

Rodríguez, María Florencia

Desarrollo Motor Infantil y Factores Socioeconómicos: Hacia una Propuesta de Intervención Kinésica en Atención Primaria de la Salud

2021

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Rodríguez, M. F. (2021) *Desarrollo Motor Infantil y Factores Socioeconómicos: Hacia una Propuesta de Intervención Kinésica en Atención Primaria de la Salud* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



Instituto de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

**Desarrollo Motor Infantil y Factores Socioeconómicos.
Hacia una Propuesta de Intervención Kinésica en
Atención Primaria de la Salud**

Autora:

Rodríguez, María Florencia

Legajo N° 9629

Directora:

Lic. Engardt, Patricia

Fecha de Presentación:

Agosto de 2021

Firma Autora:

Agradecimientos

Agradezco a mi Mamá y a mi Papá por haberme brindado más educación que a la que ellos tuvieron acceso, por haberse esforzado incansablemente para que sea la primera generación universitaria de mi familia. Agradezco a mi hermana y mis sobrinos por acompañarme día a día en mis estudios. Agradezco a mis familiares y amigos por el aliento en cada paso de la carrera. Agradezco a cada una de las personas que integran mi amada Universidad Nacional Arturo Jauretche, en especial a mis docentes Osvaldo Romano, Eugenia Pollini, Jimena Genovese y Patricia Engardt, por haber creído en mí incluso más que yo. Agradezco a mi compañero de vida por el apoyo incondicional en este último tramo cuesta arriba. Agradezco a la Educación Pública por este sueño cumplido.

¡Gracias, gracias, gracias!

Índice general

I.	Introducción.....	5
II.	Objetivos.....	6
III.	Justificación.....	7
IV.	Marco teórico.....	7
	a) Desarrollo motor.....	7
	b) Control motor.....	8
	c) Teorías del control motor.....	8
	d) Teoría de sistemas dinámicos.....	9
	e) Aprendizaje motor.....	10
	f) Pautas del desarrollo.....	14
	g) Importancia del ambiente.....	15
	h) Determinantes sociales y ambientales del desarrollo.....	15
	i) Estado del arte.....	17
	j) Situación socioeconómica en Argentina.....	18
	k) Atención Primaria de la Salud.....	20
	l) Promoción de la Salud.....	21
	m) Rol de la Kinesiología en el desarrollo y atención primaria.....	22
V.	Diagnóstico situacional, análisis, identificación del problema a resolver y su contexto.....	24
	a) Situación de Florencio Varela.....	24
	b) Centro de Atención Primaria de la Salud “La Esmeralda”.....	25
	c) Control de niño sano.....	26
	d) Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI).....	26
	e) Problemática.....	27
	f) Método.....	27
VI.	Resultados.....	29
	a) Resultados del relevamiento.....	29
	b) Resultados del IODI.....	30
	b.1 Conductas del primer trimestre.....	30
	b.2 Conductas del segundo trimestre.....	31
	b.3 Conductas del tercer trimestre.....	32
	b.4 Conductas del cuarto trimestre.....	34

b.5	Conductas de 12 a 17 meses.....	35
c)	Resultados de la encuesta.....	36
c.1	Características familiares.....	37
c.2	Ingresos familiares.....	39
c.3	Características de la vivienda.....	39
c.4	Sobre las Jornadas de desarrollo infantil.....	41
d)	Características del grupo con pautas de alarma en el Desarrollo.....	41
f)	Comparación de situaciones entre niños con riesgo en el desarrollo y niños fuera de riesgo.....	45
VII.	Propuesta.....	48
a)	Mapa de actores.....	49
b)	Objetivos de la propuesta.....	49
c)	Actividades.....	49
d)	Metas e indicadores.....	50
e)	Análisis estratégico para la sustentabilidad de la propuesta y resultados esperados.....	51
VIII.	Conclusiones.....	52
IX.	Referencias Bibliográficas.....	54
X.	Anexos.....	57
a)	Instrumento para la Observación del Desarrollo Infantil.....	57
b)	Encuesta a cuidador.....	59
c)	Consentimiento informado.....	61

Abreviaturas

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

DM: Desarrollo motor

CM: Control motor

SNC: Sistema Nervioso Central

AM: Aprendizaje motor

PRUNAPE: Prueba Nacional de Pesquisa

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

CBA: Canasta Básica Alimentaria

CBT: Canasta Básica Total

EPH: Encuesta Permanente de Hogares

OMS: Organización Mundial de la Salud

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

APS: Atención Primaria de la Salud

PS: Promoción de la Salud

UNAJ: Universidad Nacional Arturo Jauretche

IODI: Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil

SE: Socioemocional

C: Comunicación

M: Motor

CVMC: Coordinación Visomotora y Cognitiva

R: Riesgo

I. Introducción

El desarrollo motor es un proceso secuencial de cambios que atraviesan las personas relacionados con la edad, la carga genética, el ambiente y la interacción con éste. Durante los primeros meses de vida, los niños experimentan una metamorfosis a través de la cual dominarán las habilidades motoras básicas para lograr la independencia en el entorno. (1)

La “Teoría de Sistemas Dinámicos” explica el desarrollo motor, y afirma que el sistema nervioso central y su maduración no son únicos responsables de la adquisición del movimiento, sino que es un subsistema junto al estado emocional, grado de motivación, nivel de alerta, postura, fuerza muscular y condiciones biomecánicas, entre otros, con los que interactúa dinámicamente (1). Cada uno de estos factores resulta indispensable a la hora de ejecutar el acto motor, que se modifica conforme varíen los sistemas que lo producen.

La maduración motora, entonces, está condicionada por la interacción entre las restricciones impuestas tanto por el propio organismo como por el entorno (2); por lo que el ambiente en el que crece el niño cobra vital importancia, y en el caso de que cuente con estímulos limitados dará lugar a alteraciones en el desarrollo. En este sentido se asume que la pobreza entendida como un fenómeno multidimensional que involucra aspectos económicos, políticos, sociales, culturales, calidad de vida y bienestar (3), afecta al entorno y, por consiguiente, al niño en crecimiento (4). En Argentina se estima que, dadas sus características socioeconómicas, la prevalencia de trastornos del desarrollo puede ser más alta que la de países en mejores condiciones (5).

En situación socioeconómica desfavorable se produce retraso en el desarrollo psicomotor con mayor frecuencia y severidad (6), ya que los niños pueden encontrarse expuestos a un entorno inseguro y no estimulante, familias disfuncionales, bajo nivel socioeconómico (7)(8)(9), un acceso deficiente a la salud y a la educación, con menos oportunidades para satisfacer las necesidades básicas de la infancia.

El retraso en el desarrollo es un término transitorio que implica que las pautas se adquieren en la secuencia esperada, pero a una velocidad más lenta (10). Sin intervención los déficits motores pueden persistir, derivando en retrasos cognitivos por la disminución de la capacidad del niño para explorar y aprender de su entorno físico y social (11).

La Kinesiología interviene desde su estudio en psicomotricidad y neurodesarrollo con el fin de estimular a los niños en riesgo de manera preventiva, para potenciar su capacidad de desarrollo, bienestar y autonomía personal (1). En el marco de la Atención Primaria de la Salud, a través de intervenciones simples puede promover el desarrollo normal y prevenir problemas secundarios.

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, en Florencio Varela, partido donde está inserta la Universidad Nacional Arturo Jauretche, hay 426.005 habitantes. En el Informe Final realizado por el Instituto Argentino para el Desarrollo Sustentable se afirma que en el 26,7 % de los hogares existen Necesidades Básicas Insatisfechas, propiciando así un ambiente desfavorable para el crecimiento infantil. El Barrio La Esmeralda, perteneciente a dicha localidad, cuenta con aproximadamente 7436 habitantes que comparten las características sociodemográficas. En este barrio existe un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), al que muchos de los niños asisten con frecuencia a controles, dando la posibilidad de realizar una vigilancia de su desarrollo y realizar las acciones necesarias en caso de detectar pautas de alarma.

En este contexto, el presente proyecto busca describir el desarrollo motor de los infantes de 0 a 2 años que asisten al control de niño sano en el Centro de Atención Primaria de la Salud “La Esmeralda”, y su relación con los factores socioeconómicos, a fin de proponer Intervención Kinésica oportuna.

II. Objetivos

- **General**

- Describir el desarrollo en menores de 2 años asistentes al control de niño sano en el Centro de Atención Primaria de la Salud “La Esmeralda”.

- **Específicos**

- Identificar si existe retraso de las pautas motoras en los niños menores de 2 años asistentes al control de niño sano en el Centro de Atención Primaria de la Salud “La Esmeralda”.
- Describir los factores socioeconómicos de dicha población.
- Generar una propuesta de intervención de Atención Primaria Kinésica en base a los datos obtenidos, para, de ser oportuno, implementarla junto a

los estudiantes de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

III. Justificación

La Universidad Nacional Arturo Jauretche brinda formación con una fuerte orientación hacia la Atención Primaria de la Salud. Dada su ubicación en un sector donde existe un medio- bajo nivel socioeconómico, sus actividades de extensión tienen la capacidad de impactar notablemente en la población que la rodea.

La existencia de una población vulnerable a alteraciones en el desarrollo en el Barrio La Esmeralda, y las herramientas con las que cuenta el Kinesiólogo para favorecerlo, hacen que la presente investigación cobre importancia para que se pueda implementar una intervención basada en datos concretos, que contribuyan a la mejora global de esta población específica.

Los resultados de este trabajo sentarán las bases para planificar acciones futuras, basadas en estrategias de prevención para identificar a los niños en riesgo de sufrir alteraciones en su desarrollo, intervenir oportunamente y mejorar así el desarrollo global de la comunidad, dando lugar finalmente a ciudadanos sanos y productivos.

Paralelamente resultará de utilidad para los Estudiantes de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, en vistas de que podrán articular con la comunidad llevando adelante acciones de prevención, contribuyendo a su formación.

IV. Marco teórico

IV.a Desarrollo Motor

El Desarrollo Motor (DM) es un proceso complejo, dinámico y continuo, a través del cual las personas adquieren las habilidades que dan por resultado la independencia física (10) (12).

Es un fenómeno que tiene variabilidad interindividual (1), pero que en el desarrollo típico sigue una trayectoria similar y predecible en el 95% de los niños (10).

Se rige por las siguientes leyes: Se produce en dirección cefalocaudal y de axial a distal, e inicia con la incorporación de movimientos amplios y globales, progresando a movimientos de calidad precisa y compleja (13).

En el desarrollo interactúan diversos factores, tales como la carga biológica y el medioambiente (1) mediante los cuales se organizan progresivamente las funciones cerebrales.

IV.b Control Motor

Para lograr una mejor comprensión del DM y la adquisición del movimiento es necesario conocer los conceptos de Control Motor (CM). Según la obra elaborada por Shumway Cook y Wollacot, el Control Motor es el “estudio de la causa y naturaleza del movimiento”, y está íntimamente asociado a las acciones específicas, la percepción, y la cognición. Se destaca también la importancia de la interacción entre el individuo, la actividad y el ambiente (14).

A lo largo de la historia se han elaborado diversas teorías para explicar el CM, a continuación, se describirán los aportes que han brindado las principales de ellas.

IV.c Teorías sobre el Control Motor

- Teoría Refleja: elaborada por Sherrington. Afirma que el componente básico de los movimientos son los reflejos, pero no considera la importancia del contexto.
- Teoría Jerárquica: desarrollada por Jackson, Magnus y Shaltenbrand. Sostiene que el Sistema Nervioso Central (SNC) se organiza de forma vertical y los niveles superiores ejercen control sobre los niveles inferiores. Posteriormente Gesell y McGraw postularon su Teoría Neuromadurativa donde atribuyeron el DM a la creciente corticalización del SNC dando lugar a los niveles superiores de control, y reforzando la Teoría Jerárquica. No explica los actos reflejos dominados por los niveles inferiores.
- Teoría de la Programación Motora: Considera que existen Generadores de Patrones Centrales (conexiones neurales inmodificables) que pueden generar una respuesta motora de forma independiente, donde los estímulos externos se convierten en reguladores del movimiento. No considera el medioambiente ni las variables musculoesqueléticas.

- Teoría de Sistemas: Explica que el movimiento es fruto de la interacción de diversos sistemas, considerando tanto fuerzas internas como externas. Al igual que los modelos teóricos anteriores, no considera el medioambiente.
- Teoría de la Acción Dinámica: Considera al cuerpo como a un sistema constituido por diversos elementos individuales que se autoorganizan. Según esta teoría, el SNC juega un papel casi insignificante en la producción del movimiento.
- Teoría del Procesamiento de Distribución en Paralelo: Intenta describir el movimiento desde un modelo computacional en el que el SNC recibe una información por múltiples vías (en paralelo) y se analizan en forma diferente para generar una respuesta.
- Teorías Orientadas a las Actividades: Greene supone que el principal componente del movimiento es la acción, y su producción está netamente dirigida a cumplir objetivos. No explica el rol del SNC.
- Teoría Ecológica o Ambiental: Gibson reconoce la importancia del medio ambiente donde el niño se desarrolla, situándolo como un explorador activo que responde a las variables del entorno. En esta teoría tampoco desarrolla exhaustivamente el rol del SNC. (14).

A pesar de los diferentes enfoques empleados para explicar el CM, ninguna de las teorías ha logrado dar respuesta a la totalidad de interrogantes que surgen alrededor de este tema. Es por ello que se combinan elementos de los diferentes autores para dar lugar a teorías integradas. Es el caso de la Teoría de Sistemas Dinámicos, cuyos conceptos dan sustento a este trabajo de investigación.

IV.d Teoría de Sistemas Dinámicos

La Teoría de Sistemas Dinámicos sostiene que el movimiento es el resultado de la interacción de diversos subsistemas propios del individuo, la tarea a realizar y el contexto ambiental en el que se desarrolla (15). Reconoce la importancia del SNC, pero lo ubica como un subsistema entre otros, con los que interactúa de forma dinámica para dar lugar al movimiento en respuesta a una tarea específica (1) (12).

Entre los factores que influyen en el acto motor se incluyen el sistema físico complejo (16); el estado emocional, grado de motivación, nivel de alerta, postura, fuerza muscular, condiciones biomecánicas (1); el entorno físico, cultural y socioeconómico (15).

Según esta teoría el desarrollo se produce de forma autoorganizada (1) (15) (16).

El niño es considerado dentro del contexto y el desarrollo motor emerge cuando éste tiene la posibilidad de explorar y aprender de su entorno.

IV. e Aprendizaje Motor

El Aprendizaje Motor (AM) se define como “conjunto de procesos asociados con la práctica o la experiencia que conllevan a cambios relativamente permanentes en la capacidad de realizar acciones” (14). Influyen en él factores como la edad, la raza, la cultura, la predisposición genética y, al igual que en el CM, la interacción con el entorno: un contexto rico en motivación y oportunidades para explorar darán lugar a un mayor desarrollo del aprendizaje (17).

