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

**Repositorio Kimelü** **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2013

# Prácticas de crianza utilizadas por los padres/cuidadores para la transmisión de las A.V.D. : una mirada desde T.O.

Algañaraz, Romina V.

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

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/685

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

TO
Inv. 4339

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

TESIS DE GRADO

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

# "PRÁCTICAS DE CRIANZA UTILIZADAS POR LOS PADRES/CUIDADORES PARA LA TRANSMISIÓN DE LAS A.V.D.: UNA MIRADA DESDE T.O."

Marzo 2013

Autores

ALGAÑARAZ, ROMINA V.

TORRES, M. FLORENCIA

**Directora de Tesis**
Donati, Marisel
Lic. en Terapia Ocupacional

**Asesora Metodológica**
Campisi, Alejandra
Lic. en Terapia Ocupacional

AUTORES

.....

**Algañaraz, Romina V.**
DNI 27007141

.....

**Torres, Ma. Florencia**
DNI 28570533

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.
Inventario 4339
Signatura Top
Vol.:
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata

01 DIC 2013

*"Muchos de nuestros sueños parecen al principio imposibles, luego parecen improbables, y al final cuando ponemos toda nuestra intención, se convierten en inevitables".*

*C.R.*

AGRADECIMIENTOS

- A nuestra directora de Tesis Lic. Marisel Donati por aceptar formar parte de nuestra investigación y por demostrarnos un compromiso y dedicación permanente.
- A nuestra asesora metodológica, Alejandra Campisi por su acompañamiento y colaboración en todo éste proceso.
- A Norma Gordillo por su asesoramiento.
- A Elsa por ayudarnos a dar el primer paso de esta investigación.
- A todo el personal del Jardín de Infantes Municipal Nº 23, a Paola y Eva, a la Srita. Ana por su compromiso desinteresado, por su tiempo y dedicación y por el interés que manifestaron.
- A las madres y/o cuidadores a cargo de los niños, que accedieron a participar de las entrevistas. Gracias por compartir con nosotras sus relatos, sus vivencias y por formar parte de ésta investigación.
- A la Comisión de Tesis de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social, U.N.MdP., por el asesoramiento brindado.

- A mis padres, por darme la posibilidad de crear un camino propio y poder dedicarme a mi vocación. Los amo.
- A mis abuelos (Celsa, Cacho y Dora) por su cariño, consejos y apoyo incondicional e inmenso. Son mi faro.
- A mis amigos de la vida, los de siempre, y los nuevos. Gracias por enseñarme tanto de la vida, y hacerme reír y divertirme durante todo este tiempo. Son mi familia por elección.
- A aquellos profesores que por sus consejos, fueron desinteresadamente más que docentes.
- A Armenia... (Romi) por compartir este último tramo del camino, por tu generosidad, dedicación, compromiso y compañerismo. Un placer compañera!
- Y a toda aquella gente con buena vibra que pasó estos años por mi vida.

GRACIAS! GRACIAS!

Flor.

- A mis padres porque me incentivaron desde el principio y me acompañaron siempre, por sus consejos. Los adoro con el corazón.
- A mi abuela (Iaia), por compartir esos tecitos que me hacía cuando estudiaba.
- A mi hermana (Stefi), por acompañarme en días difíciles y entenderme.

- A Sergio por la paciencia y por acompañarme en cada momento.
- A la familia que está cerca y la que está muy lejos: tía Ana, Vero, Lau, el "Colo"; Mirta, Vivian y a todos mis sobrinos. A cada uno, unas gracias inmensas, por estar siempre.
- A mis amigas y futuras colegas: Romi, Lau, Cari, Merce y Caro, que desde el principio compartimos mañanas y tardes de mate y siempre estuvieron en los momentos lindos y feos.
- A Flor por la paciencia, por entenderme y por lo buena compañera que me demostró ser, porque fue un placer compartir esta investigación junto a vos, Gracias!!
- Y a todas las personas que estuvieron junto a mí en éste largo camino y se pondrán contentos que llegó el día... simplemente Gracias!!!

Romi.

## ÍNDICE

Pág.

**Primera Parte**
**Marco Teórico**

Introducción ..... 3
Estado Actual..... 6
Diagnósticos..... 18

**Capítulo 1**:
Prevención Primaria de la Salud
Salud: Concepto ..... 26
Atención Primaria de la Salud y Prevención ..... 27
Factores Protectores ..... 30
Factores de Riesgo ..... 32

**Capítulo 2**:
El niño sano de 5 años de edad
Desarrollo Cognitivo ..... 37
Desarrollo Psicosexual ..... 40
Desarrollo Motor ..... 43
Conducta Adaptativa – Lenguaje ..... 44
Adquisición de las AVD ..... 46
Juego ..... 50

**Capítulo 3**:
Familia y Prácticas de Crianza
Familia: diferentes concepciones ..... 54
Funciones de la familia ..... 56
Función materna y paterna ..... 59
Prácticas de Crianza:
Concepto y características ..... 61
Factores intervinientes en la Crianza ..... 63

**Capítulo 4**:
Importancia de las AVD en TO ..... 67
Adquisición de las AVD en la infancia ..... 68
Alimentación ..... 71
Higiene ..... 72
Vestido ..... 74
Sueño ..... 74

**Segunda Parte**
**Aspectos Metodológicos**

Problema
Objetivo General
Objetivos Específicos ..... 79

Variable : Definición Conceptual y Operacional..... 80
Enfoque de Investigación ..... 81
Tipo de estudio..... 81
Población y Muestra ..... 82
Criterios de inclusión y exclusión de la Muestra..... 83
Técnicas de Recolección de Datos ..... 83

**Resultados**
Análisis e interpretación de los datos..... 85
**Conclusiones**..... 113
Bibliografía..... 120
Anexo
Entrevista..... 124
Autorización..... 128

# MARCO TEÓRICO

(Primera Parte)

# INTRODUCCIÓN

Al comenzar con la búsqueda de información para la elaboración de nuestra tesis de grado, nos vimos orientadas al estudio de los niños en edad pre-escolar, situados desde un enfoque de la promoción de la salud. También nos pareció importante, relacionar esta población con la adquisición de las actividades de la vida diaria, en el ámbito del jardín de infantes.

Al profundizar la investigación orientamos el trabajo hacia las modalidades (prácticas de crianza) utilizadas por los padres para la transmisión de las actividades de la vida diaria.

Con respecto a la población objeto de estudio, esta quedaría conformada por "los padres y/o cuidador a cargo de los niños en edad pre-escolar". El niño a esta edad es capaz de resolver situaciones más complejas, ya que desde lo madurativo puede comenzar a adquirir habilidades relacionadas con las actividades de la Vida Diaria, e ir incorporando de manera gradual y progresiva los hábitos.

Esto contribuye además al desarrollo de la confianza en sí mismo y de la capacidad de iniciativa del niño, influyendo sobre el bienestar emocional de éste y de su grupo familiar, ya que unos padres que alientan a su hijo a ser independientes podrán disponer de mayor tiempo para satisfacer sus necesidades personales y las de los otros miembros de la familia.

Las AVD constituyen uno de los pilares fundamentales de la práctica de la Terapia Ocupacional, ésta promueve la adquisición de hábitos, asesora a los padres en la transmisión de pautas para una adecuada enseñanza y posterior aprendizaje de las mismas, con el objetivo de alcanzar la autonomía e independencia de los niños.

Nos parece relevante tener en cuenta en este estudio, no solo la modalidad y prácticas en la transmisión de las AVD, sino también describir los factores que influyen en dicha transmisión, y la importancia que tiene para los padres la adquisición por parte de sus hijos de éstas actividades tan importantes para su futuro.

El aprendizaje de los niños, como la transmisión de las AVD por parte de los padres, cumple una función social de suma importancia. Ya que éstas le permiten al niño, a lo largo de su desarrollo evolutivo, cierta autonomía.

Además las AVD, contribuyen al desarrollo de su identidad personal, adaptándose a distintos grupos sociales y pertenencia como sujetos a una determinada sociedad.

Al realizar el estado actual del tema a investigar, encontramos material relacionado con la temática de las AVD, pero desde una mirada orientada desde la enfermedad y/o discapacidad (ayudas técnicas, adaptaciones para el hogar).

A partir de esto, consideramos importante transmitir y dejar en claro que comprendemos integralmente la crianza, ya que es imprescindible tener en cuenta los distintos modos de actuar de los niños y adultos, la concepción del niño, los ideales frente a los mismos, y su contexto socio ambiental. Ya que este último será influyente y determinante en la transmisión de las AVD.

Concebimos la crianza como un proceso definitivo en la constitución del sujeto, y de la sociedad a la que pertenece, siendo la familia la que tiene un papel fundamental como primer y más significativo espacio en este momento.

Es destacado el papel que juegan las prácticas de crianza como reguladoras del estado de salud del niño. El adulto responsable del cuidado del niño es en primera instancia el que establece las condiciones necesarias para el crecimiento y desarrollo infantil a través de las actividades que realiza en forma cotidiana. De manera general, se realizan acciones de cuidados que son universales: alimentarlos, bañarlos, dormirlos, procurar que no se lastimen, mantener un buen estado de salud, atender sus enfermedades, enseñarles comportamientos sociales, entre otros.

Las diferencias entre las distintas culturas, e incluso entre uno y otro grupo de la comunidad, radican en el *cómo* se llevan a cabo y *quién* está realizando estas actividades. Cómo los cuidadores se relacionan con el pequeño, el tipo de cuidado que proporcionan, la elección y presentación de los alimentos, la formación de ambientes proveyente de estimulación y en general, la satisfacción de las necesidades básicas del niño, son prácticas de crianza que resultan un factor condicionante del crecimiento y desarrollo.

# ESTADO ACTUAL

A partir de la búsqueda de información sobre la temática planteada, hemos obtenido distintos datos de tesis de grado de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata; publicaciones científicas aportadas por la biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata con cinco años de antigüedad aproximadamente e investigaciones aportadas por Internet.

De lo recolectado no hayamos información específica sobre la temática a investigar en Mar del Plata, así como en Argentina.

Hayamos información interesante de otros países pertinentes a la investigación.

**Otros países.**

- "Niños invulnerables. Factores cotidianos de protección que favorecen el desarrollo de los niños que viven en contextos de pobreza". *

*José Amar Amar.(Ph.D. con grado mayor en Psicología Social, Columbia, Pacific University; Master en Artes. Grado mayor en Psicología Educativa, Columbia University Pacific. Decano de la División de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad del Norte y Director del Centro de Investigación Humano, CIDHUM, de esa misma institución. ) Mayo del año 2000.

El objetivo de esta investigación fue lograr un acercamiento y conocimiento adecuado de los niños en su cotidianeidad, y de los problemas que enfrenta la niñez en desventaja que viven en condiciones de pobreza extrema, para así identificar aquellos factores que los protegen de la adversidad y que les permiten superarse.

Se utilizó una muestra representativa de niños entre 0 y 3 años. Se utilizaron la observación directa y la entrevista como técnica de recolección de información.

El proyecto ha investigado la toma de perspectiva conceptual y afectiva, el autoconcepto, las conductas de autonomía, las redes sociales y los factores protectores en los niños de los sectores de pobreza.

Los resultados indican que aún cuando el medio no les ha permitido un desarrollo cognitivo adecuado, estos niños poseen una inteligencia social que les permite sobrevivir a pesar de las carencias diarias y les da a los investigadores una luz de esperanza para lograr mejorar la calidad de vida de éstos niños.

El estudio dejó ver que los niños, incluso en estados de extrema pobreza, se sienten protegidos, conservan un alto nivel de autoestima, piensan que sus necesidades están satisfechas, y creen tener la posibilidad de salir adelante. Se habla de la resiliencia emocional, familiar y comunitaria.

Los resultados arrojaron que los factores naturales, prevalecen sobre los factores sociales, ya que los primeros se relacionan directamente con la supervivencia, mientras que los segundos guardan relación mas estrecha con respecto a la interacción con otras personas dentro de una sociedad.

Los **factores naturales** que se presentan como protectores se relacionan con los cuidados en la alimentación, las pocas dificultades que presenta el niño para comer, los cuidados del sueño, las escasas dificultades para conciliar el sueño, la enseñanza en el control de esfínteres, los cuidados de aseo personal y de la salud física.

Los **factores sociales** de protección se refieren a la forma en que las familias cuidan y protegen al niño, a las acciones que realizan para afrontar dificultades, a la forma de evitar riesgos, al fuerte sentido de filiación y de pertenencia entre los miembros de la familia, a los fuertes vínculos afectivos, a la división de roles para el cuidado del niño, y a los valores sociales y morales que se fomentan.

A modo de conclusión, el afecto es considerado una de las mejores formas que tienen los padres para brindar seguridad a los niños. Se realiza por medio de prácticas que implican contactos tanto verbales como físicos, que dan un toque cálido a las relaciones. Por medio de éstas prácticas se pueden suplir las carencias materiales, así como también una fuerza para poder soportar las dificultades que se les presentan en su vida cotidiana.

Este estudio ha dejado claramente comprobado que las influencias más penetrantes en la vida de los niños, en sus primeros años de vida, provienen de la familia y de la comunidad.

- Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad.*

*(Soler Limon, K.M; Rivera Gonzáles, I.R; Figueroa Olea, M; Sánchez Pérez, L; Sánchez Pérez, M.C.). Laboratorio de seguimiento del Neurodesarrollo, Instituto Nacional de Pediatría; Maestría en Rehabilitación Neurológica, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México D.F. Septiembre- Octubre Año 2007.

El objetivo general de esta investigación fue identificar la relación entre las características del ambiente en el hogar de familias con el nivel socioeconómico bajo y el desarrollo de niños menores a 36 meses de edad.

Se investigó la relación entre la estimulación en el hogar y la forma de organización del ambiente inmediato al niño. Se ha encontrado que algunas características de hogares con amplia intensidad y variedad de estimulación se relacionan de forma inversa con el desarrollo. Al relacionarse al ambiente con problemas de comportamiento de los niños, se ha observado que algunos problemas de comportamiento fueron hallados en niños provenientes de familias con calificaciones altas en el inventario HOME, especialmente en los niños mayores, variando en función de la etnia y nivel socio-económico.

En este estudio fueron incluidos 293 familias con infantes menores a 36 meses de edad sin riesgo perinatal. Se valoró la estimulación en el hogar con el Inventario HOME y el desarrollo infantil con el perfil de conductas del desarrollo.

En los datos obtenidos de la población estudiada se hallaron diferencias en la estimulación en el hogar con los coeficientes del desarrollo global y las áreas del Lenguaje, Cognición, y Emocional-Social.

En general se observó que la relación entre ambiente y desarrollo (hallada al hacer el análisis de toda la población), fue escasa, casi inexistente en los niños menores a 6 meses y débil en los de 6 a 12 meses de edad, mientras que fue consistente en los niños mayores. La importancia del ambiente es mayor en los niños grandes en virtud de una mayor exposición a un ambiente favorable o desfavorable, y la necesidad de permanencia en un

ambiente dado, para que se observen modificaciones en el desarrollo del niño.

No hubo relación con la escolaridad, edad materna, género del niño, orden de nacimiento y si la madre es o no la cuidadora principal.

A modo de conclusión se estableció la relación entre la estimulación en el hogar con el desarrollo infantil, la cual es mas importante después del primer año de vida.

- Prácticas de Crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. *

*Alieth Rocío González Bossa, María Rosa Estupiñan Aponte.
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. 2009.

El objetivo general fue analizar las prácticas de crianza de las madres adolescentes de Duitama.

Se reconoce que los niños son cuidados por personas diferentes a los padres, tales como los abuelos, tíos, con lo cual los principales elementos proporcionados por la familia para el desarrollo integral del niño son la alimentación, vivienda, salud e higiene, dando poca relevancia a los aspectos comunicativos, cognitivos, socio-afectivos, motrices y lúdicos. La maternidad adolescente casi siempre asociada al "madresolterismo", que aunada a las dificultades para el logro de sus metas y el no haber culminada su proceso de desarrollo físico, psíquico y emocional, hacen que la crianza se de en condiciones inadecuadas, requiriendo del apoyo emocional, práctico y económico de los adultos, para continuar su maduración y ejecutar el rol materno, respondiendo a las demandas de su hijo.

Con respecto a la metodología, se realizó una evaluación cualitativa, con un enfoque epistemológico histórico-hermenéutico, se busco comprender los significados y sentidos de las acciones y discursos de las madres adolescentes, abordando las lógicas e interpretaciones de las relaciones inherentes a las prácticas de crianza. Participaron madres con edades entre 13 y 19 años, seleccionadas a partir de las bases de datos de la Secretaría de Educación Municipal, primero con muestreo por criterio lógico y

posteriormente con muestreo por criterio bola de nieve. Los datos emergentes de la entrevista y observación, interpretan las prácticas de alimentación, higiene, descanso, disciplina, valores y redes de apoyo.

Los resultados que arrojó dicho estudio fue que las madres adolescentes representan la principal figura de autoridad, ejercida mediante verbalizaciones, castigos y prohibiciones encaminados a inculcar valores de respeto y amor. Incorporan ambientes estimulantes y juegos como estrategias para la formación de hábitos alimentarios y del descanso. Por temores permanentes, la higiene corporal se delega inicialmente a la abuela materna como fuente proveedora de conocimiento.

A modo de conclusión, las madres adolescentes reproducen los patrones culturales que se manifiestan en la intervención de los demás cuidadores, especialmente los de la madre de la adolescente, tienen gran impacto en las prácticas cotidianas.

- "Desarrollo Infantil y su importancia en el servicio de Terapia Ocupacional, en Atención Primaria de la Salud".*

* Mario Sergio Fagundes, Renata Hermínio, Sabrina Santos, Claudia Meleti, Leticia Almeida, Indiara Siqueira, Lúcia Uchôa-Figueiredo. Universidad Central de Batatais Claretiano - SP - Brasil, Batatais / São Paulo, Brasil. Publicado en el XV Congreso de la Federación mundial de Terapeutas Ocupacionales. Santiago de Chile. Chile. 4 al 7 de Mayo 2010.

En esta investigación, los autores plantearon: para que el desarrollo del niño sea apropiado éste debe experimentar el juego, ya que el mismo, actúa como facilitador para el desempeño ocupacional y funcional, tanto para el desarrollo social e interpersonal, permitiéndole una mejor interacción con el entorno.

La investigación fue en los años 2007 y 2008, se evaluó un total de 445 niños que presentaban vulnerabilidad social, dándole importancia a su desarrollo con respecto al juego, las relaciones interpersonales y las actividades diarias.

Para ello se utilizó el juego como una estrategia de evaluación.

Los resultados mostraron que los niños en general, han demostrado el desarrollo normal en relación al juego, ya que los cuidadores y / o madres incentivan a los niños, utilizando diferentes juguetes. Los integrantes de la investigación, otorgaron juguetes de bajo costo a los cuidadores, complementado por un trabajo de orientación con el fin de estimular a sus hijos a través del juego,

Los autores concluyeron que esta investigación de Terapia Ocupacional desarrollado en el servicio de guardería proporcionó, mejores condiciones para el desarrollo del niño y preocupación de los padres para una mayor atención en el juego y la recuperación de la relación madre-bebé.

**Argentina**

- "Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense"*

*Dres. Rodrigo Adelaida, Ortale Susana, Sanjurjo Adriana, Vojkovic María y Piovani Juan.
Centro de Estudios de Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN) de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. Cátedra de Metodología de la Investigación Facultad de Humanidades, UNLP. Año 2006.

El objetivo de dicho artículo es describir los principales hallazgos del diagnóstico sobre la crianza de beneficiarios de un plan social y comunicar la metodología utilizada en el estudio.

Mediante una encuesta a 1460 familias del conurbano bonaerense se indagaron conocimientos y prácticas de crianza de los dadores de cuidados de 1874 niños de 0 a 6 años. Allí se aplicaron técnicas de estadísticas descriptivas e inductivas.

El propósito del artículo es por un lado hacer una presentación descriptiva de los principales hallazgos del diagnóstico basal del componente "crianza" y por el otro, comunicar la metodología empleada en el estudio.

Dicho estudio nos dio valiosa información sobre el concepto de "prácticas de crianza".

Los autores de esta investigación refieren, que hasta el momento no existe una herramienta estandarizada para medir las prácticas de crianza. Posiblemente habrá que discutirla y establecer para cada región y situación en particular. Los esfuerzos por medir y cuantificar las prácticas de crianza se han visto dificultados por problemas metodológicos, ya que estas prácticas de crianza no siempre son medibles en sentido estricto, no remiten a propiedades para las cuales exista una escala e instrumentos de medición estandarizados.

En cuanto a los resultados hallados se puede decir que un tercio de las mujeres tuvieron prácticas adecuadas de control reproductivo. Las prácticas relacionadas con la lactancia fueron adecuadas en casi la mitad de los casos. Los conceptos relacionados con la alimentación y con las prácticas de atención psicosocial fueron inadecuados en muchos casos, así como los conocimientos sobre las etapas del desarrollo infantil. Las opiniones de las madres con respecto al cuidado de la salud de sus hijos en general fueron adecuadas, aunque esto no siempre se reflejó en la práctica.

- "Atrapados en la necesidad...Alternativas posibles".*

*Susana Fernanda Momenti. Adriana Miriam Slaifstein. Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Publicado en el XV Congreso de la Federación mundial de Terapeutas Ocupacionales. Santiago de Chile. Chile. 4 al 7 de Mayo 2010.

En la presente investigación, las autoras mostraron una experiencia de trabajo psico-social de terapia ocupacional en la Argentina, a través del Programa de Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud.

Se comenzó con la investigación en junio de 2008, en la Vuelta de Rocha, un lugar turístico en el barrio de La Boca.

El trabajo se realizó tanto con y en la comunidad, trabajando en cuestiones cotidianas, buscando nuevas alternativas de cambio, a fin de hacer frente a situaciones adversas.

Dado que sus habitantes están excluidos del circuito económico, generado por el turismo, las personas tienen un alto índice de necesidades básicas insatisfechas (educativos, residenciales, laborales, etc.)

El objetivo principal fue facilitar las herramientas que podrían ser útiles para alcanzar mejores niveles de vida en dicha población; haciendo hincapié a la ocupación del Trabajo

Otro de los objetivos fue, estimular las motivaciones y potencialidades para permitir el desarrollo personal y colectivo, con el fin de fortalecer los lazos sociales.

Por medio de los resultados, se observaron cambios significativos, en los aspectos personales y familiares, tales como el reconocimiento de sus propias necesidades, intereses, posibilidades y su capacidad de tomar decisiones, resolver situaciones. Como así también, una mayor consideración de sí mismos, sus familias y su entorno.

Como profesionales que trabajan en salud, tuvieron en cuenta su presencia en el barrio como altamente beneficioso, ya que permitió el contacto directo con la población, así como la planificación y ejecución de estrategias ocupacionales.

A modo de conclusión, las autoras hicieron hincapié en la importancia de la prevención, así como también en las acciones de promoción de la salud, que demuestran que la especialidad puede y debe adaptarse a los nuevos retos de la sociedad.

Como contribución a la práctica de la Terapia Ocupacional, esta experiencia, ofreció una visión integral y la importancia en la singularidad de cada individuo en su entorno social.

**Mar del Plata**

- "Adquisición de las Actividades de la Vida Diaria de cuidado personal en niños pertenecientes a poblaciones con Necesidades Básicas Insatisfechas".*

*Becce, H.; Di Santo, M. Tesis de Grado. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1998.

El objetivo general fue comprobar si los niños pertenecientes a la población con necesidades básicas insatisfechas que concurren al comedor de Jardines Municipales de la ciudad de Batán y que cursan la Tercera Sesión del Nivel Inicial, lograron las actividades de la vida diaria del cuidado personal correspondientes a esa edad, y poder brindar nuevos aportes a la Terapia Ocupacional acerca de la evaluación de estos niños.

La muestra estuvo conformada por 40 niños de 5 a 6 años que concurrían al comedor de los jardines Municipales Nro. 4 y Nro. 21 de Batán

Los resultados obtenidos fueron que ninguno de los 40 niños tenía adquirida la totalidad de las pautas relacionadas con las actividades de cuidado personal correspondientes a los 5 y 6 años de edad. El promedio de ítems adquiridos fue del 71,2 % de la evaluación, existiendo un mayor promedio de pautas adquiridas en la actividad de vestido (76,3%) que en las actividades de alimentación e higiene (77% y 75%).

La conclusión fue que el aprendizaje de las actividades de cuidado personal no es estimulado por los padres en los hogares, el ambiente en el que esta inmerso el niño perteneciente a poblaciones con Necesidades Básicas Insatisfechas, no favorece la adquisición de las pautas relacionadas con dichas actividades. Las Tesistas consideraron sumamente importante la inclusión de las actividades de alimentación, vestido e higiene, como parte de la rutina escolar del nivel inicial e inclusive que su estimulación debe comenzar aún antes.

- "El Derecho a la Salud. Concepciones, representaciones, prácticas y participación social". Reflexiones en Terapia Ocupacional.*

*MC Vega, Campisi MA, M. Donati, E. García Cein. Universidad Nacional de Mar del Plata. Pcia. Buenos Aires, Argentina. Publicado en el XV Congreso

de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Santiago de Chile. Chile. 4 al 7 de Mayo 2010.

El presente artículo es una investigación aplicada en la salud infantil y las familias pobres, llevado a cabo en Mar del Plata, Argentina por grupos interdisciplinarios.

Su objetivo fue reflexionar sobre las familias, el derecho a la salud y su participación en las decisiones de salud individual y colectiva; la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se hace hincapié en las opiniones, representaciones sociales y prácticas de las familias y los equipos de salud.

Se obtuvieron conclusiones, sobre los equipos de salud y los conocimientos familiares, acerca de las representaciones y las prácticas cotidianas, el impacto en la comunidad, la alimentación y la salud.

En la primera infancia, el crecimiento y el desarrollo son alcanzados por las posibilidades de interacción entre las acciones de los niños y el medio ambiente.

El concepto de salud está relacionado con los hábitos alimenticios y de higiene en lugar de la alimentación y desarrollo.

