que ocupan dentro de la sociedad y ubicarlos en estratos sociales de acuerdo a sus bienes materiales y gananciales y el acceso a las condiciones básicas de bienestar.
 - **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Se consideran características socioeconómicas al siguiente conjunto de factores: número y edad de los integrantes que conforman el grupo familiar, escolaridad de la madre y de los hijos entre 6 y 14 años (debido a que constituye una de las necesidades básicas), ocupación e ingresos y características de la vivienda.

- **ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL DE LA MADRE A SU HIJO DE 2 a 3 AÑOS DE EDAD:**
 - **DEFINICIÓN CIENTÍFICA:**

Se entiende por estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 y 3 años de edad, al conjunto de acciones tendientes a proporcionar al

niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento y durante los primeros años de vida para su desarrollo psicológico y social normal.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Se considera estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 y 3 años de edad, en el área conocimiento, el brindar objetos al niño para el juego, compartir juegos con él y fomentar el aprendizaje tomando una actitud positiva ante los logros adquiridos; en el área socialización, el brindar la posibilidad de jugar con otros niños de su misma edad y realizar diferentes salidas; en el área lenguaje, ejercitar el lenguaje expresivo y establecer diálogos respondiendo a sus interrogantes tanto en A.V.D. (vestido, alimentación e higiene), como en oportunidades de separarse de él.

• **ASPECTOS CULTURALES RELATIVOS A LAS PRÁCTICAS Y CREENCIAS DE CRIANZA DE LOS NIÑOS:**

- **DEFINICIÓN CIENTÍFICA:**

Las creencias y prácticas en la crianza de los niños son modos de pensar que se cristalizan en actividades que responden a las necesidades de supervivencia y desarrollo de los niños en los primeros meses y años de vida asegurando también la supervivencia y mantenimiento del grupo o cultura.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Se considera creencias y prácticas en la crianza de los niños al modo de pensar y las actividades relacionadas con los siguientes temas: desarrollo del niño, controles de salud, educación en el hogar y educación institucional.

Dado que esta variable se compone de aspectos culturales propios de cada población, su dimensionamiento será realizado en base a los datos recabados de las entrevistas. De este modo se evita emitir

consideraciones o teorizaciones previas y se posibilita el análisis de la totalidad de las respuestas obtenidas.

II- DEFINICIÓN DE VARIABLE INTERVINIENTE:

- ASISTENCIA A TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL POR RETRASO MADURATIVO DE ORIGEN SOCIOAMBIENTAL: consiste en la asistencia a tratamiento de T.O. entre 3 y 8 sesiones en un período no mayor de 5 meses, antes del año de edad del niño, al Subcentro de Salud N° 12 de la ciudad de Mar del Plata.

Los niños fueron atendidos por la Terapeuta Ocupacional en forma individual. Tras una primera entrevista a la madre y evaluación del desarrollo madurativo del niño, se implementa un plan de tratamiento en el que la madre participa en forma activa recibiendo indicaciones sobre la forma de estimular al niño en el hogar. Las sesiones son de 30 minutos de duración. Dada la gran demanda de atención del Servicio de T.O. sumado al alto grado de ausentismos del paciente a tratamiento, la frecuencia entre sesiones es aproximadamente quincenal.

III- DEFINICIÓN DE VARIABLES CONTROLADAS:

- EDAD DE LOS NIÑOS: de 2 a 3 años al momento de ser realizada la entrevista.
- TIEMPO DE CONCURRENCIA A TRATAMIENTO DE T.O.: de 3 a 8 sesiones durante un período no mayor de 5 meses.

2.5.b. DEFINICIÓN DE CONSTANTES DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS:

- SITUACIÓN DE POBREZA:

Se considera madres en situación de pobreza a aquellas en cuyos hogares, ubicados en los Barrios Belgrano y Autódromo de la ciudad de Mar del Plata, existe por lo menos una necesidad básica insatisfecha y los ingresos son

inferiores a \$471,95 (valor de la canasta familiar), lo cual significa que se hallan por debajo de la línea de pobreza.

Los datos que nos permiten afirmar que este grupo de madres viven en hogares en situación de pobreza fueron suministrados por una Asistente Social del Subcentro de Salud N° 12 de la ciudad de Mar del Plata.

Necesidades Básicas Insatisfechas:

1- Hacinamiento: hogar en el que la relación de personas por cuarto (descartados baño y/o cocina) es mayor de 3.

2- Vivienda precaria: incluye las construidas con materiales inadecuados (de desecho, chapa, etc.).

3- Escolaridad: se considera insatisfecha si en el hogar hubiera un niño de 6 a 14 años que no concurre a la Educación General Básica (E.G.B.).

4- Condición Sanitaria: se la considera insatisfecha si la vivienda no dispone de retrete o inodoro con descarga de agua.

Para esta definición se toma el criterio de segmentación social utilizado por el Grupo de Investigación Calidad de Vida en “Condiciones de Vida de la población de Mar del Plata 1992 – 1994”, el cual se basa en la combinación de las necesidades básicas con la llamada línea de pobreza.

Se denominan “Necesidades Básicas” a las que dependen preponderantemente del gasto público y de la inversión históricamente acumulada del hogar.

En el concepto “Línea de Pobreza” se cubren las necesidades que dependen principalmente del consumo privado corriente. Para este criterio de segmentación se toma el valor actualizado de la canasta familiar correspondiente al año 1998, proporcionado por el Grupo de Investigación Calidad de Vida. El valor de la canasta familiar incluye productos, bienes y servicios considerados para 3,5 adultos por hogar o su equivalente, 2 adultos, 2 niños en edad escolar y 1 lactante.

- CONCURRENCIA DEL NIÑO A TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Los niños fueron derivados a T.O. por médicos pediatras provenientes del Subcentro de Salud N° 12, a partir de los controles obligatorios del Plan de Lactantes o a través de consultas de las madres en charlas informativas brindadas en este plan. Al momento de la derivación las edades de los niños oscilaban entre 4 y 10 meses.

Los niños concurren a tratamiento de T.O., de 3 a 8 sesiones durante un período no mayor de 5 meses, entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997.

Al momento de la entrevista el tiempo de transcurrido desde la finalización del tratamiento corresponde a un mínimo de 10 meses.

- DIAGNÓSTICO DEL NIÑO DE RETRASO MADURATIVO DE ORIGEN SOCIOAMBIENTAL.

Los niños fueron derivados a evaluación a T.O. y a partir de la misma se detectó Retraso Madurativo de origen socioambiental. Quedan excluidos de la muestra todos aquellos niños que poseen otra patología asociada (lesiones neurológicas, síndromes genéticos, etc.).

- ASISTENCIA AL SUBCENTRO DE SALUD N° 12.

El tratamiento de T.O. se llevó a cabo en dicho Subcentro de Salud, ubicado en el Barrio Belgrano de la ciudad de Mar del Plata.

2.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- RECOPIACIÓN DOCUMENTAL:

La fuente secundaria de la cual se extraerán los datos es la planilla estadística que confecciona la T.O. mensualmente en el Subcentro de Salud N° 12. Los datos que se obtendrán son los siguientes:

- NOMBRE DEL NIÑO.
- EDAD DEL NIÑO.
- DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO DEL NIÑO.
- DOMICILIO.

- ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE:

Para obtener los datos necesarios para incluir a las 27 madres que componen la muestra dentro de hogares en situación de pobreza, se concertó una entrevista con una de las Asistentes Sociales del Subcentro de Salud N° 12, a la cual se le entregó una planilla por cada familia (ver anexo). En ésta constan los indicadores que corresponden a la variable Aspectos Socioeconómicos. La información suministrada por la Asistente Social a través de esta planilla, además de permitirnos incluir a cada madre en la muestra, nos posibilita conocer con exactitud cuáles son las Necesidades Básicas Insatisfechas en cada caso en particular.

- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

La entrevista comprende un número determinado de preguntas con un orden específico que serán planteadas de igual manera a todas las madres que conforman la muestra. Cada una de ellas tendrá libertad para dar la información que considere pertinente respecto a los diferentes temas que comprende la entrevista.

Esta modalidad permite obtener datos específicos de los temas tratados y a la vez profundizar en los aspectos de mayor interés.

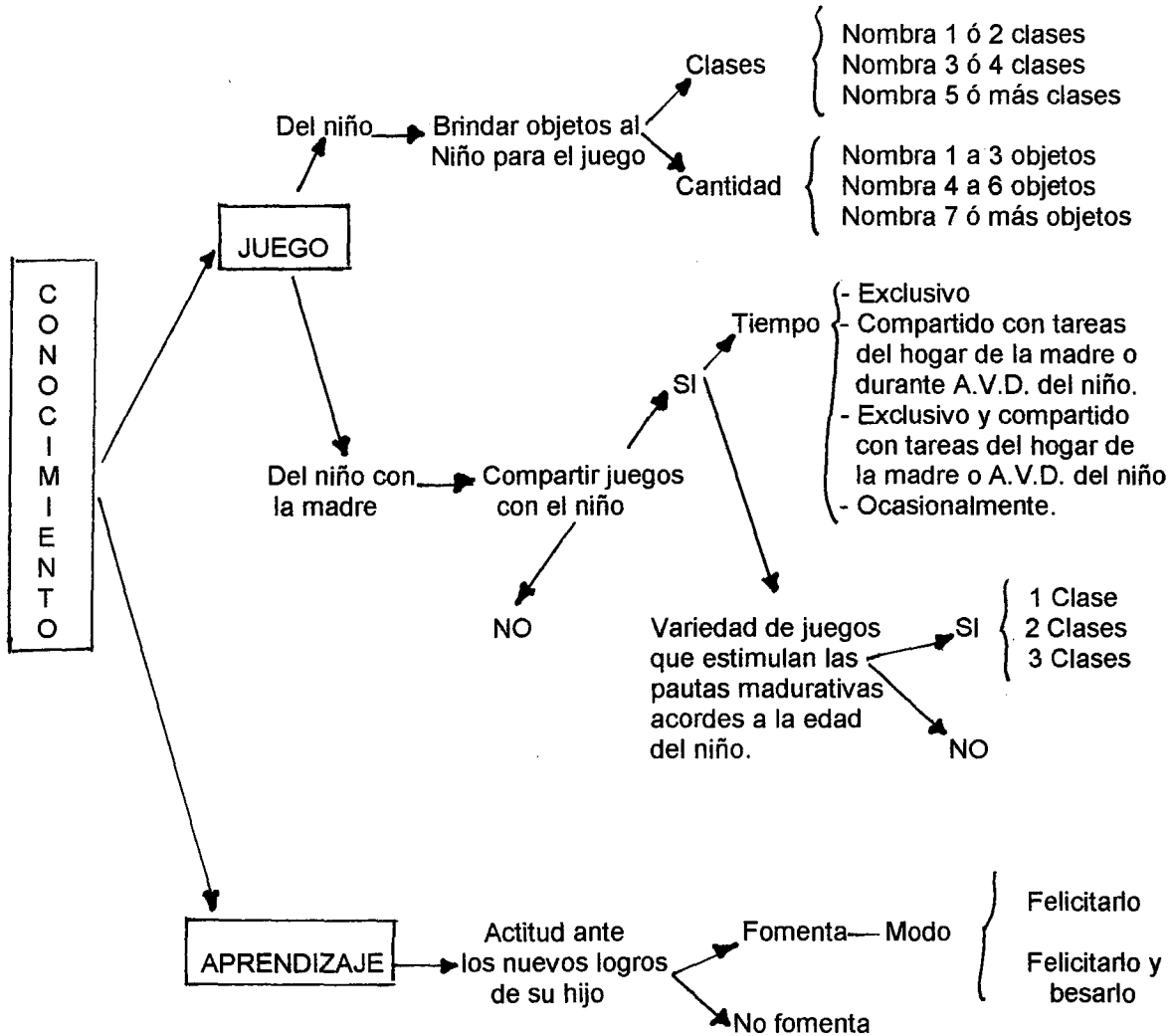
Esta entrevista se compone de tres partes. En la primera se indagarán los aspectos relacionados a la estimulación psicosocial que la madre brinda a su hijo en las áreas de conocimiento, socialización, lenguaje e independencia. La segunda parte se compone de preguntas referidas a los aspectos culturales referidos a las creencias y prácticas de crianza de los niños. Y la tercera parte incluye aspectos relacionados con la intervención de Terapia Ocupacional recibida durante el 1º año de vida del niño.

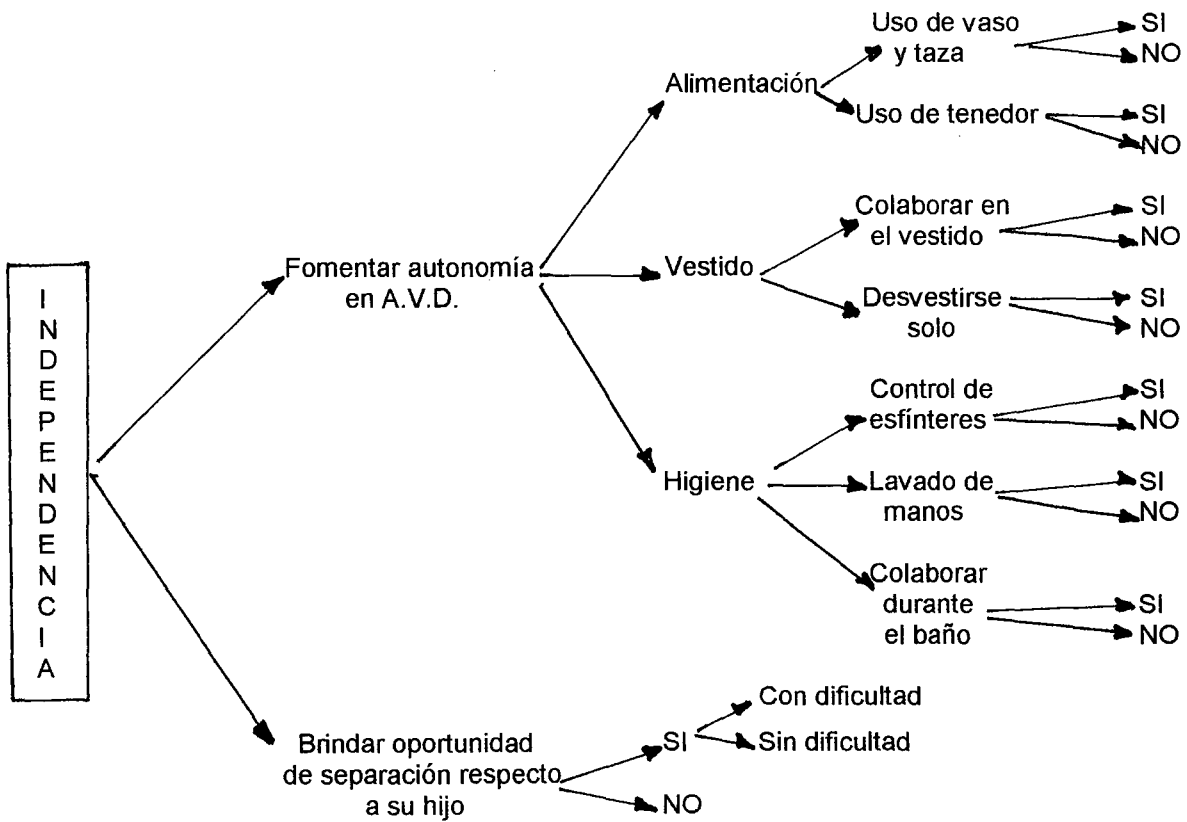
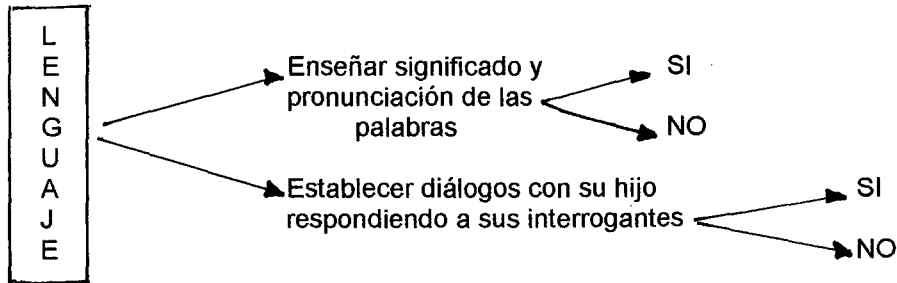
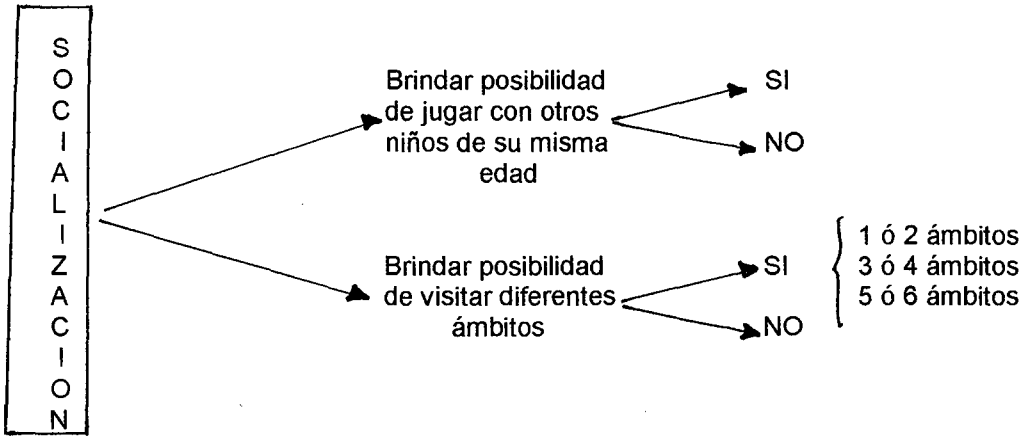
Algunas dimensiones tomadas para el análisis de la variable “Estimulación Psicosocial”, fueron incluidas a partir de los datos obtenidos en la experiencia piloto realizada con diez madres de niños de 2 a 3 años de edad pertenecientes al Barrio Belgrano y Autódromo con las mismas características de las incluidas en la muestra. Esta nos permitió poner a prueba la efectividad de la entrevista como instrumento de recolección de datos y comprobar que mediante ésta se podrá obtener toda la información necesaria.