IV.f Pautas del desarrollo

Como se mencionó previamente, el desarrollo sigue una trayectoria similar en los niños. Es fundamental conocer la secuencia estadísticamente normal de adquisición de habilidades para detectar posibles alteraciones e intervenir de forma temprana.

Arnold Gesell, psicólogo y pediatra, fue uno de los primeros en estudiar las transformaciones evolutivas de los niños: en su obra describió los aspectos básicos de la conducta infantil que hasta la actualidad sirven como base a investigaciones y a diversas escalas de evaluación del desarrollo en todo el mundo (18).

Describe al niño y su evolución abordando cuatro campos de la conducta: características motrices, conducta adaptativa, lenguaje y conducta personal – social, todas interdependientes y esenciales para un crecimiento óptimo.

A modo de resumen, las principales pautas que debe adquirir un niño desde su nacimiento hasta los 2 años son:

- Características motrices
 - El neonato cuenta con poca organización, sus actividades parecen esporádicas, se halla en una zona intermedia entre el sueño y la vigilia, se fatiga rápidamente. Hacia las cuatro semanas, en posición supina, se encuentra en actitud de reflejo tónico cervical. Reacciones bruscas,

movimientos de los miembros “en molinete”. Cierra fuertemente sus manos, es capaz de sostener un objeto, pero lo deja caer de inmediato. El campo de visión se limita a la posición de su cabeza. Escaso o nulo control cefálico, en prono es capaz de rotar la cabeza levemente apoyando la mejilla en el plano para proteger vía aérea.

- A las 16 semanas el niño aumenta su período de vigilia y con ello su actividad. Incrementa su coordinación óculo – motriz. Controla su mirada, su cabeza es más móvil, logra ubicarla en la línea al igual que a sus manos, a las que puede llevar a su boca. Presión primitiva. Ante un elemento de su interés de un tamaño distinguible para su edad, como un cubo, produce un acercamiento con la cabeza, hombros y brazos. Sostenido de pie, soporta por un breve período de tiempo su peso. En prono tiene tendencia a rolar
- Llegadas las 28 semanas el niño logra la posición sedente con ligero apoyo, en posición supina realiza esfuerzos por sentarse. Es capaz de tomar un objeto a la vista, asirlo, y pasarlo de una mano a la otra. Presión palmar-radial, comienza a oponer el pulgar. Su agudeza visual sigue desarrollándose y puede distinguir pequeños elementos. Juega con sus pies a modo de autoconocimiento. Sostenido de pie carga gran parte de su peso. En decúbito prono eleva la cabeza, apoya su cuerpo sobre manos y abdomen.
- A partir de las 40 semanas ya no tolera la posición supina y es capaz de sentarse por sí mismo manteniendo perfecto equilibrio, y hasta puede pararse sosteniéndose. Sus miembros inferiores soportan la totalidad de su peso. Inicia la presión digital con el pulgar y el índice, teniendo la capacidad de tomar elementos de pequeña escala. Se desplaza a través del gateo.
- Cuando tiene un año el gateo es mucho más ágil, tanto sobre manos y rodillas como de forma plantígrada. Tiene tendencia a la bipedestación y se desplaza con sostén. Su presión se encuentra más madura, puede soltar los objetos de forma voluntaria.
- A los 18 meses domina la marcha, camina veloz y torpemente. Perfecto manejo de la sedestación, puede subirse a una silla de adulto por sus propios medios. Puede subir escalones con ayuda y bajar solo. Puede

colocar un cubo sobre otro, arrojar una pelota, dar vuelta a las páginas de libros.

- A partir de los 2 años el niño muestra gran placer ante las actividades motoras gruesas Ya tiene la capacidad de correr, subir escalones sin ayuda, saltar adelantando un pie, patear una pelota. Su equilibrio ha mejorado considerablemente. Mayor habilidad para masticar y dar vuelta páginas de un libro. Mejora coordinación fina al punto que puede apilar hasta 6 cubos. Sus habilidades para manejar la cuchara, estar sentado más tiempo, tomar un vaso con seguridad lo integran mejor en la rutina familiar.
- Conducta adaptativa
 - Durante las primeras cuatro semanas los músculos más eficientes son los de la boca y los ojos. Reflejo de búsqueda presente. La vista suele permanecer inmóvil, fija en objetos de grandes dimensiones, puede perseguir un elemento que se desplace lentamente en menos de 90°
 - Hacia las 16 semanas puede mirar atentamente un objeto, aumenta su capacidad perceptual.
 - El niño de 28 semanas es dueño de una gran conducta manipulatoria-perceptual: inspecciona objetos tanto con la vista como con sus manos y boca.
 - A las 40 semanas la masticación y la manipulación se han vuelto notablemente eficaces. Con el dedo índice explora y palpa sumando experiencia táctil. Comienza a distinguir detalles, características y cantidades de objetos.
 - Al año diferencia formas y cantidades, tiene una mejor percepción del espacio. Inicia el garabateo y el juego social.
 - A partir de los 18 meses maneja las relaciones espaciales, conoce la ubicación de las cosas, es capaz de señalar partes de su cuerpo al nombrarlas, así como reconocer distintos objetos a través de imágenes. Ha ampliado su sentido de la verticalidad y de los finales. Su atención se inclina hacia las grandes cantidades.
 - A los dos años crece su nivel de atención, razonamiento y memoria. Reconoce figuras y algunos colores. Puede interpretar cuentos, está fuertemente atravesado por la actividad muscular. Incluye la noción de horizontalidad.

- Lenguaje
 - En el primer mes de vida el niño es capaz de contemplar sonidos, aún sin discriminar de qué se trata. Emite sonidos guturales y llanto de diferentes intensidades.
 - El niño de 16 semanas presta atención a la voz humana, y es capaz de barbullar, cloquear, runrunear, hacer gorgoritos y reír.
 - A las 28 semanas produce sonidos de vocales, consonantes, sílabas y diptongos. Comienza a comprender palabras. Voltea hacia el sonido.
 - A partir de las 40 semanas aparece la vocalización articulada. Dedicar más atención a las palabras. Imita gestos y sonidos, comprende cuando lo llaman por su nombre y le dicen “no”. Pronuncia al menos una palabra.
 - Al año el niño repite e imita, se concentra en las palabras que oye. Ha sumado al menos dos palabras. Entiende consignas simples. Utiliza las vocalizaciones para llamar la atención.
 - Hacia los 18 meses aumenta su intención comunicativa, produce hasta 10 palabras y charlas fluidas en su propia jerga. Responde a órdenes simples y reconoce figuras.
 - A los 2 años hay un crecimiento exponencial del habla articulada. Puede pronunciar frases de 3 palabras. Realiza monólogos, repite frases, canciones. Disfruta los patrones sonoros simples y las canciones que describen acciones. Utiliza el “no” de forma lógica.
- Conducta personal – social
 - En las primeras semanas de vida puede fijar transitoriamente la mirada en un rostro, se calma cuando lo alzan ante la sensación de protección.
 - A partir de las 16 semanas, el bebé demanda más atención. Reconoce la voz, las manos y el rostro de sus cuidadores. Aparece la sonrisa social. Disfruta de estar en posición sedente con sostén.
 - A las 28 semanas el niño se encuentra más concentrado en la investigación de los objetos que lo rodean que en las personas. Puede explorar por largos ratos un mismo elemento. Muestra familiaridad con las tareas de la vida cotidiana. Puede discernir entre rostros conocidos y extraños.
 - El niño de 40 semanas se encuentra inserto en la rutina familiar, disfruta de la compañía, saluda con la mano. Al reconocerse en el espejo esboza una sonrisa. Responde de forma tímida a la presencia de extraños.

- Al cumplir un año es un importante actor social en su familia. Repite acciones a fin de generar festejos en sus cuidadores. Aumenta la gama de emociones que es capaz de sentir. Reacciona a la música y a sonidos inesperados. Colabora con su alimentación y el vestido.
 - El niño de 18 meses es egocéntrico, distingue entre “mío”, “vos” y “yo”. Es independiente y disfruta del juego espontáneo. Se resiste a los cambios de rutina y aparece la conducta oposicionista. Inicia el reconocimiento del control de esfínteres. Imita acciones de sus cuidadores.
 - A los 2 años continúa el predominio del egocentrismo. Utiliza la palabra “mío”, coincidiendo con el aumento del sentido de propiedad. Incorpora los pronombres. Se reconoce en el espejo y se nombra. Predomina lo físico por sobre lo social, pero le agrada que lo rodeen. Se muestra tímido con extraños. Colabora en el vestido y desvestido activamente. Mayor control de esfínteres. Muestra cariño, obedece a órdenes simples. Manifiesta sus sentimientos: compasión, simpatía, modestia, vergüenza, culpa, angustia, alegría. Muestra pereza cuando las actividades no le representan entusiasmo. Juego dramático. Inicia la comprensión de que es alguien diferente a su Madre. Tiene noción de que es más grande que otros niños.
- (18)

Según la secuencia en la que se logren las diferentes pautas, la trayectoria del desarrollo puede clasificarse como:

- Desarrollo normal/ típico: El infante logra los hitos a un ritmo similar al de la mayoría de los niños de su edad.
- Retraso/disociación del desarrollo: El desarrollo se produce con un retardo cronológico en un área específica o de forma global, puede ser transitorio y no dejar secuelas.
- Desviación del desarrollo: Las pautas se adquieren en una secuencia diferente a la esperada
- Regresión del desarrollo: Pérdida de habilidades.
- Trastornos del desarrollo: Se trata de una alteración crónica en el SNC, que representa complicaciones en el rendimiento del niño (10) (13).

IV.g Importancia del ambiente

A partir de los años '60, Gibson introduce el concepto de ambiente en las teorías del CM y remarca la importancia de éste en la adquisición del movimiento y el aprendizaje, dado que las acciones estarían orientadas a los objetivos y la información para ejecutarlas se obtiene del medio (17). En este sentido, puede afirmarse que aprender a moverse depende (entre otros factores) de las oportunidades que brinde el entorno (12).

El contexto en el que desarrolle la vida temprana puede tener un fuerte impacto en nuestra biología (19). El medio ambiente puede ser un lugar donde proliferen las experiencias y rico en aprendizaje, fomentando un desarrollo óptimo de los niños, pero también puede considerarse un factor de riesgo en situaciones adversas. La condición socioeconómica es un determinante altamente influyente (20).

IV.h Determinantes sociales y ambientales del desarrollo

Como se ha mencionado previamente, el ambiente tiene un impacto significativo en el desarrollo infantil. Los determinantes ambientales influyen directamente en la estructura cerebral y, por consiguiente, en la conducta sensoriomotriz, la inteligencia y el aprendizaje (20).

La pobreza es un fenómeno multidimensional influido por elementos económicos, políticos, sociales, culturales, de calidad de vida, bienestar, entre otros (4), convirtiéndose así en un factor de riesgo que puede provocar malos resultados en el desarrollo infantil (21).

En situación de pobreza los niños pueden encontrarse expuestos a menos interacción sensorial y estimulación, y es en estas condiciones donde el retraso psicomotor es más frecuente y severo (4) (12). El bajo estatus socioeconómico, las necesidades básicas insatisfechas, el bajo nivel de educación parental, bajo nivel de instrucción materno, la escasa interacción padre e hijo, madres adolescentes, la angustia materna, familias desintegradas, falta de acceso a la salud, eventos familiares estresantes, el bajo peso al nacer, las malas experiencias en el cuidado, representan un factor de riesgo para el logro de los hitos del desarrollo, dando lugar en el futuro a niños con bajo rendimiento cognitivo, menores habilidades motoras y sociales, bajo rendimiento escolar y mala salud física (4) (10) (20) (21).

Dentro de los determinantes más importantes, se encuentran:

- Agua, higiene y saneamiento: La falta de acceso a agua segura aumenta el riesgo de afecciones gastrointestinales y respiratorias, su garantía reduce los costos en salud y disminuye la mortalidad infantil.
- Vivienda y hacinamiento: Los niños son quienes más tiempo pasan en el hogar, por ello su condición afecta directamente al desarrollo. El hacinamiento existe cuando hay más de 3 personas compartiendo una misma habitación, se asocia al contagio de enfermedades, violencia intrafamiliar y abuso sexual infantil. Otro de los aspectos que incide en la vivienda es su ubicación: en áreas inundables, basurales y zonas fabriles, la salud y el desarrollo se ven expuestos a mayores riesgos.
- Educación de la madre: el mayor nivel educativo actúa como un factor protector ya que la madre gestiona de mejor manera los recursos disponibles para la crianza del niño, mejorando el desarrollo cognitivo.
- Situación laboral de la madre: Si la madre trabaja y aumentan los ingresos del hogar, se muestra una mejora en las condiciones de vida y en el desarrollo infantil. Sin trabajo o con trabajo informal la familia se encuentra en situación de vulnerabilidad por no poder acceder a los beneficios de la seguridad social.
- Nutrición: Durante el embarazo la desnutrición puede generar muerte embrionaria, malformaciones, alteraciones del desarrollo cognitivo; la obesidad aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes, y la anemia predispone al bajo peso y parto prematuro. En los niños la lactancia materna es fundamental, y con alimentación complementaria insuficiente puede desarrollar anemia, baja talla y deficiencia de micronutrientes.
- Estado psicoemocional de la madre: Durante el embarazo, la ansiedad y el estrés pueden traer consecuencias en el desarrollo fetal que luego se traducirán en problemas en la infancia como trastornos en la conducta, retraso y alteración en la adquisición del lenguaje, hiperactividad y problemas emocionales, además de que puede verse afectado el vínculo Madre-hijo.
- Vínculos en el primer año de vida: son fundamentales los vínculos estables para la regulación fisiológica, emocional y neuroendócrina, contribuyen a un desarrollo saludable ya que los cuidadores representan una figura protectora en momentos de estrés y exploración.

- Violencia: tanto siendo víctima como testigo, la violencia acarrea dificultades en el aprendizaje y el desarrollo cerebral.
- Accesibilidad y calidad de atención en los servicios de salud: Debe garantizarse protección desde el embarazo y vigilancia del crecimiento (22).

IV.i Estado del arte

Se realizó una breve búsqueda de trabajos bibliográficos de los últimos 10 años que den cuenta de la relación entre el desarrollo infantil y los factores socioeconómicos. A continuación, se expone un conciso resumen de dicho material.

En el año 2012 se realizó en Bariloche un estudio sobre el desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas. Se evaluó a un total de 152 niños de 3 años asistentes a jardines de la ciudad, administrando la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) y se realizó a sus padres una entrevista para recabar información sobre las características del ambiente en el que los niños crecían y la calidad de la estimulación que recibían. El 27% de los niños no pasaron la PRUNAPE, y los resultados se asociaron a la falta de lectura, el bajo peso al nacer y el menor nivel de educación parental (23).

