

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

1995

El desarrollo psicomotor en niños desnutridos

Garrido, Rosana M.

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/976>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

El Desarrollo Psicomotor en Niños Desnutridos

Garrido, Rosana M.
Lazaro, Mariana
Murno, Gabriela V.

Universidad Nacional de Mar del Plata
Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento
Lic. Terapia Ocupacional

Tesis 1995

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
495	615.8 0193
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

*Se la dedicamos a Juan, Pato,
Chela, Gustavo y
a nuestros padres.*

Agradecimientos

Queremos agradecer a las personas e institución que colaboraron a lo largo de este tiempo, en el desarrollo de nuestra investigación.

Al HIEMI, que permitió la concurrencia a esta institución para efectuar el trabajo de campo.

- ◆ A la T.O. Ma. Carlota Vega y al Dr. Roberto Santoro por su asesoramiento y acompañamiento para la elaboración teórica y concreción del proyecto de investigación.
- ◆ A la Lic. Alicia Ruszkowski por el asesoramiento metodológico.
- ◆ Muy especialmente a la Dra. Ana Cabral, por sus valiosos aportes teóricos y su apoyo desinteresado.
- ◆ A la T.O. Mabel Teruggi.
- ◆ A Gustavo y Martín Lázaro por su colaboración.
- ◆ Al Servicio de Terapia Ocupacional del HIEMI por permitirnos acceder al espacio físico y respaldarnos durante el tiempo transcurrido en el hospital.
- ◆ A los médicos de Planta del área de internación pediátrica del HIEMI.
- ◆ A las enfermeras de Moderados A, del área de internación pediátrica del HIEMI.
- ◆ A los médicos Residentes que colaboraron para hacer posible nuestro trabajo de campo, derivándonos los pacientes.

• Definición de variables	38
• Dimensión de las variables	43
• Tipo de Diseño: Universo y Muestra	58
Tipo de Muestreo	59
• Criterios de Inclusión y Exclusión	59
• Explicación de los Métodos de Recolección de Datos:	60
♦ Entrevista-Encuesta Socioeconómica y de Educación (E.E.S.y E.)	62
♦ Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.)	64
• Apreciación sobre los Instrumentos de Recolección de Datos	70
• Desarrollo del Trabajo de Campo	71
Capítulo VI: PRESENTACION, ANALISIS E	
INTERPRETACION DE LOS DATOS	76
• Presentación de la Muestra	77
• Presentación de las Variables Principales	81
• Relación entre las Variables Principales	83
• Presentación de las Areas del Desarrollo Psicomotor Evaluadas	89
• Presentación de datos específicos concernientes a las madres de los niños desnutridos	96
CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFIA	106
ANEXOS	114

INTRODUCCION

El objetivo principal de este trabajo, fue conocer la relación entre el Desarrollo Psicofísico y Social de niños de temprana edad, diagnosticados clínicamente con Desnutrición en sus distintos grados, determinando si se encontraban en riesgo o padeciendo alguna alteración, como así también incluir el factor socioambiental, observando de que manera este intervenía en el cuadro de Desnutrición, como en el Desarrollo Psicomotor.

Según el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, setiembre de 1993), Latinoamérica y el Caribe suman 181 millones de personas que viven en el límite de la subsistencia; los datos señalan que de esos pobres 71 millones, tienen menos de 18 años; "A las puertas del siglo XXI, en América Latina y el Caribe, prácticamente la mayoría de los niños son pobres y la mayoría de los pobres son niños"; el informe a su vez, agrega "Una parte importante de los niños que logran sobrevivir ve socavado su desarrollo físico y mental, y su aporte potencial a la comunidad, a causa de la desnutrición" (1). La malnutrición, además, está directa o indirectamente relacionada con el 60% de las defunciones infantiles, aproximadamente (2). En la Argentina, actualmente dos de cada diez niños son pobres.

En el contexto de nuestro país, el número real de desnutridos no se conoce con precisión. Si bien se cuenta con datos sobre las tasas de mortalidad infantil, no se menciona la desnutrición como causa de la misma. Esta, generalmente se deduce indirectamente de la prevalencia de enfermedades infecciosas y diarreicas. Según UNICEF (1990), la tasa de mortalidad infantil fue en ese año, de 31 por mil nacidos vivos, y el nivel de mortalidad de 1 a 4 años, fue de 1 por mil niños. En la Argentina, las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, constituyen el 3,5% del total de muertes registradas, en las que se incluiría a la Desnutrición (3).

Los datos más actuales a los que se accedió de fuentes independientes (publicaciones periódicas), indican que, en 1994 la tasa de mortalidad infantil, reconocida en forma oficial, es de 21,5 por mil en menores de 1 año

(4). En este caso, tampoco se contemplan cifras sobre mortalidad total por desnutrición. En la Revista La Nación (1994) (5) fue publicado un informe acerca del censo de Programas de Comedores Escolares, según el cual, el 10% de niños entre 6 y 10 años, padecen desnutrición crónica. Este porcentaje varía en todo el país; en la provincia de Buenos Aires, el 40% de niños que viven en la pobreza, presentan algún grado de desnutrición, siendo éste, aún mayor en la franja de edad de 0 a 2 años.

Con respecto a Mar del Plata, no se dispone de ningún tipo de información que señale el porcentaje de población infantil afectada por la malnutrición. Tampoco se encontraron estadísticas de la población infantil concurrente al HIEMI, aunque se conoce información que se realizó un censo que evaluó el estado nutricional de los niños internados, impulsado por el Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As., Dirección Provincial de Hospitales; estos datos, aún no se han dado a conocer oficialmente.

En esta investigación, interesó abordar al niño desnutrido de temprana edad, teniendo conocimiento a través del rastreo bibliográfico, que la desnutrición no sólo se debe a carencia alimentaria, sino también a carencia psicoafectiva y social. Por esta razón, los estudios realizados sobre esta problemática (por el Dr. Cravioto, Dr. Pollit, y en nuestro país la Dra. M.A. Rodrigo, entre otros), plantean la atención de estos niños desde un enfoque multidisciplinario, a fines de prevenir las consecuencias desfavorables, que a corto y largo plazo este cuadro derivado de múltiples factores, puede ocasionar. En éstos el T.O. no se menciona como profesional integrante del equipo de salud que aborda esta problemática; y en ninguna publicación se hace referencia a la relación específica entre Desnutrición y Desarrollo Psicomotor, lo que no significa que no hayan sido realizados.

Debido a la multicausalidad de factores que producen el cuadro de Desnutrición Infantil, y a las múltiples consecuencias negativas que puede ocasionar en el niño, el tema de investigación se orientó a estudiar la relación entre los distintos grados de Desnutrición y sus efectos sobre el Desarrollo Psicomotor, en niños de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI. También se

tuvo en cuenta el ambiente donde estos niños nacen y crecen, para conocer su influencia tanto sobre la Desnutrición como sobre el Desarrollo Psicomotor.

- 1) Diario Página 12; *Los hijos del ajuste*; informe de UNICEF sobre pobreza, 1993.
- 2) YUNES, S; CHELALA, C. y cols.; *La salud de los niños en el mundo en desarrollo: Todavía queda mucho por hacer*, 1994.
- 3) MAZZAFERO, V. y cols.; *Medicina en Salud Pública*, 1994.
- 4) CASIERO, R.; TIJMAN, G. y cols.; *El futuro: será para todos?*; Revista La Maga, 1994.
- 5) PALOMAR, J.; *Una enfermedad creada por el hombre*; Revista La Nación, 1994.

CAPITULO I

DESNUTRICION INFANTIL

CONCEPTO:

Se define la desnutrición como un cuadro clínico caracterizado por la ingesta inadecuada de nutrientes necesarios para el organismo, ya sea por un déficit en el consumo de alimentos en calidad y cantidad, o por dificultades orgánicas en la digestión, absorción y/o metabolismo de los mismos (1). Pero esta carencia está interrelacionada con diferentes factores; familiares, sociales, económicos, geográficos, ambientales, culturales, psicológicos. Estos se suman a la carencia alimentaria, incidiendo en el crecimiento y desarrollo infantil. Es decir que hablar de desnutrición sin hacer mención a la realidad que rodea al niño, es hablar de desnutrición a medias.

CLASIFICACIÓN:

Según la etiología:

PRIMARIA: Es originada por un aporte alimentario insuficiente o inadecuado (2).

SECUNDARIA: originada por patologías que interfieren en la ingestión, absorción, transporte o utilización de nutrientes, que elevan anormalmente los requerimientos o que producen un catabolismo excesivo. En este caso, el enfoque terapéutico principal se relaciona con la patología de base (3).

MIXTA: dada por la combinación de las anteriores, es decir falta de aporte nutricional y patología de base (4).

Según el cuadro clínico:

Pueden distinguirse dos tipos clínicos de desnutrición: MARASMO y KWASHIORKOR, los cuales se diferencian porque en el primero hay un déficit predominantemente calórico más que proteico, con disminución del ritmo de crecimiento; en el segundo, el déficit es mayormente proteico, destacándose el edema y las alteraciones en la piel y mucosas. Ambos tipos clínicos presentan alteraciones inmunológicas importantes.

El MARASMO se presenta durante el primer año de vida, es una enfermedad crónica, sin signos evidentes de anemia y edema, acompañada de procesos infecciosos, principalmente gastrointestinales (vómitos y diarreas); se encuentra con mayor frecuencia en poblaciones pobres urbanas (5).

El KWASHIORKOR tiene una presentación clínica aguda, preferentemente después del primer año de vida, hasta la edad preescolar; los signos se caracterizan por anemia, edema y alteraciones de la piel y mucosas, es típico de las zonas pobres rurales, dado que en ellas se mantiene por mayor tiempo la lactancia materna, comenzando las alteraciones con la ingestión de alimentos (6).

El MARASMO y el KWASHIORKOR suelen superponerse, produciéndose un cuadro clínico mixto. En algunos casos pueden predominar síntomas de un síndrome como de otro, pero en estados graves de desnutrición, se diferencian claramente (7).

Según la magnitud del déficit ponderal: (relación peso-edad).

De acuerdo a la clasificación del Dr. Federico Gómez, dentro del MARASMO se distinguen tres grados, que se corresponden con las respectivas características clínicas, según la gravedad y en relación al déficit

ponderal con respecto a lo esperado para la edad cronológica (8). Se distinguen:

GRADO I (leve): donde el déficit ponderal es del 10 al 24% del peso esperado para la edad cronológica.

GRADO II (moderado): la pérdida ponderal es del 25 al 39%.

GRADO III (severo): el déficit es mayor al 40%. Es el MARASMO propiamente dicho.

FACTORES QUE DETERMINAN LA DESNUTRICIÓN:

La desnutrición es la resultante de diversos factores concomitantes, constituyendo una entidad nosológica de etiología pluricausal, alrededor de un denominador común: el niño.

Como mencionamos anteriormente al realizarse la clasificación etiológica, la desnutrición puede manifestarse por déficit de aporte, ser secundaria a procesos patológicos, o ser la resultante de la combinación de ambos factores.

Debido a que existen innumerables causas que pueden ocasionar un cuadro de desnutrición, no es el objetivo del presente trabajo enumerarlas, ya que se incurriría en el error de mencionar sólo algunas, excluyendo otras de igual importancia.

Además de tener en cuenta la etiología de la desnutrición, también es de importancia considerar otros factores como: familiares, sociales, psicológicos, económicos, ambientales y culturales, que inciden en su etiología.

El mayor porcentaje de niños con desnutrición se observa en hogares donde el nivel socioeconómico es bajo o de pobreza, no siendo excluyente en hogares con alto nivel de ingresos económicos; la diferencia principal aparentemente entre ambos, residiría en que, en el primero, el ingreso no llega a cubrir lo necesario para satisfacer las necesidades básicas, mientras

que en el segundo, las mismas están cubiertas, pero el medio en el que se desarrolla el niño estaría condicionado a las exigencias y mensajes propios de la sociedad de consumo entre otros. Ambos casos, están relacionados con la constitución familiar, número de personas que trabajan, nivel de instrucción de los mismos, como también área geográfica de residencia; hábitos y creencias. Así lo socioeconómico se asocia a lo cultural (9). Es frecuente encontrar que el niño desnutrido está inmerso en un ambiente caracterizado por la carencia afectiva y la hipoestimulación, con una mamá (o persona a cargo) incapaz de atender sus necesidades por diversos motivos; como falta de tiempo (por trabajo, número de hijos, etc.), por desinformación, hábitos y supersticiones arraigadas, o por dificultades para relacionarse psicoafectivamente con su hijo en forma adecuada.

La alimentación con leche materna:

Durante los primeros días de la vida del niño, la mamá produce un tipo de leche especialmente adaptada a las necesidades de éste, llamada calostro. Este provee al niño de una importante cantidad de proteínas y anticuerpos. Por esto el recién nacido alimentado con leche materna está más protegido contra infecciones y menos expuesto a enfermedades intestinales.

Este tipo de alimentación debe suministrarse siempre que sea posible, no sólo por razones de tipo fisiológico, sino también por su sencillez y por la especial relación que se establece entre la madre y el niño (10).

Las únicas razones serias que desaconsejan dar de mamar a un niño, son enfermedades de la madre que la debiliten en forma evidente, o enfermedades infecciosas que puedan ser transmitidas al niño (11).

Estos problemas son poco frecuentes, y en general las madres dejan de dar de mamar a sus hijos, o directamente no lo hacen nunca, por otros motivos. Dentro de éstos, los más comunes son: carencia de una adecuada

succión y estimulación, inadecuada relación madre-hijo o por presiones del medio externo (ansiedades u ocupaciones de la madre, etc.) (12).

La alimentación al seno materno es suficiente para asegurar un crecimiento óptimo durante los primeros seis meses de vida (13).

A partir de este período comienza el destete (aunque su inicio varía según los patrones culturales de la población). No sólo implica la interrupción de la lactancia e incorporación de alimentos complementarios, sino también el momento de separación del niño con su madre. Este debe ser gradual, permitiendo que el niño se adapte en forma progresiva a la nueva forma de alimentación.

Teniendo en cuenta el medio en el que vive el niño, puede señalarse que en los niveles socioeconómicos bajos o de pobreza, se tiende a suspender tempranamente el pecho materno y la alimentación artificial suele ser insuficiente.

El no dar de mamar al niño o el abandono precoz de esta práctica alimentaria es muy peligrosa, ya que durante el transcurso de este período es mayor el riesgo nutricional existente; aumentando la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas (14).

La aparición del cuadro de Desnutrición Infantil Primaria, generalmente se produce con la suspensión del amamantamiento (15).

ALTERACIONES:

Se describen de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico y según el déficit ponderal, descrito en la clasificación del Dr. Federico Gómez.

GRADO I (leve):

Generalmente, los niños no presentan particularidades en su *Aspecto Físico*, aparentando un peso adecuado. Si se tiene en cuenta la gráfica ponderal, se observa un entecimiento de la curva.

A diferencia del niño normal, los niños pueden presentar *Alteraciones Psíquicas*, del carácter (irritabilidad, pasividad) y del *Apetito*. Este suele variar, siendo normal o irregular.

La *Función Intestinal* oscila entre la normalidad o alternando períodos de diarrea y de constipación.

Las *Infecciones* pueden ser más frecuentes y prolongadas (16).

GRADO II (moderado):

El *Aspecto Físico* se ve afectado, observándose un retraso en el crecimiento corporal en general, de todas las medidas antropométricas. La piel es pálida y seca, con disminución del tejido celular subcutáneo. La musculatura se observa flácida e hipotónica, en ocasiones alterna con hipertonia.

Las *Alteraciones Psíquicas* se manifiestan en mayor grado (irritabilidad, apatía).

A su vez, se encuentra comprometido el *Sistema Inmunológico* (infecciones frecuentes, en especial respiratorias, enterales, urinarias y cutáneas). Son comunes las deshidrataciones por diarreas agudas.

Los niños que padecen este grado de desnutrición tienen un apetito variable, con apatía e indiferencia a los alimentos. Algunas veces, el alimento no es bien tolerado, debido a la llamada "*reacción paradójica*" (mayor cantidad de alimentos, igual a vómitos y diarrea) (17).

GRADO III (severo):

La *Apariencia* del lactante, refleja facies típicas: desaparición de la Bola de Bichat, con mejillas hundidas, órbitas profundas y arrugas frontales. El pelo puede perder su brillo y consistencia normal, volviéndose opaco, contrastando con el enrojecimiento de la lengua y mucosa bucal.

Es frecuente el enfriamiento distal a nivel de extremidades. Las masas musculares se encuentran reducidas y el *Tono Muscular* puede variar.

La curva ponderal evoluciona en forma inestable, presentando períodos prolongados de estancamiento y luego descenso y ascenso.

El *Estado Psíquico* se halla más comprometido que en el grado 2. El niño, rara vez se encuentra tranquilo y alegre, apático y somnoliente, aunque conectado con el medio que lo rodea.

Tienen tendencia a succionarse los dedos, y su llanto es monótono y débil, sin causa aparente.

En etapas finales, se agrava notablemente el cuadro, siendo más intensos los síntomas, con afectación del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio (18).

El *Compromiso Cerebral* es una de las alteraciones más estudiadas y que a su vez ofrece mayores discusiones acerca de las posibles secuelas.

El *SNC* se encuentra completamente delineado al final del tercer trimestre de embarazo, continuando el proceso de maduración cerebral hasta aproximadamente los 15 años de edad. Este proceso se cumple a lo largo de cuatro etapas, que se superponen entre sí temporalmente, considerando el primer año de vida como el período de máximo desarrollo cerebral, ya que en éste se extienden simultáneamente tres de las primeras fases (Heese) (19).

De lo anterior, podemos deducir que este período es el de mayor vulnerabilidad cerebral, y según algunos autores abarca hasta el segundo año de vida (20).

Los estadios del desarrollo cerebral, por tanto, pueden verse afectados por carencias nutricionales leves a graves, especialmente si éstas se producen en períodos vulnerables de dicho proceso; destacando que no sólo es importante la edad y duración en que se produce el déficit nutricional, sino también el momento de crecimiento cerebral (21). Dobbing, en sus artículos acerca de la relación entre la reducción de las células cerebrales y la malnutrición en los dos primeros años de vida, describe que ésta última *“afecta las células gliales y ésta reducción puede ir acompañada de efectos permanentes sobre la mielinización, el crecimiento dendrítico y la formación*

de sinapsis, el metabolismo energético y el metabolismo de los neurotransmisores” (22).

Investigaciones realizadas, parecen indicar que el cerebro es un órgano dotado de una gran plasticidad, es decir que aunque la desnutrición precoz haya afectado la estructura cerebral, las alteraciones podrían ser reversibles en su funcionalidad, siempre y cuando exista un medio socioafectivo y ambiental positivo y contenedor para lograrlo. Esto implica que hay patrones de compromiso intelectual, motriz y psicológico, pasibles de descripción, ya que los mismos están íntimamente relacionados con las características individuales en que los niños se desarrollan.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN:

Habitualmente, el tratamiento del niño desnutrido se basa en la hospitalización, detectando la patología de base, que dió origen al cuadro clínico y descartando otras que pudieran haberle dado origen.

El tratamiento hospitalario del niño desnutrido, puede dividirse, según O'Donnell (23), en cuatro etapas:

1) Resucitación: trata la patología que motivó la internación urgente del niño, por lo general diarreas e infecciones de diversa índole.

2) Recuperación: una vez iniciado el tratamiento de las infecciones (cuando existen) y del equilibrio ácido base, se comienza con la realimentación. En esta etapa, el niño va normalizando la composición de su masa corporal. La alimentación debe iniciarse en forma gradual, ya que el niño se encuentra metabólicamente adaptado a bajas ingestas.

En esta fase, pueden presentar complicaciones, siendo las más frecuentes: hipoglucemia, hipertermia, vómitos y diarreas; ésta puede complicarse y prolongar esta fase, retardando el principio de recuperación nutricional al impedir alcanzar los aportes necesarios.

3) **Recuperación propiamente dicha**: la provisión de aportes nutricionales adecuados, es de máxima importancia. Estos aportes impiden la aparición de signos carenciales, y promueven el más rápido crecimiento compensatorio, con una composición corporal más adecuada.

Un aspecto muy importante de la recuperación nutricional, frecuentemente olvidado, es el de la estimulación psicoemocional del niño. Los niños desnutridos suelen presentar retardos madurativos de importancia. Estas alteraciones son atribuibles a la Desnutrición, a su medio ambiente y a la habitualmente deteriorada relación madre-hijo.

Es indispensable actuar sobre los problemas psicoemocionales del niño tanto como se cuida su alimentación o la prescripción médica. Es importante proveer a los desnutridos de un programa de estimulación individualizada para su edad madurativa que incorpore a la madre como, efector de la estimulación. Habitualmente los hospitales no se prestan para la realización de este tipo de programas.

4) **Evaluación de la recuperación nutricional (criterios de alta hospitalaria)**: la recuperación propiamente dicha, con aumentos de peso sumamente rápidos, y recuperación de la longitud corporal. Para evaluar estos progresos se utilizan tablas específicas (peso-edad, talla-peso).

Los criterios de alta, generalmente toman en cuenta el punto de vista estrictamente nutricional, sin tener en cuenta otros factores; por ej. la condición de la familia para recibirlo, lo que involucra aspectos psicológicos, sociales y económicos; otro factor es la posibilidad de control ulterior del niño, una vez que ha sido dado de alta.

Con frecuencia son dados de alta sin considerar los factores antedichos, debido a la necesidad de camas hospitalarias, a decisiones de los progenitores, a situaciones familiares críticas o a la inexistencia de posibilidades, dentro del sistema de salud vigente, de seguimiento domiciliario. En general, se trata la patología por la cual se ha internado al niño, y son dados de alta una vez mejorados de ésta, aún cuando su estado nutricional continúe siendo deficiente.

Estas altas apresuradas suelen traer una tasa de recidivas y de reingresos hospitalarios alarmantes con consecuencias nefastas para los niños.

Por eso, la rehabilitación debe estar basada en un concepto integrador, abordado desde una perspectiva multidisciplinaria, y especialmente una intervención de carácter preventivo. Este enfoque implica tanto al niño como a su familia, ya que la posibilidad de producir cambios en el medio circundante del niño, fuente de estimulación psicoafectiva y social, está en directa relación con la rehabilitación y reversibilidad de las consecuencias que comprenden al Cuadro de Desnutrición Infantil.

- 1) CEDRATO, A.; TAUNSBELAG, L; *Desnutrición Infantil*; 1978.
- 2) RODRIGO, María A.; *Desnutrición*; cap. 12, en MORANO, Jorge; *Pediatría*, 1991.
- 3) RODRIGO, María A.; op. cit.
- 4) RODRIGO, María A.; op. cit.
- 5) MONCKERBERG, Fernando; *Marasmo en el primer año de vida y Kwashiorkor o desnutrición pluricarencial*, en MENEGHELLO; *Pediatría*, 1991.
- 6) MONCKERBERG, Fernando; op. cit.
- 7) MONCKERBERG, Fernando; op. cit.
- 8) RODRIGO, María A.; op. cit.
- 9) CEDRATO, A.; TAUNSBELAG, L; op. cit.
- 10) RICCI, G.; TONUCCI, F.; *El primer año de nuestro niño*, 1984.
- 11) RICCI, G.; TONUCCI, F.; op. cit.
- 12) CUMINSKI, Marcos; SUAREZ OJEDA, Mario; *Crecimiento y Desarrollo: Salud del niño y calidad de vida del adulto*.
- 13) CUMINSKI, Marcos; SUAREZ OJEDA, Mario; op. cit.
- 14) CUMINSKI, Marcos; SUAREZ OJEDA, Mario; op. cit.
- 15) CUMINSKI, Marcos; SUAREZ OJEDA, Mario; op. cit.

- 16) MONCKERBERG, Fernando; op. cit.
- 17) MONCKERBERG, Fernando; op. cit.
- 18) MONCKERBERG, Fernando; op. cit.
- 19) HEESE, G. y cols; *La Estimulación temprana en el Niño Discapacitado*; 1986.
- 20) HEESE, G.; op. cit.
- 21) DOBBING, J. en CRAVIOTO, J.; *Desnutrición Severa y Desarrollo de Habilidades Motoras en el Niño*; Anales Nestlé, 1980.
- 22) DOBBING, J.; op. cit.
- 23) O'DONNELL, Alejandro; *Desnutrición Infantil*; en Nutrición Infantil, 1986.

CAPITULO II

ASPECTOS DEL DESARROLLO INFANTIL

El presente capítulo describe los distintos aspectos del Desarrollo Infantil, desde un enfoque integrador del mismo. Analizando los requerimientos neurofisiológicos, psicoafectivos y socioambientales que interactúan para lograr la adaptación activa del niño al medio.

Con respecto al Desarrollo Psicomotor, se tomaron como referencia los conceptos desarrollados por A. Gesell y J. Piaget, reconocidos autores en el tema. Las cuatro áreas de la conducta mencionadas son definidas, de acuerdo a los trabajos realizados por A. Gesell; concordando así, con los fundamentos teóricos delineados por las autoras de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.), Rodríguez, S.; Arancibia, V.; Undurraga, C. Instrumento de evaluación psicomotriz utilizado en esta investigación.

CONCEPTO DE DESARROLLO

El Desarrollo Psicomotor es definido como un proceso expansivo, que requiere de condiciones orgánicas, psicológicas, sociales y ambientales adecuadas, para lograr la adquisición de conductas cada vez más complejas, permitiendo al niño la adaptación activa al medio.

Está constituido por un conjunto de etapas sucesivas, ordenadas, de más simples a más complejas, con características propias, donde la precedente es soporte para la siguiente, en un interjuego de transformaciones continuas, haciendo del desarrollo un proceso dinámico.

“El crecimiento y desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y factores ambientales en que vive el individuo. Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, etc.), son favorables, el potencial genético del crecimiento podrá expresarse en forma completa. En caso contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se verá limitado, dependiendo de la intensidad del agente agresor” (1). Es decir, el

Desarrollo Psicomotor es el resultado del paralelismo y concomitancia del grado de maduración del Sistema Nervioso Central por un lado, y, de los aspectos psicoafectivos y sociales, por el otro.

ASPECTOS ORGÁNICOS DEL DESARROLLO

El desarrollo cerebral permitirá al niño percibir, aprehender, pensar, comunicarse y expresar sus sentimientos en un proceso progresivo, paulatino y organizado.