Los equipos de salud evalúan los hábitos negativos, principalmente aquellos relacionados con las madres adolescentes.

Las contradicciones entre, la autonomía en las familias y las creencias sobre la salud y prácticas son notables.

La aplicación de una metodología cualitativa y participativa en un contexto de pobreza contribuye para el diagnóstico de la salud y las políticas públicas.

- "Prácticas de crianza, su importancia en la promoción del desarrollo infantil. La investigación potenciando el ejercicio profesional."*

*Beltrán, M. I.; Vega, M. C. Lic. En Terapia Ocupacional. Mesa de comunicaciones libre e investigación. VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Modalidades y estrategias de acción potenciando el ejercicio profesional" La Plata. Año 2011.

En esta investigación las autoras resaltan cómo las prácticas de crianza, particularmente relacionadas a la alimentación y la estimulación psicosocial, ejercen un profundo impacto sobre la salud infantil, incidiendo en la supervivencia y crecimiento del niño, y en el desarrollo de sus potencialidades.

Este trabajo surge de resultados parciales de una investigación mayor realizada en unidades sanitarias, con el objetivo de conocer prácticas de crianza, conocimiento y creencias de los cuidadores de niños pequeños en contexto de vulnerabilidad social.

Entre los resultados más significativos con respecto a las prácticas de estimulación psicosocial, se encontró que la mayoría de los niños menores de 2 años comparten habitación con los padres (colecho). Esta práctica se sucede sin estar ocasionada por falta de espacio.

Los niños mayores de 6 meses, en un porcentaje no menor, utilizan andador, y el 74 % de las madres/cuidadores no realizan lectura de cuentos o libros con imágenes a los niños.

Con respecto a los conceptos y creencias sobre el desarrollo infantil y los medios que contribuyen al conocimiento y la práctica de la maternidad, los porcentajes más importantes representan al aprendizaje a partir de las experiencias de cuidado de hijos anteriores y de la misma experiencia con el niño. Consideran al aprendizaje de la maternidad como una cuestión instintiva.

Las fuentes de conocimiento reconocidas por las madres son en primer lugar, el sistema de salud: pediatra, durante los controles. Así como también diversas publicaciones (libros, revistas, Internet). Un porcentaje menor indica que el conocimiento proviene de la experiencia de la propia crianza.

Por último las autoras agregan que, como Terapistas Ocupacionales no se puede desconocer aquellos factores que se ven reflejados en las modalidades de interacción y respuesta a las necesidades del niño. Son necesarios incluirlos en la promoción del desarrollo infantil, de modo de generar acciones estratégicas de salud y educación, que involucren la transmisión de conocimientos, y promuevan la participación activa de los actores sociales, formando espacios para nuevos saberes que transformen el medio del niño en un contexto favorecedor para su crecimiento y desarrollo.

# DIAGNÓSTICOS

**Diagnóstico B Belgrano**

El Barrio Belgrano de la ciudad de Mar del Plata se encuentra delimitado entre las calles 238 hasta la Avenida Carlos Gardel, y de la calle Irala hasta la Avenida Fortunato de la Plaza.

Las líneas de colectivos para acceder allí son: 571 A y B y 573 A y B.

El Barrio cuenta con una plaza con juegos para niños y un playón donde se practican diversas actividades deportivas y artísticas (fútbol, básquet, murga, gimnasia).

Frente a esta plaza se halla el Centro de Atención Primario de Salud (CAPS). Al mismo asisten personas del barrio Don Emilio y Autódromo (Barrios linderos). Esta área está delimitada por las calles San Salvador hasta ruta 88 y Av. Centenario hasta calle 258.

Los programas que funcionan en el CAPS son: Programa de salud sexual y reproductiva, Remediar y de Desarrollo Infantil.

Las instituciones educativas con las que cuenta el Barrio Belgrano son: Jardín de Infantes Municipal nro. 23, EPB Nº 76 y la ESB Nº 51.

En el barrio encontramos también una Biblioteca Municipal "Manuel Belgrano", un Subcentro de Atención Primario de Salud ubicado en calle Soler y 222. El mismo cuenta con Servicios de: Clínica Médica, Generalistas, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Servicio Social, Salud Mental (T.O., Fonoaudiología, Psicología), Nutrición, Odontología Pediátrica y del adulto, Traumatología, Enfermería, Administración.

También se puede hallar el CDI (Centro de Desarrollo Infantil), donde funcionan, el Servicio Social Municipal, el Programa Nidos (donde se realizan talleres de peluquería y macramé), Primeros Años y un Taller de Juego.

Hay una Sociedad de Fomento, donde se realizan diferentes actividades de gestión y participan en Mesa territorial. Un Centro Cultural Sábato, donde funciona el Programa Envión, destinado a adolescentes entre 12 y 20 años, y se realizan talleres abordando diferentes temas como: violencia de género, pautas de crianza, etc.

Allí funciona además el Banco Popular de la Buena Fe, éste consiste en otorgamiento de préstamos de dinero para microemprendimientos.

También hallamos tres comedores: Pami, Gutiérrez y Santa Teresita Cáritas.

Se considera que aproximadamente el 76 % de la población total de los tres barrios, presentan sus necesidades básicas insatisfechas.

De acuerdo a lo consultado por Servicio Social, en el Centro de Información Estratégico del Municipio de Gral. Pueyrredón, se observa en una tabla de información proyectada al año 2010, una población de 16.953 habitantes en el área mencionada y 4.711 hogares.

Durante el año 2010 se realizaron extensiones del servicio de desagüe cloacal en el B Belgrano, aunque no cubre la totalidad del mismo.

El subsistema de abastecimiento de agua desde pozos en red corresponde al área programática del CAPS Belgrano. La red de gas natural está presente, aunque no todos los vecinos cuentan con conexión a la misma.

Los .tres barrios del área programática poseen alumbrado público, aunque la población lo considera insuficiente.

Hay pocas calles asfaltadas, en general son de tierra. El B Autódromo es el más afectado, sufriendo inundaciones.

El tipo de trabajo que predomina es el informal, hallando trabajos como: empleo doméstico, cuidado de niños y ancianos, fileteado de pescado, tareas de construcción, pintura de obras, carga y descarga de camiones. Se trata de actividades no registradas, pero que tienen durabilidad en el tiempo.

Trabajo informal por cuenta propia (independiente): changas, cirujeo.

El trabajo formal se presenta en menor porcentaje, en actividades relacionadas con la construcción, entre otras.

Respecto a la situación habitacional, se observa que los grupos familiares nucleares extensos y nucleares, cuentan en su mayor porcentaje con vivienda propia, predominantemente de mampostería con servicios de luz y agua corriente (conexiones clandestinas).

En general las familias comparten terrenos, servicios y en algunos casos baños.

En relación a los grupos familiares se destacan la familia nuclear, nuclear extensa y ampliada.

Se observa embarazos no planificados en la adolescencia, como así también intervalos intergenésicos menores de dos años, pudiendo constituir un factor de riesgo.

En los grupos familiares ampliados y en algunos casos de nucleares extendidos se observa hacinamiento.

**Diagnóstico del Jardín Municipal Nro. 23 "Roberto Payró".**

Se encuentra localizado en la calle Bouchard 11.232, comprendido entre las calles 224 y 226, a cinco cuadras de la Av. Carlos Gardel del Barrio Belgrano, Partido de Gral. Pueyrredón, Mar del Plata. La calle de acceso a la Institución está en buen estado, es de granza sin cordón cuneta.

El Establecimiento es de una sola planta y está construido con materiales de mampostería, revoques finos de terminación pintados y techo de chapa. El estado de las instalaciones sanitarias es bueno. Cuenta con los servicios de agua corriente, cloaca, gas natural y luz eléctrica por red.

El jardín consta de ocho secciones (cuatro secciones en turno mañana y cuatro secciones en turno tarde):

Primera sección.
Segunda sección.
Tercera sección.
Una Integrada (con niños de 4 y 5 años de edad).

En cada una de las Secciones se sirve el desayuno y la merienda de acuerdo al turno que corresponda.

La planta funcional está conformada por una (1) Directora; una (1) Vice-Directora; (3) tres preceptoras; ocho (8) Docentes; una (1) Orientadora Social; una (1) Orientadora Educacional; una (1) Docente de cambio de funciones; cuatro (4) auxiliares y un (uno) personal de vigilancia.

La mayoría de los padres concurren al Establecimiento por demanda espontánea, como así también concurren a reuniones y actos convocados por las docentes.

La matrícula total de concurrentes es de 219 niños y la cantidad máxima de niños por Sección es de 27.

Los niños pertenecen en su mayoría a familias nucleares completas: padre, madre e hijos. La estructura familiar se basa en parejas de padres, en unión de hecho y unidos legalmente.

Algunas familias se ven ampliadas con otros familiares: abuelos, tíos, primos, etc. En otros casos los niños quedan a cargo de los abuelos ó un

familiar, siendo muy pocos los que realizan el trámite legal. Y uno de los motivos que aducen las madres es la formación de una nueva familia y no contar con recursos económicos para tenerlo con ella.

En un porcentaje menor están las familias que corresponden a una estructura monoparental. En algunos casos esta situación se debe a que el padre se encuentra detenido, o la madre o el padre realizaron abandono del hogar, y en otros casos son hijos de madre soltera.

Un número considerable de familias, se fueron formando sobre uniones sucesivas (familias ensambladas).

Se ha observado, en relación a años anteriores, una disminución en la cantidad de hijos por familia; más de la mitad de las familias tienen entre uno y tres hijos. En algunas familias la cantidad de hijos es elevada, con escasa planificación familiar en relación a las posibilidades reales para la crianza de los niños.

El promedio de edad de los padres está entre los 25 y 30 años.

Con respecto a la nacionalidad, se observa que la mayoría de los padres son argentinos, siendo algunos de ellos chilenos. Es importante señalar que los padres de los niños o sus abuelos provienen del interior del país principalmente de la zona de Santiago del Estero, Tucumán, etc. Lo que hace que exista un intercambio de culturas y forma de vida diferentes, siendo muy difícil para algunas familias el arraigo y sentido de pertenencia al lugar. Estas familias sumaron a las pautas culturales y sociales de la zona de donde proceden, normas, valores y aspiraciones de la vida urbana, produciéndose así estructuras culturalmente mixtas.

El nivel de instrucción generalizado de los padres, va desde la primaria incompleta a la secundaria incompleta, teniendo la mayoría primaria completa. Es probable que las causas de abandono se deban a dificultades para el estudio o la necesidad de trabajar a muy temprana edad. También se ha observado padres que cursan el nivel terciario.

A diferencia de otros años, hay un mayor porcentaje de padres que desarrollan una actividad laboral permanente y estable, por cuenta propia o en relación de dependencia, desempeñándose en general en el sector terciario: gastronomía, transporte, administración pública y comercio.



Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

Otro porcentaje menor de padres tiene una actividad laboral inestable, siendo trabajos temporales, como por ejemplo desarrollan su labor en el sector pesquero, realización de changas, empleados rurales, así como también en el sector de la construcción. Por lo general, estas actividades continúan caracterizándose por su precariedad e inconstancia: poca antigüedad, bajos ingresos, falta de aportes provisionales y de cobertura social.

Actualmente son pocos los padres que se encuentran desocupados, sin actividad alguna, quedándose en algunos casos al cuidado de sus hijos cuando la madre va a trabajar.

Un porcentaje relevante de las madres de los niños son ama de casa y cuentan con el plan familia, entre otros planes sociales gubernamentales.

Varias familias reciben el plan vida, otras la vianda de alimentos del CDI y los hermanos asisten al comedor de las escuelas a la que concurren respectivamente.

Las familias en general acuden para la atención de la salud a servicios públicos, Subcentro de Salud Nro 12, HIEMI, HIGA e IREMI.

El estado de salud de las familias, en general es bueno, pero se destaca que una cantidad de niños padecen enfermedades respiratorias, alergias, pediculosis y caries. Siendo las primeras causantes de ausentismo en los niños en los meses invernales.

En cuanto al aspecto habitacional, las viviendas en su mayoría son de mampostería, de sencilla edificación, algunas se encuentran en construcción o sin revoque. Existen viviendas de madera y chapa (principalmente en el asentamiento), que se encuentra en el límite entre el Barrio Belgrano y el Barrio Autódromo. Así como también casillas prefabricadas.

Hay viviendas en que la cantidad de ambientes no guarda relación con el número de personas que viven en ella. En otros casos dividen el ambiente con mobiliario o cortinas para ser utilizados como dormitorios, se produce así en muchas familias hacinamiento y falta de privacidad.

Con respecto a la obtención del agua, la mayoría la obtiene por corriente y motor. En el asentamiento hay una canilla pública. Pero se destaca que algunas familias lo realizan por bomba manual o cedida. En algunos casos no tienen un sistema de distribución de agua en el hogar.

Algunas familias cuentan con gas natural, pero una cierta cantidad de ellas utilizan gas embasado, para la cocina, calefacción, leña, de cuarzo y también el kerosene. Esto se debe al costo elevado de la conexión a la red de gas.

Es de destacar que la zona aún no tiene cloaca, utilizando pozo ciego.

Teniendo en cuenta los datos aportados por el Jardín, se percibe que los ingresos económicos van desde bajos a muy bajos, los cuales no alcanzan a cubrir las necesidades básicas del grupo familiar. En algunas familias sólo realizan una o dos comidas en el día, o las mismas contienen bajo nivel nutritivo. Así como también, la cobertura de las necesidades de vestimenta y cuidados de la salud se ven afectadas, siendo precarias e insatisfactorias. También hay familias que se encuentran en situación de extrema pobreza.

# CAP. I:

# SALUD. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

# FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO.

Creemos necesario comenzar conceptualizando el término de Salud, para el abordaje de nuestra investigación, y de esta manera introducirnos en el paradigma de conocimientos que lo sustenten.

Inicialmente a la **Salud** se la definía como el "*estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afección ò enfermedad*"[1].

Esta definición ha sido muy criticada, ya que la Salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad, ambas son parte de un proceso multidimensional. Es decir, el individuo se encuentra en equilibrio inestable tanto de su organismo biológico como de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambiente, socioculturales y simbólicos, que le permiten a la persona, además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

La Salud se construye de manera individual y grupal.

A su vez está determinada por diversos factores como: ingresos, nivel social, ayudas sociales, sexo, educación, condiciones laborales, entornos físicos, calidad del aire, inocuidad alimentaria, agua, nutrición, servicios de salud, desarrollo infantil saludable, entre otros.

Teniendo en cuenta que la Salud es un proceso que se construye de manera grupal, no deberíamos dejar de darle importancia a los diferentes enfoques por medio de los cuales puede ser abordada la Salud. Dichos enfoques son complementarios.

El **Enfoque Médico** está relacionado con estados patológicos que requieren tratamiento en servicios de urgencia. Dentro de éste enfoque, la Promoción de la Salud, identifica los factores de riesgo para estos estados de enfermedad y de esta manera trabaja disminuyendo los factores de riesgo y así prevenir enfermedades.

El **Enfoque Conductual** está relacionado con los estilos de vida individuales (tabaquismo, consumo de drogas y alcohol, estado físico desfavorable y capacidades limitadas para afrontar el estrés). Este enfoque

---

[1] Declaración de ALMA-ATA; Revista de Salud Mundial. Artículo 1. Agosto-Septiembre; 1998; Pàg 16.

pone énfasis en la educación para la Salud, habilidades para afrontar el estrés y concientizar a los individuos a hacer elecciones por un estilo de vida saludable, y a su vez estimular a los niños a adoptar dichos estilos de vida desde las primeras etapas del desarrollo.

Desde el **Enfoque Socio Ambiental**, los problemas de Salud están relacionados a las condiciones de riesgo ambiental (como la pobreza, educación limitada, desempleo y condiciones de vida o laborales desfavorables) y factores de riesgo psicosociales (como el aislamiento, estrés y redes sociales limitadas). [2]

"*El éxito desde una perspectiva socio ambiental, se basa en indicadores como prácticas sostenibles desde el punto de vista ambiental a niveles personal y público, redes sociales desarrolladas, y una distribución social mas equitativa del poder y los recursos*".(Labonte, 1993, en Spackman)[3]

En conjunto éstos Enfoques se concentran en la Prevención Primaria (crear estilos de vida saludables) y la Promoción de la Salud (crear condiciones de vida saludables).

## ATENCIÒN PRIMARIA DE SALUD

Es la "*atención esencial de la Salud que se hace accesible al costo que un país y una comunidad pueden afrontar, con métodos que sean prácticos, científicamente, correctos y socialmente aceptables*" (Nutbeam, 1998, p.3, Spackman).[4]

Es una estrategia que enmarca una serie de acciones de Salud, como Prevención, Curación y Rehabilitación. Basada en métodos y tecnologías prácticos, con una participación activa de las personas que forman parte de la comunidad. Esta estrategia debe ser a un costo accesible tanto para la Comunidad como para el país.

Le otorga importancia a la prevención de las distintas enfermedades y en las terapéuticas accesibles a los individuos que pertenecen a una comunidad.

[2] WILLARD Y SPACKMAN."Terapia Ocupacional".11ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. 2011. Pàg 166-167.
[3] LABONTE, 1993, en WILLARD Y SPACKMAN OP.CIT; Pàg 167.
[4] NUTBEAM, 1998, p.3 WILLARD Y SPACKMAN OP.CIT; Pàg 172.

De acuerdo a las condiciones económicas y características socioculturales, políticas del país y distintas comunidades, la Atención Primaria de la Salud, tiene en cuenta la participación de todos los sectores, fomentando la auto-responsabilidad, otorgando prioridad a los más necesitados.[5]

Los programas en la estrategia de Atención Primaria deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esencial. Esto implica, establecer prioridades; como por ejemplo los grupos rurales y urbanos marginados y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos.[6]

Con respecto al contenido de los programas, deben acentuarse las actividades de promoción y prevención, combinándolas de forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.

Otras de las características de la APS son:

- Universalidad: toda la población debe tener acceso a los servicios.
- Equidad: igual oportunidad de acceso en todos los niveles;
- Continuidad: no deben ser esporádicos, como los servicios móviles.

La APS basa su estrategia en programas preventivos y curativos dirigidos a poblaciones especiales (madre, niño, trabajador, anciano, persona con discapacidad); a la salud en general (alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental); y a la prevención, protección y control de enfermedades.

Podemos entender a la **Prevención** como las acciones de promoción y protección específica de la salud que forman parte de la estrategia de APS.

Las medidas preventivas dependen de estudios previos sobre las principales causas de la morbilidad y mortalidad en la población de estudio. A partir de esta información se analizan los factores de riesgo que pueden actuar en un macronivel (usos y costumbres, pobreza, características del hogar y del entorno próximo), y en un micronivel (antecedentes personales de afecciones previas, hábitos nocivos-fumar, consumo indebido de sustancias, estado

[5]TEJADA DE RIVERO, D.; "Salud Publica y APS, una evaluación critica".
[6] KROEGER, A.; LUNA R.; "Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. Segunda Edición. Editorial Pax Mèxico.OPS 1992.

nutricional y adecuación de la dieta, etc.). A continuación deben seleccionarse los métodos preventivos primordiales (prevención de la aparición de factores de riesgo aún no instalados); ***preventivos primarios*** (reducir la incidencia de enfermedades o afecciones, una vez que ya se han instalado los factores de riesgo); ***preventivos secundarios*** evitar las recaídas y el avance de la enfermedad); ***preventivos terciarios*** (evitar las secuelas discapacitantes de la enfermedad). [7]

Para la selección de los diferentes métodos preventivos se deberán tomar en cuenta los datos sobre factores de riesgo prevenibles y la rentabilidad, debido a que los recursos humanos, tecnológicos y socioeconómicos requeridos por las medidas de prevención, deben ser sostenibles.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la Salud como estrategia de la APS, ha sido definida como el "*proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su Salud y mejorarla*" (OMS, 1986, p. 2). [8]

Consiste en "*proporcionar a los pueblos los mecanismos necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella*" (Carta de Otawa, 1986).[9]

Los determinantes de la Salud pueden utilizarse como base para considerar cómo puede promoverse la Salud.

Se intenta proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la Salud, asumiendo un mayor control sobre sí mismos, de manera que los individuos puedan alcanzar un favorable bienestar físico, mental y social, adaptándose al medio ambiente.

La promoción de la Salud, debe comenzar con consultas iniciales, llevar a cabo una evaluación de las necesidades, identificar problemas de salud,

[7] Serrat, Mario A. H. (comp.). "Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad". Grupo de trabajo sobre la problemática de la discapacidad. Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Editorial Martín. Año 1999.
[8] WILLARD Y SPACKMAN OP.CIT; Pàg 169.
[9] WILLARD Y SPACKMAN OP.CIT; Pàg 169.

establecer objetivos y prioridades, planificar recursos y acciones, y evaluar el progreso.[10]

## FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas, reduciendo el impacto de riesgo en la conducta del individuo y que lo motivan al logro de las tareas propias del desarrollo. Estos factores están relacionados con las situaciones cotidianas que enfrentan los integrantes de la familia a diario.

La familia tiene un rol muy importante, donde las interacciones entre los integrantes, moldean las principales conductas que mantienen a los individuos sanos, como pueden ser los hábitos de alimentación, higiene, vestimenta.

Los estilos de vida de las personas, surgen de cómo estos fueron socializados, de acuerdo a conductas protectoras y riesgosas para su salud.[11]

La familia como el principal agente socializador de los niños, comunica estilos de vida, prácticas de crianza, ya sean saludables (protectoras) ó patógenas (riesgosas), como también ciertas formas de resolver los problemas de salud.

Entre los **factores protectores** encontrados por varios estudios empíricos, mencionamos los siguientes:

- Relación emocional estable, por lo menos con un padre u otro adulto significativo.
- Redes sociales existentes, tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares.
- Experiencias de auto-eficacia, confianza en si mismo, autoconcepto positivo.

[10] WILLARD Y SPACKMAN OP.CIT
[11] RAFFO, G.; RAMMSY, C; Universidad del desarrollo; Escuela de Psicologia, en Revista latinoamericana de Psicologia, Frazer, 1997.

- Autoestima. Una actitud positiva de los padres, así como los logros sucesivos y adecuados al desarrollo de cada niño, según su edad y capacidades, favorecen la autoestima del niño.
- Satisfacer las necesidades básicas del niño: incluye el obtener y dar al niño los recursos necesarios para su sobrevivencia básica, incluyendo: alimentación, vivienda, salud, vestimenta. La capacidad de los padres de cumplir con dicha función, esta ligada al nivel de ingresos y educación de los padres.
- Función protectora: Los padres habitualmente se hacen responsables de proteger la integridad física, psicológica, espiritual y cultural de sus hijos, alejándolos de las amenazas externas, provenientes del medio natural, transmitiéndoles funciones de autocuidado.
- Promover los aspectos del desarrollo infantil: incluyendo los aspectos cognitivos, sociales, emocionales, morales, espirituales, sexuales, culturales y educacionales.
- Redes de apoyo social, que acepten incondicionalmente al niño en cuanto a persona.

Nos parece interesante aquí introducir el concepto de **niños resilientes**, ya que éste surgió de la observación de niños provenientes de ambientes altamente carenciados, ya sea por motivos socio-económicos, problemas familiares, y que sin embargo presentaban un desarrollo plenamente satisfactorio.

Los niños que logran superar la adversidad, las consecuencias negativas de la pobreza y marginalidad, y avanzar en el desarrollo, se denominan Niños Resilientes, y esta capacidad de invulnerabilidad ante las situaciones adversas que desarrollan estos niños está determinada por factores de protección que sobresalen en la personalidad de estos, su familia y la comunidad.

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

desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo. Ésta es el resultado de un equilibrio entre: factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano.[12]

En la personalidad de estos niños, sobresalen características como: la autoestima, la confianza, el optimismo, sentido de esperanza, autonomía o sentido de independencia, sociabilidad, capacidad de experimentar emoción, habilidades de imitación y competencia.

En este aspecto las familias pobres desarrollan sus propios factores de protección contra la pobreza, cuando por medio de la recursividad, la lucha y el trabajo diario, se apoyan para contrarrestar las privaciones.

La comunidad puede promover la resiliencia y ayuda a proteger al niño de la adversidad, de la violencia, del crimen, del fracaso. Puede proveer apoyo social en la forma de pertenencia, estabilidad y continuidad. Dentro de la comunidad, los niños se reúnen con adultos que les ayudan a desarrollar la confianza, autonomía e iniciativa. Estos adultos son especialmente significativos, creen en el niño y les ayudan a aprender a creer en él. Las comunidades pueden proporcionar el apoyo a los padres en sus papeles de crianza, así como también pueden proporcionar un clima educativo, abierto y de apoyo a favor, que es una fuente de resiliencia para los niños. Las comunidades proporcionan la infraestructura básica donde la vida familiar es vivida, como el empleo, cuidado del niño y un contexto donde comparten valores y expectativas.[13]

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son aquellos que incluyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales, que están relacionados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura.

Dichos factores fueron clasificados en:

[12] Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños jóvenes; num.13;Cap.3;OPS;1998.
[13] RAFFO, G.; RAMMSY, C; OP. CIT.

**Factores de riesgo individuales**

Dentro de éstos factores mencionaremos algunos como: la baja autoestima, inseguridad, desmotivación, intolerancia a la frustración, sentimiento negativo de auto-eficacia, problemas de conducta, susceptibilidad genética, agresividad, fallo académico, ausencia de compromiso escolar y la dificultad en la resolución de problemas.

**Factores de riesgo familiares**

Los factores mas relevantes son: alteraciones psiquiátricas familiares; manejo inadecuado de situaciones familiares; falta de reconocimiento, de aceptación, de identificación, de comprensión y orientación familiar; ausencia de responsabilidad doméstica; violencia doméstica; progenitores consumidores de alguna sustancia tóxica; desintegración familiar: inadecuada comunicación, padres excesivamente permisivos, padres emocionalmente afectados, padres con rechazo hacia los hijos; embarazos no deseados; falta de supervisión adulta en hábitos cotidianos; ausencia de ritos familiares (cumpleaños, reuniones familiares, días festivos); abuso físico y/o sexual.