En primer lugar se comentarán las citas y luego se llevarán a cabo las entrevistas en el domicilio particular de cada madre, estando presentes dos entrevistadoras. Cada entrevista tendrá una duración aproximada de una hora y será grabada en su totalidad.

2.7. DIMENSIONAMIENTO

2.7.A. DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL DE LA MADRE HACIA SU HIJO DE 2 A 3 AÑOS DE EDAD".





DELIMITACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA VARIABLE:
“ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL DE LA MADRE HACIA SU HIJO DE 2 A 3 AÑOS”.

- Brindar objetivos al niño para el juego: Todos los objetos mencionados por la madre con los cuales juega el niño. Los objetos son agrupados en 9 clases:
 - Motricidad gruesa (por ejemplo: pelota, triciclo, bicicleta).
 - Simbólico (muñequitos, autitos).
 - Uso en el hogar (cucharas, ollas, tapas).
 - De descarte (botellitas, bidones).
 - Material impreso (revistas).
 - Expresión gráfica (tiza, papel).
 - De la naturaleza (tierra, arena, agua).
 - Ensarte y construcción (ladrillitos).
 - Motricidad fina (bolillas).

- Compartir juegos con el niño:
 - *Dedicar tiempo exclusivo al juego con el niño*: tiempo en el que la madre desarrolla el juego con su hijo sin realizar otro tipo de actividad en forma paralela.
 - *Dedicar tiempo compartido con tareas del hogar de la madre o durante A.V.D. del niño*: tiempo en el cual la madre integra el juego con el niño, ya sea mientras realiza una actividad en el hogar o durante las actividades de higiene, alimentación y vestido del niño.
 - *Variedad de juegos que estimulan las pautas madurativas acordes a la edad del niño (2 a 3 años)*: son aquellos juegos relacionados con la socialización, la función simbólica (imitación diferida; juego simbólico; dibujo o imagen gráfica; imagen mental y lenguaje), conocimiento de

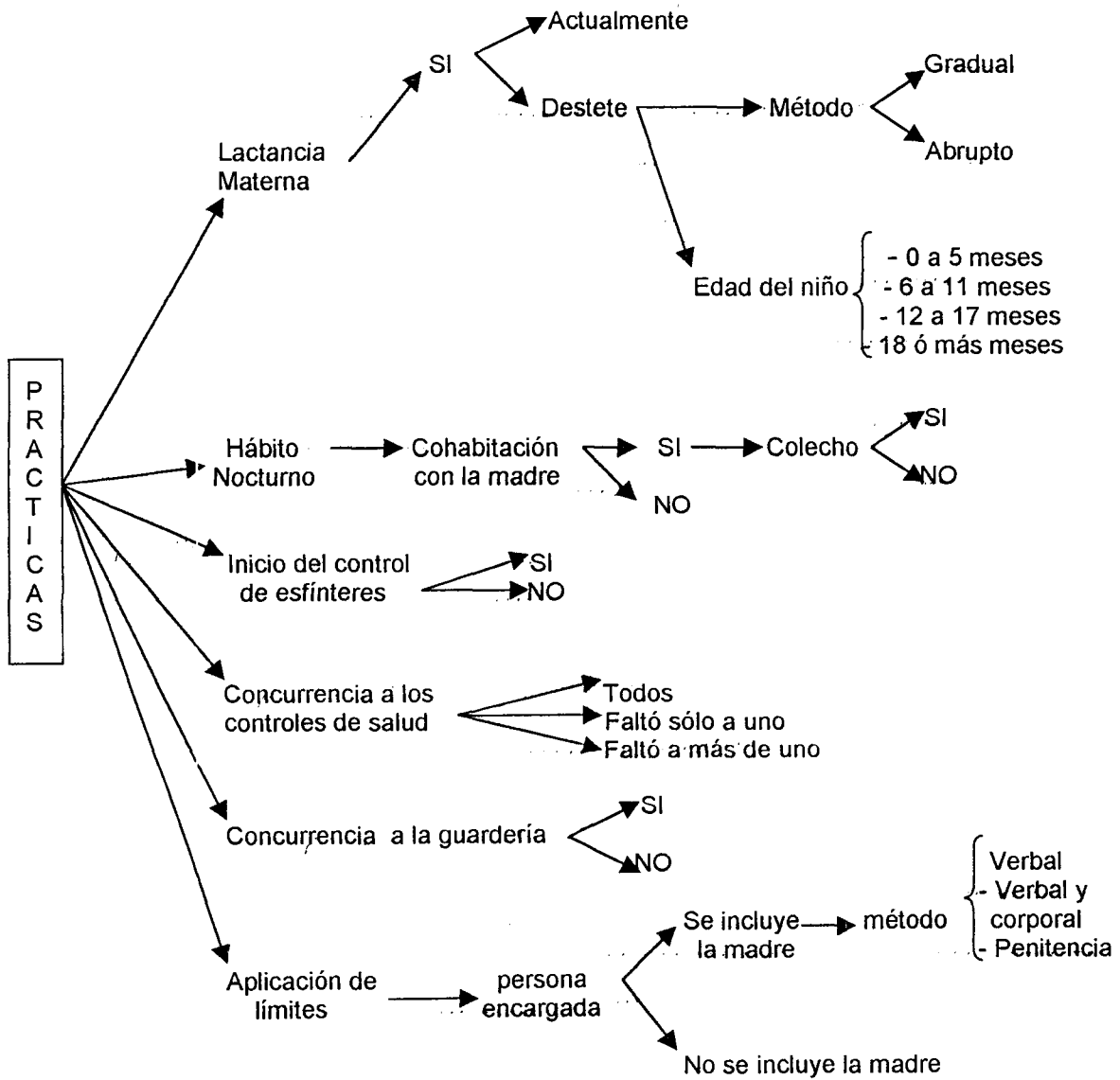
las partes del cuerpo y motricidad gruesa y fina. Se agrupan en los juegos mencionados por las madres en 7 clases:

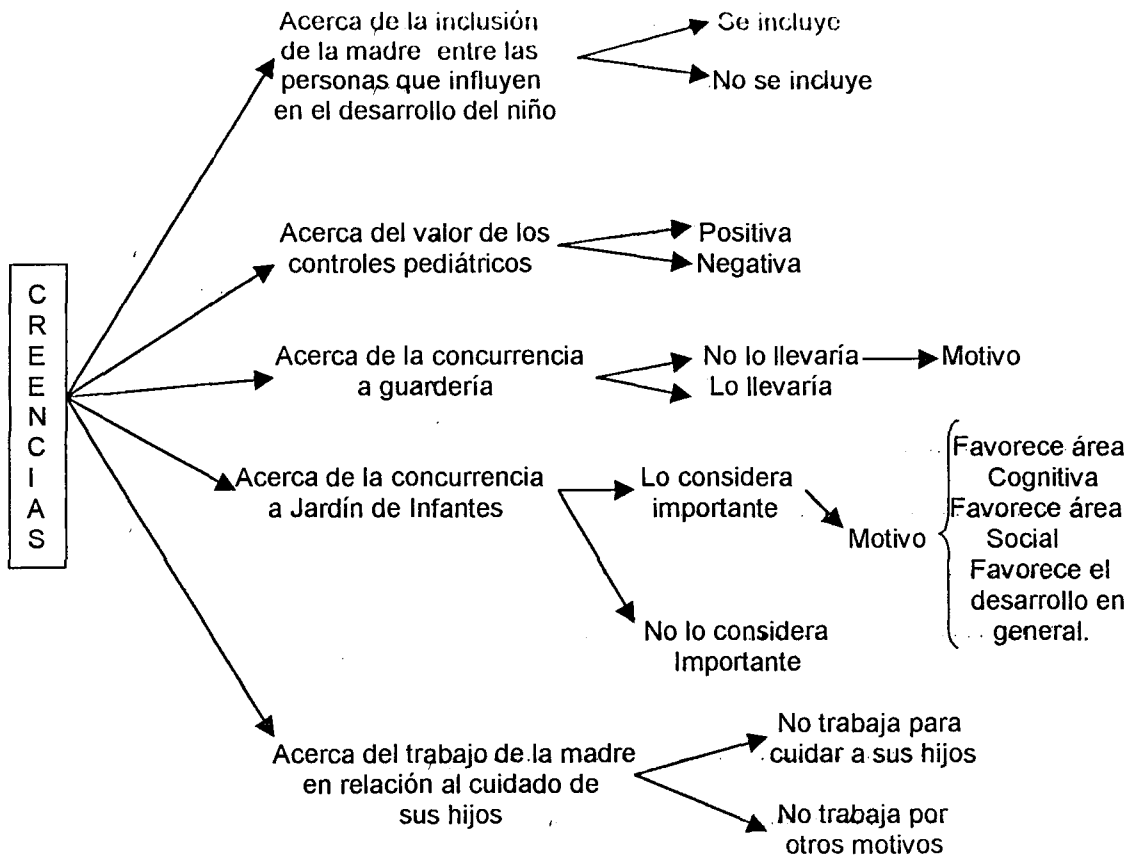
- 1- Motricidad gruesa.
- 2- Simbólicos.
- 3- Lenguaje.
- 4- Expresión gráfica.
- 5- Partes del cuerpo.
- 6- Motricidad fina.
- 7- Conocimiento.

- Actitud ante los nuevos logros de su hijo:
 - Fomenta: expresar conformidad y agrado ante un nuevo logro de su hijo, en forma verbal o a través del contacto corporal de tipo afectivo.
 - No fomenta: la madre adopta una actitud pasiva ante los nuevos logros de su hijo.
- Brindar posibilidad de jugar con otros niños de su misma edad: oportunidad de jugar con otros niños que tengan entre 18 meses y 4 años de edad y que no convivan en el hogar.
- Brindar oportunidad de visitar diferentes ámbitos: se incluyen todos los lugares que visita el niño acompañado por su madre. Los lugares mencionados por las madres son: espacios públicos al aire libre, centros comerciales de la ciudad, casa de familiares o amigos, comercios dentro del barrio, plaza, juguetes electrónicos, playa, hospitales, supermercados, Subcentros de Salud, Tribunales, Club deportivo.
- Enseñar significado y pronunciación de palabras a su hijo: acción de la madre en la que corrige al niño en la pronunciación de las palabras nombrándolas "correctamente", corrigiéndolo, aclarando el significado de las mismas.

- Establecer diálogos con su hijo respondiendo a sus interrogantes: ocasiones en que la madre entabla una conversación con su hijo respondiendo a sus preguntas.
- Fomentar autonomía en A.V.D.: acciones que realiza la madre incentivando al niño a lograr por sí mismo la realización o colaboración en actividades de alimentación, vestido e higiene.
- Brindar oportunidad de separación respecto a su hijo: ocasiones en que la madre deja al niño al cuidado de otra persona, favoreciendo el proceso de separación e individuación. Se incluyen en la categoría “con dificultades” a las madres que manifiestan sentir angustia o preocupación al dejar a su hijo al cuidado de otra persona, aunque el lapso de tiempo sea breve.

2.7.B. DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE: "ASPECTOS CULTURALES RELATIVOS A LAS PRÁCTICAS Y CREENCIAS EN LA CRIANZA DE LOS NIÑOS".





DELIMITACIÓN DE LOS TÉRMINOS LA VARIABLE: “ASPECTOS CULTURALES RELATIVOS A LAS PRÁCTICAS Y CREENCIAS DE CRIANZA DE LOS NIÑOS”.

El dimensionamiento y la delimitación de las dimensiones de la variable se realizan a partir de las respuestas obtenidas en las entrevistas.