El mismo da comienzo a partir del momento de la gestación, estudiándose en cuatro períodos principales: 1) período comprendido entre la quince y veinticinco semanas gestacionales durante el cual se generan las células nerviosas (neuronas) y se reproducen; 2) período de la génesis de las células gliales, proceso que ocurre entre la veintiocho semana gestacional y fines del primer año de vida; 3) se inicia la diferenciación de neuronas, se extiende hasta aproximadamente el cuarto año de vida, comenzando alrededor de la veintiocho semana gestacional, período en que las neuronas comienzan a hacer sinapsis; 4) denominado de mielinización, iniciándose con el nacimiento hasta el sexto año de vida con intensidad para culminar aproximadamente a los quince años de edad. Proceso en el cual *“se hacen funcionales las fibras nerviosas”* (2).

De lo anterior, se deduce que durante el primer año de vida descansa la gran actividad del desarrollo cerebral, por la superposición de los períodos descriptos; otorgándole el carácter de vulnerable a esta etapa madurativa (3).

La calidad del Desarrollo neuromotriz y psicológico futuro del Recién Nacido, dependerá de su dote genético y de la evolución del Sistema Nervioso Central, como también de la estimulación que reciba del medio ambiente.

DESARROLLO Y MEDIO AMBIENTE

“...El tipo de ambiente material y social en que el niño nace y crece adquiere enorme importancia, en cuanto constituye la fuente de estímulos y experiencias que determinarán un desarrollo normal o desviado” (4).

El conjunto de impactos ambientales, sociales, físicos y culturales con los que el niño interactúa desde su nacimiento, le permitirán adquirir experiencias cada vez más complejas en el camino hacia la adaptación social.

La posibilidad de que el niño logre un pleno desarrollo dependerá, de la calidad, cantidad y circunstancia en que se presenten estos estímulos provenientes de su medio más cercano; como también de su capacidad neuropsicológica de organizarse y responder a los mismos en un interjuego continuo y progresivo.

Piaget sostiene que el niño logrará ir construyendo su inteligencia, en la medida que posea la habilidad y oportunidad de estar en contacto con los objetos que le rodean, incluyendo en éstos a las cosas, las personas y el cuerpo del niño mismo.

El proceso de crecimiento y desarrollo está relacionado con distintos factores que pueden favorecerlo o retrasarlo. La caracterización e identificación de los mismos permite realizar una estimación acerca de cómo el desarrollo infantil se está llevando a cabo.

Los factores socioambientales de más directa influencia en el niño se pueden resumir en: familiares (cantidad de integrantes de la unidad residencial, unidos o no por consanguinidad, figuras parentales a cargo del o los niños; ocupación laboral, nivel educacional; modalidad vincular y afectiva que los caracteriza); del ambiente físico (características de la vivienda; cantidad de ambientes; disponibilidad de servicios); de redes sociales (participación en actividades sociales; apoyo social; instituciones públicas y privadas, de servicios sociales, educacionales o de salud; familiares y/o extrafamiliares) (5).

Estos indicadores actúan interrelacionados variando su configuración de acuerdo al nivel socioeconómico, cultural y situación demográfica del cual forman parte dentro del sistema social.

FACTORES EMOCIONALES

Familia

“Constituye el grupo familiar la unidad biopsicosocial primaria donde se realizan los procesos básicos de crecimiento físico de los niños y adolescentes, la maduración emocional, el desarrollo psicológico, las relaciones intrafamiliares y la socialización inicial” (O.P.S., 1984).

Los factores emocionales provenientes del medio familiar tienen una significativa importancia ya que deben proporcionarle al niño un ambiente psicoafectivo tal, que garantice un adecuado desarrollo socio-emocional.

La familia *“es el agente socializador básico, en cuyo ámbito el sujeto construye su identidad y su posición individual en la red de relaciones sociales”* (6). La modalidad de relación intrafamiliar como los roles y personalidades que la integran influirán directamente sobre el desarrollo emocional del niño proporcionándole o no, la posibilidad de autoorganizarse en función de esas experiencias adaptativas, positivas o negativas. En este plano, se irán conformando los rasgos de personalidad del niño, en un juego de interrelaciones continuas, no lineales ni unidireccionales, con cada uno de los integrantes del grupo familiar. Interjuego del que participará en forma indirecta, la modalidad cotidiana de relación con la estructura social a la que pertenece.

La familia se organiza dentro de un contexto témporo-espacial, en un escenario de características físico ambientales particulares. Las condiciones de vida, las características de la vivienda, la situación sociodemográfica, el status social y el conjunto de relaciones sociales que cumple dentro de la

comunidad, serán determinantes para el desarrollo de la integridad socioafectiva e intelectual del niño. La capacidad de ésta, de sostener y apoyar al niño en su aprendizaje en este contexto, permitirá *“predecir los resultados que tendrá el desarrollo de los niños”* (7).

Función Materna

No sólo la presencia física de la madre es fundamental para que el niño pueda desarrollarse plenamente, sino que también es importante el apoyo emocional que pueda brindarle a su hijo. A través de la relación afectiva que entable con su bebé, y mediante la calidad y cantidad de estímulos que le proporcione, posibilitará el aprendizaje de las funciones psicomotoras.

“...el normal desarrollo del niño en sus primeras etapas, requiere de la presencia de una figura materna cálida y estable, y de un ambiente físico y social que le proporcione adecuada estimulación sensorial y emocional” (8).

El compromiso que asuma la madre en la relación con su hijo, dependerá tanto de su nivel de instrucción como de su capacidad para elaborar su propia historia personal y familiar; de manera que logre la estabilidad emocional y afectiva suficiente para desempeñar la función materna, es decir, ser la mediadora entre los estímulos del medio externo y su hijo, decodificar y atender las demandas materiales y afectivas generadas por el mismo, darle el sostén adecuado para superar los obstáculos en su adaptación al medio. Este conjunto de funciones, traducidas en acciones cotidianas de la vida, como mirarlo, sonreírle, acariciarlo, hablarle, alimentarlo, bañarlo, etc., requieren de la presencia física y afectiva de la madre.

Estas conductas se dan en un plano de intercambios afectivos constantes, donde el comportamiento de uno desencadena la respuesta del otro y viceversa. En síntesis, se trata de un proceso dialéctico, bidireccional,

de interrelación continua, necesario para el establecimiento del vínculo mamá-bebé. Como dice Spitz *"...la sola existencia de la madre evoca respuestas del bebé. Pero así mismo, la existencia y presencia de éste suscita respuestas de la madre"*.

DESARROLLO PSICOMOTOR

El niño *"adquiere su pensamiento paralelamente que adquiere su cuerpo: a través del proceso de desarrollo"* (9). Este proceso se basa en una construcción progresiva, donde la aparición de una función nueva es posible gracias a la existencia de una precedente; lo cual concierne tanto la maduración del Sistema Nervioso Central (crecimiento orgánico), como también los aspectos intelectuales (cognitivos) (10).

Piaget describe cuatro factores asignados al desarrollo de la evolución mental, ellos son: 1) El Crecimiento Orgánico (maduración del Sistema Nervioso Central y Sistema Endócrino); permite la adaptación de ciertas conductas, constituyendo una condición necesaria a la que se suma el segundo factor; 2) El Ejercicio y la Experiencia, que se adquieren a través de la acción efectuada sobre los objetos. Pueden diferenciarse dos tipos: la experiencia física mediante la cual el niño actúa sobre los objetos, y la experiencia lógica matemática, donde el niño también actúa sobre los objetos pero con el fin de abstraer el conocimiento de la acción y no de ellos; 3) El de las Interacciones y Transmisiones Sociales, el sujeto es protagonista, dando y recibiendo en un sistema de interacción social; y el 4) La acción conjunta de estos tres factores. Siendo insuficiente la acción aislada de cada uno de ellos.

El niño conoce las cosas, los objetos a partir del contacto con ellos. Lo hace a través de los sentidos, y a través de los distintos actos motores que le permiten verlos, oírlos, tocarlos, manipularlos, moverlos, etc.. A estas conductas se las llama sensoriomotrices, porque intervienen por un lado los sentidos (oído, gusto, tacto, vista, olfato) y la acción neuromotriz por otro.

Dice Gesell "*El desarrollo de un niño puede ser revelado por la forma como se comporta*".

Es decir, las conductas son parte de un proceso integral de desarrollo. Las cuales se presentan en forma sucesiva y ordenada; pero ha de tenerse en cuenta que no son de carácter intelectual solamente, sino que entrañan factores afectivos. Por lo tanto, los dos aspectos afectivos y cognoscitivos son inseparables e irreductibles.

El Desarrollo Psicomotriz progresa paulatinamente con la adquisición de conductas cada vez más complejas; las mismas evolucionan en forma independiente e interrelacionada a la vez. Gesell estudió el crecimiento y desarrollo psicomotor en términos de modos de comportamiento, (o conducta), organizándolas en cuatro áreas o campos de la conducta; ellas son: conducta Motriz, conducta Adaptativa, del Lenguaje y Personal Social.

- La *Conducta Motriz* del niño constituye el natural punto de partida en la estimación de su madurez. Se consideran dentro de ésta tanto los grandes movimientos corporales como las más finas coordinaciones motrices.
- La *Conducta Adaptativa* trata más delicadamente lo concerniente a adaptaciones sensoriomotrices ante objetos y situaciones. La coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y tomar objetos, la habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos, la capacidad de realizar nuevas adaptaciones frente a los sencillos problemas al que se le somete. El niño se ve obligado a exhibir formas de conductas significativas cuando maneja objetos simples, ésto revela los recursos que van apareciendo.
- La *Conducta del Lenguaje* requiere de la organización del Sistema Nervioso Central, incluye las formas de comunicación visual y auditiva, sean gestos, movimientos posturales,

vocalizaciones, palabras, etc.. También toma en cuenta la imitación y comprensión. El lenguaje articulado es una función socializada, requiere la existencia de un medio social y a la vez depende también de la existencia y del estado de las estructuras corticales y sensoriomotrices.

- La *Conducta Personal Social* comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el cual vive. Estas reacciones son múltiples y variadas. El moldeamiento de la conducta está determinado fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento. La Conducta Personal Social está sujeta a variaciones individuales, pero presenta dentro de la normalidad ciertos límites.

Los cuatro campos de la Conducta están estrechamente vinculados e interrelacionados y a veces hasta superpuestos, *"pero en un desarrollo atípico o desviado muestran frecuentemente discrepancias"* (11); es decir, un niño puede cumplir con conductas adecuadas a su edad cronológica en un área, y estar retrasado en otras.

ENFOQUE DE RIESGO Y DESARROLLO INFANTIL

La posibilidad de que el niño logre desarrollar su potencial humano, dependerá de las condiciones físicas, psicoafectivas, socioeconómicas y culturales dentro del contexto donde crece. Un desequilibrio entre ellos, coloca al sujeto en Situación de Riesgo entendido como *"La probabilidad que tiene un individuo o un grupo de sufrir un daño o enfermedad de origen biológico, social o ambiental"* (12).

La identificación de los elementos que permiten predecir la probabilidad de que un daño a la salud ocurra, es importante para la definición de las estrategias de intervención. A éstos elementos o indicadores se los llama Factores de Riesgo; los cuales pueden ser de distinto tipo:

biológicos, ambientales, familiares, socioculturales, económicos, demográficos.

Los niños pueden estar en riesgo de diversas maneras, el haber nacido en condiciones que hacen difícil su supervivencia, la no satisfacción de las necesidades básicas en sus primeros años de vida, alimento, vestido, vivienda, afecto, el vivir en un ambiente físico inseguro. Los niños que viven en un medio donde no hay afecto o donde no se tenga sentido de la responsabilidad o de la filiación (13). "La interacción de factores de riesgo biológicos, sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores" (14), produciendo individuos carentes de autoconfianza, de autoestima y de afecto hacia los otros. Dice M. Arango Montoya *"los niños están también en riesgo, cuando no existe en su medio algo que haga su vida útil o autosuficiente, cuando no existen opciones reales para desarrollar su potencial socio-afectivo, creativo e intelectual"* (15).

Los niños, en el transcurso de su desarrollo pueden estar expuestos a distintos factores de riesgo, que alterarían la evolución normal de este proceso. El concepto de Riesgo, desde este punto de vista, aplicado al Desarrollo Infantil, permite detectar tempranamente si los niños se encuentran en Riesgo o padeciendo una alteración del mismo; a través de la identificación de la influencia negativa de dichos factores.

En el Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño (O.P.S., 1986) se distinguen tres grupos: Alto riesgo biológico; en él se incluyen a los niños con antecedentes genéticos, perinatales o postnatales, en los que existe la posibilidad de que sufran alguna alteración en su desarrollo; Alto riesgo socioambiental, se relaciona con el medio ambiente, el cual puede actuar en forma desventajosa en el desarrollo del niño. Generalmente detectables en la edad escolar; implica el análisis del micro y del macro ambiente. También se estudia un tercer grupo, caracterizado por la asociación de los dos anteriores.

- 1) CUMINSKY, Marcos; LEJARRAGA, N. y cols.; *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*, 1986.
- 2) HEESE, G. y cols.; *La Estimulación Temprana en el Niño Discapacitado*, 1986.
- 3) HEESE, G.; op. cit..
- 4) MONTENEGRO, en BRALIC, Sonia y cols.; *Estimulación Temprana: Importancia del medio ambiente para el desarrollo del niño*, 1979.
- 5) Lic. LUCIFORA, S.; T.O. VEGA, M. C.; Lic. SICOLI, M.; *Entrevista-Encuesta Socioeconómica y de Educación*, 1993.
- 6) GIORGI, Víctor; DILACIO, Graciela; *Psicología y Marginalidad Social. Evaluación del efecto de las condiciones de pobreza sobre la conformación del psiquismo*.
- 7) PARKER, Stevens; GREER, Steven y cols.; *Doble Riesgo, Impacto de la pobreza en el desarrollo temprano del niño*, 1988.
- 8) MONTENEGRO; op. cit..
- 9) GESELL, Arnold; AMARTRUDA, C.; *Diagnóstico Normal y Anormal del Niño*, 1966.
- 10) PIAGET, J.; INHELER, B.; *Psicología del Niño*, 1984.
- 11) GESELL, A.; op. cit..
- 12) O.P.S.-O.M.S.; *Manual sobre enfoque de Riesgo en Atención Materno Infantil*, 1986.
- 13) ARANGO MONTOYA, Marta; *La niñez y la juventud en riesgo: el gran desafío para América Latina y el Caribe*, 1992.
- 14) O.P.S.-O.M.S.; op. cit..
- 15) ARANGO MONTOYA, Marta; op. cit..

CAPITULO III

ASPECTOS SOBRE
DESNUTRICION, AMBIENTE Y
DESARROLLO

Hasta la fecha no existe evidencia que la desnutrición sea causa de retardo mental. El desarrollo intelectual anormal que se observa en los niños desnutridos se debería a la conjunción de factores sociales (hipoestimulación) y biológicos (desarrollo físico anormal).

El Dr. Cravioto, en sus estudios, destaca que la interrelación entre la herencia (determinada por el potencial genético) y el medio ambiente determinan el desarrollo mental del hombre, existiendo una relación directa entre clase social y nivel intelectual. Los niños que crecen y se desarrollan en ambientes caracterizados por la pobreza, se encuentran en desventaja, impidiéndoles alcanzar un desarrollo óptimo. El problema estaría centrado en separar el efecto específico que puede tener la deficiente ingestión de alimentos, del resto de los factores que rodean al desnutrido; los cuales son capaces de influir de manera negativa en el desarrollo mental, la conducta y el aprendizaje del individuo.

El autor, concluye, por un lado que existe una acentuada relación entre el desarrollo del lenguaje y la desnutrición; y por otro que los niños con malnutrición pueden seguir un patrón normal de desarrollo, pero adquieren más lentamente un buen nivel de rendimiento para ciertas funciones intelectuales; alcanzando con el tiempo niveles semejantes a los de los niños normales. Este retraso, constituye un riesgo, ya que el niño no es capaz de mostrar el rendimiento esperado para su edad cronológica (1) (2).

Un equipo interdisciplinario integrado por la Dra. M. A. Rodrigo, la Dra. G. Rey y la Ps. S. Di Iorio, de la Unidad de Rehabilitación Nutricional (U.R.N.) del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata (1993), realizó un estudio comparando el estado nutricional y el desarrollo psicológico de niños desnutridos de causa primaria, con niños eutróficos.

El mismo consistió en un seguimiento de cohorte durante un período de cuatro años, evaluándose a los niños de 0 a 2 años en el momento de ingreso a la U.R.N., y una última evaluación a los 4 años de edad, utilizando como métodos la Escala del Desarrollo Psicológico de la Primera Infancia (Brunet-Lezine) y la Escala L. Terman y M. Merrill respectivamente. Tanto el

grupo experimental como el grupo control pertenecían a un nivel socioeconómico bajo. Las escalas utilizadas categorizaban a los niños en: normales, fronterizos y anormales.

Las conclusiones a las que arribaron, señalan que en la primera evaluación existe marcada prevalencia de las categorías fronterizo y anormal en el grupo experimental, en relación al grupo control; con respecto a los resultados obtenidos en la última evaluación, el grupo experimental ya no se encontraba afectado de desnutrición. Hallaron que, este grupo de niños habían aumentado notablemente los porcentajes de normalidad entre la primera y segunda evaluación; los resultados del grupo control se mantuvieron dentro de parámetros semejantes; los resultados de ambos grupos a los 4 años de edad, son casi idénticos y significativamente inferiores que los esperados para la población general. De lo anterior, deducen que tanto los niños afectados de desnutrición a edades tempranas como los que nunca la presentaron, se encontraban en categorías de desarrollo semejantes; por lo tanto, la desnutrición en su etapa aguda, si bien se asocia a un déficit del desarrollo psicológico, no es un agente causal exclusivo, ya que existirían otras causales inherentes a las condiciones de vida inadecuadas. Esto se ve reflejado en los bajos porcentajes de normalidad obtenidos por ambos grupos en la evaluación final (3).

Por su parte, el Dr. Pollit, especialista en Nutrición y en Desarrollo Infantil, ha realizado una extensa revisión de estudios acerca de las consecuencias de la malnutrición precoz sobre la función intelectual y el desarrollo de la escolaridad. De los mismos, concluye que las investigaciones en este tema, no son lo suficientemente específicas como para determinar si ésta interfiere en la adquisición de aptitudes cognoscitivas. Sin embargo, la desnutrición proteico-calórica padecida durante la primera infancia y el período pre-escolar, es junto a las situaciones de extrema pobreza, condición de riesgo para el desarrollo cognoscitivo y la escolaridad del niño. Es decir, que la desnutrición, aunque ocurra durante el período crítico del

crecimiento, no es condición suficiente para determinar un rendimiento pobre o fracaso en el período escolar (4).

Otro estudio acerca de la influencia de la malnutrición en edades tempranas sobre el desarrollo subsiguiente de la conducta, realizado por Galler, J. R. y cols. (EEUU, 1983), al comparar dos grupos de niños de 5 a 11 años, con malnutrición severa temprana, observaron un rendimiento académico pobre, debido a factores psicológicos y emocionales en primer lugar (atención pobre y lábil, distractibilidad, etc.); en segundo lugar, menor coeficiente intelectual (5).

En estudios realizados a largo plazo en niños con antecedentes de desnutrición grave temprana, en la mayor parte de ellos, se observa que el rendimiento intelectual persiste deficitario. No existiendo un patrón de rendimiento característico, observándose en algunos casos, mayor déficit en lenguaje, y en otros, en habilidades abstractas y perceptuales. Además, se ha constatado la presencia de alteraciones de la conducta muchos años después del episodio de desnutrición grave (6).

Diversos autores coinciden en incorporar en sus estudios sobre la Desnutrición y el Desarrollo Infantil, las características socioambientales y culturales que rodean al niño. Entre los mismos se destacan, Cravioto (México, 1983) estudia el macro y el microambiente del niño desnutrido, analizando a los padres como elemento biológico y social, la estructura familiar y las condiciones de vida, como fuente de estimulación directa sobre el desarrollo del niño (7). Andraca y cols. (Chile, 1983) describe como indicadores relevantes las restricciones materiales en las que están inmersos los niños desnutridos, mencionando al desempleo, bajas remuneraciones, vivienda inadecuada, deficientes condiciones de saneamiento ambiental, el difícil acceso a la salud y a la educación; a su vez, toma en cuenta la importancia del ambiente emocional y social, caracterizado por la inestabilidad emocional, hacinamiento, entre otras. Así mismo, el autor registró en un estudio con un grupo de niños, que los mismos habían

recibido un promedio entre 2,5 y 3 hospitalizaciones previas a la investigación (8).

El Dr. O'Donnell, en Argentina, da especial importancia a la relación entre el número de hijos y la desnutrición; lo cual estaría íntimamente relacionado con la calidad de la atención materna a la crianza y cuidados de estos niños. Planteando, también, la alta reincidencia de internaciones: *"la tasa de reingresos está en relación inversa con el estado nutricional de los niños en el momento del alta"* (9).

Por otro lado, autoras como Ilda M. de Taunselag y la Ps. Helena E. de Lambré y cols. (Argentina) han realizado valiosos aportes, en cuanto a las características psicológicas de las madres de los niños desnutridos. La primera concluye que generalmente las madres de estos niños son ellas mismas carenciadas afectivas; hijas provenientes de familias irregularmente constituidas; de precaria estabilidad social; carentes de modelo maternal en su propia experiencia como hija; con un vínculo con su pareja unida de hecho, o bien con una relación esporádica, o donde los hijos son fruto de una relación circunstancial; con escasa capacidad de brindar estimulación corporal y afectiva; y en general son analfabetas o no han completado la escolaridad primaria (10). La segunda, las caracteriza como integrantes de familias numerosas; afectadas por carencias socioeconómicas-culturales; en general madres multíparas; con inestabilidad de pareja; con historias personales signadas por experiencias negativas que hacen que transmitan a sus hijos una mayor carencia y abandono, no pudiendo responder a sus necesidades (11).

"La malnutrición severa se determina por la interacción de circunstancias nutricionales y socioculturales desfavorables y empieza lo que podría llamarse un efecto espiral. Un ambiente social deteriorado, una frecuencia elevada de infecciones, una falta de alimentos y sistemas anticuados de cuidados infantiles, combinados con una falta de concientización de la importancia de la estimulación para el desarrollo cognoscitivo e intelectual conducen a lo que se llama

Malnutrición. Todo ello produce un gran número de individuos con retrasos en el desarrollo mental, con riesgos de fracasos escolares y mal adaptados a las exigencias sociales. Estos individuos son, a su vez, más propensos a criar a sus hijos en condiciones poco satisfactorias y de un modo inconscientemente programado para producir una nueva generación de individuos malnutridos: una consecuencia psicológica a largo plazo de la malnutrición causada por este efecto espiral".

Cravioto, J. y Cravioto, P.

- 1) TAUNSBELAG, I.; *Aspectos psicopatológicos*; en CEDRATO; TAUNSBELAG; *Desnutrición Infantil*", 1978.
- 2) CRAVIOTO, J.; CRAVIOTO, P.; *Algunas consecuencias psicobiológicas a largo plazo de la malnutrición*; 1993.
- 3) DI IORIO, S. y cols.; *Estado nutricional y desarrollo psicológico. Un estudio comparativo transversal en población infantil*; 1993.
- 4) POLLIT, E.; *La nutrición y el rendimiento escolar*; 1984.
- 5) LÓPEZ, I.; DE ANDRACA, I.; COLOMBO, M.; *Relevancia de la rehabilitación psicológica en la desnutrición grave*; en *Anales Nestlé*, 1985.
- 6) LÓPEZ, I.; DE ANDRACA, I.; COLOMBO, M.; op. cit..
- 7) TAUNSBELAG, I.; op. cit..
- 8) LÓPEZ, I.; DE ANDRACA, I.; COLOMBO, M.; op. cit..
- 9) O'DONNELL, A.; *Desnutrición Infantil*; en *Nutrición Infantil*, 1986.
- 10) TAUNSBELAG, I.; op. cit..
- 11) FERRE, J.; SEGAL, L. y cols.; *Enfoque multidisciplinario en el tratamiento del niño desnutrido primario*, 1983.

CAPITULO IV

ASPECTOS DE LA SALUD. SU RELACION CON LA DESNUTRICION INFANTIL

“... quién se preocupa por la salud de una población y la multiplicidad de factores que inciden sobre ella, quién piensa en términos de la salud de todos y no sólo de uno, posee una determinada ideología”.

(Mirta Videla, 1991)

En términos generales, la Desnutrición Infantil obedece a una multiplicidad de factores que actúan independiente e interrelacionadamente a la vez: por lo tanto el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, de esta población en desarrollo, como el medio social inmediato a la cual pertenece, se encuentra alterado.

Desde este punto de vista, la desnutrición infantil como un problema de salud pública no puede quedar exenta de análisis, en el contexto del desarrollo socio-económico-cultural de un país. En síntesis, *“el problema debe ser enfocado a nivel estatal en sus aspectos sanitarios, médico-social, nutricional y preventivo”* (1).

ESTADO ACTUAL DE LA SALUD EN ARGENTINA

Según el informe de la O.M.S.-O.P.S. (1994) sobre la Situación General de la Salud y sus tendencias en Argentina (2), el Sistema de Servicios de Salud está integrado por tres subsectores: público, obras sociales y privado, distribuidos heterogéneamente en todo el país. En el mismo, se describen cómo actualmente este modelo se encuentra en crisis, y existe un intenso debate sobre el futuro del sistema de servicios, centrado principalmente en los aspectos de financiamiento de las prestaciones de Atención Médica.

Además, dicho informe, hace referencia a la reestructuración del sistema de Salud; éste abarcaría dos estrategias básicas: descentralización y

un cierto grado de desregulación, que sirven de base política y económica, para las principales reformas sanitarias en marcha: reforma del sistema de obras sociales, redefinición del funcionamiento de los Servicios Públicos de Atención Médica y el cambio del papel de la Secretaría de Salud de la Nación.

Con respecto a la Organización de los Servicios, éstos se orientan a la atención médica reparativa de la enfermedad, y están centrados en la institución hospitalaria. Si bien la política nacional, como la de las provincias y municipios mantienen la definición de Atención Primaria de Salud como estrategia básica, ésta, es más bien declarativa y en aquellas jurisdicciones en donde se impulsó fue organizada como "*programas*" de primer nivel de atención.