**Factores de riesgo comunitarios**

Alta densidad en la población barrial; actitud hacia el pro-abuso de sustancias tóxicas; ausencia de instituciones comunitarias activas; ausencia de sentimiento de pertenencia en la Comunidad; barrios desorganizados, falta de liderazgo; pobreza; falta de actividad de empleo; ausencia de apoyo escolar.

Dentro de esta clasificación no debemos dejar de lado los factores de riesgo psicológicos, tales como:

- Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas (necesidad de auto-afirmación, de aprobación, de independencia).
- Patrones inadecuados de crianza, como la sobreprotección y el autoritarismo.

- Permisividad: propicia la adopción de conductas inadecuadas por la carencia de límites claros.
- Autoridad dividida: no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, provocando desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.
- Ambiente frustrante: al producirse la censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se perciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada.
- Inadecuado ambiente familiar: familia que no cumple sus funciones básicas y no quedan claros las reglas y roles familiares, se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del niño.

Se han identificado condiciones familiares que pueden ser señaladas como factores de riesgo respecto de determinadas problemáticas de salud. A modo de ejemplo, las familias uniparentales, la separación y divorcio de los padres, los conflictos conyugales, el maltrato doméstico, la negligencia parental, el embarazo precoz, etc., son todos factores de riesgo para la salud, tanto de los adultos como de los adolescentes e infantes.

## BIBLIOGRAFIA


- Alvarado, E; Canales, F; Pineda, B. "Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de la Salud."

- "Declaracion de Alma-Ata, Carta de Otawa" Salud Mundial Agos/Sept 1988.

- Jadue G.; Galindo A.; Navarro L. "Factores protectores y Factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social".Universidad Austral de Chile, Instituto de Filosofía y Estudios Educacionales, Casilla 567, Valdivia, Chile. Estudios Pedagógicos XXXI, N 2: 43-55, 2005

- Kroeger, A.; Luna R.; "Atencion Primaria de Salud. Principios y métodos. Segunda Edición. Editorial Pax México.OPS 1992.

- Milton Tenis; "Tendencias actuales en la salud publica de las Américas".

- Tejada de Rivero, D. "Salud Publica y APS, una evaluación crítica".

- Serrat, M.A. H. (comp.). "Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad". Grupo de trabajo sobre la problemática de la discapacidad. Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del plata. Editorial Martín. Año 1999.

- Videla, M.; "Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria". Editorial 5 (Cap. 6).

- Willard y Spackman."Terapia Ocupacional".11ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. 2011.

# CAP. II: DESARROLLO DEL NIÑO SANO

## Características del desarrollo normal del niño en edad pre-escolar

A continuación se hará una descripción, según distintos autores, de los aspectos más importantes del desarrollo del niño normal, teniendo en cuenta las principales áreas que éste comprende:

### Desarrollo cognitivo

J. Piaget postula que el espacio cognoscitivo del niño está en continuo desarrollo. La facultad de pensar no es congénita, ni está preformada en el psiquismo, sino que constituye una construcción activa y de compromiso con el exterior, y que se da en distintas etapas.

"*El desarrollo de las funciones cognoscitivas está caracterizado por una sucesión de etapas, de las cuales solo las últimas (a partir de los 7 u 8 años hasta los 11- 12 años) señalan la finalización de las estructuras operativas o lógicas, pero cada una de las cuales, y a partir de las primeras de ellas, se orienta en esta dirección*"[14].

En cada etapa, el niño conoce al mundo de distintos modos y utiliza mecanismos internos diferentes para organizarse. Es decir que las capacidades adquiridas no se pierden, por el contrario, sirven como peldaños para nuevas conceptualizaciones.

**Nivel preoperatorio** (desde los 2 o 3 a los 7 u 8 años de edad)

El requisito principal de la representación es lo que se llama la capacidad para distinguir los *significantes* de los *significados* y así poder evocar a uno para poner de manifiesto o referirse a otro. La capacidad generalizada para ejecutar esta diferenciación y poder hacer el acto de referencia es llamada por Piaget *función simbólica.*

En el pensamiento preoperatorio tiene la posibilidad de aprender de modo simultáneo en una síntesis única, interna, una serie completa de hechos

[14] PIAGET, J. *Seis estudios de Psicología.* Edit. Sudamericana Planeta. Buenos Aires. Año 1967. p.33.

separados. Puede recordar el pasado, representar el presente y anticipar el futuro.

El niño aquí es activo, reflexiona sobre la organización de sus propios actos.

Puede extender su alcance más allá de los actos presentes, concretos del sujeto y del objeto del ambiente.

Características del pensamiento preoperatorio

- El niño del pensamiento preoperatorio es **egocéntrico** en relación con las representaciones: el niño es incapaz de tomar el lugar de otras personas. No hace ningún esfuerzo para que los demás puedan entender su discurso. No siente necesidad de justificar sus razonamientos ante los otros ni de buscar posibles contradicciones en su lógica.
- Tendencia a **centrar** la atención en un solo rasgo llamativo del objeto de su razonamiento en desmedro de los demás aspectos importantes. Es incapaz de **descentrar**, es decir de tomar en cuenta otros rasgos que podrían equilibrar y compensar los efectos distorsionadores (asimila solo rasgos superficiales, no diferencia ancho y alto).
- El pensamiento es estático e inmóvil, porque da más atención a las configuraciones sucesivas de una cosa que a las **transformaciones** mediante las cuales un **estado** se convierte en otro. No puede ligar de modo adecuado una serie completa de condiciones sucesivas en una totalidad integrada, tomando en cuenta las transformaciones que la unifican y las hacen lógicamente coherentes. Pesado, lento y sumamente concreto.
- Otra característica principal del pensamiento preoperatorio es la relativa ausencia de un **equilibrio** estable entre la acomodación y la asimilación. El sistema asimilativo, es decir, la organización cognoscitiva del niño, tiende a quebrarse y desorganizarse durante el proceso de acomodación a nuevas situaciones. El niño es incapaz de acomodarse a lo nuevo asimilándolo a lo viejo en una forma coherente, racional, de forma que permita conservar intactos los aspectos fundamentales de la

organización asimilativa previa. Su vida cognoscitiva, como su vida afectiva, tiende a ser inestable, discontinua, cambiante de un momento a otro.

- El pensamiento preoperatorio tiende a operar con imágenes concretas y estáticas de la realidad. El niño se representa la realidad, en vez de actuar en ella. El niño pequeño se limita a imprimir en su cabeza las sucesiones de hechos de la realidad tal como lo haría en la conducta manifiesta, este pensamiento es por demás concreto y a lo que Piaget llama **realismo**: las cosas son tal como las percibimos, los fenómenos circunstanciales (sueños, nombres, pensamientos, obligaciones morales, etc.) son concretados como entidades casi tangibles.
- **Irreversibilidad**: una organización es reversible cuando puede recorrer un camino cognoscitivo y luego hacer el camino inverso en el pensamiento. Además es reversible si puede componer en un único sistema organizado los diversos cambios compensatorios que resultan de una transformación. O sea aquella que es móvil y flexible. El pensamiento pre-operacional no es reversible ya que no hace más que repetir hechos irreversibles. Se hallan envueltos en contradicciones. En el sentido de que le es negada la posibilidad permanente de volver a una premisa inalterada.
- **Preconceptos**: son los primeros conceptos primitivos empleados por el niño, o sea, los primeros esquemas de acción interiorizados. Estos preconceptos tienden a ser dominados por la acción, compuestos de imágenes y concretos, antes que esquemáticos y abstractos.

  El niño tiene problemas para ver a los miembros de apariencia semejante de una clase particular como individuos separados y diferentes. Piaget usa la palabra transductivo para referirse a los tipos de razonamientos mediante los cuales el niño del subperíodo Pre-operacional vincula diversos conceptos. Pasa de lo particular a lo particular.

  Otra característica de este pensamiento transductivo es que el niño tiende a establecer conexiones asociativas antes que relaciones deductivas y causales entre los términos sucesivos, es decir tiende a

yuxtaponer elementos, y no a vincularlos mediante llamados a la necesidad lógica o la causalidad física. .

- **Animismo**: nace de la indiferenciación que existe en el realismo, pero en el sentido inverso: todo lo que está en movimiento es vivo y consciente.
- **Precausalidad:** los porqués atestiguan una precausalidad intermedia entre la causa eficiente y la causa final, y tiende a encontrar una razón para los fenómenos que para el niño provocan entonces mucho más necesidades de una explicación finalista. Esta precausalidad es bastante próxima a las formas sensorio – motoras "mágicas fenoménicas". Ambas resultan de una especie de asimilación sistemática de los procesos de la acción propia y eso conduce, a veces, hacia actitudes mágicas. Así como la precausalidad del sensorio-motor da paso a una causalidad objetiva y especializada, también la precausalidad representativa se transforma poco a poco al nivel de las operaciones concretas, ya que son coordinaciones generales de las acciones.

En el preoperatorio el niño no distingue con claridad el **juego** de la realidad como ámbitos cognoscitivos diferentes que poseen reglas básicas distintas. En el niño el juego no puede oponerse a la realidad, en ambos casos la creencia es arbitraria y sin razones lógicas. El juego es una realidad en la que el niño está dispuesto a creer cuando está solo.

El pensamiento preoperatorio contiene dos fases: durante los primeros 2 o 3 años la capacidad de representación, y durante el 5to, 6to y 7mo año, esos rasgos operacionales dejan lugar a rasgos característicos de las operaciones concretas. Las estructuras rígidas, estáticas e irreversibles[15].

## Desarrollo psicosexual

Desde la teoría del desarrollo psicosexual S. Freud plantea las distintas transformaciones que sufre la pulsión sexual en función a su objeto de la libido.

[15] FLAVELL, J; *La psicología evolutiva de Jean Piaget*; Cap. III. Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina. Pág.104 a 130.

Ésta pasa por distintas etapas o fases. La fase que caracterizaremos de acuerdo a nuestra investigación será la **(fálica) genital**, ya que se corresponde de los 3 a 5 años, luego siguiéndole la genital propiamente dicha que corresponde con la pubertad (12+).

Entre los 5 y 12 años se produce un **período de latencia** donde el mundo pulsional (pulsiones sexuales), se encuentran más atenuadas para que el niño disponga de toda su energía al servicio del aprendizaje.

La zona erógena y la fuente en la etapa fálica son los genitales. Éstas coinciden porque la manipulación de los genitales promovida por la masturbación es lo que le produce una sensación de plus de placer que el niño desea repetir. El objeto libidinal es edípico ya que el niño está atravesando por el complejo de Edipo; dicho objeto a su vez está atravesado por los deseos incestuosos del niño. El tipo de diferenciación sexual se da entre fálico (poseedor de un atributo particular, el pene) y castrado (el que no posee ese atributo). La satisfacción es autoerótica, el niño produce zonas erógenas que están en su propio cuerpo. Las pulsiones son parciales hasta la llegada de la pubertad, donde todas pulsiones parciales van a caer bajo el reinado de una sola pulsión que es la genital.

Esta etapa además de estar atravesada por el complejo de Edipo, también lo está por la amenaza de castración; ambas interrelacionadas.[16]

### Complejo de Edipo y la amenaza de castración

El complejo de Edipo es vivenciado de manera enteramente individual, pero es también un fenómeno determinado por la herencia, dispuesto por ella, que tiene que desvanecerse de acuerdo con el programa cuando se inicia la fase evolutiva siguiente predeterminada.

El desarrollo sexual del niño progresa hasta una fase en que los genitales han tomado un papel rector.

En la fase fálica el niño (varón) ha volcado su interés a los genitales, lo deja traslucir por su ocupación manual de ellos. Seguido vivirá la experiencia

---

[16] FREUD, S; *La organización genital infantil. (Una interpolación en la teoría de la sexualidad).* Año 1923. Pag 141-149. Obras completas. Amorrortu Ed. 1986.

del desacuerdo de los adultos con esta obra. Más o menos clara o brutal, sobreviene la amenaza de que se le arrebatara esa parte tan estimada por él, la amenaza de castración.

En la mayoría de los casos las mujeres proceden a una mitigación simbólica de la amenazada, pues no anuncian la eliminación de los genitales, sino de la mano pecaminosa.

Al principio el varón no presta creencia ni obediencia alguna a la amenaza. Solo tras hacer una nueva experiencia empieza el niño a contar con la posibilidad de una castración; a través de su propia observación.

La observación que por fin quiebra la incredulidad del niño es la de los genitales femeninos; llega a ver la región genital de la niña, la falta de un pene en un ser tan semejante a él. Con ello se ha vuelto representable la pérdida del propio pene y la amenaza de castración obtiene su efecto con posterioridad.

El complejo de Edipo ofrecía al niño dos posibilidades de satisfacción, una activa y una pasiva. Pudo situarse de manera masculina en el lugar del padre, como él, mantener comercio con la madre, a raíz de lo cual el padre fue sentido pronto como un obstáculo; o quiso sustituir a la madre y hacerse amar por el padre, con lo cual la madre quedó sobrando.

La aceptación de la posibilidad de la castración, la intelección que la mujer es castrada, puso fin a las dos posibilidades de satisfacción del complejo de Edipo. En efecto, ambas conllevan la pérdida del pene; una la masculina en calidad de castigo, y la otra la femenina, como premisa.

Si la satisfacción amorosa en el terreno del complejo de Edipo debe costar el pene, entonces por fuerza estallará el conflicto entre el interés narcisista en esta parte del cuerpo y la investidura libidinosa de los objetos parentales. En este conflicto triunfa normalmente el primero de esos poderes.

Las investiduras de objeto son resignadas y sustituidas por identificación. La autoridad del padre, o de ambos progenitores, introyectada en el yo, forma ahí el núcleo del súper yo, forma ahí el núcleo del súper yo, que toma prestada del padre la severidad, perpetúa la prohibición del incesto, asegura al yo contra la investidura libidinosa de objeto. Las aspiraciones libidinosas pertenecientes al complejo de Edipo son en parte desexualizadas y sublimadas. El proceso en su conjunto canceló su función. Con ese proceso se inicia el período de latencia.

El sexo femenino también desarrolla un complejo de Edipo, un superyo y un período de latencia; pero de forma diferente.

El clítoris de la niña se comporta al comienzo en un modo como el pene, pero ella, por la comparación con su compañero de juegos, percibe que es demasiado corto, y siente este hecho como un perjuicio y una razón de inferioridad. Durante un tiempo se consuela con la expectativa de que después, cuando crezca, ella tendrá un apéndice tan grande como el de un macho. Pero la niña no comprende su falta actual como un carácter sexual, sino que lo explica mediante el supuesto de que una vez poseyó uno y después lo perdió por castración.

La niña acepta la castración como un hecho consumado; pero la renuncia al pene no se soportará sin un intento de resarcimiento. La muchacha se desliza del pene al hijo; su complejo de Edipo culmina con el deseo de recibir, como regalo un hijo del padre, pedirle un hijo.

El complejo de Edipo es abandonado después poco a poco porque este deseo no se cumple nunca. Ambos deseos, el de poseer un pene y el de recibir un hijo, permanece en el inconciente, donde se conserva con fuerte investidura, y contribuyen a preparar al ser femenino para su posterior papel sexual[17].

**Desarrollo motor**

Tomando a Gessell, este menciona que el período de la primera niñez está próximo a su fin a esta edad.

El niño puede soportar y aún disfrutar el alejamiento de su hogar exigido por el jardín de infantes. Es más reservado e independiente.

Es más ágil y posee un mayor control de la actividad corporal general. Su sentido del equilibrio es también más maduro, lo que hace que en el campo de juego sea menos inclinado a tomar precauciones.

Brinca sin dificultad y también salta. Puede pararse sobre un solo pie y aun puede llegar a conservar el equilibrio en puntas de pie durante varios segundos.

[17] FREUD, S: *El sepultamiento del complejo de Edipo (1924)*. Pág. 179-187. Obras completas. Amorrortu Ed. 1986.

Sus actitudes posturales espontáneas dan la impresión de una relativa terminación y acabamiento. La facilidad y economía de movimientos se hacen presentes en sus coordinaciones más finas.

A esta edad muestra mayor precisión y dominio en el manejo de las herramientas. Maneja bien el cepillo de dientes y el peine y sabe lavarse la cara.

Maneja el lápiz con mayor seguridad y decisión. Es capaz de dibujar una figura reconocible de un hombre, esto muestra progreso en el dominio neuromotor de los siguientes ejes: vertical hacia abajo, horizontal de izquierda a derecha y oblicuo hacia abajo. El vertical es el más fácil, y el oblicuo el más difícil. Todavía tiene dificultades con las líneas oblicuas. Cuando baila lleva mejor el compás de la música.

**Conducta adaptativa**

La relativa madurez motriz se refleja en la forma libre, adaptativa, en que resuelve problemas simples que implican relaciones geométricas y espaciales.

Es capaz de guardar sus juguetes en forma ordenada. Cuando hace el dibujo de un hombre, éste muestra diferenciación en las partes y cierto aspecto de cosa terminada, desde la cabeza a los pies.

Resulta significativo que en sus juegos le guste terminar lo que ha empezado. Tanto en la actividad mental como en la conversación el niño muestra mayor acabamiento y autocrítica.

En la captación de los números hace mayor discernimiento. Puede contar inteligentemente 10 objetos, y es capaz de hacer algunas sumas simples y correctas dentro de la magnitud de su edad.

El sentido del tiempo y de la duración se hallan más desarrollados. Sigue la trama de un cuento y repite con precisión una larga sucesión de hechos. Manifiesta un recuerdo más claro de lugares remotos. Es capaz de recordar una melodía y cuando pinta o dibuja, siempre la idea precede a la obra sobre el papel.

El niño de esta edad es más ejecutivo, más sensato, más exacto, más responsable y más práctico. Siempre está listo y ansioso para conocer realidades. Su modo de dibujar refleja el mismo realismo.

Hay un aumento en la capacidad de atención. Aunque intelectualmente parece bien orientado, el examen cuidadoso de sus juicios y nociones verbales revela sorprendentes formas de inmadurez en su pensamiento.

**Lenguaje**

Está mucho más adelantado que a los 4 años, habla sin articulación infantil. Sus respuestas son mucho más sucintas y ajustadas a lo que se pregunta. Sus propias preguntas son más escasas y serias. Cuando pregunta, lo hace para informarse y no simplemente por razones sociales o para practicar el arte de hablar. Sus preguntas son perfectamente razonables. Tienen más sentido. Sus preguntas y respuestas revelan un interés por los mecanismos prácticos del universo. Es pragmático. Sus definiciones están hechas en función utilitaria.

Su imaginación no tiene las alas que tenía un año atrás o que desarrollará algunos años más adelante.

El lenguaje ya está completo en estructura y forma. Se expresa con frases correctas y terminadas. Usa toda clase de oraciones, incluyendo oraciones complejas. El uso de conjunciones es algo más libre. El vocabulario se ha enriquecido con varios centenares de palabras. Este niño es capaz de la abstracción.

Es capaz de distinguir la mano derecha y la izquierda en su propia persona, pero no en las demás personas.

Tan egocéntrico es que no tiene conciencia de sí mismo ni noción de su propio pensar como un proceso subjetivo independiente del mundo objetivo. De aquí su animismo.

**Conducta personal – social**

Gozan de una independencia y facultad de bastarse a si mismo relativas. Ya está lo bastante maduro para adaptarse a un tipo simple de cultura.

En la casa es obediente y puede confiarse en él. Normalmente es muy poco el trabajo que da para dormir, ir al baño, vestirse o cumplir con las obligaciones cotidianas.

Con los compañeros de juego más chicos que él y con los hermanitos se muestra protector. No conoce algunas emociones complejas, puesto que su organización es todavía muy simple. Tiene cierta capacidad para la amistad. Juega en grupos de 2 a 5 con nueva sociabilidad. También juega con sus amigos imaginarios. Durante las comidas se muestra muy sociable y conversador.

El triciclo y el monopatín son sus juguetes favoritos para la calle. Prefiere el juego asociativo a los juegos de tipo solitario y paralelo. Le gustan las empresas de conjunto, la construcción de casas, garajes, estaciones. Le gusta disfrazarse. Empieza a darse cuenta de las "trampas" en los juegos, y él mismo comienza a hacerlas en sus propios juegos.

Posee un sentido elemental de la vergüenza y la deshonra. La seguridad en sí mismo, la confianza en los demás y la conformidad social son los rasgos personal – sociales cardinales a los 5 años.

Este mismo autor hace una minuciosa descripción de las distintas etapas a través de las cuales el niño evoluciona hasta alcanzar la independencia en las **Actividades de la Vida Diaria** (AVD)

Las personas encargadas de darle al niño la oportunidad de convertirse en un ser independiente son los adultos cuidadores o encargados. El manejo de los objetos o utensilios utilizados al realizar las AVD surge como un juego de imitación del niño, al observar las conductas adultas.

La adquisición de las habilidades relacionadas con las AVD fomenta el desarrollo del niño, requiriendo en su realización no solo la adecuada fuerza muscular, amplitud articular, coordinación, tono muscular, y sensibilidad, sino también la motivación y el interés en su ejecución.

Contribuye además al desarrollo de la confianza en sí mismo y de la capacidad de iniciativa del niño, influyendo sobre el bienestar emocional de éste y de su grupo familiar, ya que unos padres que alientan a su hijo a ser independiente podrán disponer de mayor tiempo para satisfacer sus necesidades personales y las de los otros miembros de la familia.

También las AVD constituyen un medio importante para desarrollar hábitos adecuados y sentimientos de orgullo por el cumplimiento de las tareas.

La alimentación es una necesidad que el hombre debe satisfacer para asegurar su supervivencia. Los utensilios que se emplean, la manera de manejarlos y los hábitos alimenticios dependen de una serie de pautas socio – culturales.

Desarrollo normal de las AVD

- **Alimentación**

En la etapa madurativa pre-escolar, el niño posee las destrezas suficientes para manejar correctamente la cuchara y el tenedor, verter líquido a una taza o vaso desde una jarra, beber de una taza sosteniéndola con una mano por el asa y utilizar el cuchillo solo para untar el pan.

Con respecto al apetito está bastante bien establecido a esta edad. Dos de las comidas diarias son buenas y la tercera relativamente pobre. Interesado en terminar las cosas, en limpiar su plato. Tiene interés por comer solo. Se espera que el niño de 5 años coma solo y en general lo hace con bastante habilidad, aunque lentamente. Muchos niños sin embargo necesitan ayuda.

Puede utilizar el cuchillo para untar pero no todavía para cortar la carne. Con respecto al comportamiento en la mesa, no se levanta, no corre por la habitación, ni pide que lo lleven al baño como a los 4. Trae a la mesa su capacidad de conversar. Esto retrasa e interfiere en su comida. Posiblemente use aún un babero o una servilleta al cuello.

- **Higiene (eliminación y aseo personal)**

Gesell refiere que el niño a los 5 años se cepilla los dientes solo, pero es necesario que sus padres le recuerden que lo haga y que lo haga bien y lo será por algunos años más (9+)

A los 5 años comienza la verdadera participación durante el baño, aunque requiere la supervisión y asistencia materna. El baño se lleva a cabo ahora con relativa rapidez y con verdadera participación del niño. El Niño quiere decididamente participar en su lavado, especialmente de manos y rodillas. Todavía no ha adquirido independencia en el peinado.

También a esta edad es totalmente independiente en sus necesidades vesicales e intestinales. Es costumbre del niño de esta edad eliminar una vez por día, casi siempre tras una comida. La tendencia del niño de 4 años a interrumpir una comida para evacuar no es característica del niño de 5. Cierto número de niños de esta edad necesitan de ayuda para limpiarse.

Orina con poca frecuencia y probablemente deje de lado ir al baño cuando realmente lo necesite. Menearse y saltar sobre un pie son para el adulto indicios evidentes. Los accidentes nocturnos son poco comunes, pero la necesidad de orinar durante toda la noche es aún relativamente frecuente. El niño hace sus necesidades regularmente, y es capaz de acudir al baño por sí solo, pero sigue requiriendo de asistencia para higienizarse.

- **Vestido**

El niño se viste solo, pero es mejor si la madre ha extendido la ropa en la cama, prenda por prenda, de no ser así probablemente se las ponga aun con la parte de atrás hacia delante. Puede manejar todos los botones, a excepción de los ubicados atrás en la espalda. Anudar los cordones de los zapatos es algo que escapa, por lo general a sus posibilidades, los que pueden atarlos, lo hacen con un lazo demasiado flojo.

Desvestirse es aún más fácil que vestirse. Puede presentarse aún dificultades para distinguir la parte delantera y la trasera, según Gesell, o para colocarse la segunda manga del saco

- **Sueño**

Con respecto al dormir, un niño de esta edad posiblemente duerma siesta si concurre al jardín de infantes por la mañana, o bien, si lo hace por la tarde. La mayoría de los niños de 5 años que no duermen siesta al llegar la noche posiblemente pidan acostarse temprano.

Los preparativos para acostarse se desarrollan comúnmente sin tropiezos. Algunos llevan a la cama un juguete. Algunos niños que no se duermen rápidamente piden que se les lea un cuento o colorear un rato. Otros se duermen inmediatamente.

De noche: algunos duermen toda la noche, muchos tienen un dormir interrumpido por sueños y la necesidad de ir al baño. Esta es la edad en la que, a menudo, los padres no pueden decidir si deben levantar regularmente al niño para hacerle cumplir sus necesidades o si deben dejarlo dormir toda la noche. Los sueños y las pesadillas invaden definitivamente el dormir de muchos niños de esta edad. Rápidamente se tranquilizan al oír la voz de alguno de sus padres.

De Mañana: la mayoría despiertan de 7 a 8 hs. A esa edad puede esperarse que los niños se atiendan solos al despertar, se pongan una bata y las zapatillas, hagan sus necesidades y vuelvan a la cama para ocuparse de colorear u hojear libros hasta la hora de levantarse. Ya no piden que lo lleven a la cama de los padres por la mañana, pues están muy ocupados con sus propias actividades.