• PRÁCTICAS:

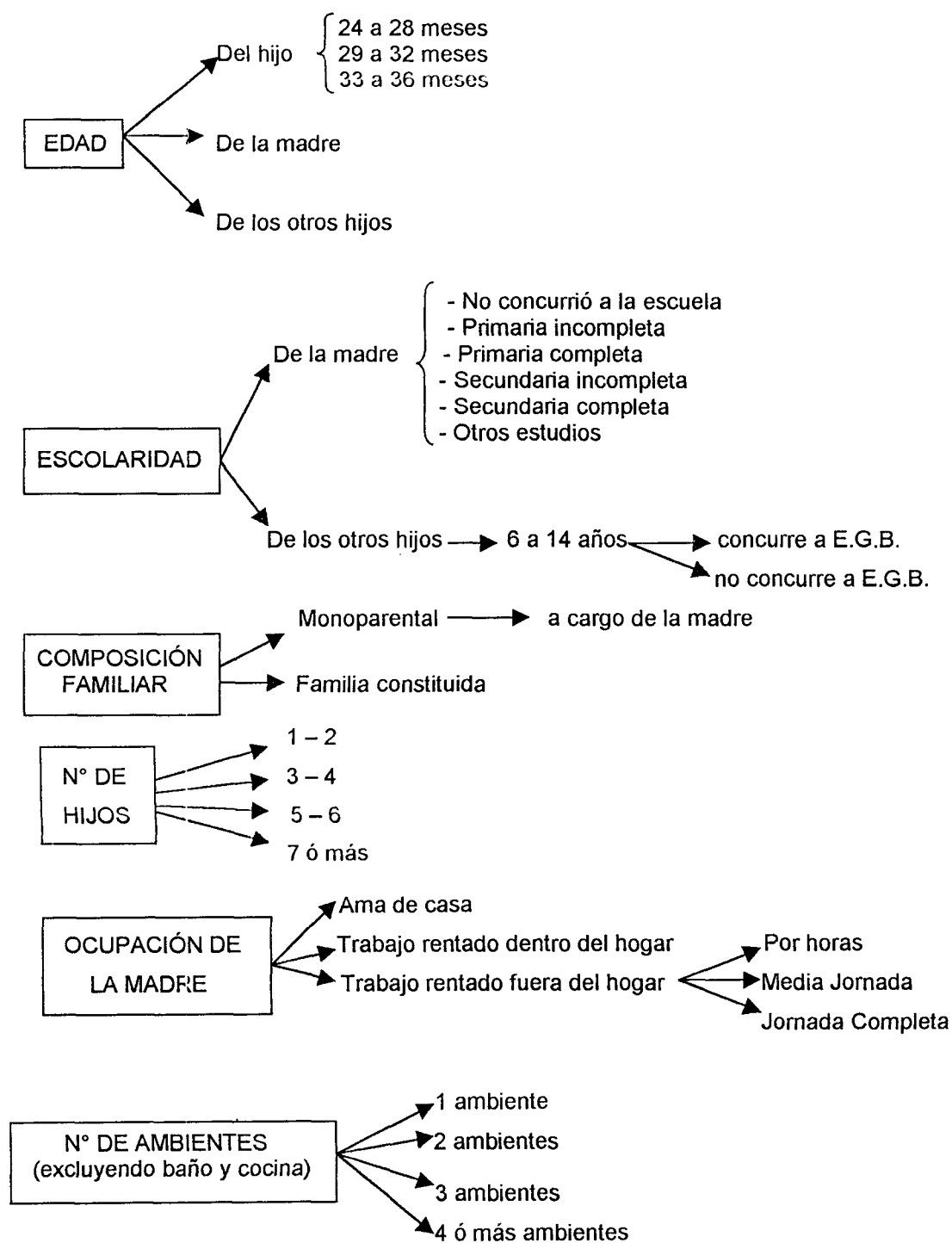
- Lactancia materna: se considera si existió lactancia materna y si esta se mantiene actualmente. En caso de haberse producido el destete, el método y la edad del niño en ése momento.
- Hábito nocturno: se tiene en cuenta si la madre comparte la habitación con su hijo (cohabitación), y en este caso si duerme en la misma cama (colecho).
- Edad del inicio del control de esfínteres: edad en que el niño comienza a utilizar la bacinilla y alterna el control con la incontinencia.
- Concurrencia a los controles de salud: asistencia a los controles pediátricos del Plan de Lactantes del Subcentro de Salud N° 12 de la ciudad de Mar del Plata.
- Concurrencia a guardería: madres que llevaron o llevan a su hijo a una guardería.
- Aplicación de límites: inclusión o no de la madre entre las personas encargadas de poner los límites al niño y el método en el que ésta lo lleva a cabo (verbal, corporal, penitencia).

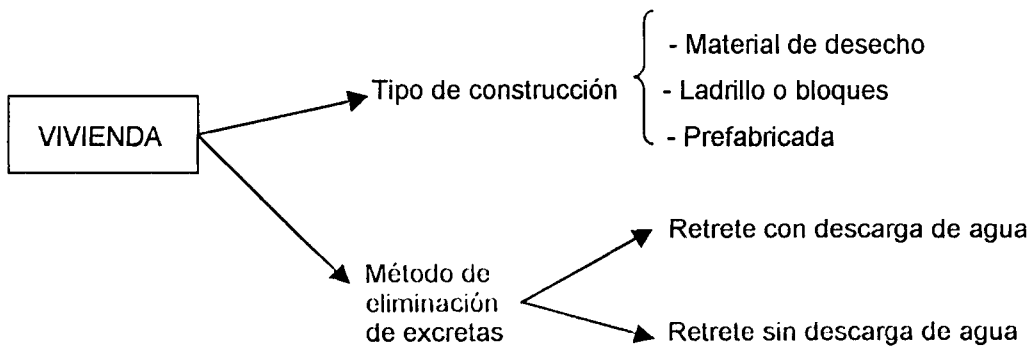
• CREENCIAS:

- Acerca de la inclusión de la madre entre las personas que influyen en el desarrollo del niño: se considera si la madre se incluye o no entre estas personas. Esta creencia da a la madre la posibilidad de considerar modificar sus acciones por propia voluntad en beneficio del niño en caso de ser necesario.

- Acerca del valor de los controles pediátricos: valoración positiva o negativa que concede la madre a los controles pediátricos del Plan de Lactantes, a los cuales concurre con su hijo al Subcentro de Salud N° 12.
- Acerca de la concurrencia a guardería: motivos que la madre refiere por los cuales llevaría o no a su hijo a guardería.
- Acerca de la concurrencia a Jardín de Infantes: se tiene en cuenta si la madre considera o no importante la concurrencia de su hijo a Jardín de Infantes y los aspectos que se verán beneficiados durante la asistencia al mismo. Las respuestas se ubicaron en tres grupos:
 - 1- Área Social: se mencionan sólo aspectos relacionados con el área social.
 - 2- Área Cognitiva: se mencionan sólo aspectos relacionados con el área cognitiva.
 - 3- Desarrollo integral: se mencionan aspectos del área cognitiva y social, y algún aspecto relacionado con motricidad fina o con independencia o con lenguaje.
- Acerca del trabajo de la madre en relación al cuidado de los hijos: este aspecto se incluye debido a que el mayor porcentaje de madres son amas de casa. A partir de esto se considera si el motivo por el cual no trabaja es para cuidar a su hijo.

2.7.C. DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE: "CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS".





DELIMITACIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA VARIABLE: "CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS"

- Edad del niño: se considera la edad en meses del niño que concurrió a Tratamiento de Terapia Ocupacional al Subcentro de Salud N° 12 por diagnóstico de retraso madurativo de origen socioambiental, entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997, al momento de la entrevista.
- Edad de la madre: edad de la madre al momento de la entrevista.
- Edad de los otros hijos: edad en años de los otros hijos al momento de la entrevista. Este dato es considerado junto a escolaridad de los otros hijos para comprobar si algún niño entre 6 y 14 años no concurre a la E.G.B., lo cual se considera una Necesidad Básica Insatisfecha.

La clasificación fue realizada a partir de los datos obtenidos en las entrevistas.

- Escolaridad de los otros hijos: concurrencia a E.G.B. de los otros hijos que tienen entre 6 y 14 años.
- Composición familiar:
 - Familia monoparental: a cargo de la madre. Grupo familiar constituido por la madre y los hijos. El padre de los niños no comparte la vivienda.
 - Familia constituida: grupo familiar en el que conviven la pareja con sus hijos.
- Número de hijos: cantidad de hijos de la madre al momento de la entrevista.
- Ocupación de la madre: actividad laboral de la madre al momento de la entrevista:
 - Ama de casa: dedicación exclusiva a los quehaceres del hogar y el cuidado de los hijos.
 - Trabajo rentado dentro del hogar.
 - Trabajo rentado fuera del hogar.

- Vivienda:

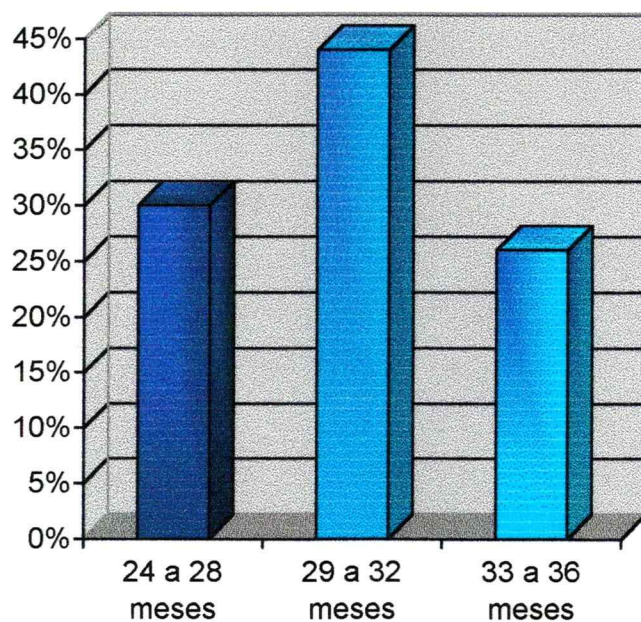
- N° de ambientes: se excluye baño y la cocina se considera sólo si es cocina – comedor.
- Tipo de construcción: material con el cual se construyó la vivienda: material de desecho (chapa, cartón), ladrillo o bloques, molduras prefabricadas.
- Método de eliminación de excretas: se considera si el inodoro posee descarga de agua por arrastre.

CAPÍTULO III
TABULACIÓN, ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN
DE DATOS



VARIABLE: “CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS”.

GRAFICO N° 1



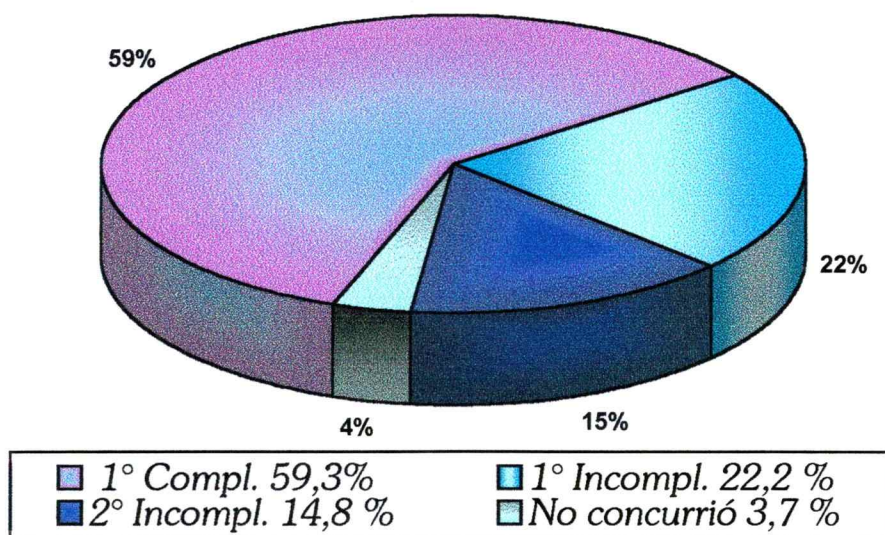
Edad al momento de la entrevista de los niños que concurrieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

TABLA N° 1.

Edad al momento de la entrevista de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

EDAD DE LA MADRE	N°	%
- de 20 Años	2	7,4
De 20 a 25 años	11	40,8
De 26 a 30 años	10	37
De 31 a 35 años	1	3,7
+ de 36 años	3	11,1
TOTAL	27	100

GRAFICO N° 2



Escolaridad de las madres de los niños que concurrecieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

TABLA N° 2.

Constitución de las familias de las madres de los niños que concurrieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12 , durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

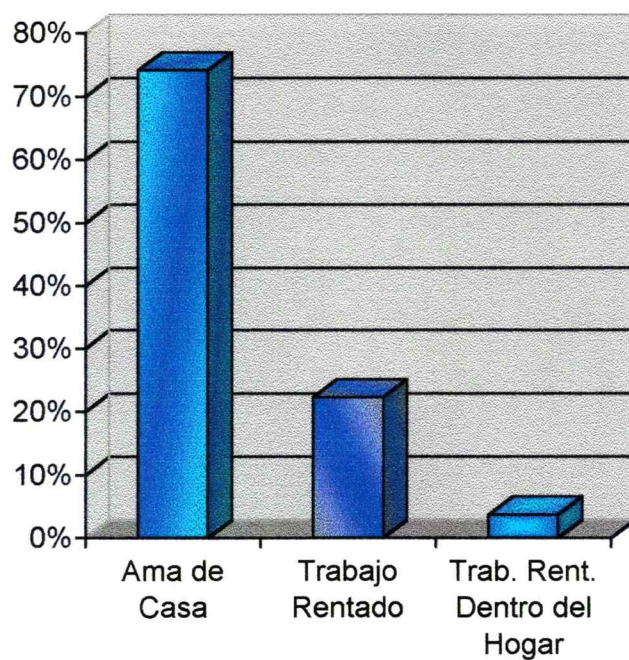
COMPOSICIÓN FAMILIAR	N°	%
Familia Monoparental	4	14,8
Familia Constituida	23	85,2
TOTAL	27	100

TABLA N° 3.

Número de hijos que tienen las madres que concurrieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

N° DE HIJOS	N°	%
1 – 2 hijos	9	33,3
3 – 4 hijos	9	33,3
5 – 6 hijos	8	29,7
7 ó más	1	3,7
TOTAL	27	100

GRAFICO N° 3



Ocupación al momento de la entrevista de las madres de los niños que concurrieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

TABLA N° 4.

Tipo de construcción de la vivienda de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

TIPO DE CONSTRUCCIÓN	N°	%
- Ladrillos o bloques	20	74
- Desecho (madera, chapa)	7	26
TOTAL	27	100

TABLA N° 5.

Número de ambientes de la vivienda de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

NÚMERO DE AMBIENTES	N°	%
1 ambiente	10	37
2 ambientes	6	22,3
3 ambientes	10	37
4 ambientes	1	3,7
TOTAL	27	100

TABLA N° 6.

Número de habitantes en el hogar de las madres de los niños que concurrieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

NÚMERO DE HABITANTES	N°	%
3 a 5 habitantes	13	48,1
6 a 9 habitantes	13	48,1
+ de 9 habitantes	1	3,8
TOTAL	27	100

TABLA N° 7.

Existencia de Hacinamiento en los hogares de los niños que concurrieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

HACINAMIENTO	N°	%
SI	13	48,1
NO	14	51,9
TOTAL	27	100

La muestra de esta investigación está constituida por 27 madres que residen en el Barrio Belgrano y Autódromo de la ciudad de Mar del Plata, y concurren con su hijo a tratamiento de Terapia Ocupacional por retraso madurativo del niño, de origen socioambiental, al Subcentro de Salud N° 12. Los niños fueron derivados entre los 4 y 10 meses de edad y asistieron entre 3 y 8 sesiones en un período no mayor de 5 meses, entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Al momento de la entrevista (Diciembre de 1998, Enero de 1999), la edad de los mismos oscila entre los 2 y 3 años.

La edad promedio de las madres es 26 años (comprendidas entre 17 y 42 años). El promedio de hijos por familia es 3,6 y la mediana 4. El 14,8% (4) son familias monoparentales a cargo de la madre, y el 85,2% (23) son familias constituidas.

El 59,3% (16) de las madres cursó la primaria completa; el 22,2% (6) primaria incompleta; el 14,8% (4) secundaria incompleta (1° y 2° año), y el 3,7% (1) no concurrió nunca a la escuela.

El 74,1% (20) de las madres son amas de casa, el 22,2% (6) realiza trabajo rentado fuera del hogar y el 3,7% (1) lo hace dentro del hogar (comercio).

VARIABLE: "ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL DE LA MADRE HACIA SU HIJO DE 2 A 3 AÑOS DE EDAD".

La variable "Estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 a 3 años de edad", fue dimensionada en 4 áreas: conocimiento, socialización, lenguaje e independencia.

ÁREA CONOCIMIENTO.

En el área conocimiento se considera la clase y cantidad de objetos que la madre brinda para el juego, el tiempo que le dedica, y la actitud que toma frente a los nuevos logros de su hijo.

TABLA N° 8.