En la actualidad, los grupos de menores ingresos, sin cobertura de la seguridad social, como así también aquellos grupos que tienen limitaciones de acceso a los Servicios de Salud por razones económicas, o geográficas, son atendidos por los Servicios Provinciales y Municipales; constituyendo la infraestructura de servicios mayor y más extendida en el territorio nacional, según dicha publicación.

La formación de los Recursos Humanos en Salud, concomitantemente, se encuentra también en crisis, dado que las universidades y centros de formación públicos, han sufrido recortes en las partidas presupuestarias provenientes del Estado, comprometiendo la calidad de la atención profesional.

Se hace mención, a los principales programas de atención orientados a la comunidad; destacando el de la Atención a la Salud de la Madre y el Niño, estableciendo metas y estrategias nacionales, y para el cual la acción de las provincias es esencial, aumentando significativamente los fondos nacionales para la ejecución de los programas provinciales, que progresivamente están alcanzando mayores niveles de gestión. Se está ejecutando, a su vez, con financiamiento externo un programa de Salud Materno Infantil y Nutrición, orientado al desarrollo de una atención

integral en el primer nivel, focalizado a grupos de riesgo socio-económico, según la mencionada publicación.

Una de las dificultades que caracteriza a la Argentina, en el plano sanitario, es la falta de estadísticas que den cuenta oficialmente de la distribución de las enfermedades, y menos aún se conoce cómo crece y se desarrolla la población; es decir se pueden encontrar cifras sobre tasas de mortalidad, pero casi nada de morbilidad. El conocimiento de estos indicadores numéricos está directamente relacionado con las estrategias y programas de salud a implementar, de allí su importancia (3).

BASES CONCEPTUALES ACERCA DE LAS ESTRATEGIAS EN SALUD Y NUTRICIÓN

La desnutrición infantil, como enfermedad y como problemática social, requiere de programas de salud que competen directamente al Estado. La política de gobierno destinada a atender la morbimortalidad infantil, como consecuencia de la malnutrición, especialmente de los sectores más desfavorecidos económicamente, debe consistir en la organización y planificación conjunta de la Secretaría de Salud, de Economía, Acción Social, Trabajo, etc.; para responder así desde un enfoque multisectorial a esta problemática (4).

Por otro lado, la elaboración de programas orientados a garantizar la salud de la comunidad y del niño en especial, deberían partir de la evaluación de la situación sociodemográfica, económica, de cobertura de salud y apoyo social, a la que está destinada. De esta manera, las estrategias partirán de las necesidades y demandas específicas de una población en particular; y no de acciones planteadas verticalmente, que se alejan de la realidad de los destinatarios.

Como se ha venido describiendo, son varios los factores que inciden en la salud nutricional infantil, lo cual deriva en la necesidad de responder,

desde los distintos niveles de atención a la salud, desde un enfoque multidisciplinario.

Myers (O.P.S., 1993) plantea algunas consideraciones en cuanto a estrategias de Salud Nutricional, centradas en la relación sinérgica entre Bienestar Psicosocial y la Nutrición y la Salud; y entre esta última y la Nutrición. Este concepto de relación sinérgica, significa que los efectos del Bienestar Psicosocial de un niño sobre la Nutrición, también tendrán un efecto indirecto en la susceptibilidad a las enfermedades o en la supervivencia; en otras palabras, plantea *"...un efecto de espiral en el que el consumo de alimentos, eleva la actividad física del niño y, por lo tanto, su capacidad de interactuar. En la interacción, el niño atrae la atención de la persona que lo cuida y demuestra sus necesidades; a su vez, la persona que lo cuida responde dándole alimento y afecto, y consecuentemente, energía"*. A su vez, y en base a estos conceptos plantea la inclusión de acciones para el fortalecimiento del Bienestar Social y Psicológico en los programas de Salud y Nutrición.

Las consideraciones estratégicas propuestas, pueden estar expresadas en muchos tipos de programas de Salud y Nutrición existentes. Ellas son: 1) Combinar las acciones de los programas: entre la nutrición y la salud, con otras para mejorar el estado fisiológico y social del niño. 2) Apoyar a la persona encargada del niño y al niño: programas dirigidos hacia la pareja o persona encargada del niño (con dos tipos de acciones: fortalecer el ambiente y proporcionarles información); y al niño individualmente. 3) Mejorar el ambiente de apoyo: contribuirá a eliminar las condiciones limitativas que impiden que ocurra la interacción natural, ya que existen presiones sobre los recursos, el tiempo y la psiquis, que producen stress. El stress, es provocado también por la desnutrición, afectando la interacción personal entre los miembros de la familia. 4) Apoyar a las personas encargadas del niño sobre las prácticas de crianza: incluyen educación para padres y madres, sobre la nutrición y otro tipo de información sobre la crianza. 5) Tratar la alimentación como un proceso social y de desarrollo: observándose cómo y

con qué se alimenta el niño, y considerando la alimentación como actividad social y psicológica, con el objetivo del desarrollo psicosocial y nutricional que favorece el crecimiento del niño (5).

Estas consideraciones están orientadas, principalmente para el Primer Nivel de Atención de la Salud, la Prevención. Pero, las mismas no quedan excluidas en la atención multidisciplinaria en un Segundo y Tercer Nivel de Atención Sanitaria; además, por supuesto, de los estrictos y urgentes cuidados clínicos que la gravedad del cuadro nutricional conlleva. De esta manera, la suma de estas acciones evitarán, que después del alta, el paciente sea reinternado.

Lo anterior implica, que los profesionales, especialmente los médicos, encargados de atender al niño en cualquiera de los tres niveles, adopten una actitud tal en que se interesen tanto por la urgencia clínica, como de los aspectos circundantes a la patología. Dice el Dr. O'Donnell *"la razón de más peso para el desinterés de los médicos por esta patología es que su tratamiento a largo plazo obedece a causas que escapan al área estrictamente médica, por lo que se limitan a tratar las patologías que acompañan al problema básico, o sea la desnutrición"* (6). Es decir, se requiere la responsabilidad y el compromiso de cada profesional, de informar y educar a los padres del niño acerca de la enfermedad, utilizando un lenguaje que se adecue al nivel cultural de los mismos, garantizando la comprensión de lo informado. Por otro lado, la necesidad de relacionarse con los profesionales de las otras disciplinas, para que se pueda evaluar y tratar al niño y su familia; logrando así una intervención multidisciplinaria de la desnutrición infantil desde todos los ángulos.

TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ABORDAJE EN NIÑOS DESNUTRIDOS

El niño con Desnutrición Infantil, requiere de una atención de su salud que asegure la integración de todos o casi todos los profesionales de la salud, dado el carácter multidisciplinario de los factores que determinan su condición médica, psicológica y social (7).

El Terapeuta Ocupacional, como profesional de la salud, está capacitado para desempeñarse interdisciplinariamente en la evaluación psicofísica y funcional del niño, para la detección de alteraciones en su desarrollo psicomotor y social, y el posterior tratamiento de las mismas, teniendo en cuenta el nivel sociocultural y ambiental del que proviene. Además posee idoneidad para elaborar, implementar y evaluar planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario (8).

El niño desnutrido, proveniente de un medio socioambiental y económico bajo, se encuentra en una situación de riesgo tal que influye negativamente en su desarrollo psicomotriz y emocional, comprometiéndose su capacidad de aprendizaje y de adaptación social. Los niños que crecen bajo estas características, muchas veces, se les suma un apoyo social inadecuado y/o sin acceso a una cobertura de salud, que garantice el control o el cuidado periódico de la salud. Se dice que estos niños están en situación de Doble Riesgo (9).

Por tanto, la función del Terapeuta Ocupacional en la problemática de la desnutrición infantil deberá estar orientada a: detectar precozmente las alteraciones del desarrollo; participar del control periódico de los niños que se encuentran en riesgo socioambiental y biológico; informar y orientar a los padres sobre los cuidados y estimulación en el hogar, como agentes principales de su salud; implementar métodos y técnicas para la recuperación y rehabilitación de los niños con malnutrición crónica; favorecer la participación comunitaria; participar en los planes y programas nacionales o regionales, de salud comunitaria.

Estas acciones conciernen al Terapeuta Ocupacional; siendo imprescindible el trabajo interdisciplinario (médicos, especialistas en Nutrición, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, entre otros); desempeñándose a nivel comunitario, o desde una institución hospitalaria.

- 1) AVERBACH, J. y cols.; en CEDRATO, A.; TAUNSBELAG, L.; *Desnutrición Infantil*, cap. 20, 1978.
- 2) O.M.S.-O.P.S.; *Las condiciones de salud en las Américas*, 1994.
- 3) GERSHANIK, A.; *Salud de los niños y empobrecimiento: su atención*; en MINUJIN, Alberto y cols.; Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina, 1993.
- 4) AVERBACH, J. y cols.; op. cit.
- 5) MYERS, R.; *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*, 1993.
- 6) O'DONNELL, Alejandro; *Desnutrición Infantil*, en: Nutrición Infantil, 1986.
- 7) AVERBACH, J. y cols.; op. cit.
- 8) UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA; Esc. Cs. de la Salud y del Comportamiento; *Incumbencias profesionales de la Lic. en Terapia Ocupacional*, 1985.
- 9) PARKER, S. y cols.; *Doble riesgo, impacto de la pobreza en el desarrollo temprano del niño*, 1988.

CAPITULO V

ASPECTOS METODOLOGICOS

PROBLEMA

Qué relación se observa entre los distintos grados de Desnutrición y el Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 24 meses que se encuentran internados en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H.I.E.M.I.) de la ciudad de Mar del Plata durante el período marzo-julio de 1995.

OBJETIVOS

GENERALES

- Valorar el Desarrollo Psicomotor en el niño desnutrido.
- Estimar la posible relación entre Desnutrición Infantil, Desarrollo Psicomotor y Riesgo Social.

ESPECIFICOS

- Detectar riesgos de alteraciones en el Desarrollo Psicomotor del niño desnutrido de primer, segundo y tercer grado.
- Detectar alteraciones en el Desarrollo Psicomotor del niño desnutrido de primer, segundo y tercer grado.
- Determinar si el nivel de Desarrollo Psicomotor se encuentra dentro de los parámetros normales en niños desnutridos de primer, segundo y tercer grado.
- Determinar el nivel de riesgo socioambiental en el núcleo familiar del niño desnutrido de primer, segundo y tercer grado.
- Determinar el nivel de riesgo socioambiental del medio familiar y su relación con el Desarrollo Psicomotor del niño desnutrido de primer, segundo y tercer grado.

DEFINICION DE VARIABLES:

GRADOS DE DESNUTRICION INFANTIL

Definición científico-informativa:

Se define la Desnutrición como un cuadro clínico caracterizado por la ingesta inadecuada de nutrientes necesarios para el organismo, ya sea por un déficit en el consumo de alimentos en calidad y cantidad, o por dificultades orgánicas en la digestión, absorción y/o metabolismo de los mismos, o por una combinación de los dos anteriores (1). Esta carencia está interrelacionada con diferentes factores; familiares, sociales, económicos, geográficos, ambientales, culturales y psicológicos. Afecta con frecuencia a niños menores de 6 años, presentándose predominantemente en niveles socioeconómicos bajos.

De acuerdo a la clasificación del Dr. Federico Gómez, según la magnitud del déficit ponderal (relación peso/edad cronológica) se define en: Grado I (leve), Grado II (moderado), Grado III (severo).

Definición operacional:

Dentro del cuadro clínico de Desnutrición Infantil, se distinguen, de acuerdo a la clasificación del Dr. Federico Gómez: Grado I (leve); donde el déficit ponderal es del 10 al 24% del peso esperado para la edad cronológica; Grado II (moderado): la pérdida ponderal es del 25 al 39% y Grado III (severo); el déficit ponderal es mayor al 40%.

Se toman indicadores correspondientes a: Aspecto físico, Estado psíquico, Función intestinal, Estado inmunitario y Pruebas de laboratorio, que varían en cada grado de Desnutrición Infantil, según la gravedad y en

relación al déficit ponderal, con respecto a lo esperado para la edad cronológica (2).

1- CEDRATO, A; TAUNSBELAG, L; *Desnutrición Infantil*, 1978.

2- RODRIGO, María A; *Desnutrición*; en MORANO, J. *Pediatría I*, 1991.

DESARROLLO PSICOMOTOR

Definición científico-informativa:

Conjunto de etapas que se suceden progresivamente y continuadamente, permitiendo la adquisición de conductas cada vez más complejas en un interjuego continuo de equilibrios y desequilibrios para lograr la adaptación activa al medio.

Para alcanzar esta meta se requieren condiciones orgánicas, psicológicas, sociales y ambientales adecuadas, que favorezcan la interacción con las personas y elementos del mundo externo.

Definición operacional:

Proceso coordinado de etapas que se suceden continuamente de más simples a más complejas y que permiten la adaptación activa al medio, a través del aprendizaje de habilidades Motoras, de Coordinación, Lenguaje y Conducta Social (1).

1.- RODRIGUEZ, S; ARANCIBIA, V. y col; *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de 0 a 24 meses*, 1979.

RIESGO SOCIOAMBIENTAL

Definición Científico-informativa:

De acuerdo a la Entrevista-Encuesta Socioeconómica y de Educación, es la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de sufrir un daño o enfermedad de origen social o ambiental; teniendo en cuenta la interrelación de factores de origen familiar, social, económico y cultural, se mencionan cuatro niveles: Sin Riesgo Social Aparente; Con Riesgo Socioambiental; Con Alto Riesgo Socioambiental y Extremadamente en Riesgo Socioambiental.

Definición Operacional:

Es la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de sufrir un daño o enfermedad de origen social o ambiental. Distinguiéndose cuatro niveles que comprenden: Sin Riesgo Social Aparente; Con Riesgo Socioambiental; Con Alto Riesgo Socioambiental y Extremadamente en Riesgo Socioambiental, los cuales se determinan por score, de acuerdo a los puntajes adjudicados a los indicadores de: Organización del Grupo Familiar y Economía Familiar; Nivel de Vida; Actividades Sociales del Grupo Familiar; Redes Sociales (1).

1-Lic. LUCIFORA, S; Lic. SICOLI, M; T.O. VEGA, M.C.; *Entrevista-Encuesta Socioeconómica y de Educación*, 1993.

VARIABLES INTERVINIENTES

- ◆ Sexo.
- ◆ Edad en meses.
- ◆ Etiología de la Desnutrición.
- ◆ Diagnóstico al ingreso.
- ◆ Número de internaciones.
- ◆ Edad de la madre al nacimiento del primer hijo.
- ◆ Número de hijos.
- ◆ Nivel de instrucción de la madre.
- ◆ Ocupación laboral de los padres.
- ◆ Alimentación materna.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

El dimensionamiento de la variable Grados de Desnutrición Infantil, fue elaborada según la clasificación del Dr. F. Gómez, relación peso para la edad cronológica determinándose tres grados: Grado I, Grado II, Grado III.

Los indicadores utilizados fueron tomados de la descripción clínica realizada por Monckeberg, F. (op. cit) y Rodrigo, M.A. (op. cit.), según la clasificación realizada por el Dr. F. Gómez.

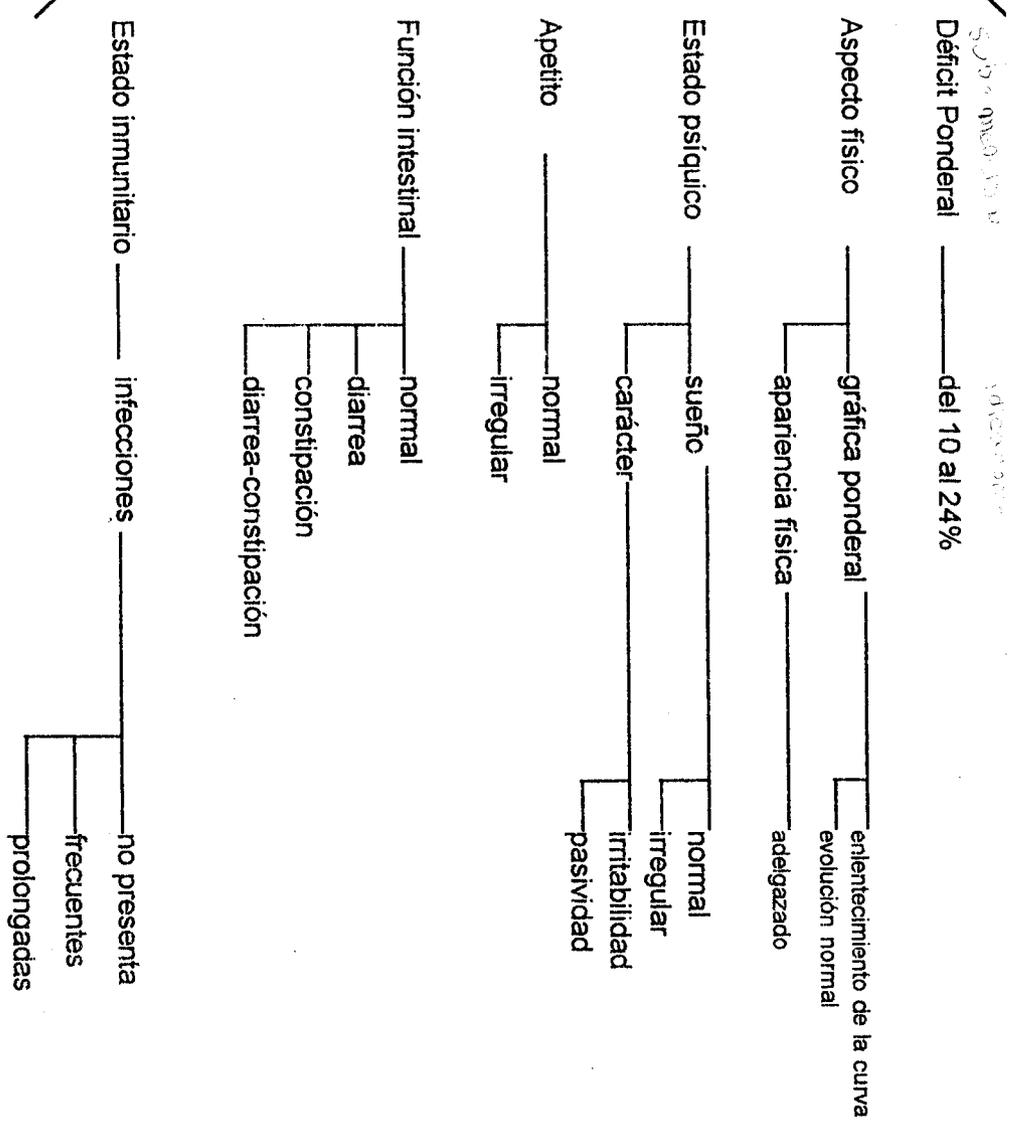
El dimensionamiento de la variable Desarrollo Psicomotor se realizó tomando exactamente los mismos indicadores planteados en la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Rodríguez, Arancibia, Undurraga.

Se respetaron las Areas mencionadas en dicha escala, con las distintas conductas a las que ellas pertenecen. Dado que la E.E.D.P. no ordena los comportamientos según los distintos canales de desarrollo, la Tesis Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana en Niños (1994), sirvió de referencia para la organización de la operacionalización de la variable estudiada; ya que en la misma se utilizó como método de evaluación Escalas Bayley de Desarrollo Infantil, guardando semejanza entre uno y otro test, con respecto a la forma de administración, y en cuanto a los ítems que las integran.

En cuanto a la operacionalización de Riesgo Socioambiental, se realizó siguiendo estrictamente la organización y los indicadores que constituyen la Entrevista-Encuesta Socioeconómica y de Educación (E.E.S.E.) de Lic. Lucifora, Lic. Sícoli y T.O. Vega, según fue administrada.

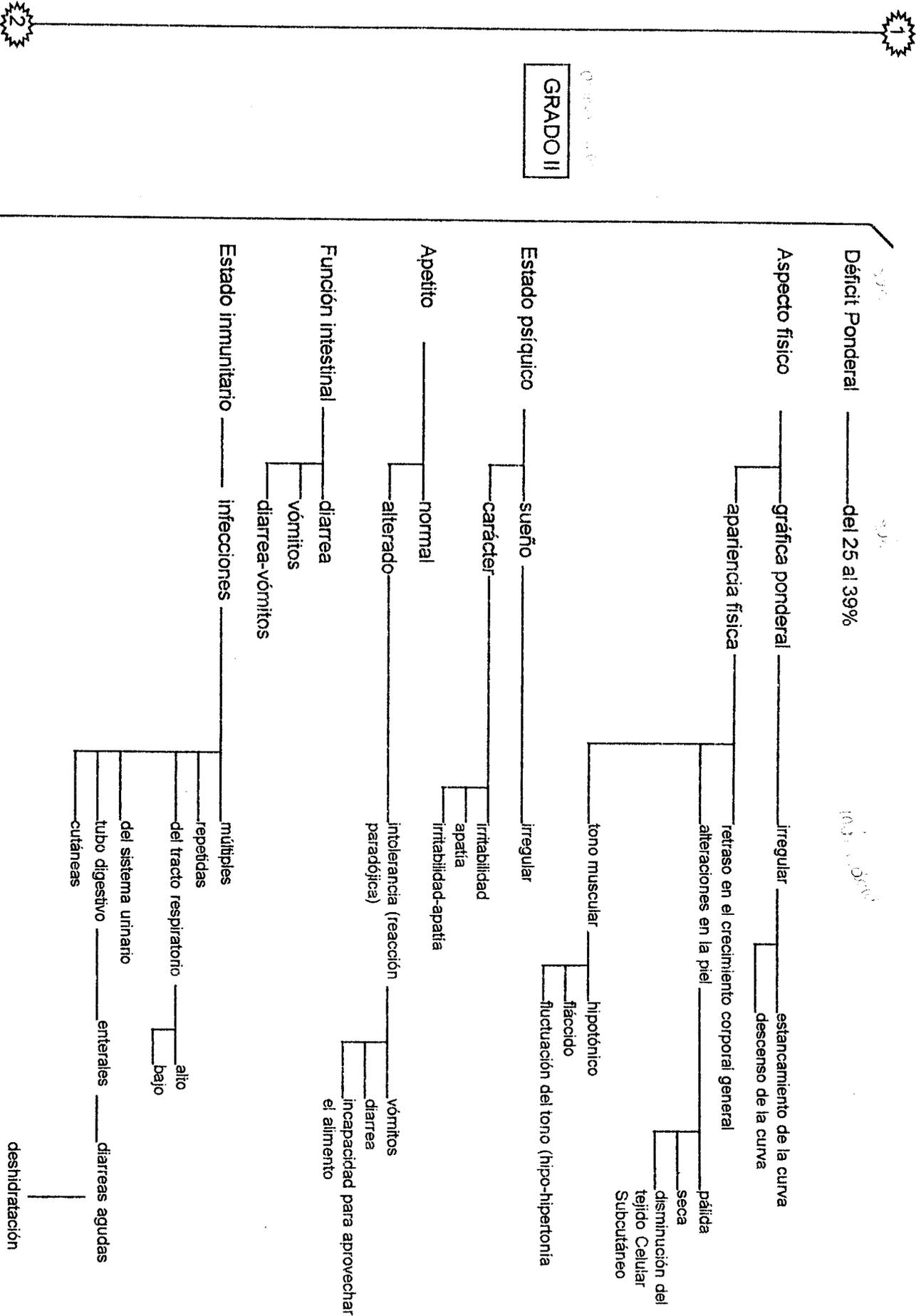
DESNUTRICION INFANTIL

GRADO I

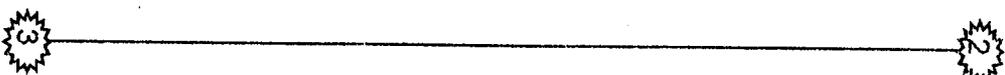


DESNUTRICION INFANTIL

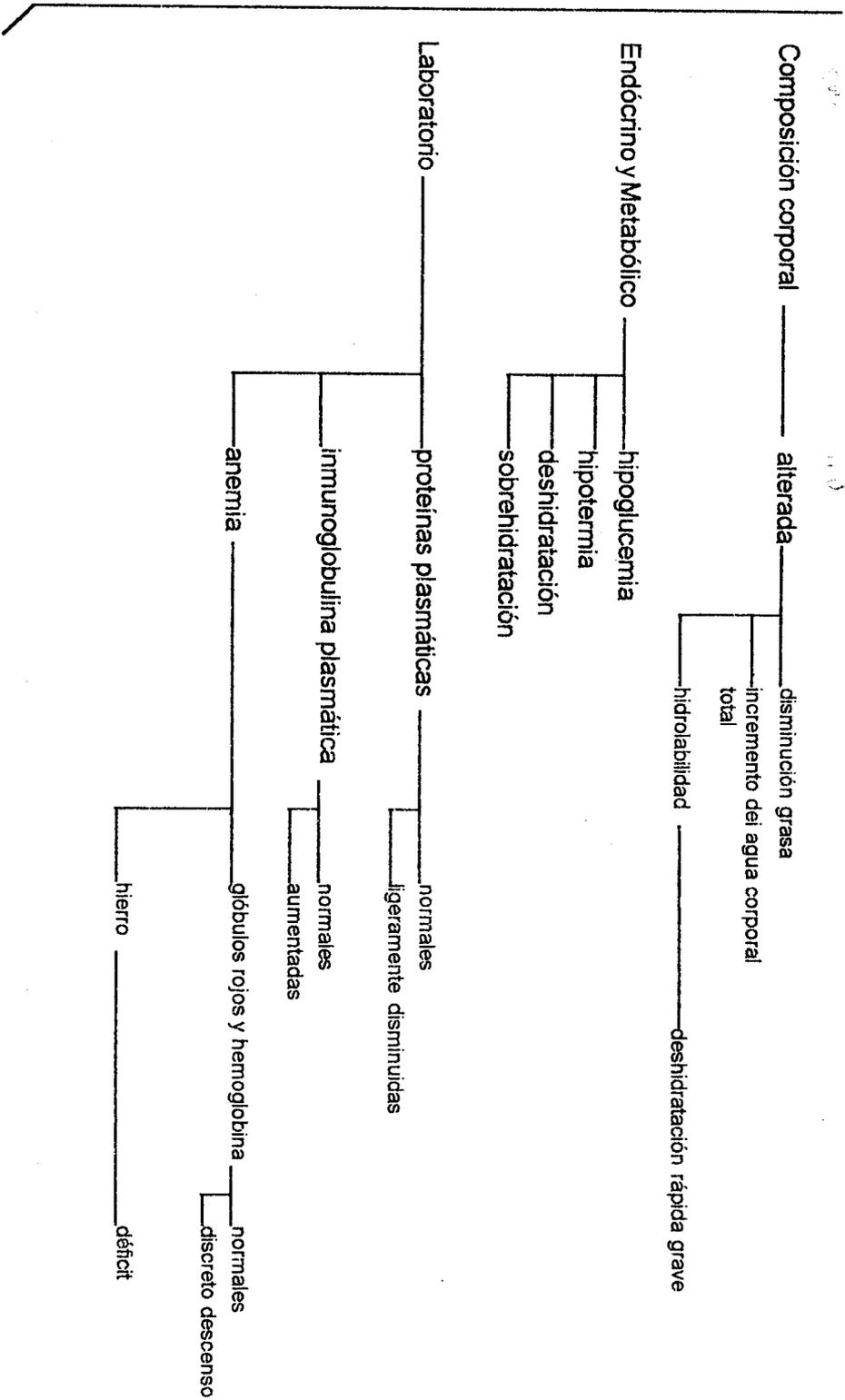
GRADO II



DESNUTRICION INFANTIL



GRADO II



DESNUTRICION INFANTIL

3

GRADO III

Déficit Ponderal *SJM* mayor o igual al 40%

Aspecto físico

SJM gráfica ponderal

SJM apariencia física

SJM estancamiento de la curva
descenso de la curva
descenso-ascenso de la curva

SJM facies típicas

desaparición de la bola de Bichat
mejillas hundidas
órbitas profundas
arrugas frontales

cabello

opaco
ralo
delgado

piel

seca
arrugada
lanugo
pálida-grisácea

mucosas bucales

enrojecimiento de la lengua
pérdida del aspecto normal de papilas

región abdominal

paredes delgadas
asas intestinales distendidas
palpación del hígado a nivel del reborde costal

masa muscular

reducida

tono muscular

Variable
fluctuación del tono (hipo-hipertonía)