Los sueños interrumpen frecuentemente el dormir del niño de 5 años. A menudo el niño despierta gritando debido a la cualidad terrorífica de sus sueños.

Animales salvajes y gente extraña o mala que asusta al niño son elementos que ocupan lugares preponderantes en los sueños de los niños. Estos tienen lugar, en relación con algo desagradable o terrorífico.

Unos pocos niños podrán chuparse el dedo, pero sólo antes de dormir. Otros usan objetos consoladores como sábanas, mantas, almohadas o animales de juguete, para dormirse más pronto[18].

También se debe tener presente el **JUEGO,** actividad importantísima en la niñez. Es sobre éste que los bebés y niños aprenden y practican nuevas habilidades y refinan otras, experimentan roles sociales, sienten emociones y desarrollan amistades.

Retomando a Piaget, éste creyó que el tipo de juego progresaba basado en la madurez cognitiva.

El primer tipo, el **juego sensorio motor**, abarca hasta el segundo año de vida y se caracteriza por los movimientos motores repetitivos y el placer del bebé simplemente por la experiencia de ver, escuchar, tocar y sostener.

La siguiente etapa, el **juego simbólico**, se extiende desde los 2 a los 6 años de edad, al mismo tiempo que el niño comienza a interpretar el mundo en términos de imágenes y símbolos y tiene la capacidad de usar el lenguaje y de fingir.

Un tercer tipo de juego corresponde a los **juegos con reglas,** que comúnmente comienza alrededor de los 5 años de edad. Este tipo de juego interactivo es más organizado y estructurado, e integra los conceptos de cooperación y competición con otros.

El niño entre los 3 y 5 años (en pre-escolar) participa en el juego creativo y grupal, y el juego asociativo que a los 4 domina a medida que el niño aprende a compartir y a tomar turnos y se interesa en los amigos. Continúa disfrutando el juego de roles y el disfrazarse, y crea situaciones elaboradas de juegos de ficción, puede comenzar con juegos de mesa simples, como damas o ludo.

Con respecto al juego motor grueso, el niño llega a ser eficiente con el equipamiento del patio de juegos, que incluye ser capaz de empujar una hamaca, y también le gusta andar en bicicleta. Puede comenzar a participar en actividades de diversión o deportivas más estructuradas, como nadar, bailar; disfruta correr alrededor, saltar, trepar y jugar a la pelota.

---

[18] GESSELL, A. *El niño de 1 a 5 años.* Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina. Año 1979.

Las habilidades de manipulación incluyen: pintar, colorear, realizar dibujos simples, copiar formas básicas y algunas letras, usar tijeras y realizar actividades manuales simples. Usa juegos de construcción y juegos de computadora. Comienza a desarrollar un interés por el producto final de los juegos de construcción.

También durante esta edad disfruta algunos juegos simples de reglas, como juegos de mesa, y llega a estar mucho más involucrado en deportes y actividades de diversión organizados en la comunidad, aprende habilidades específicas como nadar, andar en skate y en bicicleta o tocar un instrumento musical, y las preferencias por ciertas actividades de juego llegan a ser mas relevantes.

Juega bien con otros y disfruta la interacción social y el juego para alcanzar objetivos en común, comprende conceptos de cooperación y competición, y la importancia de la amistad aumenta.

Hacia fines de los 5 años pasan más tiempo en actividades grupales que solos o de a dos y muestran una clara preferencia para jugar con pares del mismo sexo. Las actividades sedentarias como mirar TV, hablar con amigos, leer, jugar con videojuegos y con juegos de mesa son también ocupaciones lúdicas frecuentes en niños de esta edad[19].

[19] MULLIGAN, S. *Terapia ocupacional en pediatría. Desarrollo normal del niño.* Capitulo 3. Edit. Panamericana Planeta. Año 2006.

## BIBLIOGRAFÍA


- PIAGET, J; *Seis estudios de Psicología*; Edit. Sudamericana Planeta. Buenos Aires. Año 1967. p.33.
- FLAVELL, J; *La psicología evolutiva de Jean Piaget*; Cap. III. Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina. Pág.104 a 130.
- FREUD, S; *La organización genital infantil. (Una interpolación en la teoría de la sexualidad)*. Año 1923. Pag 141-149. Obras completas. Amorrortu Ed. 1986.
- FREUD, S: *El sepultamiento del complejo de Edipo (1924)*. Pág. 179-187. Obras completas. Amorrortu Ed. 1986.
- GESSELL, A. *El niño de 1 a 5 años*. Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina. Año 1979.
- MULLIGAN, S. *Terapia ocupacional en pediatría. Desarrollo normal del niño*. Capitulo 3. Edit. Panamericana Planeta. Año 2006.

# CAP. III: FAMILIA Y PRÁCTICAS DE CRIANZA

Para comenzar a hablar de Crianza y la función de los padres en la misma, nos parece pertinente desarrollar conceptos básicos como familia, funciones parentales y filiales. Así como también describir la importancia de la crianza como proceso definitivo en la constitución del sujeto y de la sociedad a la que pertenece, y el papel fundamental de la familia como primer y significativo espacio en el momento de la crianza.

Históricamente la familia ha sido abordada para su estudio, desde distintos enfoques, desde diferentes disciplinas como la antropología estructural, la teoría psicoanalítica, y la teoría de la comunicación humana, que interrelacionadas permiten llegar a una mejor comprensión de la estructura y funcionamiento familiar.

Podemos entender a la **familia** como un sistema; la familia no es solo la suma de sus miembros, sino que constituye una totalidad en la cual la modificación de cualquiera de ellos provoca la modificación de los demás miembros de la familia, pasando el sistema de un estado a otro. El sistema debe entenderse no por los elementos individuales que lo constituyen sino por las relaciones entre estos elementos, que forman una red de influencias recíprocas. Una familia es por lo tanto más que la suma de una madre, un padre y un hijo[20].

Según el antropólogo social **Lévi Strauss** señala que el grupo familiar es un sistema relacional entre dos familias: la consanguínea y la conyugal.

Esta estructura de parentesco abarcaría tres generaciones distintas: abuelos, padres e hijos; y cuatro vínculos diferentes que provienen de las relaciones que se establecen entre el padre, la madre, el hijo y el representante de la familia materna o paterna. Estos serían los vínculos de:

- Alianza (relación marido-mujer)
- Filiación (relación padres-hijos)
- Consanguinidad (relación de hermanos)

[20] ALVAREZ, R; BERTELLA, A.; CASARTELLI, H y otros; *Familia y salud: pautas para el trabajo en prevención primaria; Lugar Editorial. Buenos Aires Argentina; Año 1994.*

- Relación del hijo y el representante de la familia materna o paterna.

De acuerdo a **Isidoro Berenstein** considera que cada familia posee una estructura familiar inconciente que es la que determina las relaciones familiares observables. Por ejemplo la distribución y utilización del espacio, el modo de ordenar temporalmente los acontecimientos vividos, así como los nombres propios de cada miembro, son algunos de los datos empíricos que permiten inferir la estructura familiar inconciente.

Hay entonces dos órdenes de relaciones familiares: el de las *relaciones observables* como dato empírico y el de las *relaciones de orden estructural* que es inconciente, es decir, no pasa por la conciencia de los integrantes del grupo familiar.

Los miembros del grupo familiar no son por lo tanto concientes de que son parte de una estructura que abarca la relación entre familia consanguínea y familia conyugal, y que funciona como una totalidad que los determina y significa.

Cada nueva familia deberá superar la oposición entre familia consanguínea y familia conyugal. Esto implica aceptar la ley, la falta, las diferencias, es decir lo opuesto a la endogamia, ilusión narcisistas de completud. De su resolución dependerá en gran parte la posibilidad de desarrollo familiar[21].

Desde la **teoría sistémica,** la familia es concebida como un contexto natural, para crecer y recibir auxilio. Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción reciproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, apoyar la individuación, al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Los miembros de la familia no se suelen vivenciar a si mismos como parte de esta estructura familiar. Todo ser humano se considera una unidad, un

[21] BERENSTEIN, I; GAMEL, S; GASPARI, R; *Clínica familiar psicoanalítica; Edit. Paidós. Buenos Aires Argentina.*

todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye sobre la conducta de otros individuos, y que estos influyen sobre la suya[22].

Según **Aurora Pérez,** desde una mirada psicoanalítica, *"la familia puede ser entendida como un grupo humano natural, vigente en cualquier tipo de sociedad presente actualmente sobre el planeta. Lo natural proviene del hecho de que la reproducción en el humano está mediatizada en dos sexos"*[23].

La formulación de parejas heterosexuales conlleva el advenimiento de hijos. Los progenitores de ven obligados a EVALUAR a sus hijos como individuos, ya que estos son inhábiles para sobrevivir por sí mismos. Otro factor, es que junto con la indefensión la cual centra la dependencia en OTRO, el recién nacido no posee psiquismo desarrollado. Éste irá estructurándose en sucesivos momentos madurativos, sólo en la íntima convivencia con adultos de la especie.

Otra característica es que el ser humano dirime su conducta tanto consigo mismo como con el otro, bajo el imperio de sistemas emocionales, especialmente en la infancia y en la adolescencia.

La cultura ha modelado e impuesto que el intercambio sexual dentro de la trama familiar, solo se lleve a cabo por la pareja heterosexual conyugal. Esto se conoce como "Tabú del Incesto" y es de vigencia universal.

**Funciones de la familia**

- **Función sostenedora**: una primera función es la de proveerse los medios de subsistencia tanto para los adultos como para los niños. La pareja humana se auto-sostiene y sostiene. Otra función primordial es la de atender las necesidades de auto-conservación brindando suministros alimentarios, protección y cuidados materiales.

  La pareja se transforma en una usina nutriente de necesidades tendiendo a lograr la satisfacción y obteniendo nuevos niveles de maduración, contrarresta la vulnerabilidad y la indefensión física.

[22] MINUCHIN, S.; FISMAN, H; Técnicas de terapia familiar; Ediciones Paidos, Bs.As. 1992
[23] PEREZ, A; *Grupo familiar: su estructura y funcione; Psicoanálisis de las configuraciones vinculares*; Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo; Tomo XV, Número 1, 1992.

- **Función placentaria**: la familia se constituye a los fines de solventar necesidades vitales en un sistema de matriz extra uterina y ligada al hijo por un vínculo connotado físicamente (lactancia), emocional y afectivamente.

  Sobre éstas premisas la familia cumple su función placentaria: "humaniza al niño en el intercambio con él".

  El contacto con la madre implica que ésta discierna, adivine, hipotetice, acerca de lo que lo angustia y sea capaz de calmarlo. Esta posibilidad de que la madre comprenda lo que le pasa, va poco a poco modelando las emociones del bebé, proveyéndolo de nuevos sentidos, madurando emocionalmente, es decir se humaniza.

  Esta función se constituye en la base organizadora del psiquismo humano. Sobre la misma se gesta la formación de símbolos, pilar de la organización psicológica del humano. Del funcionamiento simbólico dependerá el ejercicio del lenguaje.

  A medida que el infante va creciendo, la función placentaria irá proporcionando modelos de ser, de resolver situaciones, etc, a través de los procesos de identificación con ambas figuras paternales, siempre mediante el vínculo afectivo, organizando así la personalidad y constituyendo la identidad de ese nuevo ser. Durante la infancia y la adolescencia, la familia será la proveyente de valores, reglas, modos de solventar situaciones, brindando toda la base, inclusive la definición de la identidad sexual.

- **Función socializadora**: la familia constituye y madura el psiquismo, contribuye esencialmente al armado de lo mental. Y otra resultante de la trama es el acuñamiento de la identidad familiar[24].

[24] Apunte de cátedra: BIRD, S; *Papel de la familia en el proceso de socialización y humanización.* Asignatura Psicología Evolutiva I; Carrera de Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y SS. UNMdP. Año 1996.

En la actualidad existen *diversidad de familias*, multitud de variantes, entre las que están aquellas que tienen padre trabajador y madre dedicada a su hogar, o bien padres y madre trabajando fuera de la casa; con padre que colabora o no en las tareas de la casa; que tienen padres autoritarios o permisivos; pueden ser padres divorciados o separados, con hijos adoptivos, familias "mosaico" ( hijos de una pareja e hijos de otra), familias monoparentales, integradas por inmigrantes, parejas formadas por homosexuales, parejas de hecho; e incluso familias que viven en medio rural o en plena ciudad; y cada una de ellas es familia.

Con la alianza matrimonial se inicia la relación conyugal y se van estableciendo nuevas pautas de interacción. Cada cónyuge tiene un conjunto de normas y metas propias, algunas concientes y otras no, pero ambos deberán renunciar a algunas y reformularse otras para poder ir creando un conjunto de normas compartidas que permitan la vida en común.

Respecto al lugar del tercero (hijo), partiendo de la idea de que el deseo nunca se satisface totalmente, el ser humano está en una búsqueda permanente. Por lo tanto en la pareja, suele aparecer el anhelo del hijo que puede responder a muy variados motivos.

Un hijo puede tener múltiples significados, algunos concientes y otros inconcientes, como por ejemplo enriquecer el vínculo de pareja o realizar las metas que los padres no concretaron; a veces está el temor de que el hijo sea un obstáculo en la relación conyugal o por el contrario el deseo de que el hijo repare una relación de pareja deteriorada.

Por otro lado, la pareja también se imagina a si misma como padres; pueden querer repetir todo lo que sus padres hicieron o hacer todo lo contrario, según como hayan vivenciado su propia educación en la infancia.

El anhelo de un hijo parece ser no solo el deseo inconsciente del ser humano de lograr la inmortalidad, sino también de lograr la completud, posiblemente como defensas ante la vivencia de finitud y la angustia de castración. El deseo de descendencia, desde los comienzos de la vida humana, aparecería en lo biológico como una tendencia instintiva unida a la perpetuación de la especie.

**Funciones Familiares**

El nacimiento del primer hijo determina el pasaje de pareja a familia, sin que por esto deba perderse la identidad de la pareja. El primer hijo implica una crisis vital para la pareja, la cual deberá reestructurar el espacio propio y exclusivo que tenía, para poder acceder a la inclusión del hijo.

La familia es el espacio donde el ser humano, el cual nace en completo estado de indefensión, crece y se desarrolla como individuo. Para lograr su normal desarrollo, la familia debe poseer una estructura donde las funciones de cada uno tenga posibilidades de ejercerse e integrarse armónicamente, así como flexibilizarse adaptándose a las diferentes etapas de la vida que van trascurriendo, permitiendo la supremacía de una u otra función.

La **función materna** es la que aglutina y sostiene, ligada a la endogamia tiende a la fusión. Teniendo en cuenta que la primera época en la vida de un niño requiere de una estabilidad y entrega de parte de los adultos hacia el recién nacido que garantice su sobrevida biológica y psíquica, con lo cual las madres se transforman en las primeras responsables del destino de los niños y de las características que adquiere el ingreso a la infancia en cada uno de ellos.

La **función paterna,** es la que separa y limita, ligada a la exogamia, tiende a la discriminación, representa a la cultura y a la ley. Esta función como operador simbólico en el psiquismo del niño, se identifica como el conjunto de operaciones psíquicas que habilitan al niño hacia un espacio más amplio y placentero que el que circula en las relaciones con su madre[25].

Las primeras sustituciones de la atención de la madre, la inclusión de la tridimensión, las novedades, ingresan al psiquismo del niño de la mano de las figuras más próximas a su madre, quienes se presentan como representantes de un espacio inexistentes en estas primeras relaciones de apego que caracteriza la función materna.

La función filial está ligada al futuro y a la individuación. El establecimiento de una adecuada simbiosis del bebé con la madre en los

[25] SCHLEMENSON, S; CAVALLERIS, S; DI SCALA, M; y otros; *El placer de criar la riqueza de pensar: una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano.* Edit. Noveduc. México. Año 2005.

primeros meses, y luego el proceso de individuación mediante la intervención del padre en el vínculo narcisista madre e hijo, ponen de manifiesto las funciones familiares. A veces las funciones pueden ser ejercidas por otras personas.

Las habituales situaciones de inestabilidad social en la que muchos niños nacen (hogares monoparentales, multiplicidad de hermanos, falta de trabajo de algunos de los progenitores), hacen que *no siempre esta función quede a cargo de sus madres*. No es necesario que este vínculo insustituible en la constitución del psiquismo infantil quede cubierto con exclusividad por la madre biológica del niño. Lo importante no es la prolongación de la herencia de sangre, sino *el establecimiento de un lazo de amor que asegure la permanencia de una persona*, siempre la misma, que pueda mimarlo y se haga cargo de su crianza. Una abuela, un padre protector, una hermana mayor, uno de los miembros de una pareja homosexual, que haya gestado al niño con fertilidad asistida o lo haya adoptado, son personas con representatividad afectiva suficiente como para ocuparse de las necesidades de atención y abrigo de un niño en los primeros momentos de su existencia.

La única condición para quien sustituya a la madre en el ejercicio de su función es que *desee hacerse cargo del niño* y tenga un psiquismo lo suficientemente desarrollado como para entender e interpretar amorosamente las necesidades del pequeño.

La estabilidad que ofrece una persona mediante los primeros años de la vida protege, marca y queda como una reserva de confianza que acompaña imaginativamente en cualquiera de las situaciones difíciles que se transitan. Cualquier sujeto dispuesto a transferir amor en forma estable puede cubrir éste espacio libidinal, en el cual se constituye el psiquismo de un niño en los primeros momentos de su desarrollo, durante el cual, el tipo de ejercicio de la función materna de quién lo asiste deja huellas indelebles que actúan como propulsoras de un deseo de vida, cuya vigencia se actualiza en toda situación de necesidad y carencia.

Entendemos por ***Cuidador***, a la madre, padre, abuelo/a o persona responsable encargada de la supervivencia del niño; este es quien dedica una importante actividad diaria al cuidado del niño y garantiza sus necesidades básicas.

La fuerza libidinal de ésta primera relación y de las palabras con las cuales los adultos acompañan la enseñanza del pequeño estructuran el eje de confianza requerido para su crecimiento. El adulto a cargo es quién responde a los reclamos, llantos, de un niño indefenso con el máximo de sus recursos simbólicos. A pesar del mutismo con el que los niños nacen, hay un discurso y expectativas expresadas por su madre que se proyecta sobre él como una sombra hablada para la comprensión de sus necesidades. La madre es quién habla, interpreta y se contesta (Aulagnier, 1977).

"*Ser padres no se reduce a una constante biológica, sino que implica un reconocimiento simbólico que es a su vez una pertenencia a su linaje, una filiación con los lazos afectivos, los deseos y los ideales, los deberes y los derechos. En el nacimiento de un niño se reacomodan y se experimentan las relaciones de los nuevos padres con la generación que los precede, a través de una identificación más completa con el fin sexual y con una toma de distancia autónoma*"[26].

Los adultos encargados de la crianza del niño serán los responsables de impartir los cuidados necesarios para la continuidad de la vida de éstos.

Estas *"prácticas de crianza"* se definen como ocupaciones comunes, pero sumamente complejas, muy significativas, intensamente personales, abiertamente compartidas y socialmente construidas.

Son un conjunto de acciones dirigidas a los niños, basadas en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos por parte de los padres o adultos cuidadores[27].

La **crianza**, se desarrolla bajo un conjunto de acciones concatenadas, que se van desenvolviendo conforme pasa el tiempo. No se trata de acciones y reacciones estáticas de padres e hijos, solidificadas en unas formas de comportamientos repetitivos, todo lo contrario, hablar de la crianza implica reconocer que esta se va transformando por efecto del desarrollo de los niños,

[26] SCHLEMENSON, S; CAVALLERIS, S; DI SCALA, M; y otros; op.cit.; pag.60.
[27] WILLIARD & SPACKMAN; *Terapia Ocupacional. Cap. 49.Edición 11va.* Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. Año 2011.

así como por los cambios suscitados en el medio social, en un momento histórico y en una época dada.

Las **prácticas** deben concebirse como acciones, esto es, como comportamientos intencionados y regulados, "... es lo que efectivamente hacen los adultos encargados de ver a los niños. Son acciones que se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial, y a facilitar el aprendizaje de conocimientos que permitan al niño reconocer e interpretar el entorno que le rodea", Aguirre (2000, p. 6). En este sentido, las prácticas de crianza implican las relaciones familiares, donde el papel de los padres es fundamental en la formación de los hijos.

Un rasgo de las prácticas lo constituye el hecho de que en su mayoría son acciones aprendidas, tanto dentro de las relaciones de crianza en las cuales se vieron involucrados los adultos, o como referencia a comportamientos de otros "padres de familia". Se podría decir, que son aquellas nociones, no muy elaboradas, sobre la manera como se debe criar a los hijos. Por lo tanto, la justificación de las prácticas de crianza depende de la cultura, del nivel social, económico y educativo de los padres; esto hace referencia a los **factores constitutivos** de las prácticas de crianza.

Ahora bien, esta relación de padres a hijos no se manifiesta como un proceso en una sola vía, es decir, no se trata de un tipo de influencia que va de adultos a niños, sino que también, los niños ejercen influencia sobre la conducta de los adultos, lo que quiere decir que cuentan en cierto grado con la habilidad para reorientar las acciones de éstos. Estamos entonces, ante una relación de mutua influencia entre las dos partes participantes del vínculo.

Los padres se constituyen en portadores de significaciones sociales, de interpretaciones, de formas de ver el mundo. Por lo tanto, las representaciones sociales plantean por un lado, la configuración social de unos marcos interpretativos y de un mundo simbólico que expresa una construcción social en la historia; es este mundo socialmente compartido lo que garantizaría la comunicación, la interacción y cohesión social. Por otro, se constituyen en sistemas de códigos, valores, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la conciencia colectiva, la cual se rige de manera

normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades del actuar social. Es decir, somos y actuamos de acuerdo a nuestras representaciones sociales.

La representación social es la imagen colectivamente compartida que se tiene del niño, es lo que la gente dice o considera que es la infancia, en diversos momentos históricos. Cada sociedad, cada cultura, define explícita o implícitamente qué es infancia, cuáles son sus características y en consecuencia, qué pautas de crianza se deben seguir para el cuidado de los niños.

En el caso de la representación social de la infancia, ésta tiene que ver directamente con el pasado de cada uno de nosotros, con nuestra descendencia, y con el porvenir de cada grupo humano; interesa por tanto a los individuos y a las sociedades sin excepción.[28]

La **crianza y los cuidados** están condicionados por **múltiples factores**: el socioeconómico, ambiental, cultural, y personal[29].

La interrelación entre estos factores determina que las personas interpreten las experiencias a través de sus propios puntos de vista individuales.

El ámbito físico y social moldea la actividad del niño a través de los tipos de actividades disponibles y mediante la definición de actividades de las personas que están presentes.

Las costumbres (factor cultural), se refieren a las técnicas de protección, enseñanza y socialización que son utilizadas culturalmente por los miembros de la familia. Las costumbres suelen ser vistas como la forma natural para ver las cosas.

Los factores personales, como las características de los miembros de la familia (por ejemplo edad, educación, nivel socioeconómico) y las características del niño, influyen en el modo en que una familia conceptualiza la paternidad y las prácticas de crianza. Los valores y creencias personales,

[28] www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html_Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 2007
[29] WILLIARD & SPACKMAN; op.cit.; pag. 580.

organizan la conducta de los padres hacia sus hijos, y muchas decisiones mayores como lo apropiado e inapropiado para éstos.

El entorno de la familia, como vecinos, compañeros de trabajo, relaciones de parentesco, pueden ser componentes integrales de la red social personal de un padre o adulto cuidador, y así influir en las prácticas de crianza y creencias de dichos cuidadores.

Según Ruddick, que realiza un trabajo de análisis de la **paternidad**, ésta incluye diferentes acciones: protección, nutrición y entrenamiento.

La **protección** exige la vigilancia del niño y el entorno, acoplado con la aceptación de que un niño siempre estará sometido a accidentes menores o mayores que los padres no pueden controlar. Los padres deben aceptar sus propios límites como protectores y no obstante seguir con la intensión de mantener seguro a su hijo. La protección cae en un continuo desde la falta de protección hasta la sobre protección.

La **nutrición** o la estimulación del crecimiento se refieren a desarrollar el cuerpo y el espíritu de un niño. Estimular el crecimiento requiere la capacidad de cambiar a medida que el niño crece. Un padre proporciona las condiciones para el crecimiento; estas condiciones varían entre las culturas, los niveles socioeconómicos y otros factores ambientales.

El **entrenamiento** comprende enseñar al niño conductas y valores que son necesarios para lograr la aceptación por la familia y la sociedad.

Estas acciones debemos tenerlas en cuenta, ya que son importantes en el aporte que hacen los padres en la transmisión de las AVD a sus hijos.

Ellos serán los encargados de ir transmitiendo y formando luego en hábitos, las distintas actividades diarias.

## BIBLIOGRAFÍA


- Apuntes de càtedra: ROEL, I; RAMOGNINI,V; *Socializaciòn y familia;* Càtedra de Psicologìa del Desarrollo; Facultad de Psicologìa. UNMdP. Año 1993.

- ALVAREZ, R; BERTELLA, A.; CASARTELLI, H y otros; *Familia y salud: pautas para el trabajo en prevención primaria; Lugar Editorial. Buenos Aires Argentina; Año 1994.*

- BERENSTEIN, I; GAMEL, S; GASPARI, R; *Clínica familiar psicoanalítica; Edit. Paidòs. Buenos Aires Argentina.*

- BIRD, S; *Papel de la familia en el proceso de socializaciòn y humanizaciòn.* Apunte de càtedra de la Asignatura Psicologìa Evolutiva I; Carrera de Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y SS. UNMdP. Año 1996.

- SCHLEMENSON, S; CAVALLERIS, S; DI SCALA, M; y otros; *El placer de criar la riqueza de pensar: una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano.* Edit. Noveduc. México. Año 2005.