Objetos que brindan a su hijo para el juego más nombrados por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

OBJETOS MÁS NOMBRA- DOS	NOMBRÓ				TOTAL
	SI		NO		
	N°	%	N°	%	
PELOTA	20	74,1	7	25,9	27
MUÑEQUITOS	16	59,3	11	40,7	27
CUCHARAS	10	37,0	17	63,0	27
AUTITOS	9	33,3	18	66,7	27
BICILETA O TRICICLO	9	33,3	18	66,7	27
OLLAS	8	29,6	19	70,4	27
TIERRA	7	25,9	20	74,1	27
VASOS	6	22,2	21	77,8	27
PLATOS	5	18,5	22	81,5	27
BIDÓN O BOTELLAS	4	14,8	23	85,2	27

TABLA N° 9.

Cantidad de objetos que brindan a su hijo para el juego, mencionados por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

Cantidad de Objetos	N°	%
1 a 3 objetos	7	25,9
4 a 6 objetos	15	55,6
7 ó más objetos	5	18,5
TOTAL	27	100

El 81,5% de las madres menciona que brinda menos de 7 objetos para el juego de su hijo.

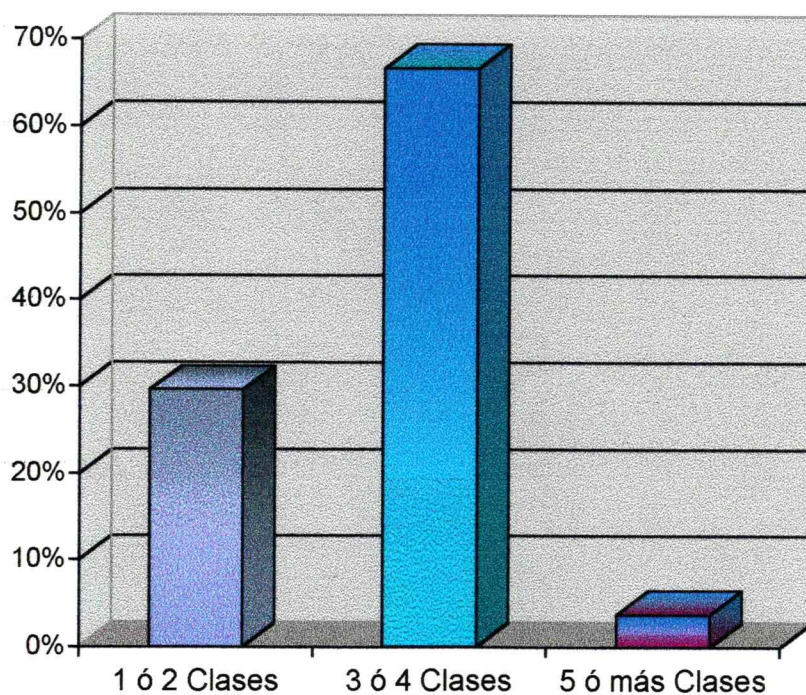
TABLA N° 10.

Clases de objetos que brindan para el juego de su hijo mencionados por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

CLASES DE OBJETOS	MENCIONÓ				TOTAL
	SI		NO		
	N°	%	N°	%	
MOTRICIDAD GRUESA	23	85,2	4	14,8	27
SIMBÓLICO	20	74,1	7	25,9	27
DE USO EN EL HOGAR	20	74,1	7	25,9	27
DE LA NATURALEZA	8	29,6	19	70,4	27
DE DESCARTE	4	14,8	23	85,2	27
MATERIAL IMPRESO	3	11,1	24	88,9	27
EXPRESIÓN GRÁFICA	3	11,1	24	88,9	27
MOTRICIDAD FINA	3	11,1	24	88,9	27
ENSARTE Y CONSTRUCCIÓN	1	3,7	26	96,3	27

Los mayores porcentajes de clases de objetos mencionados por las madres corresponden a motricidad gruesa (85,1%), simbólicos (74,1%), y de uso en el hogar (74,1%).

GRAFICO N° 4



Cantidad de clases de objetos que brindan para el juego de su hijo, mencionados por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

El 96,3% de las madres brindan a sus hijos menos de 5 clases de objetos para el juego.

Los objetos más nombrados por las madres son: pelota, muñequitos, cucharas, ollas, autitos y bicicleta o triciclo. El 55,6% (15) le brinda de 4 a 6 objetos; el 25,9% (7) de 1 a 3 objetos y el 18,5% (5), 7 ó más objetos.

Los objetos mencionados por las madres fueron agrupados en 9 clases: el 85,2% (23) nombra objetos para motricidad gruesa; el 74,1% (20) objetos simbólicos; el 74,1% (20) objetos de uso en el hogar; el 29,6% (8) objetos o material de la naturaleza; el 14,8% (4) objetos o materiales de descarte; el 11,1% (3) material impreso, de expresión gráfica y de motricidad fina; el 3,7% (1) de ensarte y construcción.

El 66,7% (18) de las madres menciona que brinda al niño para el juego 3 ó 4 clases de objetos; el 29,6% (8) 1 ó 2 clases y el 3,7% (1) 5 ó más clases.

TABLA N° 11.

Tiempo de juego que comparten con su hijo las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

TIEMPO DE JUEGO	N°	%
Exclusivo	14	56
Compartido con tareas del hogar de la madre o durante A.V.D. del niño.	3	12
Exclusivo y compartido con tareas del hogar	5	20
Juega sólo ocasionalmente	3	12
TOTAL ²⁵	25	100

El 76% de las madres comparte tiempo de juego exclusivo con su hijo, un porcentaje de las mismas lo hace además mientras realiza tareas en el hogar o durante las A.V.D. del niño.

²⁵ El total de esta tabla corresponde al total de las madres que juegan con su hijo.

TABLA N° 12.

Juegos que comparte con su hijo, más nombrados por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

JUEGOS MÁS NOMBRA DOS	NOMBRÓ				TOTAL
	SI		NO		
	N°	%	N°	%	
A LA PELOTA	9	33,3	18	66,7	27
A LA ESCONDIDA	8	29,6	19	70,4	27
A CORRERSE Y ATRAPARSE	4	14,8	23	85,2	27
A ASUSTARSE COMO MONSTRUOS	4	14,8	23	85,2	27
AL CABALLITO	3	11,1	24	88,9	27
DIÁLOGOS	2	7,4	25	92,6	27
A LA MAMÁ (con el hermanito)	2	7,4	25	92,6	27
A DIBUJAR	2	7,4	25	92,6	27

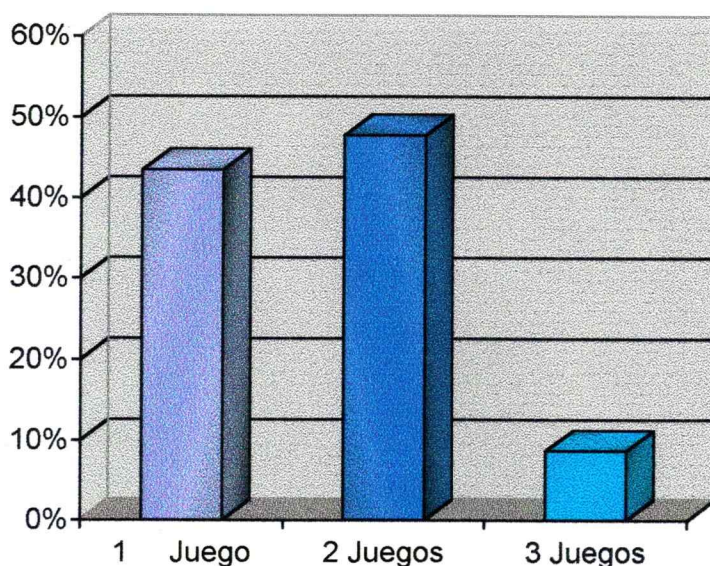
Los tres juegos más nombrados por las madres corresponden a la clase de juego de Motricidad Gruesa.

TABLA N° 13.

Clases de juego que comparten con su hijo mencionados por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997.

CLASES DE JUEGO	COMPARTE				TOTAL
	SI		NO		
	N°	%	N°	%	
MOTRICIDAD GRUESA	18	66,7	9	33,3	27
SIMBÓLICO	10	37	17	63	27
CONOCIMIENTO	3	11,1	24	88,9	27
LENGUAJE	2	7,4	25	92,6	27
EXPRESIÓN GRÁFICA	2	7,4	25	92,6	27
PARTES DEL CUERPO	1	3,7	26	96,3	27
MOTRICIDAD FINA	1	3,7	26	96,3	27

GRAFICO N° 5



Cantidad de clases de juego que comparten con su hijo, estimulando las pautas madurativas, mencionados por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

El 90,9% de las madres comparte con su hijo menos de 3 clases de juego.

Del total de madres que juegan con su hijo, 92,6% (25), el 56% (14) le dedica tiempo exclusivo; el 20% (5) además de tiempo exclusivo, le dedica tiempo mientras realizan tareas del hogar o durante las A.V.D. del niño y el 12% (3) restante juega sólo ocasionalmente.

El 88% (22) de las madres orientan los juegos estimulando sólo algunas pautas madurativas simples acordes a la edad del niño. Estos son agrupados en 7 clases: el 66,7% (18) de las madres comparte con su hijo juegos de motricidad gruesa, el 37% (10) juegos simbólicos, el 11,1% (3) juegos que fomentan el conocimiento, el 7,4% (2) juegos que favorecen el lenguaje y la expresión gráfica y el 3,7% (1) juegos que estimulan el conocimiento de las partes del cuerpo y la motricidad fina. El 47,8% (11) de las madres nombra 2 de las clases antes mencionadas; el 43,5% (10) nombra 1 clase y el 8,7% (2) nombra 3 clases.

Los juegos a los que hacen referencia las madres con más frecuencia son: a la pelota, a la escondida, a correrse y atraparse, a asustarse como monstruos y al caballito.

En lo que respecta a la actitud de la madre ante los nuevos logros del niño. El 63% (17) lo fomenta con actitud positivo, de las cuales el 88,2% (15) lo hace en forma verbal y el 11,8% (2), además, a través del contacto corporal de tipo afectivo con su hijo.

ÁREA SOCIALIZACIÓN.

Se considera la posibilidad que brindan las madres a sus hijos de jugar con otros niños de su misma edad y la oportunidad de visitar diferentes ámbitos.

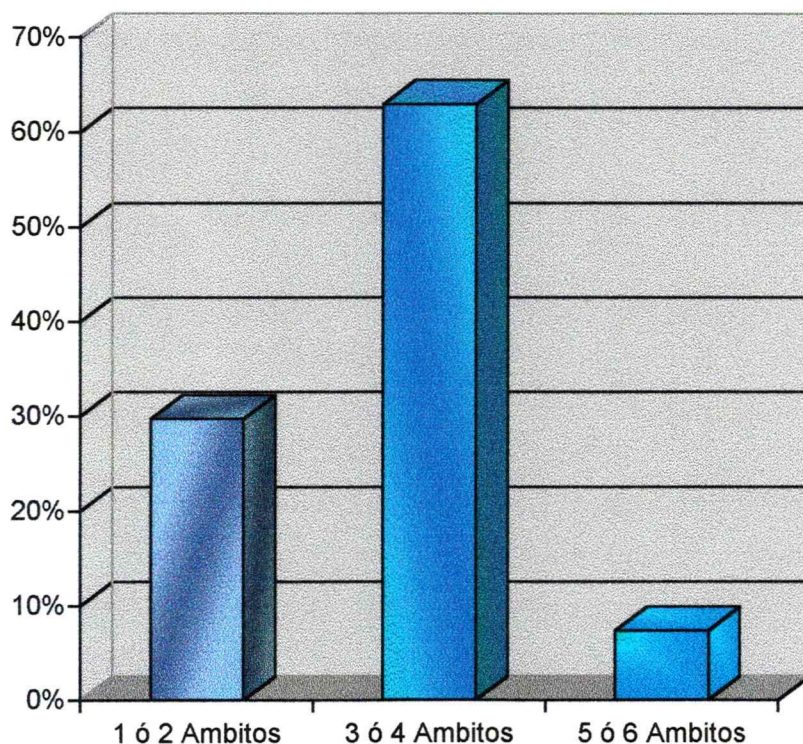
El 59,3% (16) de las madres brindan la posibilidad a su hijo de jugar con otros niños de su misma edad. El 37,5% (6) de las mismas solo le permite jugar con familiares directos y el 62,5% (10) lo hace además con vecinos.

TABLA N° 14.

ÁMBITOS	VISITADOS				TOTAL
	SI		NO		
	N°	%	N°	%	
ESPACIOS PÚBLICOS AL AIRE LIBRE	4	14,8	23	85,2	27
CENTROS COMERCIALES	14	51,8	13	48,2	27
CASAS DE FAMILIARES Y/O AMIGOS	27	100	0	0	27
COMERCIOS DEL BARRIO	13	48,2	14	51,8	27
PLAZA DEL BARRIO	15	55,6	12	44,4	27
JUEGOS ELECTRÓNICOS	6	22,2	21	77,8	27
PLAYA	3	11,1	24	88,9	27
HOSPITAL O MÉDICO	4	14,8	23	85,2	27
SUPERMERCADO	2	7,4	25	92,6	27
SUBCENTRO DE SALUD	1	3,7	26	96,3	27
TRIBUNALES	1	3,7	26	96,3	27
CLUB DEPORTIVO	1	3,7	26	96,3	27

La totalidad de las madres que componen la muestra visitan casas de familiares y/o amigos. Aproximadamente la mitad de las madres visitan con su hijo la plaza y comercios del barrio y centros comerciales de la ciudad.

GRAFICO N° 6



Cantidad de ámbitos visitados con su hijo por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

Todas las madres que componen la muestra ofrecen la oportunidad de visitar diferentes ámbitos. Los más nombrados por las mismas son: casas de familiares o amigos, plaza del Barrio, centros comerciales de la ciudad, comercios dentro del Barrio. El 62,9% (17) de las madres visita con su hijo 3 ó 4 ámbitos diferentes, el 29,7% (8) 1 ó 2 ámbitos y el 7,4% (2) 5 ó 6 ámbitos.

ÁREA LENGUAJE.

Se constata a partir de las respuestas de las madres que el 63% (17) de las mismas enseña el significado y pronunciación de las palabras a su hijo y el 70,4% (19) establece diálogos con el niño respondiendo a sus interrogantes.

ÁREA INDEPENDENCIA.

Dentro de éste área se considera si la madre fomenta la autonomía en las A.V.D. de su hijo y la oportunidad de separación que ésta le ofrece.

TABLA N° 15.

Autonomía en A.V.D. que fomentan en su hijo las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

AUTONOMÍA EN A.V.D.		FOMENTA				TOTAL
		SI		NO		
		N°	%	N°	%	
ALIMENTACION	Uso de taza y vaso.	13	48,1	14	51,9	27
	Uso de tenedor.	13	48,1	14	51,9	27
VESTIDO	Desvestirse solo.	11	40,7	16	59,3	27
	Colaboración del niño en el vestido.	11	40,7	16	59,3	27
HIGIENE	Control de esfínteres.	12	44,4	15	55,6	27
	Lavado de cara y manos.	18	66,7	9	33,3	27
	Colaboración del niño durante el baño.	16	59,3	11	40,7	27

El 48,1% (13) de las madres fomenta la autonomía de su hijo en alimentación y el 40,7% (11) lo hace en relación al vestido. En lo que respecta a la higiene, el 44,4% (12) de las madres estimula la adquisición del control de esfínteres, el 66,7% (18) realiza acciones tendientes a favorecer la autonomía en el lavado de la cara y manos y el 59,3% (16) lo hace para lograr la colaboración durante el baño.