En el año 2014 se publicó un trabajo elaborado en Bangladesh, donde se realizó un seguimiento a 2853 niños de una zona rural de bajos recursos desde la etapa prenatal. Se tomaron medidas antropométricas al nacer, a los 12, 24 y 64 meses; a los 7 meses se administró una prueba de resolución de problemas, a los 18 meses la escala Bayley y a los 64 meses la Escala de Inteligencia de Preescolar y Primaria Wechsler (WPPSI). Para medir la situación socioeconómica se calculó un índice de riqueza considerando posesiones del hogar, posesión de la tierra y el estado de la vivienda, y se utilizó el inventario HOME para evaluar el entorno. Los resultados demostraron que la pobreza afectó el desarrollo de los niños a los 7 meses, y sus consecuencias se incrementaron hacia los 18 y 64 meses. Los factores que más influencia tuvieron sobre el crecimiento fueron la educación de los padres, el crecimiento y la estimulación en el hogar. Se implementaron programas de estimulación y en todos los casos se vieron resultados positivos, se obtuvieron beneficios en todas las edades en las que se intervino (24).

También en 2014 se realizó en nuestro país una pesquisa de problemas inaparentes del desarrollo. Se evaluaron el desarrollo psicomotor con el cuestionario Pre PRUNAPE y

PRUNAPE, la presencia de tóxicos en líquidos biológicos y el perfil nutricional; para determinar el riesgo ambiental a las madres se les hizo una encuesta sobre pautas de crianza y percepción. Las pruebas fueron aplicadas a 1341 niños menores de 6 años del partido de La Matanza y Florencio Varela, con fines comparativos. El 34,8 de los niños no pasaron la PRUNAPE, indicando alto riesgo de padecer retraso en el desarrollo. La tendencia desfavorable aumentaba desde el nacimiento hasta los 4 años. Los determinantes asociados fueron el peso al nacer, duración del embarazo, bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de educación parental (20).

En el año 2016 se publicó en Brasil un estudio donde se asoció la pobreza y el desarrollo. Para el mismo se evaluaron 319 niños de entre 36 y 48 meses aparentemente sanos con la prueba Denver II. Para medir las condiciones socioeconómicas se elaboró un instrumento adaptado a las características de ese país. El 77, 7% de los niños mostró retraso en el desarrollo, viéndose principalmente afectado el lenguaje. A mayor índice de pobreza, los menores mostraron mayor retraso. El trabajo afirma que en condiciones socioeconómicas desfavorables los niños tienen acceso a menor estimulación por parte de su familia y mayor exposición a factores de riesgo (4).

IV.j Situación socioeconómica en Argentina

En Argentina la información oficial sobre la situación socioeconómica proviene del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Los criterios que se utilizan como referencia para determinar la incidencia de la pobreza y la indigencia son:

- **Canasta Básica Alimentaria (CBA):** refiere al valor monetario mínimo necesario para cubrir alimentos y bebidas para satisfacer los requerimientos nutricionales según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En caso de que un hogar no cuente con los ingresos para cubrir la CBA, se considera que está bajo la línea de indigencia, en situación de pobreza extrema.
- **Canasta Básica Total (CBT):** Suma al concepto de CBA bienes y servicios no alimentarios esenciales, tales como la vestimenta, transporte, educación, salud, vivienda, entre otros. Si en el hogar los ingresos son insuficientes para cubrir el valor monetario de la CBT, se encuentra bajo la línea de pobreza (25).

Mediante la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) realizada en 31 aglomerados urbanos donde residen el 62% de la población nacional, se lleva adelante el relevamiento continuo de las características de la población. Según el último informe, en el segundo semestre de 2019 el 25,9% de los hogares se encontraban en situación de pobreza, que representa al 35,5% de las personas cuyo número es de 9.936.711. A su vez, el 5,7% de los hogares se encuentra bajo la línea de indigencia, representando al 8% de la población, lo que significa un total de 2.236.739 personas que se encuentran en situación de pobreza extrema. En lo que refiere a las infancias, se estima que el 52,3% de los menores entre 0 y 14 años se encuentran bajo la línea de pobreza, sin cubrir la CBT y expuestos a todos los riesgos que implica para su neurodesarrollo vivir en estas condiciones (26).

Otro de los criterios utilizados para identificar carencias en la población es el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Se considera que un hogar posee NBI cuando presenta al menos una de las siguientes privaciones:

- Vivienda: Cuando el grupo familiar vive en espacios no destinados a fines habitacionales o en viviendas precarias.
- Condiciones sanitarias: Si la vivienda no cuenta con retrete.
- Hacinamiento: Se considera si hay más de 3 personas compartiendo un cuarto.
- Asistencia Escolar: Casos en el que menores de entre 6 y 12 años no asistan a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: Hogares en los que un miembro ocupado tiene más de 4 personas a cargo, o que no ha cumplimentado el 3er grado de educación primaria.

Según el último Censo Nacional realizado en 2010, el 9,1% de los hogares tiene al menos una NBI, que representa al 12,5 de la población, y sólo en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), la cifra de niños de entre 0 y 14 años expuestos a estas insuficiencias asciende a 2.487.778 (27).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha elaborado un informe basándose en la EPH, haciendo foco íntegramente en las condiciones de vida de los menores de 17 años. Su análisis concluyó en que para el primer semestre de 2018 el 48% de la población infantil de la Nación vive en estado de pobreza multidimensional al contar con al menos una NBI, y que aproximadamente el 20% de los niños y niñas sufre privaciones severas. Al considerar sólo el factor monetario, este valor desciende

levemente afectando al 42%, de los cuales un 8% viven en hogares que no llegan a costear la CBA. Estos valores indican que la pobreza infantil es mayor que la pobreza en la población general, y representa un riesgo latente para el desarrollo de los niños y para el futuro y bienestar social del país (28).

IV.k Atención Primaria de Salud

Según la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Atención Primaria de la Salud (APS) es: “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (29). Se la considera esencial para generar y proteger la salud, ya que aborda de forma integral a las familias y el entorno en el que viven (30).

Sus orígenes se remontan a septiembre de 1978, cuando en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud desarrollada en la URSS se elaboró la Declaración de Alma Ata. A lo largo de la misma se destaca la importancia de llevar salud a la comunidad para que se produzca desarrollo económico y social sostenido, que derive en la paz mundial. Entre los puntos más importantes, expresa que la APS:

- Es el reflejo de las características generales de cada país y se basa en los datos de la Salud Pública.
- Debe centrarse en los problemas específicos de cada comunidad y buscar soluciones desde la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Abarca educación; promoción sobre nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento; asistencia materno infantil; inmunización y prevención de enfermedades y traumatismos; suministro de medicación.
- Implica que se involucren de forma comprometida tanto el sector sanitario, como la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones, entre otros.
- Apela a la autorresponsabilidad y la participación de los individuos para administrar los recursos y obtener los mejores resultados.
- Incita a trabajar en equipo, tanto personal de salud como comunidad (31).

Si bien no logró el objetivo de “Salud para todos para el año 2000”, el aporte que representa la APS a los sistemas de Salud ha sido ampliamente reconocido (30).

IV. 1 Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud (PS) nace formalmente en 1986 en la Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud, tomando como base la Declaración de Alma Ata. La OMS define a la PS como “las intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y calidad de vida mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud” (29).

La Carta de Ottawa, fruto de la conferencia del año 86, determina que la salud y su promoción no son una cuestión exclusiva del sector sanitario, sino que además requiere la acción de los individuos, las autoridades, la industria, los medios de comunicación, entre otros, para lograr sus objetivos. Así mismo, establece que los componentes básicos de la PS son:

- La elaboración de políticas públicas sanas.
- La creación de ambientes favorables.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de las aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios sanitarios para proteger la salud y considerar a individuos como un todo (32).

Tanto APS como PS se centran en la prevención de problemas de salud trabajando en forma conjunta y solidaria con las familias, conociendo sus necesidades y abordando al individuo desde una mirada integral, considerando el entorno y las características específicas de la comunidad en la que se encuentra inmerso. Ambas reconocen la educación como herramienta fundamental para empoderar a los ciudadanos. Todas las acciones están dirigidas a potenciar la salud de la población, para que ésta sea productiva y dé lugar al crecimiento económico y bienestar social de las naciones.

IV.m Rol de la Kinesiología en el desarrollo y atención primaria

El perfil formativo del Licenciado en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) tiene una fuerte orientación a la APS. En el artículo 4 de su estatuto afirma que es fin de la Institución: “Organizar, coordinar y desarrollar programas y actividades de cooperación comunitaria y de servicio público” (33). Los programas de las diferentes carreras de salud incluyen contenidos sobre APS y PS, y actividades en territorio en las que interactúan las comunidades locales y los centros de salud. Es posible afirmar que el Kinesiólogo de la UNAJ estará debidamente preparado para actuar desde la prevención, para mantener la capacidad física de las personas sanas.

La Kinesiología es una profesión que tiene múltiples incumbencias, entre ellas, la Kinefilaxia. Si nos remitimos a su origen etimológico (Kines: movimiento – Filaxia: prevención), podemos concluir en que es el uso del movimiento como recurso para la prevención de disfunciones y preservación de la salud. Dicho concepto se alinea con el de APS.

El Kinesiólogo en APS entonces deberá poner sus conocimientos académicos al servicio de la comunidad en la que se desenvuelva. Será su deber conocer a la población con la que trabaje e identificar las problemáticas que la aqueja, y en base a estos datos proponer medidas kinésicas correspondientes a la prevención y promoción de la salud. El quehacer kinésico es ampliamente conocido por su desempeño en el tratamiento y rehabilitación de enfermedades, pero en APS su rol no está igualmente difundido. Según la Licenciada Mollar (2014)(32), algunas de las tareas del Kinesiólogo como parte de un equipo de APS deben ser:

- Educar, dirigir, coordinar y difundir programas de promoción, protección y prevención desde una perspectiva kinésica.
- Implementar programas de profilaxis postural.
- Utilizar sus conocimientos para aconsejar sobre actividad deportiva adecuada.
- Promover el movimiento desde edades tempranas.
- Promover estilos de vida saludables y mejora de hábitos.
- Manejo del estrés.
- Dictado de cursos de pre y post parto.
- Informar sobre las consecuencias del tabaquismo.

- Brindar información sobre enfermedades respiratorias en la infancia y su prevención.
- Concientizar sobre el saneamiento ambiental como medida preventiva de afecciones respiratorias.
- Prevención de enfermedades laborales.
- Sumar técnicas de expresión corporal para personas con trastornos psicológicos.
- Desarrollar programas de ejercicio y actividad física específicos para las necesidades de la población.
- Realizar talleres sobre prevención de caídas.
- Llevar adelante espacios de estimulación sensorial y cognitiva.
- Generar encuentros para educar sobre la prevención de lesiones traumatológicas y deportivas.
- Promover la sociabilización, esencial para un íntegro bienestar.
- Velar por el cuidado del medio ambiente para lograr un equilibrio entre el reino animal y vegetal. (32)

Si aplicamos los anteriores conceptos a la Kinesiología Pediátrica, serán algunas de las competencias del profesional:

- Participar de la vigilancia del desarrollo de los niños valiéndose de sus conocimientos en Psicomotricidad.
- Fomentar la intervención precoz y oportuna en casos de alteraciones.
- Generar espacios de educación sobre el cuidado de la salud en la primera infancia.
- Proponer medidas de prevención desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta el contexto familiar y ambiental en el que crece el niño.
- Brindar información a los cuidadores sobre la importancia del movimiento en la niñez.
- Compartir el conocimiento con las familias a fin de promover infancias saludables.
- Impartir talleres sobre juegos para las diferentes edades.
- Despejar dudas que pudieran surgir a las familias.

En definitiva, el rol del Kinesiólogo en APS será convertirse en miembro activo de la comunidad con la que trabaja, comprometiéndose con los objetivos comunes en virtud de

contribuir a la mejora global de la sociedad, aportando los conocimientos adquiridos durante su formación.

V. Diagnóstico situacional, análisis, identificación del problema a resolver y su contexto.

V.a Situación de Florencio Varela.

Florencio Varela es un partido perteneciente a la zona sudeste del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Según el último censo, en el año 2010 vivían en la ciudad 426.005 personas (INDEC), cifra que se estima ha aumentado considerablemente debido al crecimiento exponencial de los asentamientos informales.



Florencio Varela. Fuente: varela.gov.ar

Según los datos del INDEC Florencio Varela se encuentra en el segundo puesto de los municipios con más altos niveles de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, después de Ezeiza.

Total de hogares	Vivienda inadecuada	Vivienda sin retrete	Hacinamiento	Asistencia escolar	Capacidad de subsistencia
113.135	9081 (8%)	4046 (3,6%)	8298 (7,3%)	769 (0,4%)	1080 (1%)

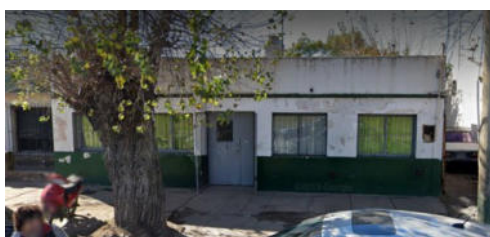
Elaboración propia en base a datos del INDEC.

El barrio La Esmeralda es un barrio vareloense ubicado en la localidad de San Juan Bautista. Hacia 2010 nucleaba a 6667 personas (35) que comparten las mismas características sociodemográficas con el partido, representando un escenario poco favorable para el desarrollo infantil óptimo.

V.b Centro de Atención Primaria de la Salud “La Esmeralda”

El CAPS La Esmeralda pertenece al Primer Nivel de Atención y se encuentra situado en la Avenida Padre Obispo Jorge Novak entre Lieja y Moranchel. Inició sus actividades en el año 1989 como sala de primeros auxilios, y actualmente es un centro que consta de 6 consultorios y una sala de enfermería, y ofrece atención médica general, ginecológica, obstétrica, y pediátrica. Además de desarrollar tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, el CAPS constituye un centro de prácticas pre profesionales para estudiantes de las diversas carreras de Salud de la UNAJ, brindando enriquecedoras experiencias a través del contacto con la comunidad y el trabajo en equipo junto al personal.

Existe en este centro de atención un gran sentido de pertenencia, se percibe la comodidad y la confianza de los asistentes para con los integrantes de la institución. Los profesionales se involucran con la comunidad, conocen a las familias y sus realidades, y éstas responden comprometiéndose con su propia salud, manteniendo la constancia en la asistencia a los controles periódicos.



Centro de Atención Primaria de la Salud “La Esmeralda”. Fuente: Google Maps.