Estado psíquico

carácter

SJM apatía

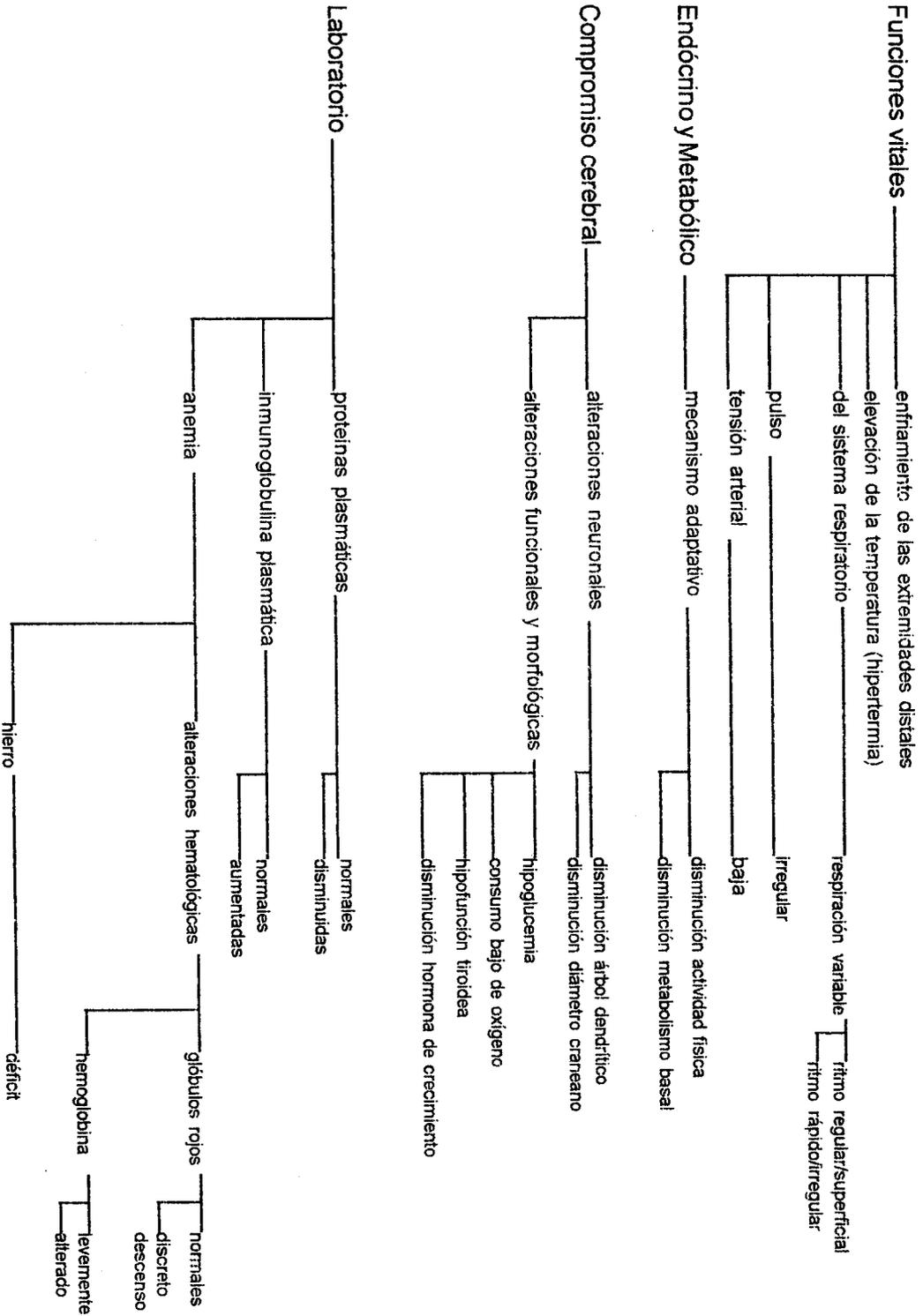
somnolencia
intranquilidad
llanto monótono-débil
conectado con el medio

Estado inmunitario

graves-sistémicas
sepsis

4

GRADO III



Desarrollo Psicomotor

Aprieta el dedo índice del examinador

Control Cefálico

- Movimiento de la cabeza en posición prona vuelve la cabeza hacia el lado
- Intenta control cefálico al llevar a sentado levanta la cabeza desde posición prona
- Mantiene la cabeza erguida al llevar a sentado la cabeza no cuelga exageradamente hacia atrás
- En posición prona se levanta a si mismo intenta enderezar la cabeza
- mantiene la cabeza erguida con oscilaciones
- mantiene la cabeza erguida sin oscilaciones
- eleva su cabeza y parte superior del tronco

- con apoyo sobre antb.
- con apoyo en codos
- con apoyo en manos

Area

Posición Sedente

- Se mantenga sentado con leve apoyo
- Se mantiene sentado sólo, momentáneamente
- Se mantiene sentado sólo 30" o más
- Se sienta sólo y se mantiene erguido

Motora

Cambios de decúbito

- Tracciona hasta sentarse
- Tracciona hasta lograr posición de pie
- Logra llegar a posición de pie tomado de un mueble
- Se pone de pie solo

Posición bípeda y locomoción

- Inicia pasos sostenido bajo los brazos
- Camina sostenido bajo los brazos
- Camina algunos pasos de la mano sostenido de una mano
- Camina solo sostenido de las dos manos
- con seguridad
- con pasos vacilantes
- con rodillas tiesas, piernas separadas y/o levantándose sobre la punta de los pies
- Camina varios pasos hacia el lado
- Camina varios pasos hacia atrás
- Se para en un pie con ayuda



Desarrollo Psicomotor

Area
del
Lenguaje

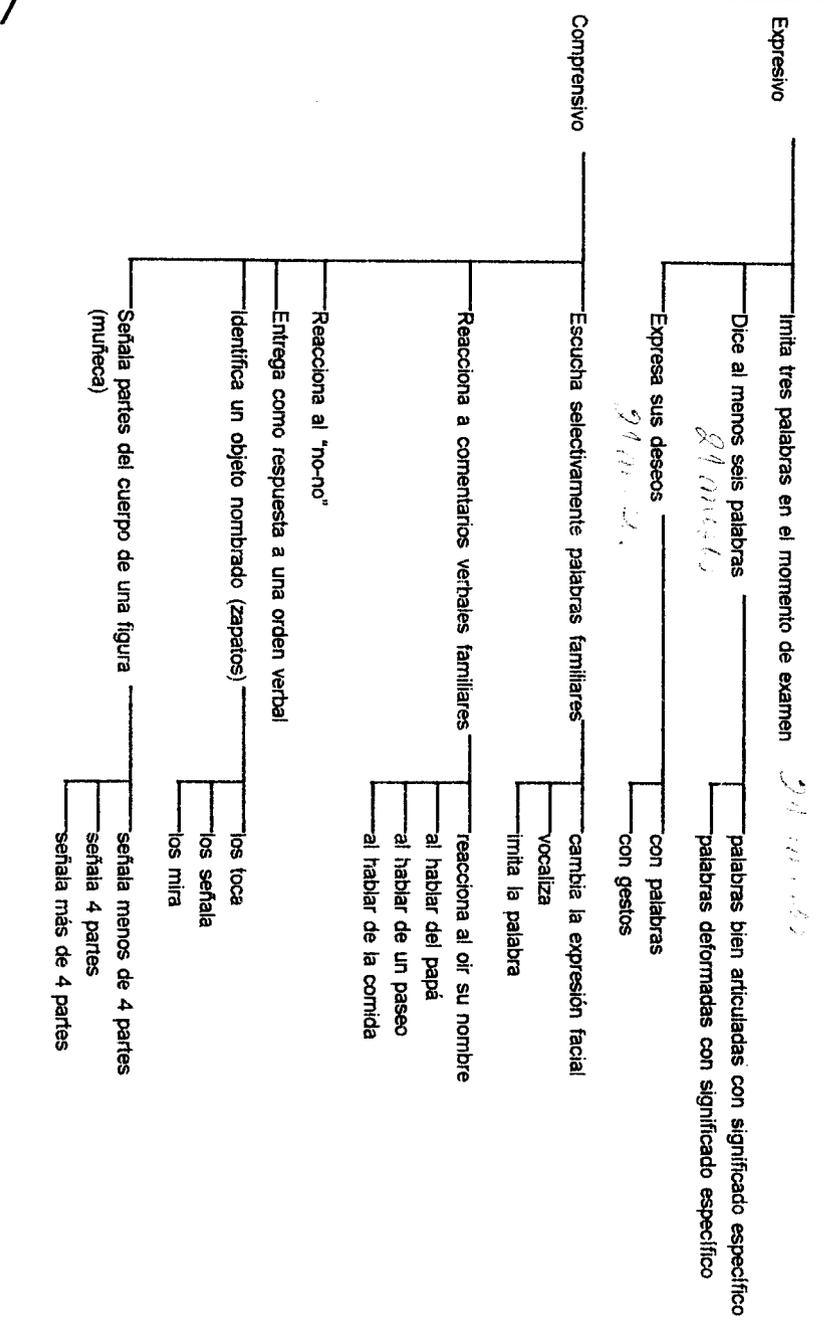
Expresivo	Reacciona al sonido de la campanilla Busca con la vista la fuente de sonido Gira la cabeza al sonido de la campanilla Vuelve la cabeza hacia quien le habla	pestañeo frunce el ceño sobresalto del cuerpo aumento de la actividad cesa la actividad llanto mueve sus ojos no necesariamente en la dirección correcta gira la cabeza discriminatoriamente hacia la fuente de sonido vuelve la cabeza hacia la cuchara caída
Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación Vocaliza dos sonidos diferentes Vocalización prolongada Ríe a carcajadas Vocaliza cuando se le habla (imitación) Usa repetición de dos sílabas del mismo sonido sin valor significativo Dice al menos dos palabras Dice al menos tres palabras Nombra sílabas objetos de 4 presentados	20 palabras 20 palabras 30 palabras 4 palabras 18 palabras 15 palabras 24 palabras	"goo" "a" "la" "ma" "mi" "ha" "are-are" "agu-agu" "agre-agre" en respuesta a estimulación social como ejercicio modulaciones variadas como intento de imitación "da-da" "ba-ba" "ma-ma" "mamá" "papá" palabra deformada con significado específico palabras deformadas con significado específico palabras bien articuladas con significado específico nombra sólo 1 objeto nombra 2 objetos nombra más de 2 objetos

Desarrollo Psicomotor

3

2

Area del Lenguaje



3

Area Social

Reacción frente a personas

Fija la mirada en el rostro del examinador

Mimica en respuesta al rostro del examinador

Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador

Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador

Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador

Ríe a carcajadas

Vuelve la cabeza hacia quien le habla

Coopera en los juegos

Reacciona a comentarios verbales familiares

Reacciona al "no-no"

Entrega como respuesta a una orden verbal

Identifica un objeto nombrado (zapatos)

Expresa sus deseos

Ayuda en tareas simples

Reacción por imitación

Imita gestos simples

Vocaliza cuando se le habla

_____ mantiene la mirada en el examinador

_____ mantiene la mirada y mueve los labios

_____ desaparece la sonrisa

_____ sus ojos tratan de seguirlo

_____ su nivel de actividad cambia

_____ en respuesta a estimulación social

_____ como ejercicio

_____ trata de sacarse el pañal de la cabeza

_____ no intenta sacarse el pañal de la cabeza

_____ reacciona al oír su nombre

_____ al hablar del papá

_____ al hablar de un paseo

_____ al hablar de la comida

_____ lo toca

_____ lo mira

_____ lo señala

_____ con palabras

_____ con gestos

_____ en guardar sus juguetes.

_____ alcanzando un objeto que se le solicita

_____ en alguna actividad cotidiana simple

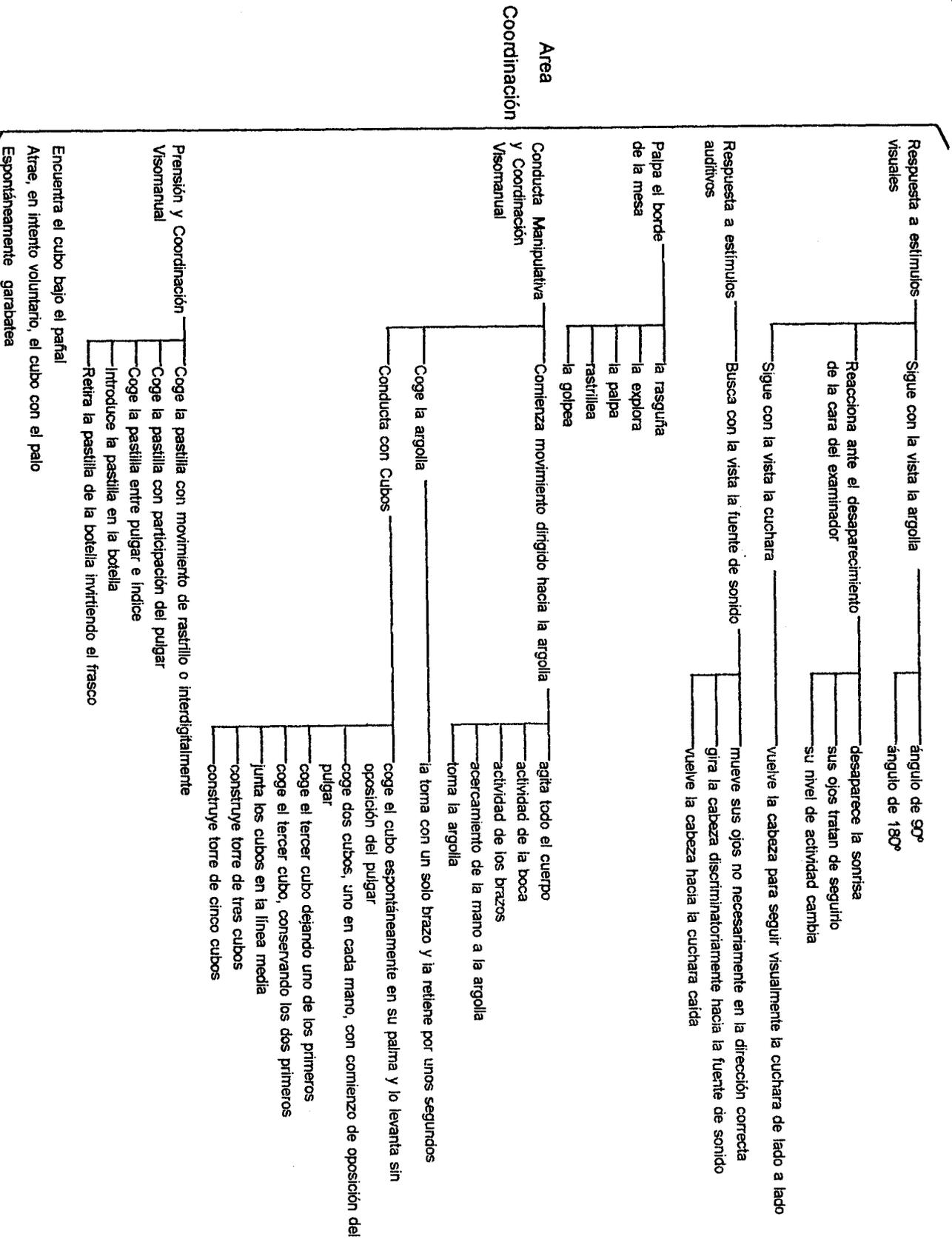
_____ al gesto del examinador

_____ en respuesta a una palabra

_____ modulaciones variadas como intento de imitación

4

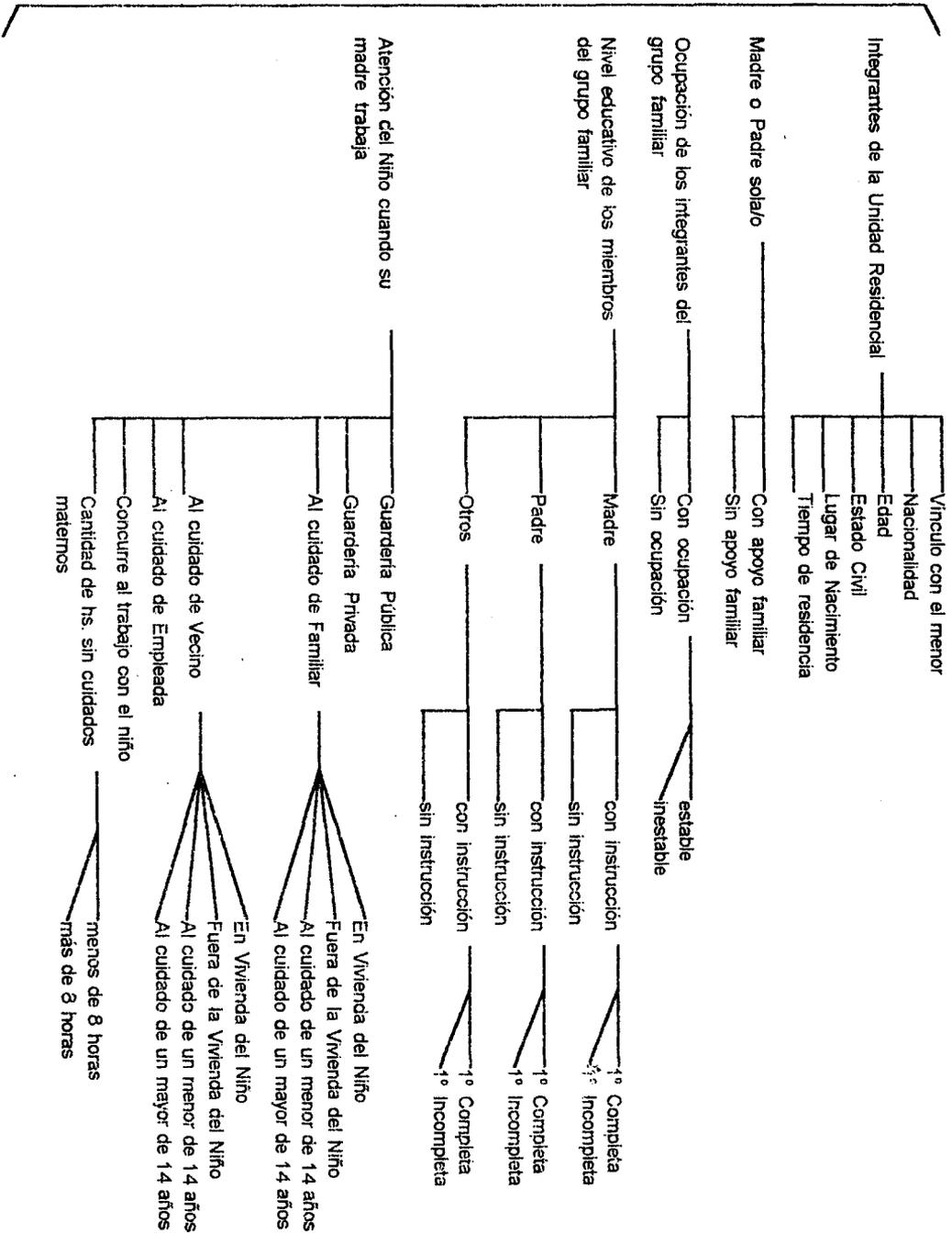
Desarrollo Psicomotor



RIESGO SOCIOAMBIENTAL



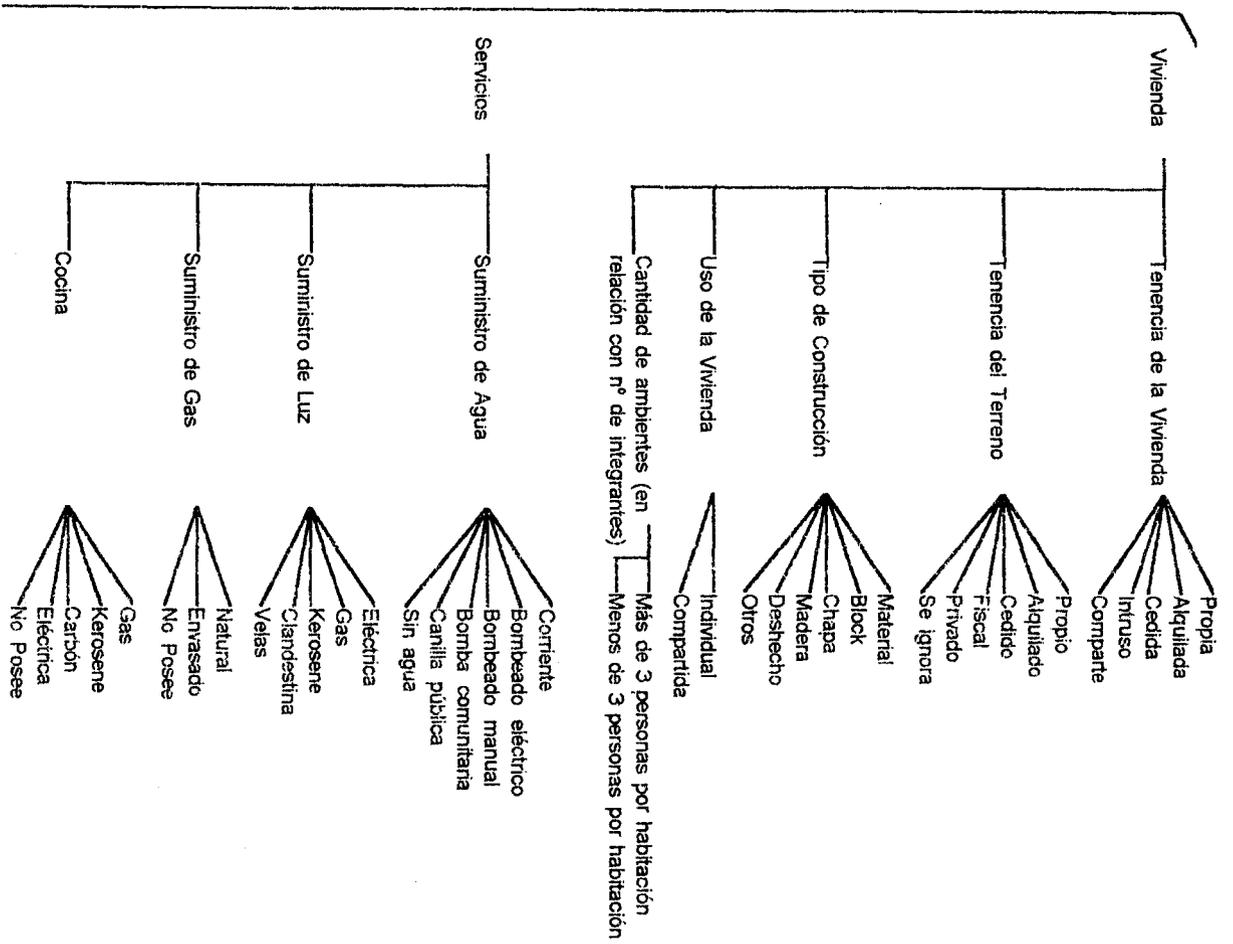
Organización del grupo Familiar y Economía Familiar



RIESGO SOCIOAMBIENTAL



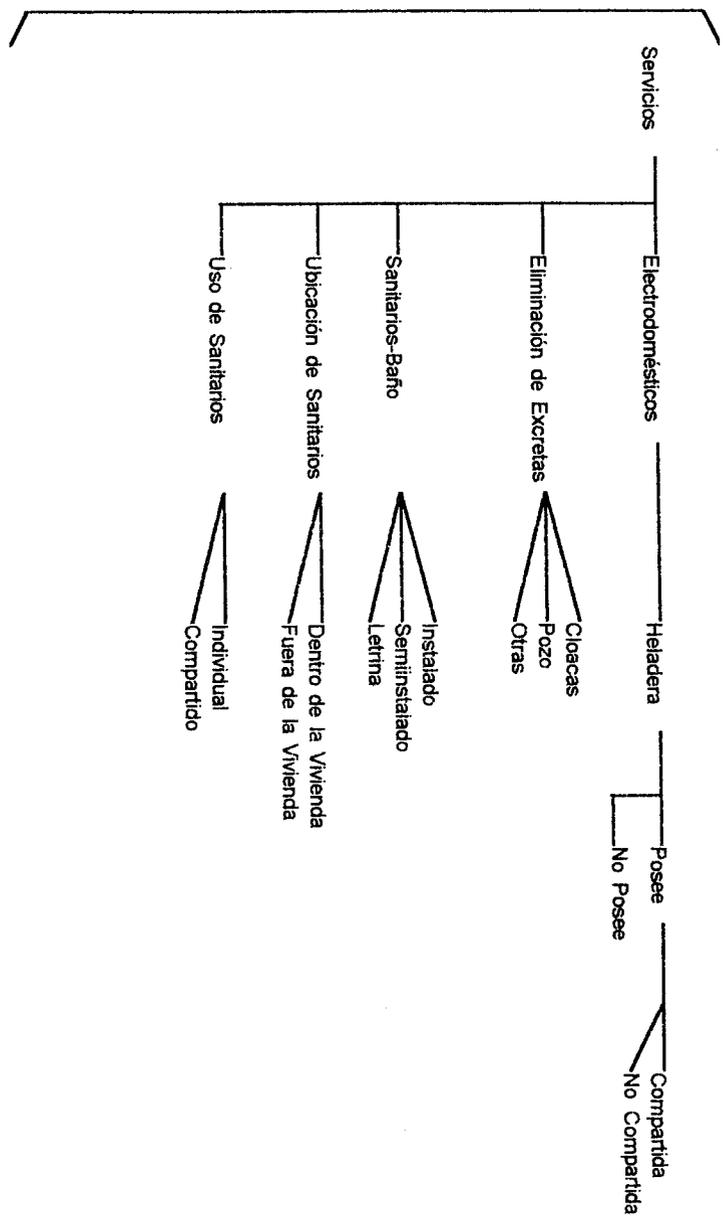
Nivel de Vida



RIESGO SOCIOAMBIENTAL



Nivel
de
Vida



RIESGO SOCIOAMBIENTAL

3

Actividades Sociales del Grupo Familiar

Participación en Institución Religiosa

SI

NO

Participación en Club Social

SI

NO

Participación en Sociedad de Fomento

SI

NO

Otras Participaciones

SI

NO

Redes Sociales

Tiene a quien pedir ayuda ante un problema

SI

Un amigo

Parientes

Vecinos

Institución

Otras
NO

ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de Diseño

El diseño metodológico utilizado en nuestra investigación es Exploratorio-Descriptivo-Transversal.