Considerando la oportunidad de separación que brinda la madre a su hijo y la dificultad que presenta ante la misma, el 88,9% (24) de las madres ofrece esta oportunidad al niño y el 25% (6) de las mismas refieren hacerlo con dificultad.

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS DE LA VARIABLE: “ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL DE LA MADRE HACIA SU HIJO DE 2 A 3 AÑOS DE EDAD”.

El juego es la actividad propia del niño y es indispensable para el desarrollo psíquico, intelectual y social. Por ser este el medio a través del cual el niño conoce y explora el mundo que lo rodea, se lo incluye dentro del área conocimiento para analizar la forma en que la madre permite y favorece el desarrollo de esta actividad.

En lo que respecta al juego del niño se puede observar que la cantidad de objetos que nombra la madre con los que juega su hijo es escasa; el 81,5% de las madres nombra menos de 7 objetos. Estos en general pertenecen a las clases de objetos que favorecen el ejercicio de la motricidad gruesa; objetos para el juego simbólico y objetos de uso cotidiano en el hogar.

Dentro de cada clase la variedad de objetos nombrados es reducida. Por ejemplo, dentro de la clase de objetos que favorecen el ejercicio de la motricidad gruesa sólo son nombrados dos objetos: pelota y bicicleta o triciclo. Dentro de la clase de objetos simbólicos, a mayor parte de las madres nombra muñecos y autitos. A través de este aspecto se puede inferir que el juego puede verse limitado en su variedad.

Si bien las madres no ofrecen para el juego del niño cantidad y variedad de objetos, se observa que un alto porcentaje de las mismas permite que los niños jueguen con objetos de uso común en el hogar, como ollas, cucharas, platos, herramientas; y materiales de la naturaleza como tierra, arena y agua. Esto favorece las posibilidades de exploración y brinda al niño la experiencia de manipular y transformar objetos y materiales. Así mismo, es necesario destacar que los objetos a los que tiene acceso el niño en su hogar son escasos debido a que las viviendas están equipadas en forma precaria y con espacios reducidos, lo cual limita la motricidad del niño, sin ofrecer diversidad de estímulos táctiles, visuales, auditivos y cinéticos.

De los objetos nombrados por las madres sólo el 11,1% (3) corresponde a material impreso y de expresión gráfica (revistas, papel, tiza). Es interesante destacar que ninguna de las madres hace referencia a libros o láminas infantiles, ni a lápices, fibras, crayones u otros materiales de expresión gráfica. Este tipo de objetos y materiales son de gran importancia en esta etapa del desarrollo dado que favorecen el área cognitiva y facilitan la ejercitación del lenguaje, enriqueciéndolo, por ejemplo al preguntar el niño por el significado de las cosas o las imágenes. La lectura o narración de un cuento dirigida al niño, le permite comentar sucesos, realizar comparaciones y diferencias, establecer analogías, analizar e interpretar acontecimientos, desarrollar ideas en orden y secuencia y sacar conclusiones. A través del manejo de diarios y revistas, los niños se familiarizan con las letras y las palabras escritas, con los cuadros y fotografías y saben que las palabras impresas dicen algo.

El juego del niño con la madre es uno de los medios principales a través del cual se puede observar información acerca del modo en el que la madre estimula a su hijo. A través de lo que la madre refiere se puede analizar la calidad de los estímulos que el niño recibe y la creatividad y disposición de la madre para el mismo.

Se constata a través de las respuestas que si bien el mayor porcentaje de madres dedica tiempo exclusivo al juego con su hijo, este no es variado. El 90,9% nombra solamente 1 ó 2 clases de juego. Las clases que más se mencionan son las relacionadas con la motricidad gruesa (a la pelota, a las escondidas, a correrse y atraparse), y los juegos simbólicos (jugar a la mamá, jugar con los autitos). Sólo un pequeño porcentaje nombra juegos que estimulan el lenguaje, la expresión gráfica y el conocimiento en general.

A través de la descripción de los juegos que realiza la madre durante la entrevista, se constata que en muchos casos los juegos surgen a partir de la demanda del niño y no por iniciativa de la madre, lo que hace que los mismos sean de poca complejidad y no presenten variaciones.

Algunos ejemplos de juegos relatados por las madres son:

- “Ella tiene la muñeca y quiere que yo la vista, que la tape, que le haga nono...”.
- “Sí, juego con ella, jugamos a que yo me escondo, y ella me busca, o jugamos con el bebé, con el sonajero”.
- “Jugamos a la escondida, a que lo corro y lo voy a comer, así, todo eso... a él le gusta eso”.
- “... a las agarraditas, nos corremos y yo me acuesto en la cama y le hago caballito”.

Las madres no mencionan objetos o juguetes confeccionados por ellas mismas, tampoco refieren jugar con su hijo utilizando material descartable u objetos de uso en el hogar, en juegos que ejercitan la motricidad fina, por ejemplo, o juegos de ensarte y construcción que favorecen la coordinación visomanual, el reconocimiento de formas y tamaños y la organización del espacio. Se puede inferir que ciertos recursos accesibles para las madres no son utilizados ni transformados en forma creativa para enriquecer el juego del niño.

En lo que se refiere al lenguaje es importante destacar lo mencionado en párrafos anteriores respecto a la escasez de objetos que estimulan éste área, y de juegos entre la madre y el niño que persigan este fin. A pesar de que el 63% (17) de las madres enseñan el significado y pronunciación de las palabras a su hijo, y el 70,4% (19) establecen diálogos con él, se puede inferir a partir de lo expresado por las mismas que tanto los diálogos como la enseñanza del lenguaje, se lleva a cabo con un vocabulario limitado, en algunos casos el lenguaje del niño solo es comprendido por la madre. Los siguientes ejemplos representan lo antes mencionado y lo referido por el mayor porcentaje de madres:

- “Ella habla, dice algunas palabras?”
- Sí, dice papá, mamá, mate.
- Y se le entiende?
- Yo la entiendo, el papá no”.

- “Ella habla, dice algunas palabras?
- De a poquito ella empieza a nombrar las cosas: pan, agua, ropa, de a poquito viste, ella empieza a decirlo”.

Los hijos de las madres citadas en los ejemplos enunciados, al momento de la entrevista, tenían entre 31 y 35 meses respectivamente.

A partir de los datos obtenidos en éste área y lo observado en el transcurso de las entrevistas con las madres, se corrobora lo expresado por algunos autores en el Marco Teórico: “... en las personas que viven en situación de pobreza existe una limitación en la comunicación verbal. El lenguaje dirigido al niño es generalmente mínimo e infantilizado (...), con vocabulario limitado en extensión y precisión”. Este aspecto estaría relacionado, además, con el bajo nivel de escolaridad que presentan las madres.

En el área socialización se observa que el 40,7% (11) de las madres no brinda a su hijo la oportunidad de jugar con otros niños de su misma edad. Si bien muchos de estos niños juegan con sus hermanos, cuyas edades oscilan entre 18 meses y 4 años, es importante para el desarrollo de éste área que comparta sus juegos y juguetes con otros niños ajenos al grupo familiar, ya que entre los 2 y 3 años de edad comienza a interesarse y observar las actitudes de las personas y de otros niños, ya que comprende cuáles son las pertenencias de cada uno y defiende las propias mientras juega con sus pares. De las madres que permiten a sus hijos jugar con otros niños, un alto porcentaje solo lo hace con familiares directos (primos), y no con otros niños del Barrio.

En general las madres realizan salidas con sus hijos. El mayor porcentaje visita 3 ó 4 ámbitos, siendo los más nombrados las casas de familiares o amigos, la plaza del Barrio, centros comerciales de la ciudad, comercios del Barrio. Las que refieren haber visitado ámbitos que requieren traslados como la playa, parques públicos, centros comerciales, refieren haberlo realizado sólo en 1 ó 2 ocasiones, siendo las salidas dentro del Barrio efectuadas con más frecuencia. En ningún caso se menciona haber asistido a obras de teatro infantil, cine, títeres, bibliotecas de cuentos, granjas educativas,

zoológicos, etc., todas experiencias que amplían los intereses y conocimientos del niño.

De las respuestas obtenidas en el área Independencia se constata que existe uniformidad entre los porcentajes de madres que fomentan la autonomía en A.V.D. y las que no lo hacen. En lo que se refiere a desvestirse y colaborar en el vestido se destaca el porcentaje mayor de madres que no fomentan la adquisición de estas pautas, este aspecto puede relacionarse con el temor de las madres a que sus hijos se enfermen, ya que los ambientes de sus viviendas no están calefaccionados adecuadamente y por lo tanto prefieren vestir ellas mismas al niño para evitar que “tome frío”.

Algunos niños logran autonomía en las A.V.D. aún sin que las madres lo promuevan, éstas refieren en ocasiones que su hijo aprende imitando a sus hermanos mayores. Esto no sucede con el aprendizaje del control esfinteriano pues, para que el niño logre esta pauta, requiere más apoyo y seguimiento materno. Teniendo en cuenta que la edad de los niños oscila entre 2 y 3 años, existe un elevado porcentaje de madres que aún no ha comenzado a guiarlos en este aprendizaje.

El mayor porcentaje de madres brindan oportunidad de separación con respecto a su hijo y refieren no presentar dificultades. Sin embargo, sólo dejan al niño al cuidado de un familiar directo en el cual confían (abuela, padre, hermanos mayores, tíos) y las salidas que realizan sin el niño son de corta duración o ante emergencias.

Por ejemplo, ante la pregunta: “Lo dejás con alguien en algún momento si tenés que salir?”, algunas de las respuestas fueron las siguientes:

- “Según, si tengo que ir al médico y no lo puedo llevar, se lo dejo a mi mamá, siempre a ella (...), yo me voy preocupada, me voy y vuelvo enseguida, no me gusta salir y dejarlos, a mi me gusta estar con ellos, no salgo tranquila...”.
- “Sí, lo dejo con ellas (hermanas de 10, 8 y 5 años). Capaz que es una hora, 15 minutos; por ahí es ir a la salita a buscar un remedio. Yo lo

dejo con ellas, porque ellas lo cuidan, pero si es más de 2 ó 3 horas me lo llevo conmigo".

- "No, salvo en casos de urgencia, sino no, siempre lo llevo conmigo".

Estos ejemplos son representativos de un gran número de respuestas y sostienen lo mencionado anteriormente.

Según Montenegro, una de las conductas fundamentales por parte de la madre que favorece las áreas de desarrollo del niño, son las orientadas a estimular con actitud positiva los nuevos logros de su hijo. En esta población se observa esta conducta en el 63% (17) de las madres. El porcentaje restante adopta una actitud pasiva, permitiendo los nuevos aprendizajes y considerando innecesaria su intervención.

VARIABLE INTERVINIENTE:

"ASISTENCIA A TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL POR RETRASO MADURATIVO DE ORIGEN SOCIOAMBIENTAL".

TABLA N° 16.

Recuerdo de indicaciones específicas recibidas por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

RECUERDA INDICACIONES ESPECÍFICAS.	N°	%
SI	24	88,9
NO	3	11,1
TOTAL	27	100

TABLA N° 17.

Puesta en práctica en el hogar de las indicaciones recibidas por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

PUESTA EN PRÁCTICA EN EL HOGAR	N°	%
SI	24	88,9
NO	3	11,1
TOTAL	27	100

TABLA N° 18.

Aplicación de las indicaciones recibidas por las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

APLICACIÓN DE INDICACIONES	N°	%
Aplica indicaciones con el hijo con el cual concurre a tratamiento de T.O. adaptadas a la edad del niño.	7	25,9
Aplica indicaciones con el hijo con el cual concurre a tratamiento de T.O. sin adaptarlas a la edad actual del niño.	2	7,4
Aplica indicaciones recibidas durante la concurrencia a tratamiento de T.O. con sus otros hijos menores.	3	11,2
No aplica indicaciones porque considera que el desarrollo de su hijo es normal.	15	55,5
TOTAL	27	100

TABLA N° 19.

Consideración acerca de un plan de atención para niños mayores de 2 años, de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

PLAN DE ATENCIÓN	N°	%
LO CONSIDERA IMPORTANTE	24	88,9
NO LO CONSIDERA IMPORTANTE	3	11,1
TOTAL	27	100

TABLA N° 20.

Motivos por los cuales creen importante la existencia de un plan de atención para niños mayores de 2 años, de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

MOTIVOS	N°	%
RECIBIR ASESORAMIENTO	10	41,7
NOMBRA 2 Ó MÁS DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS: <ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento - Seguimiento pediátrico por un solo médico. - Apoyo preescolar. - Detección de patologías. 	14	58,3
TOTAL ²⁶	24	100

²⁶ Corresponde al total de madres que consideran importante la existencia de un plan de atención para niños mayores de 2 años.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

La totalidad de las madres que componen la muestra, recuerdan el motivo de consulta por el cual concurren con su hijo a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12. El 88,9% (24) recuerdan las indicaciones específicas recibidas durante el mismo y las aplicaron en su hogar, de estas madres, el 20,8% (5) recuerdan solamente una indicación específica, y el 70,9% (19) recuerda más de una indicación específica.

La utilidad que dan las madres a los señalamientos recibidos durante la asistencia a dicho tratamiento nos permite apreciar la significación que estas tienen en el presente para ellas y la incidencia sobre la estimulación psicosocial actual que reciben los niños.

El 25,9% (7) de las madres aplica las indicaciones recibidas con el hijo con el cual asistieron a tratamiento de T.O. adaptadas a su edad actual. El 7,4% (2) lo hace pero sin adaptarlas a su edad actual; el 11,2% (3) aplica las indicaciones recibidas con sus hijos menores. El 55,5% no aplican las indicaciones recibidas en T.O. porque consideran que su desarrollo actual es normal y en algunos casos atribuyen un “cambio mágico” a la conducta del niño a partir de la concurrencia a este tratamiento. Como ejemplo se cita una de estas respuestas:

- “Qué cosas recuerda de cuando concurreó con su hijo a tratamiento de T.O.?”
- “En esa etapa él necesitaba estimulación, porque el desarrollo no estaba acorde con el tiempo que tenía de vida, las cosas que tenía que hacer, en ese sentido, o sea, sentarse muy derecho solo, no, se tambaleaba. Bueno, había una serie de cosas, que tuve que llevarlo para que le hicieran, pero fue como que despertó de golpe un día y ahora es imparable. Así fue, toda la preocupación del momento...”
- “Cree que actualmente le sirve lo que aprendió en T.O.? Qué puede aplicar hoy?”

- No, en este momento no, porque ya te dije, él es reinquieto, no para un minuto, solamente cuando está dormido...”.

Este tipo de respuestas evidencian que en algunas madres existe una completa seguridad en cuanto a que el desarrollo actual de su hijo es normal. Otras madres por el contrario, manifiestan que sería bueno que los controles pediátricos del Plan de Lactantes continuaran hasta una edad más avanzada del niño para poder estar seguras de que su desarrollo es acorde a su edad.

Se puede concluir a partir de lo expuesto, que el mayor porcentaje de madres recuerdan las indicaciones recibidas en el tratamiento de T.O. y les fueron útiles en aquel momento, pero en el presente no pueden adaptar esos señalamientos a la etapa del desarrollo en la que se encuentra el niño. Muchas de estas madres no consideran la posibilidad de que exista alguna pauta madurativa que el niño no esté cumpliendo y que requiera nuevamente control e intervención por parte de un profesional para estimularla y guiar a la madre en este proceso.