V.c Control de Niño Sano

Una de las principales actividades que se realiza en el CAPS La Esmeralda es el Control de Niños Sanos, organizado de tal manera que un mismo profesional es quien realiza mes a mes un seguimiento longitudinal a lo largo de la vida del niño, fortaleciendo el vínculo con las familias y abordando de manera personalizada e integral cada caso. En la consulta se elabora una historia clínica completa con datos del niño y del grupo familiar, que incluye antecedentes perinatales, posnatales, y datos del contexto sociocultural. Luego se realiza un examen físico minucioso: en recién nacidos se practica un fondo de ojos para descartar patologías congénitas y se indica la realización del estudio de otoemisiones acústicas para evaluar la audición. Se efectúa un examen neurológico acorde a la edad del paciente. Se llevan adelante mediciones de peso, altura y perímetro cefálico a fin de calcular el percentil. Se auscultan el corazón y los pulmones, se palpa el abdomen, se ejecutan las maniobras de Ortolani y Barlow para evaluar las caderas. La vigilancia del desarrollo se implementa a través del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI), cuyo contenido se expondrá en el próximo apartado. También en la visita se realizan las acciones de promoción de la lactancia materna exclusiva, hábitos saludables y control del calendario de vacunas. Durante el embarazo y el primer año del niño, el CAPS provee a las familias leche en polvo para contribuir con la nutrición. Hay además espacio para disipar las inquietudes de los cuidadores, quienes encuentran en el médico su primer contacto con el sistema de salud.

V.d Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI).

El Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil fue elaborado en base a escalas validadas entre los años 2012 y 2014 por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, consensuado por la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de la Primera Infancia, la Universidad de Buenos Aires y especialistas de hospitales de Pediatría. Se difunde desde 2016 y se implementó en el año 2017 (36).

El objetivo del IODI es ordenar la consulta y observar los diferentes aspectos del desarrollo acorde a la edad de los niños. No tiene fines diagnósticos, sino detectar factores de riesgo y signos de alarma para lograr la intervención temprana oportuna. La ventaja de

este instrumento es que es de fácil administración y no requiere capacitación previa a diferencia de otros.

Está compuesto por una grilla (Ver anexo XI.a) que incluye datos personales del paciente, ítems sobre el vínculo entre el niño y el cuidador, y a continuación las pautas específicas del desarrollo según la edad dividido en cuatro áreas: Socioemocional (SE), comunicación (C), motriz (M) y coordinación visomotora y cognitiva (CVMC). El observador debe completar cada casillero según corresponda: con la letra O (Observado) en caso de que el niño cumpla con la pauta; con P si esta no se pudo observar, pero si se pregunta al cuidador y éste afirma que es lograda por el niño; con N si no fue logrado y el cuidador confirma que aún no domina la habilidad analizada, y se deja vacío en caso de que no se pueda evaluar. Cada casillero tendrá asignado un color que determinará si la adquisición de habilidades se corresponde con la edad del infante: verde si lo logra dentro del rango de edad habitual, naranja para un rango de riesgo, y rojo que indica alarma.

La información obtenida por el IODI debe ser interpretada teniendo en cuenta todos los datos recabados en la consulta, el mero hecho de que una pauta no se realice en la edad esperada no es motivo suficiente para sugerir intervenciones en otros niveles de atención, sino que es necesario un análisis integral antes de llevar adelante medidas específicas.

V.e Problemática

Dadas las características generales de la población de Florencio Varela y el Barrio La Esmeralda, existe la posibilidad de que los niños asistentes a la consulta de Control de Niño Sano estén expuestos a determinantes de la salud que pudiesen impactar negativamente en su desarrollo.

V.f Método

Se realizó un trabajo de campo consistente en un relevamiento sobre el desarrollo infantil de los niños y la situación socioeconómica de las familias, asistiendo a las consultas de Control de Niño Sano con previa autorización de los responsables del CAPS La Esmeralda. En primera instancia se explicó a las familias los fines de la recolección de

datos, se preguntó si estaban de acuerdo con participar y se procedió con la firma de un consentimiento informado (ver Anexo XI.c).

- Tipo de trabajo: Diagnóstico sociocomunitario con propuesta de intervención.
- Diseño: Descriptivo, observacional y transversal.
- Lugar y período: Se llevó adelante en el Centro de Atención Primaria de la Salud “La Esmeralda”, Florencio Varela, en el marco del Control del Niño Sano, en el consultorio del Médico Mario Maugeri los días martes de 9:30 a 12:30. El período de recolección de datos se extendió desde el 9 de octubre de 2018 hasta el 29 de enero de 2019, asistiendo cada semana en la que se prestó atención.
- Población y muestra: El Universo de este trabajo está conformado por los niños asistentes al Control de Niño Sano los días martes, pacientes del Médico Mario Maugeri. En el centro se programaba el turno a 3 menores por hora, número que variaba dado que, durante el período de observación, el médico también cubría las actividades del sector guardia. Se participó de aproximadamente 80 consultas, en las que además se vio en reiteradas ocasiones al mismo niño por tratarse de controles mensuales. La muestra se limita a los niños de hasta 2 años de edad sin patología preexistente, siendo en total, 40.
- Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron a los niños menores de 2 años con cita previa a control de niño sano. Fueron excluidos los niños mayores de 2 años, niños con patologías crónicas preexistentes y aquellos que se atendieron por servicio de guardia.
- Instrumentos de recolección de datos: Para evaluar las condiciones socioeconómicas se elaboró una encuesta en base a los factores de riesgo medioambiental considerados por el Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría (ver Anexos XI.b).

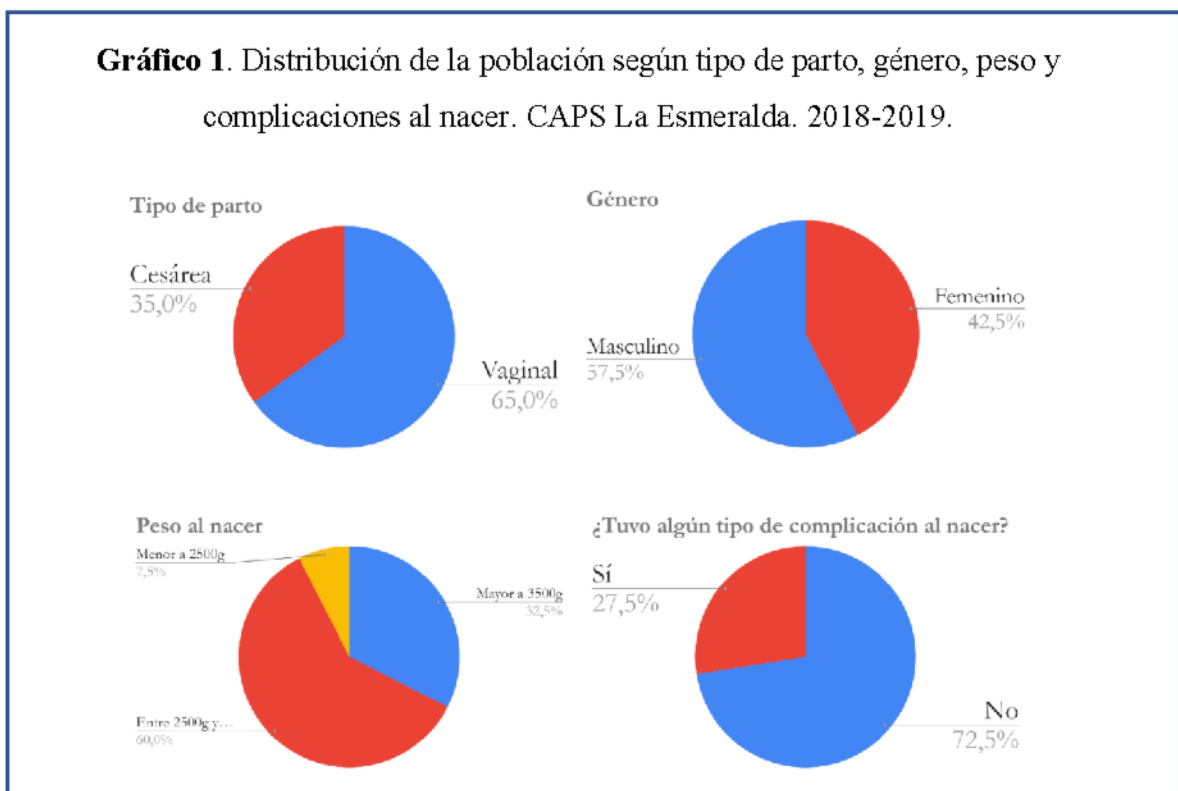
Los datos correspondientes al desarrollo infantil se documentaron a través del IODI (Ver anexo XI.a), bajo la supervisión del médico y docente. Incluye variables vinculares, de coordinación visomotora y cognitiva, socioemocionales, motoras y de comunicación. Cada intervalo de edad tiene asignados hitos esperables y usa como referencia tres colores: verde o gris claro para el rango en el que se espera que el niño cumpla con la conducta; naranja o gris medio para situaciones que requieren ser evaluadas con mayor atención; rojo o gris oscuro para indicar alarma.

- Proceso de análisis de la información: La información obtenida fue analizada mediante las aplicaciones de Google Forms, y se utilizaron gráficos de torta y de barra para su correspondiente presentación.

VI. Resultados

VI.a Resultados del relevamiento.

Tras la recolección de datos en el período especificado, se evaluaron a 40 niños de hasta 2 años asistentes al Centro de Salud.



Del total de niños observados, 26 nacieron por vía vaginal y 14 por cesárea. 23 pertenecían al género masculino y 17 al género femenino. El peso al nacer se situó para 24 bebés entre 2500g y 3500g, 13 pesaron más de 2500g y sólo 3 tuvieron un peso por debajo de los 2500g. En cuánto si tuvieron complicaciones al momento de nacer, en 11 casos los neonatos cursaron sus primeras horas de vida en la Unidad de Cuidados Intensivos, las causas mencionadas fueron: bajos valores de APGAR, ictericia, intolerancia al alimento, infección urinaria, trastornos respiratorios, prematuridad, poco líquido amniótico, circular de cordón y uso de fórceps. En todos los casos la evolución fue positiva y los menores lograron sobreponerse sin secuelas.

VI.b Resultados del IODI

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos tras aplicar el IODI como herramienta para la vigilancia del desarrollo. En el caso de 4 niños prematuros se utilizó la edad corregida para evaluar los distintos hitos del desarrollo. En el caso de los hitos que de no cumplirse en determinada edad representan un riesgo para el desarrollo, se colocó (R) para facilitar su distinción.

Tabla 1. Características del vínculo bebé-cuidador brindadas por el IODI. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

Características del vínculo bebé-cuidador	Logrado	No logrado	No evaluado
El cuidador responde a las necesidades del bebé	39(97,5%)		1(2,5%)
El cuidador lo mira cuando le habla	33(82,5%)	7(17,5%)	-
Hay intercambio de miradas entre el niño y el cuidador	32(80,0%)	7(17,5%)	1(2,5%)

El primer ítem plantea si el cuidador responde a las necesidades del bebé. En 39 ocasiones la respuesta fue afirmativa, siendo el cuidado el encargado de ubicar al niño en la camilla desvestirlo, calmarlo, o cambiar el pañal en caso de ser necesario. En un caso no se pudo evaluar ya que el niño permaneció profundamente dormido durante toda la examinación. El segundo ítem indaga sobre si el cuidador mira al infante cuando le habla; en 33 casos la respuesta fue afirmativa, mientras que en los 7 restantes el adulto responsable raramente dirigía la mirada al niño para hablarle. Sobre si hay intercambio de miradas entre el niño y el cuidador, en 32 casos se dio fluidamente, en 7 ocasiones el cuidador no interactuó con el niño más que para seguir las indicaciones del médico, mientras que en el caso restante el bebé durmió durante toda la consulta.

VI.b.1 Conductas del primer trimestre

Para el primer grupo de edad se evaluaron en total 12 niños de hasta 2 meses, de los cuáles 10 aplicaban para observar los dos últimos ítems expuestos.

Tabla 2. Evaluación del primer trimestre mediante el IODI. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

Pauta	Logrado	No logrado	No evaluado
Se calma cuando lo alza su cuidador SE	7 (58,4%)	2 (16,7%)	3 (25,0%)
Reacciona a un sonido o voz C	12 (100%)	-	-
Demuestra gestualmente placer o displacer SE	11(91,7%)	1 (8,3%)	-
Fija la mirada/ muestra interés en el rostro SE	12 (100%)	-	-
Sonríe cuando lo miran (Sonrisa social) SE	11(91,7%)	1 (8,3%)	-
Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC	9 (75,0%)	3 (25,0%)	-
Emite sonidos/ gorjeo C	11(91,7%)	1 (8,3%)	-
Sostén cefálico M	10 (100%)	-	-
Interactúa con el adulto SE	7 (70,0%)	1 (10,0%)	2 (20,0%)

Para los bebés que transitaban el primer trimestre de vida no se identificaron situaciones de alarma. Si bien hubo hitos no logrados, en este rango de edad no representan riesgo para el desarrollo. Con respecto a la única pauta motora incluida en este grupo (sostén cefálico) el 100% de los niños observados ya era capaz de dominarla.

VI.b.2 Conductas del segundo trimestre

El segundo grupo corresponde a 7 bebés de entre 3 y 5 meses. En este grupo de edad el incumplimiento de determinadas pautas constituye un llamado de atención que debe ser valorado en su contexto. Para identificarlas con mayor facilidad, en el cuadro se exponen con una (R) al final de la oración.

Se suma la columna “N/C” (No Corresponde), para contabilizar a los niños en los que por su edad específica expresada en meses no correspondía observar el cumplimiento de determinadas pautas según la grilla del IODI.

Tabla 3. Evaluación del segundo trimestre mediante el IODI. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

Pauta	Logrado	No logrado	No evaluado	N/C
Demuestra gestualmente placer o displacer SE (R)	4 (80,0%)	1 (20,0%)	-	2
Emite sonidos/ gorjeo C (R)	6 (85,7%)	1 (14,3%)	-	-
Lleva las manos a la línea media CVMC	6 (85,7%)	1 (14,3%)	-	-
Busca con la mirada alguna fuente de sonido CVMC	7 (100%)	-	-	-
Intenta tomar un objeto CVMC	4 (66,7%)	2 (33,3%)	-	1
Intenta ponerse de costado CVMC	7 (100%)	-	-	-
Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC	2 (100%)	-	-	5
Participa del juego de la escondida ("acá está")	1 (50,0%)	1 (50,0%)	-	5

En el grupo que correspondía observar si demuestra gestualmente estados de placer o displacer se concluyó en que uno de los niños no era capaz de expresarlo. De igual manera, al indagar sobre la emisión de sonidos y gorjeos, en un caso la respuesta fue negativa. El incumplimiento de estas pautas para este rango de edad representa un signo de alarma.

Los ítems no logrados restantes hacen al seguimiento del niño y servirán para comparar mes a mes el desarrollo, según el IODI dentro de este período aún no ameritaban intervenciones mayores.