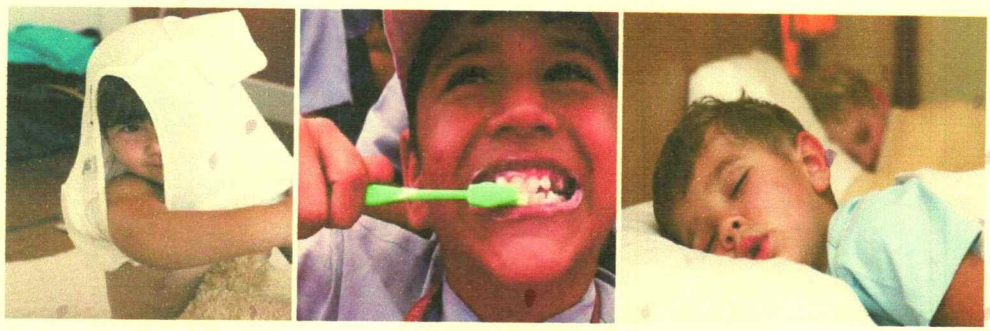
- WILLIARD & SPACKMAN; *Terapia Ocupacional. Cap. 49.Edición 11va.* Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. Año 2011.

PAGINAS WEB:

www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html

Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 5(1):, 2007

# CAP. IV: TERAPIA OCUPACIONAL Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



La Terapia Ocupacional, es una disciplina que se basa en prevenir, mantener y reestablecer las potencialidades del individuo, a fin de alcanzar la interacción social y cultural.

Abarca una mirada holística del sujeto, considerando los contextos y componentes de desempeño, así como también sus áreas (AVD, trabajo, tiempo libre). Donde cada una de estas áreas ocupacionales presenta funciones centrales dentro de la vida de una persona; pues el objetivo central de las AVD es satisfacer las necesidades personales.

Desde la perspectiva de TO, se debe tener en cuenta el abordaje terapéutico que considere la organización de la rutina cotidiana y el involucramiento en actividades significativas, como un factor influyente, en torno al desarrollo evolutivo del niño.

Desde un enfoque de la promoción de la salud, la TO promueve la adquisición de hábitos, asesora a los padres en la transmisión de pautas para una adecuada enseñanza y posterior aprendizaje de las mismas, con el objetivo de alcanzar la autonomía e independencia de los niños.

Teniendo en cuenta que las AVD son un pilar importante en nuestro quehacer cotidiano, en este capítulo, desarrollaremos la importancia de las AVD en TO y su transmisión de los padres hacia sus hijos.

Las A.V.D. son aquellas actividades que tienen lugar diariamente, asociadas a la supervivencia orgánica del ser humano. Además están orientadas al mantenimiento y cuidado del propio cuerpo[30].

Según la definición elaborada por Reed y Sanderson (1999): "*Cada individuo debe desempeñar algunas ocupaciones para sobrevivir. Las más cruciales ocupaciones son aquellas implicadas en el mantenimiento de las funciones vitales, la supervivencia y la pertenencia. Las Ocupaciones, por tanto, conciernen al mantenimiento del yo como una entidad individual.*

[30] MORUNO MIRALLES, P; ROMERO AYUSO, DM; *Actividades de la vida diaria*; Edit. Masson. Madrid; España; Octubre 2005.

*Los Terapeutas Ocupacionales se han referido a tales Ocupaciones de auto-mantenimiento como AVD o destrezas de autocuidado*[31]".

Al conjunto de actividades las llamamos Ocupación, ésta es considerada como el medio a través del cual, los seres humanos dan sentido al significado de la vida, estructura y mantiene la organización del tiempo. La T.O. utiliza la ocupación como medio y como fin.

Las AVD también conforman la identidad de cada sujeto, constituyen formas de expresión y diferenciación personal, y pueden ser signos vinculados con la propia sexualidad. Como por ejemplo las actividades de arreglo personal, el vestido o el aseo, están fuertemente emparentadas con éstos factores.

Estas actividades cumplen una función social de gran importancia: sirven de vehículo de transmisión de los valores y normas de un determinado grupo social, una comunidad y una cultura, sosteniendo la integración social. Gracias al desempeño de las AVD, nos reconocemos y se nos reconoce como individuos pertenecientes a una cultura y a una sociedad.

Por tanto las AVD, pueden considerarse como mecanismos de adaptación a través de los cuales los individuos afrontan los cambios que se producen a lo largo de su devenir vital y, por lo tanto, se constituyen en elementos de capital importancia en el bienestar psicológico y social del individuo.

## IMPORTANCIA DE LAS AVD EN LA INFANCIA.

Las AVD, al igual que las actividades lúdicas y educativas, están muy unidas al desarrollo evolutivo de cada individuo, y pueden ser consideradas de dos maneras diferentes, una sirve de soporte para el desarrollo normal de

[31] REED Y SANDERSON (1999) en: MORUNO MIRALLES, P; ROMERO AYUSO, DM: op.cit.Pág. 13-14.

estructuras y funciones. Y en segundo lugar es un vehículo para la transmisión cultural, sobre todo durante el proceso de socialización en la infancia[32].

Kielhofner (1995), sostiene que la repetición de comportamientos ocupacionales contribuye a la organización de las estructuras físicas y mentales del ser humano. Este autor, concibe la conducta ocupacional como un proceso de auto-organización, en el que la implicación del individuo en actividades productivas de juego, lúdicas y de la vida diaria genera y mantiene cambios en las capacidades, creencias y disposiciones de cada sujeto.

Por ejemplo, la repetición de una actividad como el vestirse, realizada de forma pasiva en el caso de los bebés, constituye el soporte para la adquisición de la actividad de vestirse, de forma autónoma. Así mismo la participación de los niños en distintas AVD, fomenta el sentimiento de pertenencia a un grupo, las relaciones sociales, el aprendizaje de habilidades y destrezas, y el desarrollo emocional.

Durante la infancia las AVD, junto con el juego, son el eje primordial alrededor del cual se articulan los procesos de socialización, maduración y aprendizaje.

Las actividades de cuidado personal, se adquieren gradualmente durante la infancia, mejoran con la práctica y llegan a considerarse actividades automáticas en las que apenas se repara cuando se realizan diariamente.

"*En la infancia se van construyendo las rutinas diarias, que proporcionan las madres o cuidadores principales a los niños, a través de las oportunidades de práctica y de desarrollo de las destrezas necesarias para participar en la sociedad*" (Kellegrew, 2000). De esta forma se van transmitiendo los valores culturales donde el niño se cría, ya que se entiende que la familia construye y mantiene ciertas rutinas diarias, pero es preciso advertir que esta relación no es unilateral; también el niño hace sus elecciones y con frecuencia prefiere aquellas actividades que le permiten desarrollar más sus habilidades[33].

[32] MIRALLES MORUNO, P; ROMERO AYUSO, DM; Op.Cit.
[33] MIRALLES MORUNO, P; ROMERO AYUSO, DM; Op.Cit. Pág. 28-29.

La habilidad de desempeñar actividades de la vida diaria son algunas de las capacidades más importantes que los niños aprenden a medida que maduran. No solo los niños deben aprender a cuidar de sus necesidades personales, sino también es necesario que desempeñen las actividades según las normas de la sociedad y las pautas culturales. Tanto las habilidades de autocuidado, como aquellas actividades relacionadas con el manejo del hogar, le posibilita a los niños la responsabilidad y los ayuda a sentirse parte de la familia.

Como ya mencionamos en el capítulo anterior, la familia desempeña un rol importante en el desarrollo global del niño. Permitiéndole adquirir a éste pautas mínimas de alimentación, higiene, vestido y sueño/descanso, favoreciendo su independencia y la adquisición de hábitos de autonomía y facilitando la relación con el adulto a cargo.

El hecho de que el niño aprenda un hábito es una tarea ardua que lleva mucho tiempo, paciencia y compromiso por parte de los padres, quienes serán los responsables de facilitar los aprendizajes de las AVD.

Durante los primeros años de vida, todas las experiencias que viva el niño se transformarán en nuevas habilidades y conocimientos, y facilitarán su desarrollo en todas las áreas (motora, sensorial y social).

Los adultos encargados del cuidado del niño/a, tienen una doble función: por un lado cuidar del mantenimiento de su higiene, alimentación, vestido y sueño/descanso, general, y por otro, y no menos importante, fomentar en el niño/a el progreso en la adquisición de estos hábitos.

Las necesidades del niño en cuanto a aspectos relacionados con la alimentación, higiene y vestido, van cambiando de forma paralela a la evolución de sus características generales, a lo largo de su desarrollo, de tal manera que a medida que crece y madura, estas necesidades van evolucionando[34].

Para que el niño pueda alcanzar su autonomía en aspectos tales como su alimentación, higiene, vestido, sueño/descanso, etc. va a ser necesaria la

[34] PROF. CABALLERO, T; Desarrollo de hábitos del niño de 0 a 6 años; consultado Agosto de 2012; disponible en www.iestnt.com

ayuda continua de los adultos, quienes irán proponiéndole actividades relacionadas con cada uno de estos aspectos, teniendo en cuenta: su edad, habilidades alcanzadas y su grado de autonomía.

Las pautas de comportamiento, deben ser planteadas por el adulto verbalmente y con el ejemplo: es decir, tiene que existir coherencia entre lo que se pide al niño y lo que el adulto hace.

Debemos resaltar que en cada una de estas áreas, se tendrá en cuenta el contexto global para su desarrollo, llámese recursos materiales disponibles (mesa, cantidad de sillas, vajilla, elementos de higiene personales); ambiente físico (tipo de vivienda, cantidad de ambientes existentes, infraestructura del baño) y factores culturales y sociales.

El primer paso para que se produzca el aprendizaje en el niño es la observación de las personas de su entorno, lo que le llevará a la imitación.
Bajo el común denominador de las actividades de la vida diaria, éstas se agrupan en tres grandes ejes entre los que encontramos: Alimentación, Vestido, Sueño e Higiene.

## ALIMENTACIÓN

La alimentación, es uno de los ejes básicos sobre los que gira la organización de la vida del niño/a durante la etapa infantil, y es también una de las necesidades primarias que el ser humano necesita satisfacer de una manera adecuada.

Además de satisfacer una necesidad básica, tiene otras funciones: es una forma de relación personal, puede ser una manifestación cultural, o la expresión de una tradición.

Desde el nacimiento hasta los 5-6 años, edad que nos ocupa, existen distintos períodos perfectamente delimitados, en lo que a modo de alimentación se refiere.

En primer lugar, tenemos el período de la lactancia, en el que se puede distinguir una primera fase de lactancia exclusiva, donde esta puede ser

materna o artificial (la única actividad que existirá es la del amamantamiento), y una segunda fase, en la que la lactancia se acompaña de una alimentación complementaria, donde se hace una introducción progresiva de alimentos que a mediano plazo sustituirán a la leche.

En un segundo período, hasta los 3 años, se caracteriza por la modificación de la presentación de los alimentos (de triturado a entero). Es frecuente que en este período los niños comiencen a explorar los alimentos, manipulándolos y llevándoselos a la boca, realizando de este modo el acto de comer. Luego irán perfeccionando la prensión e incorporarán de manera progresiva y gradual la utilización de la cuchara y el tenedor, así como también la ingesta de líquidos por medio de distintos vasos.

A partir de los 5 años, la alimentación ya es muy variada y prácticamente similar a la de los adultos. En esta etapa el niño alcanzará ciertas pautas como: un mejor uso de la cuchara y tenedor, comenzará a utilizar la servilleta, comerá todo lo que se le ofrezca en el plato, se servirá solo la bebida en el vaso desde recipientes con poco peso y permanecerá sentado en la mesa por más tiempo. Así como también, puede poner la mesa, colaborar en tareas de preparación de las comidas y comenzar a asumir responsabilidades en la familia.[35]

Durante la alimentación, los padres deberán tener en cuenta lo siguiente: enseñarle al niño el uso correcto de los cubiertos; permitirle comer solo a medida que va creciendo para lograr el perfeccionamiento del uso del cuchillo y tenedor; controlar el manejo de recipientes que contengan bebidas, cantidades que debe beber; potenciar el comportamiento adecuado y correcto en la mesa y respetar un tiempo razonable para comer.

## HIGIENE

Con respecto a este área, distinguimos, entre la higiene personal, que hace referencia al conjunto de medidas encaminadas a la conservación de la

[35] MORUNO MIRALLES, P; ROMERO AYUSO, DM; Op. Cit. Pág 31-32

integridad de las diversas funciones del organismo, y a la mejoría de la salud, incluyendo aspectos diferentes, como el aseo, arreglo personal, etc.

Se puede considerar que la evolución en las medidas de higiene personal pasa por las siguientes fases:

La fase pasiva, en la que la persona adulta encargada del cuidado del bebé realiza todas las actividades de higiene del pequeño.

La fase de colaboración, en la que el niño empieza a participar en su propio aseo, donde en un primer momento es el niño el que ayuda al adulto, hasta que más adelante es el adulto el que se limita a ayudar al niño.

La fase activa (alrededor de los 5 años), el niño ha adquirido una independencia progresiva respecto a las maniobras de aseo personal y es capaz de realizar sólo las actividades relacionadas con su higiene, aunque siempre bajo la supervisión del adulto encargado de su cuidado.

En ésta edad, el niño se baña solo, pero con cierto control, se lava los dientes con colaboración de los adultos, sabe cuándo tiene que lavarse las manos, los dientes, aunque necesita ayuda, no llora cuando se le lava la cabeza. Se empieza a peinar, si tiene el pelo corto, se lava solo los dientes, se controla el crecimiento de las uñas y se interesa por bañarse en la bañera.

Hay cuidados específicos que se deben tener en cuenta en ésta edad: vigilancia durante el baño, acicalado o limpieza específica de determinadas zonas (que incluye una serie de cuidados higiénicos complementarios del baño, como el peinado, cuidado o higiene de los ojos, nariz, boca, oídos y uñas); y la higiene de las zonas uretro-genitales, el vestido y desvestido para la evacuación.

Los procedimientos y medidas más importantes para garantizar el aseo personal en la infancia hasta los 6 años, seguirán siendo el baño o la ducha y aseo de la piel, manos y cara, el cabello, las uñas, y adquieren especial importancia los dientes.

Este tipo de hábitos puede empezar a fomentarse por parte de los padres, hacia los 2 años de edad con el lavado de las manos y la higiene que va acompañado con respecto al control de esfínteres.

Los padres irán inculcando progresivamente en el niño, que su cuerpo necesita de una serie de atenciones para mantener un buen nivel de salud y para facilitar la convivencia con los demás.

VESTIDO

La mayoría de los niños hacia los 2 años de edad, se interesan por el proceso de vestirse, aunque les es difícil y lo realizan con bastante lentitud. Están motivados, pero aún no tienen desarrolladas todas sus capacidades motoras, ni la habilidad y destrezas necesarias, para realizar de forma correcta este tipo de actividades.

Es muy importante, aprovechar este período en el que los niños se sienten interesados en vestirse solos, para desarrollar y fomentar este tipo de habilidades.

A esta edad, el niño será capaz de: vestirse solo, abrochar hebillas, es bastante autónomo, algunas prendas se las pone del revés, se viste con agilidad, se inicia en hacer lazos. Con respecto al desvestido: si se le desabrocha se desnuda solo, algunas prendas le cuesta quitárselas, necesita ayuda. Se desnuda solo y si lo necesita pide ayuda.

Es sensible con el estado de su aspecto, sabe sonarse, ordena ropa limpia/sucia, se interesa por el aspecto del calzado, se arregla y cuida de su aspecto, si no puede solo, pide ayuda.

SUEÑO

El organismo humano está dotado de forma natural de ritmos, que regulan su propia actividad y de señales que indican que es conveniente descansar. Una manera de descansar es a través del sueño.

Por lo que respecta a la infancia, la evolución del equilibrio actividad-descanso responde a la maduración órgano-funcional, que va ligada al

desarrollo del sistema nervioso, a la maduración motora, cognitiva y afectiva, a factores individuales y a pautas educativas.

El patrón del sueño, cambia con la edad y se va adaptando al propio ritmo biológico, las diferentes fases del sueño, también se distribuyen de diferente manera a diferentes edades. Teniendo en cuenta, la evolución de las horas de sueño a lo largo de la infancia, encontramos que:

Los primeros meses los lactantes pasan varias horas durmiendo en ciclos regulados por la alimentación/higiene.

A partir del año, los niños duermen 3-4 veces por día, y otros no logran dormir toda la noche seguida. A los 18 meses, duermen 2 periodos al día.

A partir de los 3 años, las horas de sueño nocturno tienden a ser mas largas. Respecto al sueño diurno, (coincidiendo con la escolarización) puede desaparecer la siesta, aunque ésta se puede mantener hasta los 5-6 años.

Para promover esta práctica, los adultos deberán: Hacer comprender al niño, la necesidad de dedicar un tiempo para el descanso, para poder realizar otro tipo de actividades más tarde.

Ayudar al niño a relajarse, para hacer posible el descanso; ir acostumbrándolo para que no necesite la compañía de los demás para dormirse. Vencer el miedo a la soledad o a la oscuridad. Intentar que comprenda que no todas las personas tienen que tener el mismo horario para irse a dormir.

Los padres serán los responsables de la organización de todas sus actividades, a lo largo del día, para poder ir a dormir a la hora adecuada.

Las actividades en que se satisfacen las necesidades básicas de los niños, alimentación, higiene, vestido y sueño/descanso, van más allá de la mera satisfacción de la necesidad, ya que contribuyen a que se desarrolle una relación afectiva.

La alimentación es una de las primeras formas de relación por lo que se puede considerar el comer como un hecho social. Ya en este hábito, no solo se satisfacen las necesidades alimenticias sino que también se comparte el tiempo y el espacio con otras personas, por lo que implica una serie de normas de comportamiento, que se deben transmitir desde el primer momento y que los infantes deben ir interiorizando poco a poco, a través de la educación.

Los momentos de la higiene y es vestido son también ocasiones que se pueden aprovechar, para potenciar el desarrollo de ciertas capacidades, de tipo afectivo (a través de la sonrisa y del contacto cuando son más pequeños, y de los juegos, cuentos, cuando son mayores), de tipo motriz (destrezas manuales y habilidades motoras gruesas, equilibrio), y sensoriales (enseñándole colores, sonidos, etc).

## BIBLIOGRAFÍA


- MORUNO MIRALLES, P; ROMERO AYUSO, DM; *Actividades de la vida diaria*; Edit. Masson. Madrid; España; Octubre 2005.

- REED Y SANDERSON (1999) en: MORUNO MIRALLES, P; ROMERO AYUSO, DM: op.cit.Pág. 13-14.

- PROF. CABALLERO, T; *Desarrollo de hábitos del niño de 0 a 6 años*; consultado Agosto de 2012; disponible en www.iestnt.com

- BECCE, H.; SI DANTO, M, "*Adquisición de las Actividades de la Vida Diaria de cuidado personal en niños pertenecientes a poblaciones con Necesidades Básicas Insatisfechas*". Tesis de Grado. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1998.

# ASPECTOS METODOLÓGICOS

(Segunda Parte)

**Problema:**

- ¿Cuáles son las prácticas de crianza que utilizan los padres o cuidadores para la transmisión de las AVD de los niños en edad pre-escolar que concurren al Jardín de Infantes Municipal Nro. 23 durante el ciclo lectivo 2012 del Bº Belgrano en la ciudad de Mar del Plata?

**Objetivo General:**

- Conocer las *Prácticas de Crianza* que utilizan los padres o cuidadores para la transmisión de las AVD de los niños en edad pre-escolar que concurren al Jardín de Infantes Municipal Nro. 23 del Bº Belgrano en la ciudad de Mar del Plata.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores constitutivos de las Prácticas de Crianza.

- Detectar los factores que podrían influir en las Prácticas de Crianza para la transmisión de las AVD en la población objeto de estudio.

- Describir las características de la Función Materna y Paterna como elementos constitutivos de las Prácticas de Crianza en la transmisión de las AVD.

- Indagar sobre la connotación que tiene para los padres o cuidadores la adquisición de las distintas AVD de sus hijos.

**Variable de estudio:**

***Prácticas de Crianza para la transmisión de las AVD***

**Definición conceptual**: son un conjunto de acciones dirigidas a los niños basadas en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos por parte de los padres o adulto cuidador.

Entendemos por *Cuidador* a la persona responsable, encargada de la supervivencia del niño; éste es quien dedica una importante actividad diaria al cuidado del niño y garantiza sus necesidades básicas.

Éstos, serán los encargados de transmitir un amplio rango de conductas que se consideran necesarias para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana. Se entiende por AVD, *"al conjunto de tareas que tienen lugar diariamente, asociadas a la supervivencia del ser humano. Están orientadas al mantenimiento y cuidado del propio cuerpo. Son actividades básicas, simples y personales (alimentación, vestido, higiene y sueño)."*[36]

Son ocupaciones sumamente complejas, abiertamente compartidas y socialmente construidas.

Estas acciones se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial, y a facilitar el aprendizaje de conocimientos que permitan al niño reconocer e interpretar el entorno que lo rodea.

**Definición operacional**: las prácticas de crianza para la transmisión de las AVD, están basadas en: patrones culturales, creencias personales y conocimientos adquiridos.

- Patrones culturales: Son modelos aprendidos y transmitidos socialmente entre los que encontramos valores, comportamientos, costumbres. Hacen referencia a técnicas de protección, enseñanza y socialización. Éstos suelen ser vistos como la forma natural para ver las cosas.

[36] MIRALLES MORUNO, P; ROMERO AYUSO, DM; Op.Cit Pág.8 y 11.

Ejemplo: manera en que se desarrolla el momento de la alimentación; hábito de compartir la mesa con los miembros de la familia; horarios y rutinas de higiene, etc.

- Creencias personales: se refieren a las explicaciones que dan los padres sobre la manera de **como orientan las acciones de sus hijos**, siempre contemplado desde su propio punto de vista.

Ejemplo: justificación que dan los padres con respecto al abandono del uso del pañal, chupete; comienzo del uso de la cuchara y tenedor; etc.

- Conocimientos adquiridos: Se trata de las nociones básicas del **modo en que se debe criar a los niños**; son explicaciones y certezas compartidas por los miembros de un grupo, que brindan fundamento y seguridad al proceso de crianza.

Por ejemplo, éstos pueden fundarse en: consulta a familiares directos con mayor experiencia en la crianza de los niños, por lectura de artículos de revistas, programas de televisión; consulta a Profesionales de la Salud, etc.

**Enfoque de investigación**

Cualitativo

**Tipo de Estudio**

Según Hernández Sampieri los estudios *exploratorios* se realizan cuando el objetivo de estudio es examinar un problema poco estudiado, o que no se ha observado antes. O bien, nos permite indagar sobre temas o áreas desde nuevas perspectivas.

En cuanto a los estudios *descriptivos*, Pineda menciona que éstos 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.

Estos estudios 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.

Esta investigación, está enmarcada en un estudio de tipo *exploratorio descriptivo*, en el cual se analizarán las distintas prácticas de crianza de los padres, sus características. El tipo de diseño elegido, nos permitirá obtener datos y responder al tema planteado, sirviendo de base para nuevos estudios desde Terapia Ocupacional o para plantear diversos problemas que conduzcan a nuevas investigaciones sobre el tema.

**Población y Muestra**

Para realizar esta investigación, se toma como población de estudio a los padres o cuidadores a cargo de los niños que concurren en ambos turnos a las Salas de 5 (tercera sección) del Jardín Nro. 23 del Barrio Belgrano de la Ciudad de Mar del Plata, durante el año 2012.

La muestra quedaría compuesta por 20 padres o cuidadores a cargo, cuyos niños concurren en ambos turnos a las Salas de 5 del Jardín Nro. 23 del Barrio Belgrano de la Ciudad de Mar del Plata, durante el año 2012.

Unidad de análisis: cada uno de los padres o adulto cuidador a cargo de los niños en edad pre-escolar que concurren al Jardín de Infantes.

**Métodos de selección de la muestra**

No aleatorio por conveniencia. Se seleccionarán a los padres que acepten participar de la investigación.

**Criterios de inclusión de la muestra**

- Padre o adulto cuidador a cargo de los niños, mayores de 18 años de edad.

Tuvimos en cuenta esta edad para evitar inconvenientes con la autorización de los padres/cuidadores menores.

- Padre o adulto cuidador a cargo de los niños que concurren regularmente en ambos turnos (mañana o tarde) al Jardín de Infantes.

- Padre o adulto cuidador a cargo de los niños en edad pre-escolar que concurran a sala de 5.
- Padres o cuidador a cargo de niños sanos.

**Criterios de exclusión de la muestra**

- Padres o adulto cuidador a cargo de niños que permanecen ausentes o no concurren de manera regular al Jardín de Infantes durante el ciclo lectivo 2012.
- Padres o cuidador a cargo de niños con patologías o discapacidad asociadas.

**Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

*Entrevistas semiestructuradas*: a los padres o adulto cuidador, con el fin de lograr una comunicación y a su vez una construcción conjunta, de significados respecto al tema de estudio. Contaremos con una guía de preguntas, pero a la vez introduciremos preguntas adicionales para obtener mayor información sobre el tema de interés. (Ver anexo)

*Encuentros con informantes claves*: en este caso con directivos y distintos profesionales que integran el gabinete escolar del Jardín de infantes, con el fin de recabar información.

*Revisión de documentos:* lectura de diagnósticos barriales e institucionales, etc.

# RESULTADOS

Análisis e interpretación de los datos

Para conocer cuáles son las prácticas de crianza utilizadas por los padres y/o cuidadores a cargo de los niños, confeccionamos como instrumento de recolección de datos una entrevista, de tipo semiestructurada. La misma nos permitió observar y entender en primera instancia la situación social, económica, así como también cultural y educativa de los padres.

La primera parte de la entrevista estuvo conformada por preguntas cerradas, orientadas a preveer la situación socio-económica familiar. Y la segunda parte, se halló dividida en cinco áreas, que constituyen las AVD (alimentación, vestido, higiene, sueño, juego). De ésta manera se facilitó al cuidador detallar y describir sus respuestas, ya que gran parte de las preguntas eran abiertas.

En la presente investigación se realizó una **prueba piloto**, en la cual se seleccionaron cinco cuidadores a cargo de los niños (los cuales no formaron parte de la muestra). A través de la prueba piloto se pudieron ajustar algunas preguntas, a fin de determinar errores de redacción y así mismo determinar la validez, eficacia, claridad y comprensión de las preguntas elaboradas.

Se anexaron algunas preguntas con respecto a las AVD, a fin de profundizar la investigación:

- En cuanto a la higiene: si el niño es independiente en el lavado del cabello y/o cuerpo;
- Con respecto al sueño se agregó el ítem, si se traslada a la cama de los padres;
- Por último en relación al juego, si es ordenado o desordenado con sus juguetes, y tipo de juego compartido con el cuidador.

Esta instancia, permitió mejorar el instrumento y así mismo nos permitió el entrenamiento de la misma.

Para la realización de la entrevista se tuvo en cuenta, el horario en que los cuidadores acompañaban a los niños al ingreso al Jardín o bien cuando eran retirados por los cuidadores, en el horario de salida. De ésta manera se pretendió favorecer la concurrencia para llevar a cabo la entrevista.

La sistematización de los datos obtenidos, favorece una visión global de cada caso particular para la comprensión de la información recabada en la entrevista.

En el análisis de las entrevistas a las madres ó cuidadores a cargo, se pudieron identificar descripciones, significados y distintas vivencias.

## Resultados

De las 20 entrevistas realizadas a los padres o cuidadores a cargo, 18 son las madres de los niños (90%) y 1 abuelo (5%), y 1 abuela (5%) los cuidadores a cargo.

La respuesta más significativa en cuanto al porque de dicha persona, es por trabajo.

..."*Yo (madre) lo cuido, porque el papá trabaja hasta la noche*"... (Entrevista. Nº1)

..."*Yo (madre) porque no trabajo*"...E.Nº 14

Se hallaron otras respuestas como: ..."*Lo cuido yo (madre), porque mi marido no quiere que lo cuide otra persona*"...E. Nº 12

Con respecto a su nacionalidad 18 (90%) son argentinos, y 2 (10%) chilenos.

Se halla que el 60% de los cuidadores se encuentran en concubinato, el 30% casados, y un 5% separados y solteros respectivamente. **Ver gráfico 1.**

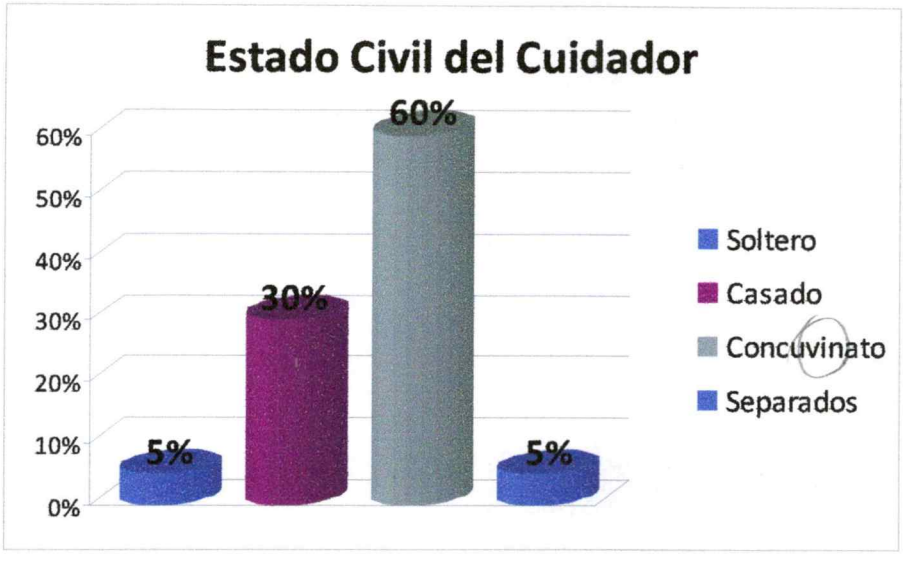



**Gráfico 1**. Estado civil del cuidador a cargo de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012

El nivel de escolaridad del cuidador a cargo, varía desde el primario incompleto (15%), Primario completo (40%), Secundario incompleto (40%), Secundario completo (5%), **Ver gráfico 2.**

Destacamos que del porcentaje total de los cuidadores de los niños, el 90% son las madres de los mismos; y a su vez observamos que éstas, alcanzan el más alto nivel de escolaridad (secundario incompleto) en comparación con los papás.

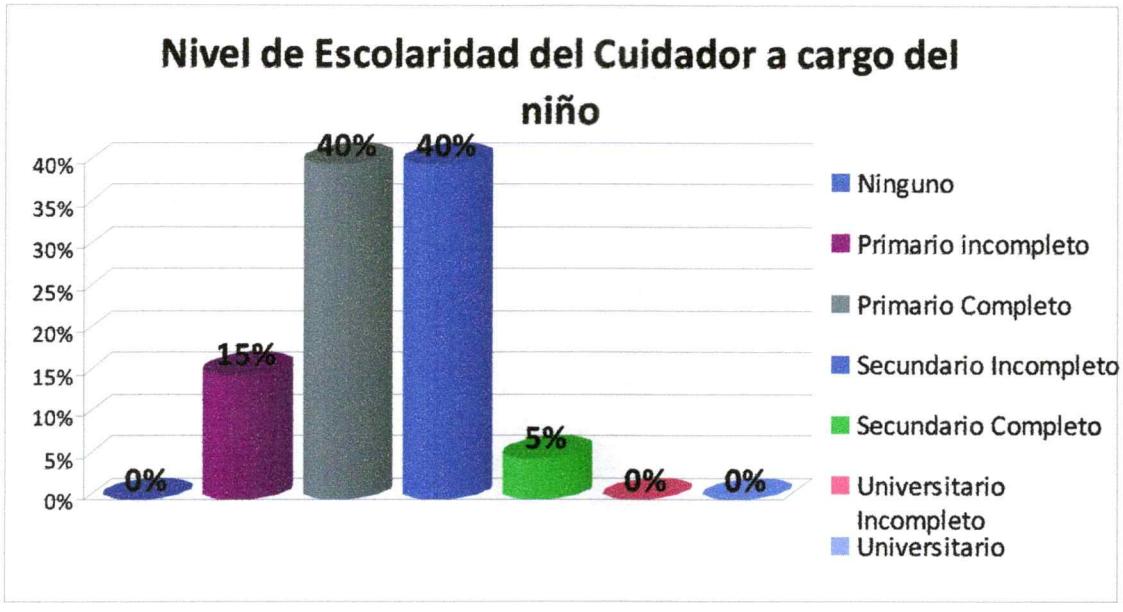



**Gráfico 2** Nivel de escolaridad del cuidador a cargo de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012

En cuanto a los datos obtenidos de los padres, se observa que la edad promedio de las madres es de 31 años, y la de los padres, 36 años de edad. En cuanto a la ocupación de los padres, la mayoría de las respuestas obtenidas por las madres, fueron: amas de casa, y en menor porcentaje empleadas domésticas, porteras y empleadas de comercio. Con respecto al padre, la mayoría se dedica a la construcción/ trabajos de pintura, y en menor porcentaje son empleados de comercio y en fábricas de pescado.

El nivel de escolaridad encontrado en los padres es de:

Madre: Primario incompleto 10% (2), Primario completo 35% (7), Secundario incompleto 45% (9), Secundario completo 10% (2).

Padre: Primario incompleto 11% (2), Primario completo 50% (9), Secundario incompleto 22% (4), Secundario completo 11% (2), y un 6% (1) tiene Universitario incompleto. **Ver gráfico 3.**

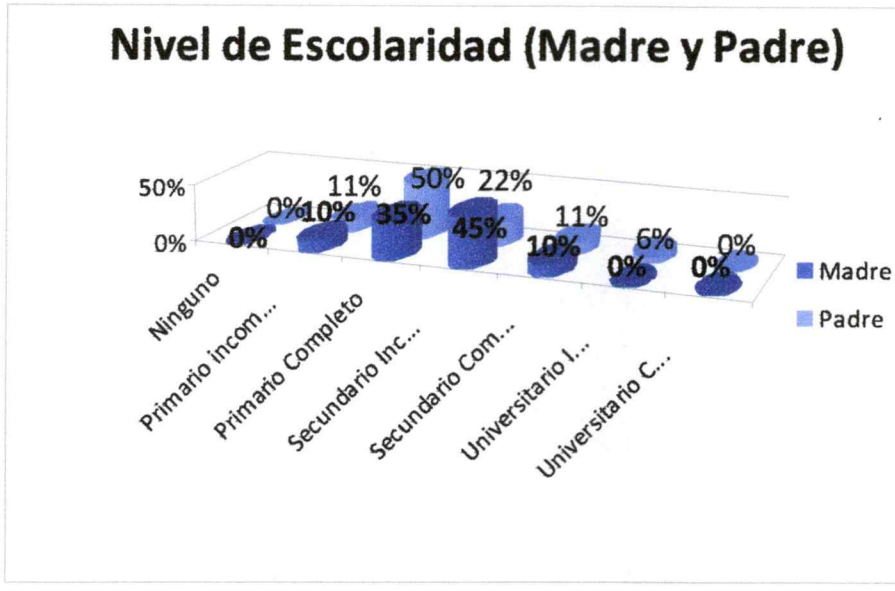



**Gráfico 3** Nivel de escolaridad de los padres de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012

En cuanto a la edad de los niños que concurren al Jardín, 13 niños (65%) tienen 5 años de edad, y 7 (35%) tienen 6 años.

Del total de los niños que alcanzó la entrevista, 11 (55%) son de sexo femenino, y 9 (45%) masculinos.

Con respecto a la constitución familiar, la mayoría de las familias son nucleares, compuestas por madre, padre e hijos. Y en algunos otros casos familias ampliadas, conviviendo con tíos y/o abuelos. En cuanto a la cantidad de personas que habitan en el hogar, varían de una familia a otra. **Ver tabla 1**

| **Número de Habitantes en el hogar** | **Nº** | **%** |
|---|---|---|
| 2 personas | 0 | **0%** |
| 3 a 5 personas | 13 | **65%** |
| 6 a 9 personas | 7 | **35%** |
| Mas de 9 personas | 0 | **0%** |
| TOTAL | 20 | **100%** |

**Tabla 1**. Cantidad de personas que conviven en el hogar de los niños en edad pre-escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

El 90% de las familias entrevistadas, recibe algún plan social (asignación universal por hijo/s, tarjeta de alimentos, asignación por más de siete hijos y pensión por discapacidad). Sólo un 10% no recibe ningún plan social.

**Ver tabla 2.**

| Plan Social | No | Si | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | A.U.H. | Tarj. Alim. | A.U.H. y Tarj.Alim. | Asig. por + 7H. | Pensión Discap. | |
| Nº | 2 | 12 | 2 | 2 | 1 | 1 | 20 |
| % | 10% | 60% | 10% | 10% | 5% | 5% | 100% |

**Tabla 2**. Tipo de Plan Social que recibe la familia de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012

Con respecto a la vivienda y servicios, el total de los entrevistados (100%) contestaron que su casa es de mampostería (cemento-ladrillo), sin encontrar en las respuestas ningún otro tipo de construcción.

En cuanto a la cantidad de ambientes en la casa, la mayoría cuenta con cocina/comedor, habitación/es y baño (dentro o fuera de la vivienda). **Ver tabla 3 y 4.**

| **Cantidad de ambientes en la casa** | Nº | % |
|---|---|---|
| 2 ambientes | 7 | 35% |
| 3 ambientes | 8 | 40% |
| 4 ambientes | 5 | 25% |
| Total | 20 | 100% |

**Tabla 3.** Cantidad de ambientes en la casa de los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

| **BAÑO** | Nº | % |
|---|---|---|
| Dentro de la casa | 18 | 90 |
| Fuera de la casa | 2 | 10 |
| Total | 20 | 100 |

**Tabla 4.** Disposición del baño en la casa de los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

La descarga del baño, en la mayoría de los casos 70% es por medios mecánicos (botón/cadena), y el 30% por medios manuales (balde). **Ver tabla 5.**

| **Descarga del baño** | Nº | % |
|---|---|---|
| Botón-Cadena | 14 | 70 |
| Medios Manuales | 6 | 30 |
| Total | 20 | 100 |

**Tabla 5.** Tipo de descarga de baño presente en la casa de los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Además, la totalidad de las familias cuentan con luz por red pública y agua corriente. El 50 % (10) de las familias cuentan con gas por red, y el 50% restante (10) con gas envasado (garrafa).

Con respecto al desagüe cloacal, el 70 % (14) de las familias tiene cloaca, y el 30 % cuenta con pozo ciego.

Alimentación

El 100% (20) de los niños, según relatan los cuidadores entrevistados, realizan las 4 comidas diarias, produciéndose el desayuno y la merienda en el Jardín y/o en la casa, según cada caso.

El tiempo dedicado a la alimentación varía según las familias, el 70% (14) de los cuidadores respondieron que le dedican 30 min al almuerzo, y el 30% (6) restante, hasta 1 hora.

Sólo el 65% de las familias, tienen horarios programados para el almuerzo. No se observa lo mismo en el momento de la cena, ya que el 55% respondió que le dedica 1 hora, y el 40% (8) hasta 90 min. El 75% respeta los horarios de la cena. En la mayoría de los casos, según el relato de los entrevistados, se encuentra presente la familia completa para compartir este momento.

De acuerdo a las descripciones de los cuidadores se puede ver que en la mayoría de los casos, en el almuerzo los niños comen con sus hermanos, realizándolo de manera rápida (menos de 30 minutos), la madre suele no compartir este momento junto a ellos, ya que se encuentra ocupada en la preparación de los alimentos y el ingreso de los niños a la escuela en el turno tarde. Algunas madres almuerzan mas tarde o directamente no lo hacen.

Generalmente en la cena, se encuentra la familia completa, y el tiempo dedicado es mayor. Según sus relatos este momento es mas tranquilo y relajado, hacen sobremesa, realizan comentarios del día, teniendo la televisión

encendida o no. Esto se debe a que el padre trabaja durante el día y por la noche está presente, junto a su familia. Pudimos observar que a pesar de que los papás tienen una jornada laboral que varía entre 8 y 12 horas, al momento de la cena la totalidad de los padres comparten este momento familiar.

..."*Al mediodía picamos algo, comemos tarde, porque estoy en el kiosco, en la cena estamos mas tiempo*"... (Entrevista Nº 4).

..."*Al mediodía no almorzamos todos juntos, a la noche sí. Yo (madre), no me siento a la mesa, mi hija come sola. Al mediodía es todo más rápido porque la nena tiene que ir al jardín. Está la t.v. encendida, pero no mira mucho. De noche comemos mas tranquilos*"...E.Nº 8.

..."*Almuerzo con mis hijos, el padre generalmente al mediodía está trabajando. Durante la comida la tele se encuentra encendida. La nena come en la mesa, no es inquieta, es prolijita, mira mucha tele mientras come". "A la noche estamos con mi marido y los chicos*"... E.Nº 16.

Del total de la muestra, sólo 3 (15%) de los niños son totalmente independientes para alimentarse, de los 17 (85%), que requieren asistencia, 9 (45%), necesitan ayuda para cortar los alimentos con cuchillo y 8 (40%), requiere asistencia para cortar con cuchillo y servir líquido en el vaso. **Ver gráfico 4.**

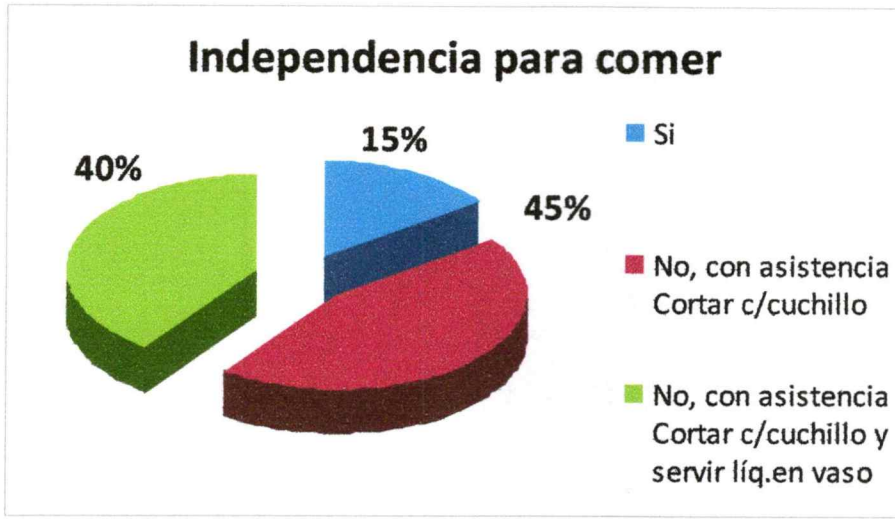



Gráfico 4. . Independencia para comer de los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Con respecto al manejo de utensilios por parte de los niños, la mayoría utilizan: plato, vaso, tenedor, cuchara y servilleta, sólo un niño no utiliza tenedor, ni cuchara para llevarse el alimento a la boca (come los alimentos directamente con las manos). Del total, 11 niños se sirven líquido de la jarra al vaso.

En cuanto a la utilización de la mamadera, 16 niños (80%), la utilizaron. Con respecto a la edad de abandono de la misma, varía desde el año de edad, hasta los 5 años; Se halló que dos de los niños continúan tomando mamadera. **Ver tabla 6**

| **Utilización de mamadera** | Si | No | Total |
|---|---|---|---|
| Nº | 16 | 4 | 20 |
| % | 80% | 20% | 100% |

**Tabla 6**. Utilización de mamadera de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

La mayoría que la utilizó, la abandonaron voluntariamente, mientras que algunos, fueron las mismas madres quienes se las retiraron. Hubo otros casos,

en que nunca tomaron mamadera, ya que pasaron del pecho, directamente a la taza.

..."*Tomó mamadera hasta los 18 meses y la fue dejando ella sola*"...E.Nº 3

..."*Tomó mamadera hasta los tres años, ahí se la saqué, porque sino quería venir al jardín con la mamadera*"...E. Nº 6.

"*Tomó mamadera hasta los tres años que se le rompiò la tetina y no la quiso mas*"...E.Nº 18.

En cuanto a la utilización del chupete, 8 niños (40%) lo utilizaron. Actualmente no se halló ningún caso en que el niño continúe utilizando chupete.

La respuesta más significativa es que los niños, no utilizaron chupete por diferentes razones:

..."*Nunca usó chupete, le daba asco y lo escupía*"...E. Nº3.

..."*No usó chupete, se lo compramos pero nunca lo quiso*". E.Nº12.

Se encontraron otras respuestas como: ..."*Usó hasta los tres años y se lo saqué porque venía al jardín*"...E. Nº 7

... "*Utilizó chupete hasta que lo perdió y no lo quiso más*". E.Nº 13

Con respecto a la succión del pulgar, 4 niños, continúan succionándose el pulgar (20%). El 80% (16), nunca se lo succionaron.

En cuanto a las prácticas utilizadas para la enseñanza de los hábitos vinculados a la alimentación, podemos observar que de todas las entrevistas realizadas, se encuentran dos perfiles distintos: el primero, donde el cuidador

tiene un rol pasivo y el niño aprende observando, experimentando, imitando a los mayores:

...*"Es cosa de todos los días, le enseñaba con la cuchara, nos miraba y nos imitaba"*...E. Nº 1

...*"Ella observaba, come desde chiquita en la mesa y fue copiando, aprendió sóla; a veces yo le mostraba como por ejemplo tomar el tenedor"*...E. Nº 8.

El segundo, donde los cuidadores intervienen activamente demostrándole al niño la manera en como tomar los utensilios: ..."*Verbalmente le explicábamos que no coma con las manos, ella no quería que yo la ayude, yo le corregía como tenía que tomar los cubiertos y aprendió por experiencia*". E.Nº 12.

..."*Me sentaba con ella y le enseñaba cómo tenía que tomar la taza, después los cubiertos y así fue aprendiendo*". E.Nº 13.

..."*De a poquito le enseñamos y como tiene hermanos mas grandes los fue imitando; es muy observadora*". E.Nº 16.

VESTIDO Y DESVESTIDO

El 20% (4), de los niños son totalmente independientes para vestirse y desvestirse, es decir, se colocan ellos mismos todas las prendas de vestir (remera, pantalón, medias, calzado, atarse los cordones, abrocharse los botones y prendas con cierres). El 80% (16), requiere algún tipo de asistencia para la colocación de las prendas de vestir. **Ver gráfico 5**.

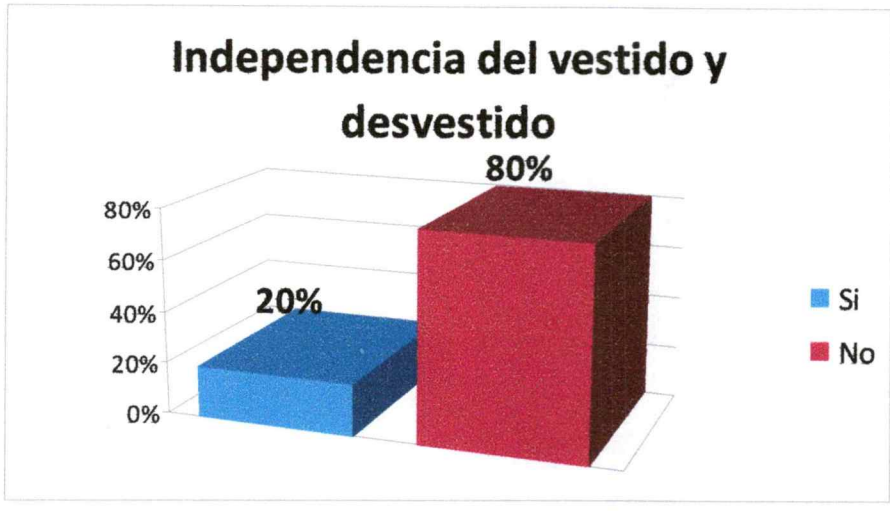



**Gráfico 5**. Independencia para el vestido y desvestido de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

De los niños que requieren asistencia, la mayoría lo solicita para la colocación del calzado y para atarse los cordones; En menor cantidad requieren ayuda para las prendas que tienen botones y cierre.

El 30% (6) de los niños, seleccionan ellos mismos la vestimenta; el 55% (11), la seleccionan el cuidador/a a cargo; y sólo el 15% (3), la seleccionan entre ambos.

Con respecto al vestido y la enseñanza de este hábito; pudimos observar a partir de todas las respuestas obtenidas, que aquí también existen dos tipos de asistencia, una de tipo verbal, donde los cuidadores guían los pasos a seguir; y otra de tipo asistida, donde además de la ayuda verbal también intervienen desde la práctica corporal.

*..."Yo le explicaba cómo se hace, se hace así, se hace asa...y lo dejo sólo; así le enseño para que aprenda"*...E. Nº 2

*..."Fue aprendiendo solo, se iba sacando la ropa y yo le decía. También lo mismo para vestirse yo le voy diciendo"*...E. Nº10.

Higiene

Tomando el área de la higiene y la periodicidad del aseo o baño de los niños, se observa que este varía desde: todos los días 80% (16), y el resto, 20% (4), respondió que se higieniza todos los días ó día por medio, según las actividades diarias realizadas por los niños y la época del año.

El lugar donde los cuidadores bañan a los niños es, en la mayoría de las respuestas encontradas, la ducha (80%), así como también la bañadera (10%) y en fuentón (10%). **Ver tabla 7.**

| **Lugar de la Higiene** | Nº | % |
|---|---|---|
| Bañadera | 2 | 10% |
| Ducha con piso | 16 | 80% |
| Fuentón | 2 | 10% |
| Otros | 0 | 0% |
| Total | 20 | 100% |

**Tabla 7.** Lugar donde se realiza la higiene de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Con respecto a la independencia para bañarse, se encontró que un 15 % (3) de los niños es totalmente independiente para bañarse y no requiere asistencia. Mientras que un 80 % del total, si requiere de ayuda en tareas como, lavarse el cabello (70%), y lavarse el cabello y cuerpo, el 10 % restante. Solo el 5 % (1) de los niños no es independiente en esta tarea. **Ver gráfico 6.**

**Gráfico 6.** Independencia en el baño de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

El 85 % de los niños dedican menos de 30 minutos para el baño. Mientras que el 15% restante prolonga más de 30 minutos para ésta tarea. Encontrando también que el 80 % de los niños, juegan durante esta actividad. **Ver gráfico 7.**

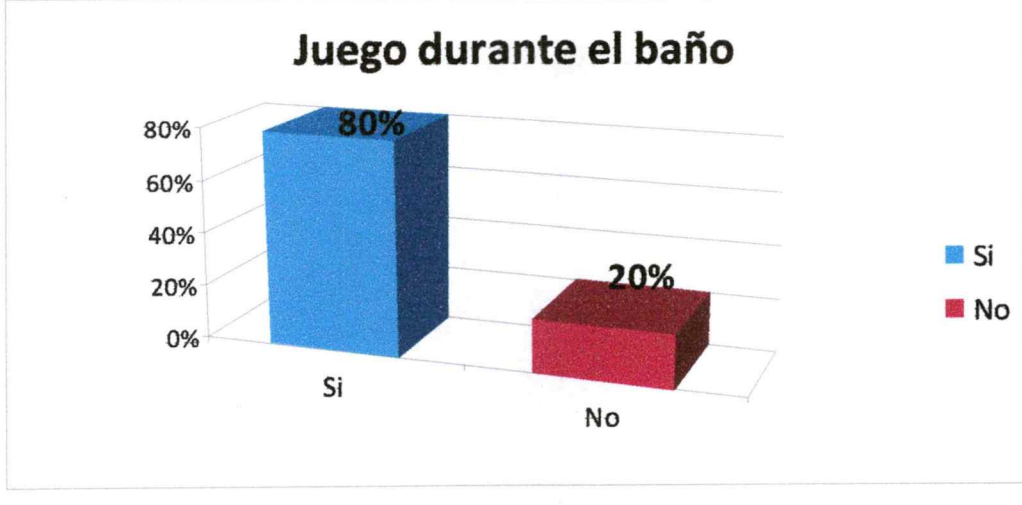



**Gráfico 7.** Presencia de juego durante el baño de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Se observa que la mayoría de los niños colaboran al momento del baño y los cuidadores permiten esto, ya que comentan que es un espacio óptimo para que los niños aprendan este hábito y puedan, así también valerse por sí mismo.