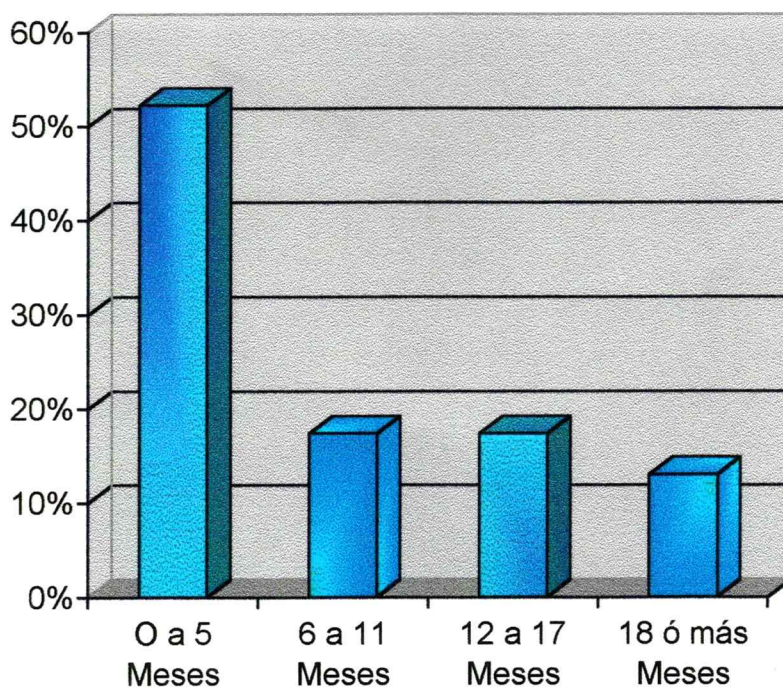
VARIABLE: “ASPECTOS CULTURALES RELATIVOS A LAS PRÁCTICAS Y CREENCIAS EN LA CRIANZA DE LOS NIÑOS”.

PRÁCTICAS:

Los aspectos culturales fueron divididos para su mejor análisis en prácticas y creencias.

Dentro de las prácticas de crianza se considera: lactancia materna, hábito nocturno, edad de inicio del control de esfínteres, inclusión de la madre en la puesta de límites, asistencia a los controles de salud, asistencia a guardería.

GRAFICO N° 7



Edad al momento del destete de los niños que concurrieron a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

En lo que se refiere a lactancia materna se constata que el 92,6% (25) de las madres amamantó a su hijo, de éste total el 8% (2) de las madres lo hacen en la actualidad, mientras que en las restantes ya se produjo el destete, ya sea en forma gradual: 73,9% (17) o en forma abrupta: 26,1% (6). La edad del niño al momento del destete se distribuyó en cuatro intervalos: 0 a 5 meses: 52,2% (12); 6 a 12 meses: 17,4% (4); 12 a 17 meses: 17,4% (4) y 18 meses ó más: 13% (3).

TABLA N° 21.

Cohabitación con la madre de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

COHABITACIÓN	N°	%
SI	20	74
NO	7	26
TOTAL	27	100

TABLA N° 22.

Colecho con la madre de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

COLECHO	N°	%
SI	16	80
NO	4	20
TOTAL	20	100

Respecto a hábito nocturno; el 74% (20) de las madres comparten la habitación con su hijo (cohabitación); el 80% (16) de las mismas comparten además la cama (colecho).

TABLA N° 23.

Inicio del control de esfínteres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

INICIO DEL CONTROL DE ESFÍNTERES	N°	%
SI	14	51,9
NO	13	48,1
TOTAL	27	100

El control de esfínteres se inició en aproximadamente la mitad de los niños; de estos menos de la mitad lo ha adquirido.

TABLA N° 24.

Inclusión entre las personas encargadas de poner límites a su hijo de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

INCLUSIÓN ENTRE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE PONER LÍMITES	N°	%
SI	20	74,1
NO	7	25,9
TOTAL	27	100

El 74,1% (20) de las madres se incluye entre las personas encargadas de poner límites a su hijo. El 40% (8) lo hace en forma verbal; otro 40% (8) aplicando penitencias. El porcentaje de madres que no se incluye, nombra a otras personas relacionadas con el niño como encargadas de esta tarea (padre, abuelos, tíos, hermanos mayores).

CREENCIAS:

En los aspectos culturales relativos a las creencias se mencionan aquellos que se refieren a la valoración de los controles pediátricos, a las relacionadas con la asistencia a guardería, inclusión de la madre entre las personas que influyen en el desarrollo del niño, consideración acerca de la asistencia a Jardín de Infantes y respecto al trabajo de la madre en relación al cuidado de sus hijos.

TABLA N°25.

Inclusión entre las personas que influyen en el desarrollo del hijo, de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

INCLUSIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL HIJO	N°	%
SI	18	66,7
NO	9	33,3
TOTAL	27	100

El 66,7% (18) de las madres se incluye entre las personas que influyen en el desarrollo de su hijo. El porcentaje restante nombra uno ó más familiares directos sin incluirse ella entre los mismos (padre, hermanos, tíos, abuelos).

En relación al control del Niño Sano del Plan de Lactantes llevado a cabo en el Subcentro de Salud N° 12, la totalidad de las madres considera que es positivo llevar a su hijo a los controles pediátricos. El 70,4% (19) de las

mismas expresó haber asistido a todos los controles, el 18,5% (5) haber faltado a uno y el 11,1% (3) refiere haber faltado a más de un control.

TABLA N° 26.

Creencia de las madres acerca de la concurrencia a guardería de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

CREENCIA ACERCA DE LA CONCURRENCIA A GUARDERIA	N°	%
LO LLEVARÍA	5	18,5
NO LO LLEVARÍA	22	81,5
TOTAL	27	100

TABLA N° 27.

Motivo por el cual no llevarían a su hijo a una guardería, las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

MOTIVO	N°	%
NO LE GENERA CONFIANZA	15	68,2
DIFICULTAD PARA SEPARARSE DE SU HIJO	5	22,7
CONSIDERA QUE NO ESTÁ BIEN DEJAR A LOS HJOS	2	9,1
TOTAL	22	100

Ninguna de las madres entrevistadas lleva actualmente, ni llevó a su hijo a una guardería. El 18,5% (5) lo llevaría si fuera necesario. El 81,5% (22) no lo llevaría refiriendo los siguientes motivos: el 22,7% (5) manifiesta tener dificultades para separarse de su hijo; el 9,1% (2) considera que no está bien dejar a sus hijos y al 68,2% (15) la guardería no le genera confianza.

TABLA N° 28.

Areas que consideran que el Jardín de Infantes favorece en su hijo, las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

AREA	N°	%
COGNITIVA	10	38,4
SOCIAL	6	23,2
DESARROLLO INTEGRAL	10	38,4
TOTAL ²⁷	26	100

En lo relativo a la concurrencia del niño al Jardín de Infantes, casi la totalidad de las madres lo considera importante destacando los siguientes motivos: el 38,4% (10) considera que favorece sólo el área cognitiva; el 23,2% (6) que favorece sólo el área social y el 38,4% (10) cree que favorece el desarrollo integral del niño (éstas madres incluyen además del área cognitiva y el área social, aspectos relacionados con la motricidad fina o con la independencia o con el lenguaje).

²⁷ Corresponde al total de madres que considera importante la concurrencia de su hijo a Jardín de Infantes.

TABLA N° 29.

Creencia acerca del trabajo en relación al cuidado de sus hijos, de las madres de los niños que concurren a tratamiento de T.O. al Subcentro de Salud N° 12, durante el período comprendido entre Octubre de 1996 y Diciembre de 1997. Mar del Plata.

CREENCIA ACERCA DEL TRABAJO EN RELACION AL CUIDADO DE SUS HIJOS	N°	%
NO TRABAJA PARA CUUIDAR A SUS HIJOS	15	75
NO TRABAJA POR OTROS MOTIVOS	5	25
TOTAL ²⁸	20	100

A partir de los datos proporcionados por la Asistente Social del Subcentro de Salud N° 12 comprobamos que a pesar de que todas las familias de las madres que componen la muestra se encuentran por debajo de la línea de la pobreza, hay un alto porcentaje de las mismas que no trabajan: 74,1% (20). En relación a este hecho es interesante indagar si existe, la creencia de que la mujer no debe trabajar y que su rol es cuidar al hogar y a sus hijos. En las respuestas obtenidas se constata que del total de madres que no trabajan, el 75% (15) sostiene esta creencia, el porcentaje restante refiere otros motivos.

²⁷ Corresponde al total de madres que considera importante la concurrencia de su hijo a Jardín de Infantes.

²⁸ Corresponde al total de las madres que no trabajan.

INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Las prácticas en la crianza son actividades que responden a las necesidades de supervivencia y desarrollo de los niños en sus primeros meses y años de vida. Existen prácticas comunes a todas las sociedades como alimentarlos, dormirlos, protegerlos, enseñarles comportamientos sociales y educarlos.

El modo en que la madre lleva adelante estas prácticas determina las características de la estimulación psicosocial que brinda a su hijo. Prácticas comunes como alimentar y vestir al niño pueden transformarse en un espacio de interacción donde la madre estimula el conocimiento e independencia del niño, a partir del modo en que lleva adelante esta actividad. Esto se relaciona con las condiciones físicas y sociales en que nace y se desarrolla el niño y las creencias y actitudes de las personas encargadas de su atención. A su vez las creencias se combinan con los valores para darles sentido a las prácticas.

A lo largo de las entrevistas se observó que las madres priorizan la satisfacción de las necesidades básicas, dando especial importancia al cuidado del niño a través de su presencia.

En muchas ocasiones se manifiesta el temor a que el niño se enferme, poniendo énfasis en los cuidados destinados a preservar su salud física.

Esto se constata a través de una pregunta referida a las cosas que son importantes para el desarrollo de un niño, la cual no pudo ser dimensionada debido a que un alto porcentaje de madres no logró responderla ni interpretarla. En las respuestas obtenidas se manifiesta su preocupación por la alimentación, el abrigo y el cuidado de la salud del niño. En relación a éste último aspecto se confirma la atención que prestan las madres al mismo, en lo expresado respecto a los controles pediátricos del Plan de Lactantes, cuya valoración fue positiva en todos los casos; evidenciándose a través de la asistencia constante y responsable a los mismos, la inquietud hacia el bienestar físico de su hijo.

Ninguna madre hace referencia a aspectos que favorezcan el desarrollo del área cognitiva o de independencia de su hijo. Las madres citan en forma

constante una situación presente y no mencionan factores en los que se considere el futuro del niño.

Los siguientes ejemplos son representativos de lo expuesto anteriormente:

- "No sé, para mí que... no sé, que coma bien, que siempre coma bien, que tome la leche a la mañana y todo eso, estar siempre con ella".
- "Atenderlo bien, alimentarlo bien".
- "Y... prestarle mucha atención, estar con ella, es por eso que yo no trabajo, para prestarle mucha atención. Estar con ellos cuando me necesitan, creo que eso es lo principal".

La preocupación de las madres por los aspectos antes mencionados responde a su realidad cotidiana; en la que las condiciones ambientales son inadecuadas, con viviendas precarias que no cuentan con sistemas de calefacción apropiados. En ocasiones las familias no logran cubrir los requerimientos de alimentación y abrigo de sus hijos, recurriendo a la asistencia dada por las instituciones para satisfacer estas necesidades básicas.

La urgencia por resolver este tipo de problemáticas hace que la atención se focalice en el presente, descuidando otros aspectos de esta etapa evolutiva del niño, que no demandan una acción inmediata, ya que no involucran su supervivencia, pero favorecen el desarrollo integral del mismo. Este descuido podría desencadenar dificultades en etapas posteriores, por ejemplo, ante las exigencias de las instituciones educacionales, recreativas, sociales.

Como mencionamos anteriormente, las madres que componen la muestra hacen especial énfasis en el cuidado del niño a través de su presencia constante. Aproximadamente el 75% de las que no trabajan, refieren no hacerlo para permanecer junto a sus hijos, afirmando que esta es la forma más propicia de llevar adelante la crianza de los mismos, sin tener en cuenta el hecho de que sumando una fuente de ingresos al hogar se vería beneficiada la calidad de vida de sus hijos. Esta conducta podría relacionarse con lo observado en investigaciones citadas en el Marco Teórico acerca de la creencia de que el rol

de la mujer dentro de la sociedad es ser madre dedicada exclusivamente al cuidado del hogar y de sus hijos.

Un aspecto que resulta importante destacar en relación a esta creencia es la desconfianza que manifiestan las madres hacia las guarderías. En ningún caso se considera el hecho de que en estas instituciones exista una persona idónea encargada del cuidado y la atención de los niños, tampoco se le atribuyen beneficios que sí consideran en relación al Jardín de Infantes, a pesar de presentar éstas Instituciones algunas características similares, por ejemplo la estimulación del área cognitiva por medio de diferentes actividades y el desarrollo del área social al estar el niño en contacto con otros de su misma edad.

A través de las siguientes respuestas extraídas de las entrevistas, se puede observar claramente lo expuesto en párrafos anteriores, y la correlación con los datos obtenidos en la investigación realizada por Diana Lerner y Elisa Marino en Villas de Emergencia del Gran Buenos Aires:

- “Fue alguna vez a la guardería?
- No, nunca.
- Por qué?
- Se me hace que no la dejaría en una guardería.
- Por qué?
- Porque nadie cuida a los hijos como una misma.
- Y si tuvieras que trabajar, la dejarías?
- No, tampoco. Preferiría dejarlo con mi mamá, ella le tiene la paciencia que le tengo yo. Por ahí una persona de afuera no los cuidaría así”.

- “Lo llevarías a una guardería?
- No, no quiero.
- Por qué?
- No tengo confianza, ninguna. La única que va al Jardín tiene 5 y para mí es muy chica todavía”.

A partir del análisis de cada entrevista en su totalidad, se pudo observar en relación a éste y a otros temas, que existen contradicciones entre lo que las madres dicen que piensan o sienten, y lo que ponen en práctica en la realidad. Así como también aspectos que, unidos, permiten plantear algunos interrogantes que pueden resultar significativos. Todo esto se observa en un gran número de entrevistas en relación a los mismos temas.

Realizar este tipo de análisis nos brinda una mayor comprensión acerca de la realidad de la población objeto de estudio.

Por ejemplo, en lo que se refiere al sentimiento de desconfianza que aparece en torno a la guardería, encontramos que este se manifiesta además en otras conductas de la madre en relación a su hijo, tales como no permitirle jugar con otros niños del Barrio o cuando refieren dejarlo solo al cuidado de un familiar cercano en caso de tener que realizar una salida.

A partir de lo expresado se puede observar que existe desconfianza por parte de la madre hacia el grupo extrafamiliar, representado por el Barrio. Si bien este temor puede estar fundado en la realidad social que caracteriza al mismo (drogadicción, alcoholismo, delincuencia) surgen algunos interrogantes relacionados con el tema; por ejemplo, si subyace a esta desconfianza una real dificultad de la madre para separarse de su hijo, y este sentimiento de desconfianza podría ser utilizado por las madres para reforzar los vínculos intrafamiliares.

A pesar de que un alto porcentaje de madres refieren no presentar dificultades para dejar a su hijo al cuidado de otra persona, en la práctica se evidencia lo contrario, ya que se separan del niño por períodos muy breves de tiempo y solo en casos de urgencia.

Esta dificultad aparece reflejada, además, en otros aspectos, por ejemplo, en relación a la puesta de límites. Un alto porcentaje de madres se incluye entre las personas encargadas de esta tarea. Los límites tienen relación con la protección del niño, evitando que sufra accidentes o que se enferme, y con la transmisión de valores. No sucede lo mismo cuando los límites tienen

que ver con el proceso de separación – individuación. Se observa a través de las respuestas obtenidas que en un elevado porcentaje de madres existe colecho con su hijo y que aún no han iniciado la enseñanza del control esfinteriano a pesar de que los niños tienen edad para hacerlo. Por otro lado, aproximadamente la mitad de las madres no fomenta la autonomía de su hijo en A.V.D., lo que podría obstaculizar de alguna manera este proceso de separación.