VI.b.3 Conductas del tercer trimestre

Se observó un total de 12 niños de entre 6 y 8 meses que asistieron al control de salud durante el período previamente especificado.

Tabla 4. Evaluación del tercer trimestre mediante el IODI. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

Pauta	Logrado	No logrado	No evaluado	N/C
Intenta tomar un objeto CVMC (R)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	-	3
Intenta ponerse de costado CVMC (R)	8 (66,7%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	-
Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC	9 (75,0%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	-
Participa del juego de la escondida ("acá está") SE	9 (75,0%)	3 (25,0%)	-	-
Se angustia frente a desconocidos SE	6 (50,0%)	6 (50,0%)	-	-
Se sienta solo sin apoyo M	6 (50,0%)	6 (50,0%)	-	-
Expresa sus emociones SE	12 (100%)	-	-	-
Emite sílabas (balbuceo) C	11(91,7%)	1 (8,3%)	-	-
Se desplaza (repta o gatea) M	3 (25,0%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)	-
Se para solo, con apoyo M	3 (50,0%)	3 (50%)	-	6
El niño se comunica de forma verbal o no verbal C	5 (50,0%)	3 (30,0%)	2 (20,0%)	2
Imita gestos SE	2 (33,3%)	4 (66,7%)	-	6
Reacciona al NO del adulto SE	-	4 (80,0%)	1 (20,0%)	7
Da pasos con sostén M	-	3 (100%)	-	9

En este grupo se identificaron riesgos en dos ítems. Al presentar un objeto colorido dentro del campo visual de los bebés, en 8 casos hubo atención y franca intención de tomarlo, mientras que en uno de los casos no se mostró interés y el cuidador confirmó que no era una pauta lograda. Al colocar a los niños en decúbito supino, el 25% de ellos permanecieron en dicha posición sin intentar ponerse de costado, mientras que el resto iniciaba el movimiento tal como se espera para este trimestre. Si bien en esta etapa se observó que varias habilidades aún no fueron dominadas, según el criterio del IODI aún no constituían un signo de alarma por encontrarse dentro de un rango de adquisición esperable.

VI.b.4 Conductas del cuarto trimestre

Los niños que transitaban su cuarto trimestre de vida al momento de la observación fueron en total 5.

Tabla 5. Evaluación del cuarto trimestre mediante el IODI. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

Pauta	Logrado	No logrado	No evaluado	N/C
Se angustia frente desconocidos SE (R)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	2
Expresa sus emociones SE (R)	4 (80,0%)	1 (20,0%)	-	-
Se desplaza (repta o gatea) M	3 (60,0%)	2 (40,0%)	-	-
Se para solo, con apoyo M	5 (100%)	-	-	-
Responde cuando lo llaman por su nombre C	5 (100%)	-	-	-
El niño se comunica de forma verbal o no verbal C	5 (100%)	-	-	-
Imita gestos SE	4 (80,0%)	1 (20%)	-	-
Reacciona al NO del adulto SE	5 (100%)	-	-	-
Da pasos con sostén M	5 (100%)	-	-	-
Realiza gestos para medir y mostrar CVMC	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	2
Juega a poner o sacar objetos CVMC	2 (66,7%)	-	1 (33,3%)	2
Camina solo M	-	2 (100%)	-	3
Comprende consignas simples M	2 (100%)	-	-	3
Dice por lo menos una palabra C	2 (100%)	-	-	3
Colabora para vestirse o desvestirse CVMC	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	2

Frente a la presencia de desconocidos, uno de los niños demostró angustia mientras que a dos de ellos les resultó indiferente. Al indagar sobre la expresión de emociones tales como enojo, miedo, alegría, en 4 casos los bebés fueron capaces de manifestarlas y en un caso el cuidador confirmó que el niño aún no contaba con esta habilidad. El incumplimiento de estas dos pautas en este grupo de edad constituye un signo de alarma. Para las pautas incumplidas restantes, el IODI considera que aún están dentro de un período seguro en el que el niño puede lograrlas.

VI.b.5 Conductas de 12 a 17 meses

El último grupo de edad observado corresponde a 4 niños de entre 12 y 17 meses. Se suprime la columna “N/C” (No corresponde) dado que, por la edad de los menores, todas las pautas ameritaban ser observadas según la grilla del IODI.

Tabla 6. Evaluación del grupo de 12 a 17 meses mediante el IODI. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

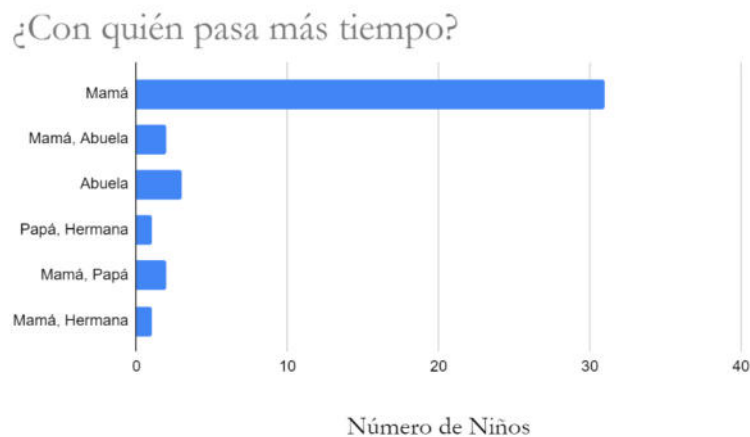
Pauta	Logrado	No logrado	No evaluado
Se desplaza (repta o gatea) M	3 (75,0%)	1 (25,0%)	-
Da pasos con sostén M	4 (100%)	-	-
Realiza gestos para pedir y mostrar CVMC	4 (100%)	-	-
Juega a poner y sacar objetos CVMC	4 (100%)	-	-
Camina solo M	2 (50,0%)	2 (50,0%)	-
Comprende consignas simples M	4 (100%)	-	-
Dice por lo menos una palabra C	3 (75,0%)	1 (25,0%)	-
Colabora para vestirse o desvestirse CVMC	3 (75,0%)	1 (25,0%)	-
Logra comer solo parte del alimento M	3 (75,0%)	1 (25,0%)	-
Patea una pelota M	-	4 (100%)	-

Al consultar si los niños reptaban o gateaban, 3 de los niños dominaban esta habilidad y en un caso no se había logrado. Al observar globalmente a este bebé, se corroboró que se desplazaba con intención y agilidad sujetándose de las superficies que lo rodeaban. Para la edad de los niños observados, según el IODI no se consideran de alarma las pautas incumplidas de este grupo.

VI.c Resultados de la encuesta

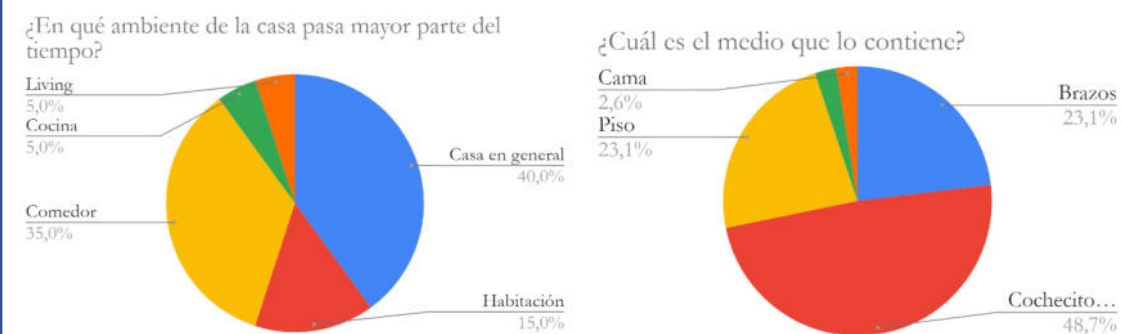
A continuación, se expondrán los resultados de la encuesta realizada a los cuidadores de los niños, para obtener una idea estimativa de la forma de vida de las familias del barrio La Esmeralda.

Gráfico 2. Recuento de la pregunta ¿Con quién pasa más tiempo? CAPS La Esmeralda. 2018-2019.



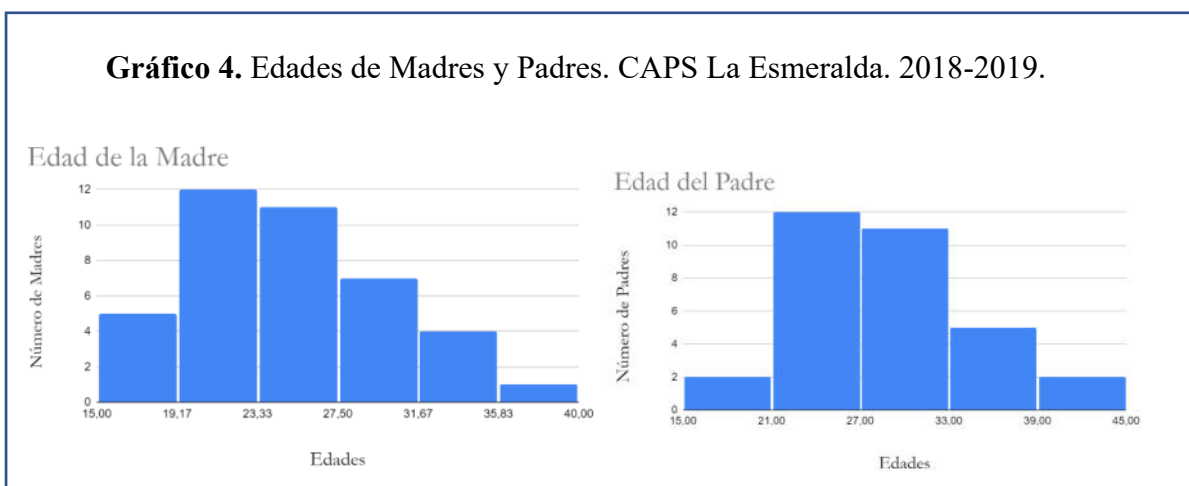
Al consultar con quién pasa más tiempo el menor, en el 90% de los casos se informó que la Mamá fue la principal cuidadora, en segundo lugar la abuela, en tercer lugar el padre y por último se mencionó la participación de los hermanos.

Gráfico 3. Recuento de las preguntas ¿En qué ambiente de la casa pasa mayor parte del tiempo? ¿Cuál es el medio que lo contiene? CAPS La Esmeralda. 2018- 2019.

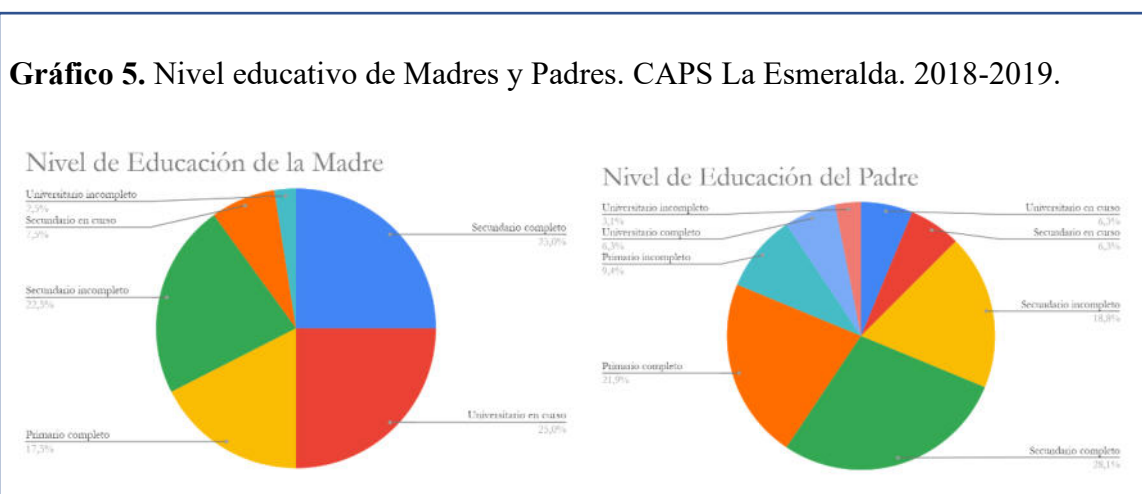


La mayor parte del tiempo los niños estaban integrados a la rutina familiar circulando por la casa en general (40%), pero en el 15% de los casos se mencionó que los niños pasaban gran parte del día en la habitación. Casi la mitad del grupo evaluado transcurría sus horas diurnas en el cochecito o huevito, un 23,1% lo hacía en el piso y otro 23,1% en los brazos de sus cuidadores.

VI.c.1 Características familiares



Las edades de las Madres fueron desde los 16 a los 38 años, situándose la media en 25,3 años. De 40 padres, 32 estaban presentes en la crianza del niño; su edad fue desde 18 a 43 años, con una media de 27,7 años.



En todos los casos las Madres habían cumplimentado al menos la educación primaria: un 25% se encontraba cursando estudios universitarios; el 22,5% de ellas inició la secundaria sin culminarla; el 17,5% tenía su nivel primario completo; 7,5% se encontraba cursando

sus estudios secundarios; el 2,5% restante había iniciado y abandonado sus estudios universitarios. En cuanto al nivel de educación del Padre, el 28,1% había finalizado sus estudios secundarios; 21,9% tenía sus estudios primarios completos; 18,8% había iniciado y abandonado la escuela secundaria; 9,4% no tuvo oportunidad de terminar la primaria; 6,3% cursaban su educación secundaria; 6,3% se encontraban estudiando en la Universidad; 6,3% eran graduados universitarios; y 3,1% habían iniciado y abandonado sus estudios universitarios.

Gráfico 6. Situación laboral de la Madre y el Padre. CAPS La Esmeralda. 2018- 2019.



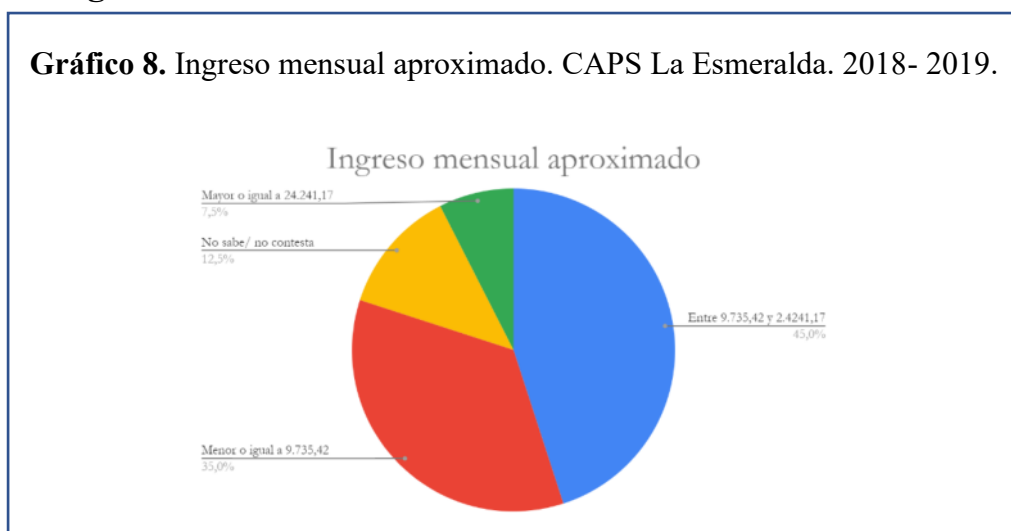
El 90% de las madres no trabajaban de forma remunerada; 7,5% poseían trabajo formal y 2,5% informal. El 37,5% de los Padres trabajaba de manera formal; 37,5% de manera informal; 21,9% no tenía trabajo al momento de la encuesta y el 3,1% trabajaba por jornada.