Si bien los cuidadores permiten éste momento de aprendizaje de los niños, ellos supervisan constantemente para prevenir accidentes dentro del baño y por último ellos terminan de higienizarlos correctamente.

*..."Ahora quiere bañarse sola, colaborar, yo la dejo...quiere crecer, independizarse y no depender de mi...quiere cantar, enjabonarse, valerse por sí sola. Yo entro y salgo del baño..."* E. Nº 8

*..."Sí, para que aprenda ciertas reglas, se va independizando y que sepa el ritmo del día"...* E.Nº 19.

Cuando se indagó sobre la periodicidad del cepillado de dientes, se encontraron respuestas como, una vez al día 5%, dos veces por día (45%), tres veces por día (40%), y solo el 10 % de los casos no lo hace. **Ver tabla 8.**

| **Periodicidad del cepillado de dientes** | Nº | % |
|---|---|---|
| Una vez al día | 1 | 5% |
| Dos veces al día | 9 | 45% |
| Tres veces al día | 8 | 40% |
| No lo hace | 2 | 10% |
| Total | 20 | 100% |

**Tabla 8.** Periodicidad en el cepillado de dientes de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

En cuanto a la higiene bucal el 45 % requiere algún tipo de asistencia. Ya sea para la colocación de la pasta dental en el cepillo (7) 35%, enjuague

bucal 5%, y ambas tareas 5%. El 55 % restante es totalmente independiente. **Ver gráfico 8.**

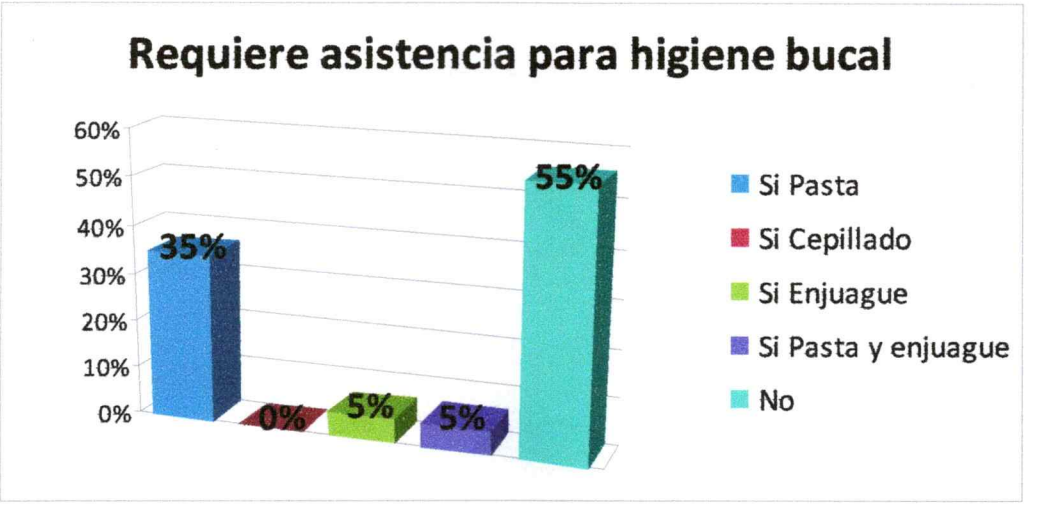



**Gráfico 8**. Asistencia para la higiene bucal de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Los encargados de la enseñanza del cepillado de dientes, según los distintos casos, fueron, la madre (40 %), padre (25%), hermanos (5%), abuelo/a (5%), así como también, hubo otro espacio de enseñanza que fue el Jardín de Infantes (maestra y/u Odontólogo). **Ver gráfico 9.**

*..."Le enseñaron en el Jardín (la Odontóloga), luego en casa y después fue haciéndolo ella sóla..."* E.Nº5.

*..."Aprendió en el jardín y en casa observaba al hermano cómo se cepillaba los dientes". E.Nº 15.*

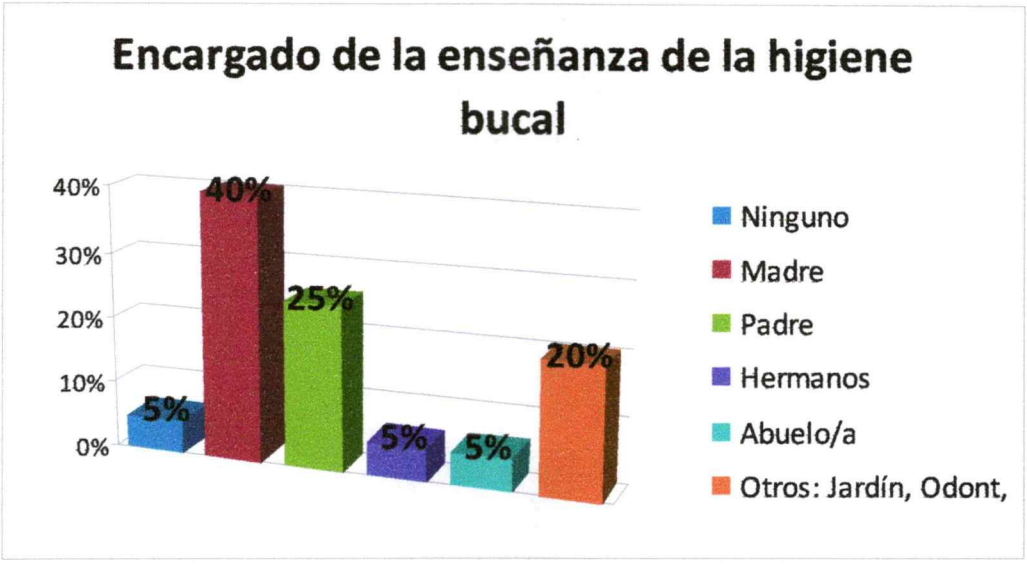



**Gráfico 9.** Encargado de la enseñanza de la higiene bucal de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Con respecto a la edad de abandono del pañal, ésta varía desde, menos de 2 años de edad (35%) de los niños, entre los 2 y los 3 años (60%), y más de 3 años de edad el 5 % de los niños. **Ver gráfico 10.**

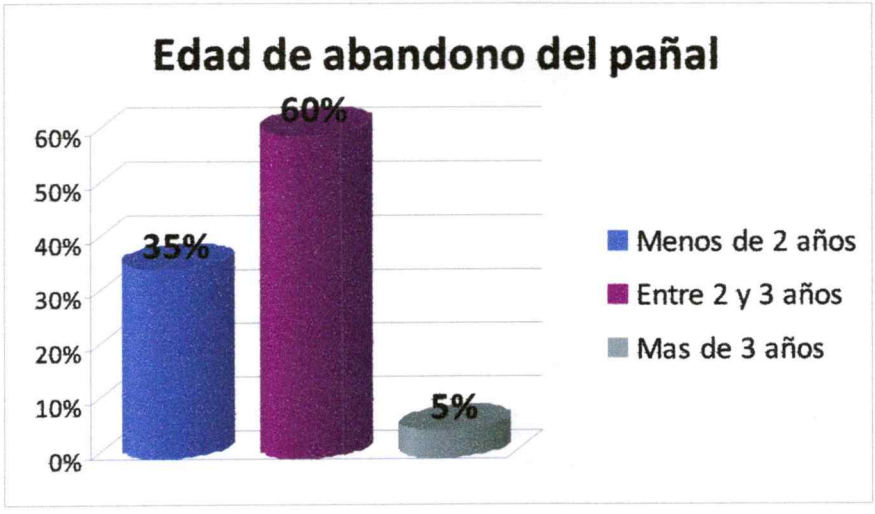



**Gráfico 10.** Edad de abandono del pañal de los niños de edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

La mayoría de los cuidadores entrevistados (90%) respondieron que no se asesoraron con nadie en el momento de retirar los pañales. Sólo 2 madres (10%) respondieron que lo consultaron con su madre o suegra en aquel momento.

Con respecto al entrenamiento de este hábito, se encontraron respuestas variadas. Muchos de los cuidadores comenzaron sentando a los niños en la pelela o inodoro, aguardando la evacuación, y festejando este momento; en otros casos se puede inferir que la madre/cuidador no se dedicó exclusivamente a la enseñanza de este hábito, ya que le fueron retirando paulatinamente el pañal, por haber observado que al niño le incomodaba éste, y además pidiéndoles luego que avisaran ante la necesidad.

*..."Con la pelela le enseñé, lo sentaba de a ratos y con juegos. Con juegos porque cuando les sacas el pañal se sienten como desnudos, desprotegidos. Además les da miedo..."* E.Nº 2.

*..." Se los saque antes de los 2 años, ella me iba diciendo y yo la sentaba en la pelela. Yo me doy cuenta cuando ella quiere hacer porque se pone en cuclillas..."* E. Nº 6.

*..." No quería más el pañal porque le resultaba incómodo. Después usó una pelela porque le costaba sentarse en el inodoro..."* E. Nº 9.

Actualmente, encontramos que, la mitad de la muestra es totalmente independiente en esta actividad, mientras que el resto requiere de ayuda para algunas tareas como, cortar el papel higiénico (10%), cortar el papel e higienizarse (15%), o solo higienizarse (25%). **Ver gráfico 11.**

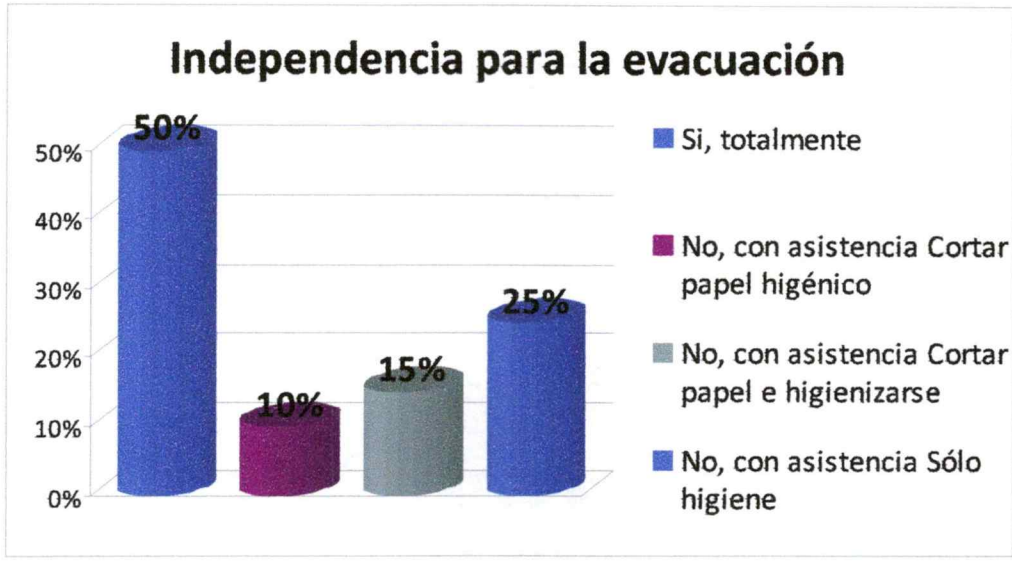



**Gráfico 11**. Independencia para la evacuación de los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Sueño

Se encontró colecho en el 25 % de los niños, ya sea con padres, hermanos o tíos. Y cohabitación con padres en el 60 % de los casos. **Ver gráfico 12 y 13.**

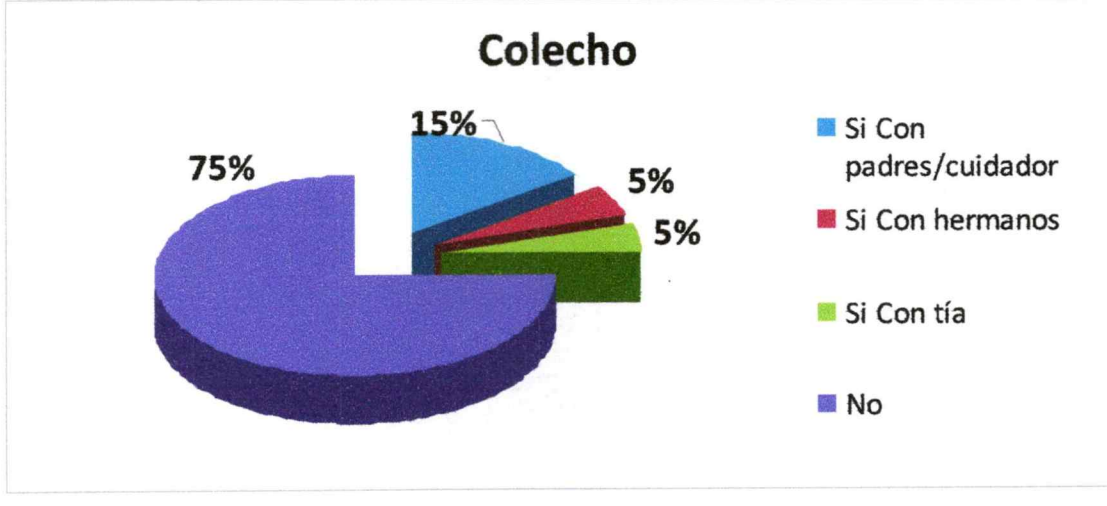



**Gráfico 12.** Presencia de colecho en los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

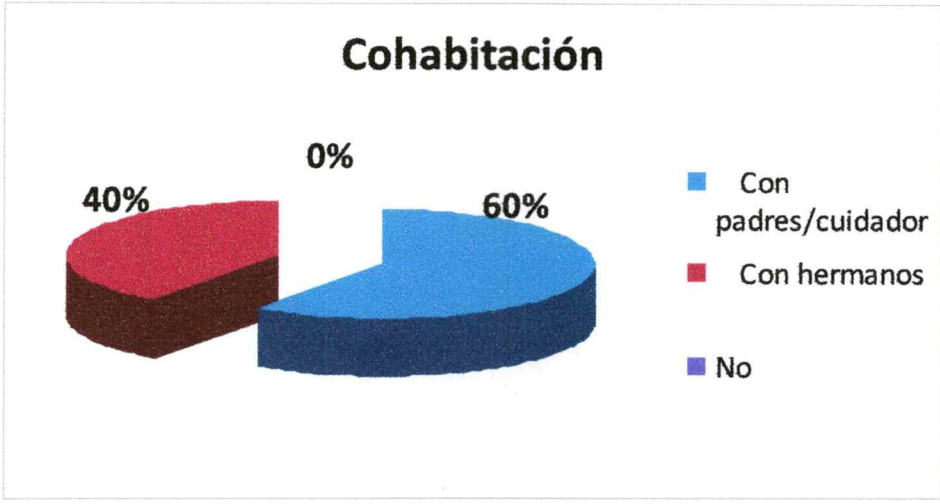



**Gráfico 13.** Presencia de colecho en los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

El total de los niños (20) duermen más de 8 horas diarias, según las respuestas obtenidas. Y la calidad del sueño varía entre tranquilo sin interrupciones (65%), y con pesadillas o interrupciones (35%).

Con respecto a los hábitos y horarios, se observó que la mayoría tiene horarios programados para dormir (55%) y despertar (60%). **Ver tabla 9.**

| **Horarios Programados** | Si | | No | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Para ir a dormir | 11 | 55% | 9 | 45% | 20 | 100% |
| Para levantarse | 12 | 60% | 8 | 40% | 20 | 100% |

**Tabla 9.** Horarios programados para despertar y dormir en los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

El 65 % del total no duerme siesta, mientras que el resto de los niños duermen entre menos de 60 min (5%) y más de 60 min el 30 %. **Ver gráfico 14.**

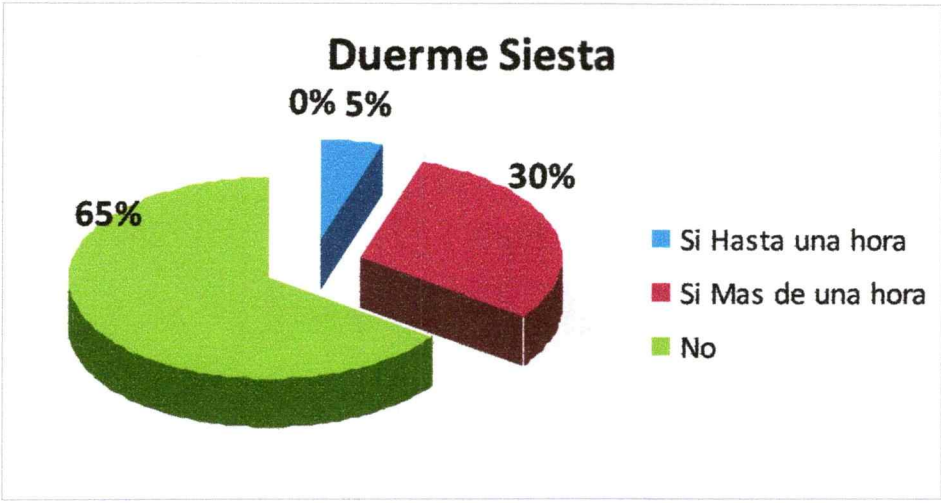



**Gráfico 14**. Hábito de dormir la siesta en los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Juego

Con respecto al juego, en la mayoría de los casos, los niños juegan casi todo el día fuera de la jornada escolar y lo hacen generalmente con hermanos y/o primos, sólo en pocos casos juegan con amigos del jardín o vecinos, ya que los cuidadores refieren sentir mayor tranquilidad si los niños juegan en su casa y adentro:

*..."Juega toda la tarde, lo hace con la prima o con algún otro familiar. No me gusta que salga a la calle..."* E. Nº 10

*..."Después de almorzar juega con hermanos y los primos del jardín"...* E. Nº 19.

Los juegos que los cuidadores comparten con los niños son: juegos de mesa (30%), como por ejemplo cartas, rompecabezas, con figuritas, al dominó de figuras, otros de tipo creativos (25%), como por ejemplo pintar y dibujar, diseñar ropa para las muñecas, armar figuras con bloques; y juegos que involucren la motricidad gruesa y al aire libre (20%), como por ejemplo, jugar a

la pelota, andar en bicicleta, jugar a la paleta, a la "mancha" y juegos de imitación (25%), como por ejemplo jugar a la mamá, jugar a la vendedora, a la maestra. **Ver gráfico 15.**

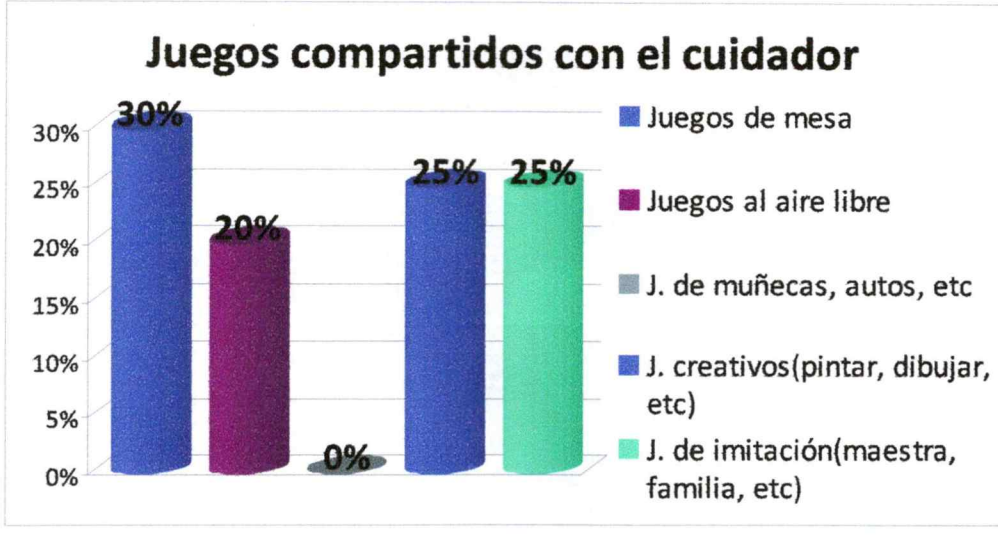



**Gráfico 15.** Tipo de juego compartido por el cuidador a cargo con los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

La mayoría de las respuestas encontradas con respecto al tiempo de juego compartido con el niño, fue de 30 a 60 min. por día (55%). Habiendo cuidadores que también lo hacen más de una hora por día (15%), o menos de 30 min. por día (30%). **Ver gráfico 16.**

**Gráfico 16**. Tiempo de juego compartido por el cuidador a cargo con los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Algunos de los adultos a cargo de los niños intervienen en la elección del juego, o cuando este se torna peligroso:

*..."En juegos peligrosos intervengo yo, porque se puede golpear y la hermanita la copia"...* E. Nº 12.

En otros casos, los cuidadores supervisan desde la observación o directamente desde la intervención verbal:

*..."No intervengo, solo miro a lo que juega..."* E. Nº 5.

*... "Sí intervengo, diciéndole ese juego no es para vos..."* E.Nº 3.

*... "Si, cuando esta mal le aviso, cuando se equivoca. Yo lo vigilo a que juegue cosas bien (no bruto, ni violento), los pongo en penitencia cuando se pelean..."* E. Nº 10.

Indagando con respecto a otros entretenimientos, el 95 % (19) de los niños miran TV y la cantidad de horas que lo hacen varía desde, hasta 1 hora por día el 40% (8), entre 1 y 2 horas el 30% (6), y más de 2 horas el 25% (5) de los niños. Encontrándose 1 solo niño (5%) que no mira TV porque no tienen en el hogar. **Ver gráfico 17.**

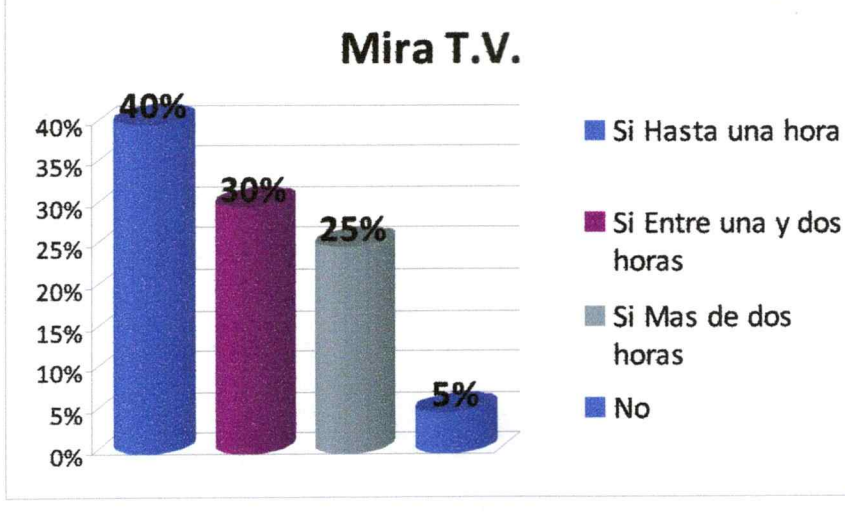



**Gráfico 17.** Hábito de mirar TV en los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

De estos 19 niños, 12 (63,15%) son supervisados por un adulto en el momento que está la TV encendida.

Con respecto a la PC o Playstation, 12 niños (60%) juegan con alguno de estos 2 entretenimientos. En cuanto al tiempo que lo utilizan: hasta 1 hora lo hace el 40 % (8), entre 1 y 2 horas el 15 % (3), y más de 2 horas el 5% (1), del total de la muestra. **Ver gráfico 18.**

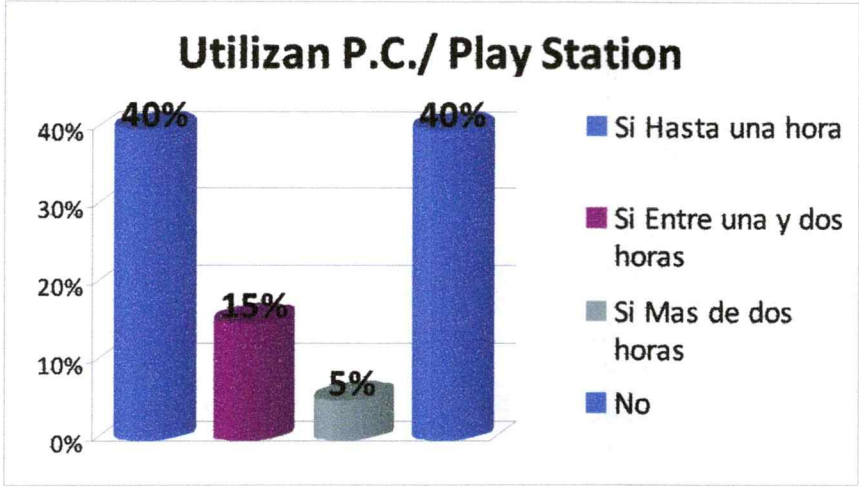



**Gráfico 18.** Utilización de PC y Play Station en los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Del total de los niños que utilizan la PC o Playstation, el 75%, son supervisados por un adulto.

En cuanto a la periodicidad de las salidas recreativas de los niños, las respuestas se encontraron divididas, ya que el 40 % de los cuidadores respondieron que lo hacen todos los fines de semana, y otro 40 % solo 1 vez al mes. Encontrando también familias que lo hacen más de 2 veces a la semana (5%), o cada 15 días (15%). **Ver tabla 10.**

| **Frecuencia a lugares recreativos** | Nº | % |
|---|---|---|
| Mas de dos veces a la semana | 1 | 5% |
| Todos los fines de semana | 8 | 40% |
| Una vez al mes | 8 | 40% |
| Dos veces al mes | 3 | 15% |
| Total | 20 | 100% |

**Tabla 10.** Frecuencia con que son llevados a lugares recreativos a los niños en edad pre escolar que concurren al Jardín 23 de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2012.

Los niños son acompañados mayormente por ambos padres (45%), o solo por la madre (30%). Hallando casos en que también van con el padre 5%, abuelos 5%, y toda la familia (padres y hermanos) 15 %.

A partir de los resultados obtenidos, de la distintas AVD, podemos inferir que los niños que son totalmente independientes en alguna de estas, pertenecen a familias conformadas por dos o más hijos y no se pudo hallar relación alguna entre la cantidad de hijos (familias numerosas), madres con experiencia previa y el desenvolvimiento en las AVD.

En cuanto, a las dudas que pueden surgir de los cuidadores con respecto a la crianza y a las personas a quienes consultan, se observó que la mayoría de los casos lo hacen con algún familiar de sexo femenino con experiencia (madre, hermana, cuñada, suegra), y en otros casos le consultan al marido y/o Pediatra. También se encontraron casos en donde los cuidadores

no tenían la necesidad de consultar ya que trataban de solucionarlo ellos mismos

: ... *"Le pregunto a mi hermana o a mi cuñada que tiene hijos de la misma edad"*... E. Nº 3

... *"No, no tengo dudas, creo que hasta ahora voy bien"*. E. Nº 17

...*"Si, le consulto al pediatra, con alguna mamá: mi suegra, cuñada y además por experiencia con los otros hermanos mayores"*... E. Nº 18.

Con respecto a la opinión de los cuidadores en cuanto, a que los niños vayan siendo independientes en las AVD, las respuestas más significativas hacen referencia a que los cuidadores, están a favor del logro y adquisición de su independencia, ya que esto les parece importante para su posterior desarrollo y desenvolvimiento por sí mismos. A partir de los testimonios de este grupo en particular, podemos inferir que algunos de los padres/ cuidadores, manifiestan asombro con la rapidez que pasa el tiempo y las capacidades de autovalimiento de sus hijos para el logro paulatino de su independencia. Muchos de los relatos, coinciden en que los padres/cuidador les enseñan estos hábitos cotidianos para valerse por sí mismos, ya que manifiestan que en un futuro no van a estar ellos (los adultos) para atender las necesidades de los niños.

...*"Me sorprendió que sea tan independiente. Le trato de dar lo mejor y yo por trabajo falté en los mejores momentos de ella, y ahora me doy cuenta que está grande y todo lo que sabe hacer sola"*...E. Nº 3.

...*"Me gusta que sea así independiente, porque yo de vez en cuando estoy enferma; porque el día que yo no esté, tienen que hacer las cosas solos y no quiero que sean como mi marido, que es muy dependiente, porque cuando yo no esté tienen que desenvolverse solos"*... E. Nº 16.

...*"Necesito un espacio para mí y para ellos, y para que vayan siendo independientes en la vida. Él va observando a todos en la familia. Es el menor de varios hermanos, es muy independiente y observador. Además las cosas cotidianas es lo que incorporas en la vida, entre tantas cosas"*... E. Nº 19.

# CONCLUSIONES

En relación a nuestra investigación sobre **las prácticas de crianza, que utilizan los padres y/o cuidador, para la transmisión de las AVD de los niños en edad pre-escolar**, no se halló ningún caso de niños, que sean totalmente dependientes, ya que encontramos niños con cierto grado de dependencia y otros, totalmente independientes en algunas de las AVD. Es esperable encontrar por su edad madurativa, cierto grado de dependencia de los niños hacia el cuidador.

Se evidencia una delimitación marcada con respecto a la transmisión de las AVD, una, donde el niño realiza libremente sin asistencia alguna las distintas AVD, observando, en algunos casos a hermanos o a los mismos padres cómo desarrollan estas actividades, y otra donde es el mismo adulto, quien le provee la facilitación de los utensilios o bien le explica la forma adecuada de cómo manipularlos, como es en el caso del momento de la alimentación. Ambas posturas facilitan las potencialidades de cada niño, una a partir del ensayo y error permitiendo así incorporar distintos conocimientos, y la otra si bien tiene mayor posibilidad de poder realizar la actividad de manera favorable, es una instancia de aprendizaje, donde en ambos patrones, se desarrollará un aumento de la autoconfianza, autoestima y seguridad por parte de los niños, en todas las actividades que abarcan las AVD.

En cuanto a las prácticas de crianza que tienen que ver con el vestido y desvestido, la mayoría de las madres/cuidadores, dejan que sus niños se vistan de manera independiente, haciendo suponer que este momento es apto para que el niño vaya aprendiendo este hábito, y en otros casos son las mismas madres/cuidadores, quienes visten y/o asisten a sus hijos para agilizar la actividad y ganar tiempo, sin darle la posibilidad de experimentar el momento del vestido.

Algo similar ocurre con respecto a la higiene, si bien la mayoría de los cuidadores permiten que los niños se bañen de manera independiente, generalmente antes de finalizar el baño, los adultos los terminan de higienizar, según refieren éstos durante las entrevistas. Son los mismos niños quienes no desean ser dependientes en ésta actividad, son ellos, los que eligen realizarla de manera independiente, de acuerdo al relato de las madres/ cuidador.

En el área del juego, observamos que la mayoría de las madres/cuidadores, relataron preferir que los niños jueguen con hermanos o

algún familiar cercano, encontrando muy pocos casos, que elijan vecinos o compañeros del jardín. En función de ello, podemos estimar que, de acuerdo al relato de las madres/cuidador se observa cierto grado de desconfianza con personas ajenas a la familia, debido a la situación actual social (abuso infantil, robos, etc).

También se puede observar, que la persona que comparte mayor tiempo de juego con los niños, son los mismos cuidadores o hermanos. El padre comparte menor tiempo con ellos, y dedica mayor atención y dedicación los fines de semana, debido a cuestiones laborales.

Entre los resultados más significativos en relación al sueño, encontramos que más de la mitad de las familias presentan cohabitación, debiéndose a la falta de espacio físico y no por una elección voluntaria. Podemos inferir, de acuerdo a las explicaciones dadas por los padres/cuidadores, que el establecimiento de horarios programados para dormir y despertar, no dependería de una cuestión de organización familiar y rutina de acuerdo a la cantidad de hijos, sino que está relacionado con sus creencias y elecciones personales. Es decir con la propia cultura, la historia de cada persona y en relación a las prácticas que se van construyendo en la vida cotidiana.

Para **conocer los factores constitutivos de las prácticas de crianza**, y detectar los **factores influyentes en dichas prácticas**, podemos evidenciar a éstas, como un proceso dinámico donde padres e hijos entran en juego, orientando sus acciones uno sobre otro.

En su mayoría, estas prácticas son acciones aprendidas, pero además hay una "cuestión intuitiva" importante, en la transmisión de éstas. Esta intuición del adulto, surge de manera natural, sin haber transcurrido un proceso de aprendizaje previo, y a medida que va teniendo resultados en la enseñanza (generalmente en padres primerizos), se continúa implementándola, convirtiéndose en una práctica cotidiana.

Las prácticas de crianza están basadas y constituidas por patrones culturales, creencias personales y conocimientos adquiridos. Estas prácticas si

bien son personales e individuales de cada familia, están a su vez influenciadas por factores culturales, sociales, económicos, personales y educativos.

Los resultados de este grupo de estudio, nos indican un bajo nivel de escolaridad de los padres y/o cuidador, familias numerosas, hacinamiento, un bajo nivel de ingresos, situación laboral inestable o empleo informal. Podemos inferir que dicha situación hace a un modo de transmisión de las prácticas de crianza, así como también un entorno y momento histórico determinante.

Considerando los factores culturales y determinadas creencias personales relacionadas a la crianza de los niños, se pudo destacar que un alto porcentaje de familias consideran importante la dedicación y permanencia exclusiva a sus hijos, optando o eligiendo no trabajar para atender sus necesidades propiamente. La estabilidad que ofrece una persona mediante los primeros años de la vida protege, marca y queda como una reserva de confianza que acompaña imaginativamente en cualquiera de las situaciones difíciles que se transitan. Quien asiste deja huellas indelebles que actúan como propulsoras de un deseo de vida, cuya vigencia se actualiza en toda situación de necesidad y carencia.

La familia tiene un rol muy importante, donde las interacciones entre los integrantes, moldean las principales conductas que mantienen a los individuos sanos, como pueden ser los hábitos de alimentación, higiene, vestimenta. Estos hábitos (actúan como factores protectores) reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas, disminuyendo el riesgo sobre la conducta del individuo y motivándolo al logro de las tareas propias del desarrollo.

Los estilos de vida de las personas, surgen de cómo estos fueron socializados, de acuerdo a conductas protectoras y riesgosas para su salud.

Caracterizando las **funciones materna y paterna**, podemos agregar a partir de los relatos y testimonios recabados que ambas partes tienen como objetivo en común la supervivencia del niño, pero desde distintos lugares.

Históricamente las madres, son quienes proveen los cuidados y crianza de sus hijos, garantizando satisfacer casi en su totalidad las necesidades de éstos. Ellas son las encargadas, responsables del destino de sus hijos, en proveerle cuidados, alimentarlos, higienizarlos, proveerle abrigo, vestirlos,

ocuparse de la asistencia al Jardín de Infantes. Y el padre tiene una participación menor de dichos cuidados.

A su vez, en esta experiencia se observó que los padres, son el sostén económico de la familia, y que si bien tienen una jornada laboral prolongada, el tiempo que comparten con sus hijos en el hogar, participan en la crianza y educación de sus hijos. Algunos colaborando con la preparación de los niños para concurrir al Jardín, o asistencia en el momento de la alimentación, salidas recreativas familiares, decisiones junto a la madre con respecto a la educación del niño, entre otros.

Estos cuidados y este vínculo pueden no ser exclusivos de los padres biológicos del niño, sino aquí lo importante es el establecimiento de un vínculo, que asegure la permanencia de una persona, siempre la misma, que pueda quererlo y a su vez se haga cargo y comprenda sus necesidades. Como puede ser el caso de los abuelos, tíos o hermanos mayores. Estas son personas, con una representatividad afectiva suficiente, como para ocuparse de la crianza del niño, y que a su vez desee hacerse cargo de éste.

Con respecto a **la connotación que tiene para los padres y/o cuidador la adquisición de las distintas AVD de sus hijos**, encontramos que, la mayoría de los cuidadores están a favor de la independencia de los niños y de sus logros, pero a la vez se observó, que la madre/cuidador manifestaron temor, dificultades a la separación y a la ruptura de este vínculo tan arraigado debido a la dependencia entre éstos.

Los cuidadores se encargan de enseñarles y ofrecerles las herramientas necesarias para el desenvolvimiento en su vida diaria.

A su vez la enseñanza de las AVD, cumple una función social importante, y sirve de vehículo de transmisión de valores y normas, fortalecimiento de la autoestima, aprendizaje de habilidades, destrezas, maduración y desarrollo emocional.

A través de nuestra experiencia, y por lo observado durante las entrevistas, podemos destacar que las distintas prácticas de crianza, relacionadas a las AVD, se caracterizan por permitir libertad al niño, imponer ciertas restricciones, presentar alternativas, reconocimiento de riesgos y errores y permitir participación en decisiones familiares.

Dichas prácticas, están atravesadas por la cultura de tal manera que los comportamientos, creencias, expectativas y acciones frente al niño, se contextualizan en términos de las dimensiones, que definen la cultura. Estos patrones culturales, que mencionamos en un principio, están constituidos por una serie de concepciones y aprendizajes, que se transmiten de muy variadas formas y que se consolidan en relación directa con un "*deber hacer*" que afecta el estilo y la forma de cuidado del niño.

Desde **Terapia Ocupacional**, se debe tener en cuenta un abordaje que considere la organización y el desenvolvimiento de las distintas AVD y el involucramiento en actividades significativas, como un factor influyente, en torno al desarrollo evolutivo del niño.

Estas habilidades para desempeñar las AVD, son algunas de las capacidades más importantes que los niños aprenden, a medida que maduran. No solo los niños deben aprender a cuidar de sus necesidades personales, sino también, es necesario que desempeñen las actividades según las normas sociales y pautas culturales.

Como Terapistas Ocupacionales, se debe facilitar la relación de la madre con el niño para la realización de las AVD, esta relación debe ser continua, flexible, coherente, y por sobre todo creativa para lograr una mayor independencia del niño.

Además se debe enfatizar la mirada de Terapia Ocupacional, no solo en las potencialidades de las personas, sino también en la comunidad, identificándolas y fortaleciéndolas para la toma de decisiones. De este modo, la intervención desde Terapia Ocupacional, facilita las experiencias y conocimientos necesarios para las madres/cuidador y la familia, como así también favorece el aumento de la autoconfianza, autoestima y seguridad de las mujeres en sus capacidades maternas.

Por tanto, la importancia de la idea de fortalecerlos en sus roles y cooperar en las instancias de crianza, sabiendo que nadie sabe cómo ser padre o madre, sino que es una construcción que se hace con otros.

Por último, podemos sugerir la realización de un Taller de Promoción de la salud, orientado a la crianza y aprendizaje de las distintas AVD, dirigido a los padres/cuidadores de los niños; como un espacio de comunicación e

intercambio de experiencias para guiar, facilitar y potenciar las habilidades de éstos, para la transmisión de las AVD.

Este espacio le permitiría fortalecer a los padres/cuidadores los conocimientos y habilidades adquiridos o en proceso de adquisición; así como también favorecer la comunicación verbal y corporal.

En base a los logros alcanzados por los niños, se propondría actividades a afianzar en el hogar, y abordar temas vinculados a la organización del mismo, así como también, un espacio para evacuar dudas y compartir y comunicar sus experiencias con los otros padres/cuidadores. Ya que entendemos lo grupal, como ese encuentro organizador, de nuevos saberes y aprendizajes que se ponen en juego en la dinámica misma del espacio compartido.

Como reflexión final, esperamos que la presente investigación constituya un aporte significativo para el rol del Terapista Ocupacional, dado que permite conocer, algunas prácticas de crianza, utilizadas por los padres/cuidador para la transmisión de las AVD, así cómo también las funciones de los padres en éstas, y su connotación, sin perder de vista la promoción de la salud en este contexto en particular.

A modo de cierre, deseamos incentivar la continuidad de futuras investigaciones, proponiendo profundizar la relación existente entre los factores influyentes en las Prácticas de Crianza y la independencia de los niños en las AVD.

# BIBLIOGRAFÍA

- ALVARADO, E; CANALES, F; PINEDA, B. "*Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de la Salud.*"
- ALVAREZ, R; BERTELLA, A.; CASARTELLI, H y otros; *Familia y salud: pautas para el trabajo en prevención primaria; Lugar Editorial. Buenos Aires Argentina; Año 1994.*
- ALVES M.S.; FERRARO A.M.; "Desarrollo Infantil en condiciones de vulnerabilidad social. Resiliencia. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de Grado. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2011.
- Apuntes de càtedra: ROEL, I; RAMOGNINI,V; *Socializaciòn y familia;* Càtedra de Psicologìa del Desarrollo; Facultad de Psicologìa. UNMdP. Año 1993.
- BECCE, H.; SI DANTO, M, "*Adquisición de las Actividades de la Vida Diaria de cuidado personal en niños pertenecientes a poblaciones con Necesidades Básicas Insatisfechas*". Tesis de Grado. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1998.
- BERENSTEIN, I; GAMEL, S; GASPARI, R; *Clínica familiar psicoanalítica; Edit. Paidòs. Buenos Aires Argentina.*
- BIRD, S; *Papel de la familia en el proceso de socializaciòn y humanizaciòn.* Apunte de càtedra de la Asignatura Psicologìa Evolutiva; Carrera de Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y SS. UNMdP. Año 1996.
- COSTAMAGNA, M. E.; GALILEA, M.; RIVERO, P. "Estimulación psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 a 3 años de edad en situación de pobreza". Tesis de Grado. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1997.
- "*Declaración de Alma-Ata, Carta de Ottawa*" Salud Mundial Agos/Sept 1988.
- FLAVELL, J; *La psicología evolutiva de Jean Piaget*; Cap. III. Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina. Pág.104 a 130.

- FREUD, S; *La organización genital infantil. (Una interpolación en la teoría de la sexualidad).* Año 1923. Pag 141-149. Obras completas. Amorrortu Ed. 1986.
- FREUD, S: *El sepultamiento del complejo de Edipo (1924).* Pág. 179-187. Obras completas. Amorrortu Ed. 1986.
- GESSELL, A. *El niño de 1 a 5 años.* Edit. Paidós. Buenos Aires. Argentina. Año 1979.
- JADUE, G.; GALINDO, A.; NAVARRO, L. "*Factores protectores y Factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social*".Universidad Austral de Chile, Instituto de Filosofía y Estudios Educacionales, Casilla 567, Valdivia, Chile. Estudios Pedagógicos XXXI, N 2: 43-55, 2005.
- KROEGUER, A.; LUNA R.; "*Atención Primaria de Salud. Principios y métodos*". Segunda Edición. Editorial Pax México.OPS 1992.
- MORUNO MIRALLES, P; ROMERO AYUSO, DM; *Actividades de la vida diaria*; Edit. Masson. Madrid; España; Octubre 2005.
- MULLIGAN, S. *Terapia ocupacional en pediatría. Desarrollo normal del niño.* Capitulo 3. Edit. Panamericana Planeta. Año 2006.
- PIAGET, J; *Seis estudios de Psicología*; Edit. Sudamericana Planeta. Buenos Aires. Año 1967. p.33.
- SCHLEMENSON, S; CAVALLERIS, S; DI SCALA, M; y otros; *El placer de criar la riqueza de pensar: una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano.* Edit. Noveduc. México. Año 2005.
- SERRAT, M.A. H. (comp.). "*Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad*". Grupo de trabajo sobre la problemática de la discapacidad. Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Editorial Martín. Año 1999.
- TEJADA DE RIVERO, D. "*Salud Pública y APS, una evaluación crítica*".
- TENIS, M; "*Tendencias actuales en la salud pública de las Américas*".
- TSIPKIS, G.A.; POLOTTO; M.G.; "Una experiencia de trabajo de co-construcción de ciudadanía, a través de un grupo de crianza en la Villa Cildañez". Ciudad de Bs. As. Argentina. Año 2010

- VIDELA, M.; "*Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*". Editorial 5 (Cap. 6).
- WILLIARD & SPACKMAN; *Terapia Ocupacional. Cap. 49.Edición 11va.* Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. Año 2011.

PAGINAS WEB CONSULTADAS:

- PROF. CABALLERO, T; Desarrollo de hábitos del niño de 0 a 6 años; consultado Agosto de 2012; disponible en www.iestnt.com
- www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 5(1):, 2007

# ANEXO

**Entrevista**

**(EXPLICACIÓN AL ENCARGADO DEL NIÑO SOBRE LA TEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN)**

| | |
|---|---|
| Entrevistado Nro: | Nacionalidad: |
| Sexo: **F** **M** | Parentesco con el niño: |
| Estado civil: | Edad: |
| Nivel de escolaridad: | |
| Fecha de nacimiento del niño: | |
| Sexo: | |

| | Madre | Padre | Cuidador |
|---|---|---|---|
| Ocupación de los padres: | | | |
| Edad: | | | |
| Nivel de escolaridad: | | | |
| Ninguno | | | |
| Primario incompleto | | | |
| Primario completo | | | |
| Secundario incompleto | | | |
| Secundario completo | | | |
| Terciario/Universitario | | | |
| Otros | | | |

Nro. de hijos:
Edades:

Constitución familiar:
Personas que conviven en el hogar:
**Características de la vivienda**
Nro. de ambientes:
Tipo de construcción: Madera
Chapa
Mampostería
Descarte

Provisión de luz:
Eléctrica por red pública
Por grupo electrógeno
Por vela o farol a combustión
Provisión de Gas:
Por red
Envasado: garrafa o tubo

Provisión de Agua:

Red pública: agua corriente
Bomba eléctrica
Bomba manual
Canilla comunitaria

Sistema de desagüe cloacal:
A red pública
Pozo absorbente con o sin cámara séptica

Dentro del baño: Tanque de reserva de agua (botón-cadena)
Por medios manuales (balde)

Baño: dentro del hogar
fuera

- ¿Quién se encarga del cuidado del niño la mayor parte del tiempo? ¿Por qué?

- ¿Cómo es un día típico del niño? Desde que se levanta por la mañana hasta la noche que se duerme...Describa.

- **Alimentación**

¿Cómo es el momento de la alimentación?

¿Cuántas comidas diarias realiza?

¿Qué tiempo le dedican ustedes a la alimentación?

¿Tienen horarios preestablecidos en las comidas?

¿Con quién comparte la mesa el niño, en el almuerzo y en la cena?

¿Come solo el niño? Si ¿cómo lo hace?
No ¿por qué? ¿Quién y cómo lo ayudan?

¿Qué utiliza para comer y tomar? (plato, cubiertos, servilleta, vaso (con o sin sorbete), jarra, etc).

¿Tomó mamadera? ¿Hasta qué edad? ¿Por qué?

¿Toma actualmente mamadera? Si ¿Por qué?
No

¿Utilizó Chupete? ¿Hasta qué edad? ¿Por qué?

¿Hay o hubo succión del pulgar?

¿Recuerda cómo le fue enseñando las cosas que actualmente el niño logra hacer solo?

- **Vestido**

El niño ¿se viste y desviste solo? Si ¿qué prendas/calzado? ¿Cómo lo hace?
No ¿quién y cómo lo ayudan?

¿Quién selecciona la ropa del niño?

¿Quién y cómo le fueron enseñando este hábito?

- **Higiene (baño y evacuación)**

Baño: ¿cada cuánto es higienizado el niño? ¿Quién y cómo lo hace? ¿Dónde?

¿Se baña solo? ¿Colabora el niño? ¿Lo dejan colaborar? ¿Por qué?

¿Cuánto tiempo le dedica a esta tarea? ¿Juega durante el baño?

Higiene Bucal: ¿cuántas veces se cepilla los dientes por día? ¿Quién le enseño y cómo?

¿Lo asisten en algún paso del cepillado?

Evacuación: ¿cuándo el niño dejó de utilizar pañal? ¿Cómo le fue enseñando? ¿Por qué?

¿Se asesoró con alguien para ir quitándole los pañales?

Actualmente el niño ¿Va solo al baño? ¿Es totalmente independiente? ¿Requiere de asistencia?

Si lo asisten, ¿en qué tareas?

- **Sueño**

¿Con quién y dónde duerme el niño? ¿Cuántas horas?

¿Cómo es su sueño? (sin interrupciones, entrecortado, con pesadillas, otros)

¿Se pasa a la cama de los padres?

¿Tiene horarios fijos para irse a dormir y luego para levantarse?
¿Lo realiza de manera voluntaria o alguien se lo ordena?

¿Duerme siesta? ¿Cuántas horas?

- **Juego**

¿En qué momento juega el niño?

¿Con quién juega? ¿Comparte su juego con otros niños? (hermanos, amigos, familiares) ¿Qué juegos comparte?

¿Qué tipo de juegos y juguetes elige el niño?

¿Es ordenado o desordenado con sus juguetes?

¿Mira TV el niño? ¿Qué mira? ¿Juega con la computadora? ¿A qué juega?

¿Cuánto tiempo? ¿Quién lo supervisa?

¿Es llevado a lugares recreativos? ¿Por quién? (Plaza, salones de juegos, etc.) Frecuencia.

¿Ud. Comparte tiempo de juego con él? ¿Cuánto tiempo pasan jugando? ¿Qué tipo de juego/s comparten? ¿Dónde lo hacen?

¿Ud. Interviene en la elección que hace el niño aprobando o no los juegos?

- Cuando tiene dudas con respecto a algún tema relacionado con la crianza de su hijo, ¿qué hace? ..... ¿Consulta con alguien?

- ¿Qué piensa con respecto a que su hijo vaya siendo independiente en las actividades de la vida diaria? ¿Por qué?

OBSERVACIONES:

Mar del Plata, 10 de Septiembre de 2012

Municipalidad de Gral Pueyrredón.
Secretaría de Educación.
Adriana Giaquinta

De nuestra mayor consideración,

Nos dirigimos a Ud y por su intermedio a quien corresponda. Somos dos alumnas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y actualmente nos encontramos realizando nuestra tesis final de grado. La misma está centrada en el estudio de las distintas prácticas de crianza que utilizan los padres para la transmisión de las actividades de la vida diaria (AVD) a sus hijos en edad pre-escolar.

Para la realización de dicho trabajo *necesitaríamos autorización para entrevistar* 20 padres (aprox.) de los cuales sus hijos concurran al Jardín de Infantes Municipal Nro. 23.

La entrevista estará centrada en indagar datos sobre las distintas modalidades y prácticas de crianza que utilizan éstos, para el establecimiento de hábitos en sus hijos con respecto a las AVD. (A continuación anexaremos el guión de la entrevista).

La cantidad de veces que necesitaríamos ir al Jardín de Infantes serían las correspondientes a completar la totalidad de las entrevistas. Y reiteramos, que la investigación *está dirigida a los padres y no a los niños del establecimiento.* Realizándose las entrevistas en dicho lugar físico. Desde ya garantizamos absoluto anonimato y confidencialidad de la información recabada.

Adjuntamos a continuación la póliza del seguro como estudiantes regulares de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Sin otro particular, y a la espera de una pronta respuesta favorable

Romina V. Algañaraz
DNI 27.007.141

Mª. Florencia Torres
DNI 28.570.533

Lic. OUDSNOORN SILVINA
Directora Dpto. Pedagógico de Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
U.N.M.D.P.

LIC. ADRIANA G. GIAQUINTA
Supervisora de Educación
Equipos Psicopedagógicos
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

25/9/2012

Fe de erratas

Pág. 87, gráfico 1, dice Concuvinato; debería decir Concubinato.

Pág. 124, en la Entrevista, luego de Constitución Familiar; debería decir: ¿Recibe algún tipo de Plan Social? ¿Cuál? ¿Por cuántos hijos recibe? ¿Recibe algún otro plan?

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

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

Jurado:

✓ LIC DONATTI MARISEL

✓ TO VEGA CARLOTA

✓ LIC ALONSO YANINA

Fecha de Defensa: 17 - 5 - 13

Nota: 9 (nueve)