Retomando lo mencionado respecto al fuerte sentimiento de desconfianza hacia la guardería y que este no aparece en relación al Jardín de Infantes, se puede inferir que esto podría estar vinculado con la edad del niño, ya que la dificultad para la separación aparece con mayor intensidad cuanto más pequeño sea el niño.

Existe una contradicción en relación a la creencia acerca de la concurrencia del niño a Jardín de Infantes, al cual se le asigna una valoración positiva, mientras que en la práctica, se observa que aproximadamente el 90% de los hijos de estas madres que se encuentran en edad de asistir a Jardín (entre 3 y 5 años) no lo hace.

Entre las creencias analizadas en esta investigación se considera si la madre se incluye entre las personas que influyen en el desarrollo de su hijo. Esta creencia se relaciona particularmente con las características de la estimulación psicosocial que brinda a su hijo ya que podría reflejar el compromiso asumido por la madre en la misma. El grado de conciencia que posea acerca de que el modo en que comparte con su hijo sus actividades cotidianas y las A.V.D. del niño está favoreciendo el desarrollo del mismo, le permitirá modificar y adaptar sus acciones a las necesidades de su hijo, contribuyendo a mejorar la calidad de la estimulación que le brinda.

Aproximadamente las dos terceras partes de las madres que componen la muestra se incluye entre las personas que influyen en el desarrollo de su hijo. A pesar de esto, se constata a través del análisis de la entrevista, que existen numerosos aspectos que serán mencionados posteriormente en las conclusiones de la presente investigación, a los que las madres no asignan la

importancia que requieren para la estimulación psicosocial que ofrecen a su hijo.

CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS



4.1. CONCLUSIONES.

La presente investigación posibilita aportar datos valiosos acerca de una población en situación de pobreza que presenta características particulares en relación a la estimulación psicosocial que las madres brindan a sus hijos y aspectos culturales que hacen al modo de pensar y proceder de las mismas. A su vez hace visible la necesidad de un mayor compromiso por parte de la sociedad y más específicamente de los profesionales de la salud, para encontrar soluciones que respondan a las problemáticas existentes en torno a la pobreza y asegurar un mejor porvenir a los niños que nacen y se desarrollan bajo estas circunstancias.

- A partir de la variable: “Características socioeconómicas” se obtienen datos que permiten describir a la población que compone la muestra de acuerdo al contexto en el que se desarrolla.

Los datos más relevantes que nos permite considerar a esta población expuesta a factores de riesgo son: bajo nivel de escolaridad de las madres, familias numerosas, hacinamiento, viviendas precarias, condiciones sanitarias inadecuadas e ingresos inferiores a lo establecido por la canasta familiar.

En general son familias constituidas y la madre se desempeña como ama de casa. Al comparar la edad de la madre con la de su primer hijo se comprueba que un gran número de las mismas fueron madres adolescentes.

- En la variable: “Estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 a 3 años de edad”, se pudo observar que los objetos mencionados que brindan las madres a su hijo para el juego son escasos, los juegos que comparten con el niño son limitados en su variedad y de poca complejidad, sin lograr una adecuada estimulación del área cognitiva.

Si bien la madre refiere enseñar el significado y la pronunciación de las palabras, y entabla diálogos con su hijo, el vocabulario utilizado es reducido en extensión y precisión, esto podría relacionarse con su bajo nivel de escolaridad. En lo que se refiere a la socialización del niño, un gran número

de madres no brinda a su hijo la posibilidad de jugar con niños de su misma edad, y las salidas que realizan fuera del Barrio son poco variadas y ocasionales. Un alto porcentaje de madres adoptan una actitud pasiva ante los nuevos logros del niño, sin incentivar sus iniciativas, siendo la actitud positiva y alentadora fundamental por parte de la misma, para que el niño continúe explorando el mundo que lo rodea.

- Respecto a la variable: “Aspectos culturales relativos a las creencias y prácticas de crianza de los niños”; el análisis de todas las entrevistas permite evidenciar un conjunto de factores cuya relación es preciso destacar:

Un alto porcentaje de madres cree que influye en el desarrollo de sus hijos, consideran que deben permanecer la mayor parte del tiempo con ellos, para cuidarlos y atenderlos, por este motivo no realizan trabajos fuera de su hogar. Este cuidado está centrado en la supervivencia del niño (satisfacción de necesidades básicas y atención de su salud física), descuidando otros aspectos del desarrollo que también son fundamentales en esta etapa evolutiva. El contacto con el grupo extrafamiliar está limitado, existe un fuerte sentimiento de desconfianza hacia el mundo externo y se evidencia además dificultad por parte de la madre para separarse de su hijo.

- Tomando las respuestas obtenidas de la variable interviniente: “Asistencia a tratamiento de Terapia Ocupacional por retraso madurativo de origen socioambiental”; se evidencia que la mayor parte de las madres no puede adaptar las indicaciones recibidas durante dicha concurrencia a la etapa evolutiva en que se encuentra el niño o creen que no es necesario porque consideran que su desarrollo actual es normal.

Retomando la problemática que dio origen a esta investigación: la existencia de retraso en el desarrollo e importantes dificultades de aprendizaje en niños que viven en situación de pobreza, y tras el análisis del trabajo de campo realizado, podemos inferir que uno de los factores que puede incidir sobre esta situación, es la estimulación que brinda la madre a su hijo en poblaciones con estas características.

En los datos obtenidos de la población estudiada encontramos que algunas madres no son conscientes de que a través de sus acciones pueden favorecer el normal desarrollo del niño, otras, consideran que influyen en el mismo, sin saber específicamente cómo hacerlo, descuidando aspectos fundamentales como lo social y lo cognitivo y delegando el desarrollo de éstas áreas en las instituciones educativas.

Si bien presentan limitaciones dadas por la condición socioeconómica en que se hallan, como por ejemplo, dificultad para realizar salidas fuera del Barrio y visitar diversidad de ámbitos, existen recursos a su alcance que no son utilizados en forma creativa para ampliar la variedad de estímulos otorgados al niño.

El diseño metodológico utilizado (exploratorio – descriptivo), nos permitió describir esta población desde diferentes puntos (socioeconómico, cultural y relativo a la estimulación psicosocial), logrando así obtener una lectura global en torno al tema.

A partir de la misma hallamos aspectos que nos despertaron algunos interrogantes: Existe relación entre el nivel de escolaridad de la madre y las características de la estimulación psicosocial que brinda a su hijo? Cómo incide la creencia de la madre acerca de su influencia en el desarrollo del niño con las características de la estimulación psicosocial que brinda a su hijo?

Otros aspectos que nos generaron inquietudes fueron: la dificultad que presentan las madres ante el proceso de separación – individuación y la desconfianza hacia el grupo extrafamiliar que manifiestan a través de sus conductas.

Cada uno de los interrogantes y aspectos antes mencionados pueden servir de base para la realización de posteriores investigaciones desde Terapia Ocupacional.

Esperamos que este trabajo sea un aporte significativo para el rol del Terapeuta Ocupacional, dado que permite conocer en profundidad las necesidades y demandas de una población, crear diferentes formas de abordaje que enriquecen nuestro quehacer profesional y descubrir nuevos espacios de

acción dentro de un área cuya importancia se incrementa día a día: la
Prevención Primaria.

4.2. PROPUESTA.

Para elaborar una propuesta que contemple las características de una población es necesario tener presente el contexto sociocultural en el que se halla inmersa y dar fundamental importancia a las creencias, saberes y necesidades que guían su modo de proceder.

El cambio fundamental implícito en A.P.S. es que los individuos dejen de ser receptores pasivos de las actividades del Sector Salud y se conviertan en actores que asuman responsabilidades y tomen decisiones para alcanzar su propio bienestar.

Para lograr esta meta es necesario que las propuestas y servicios que se brindan a una comunidad partan de su realidad cotidiana, sus intereses y expectativas. De este modo se puede lograr la participación activa de los individuos aumentando la efectividad y eficiencia de un plan de acción.

Elegimos como marco de referencia para esta propuesta uno de los enfoques que componen la estrategia integral de programación planteada por Robert Myers, basada en los principios de la A.P.S.

Este enfoque está orientado a la educación de los que atienden al niño, "... su propósito principal es formar y fortalecer la confianza de los padres en sí mismos y prepararlos y capacitarlos a fin de aumentar sus propias habilidades para apoyar el desarrollo físico, mental y social de sus hijos".²⁹

Este autor considera que otorgando facultades a los padres se aseguran los avances a largo plazo en los niños.

Con el fin de mejorar la calidad de la estimulación que brindan las madres a sus hijos en la población estudiada proponemos un abordaje que si bien está dirigido a este grupo de madres, puede servir de guía para abordar otras poblaciones que presenten similares características. Esta propuesta contempla dos modalidades de trabajo: encuentros quincenales dirigidos a las madres, y visitas del T.O. al hogar.

²⁹ Op. Cit., Robert Myers. Pág. 11.

La primera modalidad tendrá como objetivo principal lograr la participación activa de las madres fomentando la integración grupal, la creación de un espacio propio y gratificante, estimulando el desarrollo de su creatividad para identificar problemas relacionados con la salud y el bienestar de sus hijos. Todo esto le permitirá hallar las soluciones que se encuentren a su alcance. Para favorecer este proceso se brindará asesoramiento a las madres acerca de las necesidades que presenta el niño en las diferentes etapas de su desarrollo.

Estos encuentros serán planteados como un taller en el cual se llevarán a cabo actividades grupales y se fomentará el intercambio de conocimientos y experiencias personales que resulten significativos y puedan ser utilizados en sus actividades cotidianas.

Consideramos adecuado realizar los encuentros con una frecuencia quincenal, dado que las madres presentan dificultades y se muestran reticentes a salir de sus hogares y dejar a sus hijos al cuidado de otra persona.

Para llevar adelante esta modalidad de trabajo proponemos la actividad, medio terapéutico propio de nuestro rol, instrumentada en beneficio de las madres para alcanzar el fin y los objetivos planteados en este taller.

Una de las actividades a llevar a cabo es la elaboración de juguetes utilizando los recursos existentes. A través de la transformación de materiales de descarte y de uso cotidiano en el hogar en objetos lúdicos adecuados para estimular a su hijo. Algunos de estos objetos se destinarán a la creación de una biblioteca de juegos, juguetes, libros de cuentos, revistas y láminas infantiles. Además se orientará a las madres en la búsqueda de los diferentes estímulos que el uso de cada objeto puede proporcionar al niño.

Una de las técnicas educativas que consideramos conveniente realizar en estos talleres es la “discusión en grupo”, dado que permite la expresión de dudas e ideas y la búsqueda de respuestas a interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes. En esta técnica el T.O. actúa como coordinador y mediador del proceso de comunicación, incentivando la participación de las madres para que sean ellas quienes propongan temas de su interés.

La segunda modalidad de trabajo, complementaria de la primera, consistirá en visitas del T.O. al hogar que se realizarán en forma quincenal, alternadas con el Taller de actividades. De esta forma el T.O. podrá conocer las necesidades reales de cada madre en su hogar y ofrecerse para orientarla en las dificultades que se le presenten. Además, el T.O. podrá compartir con la madre actividades como la alimentación, vestido e higiene del niño e intervenir a partir de las acciones concretas que esta realiza. Un aspecto positivo será lograr que todos los temas abordados durante las visitas del T.O. al hogar sean luego compartidas con el resto de las madres en el taller.

Consideramos que la modalidad de trabajo presentada permitirá a las madres tomar consciencia de sus potencialidades y de su capacidad para estimular a sus hijos, fortaleciendo el sentimiento de confianza en sí mismas y desarrollando su capacidad creativa en beneficio del niño.

CAPÍTULO V
ANEXO



5.1. ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE.

EDAD DE LA MADRE								
ESTADO CIVIL								
Nº DE HIJOS	1	2	3	4	5	6	7	8
EDAD DE LOS HIJOS	1º HIJO							
	2º HIJO							
	3º HIJO							
	4º HIJO							
	5º HIJO							
	6º HIJO							
	7º HIJO							
	8º HIJO							
ESCOLARIDAD DE LA MADRE:								
ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS	1º HIJO							
	2º HIJO							
	3º HIJO							
	4º HIJO							
	5º HIJO							
	6º HIJO							
	7º HIJO							
	8º HIJO							
OCUPACIÓN ACTUAL DE LA MADRE:								
INGRESO MENSUAL EN EL HOGAR (CANASTA FLIAR.)			SUPERIOR A \$ 471,95.-					
			INFERIOR A \$ 471,95.-					

VIVIENDA Nº DE HABITANTES POR HOGAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
VIVIENDA Nº DE AMBIENTES	1		2		3		4		5		
TIPO DE CONSTRUCCIÓN	MATERIAL										
	MADERA										
	CHAPA										
	DESCARTE										
MÉTODO DE ELIMINACIÓN DE ESCRETAS	CON DESCARGA (DE AGUA)										
	SIN DESCARGA (DE AGUA)										

5.2. ENTREVISTA

• ESTIMULACIÓN PSICOSOCIAL:

1- ¿Con qué juega su hijo?

2- ¿Interviene en sus juegos?

3- ¿A qué juegan juntos?

4- ¿Tiene un momento del día especial para jugar con él?

5- ¿Con quién más juega? ¿Qué edades tienen?

6- ¿Hace salidas con su hijo dentro del barrio? ¿A dónde van? ¿Con qué frecuencia?

7- ¿Hace salidas fuera del barrio con su hijo? ¿A dónde han ido? ¿Con qué frecuencia?

8- ¿Dice palabras su hijo? ¿Qué cosas dice? ¿Se le entiende? ¿Cómo las ha ido aprendiendo?

9- ¿Suele hacer preguntas? ¿Recuerda algún ejemplo? ¿Quién se las responde?

10- A la hora de comer ¿Hace cosas solito? ¿Qué cosas? ¿Cómo las aprendió?

11- En el momento de vestirse ¿Hace cosas solo?

SI: ¿Qué cosas? ¿Cómo lo hace?

NO: ¿Por qué?

12- Con respecto a su higiene personal ¿Hace cosas solo?

SI: ¿Qué cosas? ¿Cómo lo hace? ¿Cómo las ha aprendido?

NO: ¿Por qué?

13- ¿Usa pañales? ¿De día y/o de noche?

NO: ¿Desde cuándo? ¿Cómo lo logró?

14- ¿Observó algún aprendizaje nuevo en su hijo durante este último tiempo?

¿Qué actitud tomó ante esta situación?

- 15- ¿Hay momentos en los cuales tiene que dejar a su hijo con otra persona?
¿Tiene dificultades al dejarlo? ¿Qué siente ante esta situación?

*** PRÁCTICAS Y CREENCIAS:**

- 1- ¿Le da la teta a su hijo?

SI: ¿Por qué?

NO: ¿Le dio? ¿Hasta cuándo?

- 2- ¿Con quién duerme su hijo?

- Colecho.

- Duerme solo: ¿Desde cuándo?

- 3- Inicio del control de esfínteres (Respuestas junto a las de A.V.D. en 1º parte de la entrevista).

- 4- ¿Quiénes influyen en el desarrollo del niño?

- 5- ¿Qué cosas son importantes para su desarrollo?

- 6- ¿Llevó a su hijo a controles pediátricos de salud?

SI: ¿Cómo le parecen? ¿Por qué?

NO: ¿Por qué?

- 7- ¿Qué significa para usted "educar a un niño"?

- 8- ¿Quién se encarga de poner los límites en su hogar? ¿Por qué? ¿Cómo lo hace?

- 9- ¿Llevó a su hijo a una guardería alguna vez?

SI: ¿Por qué?

NO: ¿Por qué?

- 10- ¿Le gustaría mandar a su hijo a Jardín de Infantes? ¿Para qué cree que le serviría?

- 11- Si no trabaja (la madre) ¿Por qué?

- **INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL:**

- 1- ¿Qué cosas recuerda de cuando concurreó con su hijo a tratamiento de T.O.?
¿Qué cosas le sirvieron?
- 2- ¿Cree que actualmente le sirve lo que aprendió en T.O.? ¿Qué puede aplicar hoy?
- 3- ¿Cree que actualmente sería positiva la existencia de un programa que tuviera las características del “Plan de Lactantes”, y que contemplara a los niños de 2 a 3 años? ¿Por qué?

5.3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN: BARRIO BELGRANO.

El Subcentro de salud N° 12, está ubicado en la calle N° 222 y Soler del Barrio Belgrano del Partido de Gral. Pueyrredón. El Barrio Belgrano tiene una población de 30.000 habitantes y el Barrio Autódromo (que también se atiende en el Subcentro) de 10.000 habitantes.

El equipo de salud está formado por cuatro pediatras, un ginecólogo, un odontólogo, dos psicólogos, un médico clínico, tres enfermeros, cuatro asistentes sociales, un terapeuta ocupacional y personal administrativo.

Parte de la población del Barrio Belgrano proviene del interior de nuestro país (Tucumán, Santiago del Estero), otros de Chile, Paraguay y Bolivia. Predomina una población de personas jóvenes con grupos familiares numerosos, con un alto índice de desocupación. Habitan en viviendas precarias, un sector carece de servicios (agua corriente, gas natural, cloacas). Cuentan con electricidad. Los hogares se proveen de agua a través de bombas manuales, pocos tienen bombeadores. El agua altamente contaminada, los terrenos inundables.

Las calles empedradas no tienen cordón cuneta.

Las fábricas aledañas: aserraderos, fábrica de tanques, empresas de construcción, terminal de ómnibus.

En el Barrio Belgrano hay una Escuela Primaria, una Escuela de Educación Media y una Escuela para Adultos. Funciona un comedor escolar y un Jardín de Infantes Municipal.

Las religiones que practican los habitantes del barrio son: catolicismo, evangélica, protestantes, etc.

Las empresas de transportes de ómnibus que llegan al Barrio son las líneas 571, 572 y 573 de la Empresa Gral. Pueyrredón; y la línea 596 de la Empresa La Marplatense (que llega hasta la calle N° 214).

Hay una plaza con juegos infantiles, no hay clubes deportivos ni otros lugares de esparcimiento. Actualmente se están llevando a cabo actividades recreativas en las instalaciones de la Sociedad de Fomento.

El Barrio cuenta con una Sociedad de Fomento.

Las demandas de la población al Subcentro son: alimentos, materiales de construcción, medicamentos, ortesis, prótesis, anteojos, audífonos.

En general la población no tiene obra social.

En lo que se refiere a la situación de la salud, el Subcentro prioriza la atención de la mujer embarazada, el lactante y el niño.

Hay un alto índice de vacunación.

Los factores de riesgo de la población son: Hipoestimulación, Desnutrición, Alto número de madres adolescentes, Alcoholismo, Drogadicción, Violencia, Familias Numerosas, Falta de saneamiento ambiental.

A partir del diagnóstico de situación se observa que la población no tiene las necesidades básicas satisfechas (desnutrición, vivienda inadecuada, desocupación, familias numerosas, madres adolescentes, aislamiento, baja escolaridad, por su condición socioeconómica insuficiente difícil acceso a otros servicios de salud).

Estas características hablan de una población de alto riesgo socioambiental, es decir es una población más expuesta a con mayor probabilidad de no alcanzar un nivel de salud, derecho humano básico que posibilita el ejercicio de otros derechos.

Para la elaboración del diagnóstico de situación del Barrio Belgrano se extrajeron datos del trabajo presentado en las Jornadas de Práctica Clínica con trabajo de extensión de la Cátedra de Práctica Clínica³⁰: "Atención Primaria de la Salud. Subcentro de Salud N°12. Barrio Belgrano. Partido de General Pueyrredón", realizado por Silvia Beatriz Alzola (estudiante de Terapia Ocupacional).

Al comienzo de la investigación estos datos fueron actualizados por los tesistas y corroborados por la Asistente Social de dicho subcentro de salud.

5.4. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN: BARRIO AUTÓDROMO.

Límites del Barrio: Calle 35 (bis), San Jorge, Vértiz (23) y Calle 238.

INFRAESTRUCTURA:

Carece de alumbrado público, cloacas, agua corriente y gas natural. Se abastece de agua a través del aguatero y bombas manuales (el agua que se obtiene es contaminada).

Pasa un servicio de recolección de residuos dos veces por semana.

Las calles 31 hasta la calle 238 son las únicas asfaltadas, siendo las mismas las que dan principal acceso al Barrio, el resto de las calles son engranzadas sin cordón cuneta.

El Transporte Público de pasajeros no ingresa, llegando a la calle 234 la Empresa Gral. Pueyrredón, líneas 571 – 572 – 573. La Empresa La Marplatense N° 596, llega a 14 cuadras de la calle 238.

EQUIPAMIENTO:

- Sanitario: no posee Unidades Sanitarias. Los habitantes se atienden en el Subcentro de Salud Municipal Gral. Belgrano N° 12, y el mismo se encuentra a 8 cuadras de la entrada del Barrio.
- Educativo: Jardín de Infantes Municipal N° 33, domicilio Calles 29 y 242. Escuela de Adultos Provincial N° 706 con sede en la Sociedad de Fomento, domicilio Calles 240 entre 27 y 29.
- Comunitario: no posee teléfono público, el más cercano se halla en la Sociedad de Fomento Barrio Belgrano a ocho cuadras de la entrada del Barrio Autódromo. Estafeta en la calle 240 entre 33 y 31. Otras instituciones: dos o tres Templos Evangélicos, uno Católico. Los comercios que se encuentran en su mayoría son polirrubros, ubicados en uno de los ambientes de las viviendas familiares. No hay instituciones deportivas, ni lugares de esparcimiento. Existe un espacio físico destinado a Plaza, sin juegos y sin manutención.

lugares de esparcimiento. Existe un espacio físico destinado a Plaza, sin juegos y sin manutención.

- Aspecto habitacional: viviendas de material o de madera precarias, sin terminar.

ASPECTO FAMILIAR:

Predominan los grupos familiares numerosos con un promedio de seis personas por grupo familiar.

ASPECTO OCUPACIONAL:

La desocupación es importante, en general la población tiene trabajo inestable y realiza changas de todo tipo (albañilería, en fábricas de pescado, parqueros, vigilancia, cartoneros, etc...). Trabajo en las quintas asesorados y supervisados por personal del I.N.T.A., que funciona en la Sociedad de Fomento, donde se entregan semillas. La mayoría de las mujeres son amas de casa.

ASPECTO EDUCACIONAL:

Gran parte de la población joven y adulta no tiene los estudios primarios completos. Un importante porcentaje es analfabeto. Cabe destacar que existe un alto número de repetidores, de ausentismo, de deserción, son pocos los adolescentes que concurren a la Escuela Primaria de Adultos que funciona dentro del Barrio.

ASPECTO SANITARIO:

La población concurre para su atención al Subcentro N° 12 del Barrio Belgrano, Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.), Hospital Materno Infantil. En general la población no tiene obra social.

MIGRACIONES:

Parte de esta población proviene de Tucumán y Santiago del Estero.

Los datos correspondientes a este diagnóstico fueron obtenidos por las autoras de esta investigación y corroborados por la Asistente Social del Subcentro de Salud N 12.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA.

- 1- ALZOLA, S. Atención Primaria de la Salud, Subcentro de Salud N° 12, Barrio Belgrano. Partido de General Pueyrredón. Trabajo presentado en las Jornadas de Práctica Clínica como trabajo de extensión de la Cátedra de Práctica Clínica del Subcentro de Salud N° 12. UNMdP. 1997.
- 2- ANDER – EGG y otros. Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales. Edit. Turner, 2º Edición. Bs. As. Argentina, 1995.
- 3- ARAYA CASTELLI, A. y otros. Me quieren mucho, poquito y nada. Embarazo y maternidad en adolescentes populares. Edit. Raíces, 1996.
- 4- BELAUSTEGUI, M., GIANINI, C. y GIARDINO, K. Prevención Primaria en la Salud desde Terapia Ocupacional en madres adolescentes y sus hijos en un medio social adverso. Tesis de Grado. UNMdP, 1995.
- 5- BIRCH, H.G. y otros. Niños en desventaja. Enfoque social. Edit. Universitaria de Bs. As., 1972.
- 6- C.O.L.T.O. Terapia Ocupacional. El camino del hacer. Ediciones VIP, Argentina, 1991.
- 7- CONDENARÍN, M. y Cols. Madurez Escolar. Edit. Andrés Bello, Chile, 1981.
- 8- CHOKLER, M.H. Los organizadores del desarrollo psicomotor. Edit. Cinco, Bs. As. Argentina. 1988.
- 9- FILLOUX, J.C. La Personalidad. Edit. Universitaria de Bs. As., 1986.

- 10-GARCÍA CEIN, E. y otros. Prevención Primaria de la Salud Mental desde Terapia Ocupacional. Tesis de Grado, UNMdP, 1991.
- 11-GLENN, E.S. y C.H. El hombre y la humanidad. Conflicto y comunicación entre culturas. Edit. Paidós, Bs. As. 1985.
- 12-GRUPO DE INVESTIGACIÓN CALIDAD DE VIDA. Condiciones de vida de la población de Mar del Plata. 1992 – 1994. Facultad de Humanidades. UNMdP.
- 13-HARARI, R. y otros. Teoría y Técnicas psicológicas de comunidades marginales. Edit. Nueva Visión. Bs. As., 1974.
- 14-HEESE, G. La estimulación temprana en el niño discapacitado. Edit. Médica Panamericana. Bs. As. Argentina, 1989.
- 15-KROEGER, A. y otro. Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos. O.P.S. Edit. Pax, 2º Edición. México, 1992.
- 16-MARTIJENA, N. Introducción a la Terapia Ocupacional. Apunte de Cátedra de Teoría de T.O. I.
- 17-MARTIJENA, N. Ecología Humana: Utopía y realidad? Nueva dimensión de la Terapia Ocupacional. Nidia B. Martijena: s.n., impr. 1995.
- 18-MARTÍNEZ NOGUEIRA, R. La construcción institucional de la pobreza. OIKOS. Año III, Nº 7, Abril 1995. U.B.A., F.C.E.
- 19-MATAS, S., MAUREEN, M. y Cols. Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo. Edit. Humanitas, Bs. As. 1988.

- 20-MINUJIN, Alberto (Editor) y Cols. Desigualdad y Exclusión. Edit. UNICEF/LOSADA. 1993. 1º Edición.
- 21-MEDELLÍN, G. y TOSCON, E. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Nacimiento a edad preescolar. Tomo I. O.P.S., 1995.
- 22-MENEGHELLO, R.J. y otros. Pediatría. Volumen I y II. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 4º Edic. Santiago de Chile, 1991.
- 23- MONTENEGRO, H. y Cols. Estimulación Temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. UNICEF, Sgo. de Chile, 1979.
- 24-MYERS, R. Los 12 que sobreviven. Copublicación OPS, OMS, UNICEF. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 1993.
- 25-NACIONES UNIDAS. Cooperación multilateral en Argentina 1995 – 1996. El sistema de las U.N. y la cooperación multilateral. 1º Edición, 1995.
- 26- NACIONES UNIDAS (CEPAL) La brecha de la equidad. América Latina, el Caribe y la Cumbre Social. Sgo. de Chile, 1997.
- 27-NACIONES UNIDAS (CEPAL) Notas sobre la economía y el desarrollo. Sgo. de Chile, 1997.
- 28-NACIONES UNIDAS (CEPAL) Panorama Social de América Latina 1996. Sgo. de Chile, 1996.
- 29-O.M.S. Atención Primaria de la Salud. FORO MUNDIAL DE LA SALUD, 1981.

- 30-O.M.S. Cómo medir la participación comunitaria?. FORO MUNDIAL DE LA SALUD, 1989.
- 31- O.P.S. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil. Serie Paltex, 1986.
- 32- O.P.S. Manual de Crecimiento y Desarrollo del niño. 2º Edición. Serie Paltex. 1994.
- 33- PAGANIZZI, L. y otros. Terapia Ocupacional. Del dicho al hecho. Edit. Psicoterapias Integradoras, Bs. As., 1991.
- 34-PIAGET, J. Psicología del niño. Edit. Morata, 12º Edición, Madrid, 1984.
- 35- PIAGET, J. Seis estudios de psicología. Edit. Ariel, 9º Edición, Argentina, Marzo de 1992.
- 36- PORRO, S. y POO, A. El vínculo temprano madre – hijo. Su relación con la edad y el número de hijos de la madre. Tesis de Grado. UNMdP, 1994.
- 37- PRECE, G. y otros. Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar. Edit. Biblos, Bs. As., 1996.
- 38- PROGRAMA MATERNO – INFANTIL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Gobierno de la Prov. de Bs. As.
- 39-RODRÍGUEZ RABANAL, C. Cicatrices de la Pobreza. Un estudio psicoanalítico. Edit. Nueva Sociedad. 2º Edición revisada y corregida por el autor; Caracas, Venezuela, 1991.

- 40-SABULSKY, J. Metodología de la investigación. Edit. Kopy – fac. S.R.L. Pabellón Perú. Ciudad Universitaria. 1993.
- 41- SBRILLER, L. y otro. Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica. Edit. Ricardo Vergara. Bs. As.. 1991.
- 42- SOIFER, R. Psiquiatría infantil operativa. Tomo 1. Psicología Evolutiva. Ediciones Kargieman. 4° Edición. Bs. As. 1988.
- 43- TORRADO, S. Estratificación social, dinámica demográfica e informatización. La experiencia Argentina.
- 44-UNICEF ARGENTINA. El niño de 2 a 5 años, Guía de la Salud N° 2, Bs. As. 1995.
- 45-VEGA, M.C. Estimulación temprana en niños de riesgo ambiental alto entre 0 y 2 años en zonas urbanas de la ciudad de Mar del Plata. Trabajo de investigación. UNMdP, 1993.
- 46-VICTORIA, C.G. y Cols. Epidemiología de la desigualdad. Serie PALTEX. N° 27, OPS, 1992.
- 47- VIDELA, M. Prevención Intervención psicológica en Salud Comunitaria. Edit. Cinco, 1993.
- 48- WINNICOTT, D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Edit. Paidós, 1° Edición, 1993.
- 49-ZURRO, A. – PEREY. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas. Edit. Doym, España, 1986.

FE DE ERRATAS

- En todos los párrafos donde se encuentra la abreviatura T.O., debe decir Terapia Ocupacional.
- Página 26: solo debe figurar a pie de página la cita bibliográfica N°9.
- Página 27: debe figurar a pie de página, con el N°10, la cita bibliográfica que corresponde a: ¹⁰ FILLOUX, J. C.. La Personalidad. Ed. Universitaria de Bs. As., 1986. Pág. 78-79.
- Página 28: debe figurar a pie de página cita bibliográfica N°13, que corresponde a: ¹³ HARARI, R. y otros. Teoría y técnicas psicológicas de comunidades marginales. Ed. Nueva Visión. Bs. As., 1974.
- Página 110: solo debe figurar cita bibliográfica N°28.

FE DE ERRATAS

En todos los párrafos donde se encuentra la abreviatura T. O. , debe decir
Terapia Ocupacional.