Gráfico 7. Cantidad de personas en el hogar y problemas de salud en la familia. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.



En la mayoría de las casas vivían entre 3 y 5 personas, mientras que en algunos la cantidad de habitantes llegó a ser de hasta 17. En el 72,5% de los hogares no existían problemas de salud entre los integrantes, mientras que en el 27,5% al menos un familiar padecía una afectación crónica.

VI.c.2 Ingresos familiares

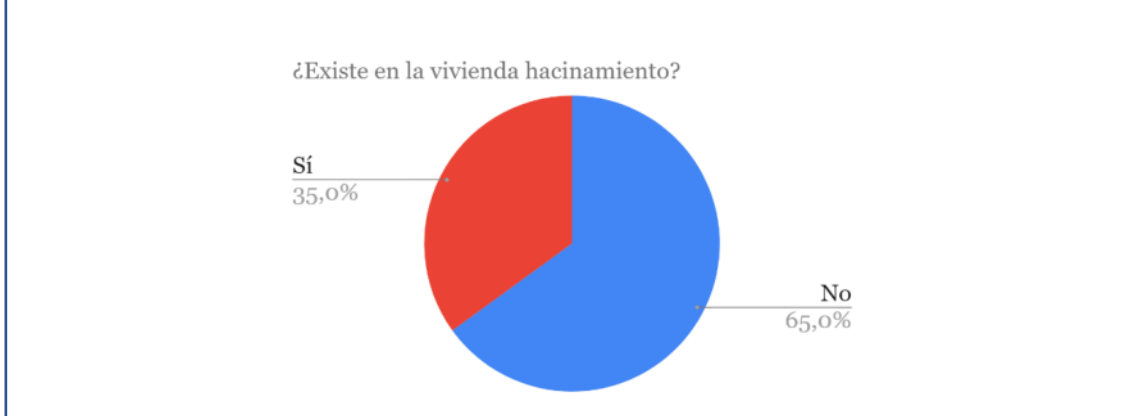


Dados los fines del presente trabajo, para analizar los ingresos se consideró el monto necesario para que una familia constituida por dos adultos y dos niños cubra la CBA y la CBT. En el período que se realizó el relevamiento, la CBA costaba \$9.735,42 y la CBT \$24.241,17. El 45% de las familias percibía ingresos que los ubicaba bajo la línea de pobreza; el 35% de ellas se encontraba bajo la línea de indigencia; 12,5% no supieron dar información de los ingresos en el hogar; el 7,5% restante contaba con ingresos para cubrir tanto CBA como CBT.

VI.c.3 Características de la vivienda

El 82,5% de los grupos familiares eran propietarios de sus viviendas, 10% alquilaba y 7,5% vivía en espacios prestados. La mayoría de las casas tenían entre 2 y 4 ambientes.

Gráfico 9. Existencia de hacinamiento en la vivienda. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.



Al relacionar cantidad de personas conviviendo en una casa y cantidad de ambiente (sin contar baño y cocina), calculamos el hacinamiento. En el 35% de los casos hubo más de 3 habitantes por ambiente, por lo que podemos afirmar que estas familias se encuentran hacinadas.

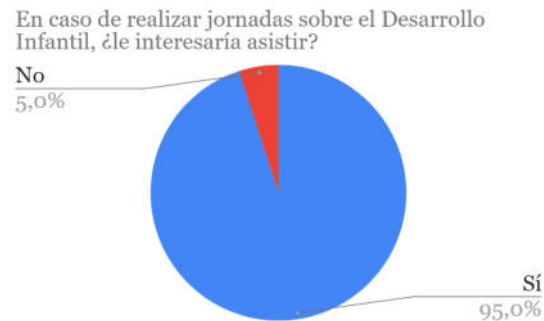
Tabla 7. Servicios y espacio exterior de la vivienda. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

Característica	Sí	No
Tiene electricidad	40 (100%)	-
Tiene agua potable	38 (95,0%)	2 (5,0%)
Tiene gas natural	11 (27,5%)	29 (72,5%)
Tiene cloacas	13 (32,5%)	27 (67,5%)
Tiene patio	38 (95,0%)	2 (5,0%)
Hay basura alrededor	14 (35,0%)	26 (65,0%)

La totalidad de las viviendas tenían acceso formal a la red eléctrica. 95% tenía acceso a agua de red, mientras que 5% se abastecía de agua de pozo. El gas natural llegaba a 27,5% de los hogares. La eliminación de excretas a través de cloacas sólo se daba en el 32,5% de las viviendas, en tanto el 67,5% restante hacía uso de pozo negro. En el 95% de los casos se contaba con un patio del cual los niños podían hacer un uso activo. El 35% de los encuestados refirió que alrededor de su hogar había importantes cúmulos de basura.

VI.c.4 Sobre las jornadas de desarrollo infantil

Gráfico 10. Interés en jornadas sobre el desarrollo infantil. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

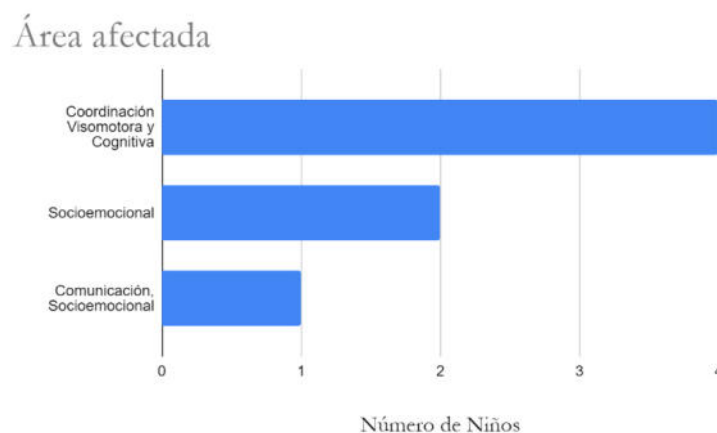


La encuesta finalizaba consultando si les interesaría participar de jornadas sobre Desarrollo Infantil, donde se explique sobre el crecimiento de los niños y cómo brindarles mejores herramientas para potenciarlos. 95% de los cuidadores respondieron que sí, contra un 5% que preferiría no asistir.

VI.d Características del grupo con pautas de alarma en el desarrollo

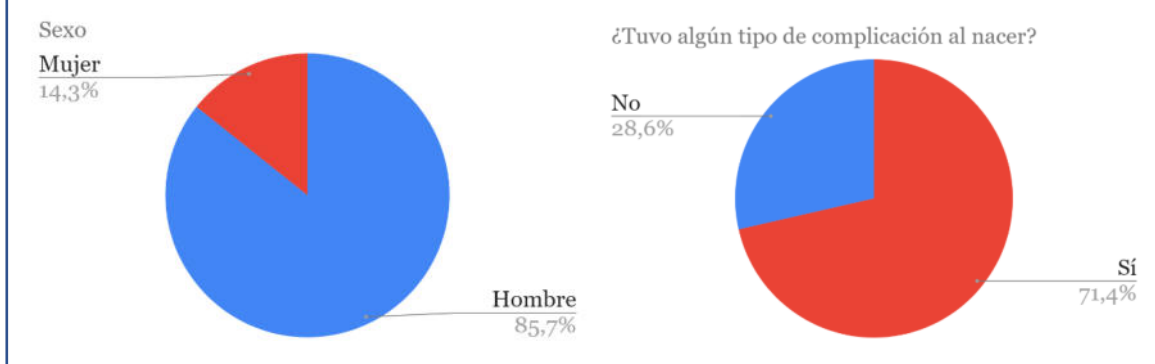
Del total de niños observados, 7 no lograron al menos una de las pautas esperadas para su edad en el rango establecido, lo que representa al 17,5% de la muestra.

Gráfico 11. Distribución según área del desarrollo afectada. CAPS La Esmeralda. 2018-2019



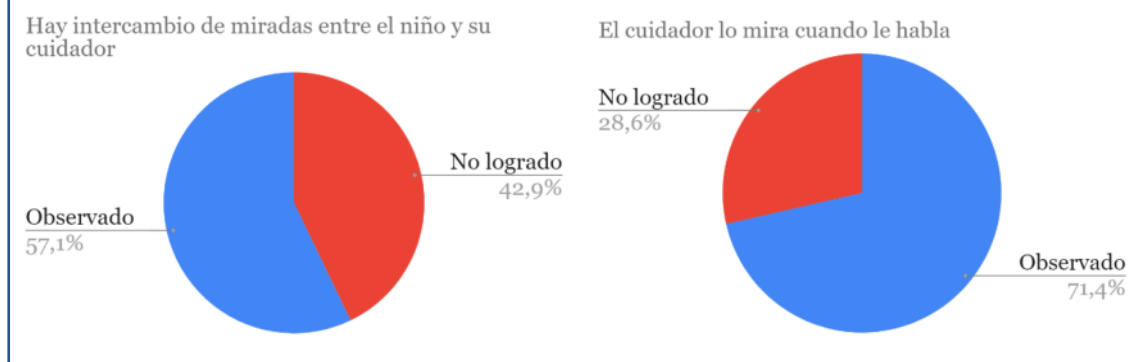
El área del desarrollo más comprometida fue la Coordinación Visomotora y Cognitiva, dado que 4 de 7 niños incumplían una pauta de este tipo. En el área Socioemocional 3 niños tuvieron afectación, uno de ellos no lograba dos de las pautas de dicha área esperadas para su edad y en uno de los casos se sumó la Comunicación.

Gráfico 12. Distribución de los niños con pautas de alarma en su desarrollo según sexo y existencia de complicaciones al nacer. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.



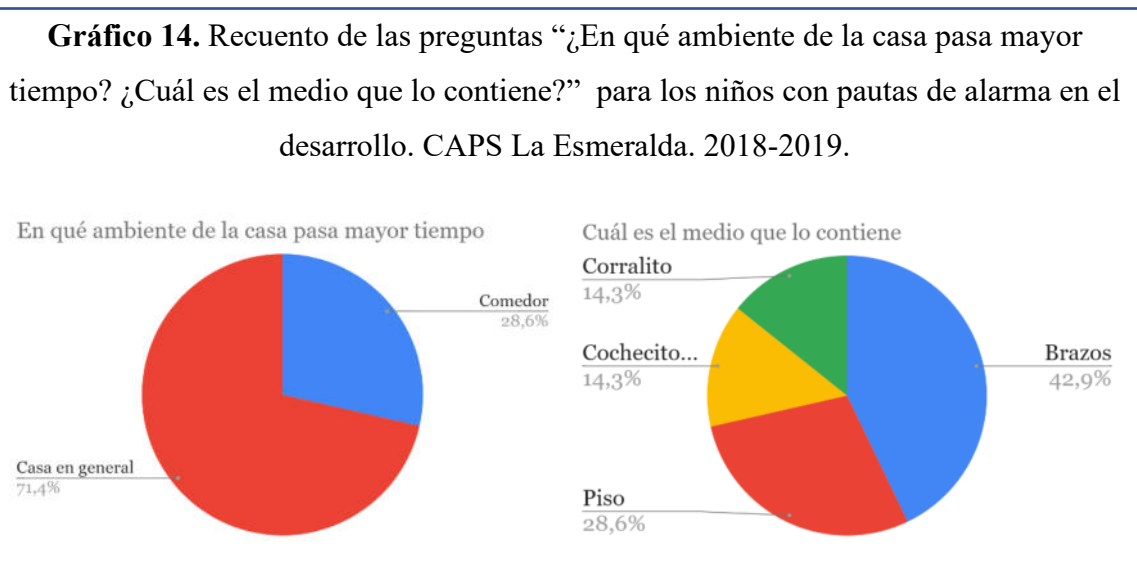
La mayoría de bebés en situación de alarma fueron varones. 5 de ellos habían sufrido algún tipo de complicación al nacer, de las que se nombraron infección urinaria, intolerancia al alimento, dificultad respiratoria, poco líquido amniótico al momento del parto. Como se mencionó previamente, todas las situaciones se declararon como resueltas sin secuelas.

Gráfico 13. Características del vínculo entre niños con pautas de alarma en el desarrollo y sus cuidadores. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

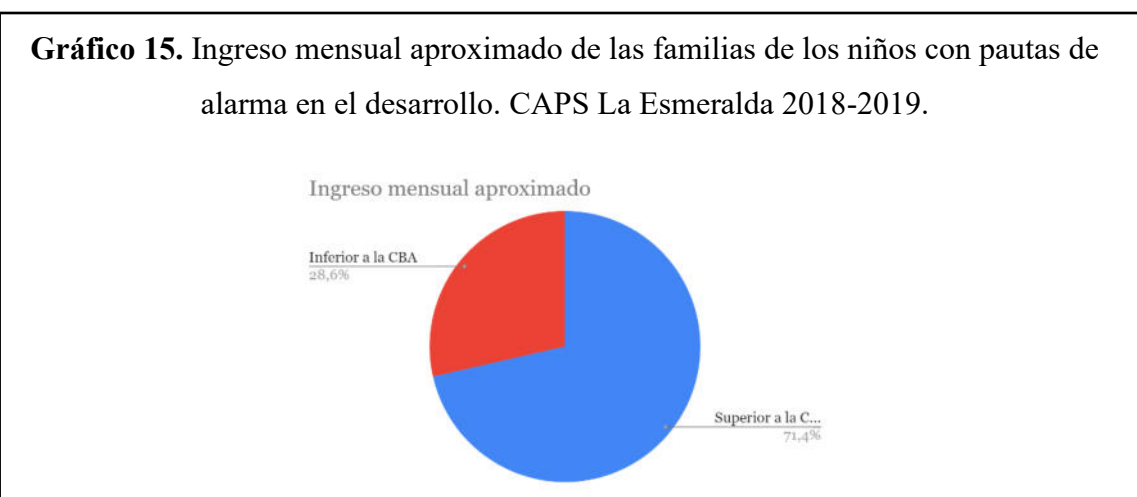


En la totalidad de los casos, los cuidadores respondían a las necesidades básicas de los bebés. En 3 oportunidades no se observó intercambio de miradas entre los niños y sus cuidadores durante la consulta. Al dirigirse a los menores, 2 los adultos responsables lo

hicieron sin mirarlos de forma directa. La presencia de un vínculo positivo entre cuidadores y niños en pleno desarrollo es esencial, ya que se considera un factor que potencia la autoestima, la autonomía y el movimiento libre bajo la mirada protectora del adulto. El hecho de que existan dificultades en la construcción de esta relación invita a indagar más e intervenir oportunamente para favorecer el desarrollo del bebé.