La finalidad de nuestro trabajo fue conocer la relación entre la Desnutrición en sus distintos grados y el Desarrollo Psicomotor en niños de temprana edad. El problema fue planteado con el propósito de obtener una perspectiva general acerca del mismo; como así también incluir el factor socioambiental, observando de que manera interviene tanto en la Desnutrición como en el Desarrollo Psicomotor del niño.

La población objeto de estudio estuvo conformada por niños de 0 a 24 meses que se encontraban internados en el HIEMI, de la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre marzo y julio de 1995, estudiándose las variables tal como se presentaron en dicho momento.

Teniendo en cuenta lo anterior, y en base a los objetivos planteados nuestro interés estuvo enfocado a observar y estudiar las relaciones entre las variables establecidas, en un momento particular, para luego describir y dar a conocer nuestra experiencia, y las conclusiones a las que arribaríamos a partir de la investigación realizada.

UNIVERSO Y MUESTRA

Nuestro universo de estudio estuvo conformado por 50 niños de 0 a 24 meses que presentaban algún grado de Desnutrición, de etiología Primaria, Secundaria y Mixta que se encontraban internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, durante el período marzo y julio de 1995.

TIPO DE MUESTREO

El procedimiento utilizado para la elección de la muestra fue *No Probabilístico, Intencional*. Las unidades muestrales se seleccionaron en forma no aleatoria, incluyéndose en el estudio a todos los niños considerados de acuerdo a los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron a aquellos niños de 0 a 24 meses de ambos sexos con diagnóstico de Desnutrición de primero, segundo y tercer grado, de origen Primario, Secundario y Mixto y de los distintos niveles socio-económicos respondiendo a los objetivos propuestos. Esta edad es un período de vulnerabilidad a la influencia de factores socioambientales y biológicos, por lo que es de vital importancia la detección temprana de las posibles alteraciones del desarrollo psicomotor para su posterior abordaje desde T.O..

La decisión de evaluar a éstos niños durante su período de internación, fue debido a que, al hacerse necesaria su hospitalización, el déficit nutricional adquirido era relevante. Además permitía realizar una intervención directa, sin necesidad de ser citados por consultorio externo.

Por ser requisito de una evaluación Psicomotriz adecuada, se asistieron a los pacientes que hubieran logrado la estabilidad clínica y/o que se encontraran en proceso de recuperación nutricional.

Se excluyeron de la muestra a todos los niños internados con diagnósticos tales como: Daño o Lesión Neurológica Primaria; Alteraciones de origen Genético; Malformaciones Congénitas; Cardiopatías; VIH positivo y Meningitis, debido a que estas patologías pueden incidir desfavorablemente sobre el Desarrollo Psicomotor y a su vez ocasionar déficit nutricional.

Los criterios de inclusión y exclusión seleccionados se correlacionan con el diseño metodológico y los objetivos planteados.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas no estructuradas:

- * Entrevistas a profesionales calificados.
- * Recopilación documental: datos extraídos de Actas de Internación e Historias Clínicas.

Técnicas estructuradas:

- * Entrevista-Encuesta Socio-económica y de Educación (E.E.S.E.).
- * Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.).

Estos instrumentos fueron aplicados siguiendo rigurosamente la forma de administración que proponían.

EXPLICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas no estructuradas:

Previamente a la recolección de datos específicos mediante los instrumentos seleccionados (E.E.S.E. y E.E.D.P.), se realizaron entrevistas a profesionales calificados, que se desempeñan profesionalmente en el HIEMI, entre ellos: Dra. Ana Cabral, médica pediatra, con experiencia en Nutrición

Infantil, Dr. Roberto Santoro, médico pediatra, asesor del área médica de nuestra investigación, médicos pediatras, jefes de los distintos offices, T.O. Dora Pianaroli, quienes brindaron información acerca de la Desnutrición Infantil, a partir de su experiencia en la práctica profesional.

A través del acceso a las Actas de Internación, se obtuvo una estimación aproximada del total de niños internados mensualmente por desnutrición en este hospital; en la primera etapa de la investigación, extrayéndose durante el trabajo de campo; *"trofismo"* (estado nutricional del paciente), *"Nivel Socio-económico"* (de acuerdo a indicadores sociales y económicos) tomados en la entrevista, *"diagnóstico del paciente"* (el conjunto de síntomas y signos de la enfermedad que motiva la internación). Estos datos fueron complementados con información que constaba en las Historias Clínicas: datos personales, diagnósticos, motivo y número de internación, estado clínico del paciente (condición actual del paciente de acuerdo a los signos y síntomas que presenta), etc.. Esto ofreció un panorama general de la situación institucional con respecto a la desnutrición, como así también permitió tener un somero conocimiento de la historia de cada paciente, antes de efectuar el acercamiento a los mismos.

El rastreo de datos bibliográficos acerca del tema de investigación se realizó en: Biblioteca de las Naciones Unidas, Hospital Privado de la Comunidad, Centro Médico Mar del Plata, Biblioteca Pública Municipal, Biblioteca Nestlé de Buenos Aires, Biblioteca del Hospital Garrahan, Biblioteca de La Academia Nacional de Medicina, como así también se intentó obtener información sobre la situación actual regional, nacional e internacional en instituciones como: Región Sanitaria VIII, Municipalidad de General Pueyrredon (áreas de Salud y Acción Social), Instituto Nacional de Epidemiología (INE), Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (área Prevención Primaria), Fundación Rafael Pombo (Bogotá-Colombia), Universidad Nacional Instituto del Niño (Costa Rica) e Instituto del Niño y la Familia (Quito-Ecuador).

ENCUESTA

Se utilizó el modelo de Entrevista-Encuesta Socio-económica y de Educación, elaborada por el grupo de investigación en *"Prevención, Detección y Modalidad de Atención de Alteraciones del Desarrollo en la Primera Infancia en Población de Alto Riesgo Social"*, integrado por las profesionales Lic. Silvia Lucifora, Lic. Miram Sícoli y T.O. María Carlota Vega, pertenecientes a la Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento, carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, aprobado en diciembre de 1993 por la Universidad Nacional de Mar del Plata. Fue confeccionada respondiendo a objetivos generales y específicos pertenecientes al Área Social.

La elección de este instrumento nos permitiría recabar información, con el mayor grado de objetividad posible, dado que cuenta con una valoración, sobre el medio familiar y ambiental del niño.

APUNTES TEÓRICOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA

Las autoras de la Encuesta, partieron del concepto de Riesgo Sociocultural en el Desarrollo del niño, teniendo en cuenta, que distintos factores (familiares, sociales, económicos y culturales) actúan sobre el niño de 0 a 6 años. La influencia de dichos factores aumentarían el riesgo o retraso o alteración del desarrollo.

El grupo interdisciplinario, ha establecido, en relación a la situación de riesgo que: los factores biológicos y ambientales son importantes en el proceso de desarrollo, éste depende de la interacción dinámica entre el niño, la familia, y el medio social, que actúan conjuntamente.

DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA/ENCUESTA SOCIOECONÓMICA Y DE EDUCACIÓN

1) Datos filiatorios: Apellido y nombre del lactante, sexo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento y domicilio.

2) Datos generales:

- Se consideran a todos los integrantes de la unidad residencial, aunque no estén unidos por consanguinidad, que comparten una economía común.
- Se toma en cuenta si sólo uno de los padres se encuentra a cargo de sus hijos, y de ser así, si recibe apoyo familiar.
- Se recaban datos acerca de las ocupaciones laborales y el nivel de ingresos del grupo residentes.
- Otro ítem a tener en cuenta, es el grado de instrucción, especialmente de la madre y el padre.
- Se incorpora la posibilidad de cuidado del niño, fuera de la familia o con un familiar que no forme parte de la unidad residencial; permitiendo observar la cantidad de horas por día que el niño no recibe cuidados maternos.

3) Características de la vivienda y hacinamiento.

4) Disponibilidad de servicios.

Ambos ítems toman en cuenta los indicadores del nivel de vida.

5) Se interroga sobre las actividades sociales del grupo familiar.

6) Redes Sociales: tiene en cuenta el tipo de apoyo social con el que cuenta la madre, el cual es de suma importancia, ya que puede influir en forma ventajosa o desventajosa en el comportamiento de la madre con respecto a su hijo.

Se trata de poder captar cuales son las redes de reciprocidad e intercambio que dispone la madre ante sus necesidades y/o problemas.

FORMAS DE REGISTRO

Se establece un *Score de Riesgo*, otorgando el puntaje que corresponde a los distintos indicadores, tomados del formulario de entrevista inicial con familia.

El mayor puntaje que surge del score, es de 18 puntos. La categorización se determina de acuerdo a los puntos que obtenga cada familia. Son cuatro, a saber:

- ◆ 0 punto: familias sin riesgo social aparente.
- ◆ De 1-6 puntos: familias con riesgo socioambiental.
- ◆ De 7-12 puntos: familias con alto riesgo socioambiental.
- ◆ De 13-18 puntos: familias con extremo riesgo socioambiental.

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (E.E.D.P.) DE 0 A 24 MESES. Autores: S. Rodríguez, V. Arancibia y C. Undurraga.

La elección de este instrumento se fundamenta porque permite evaluar el rendimiento del niño frente a situaciones que para ser resueltas, requieren determinado grado de Desarrollo Psicomotor, sin clasificar ni rotular a los niños bajo un determinado nivel de desarrollo. La Escala permite intervenir oportunamente y favorecer el desarrollo pleno del potencial psicomotor del niño.

Es considerada, según sus características por ser:

- ◆ Objetiva: Ya que el estímulo es igual para todos los sujetos y la puntuación de las respuestas es siempre la misma, independientemente de la persona que la administra.

- ♦ **Confiable**: Porque el veinte por ciento de la muestra total fue examinada dos veces por el mismo examinador, tomando a cada niño todos los ítems, en ambas etapas (Test-Retest).
- ♦ **Válida**: Debido a que la construcción de la Escala, se basa en las pruebas de Lezine-Brunet, Bayley y Denver, en relación al contenido "*estructural*" de los ítems seleccionados.

Además, es de ágil administración, ya que toma sólo cinco ítems por edad.

Antecedentes teóricos:

La E.E.D.P., se basó en los numerosos trabajos de Arnold Gesell, iniciados en el año 1911, con la observación del comportamiento de niños normales en sus primeras edades y llegando a su forma definitiva en el año 1941, donde reclasifica los ítems no sólo por edades, sino en cuatro secciones o áreas del desarrollo:

- 1) Comportamiento motor;
- 2) Adaptación;
- 3) Lenguaje;
- 4) Comportamiento Social-Personal.

Además, tomaron elementos de una escala francesa (Lezine-Brunet) y dos escalas americanas (Denver y Bayley).

Desde 1944 a 1946, Lezine y Brunet, estudiaron las pruebas y observaciones de Gesell y Bühler, seleccionando, modificando y evaluando las pruebas más significativas para cada edad, en niños franceses.

La escala definitiva, consta de diez ítems por cada nivel de edad, agrupados en cuatro áreas:

- ◆ "P": control de postura y motricidad,
- ◆ "C": coordinación óculo motriz,
- ◆ "L": Lenguaje, y
- ◆ "S": relaciones sociales y personales.

Comprende diecinueve grupos de edad, entre un mes hasta cinco años.

Desde 1933, Nancy Bayley estudió, aplicó y perfeccionó una escala de desarrollo infantil. La escala definitiva consta de *Una Escala Mental, una Escala Motora y un Registro del Comportamiento* del niño. Evalúa a niños entre dos y treinta meses.

Las tres partes son consideradas complementarias, ofreciendo cada una, una contribución a la evaluación clínica.

La Escala de Denver, fue revisada y reeditada en 1970, con el objeto de ofrecer un instrumento simple y actualizado. Seleccionaron ciento cinco ítems que no requerían equipos elaborados, y que eran simples de administrar e interpretar, abarcando cuatro funciones: motricidad gruesa, lenguaje, motricidad fina, y función social personal.

La forma de registro, es diferente a la de las escalas antes mencionadas, obteniéndose un perfil con el cual se puede visualizar claramente las áreas del desarrollo en que el niño está debajo de lo esperado para su edad.

Las autoras de la E.E.D.P., seleccionaron y adaptaron los ítems a la realidad en la cuál se desempeñaban.

De Lezine-Brunet, incluyeron la modalidad de efectuar preguntas a la madre o acompañante del niño, sobre comportamientos que no podían observarse en el momento de la evaluación. También tomaron la idea y método para lograr un Cociente de Desarrollo.

De Nancy Bayley, tomaron en cuenta la forma de administración de cada ítem y el crédito a otorgar. Al construir el Manual de Administración y su Hoja de Registro, intentaron acercarse a la metodología de esta autora.

De la escala de Denver, tuvieron en cuenta sus ventajas; material simple y administración que no requería personal altamente calificado.

Descripción de la E.E.D.P.:

Consta de 75 ítems, cinco por cada edad, entre 0 y 24 meses, considerados en quince grupos de edad (hasta 732 días). Cada ítem admite dos posibilidades: éxito o fracaso.

Áreas del desarrollo evaluadas:

- ♦ **Motora:** comprende motilidad gruesa; coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción.
- ♦ **Lenguaje:** abarca lenguaje verbal y no verbal: reacciones al sonido soliloquios, vocalizaciones, comprensión y emisiones verbales.
- ♦ **Social:** se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a personas, y para aprender por medio de la imitación.
- ♦ **Coordinación:** comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de los sentidos.

Técnica de Medición:

La Escala mide el grado de Desarrollo en base a dos técnicas: observación de las conductas del niño y preguntas a la madre o acompañante.

Materiales requeridos:

- ◆ **Batería de prueba:** consta de 11 objetos.
- ◆ **Manual de Administración:** con instrucciones específicas.
- ◆ **Protocolo u Hoja de Registro:** contiene las respuestas del niño para cada ítem. Si el niño aprobó, se anota el puntaje indicado, según el mes de edad; si falló, el puntaje a otorgar siempre es 0.
- ◆ **Gráfico del Desarrollo Psicomotor:** permite visualizar rápidamente el rendimiento de un niño, requiriendo solamente la suma de puntaje obtenido en la prueba y la edad del niño en el momento de la evaluación.
- ◆ **Perfil del Desarrollo Psicomotor:** permite advertir el rendimiento de un niño en cada una de las áreas evaluadas.

Instrucciones y criterio de corrección:

Las personas que implementen el test deben estar capacitadas por alguien que tenga conocimiento de los materiales, procedimientos y manejo de niños de corta edad.

Instrucciones generales:

- ◆ Que el niño se encuentre en situación confortable.
- ◆ Se debe informar brevemente a la madre o acompañante del niño sobre el objetivo de la Escala; explicándole que no se trata de un test de inteligencia, sino de una evaluación del Desarrollo.
- ◆ Instrucciones específicas:

◊ 1) Edad cronológica (E.C.): debe expresarse en días, para determinar el rendimiento del niño en la prueba y en meses; para determinar el mes de iniciación de la prueba y utilizar la tabla de conversión.

La prueba se inicia tomando el mes inferior a la E.C. en meses, si no cumple algún ítem, se continúa descendiendo en edad, hasta que apruebe los 5 ítems correspondientes a 1 mes. Luego se evalúan los ítems de la edad cronológica del niño, y se prosigue con los meses superiores, hasta que fracase en todos los ítems.

◊ 2) Edad Mental (E.M.): es el puntaje que el niño obtiene en la prueba. El mes mayor en que responde a los 5 ítems se considera Mes Base, multiplicándolo por treinta. A ésto se suma el Puntaje Adicional, de acuerdo al puntaje correspondiente a los ítems respondidos con éxito.

◊ 3) Razón entre E.M. y E.C.: se divide la edad mental y la edad cronológica del niño en días.

◊ 4) Coficiente de Desarrollo: La razón E.M.E.C., se convierte a Puntaje Estándar, buscándolo en la Tablas de Conversión, de acuerdo a la E.C. en meses del niño.

Un niño cuyo desarrollo está de acuerdo a lo esperado para su edad debería obtener un C.D., cercano al promedio (100), hasta una desviación estándar (85); es considerado de Riesgo, el niño que obtiene un coeficiente entre una y dos desviaciones estándar bajo el promedio; y con Retraso a aquel que se ubica a más de dos desviaciones estándar (70).

◊ 5) Perfil del Desarrollo Psicomotor: permite observar si existe un retardo selectivo en cada una de las cuatro áreas evaluadas, ya que aunque el niño presente un C.D. normal, puede encubrir un retraso notable en algunas de las áreas, o la inversa, es decir que puede tener un C.D. muy bajo el cual no se debe a un retraso general, sino a dificultades en una de las áreas.

◊ 6) Gráfico del Desarrollo Psicomotor: permite interpretar los resultados de la evaluación en términos de promedio y de la desviación estándar de su grupo de edad, según las curvas que lo componen, correspondiendo a Normal, Riesgo o Retraso. El gráfico se divide en dos hojas: una para el primer año de vida y otra para el segundo.

Apreciación sobre los instrumentos de recolección de datos (Entrevista Encuesta Socioeconómica y de Educación y Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor).

Encuesta: permitió responder a los objetivos para los cuales fue implementada, obteniendo información lo más objetiva posible acerca del medio socioambiental en el cual crece y se desarrolla el niño.

Consideramos que el score medido presenta un margen demasiado amplio, teniendo en cuenta que la categorización establecida incluye, por ejemplo un resultado de tres puntos como uno de seis puntos dentro de una misma categoría. Además, señalamos la importancia de considerar otros indicadores, no tenidos en cuenta como: características del piso, del techo, número de habitantes en relación a la cantidad de camas, inexistencia de baño, y niños de edad escolar que no asisten a la escuela.

Nuestra experiencia con este instrumento, sirvió como muestra piloto al grupo de investigación que la elaboró, el que actualmente, está analizando la Encuesta, y persigue como objetivo lograr la estandarización de la misma.

Escala: este instrumento permitió determinar si los integrantes de la muestra evaluada, presentaban un Desarrollo Psicomotor "Normal", de "Riesgo" o con "Retraso". Brindó la posibilidad de realizar una apreciación global del Nivel de Desarrollo Psicomotor, convirtiendo la razón EM/EC a puntaje estándar. En algunos casos, debido al notable retraso que surgía de

la evaluación de los diferentes ítems, este puntaje no figuraba en las tablas de conversión correspondientes a la edad cronológica del niño en meses, por lo tanto fue necesario adjudicar el puntaje inferior para dicha edad. Esto coincide con el trabajo titulado "Aportes para el diagnóstico temprano de alteraciones del Desarrollo, en niños de 0 a 2 años en población de Alto Riesgo Ambiental", elaborado por la T.O. Ma. Carlota Vega (septiembre, 1991).

La Escala fue útil, adecuándose a nuestros tiempos de evaluación en internación, por su práctica y ágil forma de administración.

Además, fue de suma importancia contar con el Perfil de Desarrollo Psicomotor, el cual posibilitó observar qué áreas se hallaban más comprometidas, como así también poder determinar el número de niños que presentaban algún grado de compromiso en una o más áreas, independientemente del Nivel de Desarrollo alcanzado.

DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO

Nuestro trabajo de campo se desarrolló entre los meses de marzo-julio de 1995, en el HIEMI, de la ciudad de Mar del Plata. La muestra seleccionada estuvo constituida por 50 niños con desnutrición, de 0 a 24 meses, de ambos sexos, que se encontraban internados durante dicho período. Se incluyeron niños desnutridos de primero, segundo y tercer grado, de causa primaria, secundaria y mixta.

Es importante destacar que en el Hospital se atiende a los niños con desnutrición como una enfermedad aguda, más entre los distintos cuadros clínicos de consulta habitual. Por su parte, en el Servicio de Terapia Ocupacional se asisten a los pacientes que los médicos consideran en riesgo o en situación de padecer alteraciones del desarrollo psicomotor, independientemente de la patología que presentan.

Durante los primeros días en la Institución, nuestra tarea estuvo abocada a presentarnos en los cuatro offices (salas de internación moderados A, moderados B, moderados C y Oncohematología) que funcionan en el primer piso del área pediátrica. La presentación consistió en informar cuál sería nuestra labor durante el transcurso de la investigación, encontrándonos, con que también debíamos informar sobre las incumbencias del rol profesional.

Día a día concurríamos a los distintos offices en búsqueda de la derivación de los pacientes diagnosticados con Desnutrición, y dado que la mayoría de los casos, llegan a la consulta pediátrica por otros motivos (dificultades respiratorias, sepsis, diarreas y vómitos, etc.), en un comienzo se hizo difícil la comprensión del por qué de la derivación de estos pacientes a nosotras (T.O.). Pero con el transcurso de los días nos fueron derivando cada vez más niños con desnutrición, terminando el período del trabajo, identificándonos en los pasillos del Hospital como "*Las T.O. de los desnutridos*".

Ingresado el niño a internación, los pediatras realizan la valoración del crecimiento, a través de los llamados "*gráficos de crecimiento*", teniendo en cuenta la edad cronológica de los pacientes, y el peso, registrando si presentaban déficit nutricional, y de ser así, determinando el grado de desnutrición.

Una vez obtenida la interconsulta, por parte del médico a cargo del paciente, iniciábamos el primer contacto con el niño y la madre o persona a cargo. Se explicaba brevemente qué era Terapia Ocupacional, en algunos casos; informándoles en qué consistía la entrevista y evaluación, y el por qué de nuestra intervención, observando, en general una actitud de colaboración y predisposición. Se realizaba la Entrevista y Encuesta Socioeconómica y de Educación. Esta era tomada por una de nosotras, mientras la otra permanecía como observador no participante. Si bien la encuesta nos brindaba información objetiva sobre el medio familiar y ambiental del niño, se complementó con otros datos que nos serían útiles a nuestra investigación

(por ejemplo, características de la alimentación: lactancia, (tipo de alimentación recibida por el niño y duración), y en el caso de abandono de la misma, el motivo que lo originó y si fue por prescripción médica, número de internaciones, conocimiento de la patología y otros hijos con la misma enfermedad, con la finalidad de conocer el nivel de conciencia de la madre o persona a cargo del niño, acerca de la situación).

Posteriormente se administraba la E.E.D.P.. El paciente era evaluado, desde el momento que sus características clínicas y anímicas lo permitían, por la misma persona que había tomado la entrevista, y la observadora no participante registraba las respuestas de los ítems correspondientes a esa Escala. Finalizada la misma, se efectuaba la devolución, a la madre o persona a cargo del niño, con terminología adecuada a su capacidad de comprensión, de acuerdo a los resultados obtenidos, observándose, en términos generales una buena aceptación de lo informado.

Con respecto a la administración de los instrumentos utilizados nuestro propósito residía en realizar un primer contacto (cuando recibíamos la interconsulta) para establecer el primer acercamiento a la madre o tutor y al niño, informándoles el por qué de nuestra intervención profesional, intercambiando ya desde ese momento datos sobre el caso, tratando de evitar una impresión invasiva sobre la madre; dado que generalmente, son personas que por el medio del que provienen están cansadas de describir su situación social, además de ser también entrevistados por los médicos al ingreso, desencadenando sentimientos de desconfianza hacia el entrevistador (concepto éste que es analizado frecuentemente en la bibliografía de Desnutrición Infantil), y en consecuencia, temíamos correr el riesgo de desvirtuar la información. En los días subsiguientes, se completaría la Entrevista y Encuestas, y teniendo en cuenta el período de internación del niño se efectuaría la evaluación del mismo.

Sólo en algunos, en que los tiempos de internación lo permitieron, pudimos cumplir con este objetivo. En la mayoría de los casos, por las características propias de la institución (asistencia de pacientes agudos), y

por la gran demanda de camas, no pudieron respetarse éstos tiempos, dado que los pacientes eran dados de alta. En dichos casos, nos vimos obligadas a implementar nuestros medios de evaluación en un mismo día. Esto a su vez no siempre pudo concretarse; debido a las conductas del niño como irritabilidad, estado de sueño o hambre, falta de colaboración, etc.. De las 50 muestras, en 9 de ellas no se pudo finalizar la evaluación del Desarrollo Psicomotor; 5 fueron citados por consultorio externo de T.O. para completarla, pero no asistieron por causa desconocida, mientras que 3 no fueron citados por no residir en la ciudad, recomendándoles concurrir a un servicio de T.O. en su lugar de origen, y el restante, por la gravedad del caso, no se encontraba en condiciones de ser evaluado durante nuestra permanencia en el hospital.