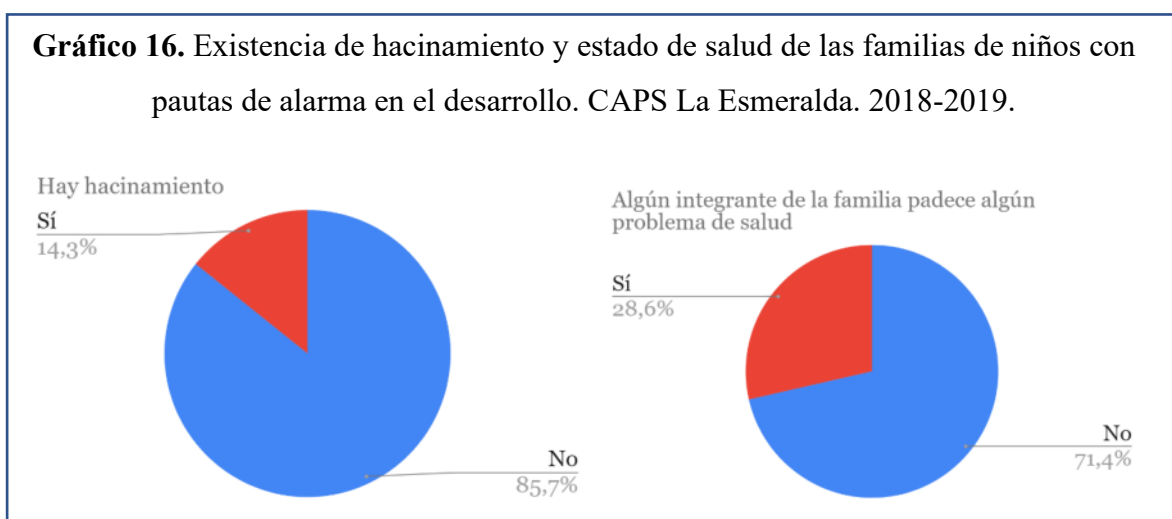


Los niños pasaban su día en los diversos ambientes de la casa, situación que sugiere que eran partícipes activos de la rutina familiar. El medio que los contenía la mayor parte del tiempo fue en el 42,9% de los casos, los brazos; en el 28,6% se desplazaban por el piso; 14,3% en el cochecito y el 14,3% restante en el corralito. Períodos de tiempo largos en el cochecito y corralito atentan contra el desarrollo ya que la libertad de movimiento y exploración del entorno es escasa.



Las madres de este grupo de niños eran adultas de entre 18 y 33 años, todas con instrucción escolar superior a la primaria completa y desocupadas al momento de la consulta. En 6 de los 7 casos los padres participaban de la crianza del niño, todos adultos de entre 22 y 40 años con educación superior a la primaria completa; dos de los padres tenían acceso a trabajo formal, dos a trabajo informal y dos se encontraban desocupados.

En cuanto a los ingresos, en 28,6% de los casos eran insuficientes para cubrir la CBA, lo que coloca a la familia bajo la línea de indigencia. El 71,4% restante llegaba a costear la CBA pero seguía sin poder cubrir la CBT, ubicando a las familias por debajo de la línea de pobreza.



En uno de los 7 casos existía hacinamiento en la vivienda, situación que expone a la posibilidad de enfermedades, abuso y violencia. En dos familias, los niños convivían con integrantes con problemas de salud, lo cual implica que se destinen mayores recursos económicos y atención hacia estas personas.

Gráfico 17. Existencia de basura alrededor de la vivienda de niños con pautas de alarma en el desarrollo. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.



Al indagar si alrededor de la vivienda había basura, en más de la mitad de las encuestas la respuesta fue afirmativa. Posiciona a los niños en una situación de vulnerabilidad, ya que los expone a agentes contaminantes y a la reducción de la disponibilidad del espacio para explorar.

VI.f Comparación de situaciones entre niños con riesgo en el desarrollo y niños fuera de riesgo.

A continuación, se expondrán tablas comparativas con los principales factores de riesgo observados tras el relevamiento realizado en el Centro de Atención Primaria de la Salud La Esmeralda a los niños menores de 2 años. No se consideraron los ingresos del hogar, dado que más del 90% de las familias vivía bajo condiciones de pobreza e indigencia. Bajo el mismo criterio, no se incluyó la educación materna ya que todas las madres habían cumplimentado al menos sus estudios primarios, actuando como factor protector del desarrollo.

Tabla 8. Proporción por género de niños en riesgo y fuera de riesgo del desarrollo. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

	En riesgo	Fuera de riesgo	Total
Sexo masculino	6	17	23
Sexo femenino	1	16	17
Total	7	33	40

El 26% de los niños pertenecientes al género masculino incumplió alguna pauta del desarrollo esperada para su edad, mientras que en el género femenino sólo se observó en el 5,9% de las niñas.

Tabla 9. Proporción según existencia de intercambio de miradas entre cuidadores y de niños en riesgo y fuera de riesgo del desarrollo. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

	En riesgo	Fuera de riesgo	Total
Hay intercambio de miradas	4	28	32
No hay intercambio de miradas	3	5	8
Total	7	33	40

De la totalidad de niños que no mostró intercambio de miradas con sus adultos responsables, el 37,5% manifestó pautas de alarma en su desarrollo.

Tabla 10. Proporción según la existencia de miradas del cuidador a niños en riesgo y fuera de riesgo del desarrollo. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

	En riesgo	Fuera de riesgo	Total
El cuidador lo mira cuando le habla	5	28	33
El cuidador no lo mira	2	5	7
Total	7	33	40

En los casos que el cuidador no miró al bebé al hablarle durante la consulta, el 28,6% de los bebés tuvieron signos de alarma en su desarrollo.

Tabla 11. Proporción según la existencia de problemas de salud de familiares de niños en riesgo y fuera de riesgo del desarrollo. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

	En riesgo	Fuera de riesgo	Total
Familiares con problemas de salud	2	9	11
Familiares sin problemas de salud	5	24	29
Total	7	33	40

Sobre la convivencia con familiares que cursaban afecciones de salud crónicas, el 18,8% de los niños mostraron en los resultados del IODI signos de alarma.

Tabla 12. Proporción según hacinamiento en el hogar de niños en riesgo y fuera de riesgo del desarrollo. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

	En riesgo	Fuera de riesgo	Total
Hacinamiento en el hogar	1	13	14
Sin hacinamiento en el hogar	6	20	26
Total	7	33	40

En los casos que existió hacinamiento en el hogar, sólo en el 7,1% de los niños se vio afectación del desarrollo.

Tabla 13. Proporción según existencia de basura alrededor de la vivienda de niños en riesgo y fuera de riesgo del desarrollo. CAPS La Esmeralda. 2018-2019.

	En riesgo	Fuera de riesgo	Total
Con basura alrededor de la vivienda	4	10	14
Sin basura alrededor de la vivienda	3	23	26
Total	7	33	40

Ante la exposición a basura alrededor del hogar, el 28,6% de los niños que compartían este factor de riesgo incumplieron alguna pauta del desarrollo.

En síntesis, las variables que mostraron mayor afectación para el desarrollo fueron:

- La calidad del vínculo entre bebés y cuidadores, dado que el 37,5% de los niños no intercambiaban miradas con sus referentes y el 28,6% de los cuidadores no miraba al menor al hablar.
- La acumulación de basura alrededor de la vivienda, con un 28,6% de los niños expuestos manifestando signos de alarma.
- Se mostró una mayor tendencia a fallar en los hitos esperados para la edad en varones.

En este grupo de niños no parecieran tener significativo impacto en el desarrollo la presencia de familiares con patologías preexistentes y el hacinamiento, con porcentajes de 18,8% y 7,1% respectivamente.

VII. Propuesta

Frente a los factores de riesgo a los que están expuestos los niños del Barrio La Esmeralda es necesario tomar medidas para proteger las infancias. La Kinesiología no puede modificar los determinantes sociales y ambientales en los que se desenvuelve el niño, pero sí puede intervenir compartiendo el conocimiento propio de su formación a favor del desarrollo infantil.

Basándonos en los principios de la Atención Primaria de la Salud y de la Promoción de la Salud, se elabora esta propuesta que considera al niño, su familia y su entorno teniendo como eje central la educación, invita a trabajar en equipo con la comunidad y promueve un desarrollo infantil sano y pleno.

VII.a Mapa de actores

Los actores imprescindibles para llevar adelante esta propuesta son

- Niños asistentes al Control de Niño Sano y sus respectivos cuidadores
- Estudiantes de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría
- Licenciados en Kinesiología y Fisiatría
- Médicos pediatras
- Personal del CAPS La Esmeralda

VII.b Objetivos de la propuesta

- Ofrecer información y actividades a cuidadores y niños, que contribuyan a minimizar el impacto de los factores de riesgo sobre el desarrollo infantil y potenciar la capacidad de los niños.
- Promover un vínculo saludable entre niños y cuidadores.
- Proveer a los estudiantes un nuevo espacio de aprendizaje.
- Alentar la participación del Kinesiólogo en Atención Primaria de la Salud, fortaleciendo su rol como parte del equipo interdisciplinario que trabaja junto a la comunidad.

VII.c Actividades

- Material visual informativo para cuidadores en la sala de espera.
- Elaboración de folletos con información clara acorde a cada grupo de edad.
- Creación de redes sociales donde se comparta contenido relacionado a esta temática y se genere un intercambio fluido con la comunidad.

- Articulación con los estudiantes que realicen sus prácticas pre profesionales en la consulta de control de niño sano, para continuar con el seguimiento de los niños y su desarrollo.
- Un taller cuatrimestral a cargo de estudiantes de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, brindado a cuidadores y niños.

En todos los casos, el propósito de las actividades será promover la estimulación del niño y favorecer el vínculo con sus cuidadores. Dentro de los temas a tratar estarán el apego seguro, el valor del juego y la lectura, el efecto de la tecnología en la infancia, la importancia del movimiento libre y la exploración del entorno, la manera de incluir al niño en la rutina familiar y fomentar su autonomía, entre otros. También se dará lugar a inquietudes y propuestas de los participantes para que despejen sus dudas y se produzca un intercambio activo y enriquecedor.

La familia es quien más tiempo pasa con los niños, por ello brindarles herramientas para acompañar el crecimiento y llevar adelante interacciones de calidad con los más pequeños resulta estratégico.

VII.d Metas e indicadores

La meta principal de la presente propuesta es beneficiar el desarrollo integral de los niños. Para objetivar los efectos de la intervención se tomarán en cuenta los resultados del IODI a lo largo del seguimiento durante el año.

Otra de las metas de la propuesta es brindar a los estudiantes una práctica de calidad útil a su formación. Para determinar si la meta fue alcanzada se realizará una encuesta para que los estudiantes realicen su correspondiente devolución.

Por último, no menos importante, el hecho de proporcionar a las familias información clara, útil, medidas fáciles de implementar, acordes a las necesidades de los niños, será evaluado a través de una encuesta administrada a cada asistente a los talleres.

Tabla 14. Metas e indicadores para la propuesta en APS.

Meta	Indicador
Obtener mejores resultados en las pautas que se identificaron como “no logradas”	IODI
Contribuir a la formación de los estudiantes	Encuesta a estudiantes
Brindar información clara, útil y novedosa para los cuidadores	Encuesta a cuidadores

VII.e Análisis estratégico para la sustentabilidad de la propuesta y resultados esperados

Los recursos materiales necesarios para llevar adelante la propuesta son mínimos, y los beneficios que se reporten podrían significar a largo plazo la disminución de costos asociados a trastornos del desarrollo.

Para los encuentros se solicitará el espacio físico del CAPS, que funciona como nexo entre las familias, los estudiantes, los profesionales de la salud y el primer nivel de atención. El hecho de que en este lugar existe un fuerte sentido de pertenencia y que su ubicación es de cercanía para los asistentes, permite asumir que la concurrencia será amplia. Además, en la encuesta realizada durante el relevamiento se consultó si a los cuidadores les gustaría participar en estas posibles jornadas y el 95% de ellos mostró interés.

En cuanto a materiales serán necesarios los elementos para confeccionar el material visual para la sala de espera y la folletería para entregar en las consultas.

Se espera que la comunidad se comprometa con la intervención, que se establezca un vínculo positivo con el Kinesiólogo, y que el principal beneficio se plasme en el desarrollo de los niños.

VIII. Conclusiones

El desarrollo del 82,5% de los niños de 0 a 2 años asistentes al Centro de Atención Primaria de la Salud La Esmeralda sigue en general una trayectoria normal según el Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil. En un grupo que reúne al 17,5% de los menores observados se constató el incumplimiento de pautas específicas: el 57,1% de ellos en el área de Coordinación Visomotora y Cognitiva, 42,9% en la esfera Socioemocional y 14,2% tuvo afectación en la Comunicación. En ninguno de los casos se evidenció retraso de las pautas motoras, aun así, la intervención kinésica podría ser fundamental para contribuir de forma positiva en la evolución de los infantes.

La calidad del vínculo entre bebés y cuidadores es uno de los aspectos más importantes a considerar. Se advirtió un alto número de situaciones de pobre interacción, donde no se apreció una conexión fluida y fuerte. Una relación afectiva consolidada es primordial para el desarrollo motor, ya que transmite seguridad al infante para explorar su entorno bajo la mirada protectora del adulto.

Los niños están expuestos a numerosos factores de riesgo de índole socioeconómica y ambiental. El 92,5% comparten la condición de pobreza e indigencia. La presencia de basura alrededor del 35% de los hogares, contaminando y limitando la posibilidad de explorar, representa un factor negativo para el crecimiento. Si bien en el grupo evaluado no se advirtieron mayores alteraciones al momento de la observación, es posible que a lo largo del tiempo las consecuencias se manifiesten dado que conforme crecen los niños, mayor es la actividad cerebral y aumenta la influencia del ambiente.