Los resultados obtenidos, con la E.E.D.P., muestran, que del total de pacientes, de acuerdo a la categorización de la Escala, 17 fueron "*Normales*", 13 presentaron "*Riesgo*", y 11 "*Retraso*".

No era nuestro objetivo realizar un seguimiento y/o tratamiento de los pacientes que presentaron "*Riesgo*" o "*Retraso*" en el Desarrollo Psicomotor. Por lo tanto, los mismos fueron derivados al servicio de T.O. del HIEMI, y otros a las Unidades Sanitarias de Atención de los pacientes, en las que hubiera servicio de T.O..

A partir de nuestra experiencia en la atención de los niños internados con desnutrición, esperamos haber contribuido a que se tenga en cuenta, especialmente por parte del equipo médico, la importancia de realizar la derivación al servicio de T.O., desde el momento en que éstos son internados, con el objetivo de efectuar un abordaje temprano; considerando la importancia que la desnutrición tiene como factor de riesgo en el desarrollo psicomotor y en la capacidad de aprendizaje escolar. Destacamos también la connotación socioambiental y socioemocional de la cual el niño desnutrido forma parte y en consecuencia, su influencia desfavorable sobre los mismos en la primera infancia. Consideramos, por lo tanto, necesaria la intervención de T.O., desde la entrevista, pasando por la evaluación, la

devolución a los padres, y la educación a los mismos acerca de la patología, como también sobre la estimulación y cuidados en el hogar de estos niños. Para lo cual, es importante coordinar información y acciones con el médico y/o demás especialistas para la atención integral del Niño con Desnutrición.

CAPITULO VI

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

En este capítulo se presentará el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante el período de recolección de datos, realizado en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, en los meses marzo a julio de 1995.

Primeramente, se mostrarán las frecuencias de: sexo, edad en meses (según grados de Desnutrición), etiología de la Desnutrición, diagnóstico al ingreso y número de internaciones, a fin de obtener una perspectiva general de las características de la muestra estudiada.

Se proseguirá con las tablas de frecuencia correspondientes a los distintos grados de Desnutrición Infantil; los niveles de Desarrollo Psicomotor y los niveles de Riesgo Socioambiental, que constituyen las variables principales de la investigación.

Respondiendo a los objetivos planteados en el presente trabajo, se relacionan las tres variables principales, es decir, grados de Desnutrición Infantil, Desarrollo Psicomotor, y Riesgo Socioambiental.

Se analizarán con mayor detalle las áreas de Desarrollo Psicomotor evaluadas, de acuerdo a los grados de Desnutrición y a los niveles de Desarrollo Psicomotor.

Se hará referencia a datos específicos, que surgen de la Entrevista Encuesta Socioeconómica y de Educación, como son: edad de la madre al nacimiento del primer hijo, número de hijos, nivel de instrucción de la madre y ocupación laboral de los padres; también se hará mención a las características de la alimentación materna recibida por estos niños.

PRESENTACION *DE LA MUESTRA*

- ♦ Sexo
- ♦ Edad en meses (según grados de Desnutrición)
- ♦ Etiología de la Desnutrición
- ♦ Diagnóstico al ingreso
- ♦ Número de internaciones

CUADRO N° 1: Distribución, según sexo de niños desnutridos en sus distintos grados, de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, durante marzo-julio de 1995.

Sexo	Total	%
Femenino	21	42.00%
Masculino	29	58.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Historias Clínicas, HIEMI Mar del Plata marzo-julio de 1995.

El Cuadro, muestra que el mayor porcentaje, 58% (29 niños) pertenece al sexo masculino y el 42% restante (21 niños) al sexo femenino.

CUADRO N°2: Distribución de edad, en meses según el grado de Desnutrición en niños de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, marzo-julio de 1995.

Edad Meses	Grado Desnutrición						Total	%
	I	%	II	%	III	%		
0-12	10	30.30%	18	54.55%	5	15.15%	33	66.00%
13-24	11	64.71%	5	29.41%	1	5.88%	17	34.00%
Total	21		23		6		50	

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que el Cuadro de Desnutrición Infantil (DI), en sus distintos grados, prevalece en el primer año de vida de los niños que forman la muestra (33 niños), y los 17 restantes, se distribuyen entre los 13 y 24 meses de edad cronológica.

A su vez, entre los 0 y 12 meses, el mayor porcentaje (54,5%) de niños, alcanza un déficit nutricional correspondiente al grado II de DI, el 30,3% al grado I y el 15,1% al grado III.

Entre los 13 y 24 meses de edad, la mayoría de los niños (64,7%) se ubica en el grado I, el 29,4% en el grado II y el 5,8% en grado III.

Con respecto a la muestra, al relacionar la edad en meses con los distintos grados de DI, se encontró que en el primer grupo de edad, predomina el grado II de DI, observando una diferencia notoria en el mismo grado, con respecto al segundo grupo de edad.

En el grado I, la distribución de edad de los niños fue semejante; mientras que en el grado III se hallaron los menores porcentajes en ambos grupos de edad, siendo en la edad de 13 a 24 meses donde se ubica la menor cantidad de los integrantes de la muestra.

CUADRO N° 3: Etiología de la Desnutrición en niños de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, marzo-julio de 1995.

Etiología de Desnutrición	Total	%
Primaria	15	30.00%
Secundaria	16	32.00%
Mixta	19	38.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Historias Clínicas, HIEMI Mar del Plata marzo-julio de 1995

CUADRO N° 4: Número de internaciones de los niños desnutridos en sus distintos grados, de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, marzo-julio de 1995.

Número de Internaciones	Total	%
1	28	56.00%
2	11	22.00%
3	7	14.00%
4	2	4.00%
más de 4	2	4.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Historias Clínicas, HIEMI Mar del Plata marzo-julio de 1995

CUADRO N° 5: Diagnóstico al ingreso de los niños de 0 a 24 meses, con desnutrición en sus distintos grados, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, marzo-julio de 1995.

Diagnóstico al Ingreso	Frecuencia
desnutrición grado II	11
n.u.f.(neumonía unifocal)	6
n.m.f.(neumonía multifocal)	4
síndrome bronquiolítico	4
infección urinaria	3
Anemia	2
desnutrición grado III	3
dificultad ventilatoria grado II	2
enfermedad fibroquística	2
gastroenteritis	2
n.b.f. (neumonía bifocal)	2
artritis séptica	1
asma crónica	1
bronquitis	1
deshidratación	1
desnutrición grado I	1
dificultad ventilatoria grado I	1
en estudio (no aumenta peso)	1
shock hipovolémico	1
shock séptico	1

Fuente: Historias Clínicas, HIEMI Mar del Plata marzo-julio de 1995

En el Cuadro N° 3 se observa que la mayoría de los niños (38%) se ubican, de acuerdo a la clasificación etiológica de la DI, dentro de la categoría Mixta; en el 16%, la desnutrición se origina por una patología de base, por lo tanto es secundaria a la misma; y el menor porcentaje (15%) presenta desnutrición primaria, debida a falta, insuficiencia o aporte alimentario inadecuado.

El Cuadro N° 4, muestra que un gran porcentaje (56%) sólo fue internado una vez; 22% tuvo dos internaciones; 14% tres y un 8% tuvo cuatro o más de cuatro internaciones.

Cabe considerar que dichas internaciones fueron siempre por el mismo motivo (Infecciones, Enfermedades del aparato respiratorio, diarrea, vómitos, etc.), presentando todos los casos algún grado de Desnutrición.

Durante el período de recolección de datos, cinco pacientes fueron reinternados, y el cuadro de Desnutrición no se había modificado.

Por último, en el Cuadro N° 5 se hace mención a los diagnósticos más frecuentes que motivaron la internación de los niños.

En relación a los diagnósticos al ingreso de los niños que constituyen la muestra, sólo en el 30% figuraba la Desnutrición, en sus distintos grados como motivo de internación. En el 70% restante la internación se produjo por otras causas.

Estos datos coinciden con la bibliografía consultada, la cual hace referencia a que en la mayoría de los casos se tratan las patologías que acompañan al problema básico, o sea la desnutrición, y generalmente no se la consigna como patología mencionándose la diarrea, neumonía o infecciones como causas de la internación.

PRESENTACION **DE LAS VARIABLES** **PRINCIPALES**

- ♦ Grados de Desnutrición Infantil
- ♦ Desarrollo Psicomotor
- ♦ Riesgo Socioambiental

CUADRO N° 6: Distribución según grado de Desnutrición, en niños de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, durante marzo-julio de 1995.

Desnutrición	Frecuencia
Grado I	21
Grado II	23
Grado III	6

Fuente: Historias Clínicas, HIEMI Mar del Plata marzo-julio de 1995

Esta clasificación de los distintos grados de Desnutrición pertenece, al Dr. Federico Gómez.

CUADRO N° 7: Distribución según niveles de Desarrollo Psicomotor, en niños desnutridos, en sus distintos grados de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, durante marzo-julio de 1995.

Nivel Desarrollo Psicomotor	Frecuencia
Normal	17
Riesgo	13
Retraso	11

Fuente: Elaboración Propia

Los niveles de Desarrollo Psicomotor alcanzados por los niños, surgen de las categorías correspondientes a la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (S. Rodríguez, V. Arancibia, C. Undurraga).

CUADRO N° 8: Distribución, según Nivel de Riesgo Socioambiental, en niños desnutridos en sus distintos grados, de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, marzo-julio de 1995.

Nivel de Riesgo Socioambiental	Frecuencia
Sin Riesgo Social Aparente	3
Cón Riesgo Socioambiental	42
Alto Riesgo Socioambiental	4
Extremadamente en Riesgo Socioambiental	1

Fuente: Elaboración Propia

Los niveles de Riesgo Socioambiental alcanzados por los niños, surgen de las categorías correspondientes a la Entrevista Encuesta Socioeconómica y de Educación (Lic. S. Lucifora, Lic. M. Sícoli y T.O. M. C. Vega).

RELACION ENTRE LAS VARIABLES PRINCIPALES

- ♦ Grados de Desnutrición Infantil-Desarrollo Psicomotor
- ♦ Riesgo Socioambiental-Grados de Desnutrición Infantil
- ♦ Riesgo Socioambiental-Desarrollo Psicomotor

CUADRO N° 9: Nivel de Desarrollo Psicomotor según los distintos grados de Desnutrición, en niños de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

Grado de Desnutrición	Desarrollo Psicomotor								Total
	Normal	%	Riesgo	%	Retraso	%	No evaluados	%	
I	7	33.33%	6	28.57%	5	23.81%	3	14.29%	21
II	10	43.48%	5	21.74%	4	17.39%	4	17.39%	23
III	0	0.00%	2	33.33%	2	33.33%	2	33.33%	6
Total	17	34.00%	13	26.00%	11	22.00%	9	18.00%	50

Fuente: Elaboración Propia

$$\chi^2 = 7.04$$

$$g.l. = 6$$

$$P > 0.05$$

Corrección de Yates

En el Cuadro se observa que del total de la muestra (50 niños), 17 (34%) alcanzaron un nivel de Desarrollo Psicomotor Normal de los cuales 7 (33.3%), se incluyen en el grado I de Desnutrición Infantil, 10 (43.5%) en grado II y ninguno en grado III.

Así mismo, 13 niños (26%) obtuvieron un nivel de Riesgo en el Desarrollo Psicomotor; 6 de ellos (28,6%) pertenecen al grado I, 5 (21,7%) a grado II y 2 (33.3%) a grado III de Desnutrición Infantil.

De los 20 restantes (40%), 11 (22%) presentaron Retraso en su Nivel de Desarrollo Psicomotor; 5 (23.8%) de grado I, 4 (17.4%) de grado II y 2 (33.3%) de grado III; y en 9 niños (18%) no pudo finalizarse la evaluación del Desarrollo Psicomotor.

Al relacionar el Nivel de Desarrollo Psicomotor alcanzado por los niños evaluados con los distintos grados de desnutrición infantil, no se halló significación estadística.

Se destaca que la mayoría de los niños evaluados, obtuvo un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, asignándose al grado II de Desnutrición Infantil el mayor porcentaje, lo que no implica que estos niños posean compromiso en algunas de las áreas (que serán analizadas con mayor detalle al hablar de Areas del Desarrollo Psicomotor evaluadas).

Sin embargo, considerando la suma de los totales que corresponden a los Niveles de Riesgo y Retraso en el Desarrollo Psicomotor, se observa que ésta alcanza un número importante (48%) del total de la muestra estudiada.

CUADRO N° 10: Grado de Desnutrición, según Nivel de Riesgo Socioambiental al que están expuestos los niños de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, durante marzo-julio de 1995.

Riesgo Socioambiental	Grado de Desnutrición						Total
	I	%	II	%	III	%	
Sin Riesgo	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%	3
Con Riesgo	18	42.86%	20	47.62%	4	9.52%	42
Alto Riesgo	1	25.00%	2	50.00%	1	25.00%	4
Extremo Riesgo	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	1
Total	21	42.00%	23	46.00%	6	12.00%	50

Fuente: Elaboración Propia

$$\chi^2 = 67.08$$

$$g.l. = 8$$

$$P < 0.001$$

Corrección de Yates

En el Cuadro N° 10 se observa que de los 50 niños, 3 pertenecen a la categoría Sin Riesgo Social Aparente, de los cuales 2 (66.7%) corresponden a grado I de Desnutrición Infantil, 1 (33.3%) a grado II y ninguno al grado III.

El mayor porcentaje se ubica dentro de la categoría con Riesgo Social distribuidos de la siguiente manera: 18 (42.9%) con grado I, 20 (47.6%) de grado II y 4 (9.5%) de grado III de Desnutrición.

Un niño (25%) con grado I de Desnutrición, 2 niños (50%) con grado II y un niño (25%) con grado III corresponden a Alto Riesgo Social.

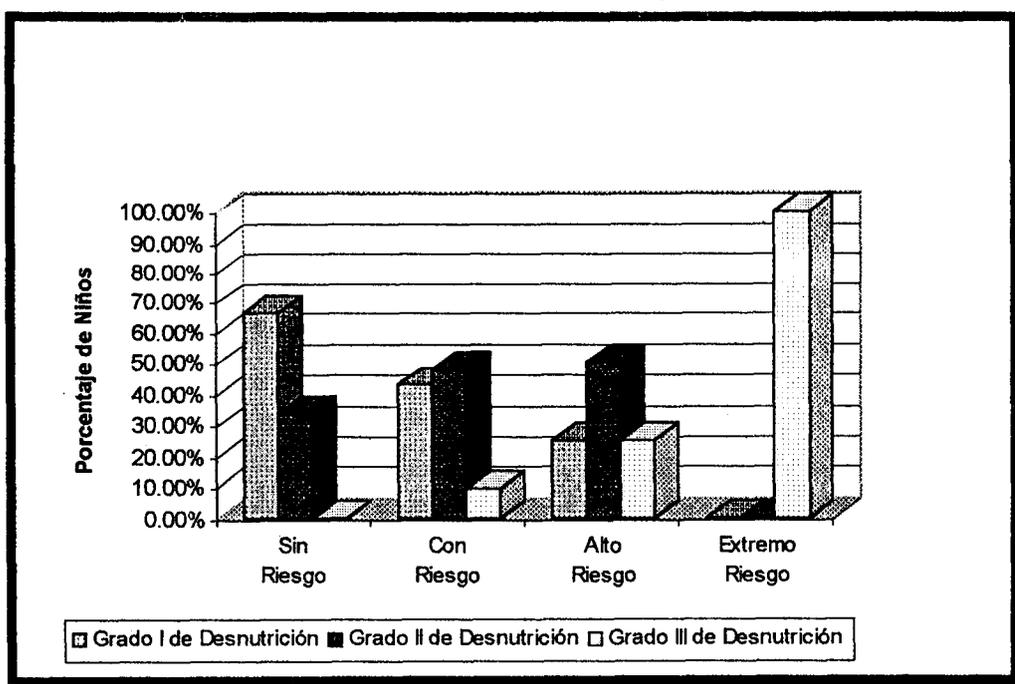
Sólo 1 niño con grado III de Desnutrición Infantil se ubicó en la categoría Extremadamente en Riesgo Social. Este dato fue extraído del informe social que figura en la Historia Clínica, debido a que el niño se encontraba en situación de abandono.

En la muestra utilizada, prevalece la categoría Con Riesgo Social, y dentro de ésta se distribuyen uniformemente el grado I y II de Desnutrición Infantil, incluso los niños con grado III de Desnutrición en su mayoría entran en esta categoría.

El resto de las categorías incluyen ínfimos porcentajes en los tres grados de Desnutrición Infantil mencionados.

A continuación se presenta el gráfico N° 1 que muestra el análisis precedente.

Gráfico N° 1: Grado de Desnutrición, según Nivel de Riesgo Socioambiental al que están expuestos los niños de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.



Fuente: Elaboración Propia.

CUADRO N° 11: Nivel de Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 24 meses, internados con distintos grados de Desnutrición, según Nivel de Riesgo Socioambiental al que están expuestos. HIEMI de la ciudad de Mar del Plata marzo-julio de 1995.

Riesgo Socioambiental	Desarrollo Psicomotor								Total
	Normal	%	Riesgo	%	Retraso	%	N/D	%	
Sin Riesgo	1	33.33%	1	33.33%	0	0.00%	1	33.33%	3
Con Riesgo	15	35.71%	11	26.19%	8	19.05%	8	19.05%	42
Alto Riesgo	1	25.00%	1	25.00%	2	50.00%	0	0.00%	4
Extremo Riesgo	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1
Total	17	34.00%	13	26.00%	11	22.00%	9	18.00%	50

Fuente: Elaboración Propia.

$$\chi^2 = 22.67$$

$$g.l. = 9$$

$$P < 0.001$$

Corrección de Yates.

En el Cuadro puede observarse que del total de niños que se ubican en la categoría Sin Riesgo Social aparente; 1 (33.3%) presentó un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, 1 (33.3%) presenta un Nivel de Riesgo, y ningún niño con Retraso en el Desarrollo Psicomotor se ubicó en esta categoría.

La mayoría de los niños se incluyen en la categoría Con Riesgo Socioambiental, distribuidos de la siguiente forma: (35.7%), 15 niños con nivel de Desarrollo Psicomotor normal; (26.2%), 11 niños con Riesgo y (19%) 8 niños con Retraso.

Dentro de la categoría Alto Riesgo; 1 niño (25%) corresponde a Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, 1 (25%) a Riesgo, y 2 (50%) a Retraso.

Sólo un niño con Retraso en el Desarrollo Psicomotor, se incluye dentro de la categoría Extremadamente con Riesgo Social.

En un 18% de la muestra (9 niños), sólo pudieron registrarse los datos correspondientes a la Entrevista Encuesta Socioeconómica y de Educación; entre ellos 8 niños con Riesgo Socioambiental y 1 niño sin Riesgo Social aparente.

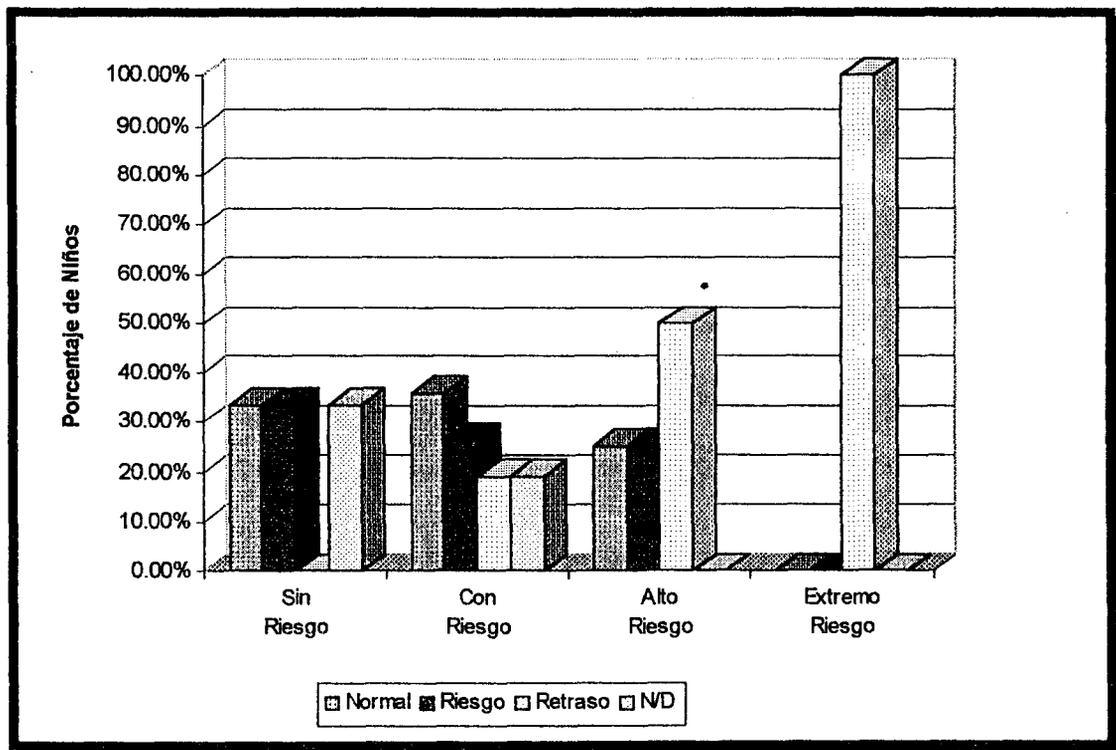
Al igual que en el Cuadro N° 10, se reitera que la categoría con Riesgo Socioambiental, es la de mayor prevalencia. Al relacionarlo con los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor, se puede ver que las cifras son semejantes; aunque dentro del Nivel de Desarrollo Normal se ubica el número más alto de niños.

En el resto de las categoría de Riesgo Socioambiental, como se dijo anteriormente al analizar esta variable, los porcentajes son ínfimos.

Los Cuadros N° 10 y 11, muestran que existe una alta significación estadística, al relacionar el Riesgo Socioambiental con el nivel de Desarrollo Psicomotor ($\chi^2= 22.67$; g.l.= 9; $P < 0.001$), como así también con el Grado de Desnutrición ($\chi^2= 67.8$; g.l.= 8; $P < 0.001$).

El gráfico que se expone a continuación, muestra el porcentaje de niños según el nivel de Desarrollo Psicomotor correspondiente, que se hallan expuestos a algún tipo de Nivel de Riesgo Socioambiental.

Gráfico N° 2: Nivel de Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 24 meses, internados con distintos grados de Desnutrición, según Nivel de Riesgo Socioambiental al que están expuestos. HIEMI Mar del Plata marzo-julio de 1995.



Fuente: Elaboración Propia

PRESENTACION DE
LAS AREAS DEL
DESARROLLO
PSICOMOTOR
EVALUADAS

De acuerdo a:

- ♦ Grados de Desnutrición Infantil
- ♦ Niveles de Desarrollo Psicomotor

Presentamos los Cuadros que muestran las áreas del Desarrollo Psicomotor más comprometidas de acuerdo a los distintos grados de Desnutrición Infantil.

CUADRO N° 12: Areas con compromiso en el Desarrollo Psicomotor en 21 niños desnutridos de primer grado, de 0 a 24 meses, cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal, Riesgo y Retraso, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

Areas	Frecuencia
Motora	10
Lenguaje	11
Social	9
Coordinación	5

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 13: Areas con compromiso en el Desarrollo Psicomotor en 23 niños desnutridos de segundo grado, de 0 a 24 meses, cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal, Riesgo y Retraso, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

Areas	Frecuencia
Motora	9
Lenguaje	12
Social	10
Coordinación	5

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 14: Areas con compromiso en el Desarrollo Psicomotor en 6 niños desnutridos de tercer grado, de 0 a 24 meses, cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal, Riesgo y Retraso, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

Areas	Frecuencia
Motora	4
Lenguaje	4
Social	4
Coordinación	4

Fuente: Elaboración Propia

Al analizar las áreas del Desarrollo Psicomotor comprometidas en todos los niveles de Desarrollo Psicomotor, según los distintos grados de Desnutrición Infantil, se observa que, el área más comprometida en los grados I y II de Desnutrición Infantil es el lenguaje. En el grado III, sin embargo, las cuatro áreas presentaron el mismo nivel de compromiso.

CUADRO N° 15: Niños de 0 a 24 meses con grado I de desnutrición, que presentaron compromiso en 1 o más áreas del Desarrollo Psicomotor, cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal, Riesgo y Retraso; internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

N° de áreas con compromiso en el Desar. Psicomotor	Frecuencia	%
Sólo en un área	1	8.33%
Sólo en dos áreas	1	8.33%
Sólo en tres áreas	8	66.67%
En las cuatro áreas	2	16.67%

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 16: Niños de 0 a 24 meses con grado II de desnutrición, que presentaron compromiso en 1 o más áreas del Desarrollo Psicomotor, cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal, Riesgo y Retraso; internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

N° de áreas con compromiso en el Desar. Psicomotor	Frecuencia	%
Sólo en un área	4	28.57%
Sólo en dos áreas	2	14.29%
Sólo en tres áreas	4	28.57%
En las cuatro áreas	4	28.57%

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 17: Niños de 0 a 24 meses con grado III de desnutrición, que presentaron compromiso en 1 o más áreas del Desarrollo Psicomotor, cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal, Riesgo y Retraso; internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

N° de áreas con compromiso en el Desar. Psicomotor	Frecuencia	%
Sólo en un área	0	0.00%
Sólo en dos áreas	0	0.00%
Sólo en tres áreas	0	0.00%
En las cuatro áreas	4	100.00%

Fuente: Elaboración Propia

Análisis de los Cuadros número 15, 16 y 17

Tomando sólo a los niños en los que una o más áreas del Desarrollo Psicomotor se hallan comprometidas (60% de la muestra total), tuvieron

compromiso en tres áreas, la mayoría de los niños desnutridos de primer grado (66,7%); en los niños con grado II de Desnutrición Infantil, se observa que, los porcentajes de aquellos que tuvieron compromiso en un área, como los que tuvieron en tres y cuatro áreas son iguales.

Todos los niños con grado III de Desnutrición Infantil, presentaron compromiso en las cuatro áreas del Desarrollo Psicomotor.

En el 22% de la muestra no se halló compromiso en ninguna de las áreas del Desarrollo Psicomotor evaluadas. El 18% restante no pudo ser evaluado.

A continuación presentamos los Cuadros que muestran cuáles son las áreas del Desarrollo Psicomotor más comprometidas en los niños Desnutridos de primero, segundo y tercer grado en los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor.

CUADRO N° 18: Areas con compromiso en el Desarrollo Psicomotor en niños desnutridos de primer, segundo y tercer grado, de 0 a 24 meses cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal; internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

Areas con compromiso en Desar. Psicomotor	Frecuencia
Motora	5
Lenguaje	8
Social	5
Coordinación	0

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 19: Areas con compromiso en el Desarrollo Psicomotor en niños desnutridos de primer, segundo y tercer grado, de 0 a 24 meses cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es de Riesgo; internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

Areas con compromiso en Desar. Psicomotor	Frecuencia
Motora	7
Lenguaje	8
Social	7
Coordinación	6

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 20: Areas con compromiso en el Desarrollo Psicomotor en niños desnutridos de primer, segundo y tercer grado, de 0 a 24 meses cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Retraso; internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

Areas con compromiso en Desar. Psicomotor	Frecuencia
Motora	11
Lenguaje	11
Social	11
Coordinación	8

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que tanto en los niños cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal como en aquellos que presentaron Riesgo en el Desarrollo Psicomotor, el área más comprometida es el Lenguaje, mientras que en los niños, cuyo nivel de Desarrollo Psicomotor es Retraso existe concordancia con respecto a las áreas más comprometidas; siendo éstas, Motora, Lenguaje y Social.

Estos resultados se asemejan a los hallados en los estudios realizados por diversos autores con niños desnutridos, que fueron mencionados en el Capítulo III.

CUADRO N° 21: Niños de 0 a 24 meses, con distintos grados de desnutrición, que presentaron compromiso en una o más áreas del Desarrollo Psicomotor cuyo Nivel de Desarrollo Psicomotor es Normal, Riesgo y Retraso, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante marzo-julio de 1995.

N° de áreas con compromiso en el Desar. Psicomotor	Frecuencia	%
Sólo en un área	5	16.67%
Sólo en dos áreas	3	10.00%
Sólo en tres áreas	12	40.00%
En las cuatro áreas	10	33.33%

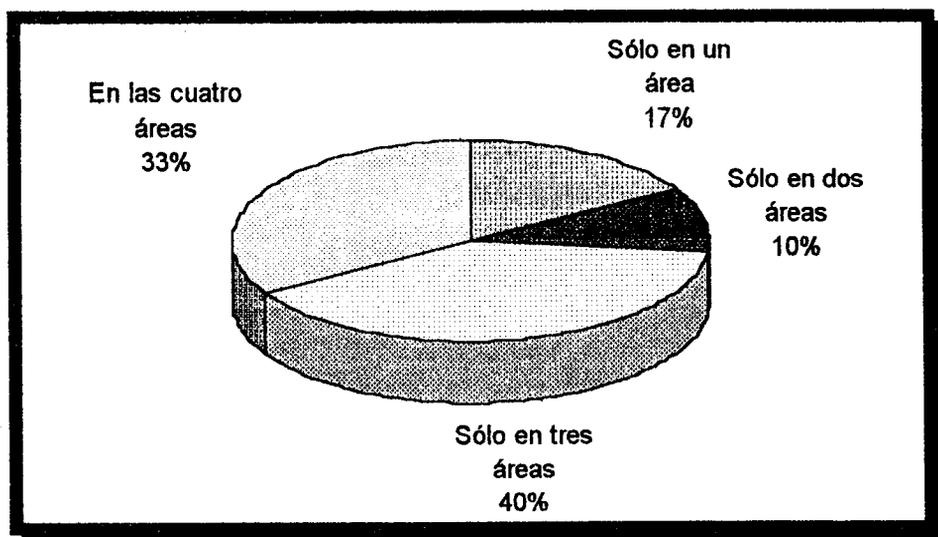
Fuente: Elaboración Propia

Del total de la muestra 50 niños, 11 pacientes que representan el 22% no presentaron compromiso en ninguna de las áreas del Desarrollo Psicomotor evaluadas, de los cuales 3 corresponden al Nivel de Riesgo y los 8 restantes tuvieron un Desarrollo Psicomotor Normal.

En 9 niños (18%) no pudo completarse la evaluación del Desarrollo Psicomotor.

Tomando sólo a los niños en los que una o más áreas del Desarrollo Psicomotor se hallan comprometidas, los cuales representan el 60% de la muestra total, puede decirse que el mínimo porcentaje se asigna a aquellos niños con compromiso sólo en un área (16,7%) o en dos áreas (10%); en cambio el máximo porcentaje corresponde a los niños en los que tres áreas o todas las áreas evaluadas resultaron comprometidas, (40%) y (33,3%) respectivamente.

Gráfico N° 3: Desarrollo Psicomotor de acuerdo a la cantidad de áreas comprometidas en niños desnutridos de primero, segundo y tercer grado, de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, durante marzo-julio de 1995.



Fuente: Elaboración Propia

El gráfico muestra, la distribución de los porcentajes, destacándose que las áreas comprometidas pertenecen a los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor, evaluadas en base a la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, es decir que no solamente los niños con Nivel de Riesgo y/o Retraso en el Desarrollo Psicomotor alcanzaron conductas inferiores a las correspondientes a su edad cronológica sino que los niños cuyo Desarrollo Psicomotor fue Normal, también presentaron (la mitad aproximadamente) compromiso en 1 área por lo menos.

PRESENTACION DE
DATOS ESPECIFICOS
CONCERNIENTES A LAS
MADRES DE LOS
NIÑOS DESNUTRIDOS

- ♦ Edad de la madre al nacimiento del primer hijo
- ♦ Número de hijos
- ♦ Nivel de instrucción
- ♦ Ocupación laboral de los padres
- ♦ Características de la alimentación materna

CUADRO N° 22: Distribución de edad en años al nacimiento del primer hijo, de las madres de los niños desnutridos en sus distintos grados, de 0 a 24 meses, internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata marzo-julio de 1995.

Edad de la Madre (años)	Total	%
Hasta 18	25	51.02%
De 19 a 25	19	38.78%
Más de 25	4	8.16%
N/D	1	2.04%
Total	49	100.00%

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que el mayor porcentaje (51%) corresponde a las madres menores de 18 años de edad; el 38,8% se ubica en el intervalo de edad comprendido entre 19 y 25 años; mientras que sólo el 8,2% tenía, al nacimiento del primer hijo más de 25 años.

En un sólo caso (2%), no se obtuvieron estos datos de la madre, debido a que el niño se hallaba en situación de abandono.

Aclaremos que el total de la muestra en este Cuadro es de 49 madres debido a que una de ellas es madre de mellizas, y ambas estaban internadas.

CUADRO N° 23: Número de hijos de las madres de los niños desnutridos en sus distintos grados de 0 a 24 meses internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata marzo-julio de 1995.

N° de Hijos	Frecuencia	%
de 1 a 3	25	51.02%
de 4 a 6	15	30.61%
más de 6	9	18.37%
Total	49	

Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de las madres tienen entre uno y tres hijos; le siguen en menor escala aquellas que tienen entre 4 y seis hijos y por último en menor número se ubican las que tienen más de seis.

Haciendo referencia al número de orden de nacimiento de los niños desnutridos, coincidentemente con la bibliografía consultada todos eran últimos hijos, y sólo un caso fue anteúltimo.

Con respecto a, si además del niño internado con desnutrición, existían o habían existido otro u otros hijos con el mismo cuadro, se halló que sólo en tres casos había hijos anteriores con desnutrición.

CUADRO N° 24: Nivel de instrucción de las madres de los niños desnutridos en sus distintos grados de 0 a 24 meses internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata marzo-julio de 1995.

Nivel de Instrucción de la Madre	Frecuencia	%
Sin Educación	3	6.12%
Primaria Incompleta	15	30.61%
Primaria completa	24	48.98%
Secundaria Incompleta	5	10.20%
Secundaria Completa	1	2.04%
Universitario y/o terciario	1	2.04%

Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de las madres tienen educación primaria Completa o Incompleta.

Un número reducido cuenta con educación secundaria incompleta; también es mínimo el número de madres sin educación y existen sólo dos casos con un nivel superior de educación (secundaria completa y terciaria).

CUADRO N° 25: Distribución, según ocupación de las madres de los niños desnutridos en sus distintos grados, de 0 a 24 meses internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata marzo-julio de 1995.

Ocupación de las Madres	Frecuencia	%
Sin Ocupación	39	79.59%
Ocupación Inestable	7	14.29%
Ocupación Estable	3	6.12%

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 26: Distribución, según ocupación de los padres de los niños desnutridos en sus distintos grados, de 0 a 24 meses internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata marzo-julio de 1995.

Ocupación de los Padres	Frecuencia	%
Sin Ocupación	1	2.38%
Ocupación Inestable	22	52.38%
Ocupación Estable	19	45.24%

Fuente: Elaboración Propia

En su mayoría las madres, no desempeñan ninguna ocupación fuera de su casa, es decir, que permanecen al cuidado de sus hijos durante todo el día.

La minoría, que realiza alguna actividad fuera de su casa, no tiene un trabajo estable (trabajo por temporadas) y sólo tres madres tienen una ocupación laboral estable (empleadas domésticas).

Con respecto a la ocupación laboral de los padres; observamos que la mayoría realiza actividades en forma temporaria (changas, vendedores ambulantes, etc.) es decir que son trabajos inestables.

En número semejante, encontramos que la ocupación de los padres era estable; sólo uno se hallaba sin ocupación.

Aclaremos que el total de padres no coincide con el total de madres, ya que 7 de ellas, estaban a cargo de sus hijos sin recibir apoyo económico de los padres del niño.

CUADRO N° 27: Período de lactancia en meses recibida en niños desnutridos de distintos grados de 0 a 24 meses internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, marzo-julio de 1995.

Período de Lactancia en meses	Total	%
hasta 1	8	22.86%
de 2 a 4	13	37.14%
de 5 a 9	11	31.43%
más de 9	3	8.57%
Total	35	100.00%

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO N° 28: Prescripción médica en niños que no tuvieron lactancia, de 0 a 24 meses con desnutrición en sus distintos grados internados en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata, marzo-julio de 1995.

Tuvieron Pres. Médica	No tuvieron Lactancia
SI	8
NO	4
N/C	3
Total	15

Fuente: Elaboración Propia

Del total de pacientes (50 niños), solamente 15 (30%) no tuvieron lactancia. Los 35 restantes (70%) sí recibieron alimentación materna. Estos niños tuvieron un período de lactancia entre 2 a 4 meses, (37,14%), siendo

éste el intervalo donde se ubicó la mayoría. Le siguen el período de 5 a 9 meses con (31,4%) luego aquellos que se alimentaron a pecho, sólo durante el primer mes de vida (22,9%); y por último con mínimo porcentaje (8,6%) los que tuvieron lactancia durante más de 9 meses.

Del 30% que no recibió alimentación materna, interesó conocer si había sido indicada o no por el médico otro tipo de alimentación; 8 madres respondieron que sí habían tenido prescripción médica, 4 que no y en 3 casos no pudo registrarse este dato, porque las madres no supieron responder.

En base a estos datos se puede decir que, en la muestra estudiada, si bien la mayoría de los niños recibió alimentación materna; ésta tuvo en general una duración relativamente breve; suspendiéndose en el transcurso del primer año de vida.

Un mínimo porcentaje de los niños de la muestra no recibió nunca alimentación materna. La mayoría de las madres de estos niños respondieron que el médico había indicado otro tipo de alimentación, otras madres habían decidido no alimentar a sus hijos a pecho por diversos motivos, siendo los más frecuentes la falta de producción láctea o que *“su leche no los alimentaba”*.

El resto de las madres no pudo responder a nuestra inquietud.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en el transcurso de la investigación, concluimos:

Al valorar el Desarrollo Psicomotor en relación a los niños con distintos grados de Desnutrición, no se halló significación estadística. Del total de la muestra estudiada (50 niños), el 48% presentó compromiso en el Desarrollo Psicomotor; correspondiendo el 26% al nivel de Riesgo y el 22% al nivel de Retraso.

Se deduce de lo anterior, que un gran porcentaje de niños tuvo compromiso en su Desarrollo Psicomotriz, el que no puede atribuirse específicamente a un determinado grado de Desnutrición Infantil.

No se encontró diferencia porcentual relevante entre los grados I, II y III de Desnutrición Infantil con respecto a los niveles de Desarrollo Psicomotor. Se destaca que ningún niño con grado III de Desnutrición, mostró un desempeño psicomotriz normal. Lo cual concuerda con los aspectos teóricos descritos en el capítulo I.

Al estimar la relación Desnutrición Infantil, Desarrollo Psicomotor y Riesgo Socioambiental, se observa que existe una alta significación estadística tanto entre el nivel de Riesgo Socioambiental con los distintos grados de Desnutrición Infantil, como entre el nivel de Riesgo Socioambiental y el nivel de Desarrollo Psicomotor.

Es relevante la prevalencia de los niños (42) incluidos dentro de la categoría Con Riesgo Socioambiental, distribuidos uniformemente en el grado I y II de Desnutrición Infantil, a su vez se ubican dentro de esta categoría la mayoría de los niños con grado III de Desnutrición Infantil. De igual manera, al relacionar a los niños Con Riesgo Socioambiental con el nivel de Desarrollo Psicomotor, se observa que la mayoría de los niños obtienen un nivel Normal (34%); pero si se suman los niños con Retraso y Riesgo (48%); puede apreciarse que predominan los niños con un desempeño psicomotriz por debajo de lo esperado para su edad cronológica.

Se destaca la importancia de realizar una intervención temprana que posibilite el reconocimiento precoz de alteraciones en la salud física y psicomotriz de los niños que crecen y se desarrollan en condiciones Socioambientales desfavorables, ya que presentan una alta probabilidad de sufrir algún grado de Desnutrición Infantil, como así también de padecer alteraciones en su Desarrollo Psicomotor.

Con respecto a las Areas del Desarrollo Psicomotor evaluadas, se halló que el área del Lenguaje fue la más frecuentemente afectada en los grados I y II de Desnutrición Infantil; siendo también esta área la más comprometida en los niños con un nivel de Desarrollo Psicomotor Normal y de Riesgo. Los niños con Retraso presentaron una afectación global de las áreas Motora, Lenguaje y Social.

Por otro lado, los resultados arrojaron que los niños con grado III de Desnutrición, presentaron afección en las cuatro áreas del Desarrollo. Es de especial mención, que la mayoría de los niños tuvieron compromiso en tres y cuatro áreas del Desarrollo Psicomotor (57,2%, en total).

La apreciación realizada sobre el área del Lenguaje coincide con los estudios efectuados por reconocidos autores entre ellos, el Dr. Cravioto, descrito oportunamente en el capítulo III. Se desconocen desarrollos teóricos sobre el grado de compromiso en el desempeño psicomotriz de los niños con Desnutrición Infantil, en base a las áreas de Desarrollo Psicomotor; por lo tanto, no se pueden confrontar nuestros hallazgos con trabajos de características similares a la presente investigación.

En la muestra tomada, la Desnutrición Infantil en sus distintos grados, tuvo mayor incidencia durante el primer año de vida; observándose con mayor frecuencia que los niños se ubicaron dentro del grado II de Desnutrición Infantil. Considerando, el breve período de tiempo en la recolección de datos, es de relevancia que cinco pacientes fueron reinternados, sin modificación del cuadro clínico.

De esto se infiere la trascendencia de realizar la intervención temprana, *en equipo*, en esta franja de edad, tendiente a prevenir la cronicidad y las reinternaciones de los pacientes con este cuadro clínico.

De la población estudiada, se halló que la mayoría de las madres habían tenido a su primer hijo a edad temprana, menores de 25 años en un 89,8%, siendo menores de 18 años en un 51%. Destacándose, a su vez, que un 49% tenían cuatro o más de cuatro hijos.

Según la Encuesta implementada predominó que las madres de los niños desnutridos poseían un nivel educacional elemental (79,6%). No habiendo marcada diferencia entre primaria completa e incompleta. Un 6,1% fueron analfabetas.

La importancia de conocer las características de las madres que se encuentran en situación de Riesgo Socioambiental, es fundamental para la comprensión y abordaje de los niños con esta problemática. Es así que aspectos como la edad en relación a la cantidad de hijos, el nivel de instrucción de las mismas, entre otros, permitirá predecir el tipo, calidad, cantidad de atención y cuidados maternos que los niños con Desnutrición reciben.

Del 70% de los niños que recibieron alimentación materna, el 22,9% sólo fue alimentado en el primer mes de vida, mientras que entre los 2 y 4 meses el 37,1%. De lo anterior, se deduce que el período de lactancia, fue relativamente breve. Siendo este factor de vital importancia en la génesis de la Desnutrición Infantil Primaria; lo cual también habla, según el patrón cultural, o la circunstancia que llevó a producir el abandono de la práctica alimentaria, de una interferencia en la relación vincular entre la madre y el niño.

Respondiéndonos a los objetivos planteados, y en base a los resultados obtenidos, sostenemos que existe una real relación entre la Desnutrición Infantil, el Desarrollo Psicomotor y el Riesgo Socioambiental en la población estudiada; y que no existe una influencia aislada de la Desnutrición Infantil sobre el desempeño psicomotriz. Por otro lado, dada la

multicausalidad de factores que conlleva al cuadro de desnutrición infantil y a alteraciones del desarrollo psicomotor, es necesario la identificación de aquellos elementos que pudieran interferir negativamente en el niño.

Lo anterior nos lleva a concluir que la importancia en el estudio del Desarrollo Psicomotor en Niños Desnutridos, reside en que el sólo conocimiento de uno de los factores desfavorables que están en interrelación con el desarrollo del niño, es suficiente para justificar, planificar e implementar acciones desde el sistema sanitario (en sus tres niveles de atención Primario, Secundario y Terciario) y social; donde aseveramos que los Terapeutas Ocupacionales no podemos quedar afuera como agentes de salud.

Así mismo, es necesario formar parte de un equipo multidisciplinario que se comporte interdisciplinariamente, ya que el esfuerzo profesional aislado, como la planificación unidireccional de estrategias de salud, no alcanzan para hacer frente a la complejidad de esta problemática. Problemática, que es de actualidad, y por tanto la consideramos de profunda preocupación presente y futura.

En base a nuestra experiencia pudimos observar, que los niños con desnutrición son asistidos por la patología que motiva su internación, es decir, como una enfermedad aguda más, y no cómo un cuadro complejo de connotación tanto clínica como socioambiental y económica. Además, a esto se suma la situación sanitaria actual, con una intensa demanda de camas para internación, y que el HIEMI es un hospital de agudos. Por lo tanto, los tiempos de internación de estos niños, no permiten que se realice un abordaje integral y multidisciplinario de los mismos.

A lo largo de nuestra permanencia en la Institución, apreciamos un importante cambio favorable en la actitud de los demás profesionales, en cuanto al conocimiento de nuestra labor profesional, y en forma específica sobre nuestra intervención con los niños desnutridos.

Dado que la mayoría de los niños evaluados presentaron Riesgo y Retraso en su Desarrollo Psicomotor, consideramos que el Terapeuta

Ocupacional está capacitado y debe formar parte de un equipo interdisciplinario en el abordaje de esta problemática, ya sea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de atención a la salud. Por lo tanto, la función del Terapeuta Ocupacional, será implementar acciones tendientes a realizar el diagnóstico temprano de alteraciones, implementar tratamiento temprano, detectar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del niño, previendo su influencia desfavorable a corto y largo plazo en el rendimiento cognitivo, emocional y social del mismo; estas acciones, a su vez, deben trascender alcanzando a la madre y a la familia en primer lugar, y al contexto socioambiental en el segundo. En el abordaje del niño con desnutrición, sostenemos que el modelo de intervención ideal sería aquel que actúa desde el Primer Nivel de atención a la salud realizado en forma interdisciplinaria, favoreciendo el completo estado de salud de la comunidad, previendo alteraciones en su desarrollo, además de disminuir el costo que implica la detección tardía de la patología.

Por último, creemos que la presente investigación deja sentado una experiencia (en nuestro caso, riquísima) sobre la intervención de Terapia Ocupacional en la problemática Desnutrición Infantil; de la cuál somos conscientes queda aún, mucho por investigar entorno a los distintos subproblemas que de ella se desprenden. Invitamos a continuar investigando en este tema a quienes lo deseen, en pro de Terapia Ocupacional y en pro de los niños...

**“¿Qué sería de la vida,
si no tuviéramos el valor
de intentar algo?”
(van Gogh).**

BIBLIOGRAFIA

- ANALES NESTLÉ; *Nutrición*; autores varios; fascículo 116, 1972.
- ANALES NESTLÉ; *Nutrición*; resúmenes, autores varios; fascículo 131, 1979.
- ANALES NESTLÉ; *Mal nutrición*; autores varios; vol. 43, N° 1, noviembre de 1985.
- ANGULO COLMENARES, Ana G.; *Nutrición y Desarrollo del Sistema Nervioso*; Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología; vol. 41, N° 2, abril-junio 1987, pág. 62-69.
- ARANGO MONTOYA, Marta; *La niñez y la juventud en riesgo: el gran desafío para América Latina y el Caribe*; La Educación: revista Internacional de Desarrollo Educativo; N° 111-113, 1992, pág. 1-24.
- ARRIETA, R; CRAVIOTO, J; *Influencia de la estimulación disponible en el hogar y de la interacción madre-niño sobre la presencia y duración de la diarrea en el lactante menor*; Boletín México, Hospital Infantil México: Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología; México, vol. 47, N° 4.
- BAYLEY, Nancy; *Escalas Bayley de Desarrollo Infantil*; Publicaciones de Psicología Aplicada; Madrid, 1977
- BECCAR VARELA, Carlos; *La Lactancia Materna, técnicas de amamantamiento*; en O'DONNELL, A.; *Nutrición Infantil*; editorial Celsius, 1986, pág. 383-405.
- BECCARIA, Luis; VINOCUR, Pablo; *La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza*; *Revista Ciencia Hoy*; vol. 4, N° 21, nov.-dic. 1992, pág. 16-24.
- BOLETÍN OFICINA SANITARIA PANAMERICANA; *La desnutrición proteíno calórica en el mundo*; 1994; N° 116, vol. 2, pág. 341-342.

- BRALIC, Sonia; HAEUSSLER, Isabel y cols.; *Estimulación Temprana: importancia del medio ambiente para el desarrollo del niño*; UNICEF, segunda edición, 1979.
- CAMERON, Margaret; HOFVANDER, Ynge; *Desnutrición Infantil: Manual para Infantes y Niños Pequeños*; Ed. Pax México, 1983, pág. 45-61.
- CANALES, F; ALVARADO, E. y col.; *Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud*; segunda reimpresión, O.P.S. O.M.S., 1989, Serie Paltex N° 9.
- CASIERO, R; TIJMAN, G. y cols.; *El futuro: ¿será para todos?*; Revista La Maga; Año 3, N° 103, Bs. As., enero 1994, pág. 2-7.
- CEDRATO, A; TAUNSBELAG, L.; *DESNUTRICIÓN INFANTIL*; Editorial Libreros López Editores; 1978, cap. 1, cap. 2, cap. 3 y cap. 20, pág. 1-60, 271-295.
- CEPAL; *Programas de Salud Materno Infantiles*; 1992, pág. 192-198.
- CEPAL; *Algunas hipótesis sobre cambios recientes de la familia argentina*; Santiago de Chile, 1993, pág. 125-142.
- CEPAL; *Panorama Social de América Latina*; 1994, pág. 5-17.
- COMUNICADOS DE PRENSA ICN/ 3, ICN/4, ICN/5; *Conferencia Internacional sobre Nutrición*; Boletín Oficina Sanitaria Panamericana; 1993, N° 115, vol. 6, pág. 558-559.
- CORTES, J.; *Características Psicosociales del Menor en Situación Irregular*; Instituto Interamericano del Niño, Boletín N° 227, enero-junio de 1987, pág. 11-21.
- CRAVIOTO, J; CRAVIOTO, P.; *Algunas consecuencias psicobiológicas a largo plazo de la malnutrición*; Anales Nestlé, México, 1993, vol. 48, pág. 55-56.
- CRAVIOTO, J.; *Desnutrición severa y desarrollo de habilidades motoras en el niño*; Anales Nestlé; Argentina, 1980, Fasc. 134, pág. 4-53.

- CRAVIOTO, J; *Mínimos de Bienestar, Desarrollo Mental, Conducta y Aprendizaje*; Boletín México Hospital Infantil México; vol. 40, Suplemento 2, Agosto de 1983, pág. 11-13.
- Dr. CUMINSKI, Marcos; SUAREZ OJEDA, Mario; *Crecimiento y Desarrollo: Salud del Niño y Calidad de Vida del Adulto*; pág. 3-19.
- Dres. CUMINSKI, M; LEJARRAGA, N. y col.; *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*; O.P.S. 1986, Serie Paltex N° 8.
- DAY, R.; *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*; publicación científica 526, O.P.S.-O.M.S., 1990.
- DE ANDRADA, I; GONZALES LÓPEZ, B. y cols.; *Características de la estructura familiar de escolares con antecedentes de desnutrición grave y precoz que presentan actualmente diferente nivel intelectual*; I.N.T.A.; Archivos Latinoamericanos de Nutrición; vol. 41, N° 2, junio 1991, pág. 168-181.
- DIARIO LA NACIÓN; *Más de 1,5 millones de pobres en la Argentina (Capital y Gran Buenos Aires)*; setiembre de 1993.
- DIARIO PÁGINA 12; *Los hijos del ajuste*; informe UNICEF sobre pobreza; viernes 9 de octubre de 1993.
- DI IORIO, Susana; REY, Gladys y col.; *Estado nutricional y desarrollo psicológico. Un estudio comparativo transversal en población infantil*; Revista de Nutrición Clínica; vol. II, N° 1, 1993, pág. 20-22.
- ECO, Humberto; *Cómo se hace una tesis. Técnicas y Procedimientos de investigación, estudio y escritura*; versión castellana de L. Baranda y A. Chavería Ibañez, España, 1994, Ediciones GEDISA.
- FEJERMAN, Natalio; FERNÁNDEZ ALVAREZ, Emilio; *Neurología Pediátrica*; Editorial El Ateneo, 1988, pág. 123-132 (cap. Desarrollo Psicomotor).

- FERRE, J; SEGAL, L. y cols.; *Enfoque multidisciplinario en el tratamiento del niño desnutrido primario*; Revista del Hospital de Niños; Bs. As., Argentina, vol. 25, N° 104, junio de 1983, pág. 108-115.
- FLEHMING, Inge; *Desarrollo Normal del Lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y Tratamiento tempranos*; Editorial Médica Panamericana, Tercera Edición, 1988.
- FRANK, Deborah; ZEISEL, Steven; *Deficiencia del Crecimiento*; Clínicas Pediátricas de Norteamérica; vol. 6, México, Editorial Interamericana.
- GESELL, Arnold; AMARTRUDA, C.; *Diagnóstico Normal y Anormal del Niño*; Editorial Paidós, 1966.
- GIORGI, Víctor; DILACIO, Graciela; *Psicología y marginalidad social. Evaluación del efecto de las condiciones de pobreza sobre la conformación del psiquismo*.
- GRANT, James; *Estado Mundial de la Infancia*; 1993, UNICEF.
- HABICHT, Jean P.; *La Nutrición: una responsabilidad del sector salud*; Foro Mundial de la Salud; vol. 4, 1983, pág. 5-27.
- HEESE, G; *La estimulación temprana en el niño discapacitado*; Editorial Médica Panamericana, 1986.
- JARPA, Sergio; *Desnutrición en el niño*; en MENEGHELLO, J.; Diálogos en Pediatría; Cap. 6, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1990.
- LEJARRAGA, H.; ARNELLINI, P.; *Problemas de crecimiento en el primer año de vida*.
- LORENZO, E.G.E. de; *Reflexiones sobre Programas de Intervención Temprana en América Latina*; Montevideo, Uruguay, 1986, Instituto Interamericano del Niño (O.E.A.).
- LORENZO, E.G.E. de; *El apego o vínculo afectivo*; Boletín N° 219; Instituto Interamericano del Niño, enero-junio, 1983, pág. 63-68.

- Lic. LUCIFORA, S.; T.O. VEGA, M. C.; Lic. SICOLI, M.; *Entrevista-Encuesta Socioeconómica y de Educación; Proyecto Prevención, Detección y Modalidad de Atención de Alteraciones del Desarrollo en la Primera Infancia en Población de Alto Riesgo Social*; Escuela Ciencias de la Salud y del Comportamiento, Carrera Lic. en T.O.; U.N.M.D.P., diciembre 1993.
- MARDONES RESTAT, Francisco; MARDONES, Gloria; *Predicción de fallas del crecimiento en niños menores de 1 año*; Boletín Oficina Sanitaria Panamericana; 1987, pág. 450-461.
- MAZZAFERO, Vicente y cols.; *Medicina en Salud Pública*; Editorial El Ateneo, segunda edición, 1994.
- MINUJIN, Alberto y cols.; *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*; Editorial Losada; UNICEF, segunda edición, mayo 1993.
- MENEGHELLO, J.; *Pediatría Integral, familia y comunidad*; parte I; en *Pediatría*, vol. I, 4 edición, Santiago de Chile, Editorial Publicaciones Médicas Mediterráneo, 1991.
- MOCK, N; BERTRAND, W.; *Marco conceptual para los sistemas de vigilancia nutricional*; Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 1993, Nº 115, vol. 6, pág. 511-522.
- MONCKERBERG, Fernando.; *Marasmo en el primer año de vida y Kwashiorkor o desnutrición pluricarencial*, en Meneghello; *Pediatría*, vol. I, 4º edición, Santiago de Chile, Editorial Publicaciones Mediterráneas, 1991, pág. 30-47, 220-245.
- MONTOYA, Silvia; NITNIK, Oscar; *Algunas reflexiones sobre la pobreza en Argentina*; Revista Novedades Económicas, octubre 1992, pág. 17 a 19.
- MUCHNIK, Daniel; *La pobreza creció 50% en América Latina. La expansión económica no da soluciones*; Diario Clarín, Buenos Aires, lunes 4 de octubre de 1993.

- MYERS, R.; *Los doce que sobreviven: Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*; cap. 4, cap. 5 y cap. 9; O.P.S., 1993.
- NICHOLLS, E.; *Diferenciales de Mortalidad en las enfermedades no transmisibles, según el nivel socioeconómico, el caso de América Latina*; Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 1993, N° 115, vol. 3, pág. 255-269.
- O'DONNELL, Alejandro; *Desnutrición Infantil*, en *Nutrición Infantil*, Editorial Celsius, 1986 pág. 621-677.
- O'DONNELL, M.; *Desarrollo infantil y alimentación*, Boletín C.E.S.N.I., Situación alimentaria y nutricional de Argentina, Argentina, 1992, vol. 5, pág. 6-10.
- O.M.S.-O.P.S.; *Las condiciones de salud en las Américas*; 1994, Publicación Científica N° 549, vol. I y III, pág. 26-39, 73-81, 254-265, 444-446, 448-453.
- O.P.S.-O.M.S.; *Manual sobre Enfoque de Riesgo en Atención Materno Infantil*; 1986, Serie Paltex N° 7, Cap. III y VII, pág. 9-24, 149-170.
- PALOMAR, J.; *Una enfermedad creada por el hombre*; Revista La Nación, Bs. As., Argentina, 1994, pág. 30-33.
- PARKER, Steven; GREER, Steven y col.; *Doble Riesgo, impacto de la pobreza en el desarrollo temprano del niño*, en *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, vol. 6, 1988, pág. 1341-1354.
- PELAEZ, M. Luisa; *Deficiencia mental en escolares debido a la desnutrición en la primera infancia*; Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, 1993.
- PIAGET, J.; INHELER, B.; *Psicología del niño*; Ediciones Morata, decimosegunda edición, 1984.
- POLLIT, Ernesto; *La nutrición y el rendimiento escolar*; Serie de Educación sobre Nutrición; U.N.E.S.C.O., 1984, N° 9, Cap. II, pág. 13-15.

- POLLIT, D.; HUNGLER, B.; *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*; 3º edición, Editorial Interamericana.
- **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO**; Reforma Social y pobreza. Hacia una agenda integrada de desarrollo, 1993. pág. 53-54, 62-64, 81-84, 100-101.
- RICCI, G.; TONUCCI, F.; *El primer año de nuestro niño*; cap. La Nutrición, segunda edición, editorial Niño y Dávila Editores, octubre 1984, pág. 64-117.
- Dres. RODRIGO, A.; ARMENDARIZ, E. y cols.; *Estudio prospectivo de la desnutrición en el servicio de lactantes del Hospital de Niños de La Plata*; Archivos Argentinos de Pediatría, Argentina, 1981, vol. 79, N° 5, pág. 485-487.
- RODRIGO, María A.; *Desnutrición*; Cap. 12, en MORANO, Jorge; Pediatría I; Tomo I, 1º reimpresión, Argentina, Editorial Atlante, 1991, sección 3ª.
- RODRÍGUEZ, Soledad; ARANCIBIA, Violeta y col.; *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses*; (E.E.D.P.), 2ª edición Argentina, Editorial Galdoc, 1979.
- Dres. ROY, E.; CORTIGIANI, Ma. R. y col.; *Evaluación del Desarrollo Psicomotor en 319 niños de 1 a 24 meses, de la consulta ambulatoria de los Hospitales Ramón Sardá, Pedro Elizalde y Luisa de Gandulfo*; Archivos Argentinos de Pediatría, Argentina, 1988, vol. 86, N° 4, pág. 204-212.
- Prof. Dr. SABULSKY, Jacobo; *Metodología de la Investigación*; 1993, Pabellón Perú Ciudad Universitaria, Editorial Kopyfac S.R.L.
- Dr. SANTARCANGELO; *Desnutrición Infantil; Forma de presentación clínica en nuestro medio*; Revista Argentina de Pediatría, Buenos Aires, julio de 1992, Año XIII N° 3.
- SPITZ, René; *El primer año de vida del niño*; Editorial Fondo de Cultura Económica, México-Argentina, décima reimpresión, 1992.

- UCHA, Juan; WOFCY, R. y cols.; *Alimentación del niño sano y del enfermo*; cap. X; El niño enfermo; Editorial Médica, 1975.
- UNICEF. *Situación de la infancia en América Latina y el Caribe*; La Organización Social. La Salud, 1979, pág. 251-253.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA; *Incumbencias profesionales de la Lic. en Terapia Ocupacional*; R. 147/85.
- VEGA, Ma. Carlota; *Aportes para el diagnóstico temprano de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 2 años en población de alto riesgo ambiental*; setiembre, 1991.
- VERA, M; VILLARRUEL, S.; *Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en niños. Abordaje desde Terapia Ocupacional*; Tesis de grado Escuela Ciencias de la Salud y del Comportamiento, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1994.
- WISE, Paul; MEYERS, Alan y cols.; *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*; vol. 6, México, Editorial Interamericana, 1988, pág. 1265-1307.
- YUNES, J.; CHELALA, C. y cols.; *La Salud de los niños en el mundo en desarrollo: Todavía queda mucho por hacer*; Foro Mundial de la Salud, vol. 15, 1994, pág. 75-79.

A N E X O S

2.5.- Si la madre trabaja, con quién queda el niño:

2.5.1.- Guardería pública	<input type="checkbox"/>		
2.5.2.- Guardería privada	<input type="checkbox"/>		
2.5.3.- Al cuidado familiar	<input type="checkbox"/>	▶	En vivienda del niño
2.5.4.- Al cuidado de vecino	<input type="checkbox"/>	▶	En vivienda del niño
2.5.5.- Al cuidado de empleada	<input type="checkbox"/>		
2.5.6.- Concurre al trabajo con el niño	<input type="checkbox"/>		
2.5.7.- Indicar cantidad de hs. por día que permanece sin cuidados maternos	<input type="checkbox"/>		

Vínculo y edad?

3.- VIVIENDA:

3.1.- Tenencia de la vivienda		3.2.- Tenencia del terreno		3.3.- Tipo de construcción		3.4.- Uso de la vivienda	
3.1.1.- Propia	<input type="checkbox"/>	3.2.1.- Propio	<input type="checkbox"/>	3.3.1.- Material	<input type="checkbox"/>	3.4.1.- Individual	<input type="checkbox"/>
3.1.2.- Alquilada	<input type="checkbox"/>	3.2.2.- Alquilado	<input type="checkbox"/>	3.3.2.- Block	<input type="checkbox"/>	3.4.2.- Compart.	<input type="checkbox"/>
3.1.3.- Cedida	<input type="checkbox"/>	3.2.3.- Cedido	<input type="checkbox"/>	3.3.3.- Chapa	<input type="checkbox"/>		
3.1.4.- Intruso	<input type="checkbox"/>	3.2.4.- Fiscal	<input type="checkbox"/>	3.3.4.- Madera	<input type="checkbox"/>		
3.1.5.- Comparte	<input type="checkbox"/>	3.2.5.- Privado	<input type="checkbox"/>	3.3.5.- Deshecho	<input type="checkbox"/>		
		3.2.6.- Se ignora	<input type="checkbox"/>	3.3.6.- Otros	<input type="checkbox"/>		

3.5.- Cantidad de ambientes

4.- SERVICIOS

4.1.- Agua (suministro)

- 4.1.1.- Corriente
- 4.1.2.- Bombeado eléctrico
- 4.1.3.- Bombeado manual
- 4.1.4.- Bomba comunitaria
- 4.1.5.- Canilla pública
- 4.1.6.- Sin agua

4.2.- Luz (suministro)

- 4.2.1.- Eléctrica
- 4.2.2.- Gas
- 4.2.3.- Kerosene
- 4.2.4.- Clandestina
- 4.2.5.- Velas

4.3.- Gas (suministro)

- 4.3.1.- Natural
- 4.3.2.- Envasado
- 4.3.3.- No posee

4.4.- Cocina

- 4.4.1.- Gas
- 4.4.2.- Kerosene
- 4.4.3.- Carbón
- 4.4.4.- Eléctrica

4.5.- Electrodomésticos

- 4.5.1.- Heladera

SI
NO

- 4.5.2.- Compartida

SI
NO

4.6.- Eliminación de excretas

- 4.6.1.- Cloacas
- 4.6.2.- Pozo
- 4.6.3.- Otros

4.7.- Sanitarios - Baño

- 4.7.1.- Instalado
- 4.7.2.- Semi instalado
- 4.7.3.- Letrina

4.8.- Ubicación de Sanitarios

- 4.8.1.- Dentro de la vivienda
- 4.8.2.- Fuera de la vivienda

4.9.- Uso de Sanitarios

- 4.9.1.- Individual
- 4.9.2.- Compartido

5.- ACTIVIDADES SOCIALES DEL GRUPO FAMILIAR

- 5.1.1.- Participación en Institución Religiosa
- 5.1.2.- Participación en Club Social
- 5.1.3.- Participación en Soc. de Fomento
- 5.1.4.- Otras participaciones

SI	NO

6.- REDES SOCIALES

Tiene a quién pedir ayuda ante un problema

SI	NO
----	----

6.1.- En caso afirmativo a la anterior pregunta:

A quienes pide ayuda?

- 6.1.1.- Un amigo
- 6.1.2.- Parientes
- 6.1.3.- Vecinos
- 6.1.4.- Institución
- 6.1.5.- Otras

6.1.4.1.- Cuál?

6.1.5.1.- Cuáles?

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

Nombre de la madre : _____
 Nombre del niño : _____
 Fecha de Evaluación : _____
 Fecha de Nacimiento : _____
 Establecimiento : _____
 Examinador : _____
 Edad mental : _____
 Edad cronológica : _____ (días) _____ (meses)
 EM/EC _____ PE = C.D. = _____
 Peso : _____
 Talla : _____

Desarrollo Psicomotor : Normal
 De Riesgo
 Con Retraso

EDAD		ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACIONES
UN	1	(S) Fija la mirada en el rostro del examinador	6		
	2	(L) Reacciona al sonido de la campanilla	c/u		
	3	(M) Aprieta el dedo índice del examinador			
MES	4	(C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)			
	5	(M) Movimiento de cabeza en posición prona			
DOS	6	(S) Mímica en respuesta al rostro del examinador	6		
	7	(LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador	c/u		
	8	(CS) reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador			
MESES	9	(M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada			
	10	(L) Vocaliza dos sonidos diferentes			
TRES	11	(S) Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador	6		
	12	(CL) Busca con la vista la fuente del sonido	c/u		
	13	(C) Sigue con la vista la argolla (ángulo 180°)			
MESES	14	(M) Mantiene la cabeza erigida al ser llevado a posición sentada			
	15*	(L) Vocalización prolongada			
CUATRO	16	(C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece	6		
	17	(CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla	c/u		
	18	(M) En posición prona se levanta a sí mismo			
MESES	19	(M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada			
	20*	(LS) Ríe a carcajadas			
CINCO	21	(SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6		
	22	(C) Palpa el borde de la mesa	c/u		
	23	(C) Intenta presión de la argolla			
MESES	24	(M) Tracciona hasta lograr la posición sentada			
	25	(M) Se mantiene sentado con leve apoyo			
SEIS	26	(M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6		
	27	(C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída	c/u		
	28	(C) Coge la argolla			
MESES	29	(C) Coge el cubo			
	30*	(LS) Vocaliza cuando se le habla (limitación)			

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

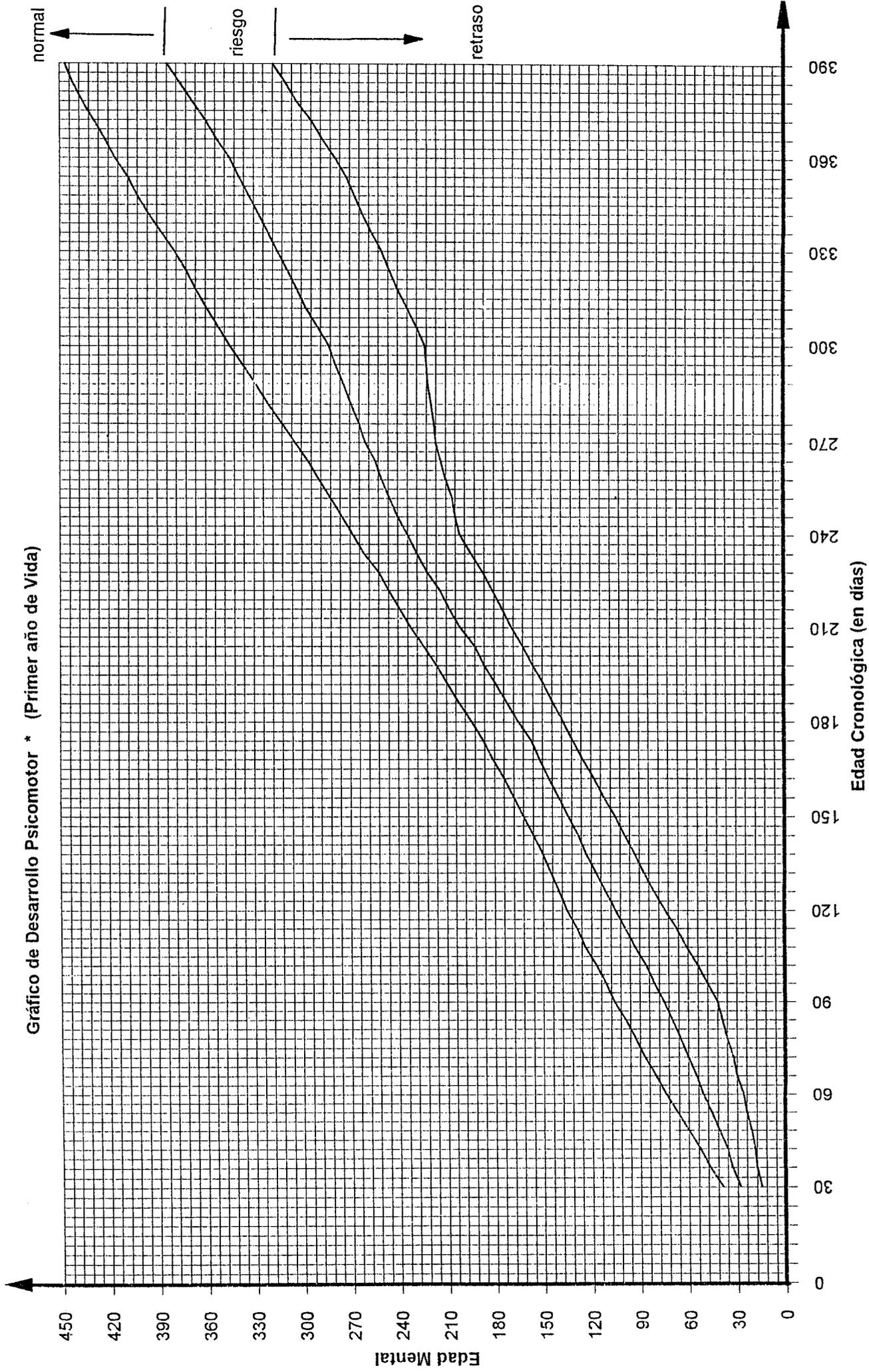
	31	(M)	Se mantiene sentado solo por 30 segs. o más	6	
SIETE	32	(C)	Intenta agarrar la pastilla	c/u	
	33	(L)	Escucha selectivamente palabras familiares		
MESES	34	(S)	Coopera en los juegos		
	35	(C)	Coge dos cubos, uno en cada mano		
	36	(M)	Se sienta solo y se mantiene erguido	6	
OCHO	37	(M)	Tracciona hasta lograr la posición de pie	c/u	
	38	(M)	Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos		
MESES	39	(C)	Coge la pastilla con movimiento de rastrillo		
	40	(L)	Dice da-da o equivalente		
	41	(M)	Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble	6	
NUEVE	42	(M)	Camina sostenido bajo los brazos	c/u	
	43	(C)	Coge la pastilla con participación del pulgar		
MESES	44	(C)	Encuentra el cubo bajo el pañal		
	45*	(LS)	Reacciona a comentarios verbales		
	46	(C)	Coge la pastilla con pulgar e índice	6	
DIEZ	47	(S)	Imita gestos simples	c/u	
	48	(C)	Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros		
MESES	49	(C)	Junta cubos en la línea media		
	50	(SL)	Reacciona al "no-no"		
	51	(M)	Camina algunos pasos de la mano	12	
DOCE	52	(C)	Junta las manos en la línea media	c/u	
	53*	(M)	Se pone de pie solo		
MESES	54	(LS)	Entrega como respuesta a una orden		
	55*	(L)	Dice al menos dos palabras		
	56	(M)	Camina solo	18	
QUINCE	57	(C)	Introduce la pastilla en la botella	c/u	
	58	(C)	Espontáneamente garabatea		
MESES	59	(C)	Coge el tercer cubo conservando los dos primeros		
	60*	(L)	Dice al menos tres palabras		
	61	(LS)	Muestra sus zapatos	18	
DIECIOCHO	62	(M)	Camina varios pasos hacia el lado	c/u	
	63	(M)	Camina varios pasos hacia atrás		
MESES	64	(C)	Retira inmediatamente la pastilla de la botella		
	65	(C)	Atrae el cubo con un palo		
	66	(L)	Nombra un objeto de los cuatro presentados	18	
VEINTIUN	67	(L)	Imita tres palabras en el momento del examen	c/u	
	68	(C)	Contruye una torre con tres cubos		
MESES	69*	(L)	Dice al menos seis palabras		
	70*	(LS)	Usa palabras para comunicar deseos		
	71	(M)	Se para en un pie con ayuda	18	
VEINTICUATRO	72	(L)	Nombra dos objetos de los cuatro presentados	c/u	
	73*	(S)	Ayuda en tareas simples		
MESES	74	(L)	Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca		
	75	(C)	Contruye una torre con cinco cubos		

* El asterisco indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante.-

Perfil del Desarrollo Psicomotor

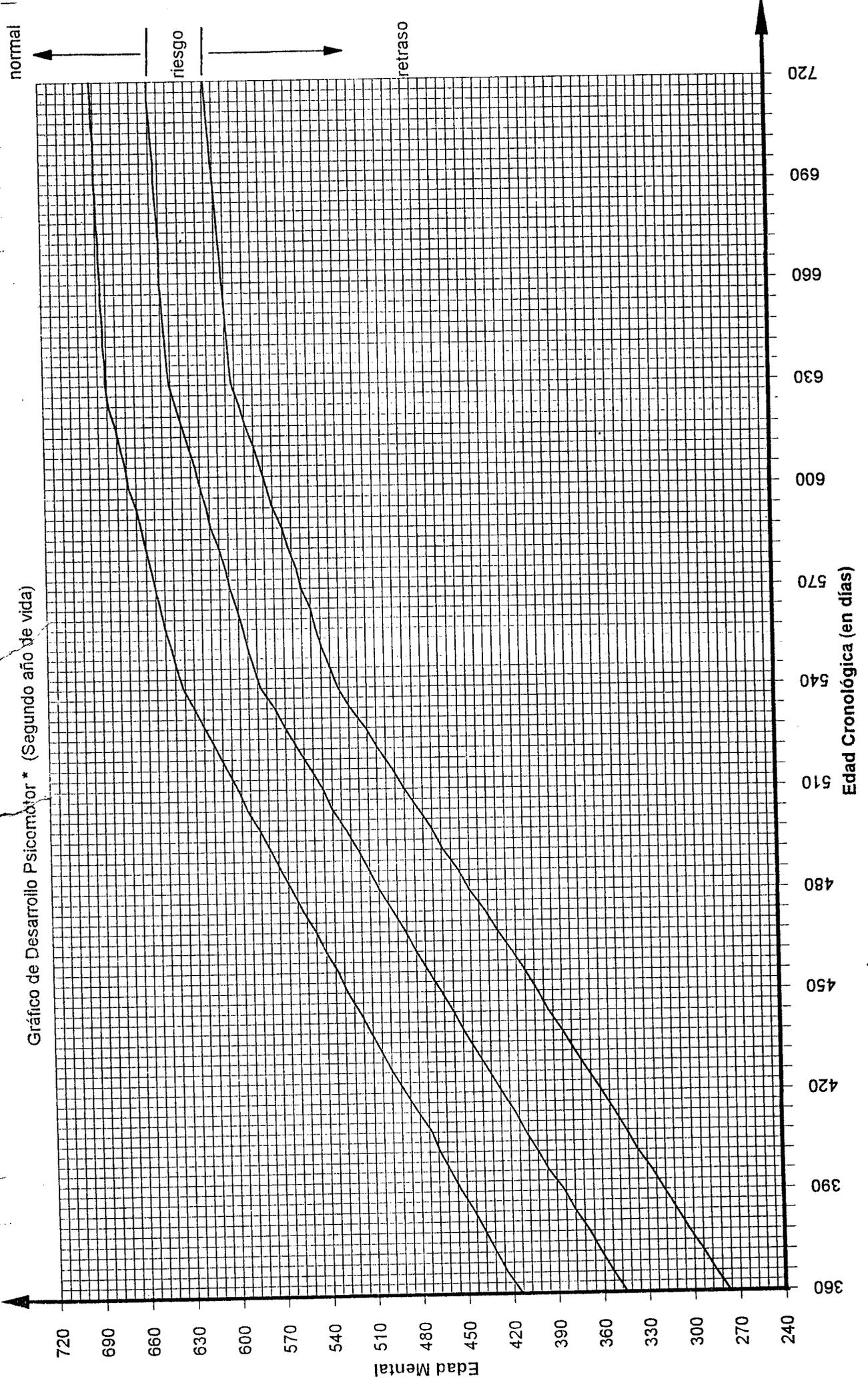
		EDAD															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24	
A	Coordinación		8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75	
	R	6	7	11	17	23	29	35		44	48	49	58	59	65		
E	Social		8	11	20	21	30	34		45	50	54		61	70	73	
	Lenguaje	7	10	12	17	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66	69	72
A	Motora	3	9	14	18	24	26	31	36	41		51	55	62	67	70	74
		5			19	25			37	42		53	56	63		71	

Gráfico de Desarrollo Psicomotor * (Primer año de Vida)



(*) frecuencias pulidas

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



(*) frecuencias pulidas