La asistencia al CAPS fue sumamente enriquecedora por múltiples razones. La posibilidad de observar el desarrollo del bebé con el IODI como referencia, prestando especial atención a cada pauta, contribuyó a reforzar los conocimientos previos sobre el desarrollo. Gracias a la encuesta realizada se logró una noción del contexto de crianza, lo que contribuyó a contemplar al niño de forma integral. Además, el hecho de ver en reiteradas consultas a los pequeños permite valorar la evolución y la adquisición de las diversas habilidades mes a mes. Se generó un intercambio activo de saberes con el médico, quien siempre orientó con su perspectiva y también se abrió a conocer la de los estudiantes de Kinesiología. Estos beneficios fortalecen la idea de

que la intervención de atención primaria sería de utilidad para los alumnos que se involucren en el proyecto.

Implementar medidas de forma temprana para promover el desarrollo infantil, prevenir alteraciones y acompañar a las familias en la crianza es fundamental para dar lugar a adultos sanos y productivos, para crecer como sociedad. El proyecto de Atención Primaria de la Salud representa la posibilidad de intervenir a bajo costo, beneficiando de forma directa a los niños, a sus familias y a los estudiantes que participen, y en forma indirecta a la sociedad toda.

Los niños no son el futuro, son un presente urgente al que debemos garantizar bienestar y las mejores herramientas para su óptimo desarrollo.

IX. Referencias Bibliográficas

1. Redondo García MA, Conejero Casares JA. Rehabilitación Infantil. Primera ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
2. Thelen E, Corbetta D, Spencer J. Development of reaching during the first year: role of movement speed. *Journal of Experimental Psychology Human Perception & Performance*. 1996 Noviembre; 22(5).
3. MC Y. Pobreza no Brasil contemporaneo e formas de seu enfrentamento. *Serv Soc Soc*. 2012;(110).
4. Ferreira Costa E, Iêda Chaves Cavalcante L, Lopes da Silva M, Buenaño França Guerreiro T. Associação entre a pobreza familiar eo desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nos distritos administrativos de Belém. *Fisioterapia Em Movimento*. 2016 Julio - Septiembre; 29(3).
5. Grantham Mc Gregir S, Cheung Y, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Child development in developing countries. *Lancet*. 2007 Marzo; 369(9564).
6. Wehby G, McCarthy A. Economic gradients in early child neurodevelopment: A multicountry study. *Social Science & Medicina*. 2013 Febrero; 78.
7. Halpern R, Barros A, Matijasevich A, Santos I, Victora C, Barros F. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Enero; 24(3).
8. Brito C, Vieira G, Costa C, Oliveira N. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré- escolares. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(7).
9. Chiu S, DiMarco M. A pilot study comparing two developmental screening tools for use with homeless children. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010 Marzo; 24(2).
10. Gutson K, Cacchiarelli San Román N, Crea V, Enseñat V, Grosskopf B, Lejarraga C, et al. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2017; 115(3).
11. Kariger P, Stoltzfus R, Olney D, Sazawal S, Black R, Tielsch J, et al. Iron deficiency and physical growth predict attainment of walking but not crawling in poorly nourished Zanzibari infants. *J Nutr*. 2005 Abril; 135(4).
12. Macias Merlo L, J F. *Fisioterapia en Pediatría*. Segunfa ed. Madrid: Médica Panamericana; 2018.
13. Argüelles PP. Desarrollo psicomotor. Retardo del desarrollo. In Fejerman. *Neurología Pediátrica*.: El Ateneo.

14. Shumway-Cook A, Woollacott M. Control motor. Teorías y aplicaciones prácticas. Primera ed. Butler J, editor. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
15. Levac D, PT B, Science) M(, Candidate P, DeMatteo C, Dip P&OT M(RM. Bridging the gap between theory and practice: Dynamic systems theory as a framework for understanding and promoting recovery of function in children and youth with acquired brain injuries. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009; 25(8).
16. Spencer J, Perone S, Buss A. Twenty years and going strong. A dynamic systems revolution in motor and cognitive development. *Child Dev Perspect*. 2011 Diciembre; 5(4).
17. Cano de la Cuerda R, Molero Sánchez A, Carratalá Tejada M, Alguacil Diego I, Molina Rueda F, Miangolarra Page J, et al. Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorrehabilitación. Elsevier Neurología. 2015; 30(1).
18. Gesell A. El niño de 1 a 4 años. Quinta ed. Nueva York: Paidós; 1967.
19. Kundakovic M, Champagne F. Early-Life Experience, Epigenetics, and the Developing. *Neuropsychopharmacology Reviews*. 2015 Julio; 40.
20. Lejarraga H, Pascucci M, Masautis A, Kelmansky D, Lejarraga C, Charrúa G, et al. Desarrollo psicomotor infantil en la Cuenca Matanza-Riachuelo: pesquisa de problemas inaparentes del desarrollo. *Rev Arg Salud Pública*. 2014 Agosto; 5(19).
21. Jensen S, Tofail F, Haque R, Jr PW, Nelson CI. Child development in the context of biological and psychosocial hazards among poor families in Bangladesh. *PLoS One*. 2019 Mayo; 14(5).
22. Raineri F, Confalone Gregorian M, Barbieri M, Zamorano M, Gorodisch R, Ortiz Z. Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período de embarazo hasta los 5 años: bases para un diálogo deliberativo. Primera ed. Ortiz Z, editor. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2015.
23. Garibotti G, Comar H, Vasconi C, Giannini G, Pittau C. Desarrollo psicomotor infantil y su relación con las características sociodemográficas y de estimulación familiar en niños de la Ciudad de Bariloche, Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2013 Marzo; 5(111).
24. Hamadani J, Tofail F, Huda S, Alam D, Ridout D, Attanasio O, et al. Cognitive deficit and poverty in the first 5 years of childhood in Bangladesh. *Pediatrics*. 2014 Octubre; 134(4).
25. INDEC INdEyC. Canasta básica alimentaria y canasta básica total : preguntas frecuentes. Primera ed. Buenos Aires : Libro Digital ; 2020.

26. INDEC INdEyC. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2019. Informes técnicos. Abril 2020; 4(59).
27. INDEC INdEyC. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. 2010..
28. Paz J, Beccaria L, Born L, Minujin A, Waisgrais S, Fernández A. Pobreza monetaria y privaciones no monetarias en Argentina. Primera ed. Waisgrais S, Bohoslavsky M, editors. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2018.
29. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/>.
30. Periago M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: La propuesta de la Organización Panamericana de Salud para el Siglo XXI. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; 21(2/3).
31. Salud CIsAPd. Declaración de Alma-Ata. In ; 1978; Alma-Ata.
32. Salud CIsIPdl. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. In ; 1986; Ottawa.
33. Jauretche EPdlUNA. Estatuto Provisorio de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. [Online].; 2015. Available from: <https://www.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2015/12/Estatuto.pdf>.
34. Mollar N. Rol del Kinesiólogo en Atención Primaria de la Salud. Revista del Colegio de Kinesiólogos de Buenos Aires. 2014 Abril;(50).
35. Municipalidad de Florencio Varela. [Online].; 2020. Available from: www.varela.gov.ar.
36. Alchouron C, Corin M, Di Ciencia A, Krupitzky S, Schiapira I, Oiberman A, et al. Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) Mosteiro MdC, editor. Buenos Aires; 2017.

X. Anexos

X.a. Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil

Nombre del niño:		REFERENCIAS: O: observado P: preguntado y logrado N: no logrado en la observación o pregunta Vacio: no se pudo evaluar															
Fecha de nacimiento:		1° T	2° T	3° T	4° T	1 a.	2 a.	3 a.									
Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47
E	INDICADORES																
TODOS	1 El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño																
	2 El cuidador lo mira cuando le habla																
	3 Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador																
1° T	4 Se calma cuando lo alza su cuidador																
	5 Reacciona a un sonido/voz																
	6 Demuestra gestualmente estados de placer o displacer																
	7 Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto																
	8 Sonríe cuando lo miran -sonrisa social-																
	9 Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro																
2° T	10 Emite sonidos /gorjeo																
	11 Sostiene la cabeza -sostén cefálico-																
	12 Interactúa con el adulto (busca con la mirada/sonríe/grita)																
	13 Lleva las manos a la línea media																
	14 Busca con la mirada la fuente de un sonido																
	15 Intenta tomar un objeto																
3° T	16 Intenta ponerse de costado																
	17 Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca																
	18 Participa del juego de las escondidas - "acá está"																
	19 Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa)																
	20 Se sienta solo sin apoyo																
	21 Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza)																
4° T	22 Emite sílabas -balbuceo- (ma-pa-tatata)																
	23 Se desplaza (repta o gatea)																
	24 Se para solo, con apoyo																
	25 Responde cuando lo llaman por su nombre																
	26 El niño se comunica de forma verbal o no verbal																
	27 Imita gestos (aplaude, baila, saluda)																
1 año	28 Reacciona al "NO" del adulto																
	29 Da pasos con sostén																
	30 Realiza gestos para pedir y mostrar																
	31 Juega a poner o sacar objetos																
	32 Camina solo																
	33 Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca)																
2 años	34 Dice por lo menos 1 palabra/emite sonidos c/ significado																
	35 Colabora para vestirse o desvestirse																
	36 Logra comer solo parte del alimento																
	37 Patea una pelota																
	38 Avisa algunas veces que se hizo pis o caca																
	39 Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta																
3 años	40 Garabatea																
	41 Utiliza el "NO"																
	42 Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó)																
	43 Pide algunas veces para hacer pis o caca																
	44 Juega al lado de otros niños/as																
	45 Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos																
Observaciones:																	

LLENADO E INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL -IODI-

El Ministerio de Salud de la Nación propone el control integral y oportuno de salud infantil. En ese marco, considera indispensable que durante el mismo se realice la observación del desarrollo infantil y a compaña a la familia en ese proceso.

Es un instrumento **ordenador de la observación del desarrollo infantil** durante la consulta. Su objetivo es permitir el seguimiento del desarrollo en las niñas y niños menores de 4 años, así como contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. Se espera que, los equipos de salud consideren al niño inserto en su contexto y como integrante de un grupo conviviente en particular.

Llenado y utilización

- **Completar los datos personales del paciente.** Nombre. Si fue prematuro, edad gestacional al nacer. En estos casos, también hay que referenciar al niño a un Consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo. (Buscar en: <http://datos.dinami.gov.ar>, capa: Seguimiento de Prematuros).
- En todas las edades, hay que observar y marcar los tres primeros puntos, referidos a la calidad del vínculo del niño con su familia.
- En la columna correspondiente a la edad del niño, marcar las pautas correspondientes de la siguiente manera:

O: Observada y lograda	N: No lograda en la observación o pregunta
P: Preguntada y lograda	Vacio: Si no se pudo evaluar
- En caso de consignar P, es importante corroborarlo por medio de la observación en las siguientes consultas.
- Observar los indicadores de desarrollo que corresponden al período actual del niño. Si no se observan las conductas esperables para esa edad, corroborar los indicadores del período anterior.

Al pie de la hoja hay un espacio donde se podrán consignar observaciones que se consideren de importancia. Los números de los indicadores tienen como objetivo facilitar la referencia al pie y ubicar en el cuadernillo la explicación de cada ítem, con su bibliografía correspondiente.




Este instrumento permite hacer una doble lectura sobre el desarrollo del niño:

1. Permite **valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextualizada** que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, de la motricidad, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje.
2. Permite identificar riesgos para prestar atención y realizar las intervenciones, o bien alertas para hacer las derivaciones e interconsultas correspondientes.

Para realizar estas valoraciones es importante tener en cuenta:

- Es conveniente hacer un seguimiento del proceso de todas las variables relacionadas y considerar el contexto en que se desenvuelve el niño, a fin de intervenir de la manera más adecuada.
- Tener presente, al momento de la consulta, que las habilidades se lograrán a lo largo del período representado por los casilleros grisados.

Referencias:

-  Indica el rango de edad dentro del cual, habitualmente, los niños lo logran.
-  Indica los rangos de riesgo o la necesidad de intervención. Habilita a profundizar y evaluar la situación, a fin de realizar las intervenciones necesarias en cada caso.
-  Indica "alarma". En estos casos, corresponde la interconsulta o derivación a un equipo interdisciplinario o especializado. Para localizar el Centro de Referencia más próximo, ver: <http://datos.dinami.gov.ar>, capa: Red Desarrollo Infantil.

Se sugiere utilizar esta herramienta en todas las oportunidades de atención del niño, teniendo en cuenta las situaciones del contexto que puedan dificultar la observación (por ejemplo: intercurrencias, niño irritable o dormido, exceso de ruidos en el ambiente, adultos ansiosos por las circunstancias, etc.) Es importante adecuar el espacio para brindarle al niño un ambiente amigable.

¹ Según escalas validadas, nacionales e internacionales.

X.b. Encuesta a cuidador/a.

Fecha:...../...../.....

Nº de encuesta:.....

Encuesta a cuidador/a

Datos del Niño.

Género.....Fecha de Nacimiento.....

Tipo de parto.....Peso al nacer.....

¿Tuvo algún tipo de complicación?.....

¿Con quién pasa mayor tiempo?.....

¿En qué lugar de la casa pasa mayor tiempo?.....

Características familiares

Edad de la Madre:.....

Nivel de Educación alcanzado: Primario Incompleto

Primario Completo

Secundario Incompleto

Secundario Completo

Terciario/ Universitario Incompleto

Terciario/ Universitario Completo

Tipo de trabajo: No trabaja

Informal/Por jornada

Formal

Edad del Padre:.....

Nivel de Educación alcanzado: Primario Incompleto

Primario Completo

Secundario Incompleto

Secundario Completo

Terciario/ Universitario Incompleto

Terciario/ Universitario Completo

Tipo de trabajo: No trabaja

Informal/Por jornada

Formal

Ingreso mensual aproximado:.....

Cantidad de personas que viven en el hogar: Adultos:.....

Menores:.....

¿Algún integrante de la familia padece problemas de salud? Especifique.....

.....

Características de la vivienda:

Propia..... Alquilada..... Prestada.....Otro.....

Cantidad de ambientes:.....

Tiene acceso a : Electricidad.....

Agua potable.....

Gas natural.....

Cloacas.....

¿Tiene patio?.....

¿Alrededor de la vivienda hay acumulación de basura?.....

En caso de realizar jornadas sobre el Desarrollo Infantil, ¿le interesaría asistir?.....

.....

VII.c . Consentimiento informado

Se me ha invitado a participar de un estudio destinado a ser parte de la Tesina de grado de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, “DESARROLLO MOTOR INFANTIL Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS. HACIA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN KINÉSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD”, sobre las cosas que pueden hacer los niños en diferentes etapas, y la situación general en la que viven.

Se me ha informado que me harán unas preguntas y observarán a mi hijo/a para conocer qué cosas puede hacer.

Se me ha informado que el procedimiento no genera ningún tipo de molestia en mi hijo/a.

Se me ha informado que mi participación puede ser útil para ayudar al desarrollo de otros niños.

Se me ha informado que los datos referidos a mi identidad y la de mi hijo/a no serán divulgados.

Comprendo y acepto.

Relación con el niño/a:

Firma y Aclaración:

Lugar:

Fecha: