



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y ÁREAS DEL DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Autores:

Algare, María Gimena

Cornu, Sthefanía

de Castro, Manuela

Ojeda, Betiana

Tutora:

Prof. Agda. Mgter. Teresa Menoni

Prof. Adj. Lic. América Monge

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

Agradecimientos

A nuestras tutoras Teresa Menoni y América Monge por haber despertado nuestro interés en la temática, así como también por sus aportes, el compromiso y el afecto con el que nos acompañaron en este camino.

A el CAIF “Los Fuegositos”, quienes nos permitieron realizar nuestra investigación, y en especial a la colaboración de su Asistente social Adriana Martos y su Psicomotricista Daniela Scartaccini.

Y en especial a nuestras familias por el apoyo incondicional y la compañía en los momentos más difíciles en la culminación de la etapa final de nuestra carrera.

Índice

Pregunta/Problema	4
Resumen	5
Introducción	6
Justificación y antecedentes del estudio.....	7
Antecedentes del estudio.....	10
Marco Conceptual.....	14
Objetivos.....	29
Diseño metodológico.....	30
Resultados.....	37
Análisis.....	45
Conclusiones.....	50
Bibliografía.....	52
ANEXOS.....	55

SITUACIÓN SOCIOECONOMICA Y ÁREAS DEL DESARROLLO INFANTIL, EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CAIF “LOS FUEGUITOS”

NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2011

Resumen del Proyecto:

El presente trabajo de investigación fue realizado por 4 estudiantes pertenecientes a la carrera Licenciatura de Enfermería, plan de estudios 1993, de la Facultad de Enfermería de la UDELAR.

Pregunta Problema:

Identificar la condición socioeconómica de la familia, y conocer el desarrollo psicomotor en una población de niños menores de dos años del CAIF “Los Fuegositos”, en el período comprendido entre noviembre-diciembre del 2011.

Resumen

El siguiente estudio nos permitió conocer la condición socioeconómica y el desarrollo psicomotor, en los niños/as desde su nacimiento hasta los 2 años de edad, que concurren al CAIF “Los Fueguitos”, ubicado en la ciudad de Montevideo, en el barrio Piedras Blancas, durante noviembre y diciembre del año 2011. Dicha información fue recabada a través de las fichas de información del CAIF y Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), de las cuales se obtuvieron los datos de las variables que nos permitieron realizar esta investigación. Se estudiaron 50 niños pertenecientes al programa de experiencia oportuna que allí se lleva a cabo.

La condición socioeconómica de las familias la obtuvimos mediante la aplicación del método del Dr. Marcel Graffar, en el cual se realiza la sumatoria de cuatro criterios: profesión del jefe de familia, instrucción de la madre, fuente y/o modalidad de ingresos y condición habitacional.

La variable desarrollo psicomotor fue obtenida a través del test EEDP, el cual no fue aplicado por nosotras, tomándose las evaluaciones realizadas por la Psicomotricista del centro. Cabe destacar que presenciamos la instancia de realización del test.

La condición Socioeconómica se clasificó en estrato alto, medio, medio bajo, bajo y muy bajo. El desarrollo Psicomotor se clasificó en normal, riesgo y retraso. La composición familiar se clasificó en Familia nuclear, extensa y monoparental.

Al analizar las variables nos encontramos con que los estratos socioeconómicos predominantes fueron: medio bajo y bajo. En cuanto a la variable desarrollo psicomotor una 72% de los niños se encontraba dentro de la normalidad, encontrando un porcentaje de niños a los cuales el nivel socioeconómico medio bajo y bajo les afectaba su desarrollo, ya que se encontraban dentro del riesgo y el retraso con un 22 y 6% respectivamente.

En cuanto a los datos obtenidos acerca de la composición familiar de los niños que presentan riesgo o retraso del desarrollo psicomotor, la mitad de ésta población corresponde a familias extensas.

Introducción

El trabajo de investigación fue realizado por 4 estudiantes pertenecientes a la carrera Licenciatura de Enfermería, plan de estudios 1993, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

La investigación procuró identificar la condición socioeconómica de la familia y conocer el desarrollo psicomotor en una población de 50 niños menores de dos años del CAIF “Los Fueguitos”, en el periodo comprendido entre noviembre-diciembre del 2011.

La recolección de los datos para la variable condición socioeconómica se llevó a cabo mediante la revisión de las fichas de cada niño que asistió al CAIF.

A partir de los datos recogidos de las fichas mencionadas anteriormente pudimos aplicar el método de Graffar, el cual nos permitió clasificar a las familias en diferentes estratos socioeconómicos.

La variable desarrollo psicomotor la obtuvimos de los resultados que arrojó el test EEDP, el cual fue aplicado por la psicomotricista del centro, no habiendo nosotros realizado el mismo, sino que presenciamos la última instancia de evaluación anual, la cual nos permitió conocer cómo se aplica dicho test.

Justificación y antecedentes del estudio

En el desarrollo del niño menor de dos años, se suceden importantísimos cambios en el individuo en los aspectos motor, cognitivo, social y en la coordinación, en la cual el niño adquiere habilidades gradualmente más complejas, que le van permitiendo interactuar con las personas y con su medio ambiente más próximo, lo que van a auspiciar de cimientos para la vida adulta. El niño pasa en estos 24 meses de los brazos de la madre en una total dependencia física y afectiva a explorar el mundo por si solo gracias a los procesos de desarrollo, crecimiento y maduración.

De la revisión bibliográfica surgen variados estudios acerca de esta relación infancia/desarrollo/condición socioeconómica, desde otras disciplinas como lo son las Ciencias Sociales, Medicina, Psicomotricidad, Psicología, diferentes organismos internacionales; no encontrando investigaciones desde el área de la Enfermería en nuestro país. A su vez dicha problemática es abordada día a día por los diferentes organismos responsables de la salud y el bienestar de la población, lo que nos habla de la trascendencia del abordaje de esta temática a nivel nacional. Ministerio de Salud Pública (MSP), Programa de Salud de la Niñez, Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SERENAR), Centro de Atención a la Infancia y Familia (CAIF), mediante el programa de experiencias oportunas, etc.

Luego de investigar el tema, dado la importancia del mismo, resulta aún más motivante ya que el programa de Salud de la Niñez se lleva a cabo en su gran mayoría por personal de enfermería, lo que nos ubica en un rol protagónico a la hora de promover la salud y prevenir la enfermedad, como también de supervisar la salud de la población infantil.

El programa Aduana es un programa que comienza a funcionar en el año 1974 desarrollado por el personal de enfermería de los servicios. Se trataba de un sistema de referencia de recién nacidos y lactantes.

Sus objetivos principales actualmente son:

- Realizar la captación, control de salud y seguimiento de recién nacidos y lactantes hasta los tres años de edad.
- Brindar a las madres, padres y otros responsables del cuidado de los niños y niñas, elementos de educación para la salud que contribuyan a un adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos y lactantes.
- Realizar el seguimiento en el Primer Nivel de los niños egresados de las salas de internación del tercer Nivel.

El trabajo de investigación se llevo a cabo en el ámbito de los centros CAIF contexto en donde se hace énfasis en muchos de los aspectos a observar, abarcando a su vez la franja etárea de la población a estudiar.

El Plan CAIF desde 1988, constituye una política pública intersectorial de alianza entre el Estado, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), e Intendencias Municipales, cuyo objetivo es garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de las modalidades urbanas y rural.

Desarrollan una propuesta de atención de calidad, que apunta a la integralidad, a la interinstitucionalidad y a la interdisciplina, con una metodología coherente con los resultados de las investigaciones en relación a la Primera Infancia. Se comienza el abordaje del niño/a y la familia desde la gestación en equipo con los servicios de salud.

El objetivo es promover el crecimiento, desarrollo integral y bienestar de los niños y niñas menores de 4 años en mayor vulnerabilidad social, y favorecer su vínculo con los adultos referentes, orientándolos hacia buenas prácticas de crianza para asegurar su inserción familiar y social.

Semanalmente el Programa de Experiencias Oportunas dirigido a niños de 0 y 1 año, promueve el desarrollo integral y el fortalecimiento del vínculo con los adultos referentes. Para los niños de 2 y 3 años, se realiza una propuesta pedagógica basada en las orientaciones definidas en el diseño básico curricular del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) y la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

En articulación con ellos se brinda un programa alimentario nutricional, otro de promoción y cuidado de la salud, y otro dirigido al desarrollo de las potencialidades de los adultos en el marco de sus comunidades. El trabajo en el Centro se complementa con las intervenciones que se realizan en el hogar.¹

¹ ¿Qué es el plan Caif? [base de datos en línea]. Montevideo: Plan CAIF; 2011. [15 de Julio de 2011]. URL disponible en: <http://www.plancaif.org.uy>

Antecedentes del estudio

“Trabajos de investigación, tanto aquellos referidos al desarrollo infantil en niños/as que nacen y crecen en condiciones psicosociales de riesgo como los realizados sobre la evaluación de programas en poblaciones vulnerables ponen en evidencia la necesidad de atender a las familias y al niño desde que este nace. Los procesos de pobreza e indigencia afectan de diferente manera a las personas según edad, raza y sexo entre otras características”.²

Según un estudio realizado en Chile por Ma. Elena Dávila y Manuela Román en el que cita que la familia es para el niño el primer agente socializador, aspecto fundamental y primordial en el desarrollo y crecimiento del niño expresando que la familia es una construcción social, a la vez institución y grupo, situada en una época histórica determinada. Es el primer colectivo humano en donde en general nace, crece y se desarrolla todo ser humano dando lugar a su construcción como sujeto psíquico y como sujeto social.

Como antecedente bibliográfico encontramos un trabajo realizado en México, publicado por la revista de enfermería *Práctica Diaria* en el año 2003, titulado *La salud del niño menor de cinco años: crecimiento y desarrollo* afirma que “la naturaleza de los cuidados de enfermería en la edad infantil se propone asegurar el desarrollo de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida.

Las contribuciones de enfermería en el cuidado de la salud del niño, comprende la vigilancia y control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo, lo que proporciona elementos para evaluar la salud del niño en forma periódica. Orientar y capacitar a la madre y a la familia es otro pilar fundamental, que contribuye al logro de conductas favorables en el fomento de la salud del niño.

Estas dos aportaciones deben ser realizadas con un enfoque integral, valorando no sólo el estado físico, sino el mental, el entorno social, familiar, las

²González Tomarúa M., Vandemeulebroecke L., Colpin H. *Pedagogía Familiar*. Montevideo: Trilce; 2001.

condiciones económicas y los dominios de desarrollo: físico, social, emocional, cognoscitivo y habilidades del pensamiento, y de comunicación”.³

En un trabajo realizado por las docentes Nicole Garay y Consuelo Quintanilla de la Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería, dirigido a estudiantes en el marco del curso, “Cuidado de Enfermería en el ciclo vital”: El mismo hace referencia a la importancia del desarrollo del niño de 0-2 años, “haciendo alusión a que el mismo se expresa por las reacciones reflejas, voluntarias, espontáneas y aprendidas, dentro de las cuales algunas deben considerarse como modos de comportamiento. Estas conductas del niño(a) se encuentran organizadas ya desde su nacimiento; siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo a su edad y características personales. En una primera instancia se relaciona con el mundo a través de su cuerpo, para luego ir estructurando la conciencia de sí. Este proceso es el resultante de la interacción genética, el ambiente y la actividad de personal”.⁴

Depende también de un régimen alimentario equilibrado, de buenas condiciones de vida, de vivienda, de higiene, y por encima de todo, de un clima afectivo muy caluroso. El amor materno, considerado como “la vitamina psicológica del crecimiento”, es indispensable para el buen equilibrio del pequeño (Gassier, 1990). Luego dicho estudio hace referencia también al crecimiento, desarrollo y la importancia de la estimulación en el desarrollo psicomotor.

El niño(a) que al nacer no presenta ningún riesgo biológico tiene todas las posibilidades de desarrollar su potencial psicomotor e intelectual, permaneciendo sus periodos críticos invulnerables. El que lo desarrolle o no, dependerá de su medio ambiente (Arteaga, Dölz, Droguett, Molina & Yentzen, 2001), en especial si existe participación y estimulación de su grupo familiar.

Si la familia vive en tensión el niño(a) recoge las experiencias negativas y frustraciones que más tarde se traducen en desconfianza, inseguridad, anomalías en la conducta y desarrollo inadecuado (Robaina & Rodríguez,

³ Gomez A., Betty J., Tezoquipa H., Camacho M., Ramirez C., Castañeda M. La salud del niño menor de cinco años: crecimiento y desarrollo. Revista de enfermería del instituto Mexicano del seguro social. 2003; 11(2): 93-98.

⁴ Garay N. Quintanilla C. Cuidado de Enfermería en el ciclo vital. [Tesis de grado]. Chile: Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile; 2008.

2000). A su vez, muchas familias, a pesar de las dificultades que deben afrontar en la vida diaria, son capaces de crear un clima afectivo cariñoso y cálido logrando favorecer positivamente el desarrollo de los niños(as). Esto sucede cuando existe una relación cálida, de aceptación hacia los hijos/as, un clima afectivo positivo, una estabilidad en las relaciones familiares, una intencionalidad de estimulación y una educación de los niños (UNICEF, 2004).

Tanto el crecimiento como el desarrollo son aspectos mensurables, es decir, que cuentan con indicadores que facilitan su control y evaluación, como por ejemplo: peso, talla, perímetro craneano, test de desarrollo psicomotor, pruebas de inteligencia, exámenes de laboratorio, entre otros.

Para ello se elaboró la EEDP en 1979 por Rodríguez, Arancibia y Undurraga y cuyo objetivo es medir el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que, para ser resueltas, requieren cierto grado de desarrollo psicomotor, el que se encuentra entre lo estrictamente físico-madurativo y lo relacional, por lo que tiene que ver tanto con unas leyes biológicas como con aspectos puramente interactivos susceptibles de estimulación y aprendizaje

Las escalas de desarrollo relacionan conductas madurativas con edad cronológica, por lo que su objetivo es proporcionar índices válidos y confiables desde los cuales se pueden identificar en forma temprana retardos o alteraciones en el desarrollo, con el fin de orientar a los padres o iniciar una terapéutica temprana, evitando así desviaciones mayores en su desarrollo (Bolaños, 2003).

En Chile, la evaluación del desarrollo psicomotor se encuentra en el contexto del Programa de Salud del Niño(a), siendo de destacar que esta actividad es ejecutada en más del 90% por personal no-médico, lo que sitúa a la enfermera y al equipo de enfermería en un rol protagónico dentro de la supervisión de salud realizada a la población infantil, situación que no ocurre en el sistema privado.”⁵

Datos recabados de una Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería en Chile por D Scarlett Daniela

⁵Ídem 4.

Guzmán Betanzo. Rocío Loreto Monje Zaror, plantea que “en la práctica clínica diaria la valoración del desarrollo psicomotor constituye una de las actividades básicas del control de niños menores de 6 años, pues nos ayuda no sólo a determinar si el niño presenta alguna alteración sino a confirmar que es un niño sano. Es por ello fundamental que se sepa valorar adecuadamente, puesto que una alteración del mismo, puede ser la única manifestación de un trastorno del sistema nervioso. La detección precoz de cualquier disfunción contribuye a un posible tratamiento temprano y a minimizar la aparición de secuelas. Enfermería cumple un rol fundamental en este sentido, ya que es el profesional encargado de pesquisar en forma temprana posibles alteraciones en las revisiones que se llevaran a cabo en los controles del niño sano, así por igual de otros profesionales del área de la Salud como médicos y matronas que participan de gestación y evaluación del RN (Recién Nacido) al momento del parto y sus primeros días de vida.”⁶

Los primeros años son vitales para el establecimiento del vínculo con la madre, el padre u otros adultos a cargo del niño. Vínculo, que cuando bien logrado, establece en el niño una base de confianza, estabilidad y autoestima, que constituyen los cimientos sobre los cuales se construye el edificio del conocimiento y la socialización. (Bralic, 1995)

⁶Scarlette D. Guzmán Betanzo D. Monje Zaror R. “Hogar Conin y su trabajo en el desarrollo psicomotor” [Tesis de grado]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2009.

Marco Conceptual

Condición socioeconómica: Esta característica clasifica a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de las variables económicas que se utilizan en el Censo: profesión, situación profesional, rama de actividad y relación con la actividad.⁷

Método de Graffar:

Es un método creado por el belga Marcel Graffar. Este método permite clasificar a las familias por estratos socioeconómicos, y más que otros métodos proporciona una aproximación más precisa a la interrelación entre biología y sociedad, y al igual que las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) mide la pobreza estructural (situación global de precariedad en la disponibilidad de bienes). Considera variables cualitativas y cuantitativas, específicamente cuatro (4) como lo son: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento. En cada variable se le asigna un puntaje a cada característica evaluada, que va desde 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). Finalmente se suma el puntaje obtenido en cada variable, para un total, lo que permite clasificar a la familia en los siguientes estratos socioeconómico: Estrato I (4 a 6 puntos) clase alta; Estrato II (7 a 9 puntos) clase media alta; Estrato III (10 a 12 puntos) Clase media; Estrato IV (13 a 16 puntos) clase media baja o pobreza relativa y Estrato V (17 a 20 puntos) clase baja o pobreza extrema. (Ver anexo N°).

En lo que respecta a la aplicación de este método en Latinoamérica encontramos un artículo venezolano que refiere lo siguiente: En estructuras sociales como la venezolana, donde es evidente la desigualdad en lo económico, en lo cultural y en lo social hablar en general de un tipo de familia, no se puede por lo que se hace necesario precisar grupos de familias distintas según el estrato al que pertenecen y estudiar, en relación a cada estrato, como sus características respectivas influyen no sólo en su conducta social su

⁷Condición Socioeconómica. [base de datos en línea]. San Sebastián: Eustat; 2004. [15 de julio de 2011]. URL disponible en: http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_243/elem_2375/definicion.html

crecimiento y desarrollo biológicos. Los primeros estudios que procuran relacionar la estructura económica del país con la estratificación social, se publican en su mayoría de autores que estaban vinculados a la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela entre los cuales se encontraba el Dr. Hernán Méndez Castellano. Con motivo del cuatricentenario de la Ciudad de Caracas, se acuerda una investigación multidisciplinaria e interdisciplinaria de la ciudad, que debía comprender estudios sobre su población, historia, ecología, familia, vida religiosa y cultural. Los resultados de esta investigación comienzan a publicarse desde 1967. Si bien no habla acerca de su aplicación en nuestro país, encontramos trabajos de investigación en los cuales el método ha sido aplicado.

Nace el Método Graffar Méndez-Castellano; En el “Seminario sobre Problemas Sociales del País” dictado en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de

Venezuela desde 1959, el Dr. Hernán Méndez Castellano decide aplicar el método de estratificación social del profesor belga Marcel Graffar cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDESA –con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez considerando que permite mas que otros métodos una aproximación más precisa a la interrelación entre biología y sociedad. La aplicación del Método del profesor Marcel Graffar en Venezuela por Méndez Castellano, trajo consigo algunas modificaciones para el estudio de la realidad social:

1. Se sustituyó la denominación de clase social por el término estrato social, ya que para efectos del análisis de la población confronta una complejidad que va mas allá de las tres clases sociales a las que hace referencia este término. El concepto permite contemplar mejor esta complejidad.
2. Las posibilidades de aplicación del método en Venezuela le plantearon al Dr. Méndez Castellano la necesidad de emplear el Nivel de Instrucción de la Madre en lugar del Nivel de Instrucción de los Padres en atención a la realidad venezolana en la cual la madre con mayor frecuencia es la única responsable de la conducción del hogar.
3. Otro cambio de importancia en el Método Graffar lo constituye –atendiendo a la realidad educativa y tecnológica venezolana, los obreros calificados del ítem

3 al 4.

En una prueba preliminar realizada en la población de Caucagua, los resultados de la estratificación social alcanzaron un nivel comparado con el obtenido por Graffar en la aplicación de su método. En consecuencia se produce la aplicación del Método Graffar- Méndez Castellano en el estudio piloto del Proyecto Venezuela (Conocido hoy como Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo República de Venezuela) en el Estado Carabobo. Se aplicó a una muestra de 3760 familias. Esta experiencia permitió modificaciones en cuanto al puntaje y el desarrollo de una metodología para su aplicación.

Es así como nace el Método Social Graffar- Méndez Castellano utilizando los siguientes criterios o variables: Cada variable se define en cinco categorías, las cuales toman un valor numérico definido a continuación:

Variables y sus Puntajes

Profesión del Jefe de Familia:

- 1) Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
- 2) Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
- 3) Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
- 4) Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
- 5) Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).

Nivel de instrucción de la madre:

- 1) Enseñanza Universitaria o su equivalente.
- 2) Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
- 3) Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
- 4) Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
- 5) Analfabeta.

Principal fuente de ingreso de la familia:

- 1) Fortuna heredada o adquirida.

- 2) Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
- 3) Sueldo mensual.
- 4) Salario semanal, por día, entrada a destajo.
- 5) Donaciones de origen público o privado.

Condiciones de alojamiento:

- 1) Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
- 2) Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
- 3) Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
- 4) Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
- 5) Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.⁸

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología del Desarrollo Humano (CLAP); por crecimiento se entiende un fenómeno continuo que se inicia en la concepción y que está marcado por la información genética. En él se da el aumento del número de células por multiplicación celular y de su tamaño, constituyendo este proceso el sustento biológico de los cambios morfológicos. La maduración complementa al crecimiento, se considera como el conjunto de transformaciones que sufren los organismos o algunas de sus células hasta alcanzar su plenitud. Se refiere al perfeccionamiento de estructuras y funciones. Desarrollo; “Se considera al desarrollo al conjunto de fenómenos que posibilitan la transformación progresiva de un individuo, desde su concepción hasta la edad adulta. Es un proceso de cambio en el que el niño/a aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relación con los demás. Es un proceso complejo, multidimensional, dinámico e interactivo muy extendido en el tiempo y en el que tanto el medio ambiente como las características del niño interactúan de manera recíproca”.⁹

⁸ Método de Graffar y su aplicación en Latinoamérica. [base de datos en línea].Venezuela [17 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://cyberpediatria.com/graffarmendezc>.

⁹ Canetti A., Cerutti A., Zubillaga B., Schwartzman L., Roba O. Desarrollo y Familia. Montevideo: Aula; 2001.

Resulta importante destacar que el desarrollo es un proceso invisible que se exterioriza a través de conductas a las que le llamamos conductas esperadas para la edad, cuando el niño posee las correspondientes conductas, hablamos de maduración de las funciones instrumentales.

Es importante no aislar las conductas esperadas para la edad como parte de un proceso que involucra a el niño y su familia, proceso de construcción corporal o como sinónimo del mismo; **desarrollo psicomotor**; “Proceso continuo mediante el cual el niño adquiere habilidades gradualmente más complejas que le permiten interactuar cada vez más con las personas, los objetos y los sistemas de su medio ambiente, abarcando las funciones de inteligencia y afectividad por medio de las cuales el niño entiende y organiza su medio, incluyendo también la capacidad de entender y hablar su idioma, la de movilizarse y manipular objetos, la de relacionarse con los demás y el modo de sentir y expresar sus emociones”.¹⁰

Según el CLAP (1991); la dirección del desarrollo neurobiológico sigue tres leyes fundamentales:

- Céfalo-caudal: el desarrollo se extiende a lo largo del cuerpo desde la cabeza hasta los pies.
- Próximo- distal: el desarrollo tiene lugar desde dentro hacia fuera a partir del eje central del cuerpo.
- De las actividades globales a las específicas: en un principio aparecen movimientos más globales, amplios, difusos, que involucran a todo el cuerpo para luego dar lugar a movimientos más específicos, finos, perfeccionados, etc.

El desarrollo se encuentra ordenado en etapas o fases (otros autores hacen referencia a estadios) predecibles donde cada una es soporte para la siguiente, hay correlación entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica, pero sin estricta fijeza, por lo tanto consideramos analizar un número importante de franjas etáreas que describan las adquisiciones más relevantes en torno a las diversas áreas del desarrollo: **motora, afectiva, cognitiva, lingüística**.

¹⁰ Atkin L. Overview of instruments for measuring psychosocial development in Latin America-Regional Workshop on Research on Child psychosocial development- OPS/OMS. México; 1990.

Presentación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses (EEDP)

La EEDP fue diseñada en 1974 por las Psicólogas Soledad Rodríguez, Violeta Arancibia y Consuelo Undurraga. En 1976 Soledad Rodríguez la modifica en algunos aspectos. Es el primer instrumento estandarizado en niños chilenos entre 0 y 24 meses, con el propósito de medir el desarrollo psicomotor. Su aplicación es simple y accesible a personas o profesionales no especializados en salud mental.

El objetivo esencial de este instrumento no es “rotular” al niño en un determinado nivel de desarrollo, sino evaluar su nivel de rendimiento. Es decir, no mide inteligencia (ésta en sí misma es inevaluable, ya que no podemos acceder cabalmente a ella) sino el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que lo llevan a expresar ciertos aspectos de su desarrollo psicomotor. Se deben observar las conductas o respuestas del niño frente a situaciones específicas, directamente provocadas por el adulto. La Escala permitirá identificar si el niño realiza o no ciertas conductas esperadas para su edad, y así poder intervenir eficazmente y favorecer el potencial de desarrollo psicomotor del niño.

La EEDP fue diseñada para ser utilizada en diagnósticos poblacionales, es por ello que se considera un instrumento de “tamizaje” Las autoras pretenden que pueda ser aplicada por personas profesionales o no especializadas, permitiendo a la persona que la aplique tener un pantallazo del desarrollo del niño. Esperan que la misma pueda dar indicios de riesgo o retraso en el desarrollo y no utilizarlo como una evaluación profunda. Es por esto que plantean que tiene que ser una escala de fácil aplicación, de aplicación rápida y que cuente con un material no muy costoso.

La EEDP considera cuatro áreas de funcionamiento, Motora (M), Lenguaje (L), Social (S) y Coordinación (C); dependiendo del mes, se encuentran separadas o combinadas, (LS), (SL), (CL), (CS). Estas áreas han sido definidas de la siguiente manera:

“Motora: ...comprende motilidad gruesa. Coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción.

Lenguaje: ...abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal: reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emisiones verbales.

Social: se refiere a la habilidad del niño de reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.

Coordinación: ...comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones”¹¹

A continuación presentaremos el desarrollo dividido en 6 etapas, intentando interrelacionar las diferentes áreas debido que un logro, por ejemplo desde el punto de vista motor, favorece ciertas adquisiciones del plano cognitivo:

1. Niños/as de 0 a 3 meses:

En el lactante recién nacido, aun no han madurado los sistemas de ejecución de la motricidad (piramidal, extrapiramidal y cerebeloso) y esto trae como consecuencia que presente un grado de hipertensión en los miembros e hipotonía en el eje corporal. La actividad del niño se reduce a movimientos de poca entidad, globales, incoordinados, se trata más bien de descargas tónicas que de movimientos; junto con la existencia de reflejos. Dichos reflejos irán desapareciendo a lo largo de los primeros meses de vida como consecuencia directa de los procesos evolutivos cerebrales y con la maduración cortical y medular del sistema nervioso.

Estos reflejos son (se hace referencia a los de mayor relevancia): reflejo de succión, de Moro, de prensión o grasping, de Magnus, Babinski, Tónico-cervical-asimétrico, de hociqueo o búsqueda, de marcha automática.

Piaget (1978) expresa que la inteligencia sensoriomotriz pasa por dos etapas, el primer subestadio: **uso de los reflejos**, que corresponde al primer mes de vida, el niño se vale de sus conductas innatas, reflejas, como instrumento para conocer al mundo y el segundo subestadio que va del primer al cuarto mes, en donde aparecen las primeras adaptaciones adquiridas y la reacción circular primaria.

El recién nacido es un ser muy indefenso que necesita en forma continua la presencia de los adultos para sobrevivir; según Winnicott, quien se propone

¹¹Rodríguez S, Arancibia V, Undurraga C. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses. Chile: Galdoc; 1998.

describir un bebe se encontrará describiendo un bebe y alguien, considerando que un bebe no puede existir solo, es parte de un vinculo, debido a la preocupación maternal primaria estado descrito por Winnicott que expresa que solo si la madre se encuentra sensibilizada podrá ponerse en el lugar del pequeño y de este modo satisfacer sus necesidades.

En referencia a lo que expresa Spitz (1978); quien elabora un sistema del desarrollo sobre la observación directa en los niños con sus madres. Explica el desarrollo en términos de relación objetal, ubicando a los primeros 2 meses de vida en la etapa pre-objetal o sin objeto, en este etapa el recién nacido no sabe distinguir una “cosa” de otra; no puede distinguir una cosa (externa) de su propio cuerpo y no experimenta algo separado de él. Por ello también percibe el pecho para satisfacer sus necesidades y proveer sus alimentos que los percibe, como una parte de sí mismo. Durante este período, toda percepción marcha a través de los sistemas interoceptivo y propioceptivo.

Conductas esperadas de 0 a 3 meses

- Boca abajo, levanta 45° la cabeza.
- A partir del segundo mes tracciona hasta sentarse.
- Sigue con la mirada objetos móviles.
- Reacciona al sonido (luego del mes y medio).
- Mira el rostro del otro.
- Lloro, ríe, a partir del mes emite sonidos.

2. Niños/as de 3 a 6 meses.

A nivel tónico notamos que disminuye la hiperflexión de los miembros, permitiendo que progresen los movimientos voluntarios.

Según Spitz (1978); desde los 3 a los 8 meses, etapa del objeto precursor que comienza con la sonrisa, este objeto precursor es el rostro humano, se le llama precursor porque el niño no reconoce el rostro determinado de una persona, si no que le llaman la atención las figuras, contornos que resaltan del rostro, como lo es la nariz, boca, ojos, etc. Ahora la sonrisa es la primera

manifestación activa, dirigida e intencional, teniendo un papel muy importante en la vida del niño, siendo ésta el primer organizador del desarrollo.

Continuando con los aportes de Piaget vinculados al desarrollo cognitivo, el niño al interactuar mayormente con los objetos que lo rodean hace accidentalmente algo interesante o placentero con ellos, por ejemplo poner en movimiento un móvil colocado sobre su cabeza. La acción es entonces repetida deliberadamente para obtener el mismo resultado. Esta acción es denominada por el autor, reacción circular secundaria porque sucede fuera del cuerpo del niño.

Conductas esperadas de 3 a 6 meses:

- Adquisición de sostén cefálico.
- Se mantiene sentado con apoyo (posición trípode).
- Movimientos voluntarios, se lleva las manos a la boca.
- A los 5 meses aparece la prensión voluntaria.
- Coordinación óculo-manual y audio-visual.
- Comienza el balbuceo.

3. Niños/as de 6 a 9 meses.

En este período el niño continúa desarrollando y perfeccionando las adquisiciones que ha hecho previamente.

Los gestos y los actos se hacen cada vez más voluntarios. Se hace evidente la mejor manipulación de los objetos y comienza a querer trasladarse y muchos de los niños lo hacen mediante el gateo. Los movimientos con las manos son torpes, mientras se lo mantiene sentado frente a una mesa desliza las manos sobre ésta en forma circular.

El rostro de la madre cumple la función de espejo, ya que cuando el niño mira a su madre se ve a sí mismo, como una devolución de lo que él produce. La función de espejo que cumple el rostro de la madre, se suma a la imagen que el niño descubre reflejada en un espejo físico, para contribuir a la construcción de una imagen unificada y total del propio cuerpo.

En este proceso surgen los primeros juegos simbólicos con la madre de

presencia ausencia.

Hay signos que definen que el bebe comienza a diferenciar su propio cuerpo de la madre, como es el apogeo de la exploración manual, táctil y visual del rostro de la madre. Entre los siete y ocho meses la pauta de verificación de la madre es un signo importante en el comienzo del proceso de diferenciación. Se puede observar que el bebe se interesa en la madre y comienza a compararla con otro, compara lo no familiar con lo familiar; también va descubriendo que pertenece y que no pertenece al cuerpo de la madre, ej: un prendedor.

Según Spitz en el octavo mes el bebe comienza a transitar la etapa del objeto real, constituyéndose el segundo organizador de la psiquis del niño, denominándola, angustia del octavo mes en el cual el llanto ante extraños indica que el niño ya distingue a la madre de otras personas. Durante este estadio del Objeto real propiamente dicho, es donde se llega al objeto precursor de la percepción. Es la transición del estado en el que el individuo percibe solo afectivamente al estado en el que comienza a percibir de una manera diacrítica

Conductas esperadas de 6 a 9 meses:

- Se mantiene sentado sin apoyo.
- Inicia juego está, no está, aparecer/desaparecer.
- Lloro frente a extraños.
- Frente al espejo se observa o sonrío.
- Intención comunicativa, señala.

4. Niños/as de 9 a 12 meses.

En este momento de su vida, el bebe continua incrementando su interés hacia los objetos que aparecen en su entorno.

El período que comprendido entre los 10 a los 12 meses, a nivel intelectual, es el preludio de la aparición de la conducta intencional, a través de la cual el niño aprenderá a utilizar una acción como medio para alcanzar un resultado.

El individuo puede hacer uso de su cuerpo sin el cuerpo del otro. El comienzo del desplazamiento corporal, gateo, cumple una función estructurante en la conquista y exploración de un espacio y un tiempo separado de su madre.

Este logro tan relevante en la vida del individuo, como es el gateo, junto con la del afianzamiento de la prensión, amplía profundamente la capacidad de acceder al conocimiento.

En cuanto a la imitación, Piaget plantea que durante este periodo el sujeto puede imitar los movimientos ya ejecutados por él, pero de manera invisible para él, quien construye el conocimiento del cuerpo propio en analogía con el cuerpo del otro. En este estadio también comienza la imitación de nuevos modelos sonoros o visuales.

Conductas esperadas de 9 a 12 meses

- Gatea. Camina apoyado en muebles, conquistando la verticalidad.
- Comienza a caminar tomado de la mano.
- Logran pasar de decúbito supino a sentado y a la inversa con facilidad.
- Prensión en pinza. Opone el índice al pulgar, permitiendo la manipulación de objetos más pequeños.
- Detiene la acción ante el NO
- Juega a “palmitas”, “tortitas”.
- Comienza a pronunciar las primeras palabras (tata, papa), A los diez meses aparece la palabra símbolo, una palabra significa muchas cosas.

5. Niños/as de 12 a 18 meses.

Uno de los logros de mayor relevancia en esta etapa es la conquista de la posición bípeda y su consecuente desplazamiento, llevando a una ampliación del espacio que es percibido y recorrido. Hablando ahora de una marcha independiente. Las **caídas** se hacen frecuentes ya que la marcha se encuentra en proceso de consolidación (constante fortalecimiento tónico- postura). En los meses siguientes mejora el equilibrio y la coordinación en las actividades motoras complejas y mejora la marcha.

Lo que más le interesa al niño es la novedad, queriendo descubrir cómo funciona todo lo que lo rodea. Se dedica a experimentar con los objetos y con las pequeñas variaciones introducidas en secuencias de acción, que repite numerosas veces. El lenguaje se presenta de forma significativa y global ordenando las palabras según su valor afectivo.

El niño comienza a comprender las prohibiciones maternas a través de la identificación, observable luego cuando éste imita el gesto negativo de la madre moviendo la cabeza, que durante un tiempo acompañó la palabra “no” de la madre. Este movimiento de cabeza aparece como el primer símbolo semántico, como un código de comunicación, que el niño adoptará para su vida ulterior. El gesto y la palabra “no” son la primera abstracción realizada por el infante, el primer concepto abstracto respecto a la mentalidad adulta, que Spitz designa como el tercer organizador.

Ahora comienzan a usar la cuchara, y es muy importante que compartan la mesa con toda la familia, aunque no puedan permanecer mucho tiempo. En cuanto a lo social, prefiere jugar solo, de espaldas a los demás.

Conductas esperadas de 12 a 18 meses

- Camina con ayuda.
- Arrastra objetos.
- Entiende el NO.
- Da un objeto cuando se le pide.
- Imita gestos.
- Dice mamá, papá, agua.
- Usa el dedo índice para señalar.

6. Niños/as de 18 a 24 meses.

A partir de los 18 meses, el lenguaje en vía de adquisición está constituido por un número limitado de elementos de vocabulario que aumenta lentamente hasta los dos años. Es así que el infante dispone de términos pocos numerosos para expresar la diversidad de las situaciones en las que está implicado, es lo que se llama la “polisemia”.

El infante comienza hacer referencia, mediante el uso de palabras o símbolos, a objetos que no están presentes, acercándose progresivamente al mundo de las representaciones.

Al final del segundo año el niño ha adquirido una serie de destrezas que le permiten ser más independiente.

Piaget señala que la adquisición de la función simbólica (a partir de los 24 meses) determina el fin del periodo sensorio motor. Esta función consiste en la capacidad de evocar objetos o las situaciones no percibidas actualmente utilizando signos y símbolos. Se caracteriza por la adquisición del lenguaje, la imitación diferida, la imagen mental y el juego simbólico.

Conductas esperadas de 18 a 24 meses

- A los 18 meses puede correr.
- A los 24 meses su marcha es rápida y segura.
- Sube escaleras con ayuda.
- Salta en el lugar.
- Juega en paralelo.
- Comienza con usando palabra – frase, y a los 24 meses usa frase de 2 o 3 palabras.
- Cumple órdenes sencillas.
- Come usando cuchara.

Para el despliegue de las potencialidades y capacidades del niño anteriormente mencionadas en cada una de las etapas del desarrollo, la familia es el ambiente básico donde el niño nace, crece y se desarrolla, por lo cual se nos hace imprescindible definir familia y sus diferentes clasificaciones para así entender como influye cada una de las familias en el desarrollo de cada niño; ya que más allá de las clasificaciones y etapas del desarrollo, cada niño como expresa Bernard Aucouturier (2004) es único e irrepetible, con una expresividad psicomotriz; lo que le permite manifestar el placer de ser el mismo, de construirse en forma autónoma, manifestando el placer de descubrir y de conocer el mundo que lo rodea.

La Familia es la estructura social básica donde padres e hijos/as se relacionan. Esta relación se basa en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. Esta familia es exclusiva, única, implica una permanente entrega entre todos sus miembros sin perder la propia identidad. Entendemos de esta manera que lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia; por ello entonces que hablamos de sistema familiar, de una comunidad que es organizada, ordenada y jerárquica y muchas veces relacionada con su entorno.

Tipos de estructura familiar¹²:

Podemos distinguir, atendiendo al número de miembros y su composición, dos tipos de familias: la familia extensa que está constituida por una agrupación numerosa de miembros, en que junto a los padres e hijos, se incluyen abuelos, tíos, primos, etc, abarcando dos o más generaciones, y la familia nuclear considerada como el subsistema social que consta de dos adultos de sexo opuesto y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos.

Otra tipología estructural es la de las familias monoparentales que están formadas por el padre o la madre y los hijos. Las familias monoparentales surgen como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges, por fallecimiento, divorcio, o por la existencia de padres solteros.

1. La familia nuclear: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

2. La familia extensa: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

3. La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los

¹² De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1993.

padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

Nos resulta necesario conocer la estructura y el funcionamiento de la familia como forma de realizar una valoración integral del grupo familiar al que el niño pertenece.

4. Familia reconstituida Las familias reconstituidas, también llamadas segundas familias, son aquellas en que uno o los dos adultos tienen en el hogar hijos de un matrimonio anterior. El término familias mixtas o familias combinadas se suele referir a las compuestas por los padres y los hijos que cada uno aporta de un matrimonio anterior.

Funciones:

- **Económica:** división de las tareas domésticas, como aprendizaje de la división del trabajo en el mundo laboral, transmisión de bienes y patrimonio (herencia patrimonial, jurídica, de status y de poder); unidad de consumo, evitación de igualitarismo estatal.
- **Reproductora:** establecer reglas que definen las condiciones en que las relaciones sexuales, el embarazo, el nacimiento y la crianza de los hijos son permisibles
- **Educativa-socializadora:** integración de los miembros más jóvenes en el sistema establecido moral o jurídicamente.
- **Psicológica:** desde la satisfacción de necesidades y deseos sexuales de los cónyuges hasta la satisfacción de la necesidad y el deseo de afecto, seguridad y reconocimiento, tanto para los padres como para los hijos. Se incluye el cuidado de los miembros de más edad.
- **Domiciliaridad:** establecer o crear un espacio de convivencia y refugio.
- **Establecimiento de roles:** según las culturas y en relación directa con el tipo de economía prevaleciente, las familias varían en su estructura de poder, y en consecuencia en la distribución y establecimiento de roles.¹³

¹³ Barrenechea C, Menoni T, Lacava E. y cols. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Uruguay: Publicación por la Comisión Sectorial de Educación Permanente de la Universidad de la República.

Objetivo General

- Identificar la condición socioeconómica de la familia y conocer el desarrollo infantil en una población de niños menores de 2 años que concurren al Caif “Los fueguitos”.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población según edad, composición familiar y condición socioeconómica.
- Identificar el desarrollo psicomotor de la población estudiada.
- Describir la condición socioeconómica vinculada con el nivel de desarrollo psicomotor del niño.

Diseño metodológico

1. **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.
2. **Área de estudio:** Uruguay, Montevideo, Piedras Blancas, CAIF “Los Fuegositos”.
3. **Universo:** Registro de los niños menores de 2 años que concurren al Caif “Los Fuegositos”. (50 niños).

Definición y operacionalización de variables

EDAD:

- **Clasificación:** Variable Cuantitativa Continua de razón.
- **Definición conceptual:** Etapa del individuo en el periodo del tiempo que ha transcurrido desde al nacimiento hasta la fecha, expresada en meses.
- **Definición operacional:** meses y días cumplidos.
- **Categoría:**
 - Lactante de 0 a 2 meses y 29 días.
 - Lactante 3 a 5 meses y 29 días.
 - Lactante de 6 a 11 meses y 29 días.
 - Niño de 12 a 24 meses.

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

- **Clasificación:** Variable cualitativa nominal.
- **Definición conceptual:** estructura social básica donde padres e hijos/as se relacionan.
- **Definición operacional:** personas que viven bajo el mismo techo que el niño.
- **Categorías:**
 - Familia Nuclear (padre, madre e hijos).
 - Familia Extensa (padre, madre, hijos y algún integrante de la familia, tíos, abuelos, etc.).
 - Familia Monoparental (padre o madre e hijos).

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA:

- **Clasificación:** variable cualitativa nominal.
- **Definición conceptual:** Esta característica clasifica a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de las variables económicas, profesión, situación profesional, rama de actividad y relación

con la actividad. En el caso de las personas ocupadas estas variables se refieren a su situación en la fecha de referencia.

- **Definición operacional:** utilizaremos para la definición operacional el método del Dr. Marcel Graffar, no sólo es una característica social, sino que de un conjunto de cuatro criterios diferentes, a saber:

1. Profesión del Jefe de Familia,
2. Instrucción de la madre,
3. Fuente y/o modalidad de Ingresos,
4. Condición Habitacional

Criterios de clasificación:

1. Profesión del Jefe de Familia

- **Clasificación:** variable cualitativa nominal.
- **Definición conceptual:** es la ocupación de “la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar.”¹⁴
- **Definición operacional:** cuál es la profesión u/o dedicación del jefe de familia.
Puntaje 1: Profesión universitaria.
Puntaje 2: Profesión Técnica (UTU, escuelas técnicas).
Puntaje 3: Empleados/Oficinistas (aux. de enfermería).
Puntaje 4: Obreros Especializados (transportistas, mecánica, feriantes).
Puntaje 5: Obreros no Especializados (Changas, vendedor ambulante).

Se considerará la profesión del jefe de hogar (el preceptor de ingresos).

2. Instrucción de la madre

- **Clasificación:** variable cualitativa ordinal.
- **Definición conceptual:** El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.
- **Categorías:**
Se distinguen los siguientes niveles:
 - Analfabetos: Personas que no saben leer ni escribir
 - Primarios:
 - Incompletos:* personas que saben leer y escribir pero no han terminado estudios primarios.
 - Completos:* personas que saben leer y escribir, y han terminado los estudios primarios.

¹⁴ Trabajo infantil. [base de datos en línea]. Chile: OIT; 2003. [15 de julio de 2011]. URL disponible en:

- Formación Profesional. Estudios de Formación Profesional (UTU).
- Secundario Incompleto: han cursado algún curso del ciclo básico o bachillerato, que pueden tener aprobado o no, o el ciclo básico completo.
- Secundario Completo: han aprobado el bachillerato.
- Superiores u terciarios: Estudios de Licenciatura, doctorado y especialización, tanto en Universidades como otras instituciones privadas.

- **Definición operacional:**

Puntaje 1: Universitaria

Puntaje 2: Secundaria completa técnica

Puntaje 3: Secundaria incompleta

Puntaje 4: Educación primaria completa e incompleta

Puntaje 5: Analfabeta.

*El método del Dr. Marcel Graffar está citado textualmente en la investigación; nos gustaría destacar que para nosotros el puntaje número 4 debería de ser subdividido en dos, ya que no consideramos que tener primaria completa e incompleta sea lo mismo.

3. Fuente y/o modalidad de Ingresos

- **Clasificación:** Cualitativa nominal.
- **Definición conceptual:** modo y periodicidad con la que ingresa dinero al hogar.
- **Definición operacional:** ¿qué tipo de ingreso percibe y con qué frecuencia le ingresa?
- **Categorías;**
 - Puntaje 1: Renta (empresarios de grandes empresas comerciales)
 - Puntaje 2: Honorarios (profesionales universitarios que trabajan en forma independiente. Ej.: odontólogos, médicos, abogados).
 - Puntaje 3: Sueldo quincenal o mensual.
 - Puntaje 4: Sueldo diario o semanal.
 - Puntaje 5: Ingresos esporádicos.

4. Condición Habitacional

- **Clasificación:** variable cualitativa nominal.
- **Definición conceptual:** (Calidad en la que la familia habita, número de habitaciones, colecho, cohabitación, eliminación de excretas (contar con un sistema para el depósito y tratamiento adecuado de desechos sólidos), abastecimiento de agua, alumbrado eléctrico, calefacción, material).
Vivienda: se espera que cada vivienda para ser habitable, llene los requisitos mínimos tales como: número de habitaciones de acuerdo a la cantidad de personas que viven, servicios sanitarios, electricidad y agua potable.

- **Definición operacional:**

Usted de la vivienda es: inquilino, propietario, usufructo, agregado, otro.

¿Cuál es el material de la vivienda? (techo, piso, paredes).

¿Cuántas habitaciones posee la casa? excluyendo baño y cocina.

¿Cuántas utiliza para dormir?

A excepción del matrimonio, unión libre, ¿alguna otra persona comparte la cama?

Forma de eliminación de excretas: saneamiento, pozo negro, otros.

¿Cuenta con luz eléctrica?

¿Cuenta con agua potable?

¿De qué manera esta calefaccionado el hogar? Estufa a leña, eléctrica, a gas, otros.

- **Categorías:**

Puntaje 1: Mansiones

Puntaje 2: Casas o departamentos espaciosos y confortables (quinta)

Puntaje 3: Vivienda modesta de construcción sólida y el n° de dormitorios no corresponden con el n° de habitantes y poseen agua potable y saneamiento.

Puntaje 4: Casas o departamentos de construcción sólida (hacinamientos, prefabricada)

Puntaje 5: Casas de madera, con pozos negros, pocilgas, sin ventilación, sin suministro de agua potable.

* El método del Dr. Marcel Graffar está citado textualmente en la investigación; nos gustaría destacar que nosotros en el puntaje número 4 ubicamos a las viviendas de “un techo para mi país”, como también las prefabricadas por los habitantes con materiales como: barro, chapa, cartón, etc.

Clasificación social: resultado de la suma del puntaje de las subvariables que hacen a la condición socioeconómica.

Se procede a sumar las notas en cada caso, obteniéndose la clasificación social con los siguientes puntajes:

ESTRATO SOCIOECONÓMICO I: Familias cuya suma de notas está comprendida entre 4, 5, 6. -Correspondiente al Estrato Socioeconómico Alto-

ESTRATO SOCIECONÓMICO II: Familia cuya suma de nota está comprendida entre 7, 8, 9. -Correspondiente al Estrato Socioeconómico Medio-

ESTRATO SOCIOECONÓMICO III: Familias cuya suma de notas está comprendida entre 10, 11, 12. -Correspondiente al Estrato socioeconómico Medio Bajo-

ESTRATO SOCIOECONÓMICO IV: Familias cuya suma de notas está comprendida entre 13, 14, 15,16. -Correspondiente al Estrato Socioeconómico Bajo-

ESTRATO SOCIOECONÓMICO V: Familias cuya suma de notas está comprendida entre 17, 18, 19, 20.-Correspondiente al Estrato Socioeconómico Muy Bajo-

Esta clasificación permite controlar las variables más importantes asociadas a la posición social jerárquica que ocupa la familia dentro de un determinado sistema social. Esta clasificación permite controlar las variables más importantes asociadas a la posición social jerárquica que ocupa la familia dentro de un determinado sistema social.

DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS:

- **Clasificación:** Variable cualitativa nominal.
- **Definición conceptual:** “Se considera al desarrollo al conjunto de fenómenos que posibilitan la transformación progresiva de un individuo, desde su concepción hasta la edad adulta. Es un proceso de cambio en el que el niño/a aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relación con los demás. Es un proceso complejo, multidimensional, dinámico e interactivo muy extendido en el tiempo y en el que tanto el medio ambiente como las características del niño interactúan de manera recíproca”.¹⁵
- **Definición operacional:** Un niño cuyo desarrollo psicomotor está de acuerdo a lo esperado para su edad, debería obtener un coeficiente de desarrollo cercano al promedio (100 en la escala del EEDP) hasta una desviación estándar (85); consideramos de riesgo al niño que obtiene un coeficiente con una y dos desviaciones estándar bajo el promedio, y con retraso a aquel que se ubica a más de dos desviaciones estándar (70).
- **Categorías:**
 CD mayor o igual a 85: Normal.
 CD entre 84 y 70: Riesgo.
 CD menor o igual a 69: Retraso.

Razón (EM/EC).

Para obtener la razón se debe dividir el puntaje obtenido por el niño en la prueba (edad mental) por la cronológica del niño en días (edad cronológica en días).

¹⁵Idem 8.

Edad mental (EM): es el puntaje que obtiene el niño en la prueba. El mes mayor en que el niño responde con éxito a los cinco ítems, es considerado mes base y este se multiplica por treinta. Suma el puntaje del mes base al total de puntos adicionales obtenidos por los ítems respondidos exitosamente. La cifra resultante de la sumatoria corresponde a la EM del niño, en días de desarrollo.

Edad cronológica (EC): debe expresarse en días, multiplicando los meses siempre por treinta.

Coeficiente de Desarrollo (CD): para obtener el CD, la razón (EM/EC) debe convertirse en puntaje estándar (PE). Para este efecto se debe buscar el mes correspondiente a la edad cronológica en meses del niño y determinar el puntaje estándar equivalente a la razón obtenida.

• **Categorías:**

- Desarrollo normal.
- Desarrollo de riesgo.
- Retraso en el desarrollo.

Criterios de exclusión:

1. Niños con enfermedades congénitas o adquiridas que pudieran desviarlos de su normal desarrollo.
2. Niños mayores de dos años.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Se trabajó en grupos de 2 integrantes, en el período mañana y tarde entre el 8 y el 30 de diciembre de 2011.

Procedimiento para la recolección de la información:

Fuente de datos: test EEDP para poder medir el desarrollo psicomotor del niño/a, revisión de fichas del CAIF para conocer datos de los niños/as y su entorno.

Instrumento: fichas del CAIF (ver anexo N°3) para recolección de datos de los niños/as, test EEDP, escala de Graffar. Planilla de recolección de datos. (Ver anexo N°1).

Procedimiento:

- 1- Para recabar la información necesaria utilizamos las fichas del CAIF, las cuales poseían los datos necesarios para nuestro estudio: edad, composición del núcleo familiar del niño/a, profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente o modalidad de ingresos, condición habitacional, para poder así establecer el estrato socioeconómico, con la clasificación Graffar. Como también los resultados de los tests EEDP.
- 2- Se solicitó la correspondiente autorización a la cooperativa que integra el CAIF “Los Fueguitos” para la realización de la investigación.
- 3- El equipo de investigación se presentó al CAIF, exponiendo la metodología de trabajo y los criterios de inclusión para la selección de la población.
- 4- Se procedió al relevamiento de la información siguiendo el instrumento de recolección de datos (anexo N° 1).

Resultados

Tabla N° 1: Distribución de la población según rango etéreo.

EDAD	FA	FR%
0 a 2m. 29d	1	2%
3 a 5m. 29d	7	14%
6 a 11m. 29d	14	28%
12m a 24m	28	56%
TOTAL	50	100%

- Fuente: planilla de datos del CAIF. Los siguientes gráficos y tablas, son elaborados a partir de la misma fuente.

Gráfico N° 1: Distribución de la población según rango etéreo.

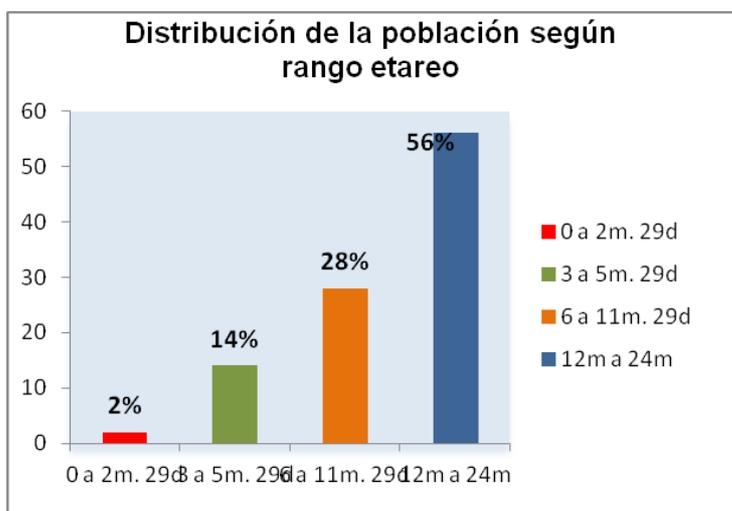
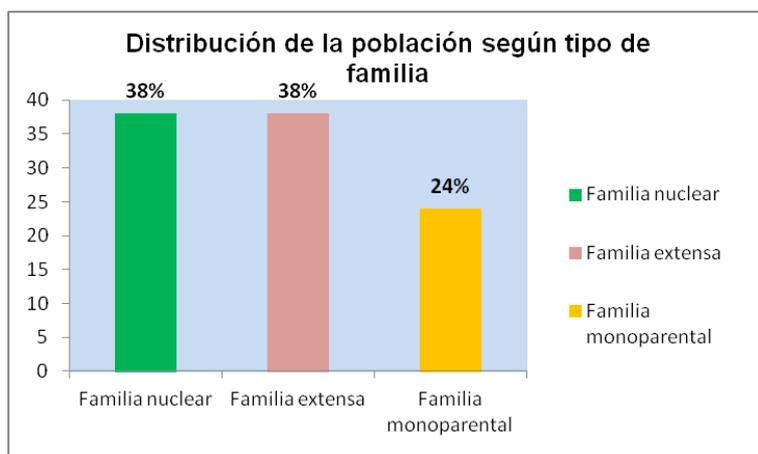


Tabla N° 2: Distribución de la población según tipo de familia

NÚCLEO FAMILIAR	FA	FR%
Familia nuclear	19	38%
Familia extensa	19	38%
Familia monoparental	12	24%
TOTAL	50	100%

Gráfico N° 2: Distribución de la población según tipo de familia.



CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

Tabla N° 3: Distribución de la población según profesión del jefe de familia.

PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	FA	FR%
Profesión Técnica	3	6%
Empleados/Oficinistas	30	60%
Obreros no especializados	17	34%
TOTAL	50	100%

Grafico N° 3: Distribución de la población según profesión del jefe de familia

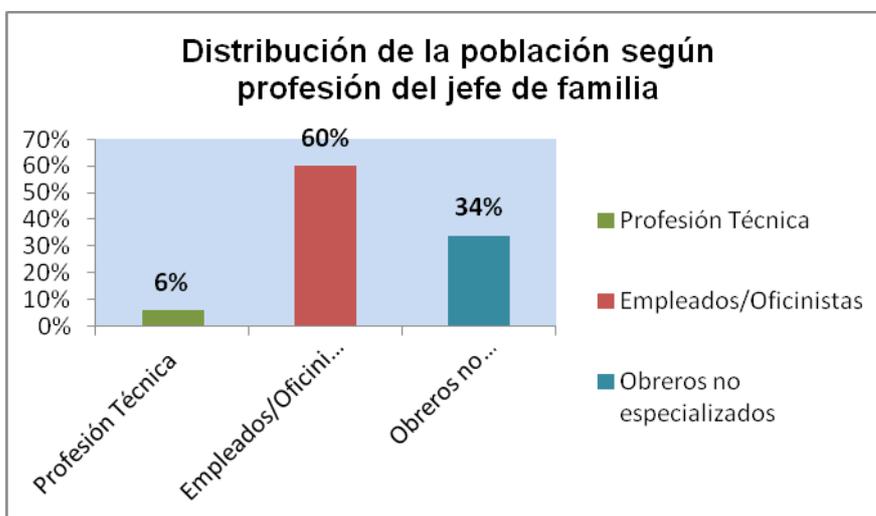


Tabla N° 4: Distribución de la población según nivel de instrucción de la madre

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	FA	FR%
Secundaria completa técnica	5	10%
Secundaria incompleta	23	46%
Primaria completa e incompleta	20	40%
Analfabeta	2	4%
Total	50	100%

Grafico N° 4: Distribución de la población según nivel de instrucción de la madre

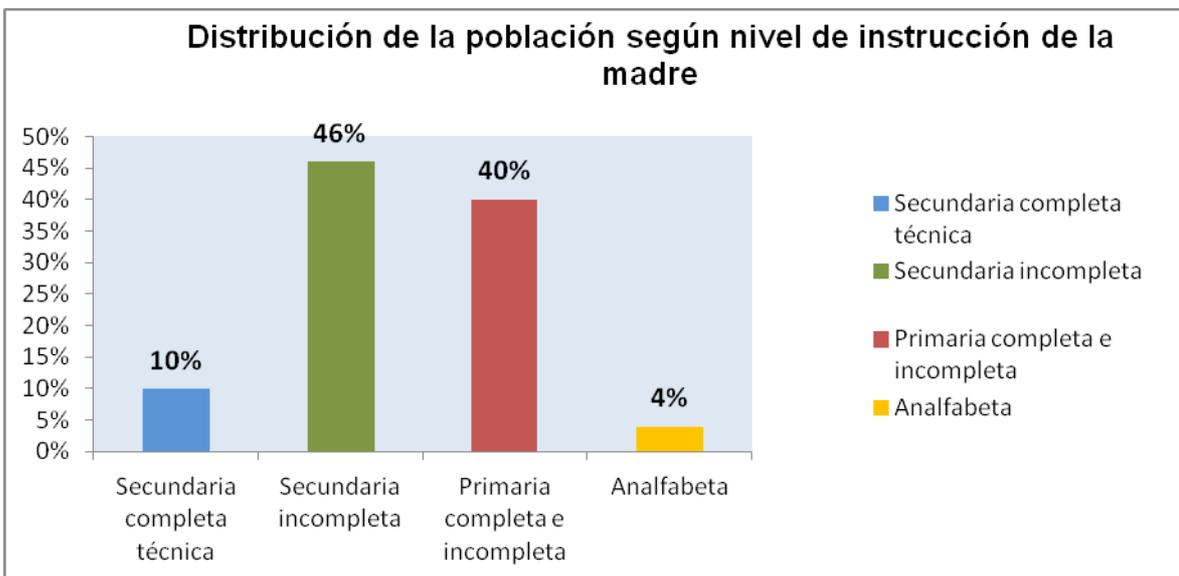


Tabla N° 5: Distribución de la población según modalidad de ingresos

MODALIDAD DE INGRESOS	FA	FR%
Honorario	3	6%
Sueldo quincenal/mensual	27	54%
Sueldo diario/semanal	9	18%
Ingresos esporádicos	11	22%
Total	50	100%

Grafico N° 5: Distribución de la población según modalidad de ingresos

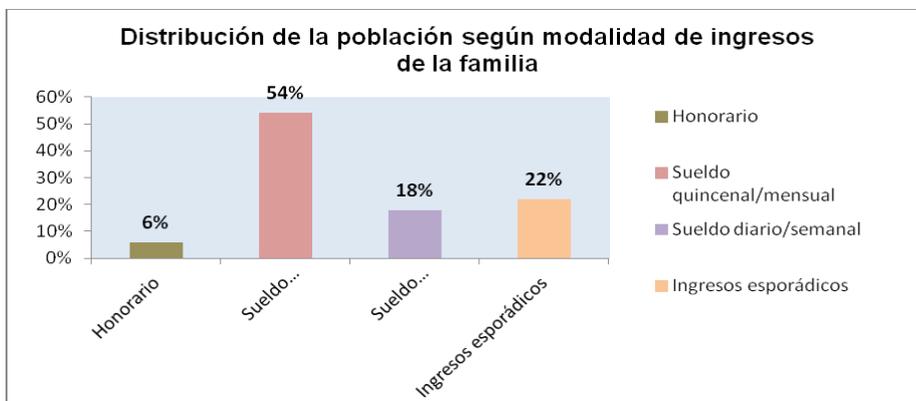
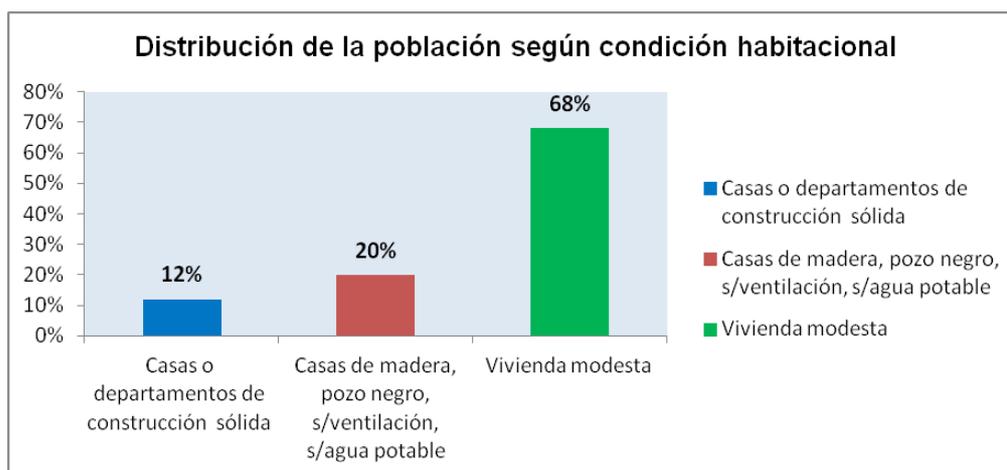


Tabla N° 6: Distribución de la población según condición habitacional

CONDICIÓN HABITACIONAL	FA	FR%
Casas o departamentos de construcción sólida	6	12%
Casas de madera, pozo negro, s/ventilación, s/agua potable	10	20%
Vivienda modesta	34	68%
Total	50	100%

Grafico N° 6: Distribución de la población según condición habitacional**Tabla N° 7:** Distribución de la población según nivel socioeconómico mediante método de Graffar.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO	FA	FR%
NIVEL II	1	2%
NIVEL III	13	26%
NIVEL IV	26	52%
NIVEL V	10	20%
TOTAL	50	100%

Grafico N° 7: Distribución de la población según nivel socioeconómico mediante método de Graffar.

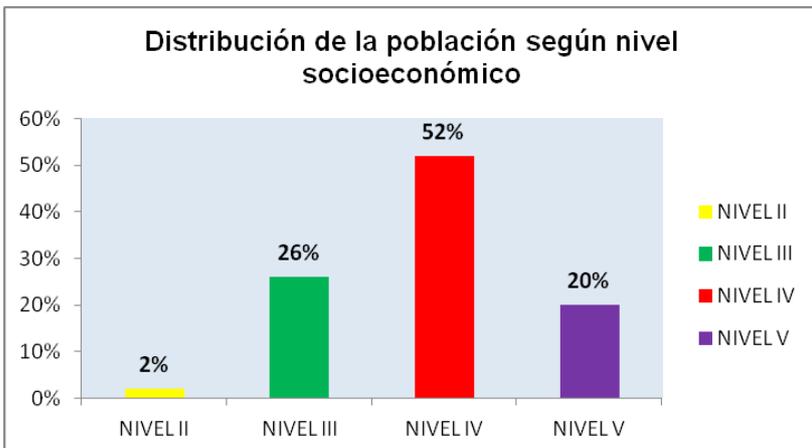
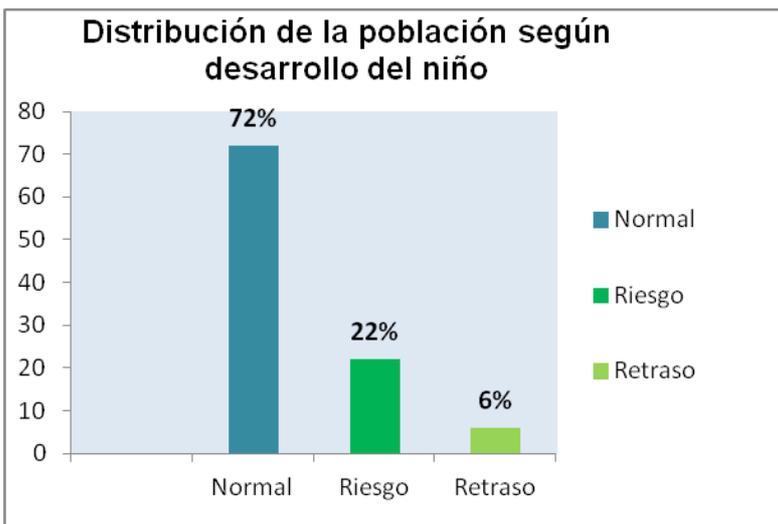


Tabla N° 8: Distribución de la población según desarrollo del niño

DESARROLLO DEL NIÑO	FA	FR%
Normal	36	72%
Riesgo	11	22%
Retraso	3	6%
Total	50	100%

Grafico N° 8: Distribución de la población según desarrollo del niño



Fuente: Test EEDP.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN RIESGO Y RETRASO EN SU DESARROLLO.

Tabla N° 9: Distribución de la población con riesgo y retraso en el desarrollo según tipo de familia.

NIVEL DE DESARROLLO				
NÚCLEO FAMILIAR	FA RIESGO	FR% RIESGO	FA RETRASO	FR% RETRASO
Familia nuclear	3	21	1	7
Familia extensa	5	37	2	14
Familia monoparental	3	21	0	0
Total	11	79	3	21

Grafico N° 9: Distribución de la población con riesgo y retraso en el desarrollo según tipo de familia.

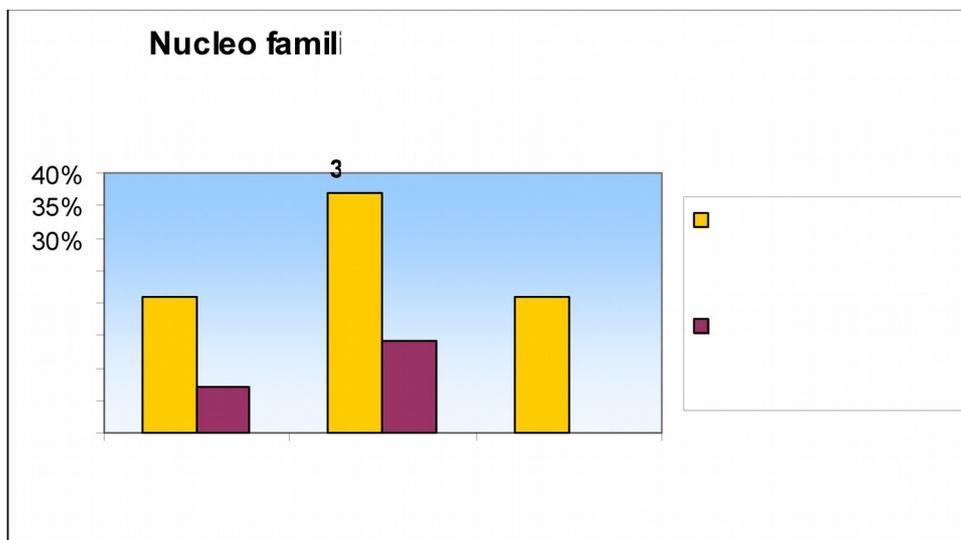


Tabla N° 10: Distribución de la población con riesgo y retraso en su desarrollo según profesión del jefe de familia.

NIVEL DE DESARROLLO				
PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	FA RIESGO	FR% RIESGO	FA RETRASO	FR% RETRASO
Profesión Técnica	2	18	0	0
Empleados/Oficinistas	3	27	3	100
Obreros no especializados	6	55	0	0
Total	11	100	3	100

Grafico Nº 10: Distribución de la población con riesgo y retraso en su desarrollo según profesión del jefe de familia.

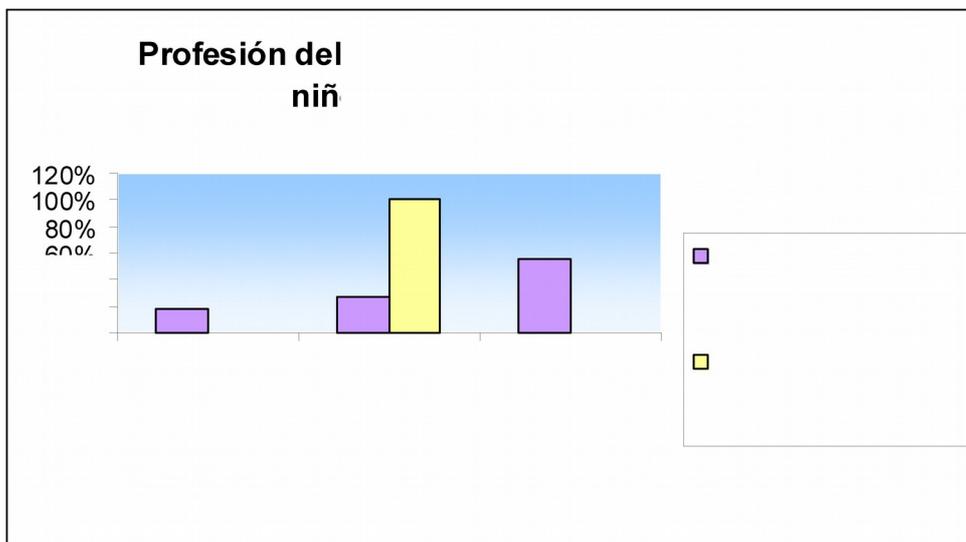


Tabla Nº11: Distribución de la población con riesgo y retraso en su desarrollo según nivel de instrucción de la madre.

NIVEL DE DESARROLLO				
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	FA RIESGO	FR% RIESGO	FA RETRASO	FR% RETRASO
Secundaria completa técnica	2	18	0	0
Secundaria incompleta	4	36	0	0
Primaria completa e incompleta	4	36	3	100
Analfabeta	1	10	0	0
Total	11	100	3	100

Grafico Nº 11: Distribución de la población con riesgo y retraso en su desarrollo según nivel de instrucción de la madre.

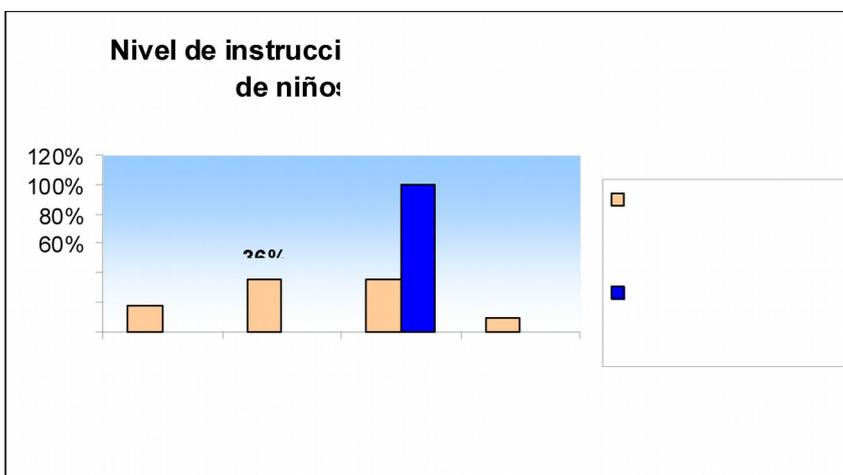
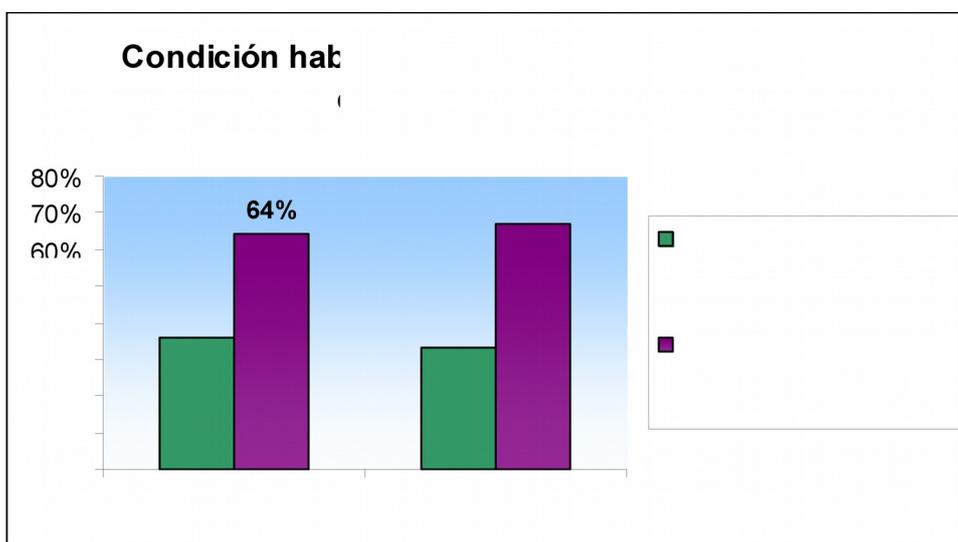


Tabla N° 12: Distribución de la población con riesgo y retraso en su desarrollo según condición habitacional.

NIVEL DE DESARROLLO				
CONDICIÓN HABITACIONAL	FA RIESGO	FR% RIESGO	FA RETRA-SO	FR% RETRA-SO
Casas de madera, pozo negro, s/ventilación, s/agua potable	4	36	1	33
Vivienda modesta	7	64	2	67
Total	11	100	3	100

Grafico N° 12: Distribución de la población con riesgo y retraso en su desarrollo según condición habitacional.



Análisis

Nuestra investigación, de carácter descriptivo, fue realizada en el CAIF “Los Fueguitos” del barrio de Piedras Blancas, departamento de Montevideo, Uruguay; en el período comprendido entre noviembre y diciembre del 2011. Elegimos este tipo de centro debido a que su contexto abarca el rango etario al cual va dirigida la investigación.

El CAIF plantea como modalidad de trabajo la integralidad, la inter institucionalidad y la interdisciplina, abordando al niño/a y su familia, en conjunto con el equipo de salud.

Desde el área de la enfermería, podemos observar la conexión existente de los centros CAIF con el trabajo que se realiza en los centros de Primer Nivel de Atención a través del programa ADUANA, donde una de las herramientas fundamentales para el seguimiento de los niños es el trabajo en red con este tipo de instituciones donde se puede captar y realizar el seguimiento de los niños.

Si bien no aplicamos el instrumento elegido para la medición de la variable desarrollo del niño (test EEDP), tomamos el valor obtenido por la psicomotricista del centro, con la cual tuvimos un encuentro, siendo ella la responsable de la realización del test. En dicha instancia se realizaban las evaluaciones finales del desarrollo de los niños que concurrieron durante el año al CAIF, esto nos fue de utilidad para obtener el valor del nivel desarrollo de cada niño, datos obtenidos de la ficha de registro de los mismos.

Cabe destacar que el test es un instrumento de fácil aplicación, que puede ser utilizado por otros profesionales que desean evaluar el desarrollo del niño.

En cuanto a la variable compleja condición socio económica, los datos necesarios para la clasificación de la población estudiada se obtuvieron de la combinación de las sub-variables socio-económicas (profesión del jefe de familia, instrucción de la madre, fuente y/o modalidad de ingresos, condición habitacional), las cuales fueron recolectadas de las fichas de los niños utilizadas en dicho centro. La clasificación de las familias mediante estratos socio económicos la realizamos mediante el método Graffar, éste proporciona

una aproximación más precisa a la interrelación entre los aspectos biológicos como lo son el crecimiento, desarrollo y los aspectos socio económicos.

De la población estudiada, que comprende 50 niños, el rango etario predominante es de 12 a 24 meses correspondiente al 56%, seguido con un 28% de niños entre 6 y 11 meses y 29 días; de 3 a 5 meses y 29 días corresponde a un 14% y con un 2% los niños entre 0 y 2 meses y 29 días.

Con respecto al tipo de familia tenemos que el 38% de las familias son nucleares, conformadas por padre, madre e hijos, con el mismo porcentaje encontramos a las familias extensas que están basadas en los vínculos de sangre de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás, lo que implica que al observar la variable condición habitacional, refleje que en la gran mayoría de los casos existe cohabitación y colhecho debido a que predominan las viviendas modestas y las casas de madera con pozo negro, sin agua potable ni ventilación, en un 68 y 20% de los casos respectivamente. Con un menor porcentaje, 12%, encontramos familias que habitan en casas o departamentos de construcción sólida.

Ninguna de las familias estudiadas habita mansiones, casas o departamentos espaciosos y confortables.

El 24% corresponde a las familias monoparentales, constituidas por uno de los progenitores y el niño, en la mayoría de éstos casos era la madre; este porcentaje resulta significativo debido a que a lo largo de nuestro trabajo hemos hecho referencia en varias oportunidades a la importancia del crecimiento y el desarrollo del niño dentro de una tríada, destacando que cada uno de los miembros posee un rol específico; lo que nos lleva a reflexionar acerca de que en el 24% de las familias un cuidador cumple ambos roles.

En cuanto a la profesión del jefe de familia, el 60% son empleados u oficinistas como por ejemplo: empleados de supermercado, empleadas domésticas etc; los obreros no especializados son un 35% y el 6% presentan profesión técnica.

Las madres con secundaria incompleta representan el 46% de la población total, el 40% son madres que realizaron primaria completa e incompleta.

Aquellas madres que realizaron secundaria completa técnica son un 10% de la población, y el 4% (2 madres) corresponde a las analfabetas. Ninguna de las madres tiene estudios universitarios. Si bien no podemos afirmar que por no poseer estudios universitarios o ser analfabeta esto afecte en el desarrollo directamente, si podemos relacionarlo a las funciones que se dan en una familia; en cuanto a la función educativa- socializadora quizás esa madre al no haber asistido a la educación formal y no conocer los frutos que la misma arroja, no le de importancia a la inclusión de sus hijos en el sistema educativo, en el sistema sanitario, etc.

Las familias que reciben sueldo quincenal o mensual son las que predominan con un 54%. El 22 % son familias que reciben sueldos esporádicos. Un 18% de las familias recibe sueldo diario o semanal, y el 6% son las familias que reciben sueldos por horas trabajadas. Al analizar dicha variable lo primero que pensamos es la falta de seguridad con la que estas familias viven, como también así la tensión de no saber en muchos casos con que dinero cuentan para administrarse día a día. Afirmamos en muchas ocasiones que un desarrollo y crecimiento adecuado tienen como pilares una alimentación equilibrada y buenas condiciones de vida e higiene que consideramos en muchos de los casos no pueden ser otorgadas debido a los bajos e irregulares ingresos percibidos por estas familias.

Al aplicar el método de Marcel Graffar a las variables anteriormente mencionadas, hallamos que el 52% de las familias pertenece a un estrato socioeconómico bajo, seguida por el estrato socioeconómico medio bajo con un 26%, el 20% correspondiente al estrato socioeconómico muy bajo, un 2% estrato medio, no encontrando ninguna familia perteneciente al estrato socioeconómico alto. Esto nos lleva a analizar acerca de cómo funcionará la familia en cuanto al establecimiento de roles, ya que anteriormente afirmábamos a través de lo extraído del libro “Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención” que según las culturas y en relación directa con el tipo de economía prevaleciente, las familias varían en su estructura de poder, y en consecuencia en la distribución y establecimiento de roles, entonces si tomamos como referencia esto, podríamos decir que en la mayoría de los casos el establecimiento de los roles podría ser confuso y conflictivo, analizándolo desde el punto de vista del niño y su proceso de

construcción, nos resulta difícil pensar en la cotidianeidad de ese niño en lo que tiene que ver a quién y cómo responder al momento de la puesta de límites, a quién tener como referente, si realmente es que hay alguien que pueda ocupar el rol de madre sosteniendo y acompañando el crecimiento y desarrollo del individuo.

A lo largo de la investigación hemos identificado aspectos vinculados con la condición socioeconómica que muestran que la pobreza afecta el desarrollo psicomotor. Si bien ser pobre no es igual a tener un desarrollo afectado, si podemos decir a través de estudios consultados que el niño y su construcción como sujeto se da a través de un proceso resultante de la interacción genética, el ambiente y su actividad personal, así como también de una alimentación equilibrada, buenas condiciones de vida, vivienda, higiene y por encima de esto un clima afectivo muy caluroso.

En cuanto a la variable desarrollo del niño, el 72% (36 niños/as) obtuvo un resultado dentro del rango normal en el test EEDP. El 22% (11 niños/as) presenta un riesgo en el desarrollo de acuerdo a dicho test, mientras que el 6% (3 niños/as) reflejó un retraso en el resultado del test.

Considerando los antecedentes mencionados, coincidimos en la importancia de la estimulación y participación del grupo familiar en el entorno del niño, en los primeros años de vida, ya que le permitirá desarrollar su potencial psicomotor e intelectual. Rescatamos estos aspectos ya que creemos que la ausencia de este entorno facilitador pudo haber influido en los resultados obtenidos a continuación.

Al analizar los datos obtenidos, hallamos significativo que el 28% (14 niños/as) presente riesgo o retraso en su desarrollo.

Tomando en cuenta el alto porcentaje decidimos analizar detalladamente cómo se mostraba la condición socioeconómica de las familias de los *niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor*, pretendiendo así describir el comportamiento de dichas variables, mediante el cruce de las mismas.

De la población anteriormente mencionada obtuvimos los siguientes datos; de la variable composición familiar el 50% corresponden a familias extensas, el 29% a familias monoparentales y el 21% a familias nucleares.

En cuanto a el nivel de instrucción de la madre el 50% tienen primaria completa e incompleta, el 29% posee secundaria incompleta, el 14% secundaria completa o técnica y el 7% presenta analfabetismo.

De la profesión obtuvimos un 43% para obreros no especializados y también para empleados u oficinistas. El 14% restante posee profesión técnica (egresados de UTU u otras Escuelas técnicas).

Cabe destacar que la variable condición habitacional arrojó datos llamativos teniendo en cuenta que solo se subdividió en dos de las cinco categorías existentes, siendo viviendas muy modestas y casas de madera (con pozo negro, sin ventilación ni agua potable) con el 64 y 36% respectivamente.

A lo largo de la vida del niño nuestra profesión cumple un rol protagónico en nuestro país, al igual que en otros, y más aún en los primeros años de vida al momento de valorar el desarrollo desde que los niños nacen a fin de prevenir lo antes posible.

Es a través del Programa Aduana que la Enfermería realiza el seguimiento de los niños en un primer nivel de atención y derivación a otros niveles, como también educa y orienta a la familia fomentando el cuidado de los recién nacidos y lactantes, para así lograr un adecuado crecimiento y desarrollo.

Para esto se trabaja en coordinación con otras instituciones, como lo fue nuestro centro de elección al cual año a año se le deriva por parte del programa aduana no solo los recién nacidos, sino también los niños de riesgo.

Conclusiones

- Podemos concluir que los niños/as estudiados pertenecieron a los estratos socioeconómicos medio bajos y bajos.

Según este estudio, conocimos que:

- De la población estudiada encontramos que la mayoría de las madres alcanzan como máximo nivel de instrucción, secundaria incompleta.
- Predominan las familias nucleares, conformadas por padre, madre e hijos y con el mismo porcentaje encontramos a las familias extensas, esto hace que al observar la variable condición habitacional, refleje que en la gran mayoría de los casos exista cohabitación y colhecho debido a que predominan las viviendas modestas y las casas de madera con pozo negro, sin agua potable ni ventilación.
- La mayoría (72%) de los niños/as presentan un desarrollo psicomotor normal.
- Si bien no pertenecen a la mayoría, encontramos un 28% de niños a los cuales el nivel socioeconómico medio bajo y bajo les afectaba su desarrollo, ya que se encontraban dentro del riesgo y el retraso.
- Dentro del porcentaje de niños/as con riesgo y retraso destacamos que la mitad de los mismos pertenecían a familias extensas.

A través de la carátula quisimos expresar y reflejar el verdadero sentir como enfermeros y futuros licenciados respecto a este tema, ya que consideramos que una puerta abierta a tiempo... facilitará un **desarrollo verdadero.**

“Un desarrollo verdadero, es el que se produce por la actualización y el despliegue de las potencialidades que el sujeto trae; del registro que de las experiencias tenga, y del ejercicio de su imaginación creadora para otorgarles sentido a estas experiencias. Así esas potencialidades del individuo se van actualizando, y, al interactuar con los objetos, la vida biológica se va haciendo vida psicológica, y los acontecimientos, experiencias personales e historia.”¹⁶

¹⁶ Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. [base de datos en línea].

Bibliografía

- Atkin L. Overview of instruments for measuring psychosocial development in Latin America-Regional Workshop on Research on Child psychosocial development- OPS/OMS. México; 1990.
- Aucouturier B. Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz. Barcelona: GRAÓ; 2004.
- Barrenechea C, Menoni T, Lacava E. y cols. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Uruguay: Publicación por la Comisión Sectorial de Educación Permanente de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería; 2009. p.62-63.
- Canetti A., Cerutti A., Zubillaga B., Schwartzman L., Roba O. Desarrollo y Familia. Montevideo: Aula; 2001.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Material de apoyo para la promoción, protección y vigilancia de la salud del niño. Montevideo: Rosgal; 1994.
- Cuello V., Medina V., Santucci N. Relación entre el Estrato Socioeconómico y la Composición Familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad, de un Centro de Salud Público de Montevideo. [Tesis de grado]. Montevideo. Facultad de Enfermería, UDELAR; 2009.
- De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1993.
- Flavell J. La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Buenos Aires: Paidós; 1978.
- Garay N. Quintanilla C. Cuidado de Enfermería en el ciclo vital. [Tesis de grado]. Chile: Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile; 2008.
- Gomez A., Betty J., Tezoquipa H., Camacho M., Ramirez C., Castañeda M. La salud del niño menor de cinco años: crecimiento y desarrollo.

- Revista de enfermería del instituto Mexicano del seguro social. 2003; 11(2): 93-98.
- González Tornaría M., Vandemeulebroecke L., Colpin H. Pedagogía Familiar. Montevideo: Trilce; 2001.
 - Piaget J. La formación del símbolo. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
 - Rodríguez S, Arancibia V, Undurraga C. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses. Chile: Galdoc; 1998.
 - Scarlette D. Guzmán Betanzo D. Monje Zaror R. "Hogar Conin y su trabajo en el desarrollo psicomotor" [Tesis de grado]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2009.
 - Serna Miguel y cols. Pobreza y desigualdad en Uruguay: una relación en debate. [en línea]. Montevideo: CBA; 2010. [10 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/serra.pdf>.
 - Spitz R. El Primer Año de Vida del Niño. Madrid: Aguilar S.A; 1978.
 - Winnicott D. La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: LUMENHORMÉ; 1995.
 - Wong D. Enfermería pediátrica. Madrid: Mosby/ Doyma; 1996.

Fuentes Documentales:

- ¿Qué es el plan Caif? [base de datos en línea]. Montevideo: Plan CAIF; 2011. [15 de julio de 2011]. URL disponible en: <http://www.plancaif.org.uy>
- Condición Socioeconómica. [base de datos en línea]. San Sebastián: Eustat; 2004. [15 de julio de 2011]. URL disponible en: http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_243/elem_2375/definicion.html.
- Trabajo infantil. [base de datos en línea]. Chile: OIT; 2003. [15 de julio de 2011]. URL disponible en: <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>.

- Método de Graffar y su aplicación en Latinoamérica. [base de datos en línea].Venezuela [17 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://cyberpediatria.com/graffarmendezc>.
- Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. [base de datos en línea]. Buenos Aires [2 de julio de 2012]. URL disponible en: www.edupsi.com/winnicott.
- THE UNTOLD STORY: A young Afghan refugee girl living, with her family, in a village named Bhaun near district Chakwal in Punjab, Pakistan. [base de datos en línea]. Pakistan. (Photo and caption by Mohsin-Khawar/People/Nacional-Geographic. [2 de julio de 2012]. URL disponible en: http://www.boston.com/bigpicture/2011/11/national_geographic_photo_cont.html

ANEXOS

PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	TOTAL
0 a 2 meses y 29 días																											
3 a 5 meses y 29 días																											
6 a 11 meses y 29 días																											
12 a 24 meses																											
NÚCLEO FAMILIAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	TOTAL
Familia Nuclear																											
Familia extensa																											
Familia monoparental																											

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

Profesión jefe familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	TOTAL
Profesión universitaria																											
Profesión Técnica																											
Empleados/Oficinistas																											
Obreros no Especializados																											
Instrucción de madre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	TOTAL
Universitaria																											
2ria completa técnica																											
2ria incompleta																											
1ria completa e incompleta																											
Analfabeta																											
Modalidad ingreso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	TOTAL
Directo																											

NIVEL SOCIO-ECONOMICO	FA	FR%
NIVEL III	6	24%
NIVEL IV	15	60%
NIVEL V	4	16%
TOTAL	25	100%

Fuente: Fichas de registros del CAIF

NIVEL SOCIO-ECONOMICO	FA	FR%
NIVEL II	1	4%
NIVEL III	7	28%
NIVEL IV	11	44%
NIVEL V	6	24%
TOTAL	25	100%

Fuente: Fichas de registros del CAIF

ANEXO N°2

El índice se calcula como la suma de los pesos de cada variable, utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Índice Graffar} = \sum_{i=1}^4 P_i$$

Donde:

P₁: Puntos asignados a la profesión del jefe del hogar

P₂: Puntos asignados a la ocupación de la madre

P₃: Puntos asignados a la fuente de ingresos

P₄: Puntos asignados a las condiciones de la vivienda

Finalmente cada hogar es asignado a un estrato dependiendo del valor del índice, según la siguiente regla de decisión:

Estrato	$\sum_{i=1}^4 P_i$
I	3,4,5,6
II	7,8,9
III	10,11,12
IV	13,14,15,16
V	17,18,19,20

ESTRATO SOCIOECONÓMICO

- *Definición conceptual:* es la categoría en la cual se clasifica a los individuos en una sociedad, de acuerdo a las características presentes en ellos y que se encuentran preestablecidas en una escala de medición, las mismas se definen en estrato socioeconómico Alto, Medio, Medio Bajo, Bajo y Muy Bajo. Según: Profesión del Jefe de familia, instrucción de la madre, fuente de ingreso y condición habitacional del niño a estudiar.
- *Definición operacional:*
-

ESTRATO SOCIOECONÓMICO I: puntaje entre 4, 5, 6.

Equivale a: ESTRATO SOCIOECONÓMICO ALTO

ESTRATO SOCIOECONÓMICO II: puntaje entre 7, 8, 9.

Equivale a: ESTRATO SOCIOECONÓMICO MEDIO

ESTRATO SOCIOECONÓMICO III: puntaje entre 10, 11, 12.

Equivale a: ESTRATO SOCIOECONÓMICO MEDIO BAJO

ESTRATO SOCIOECONÓMICO IV: puntaje entre 13, 14, 15, 16.

Equivale a: ESTRATO SOCIECONÓMICO BAJO

ESTRATO SOCIOECONÓMICO V: puntaje entre 17, 18, 19, 20

Equivale a: ESTRATO SOCIECONÓMICO MUY BAJO

ANEXO N°3



**SISTEMA DE INFORMACION PARA LA INFANCIA
NIÑOS/AS DE 0 A 4 AÑOS**

PARTE A

Tipo de Ingreso Ingreso Nuevo Ingreso Fecha de Ingreso / /

1. DATOS DEL CENTRO

Nombre del Centro _____
 Código SIPI del Centro _____ N° de Zona Infancia _____ (0= no corresponde)
 Barrio _____ Localidad _____ Código:
 Departamento

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO N° DE REGISTRO SIPI _____ (lo otorga el sistema)

Tipo de Atención	Origen del Financiamiento	
	INAU	P.Presidencia
1.Modalidad Intervención Integral		
2.SOC		
12.Est. Oportuna		
15.Educación Inicial		

Nombres _____
 Apellidos _____
 Dirección _____ entre calle _____ y _____
 N° de Puerta _____ Block _____ Piso _____ Apto. _____ Manzana _____ Solar _____
 Parada _____ Barrio _____ Sec. Pol.:
 Localidad / / / / Departamento Tel: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento / / Exacta aproximada
 C.I. _____
 Nacionalidad: Oriental U Argentina A Brasileira B Otra O
 Lugar de Nacimiento (Departamento): País: _____
 Partida de Nacimiento: Si S No N Oficina _____ Acta _____ Año _____
 Filiación:

Hijo Legítimo	1
Hijo Natural no reconocido	2
Hijo Natural reconocido	3
Hijo Adoptado	4

 Modo de Presentación: Familia o grupo de Convivencia 2
 Otra Institución 5
 Otros 6
 Causal de Ingreso: Niños de 0 a 4 años 29
 Disposición: INAU 2
 Lugar de envío:(código del centro) _____
 Fecha: / / Responsable del llenado: _____ Firma: _____

3.2. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Y GRUPO DE CONVIVENCIA DEL / DE LA NIN@

Otros datos de la Madre

Edad de la Madre al nacimiento de su hij@ (en años): 97= sin dato

¿La madre del / de la niñ@ durante su embarazo fue beneficiaria de CAIF?

Si	1
No	9
Ns/Nc	99

Nº SIPI: -----

¿Se controló el embarazo?

Si	1
No	2
Ns/Nc	99

Semanas de gestación al primer control:

Número total de controles:

Condición de Actividad

Ocupación:	Policia militar	17
	Otro empleado u obrero público	35
	Empleado u obrero privado	36
	Servicio Doméstico	15
	Miembro de cooperativa de producción	37
	Patrón con personal a su cargo	38
	Trabajador por cuenta propia con local o inversión	39
	Trabajador por cuenta prop.sin local no ocasional	40
	Trabajador por cuenta prop.sin loc.occasional (changas)	41
	Clasificador	28
	Miembro del hogar no remunerado	29
	Nunca trabajó	42
	Desocupado	32
	Trabajador Agrícola	20
	Otros	43
	Ns/Nc	99

Horario: Diurno D

Nocturno N

Nº de horas de trabajo fuera del hogar:

Tiempo total de traslado (en minutos): _____

Escolaridad (senale ultimo año aprobado):

(en el caso en que la madre no viva con ella niñ@)

	C/I	Año aprob.	
1.Sin instrucción			
2.Primaria			C = completa
5.Secundaria 1º ciclo			
6. secundaria 2º ciclo			I = Incompleta
7.UTU 1º ciclo			
8. UTU 2º ciclo			
9.magisterio, profesorado			
10. universidad			
99.Ns/Nc			

Otros Datos del Padre:

Ocupación:	Policia militar	17
	Otro empleado u obrero público	35
	Empleado u obrero privado	36
	Servicio Doméstico	15
	Miembro de cooperativa de producción	37
	Patrón con personal a su cargo	38
	Trabajador por cuenta prop.sin local no ocasional	40
	Trabajador por cuenta prop.sin loc.occasional (changas)	41
	Clasificador	28
	Miembro del hogar no remunerado	29
	Nunca trabajó	42
	Desocupado	32
	Trabajador Agrícola	20
	Otros	43
	Ns/Nc	99

Horario: Diurno D

Nocturno N

Nº de horas de trabajo fuera del hogar:

Tiempo total de traslado (en minutos): _____

4. Datos de la Condición Y Servicios de la Vivienda

Tenencia de la vivienda:

Propietario de la vivienda y el terreno	1
Propietario de la vivienda solamente	2
Integra una cooperativa de vivienda	3
Inquilino- arrendatario	4
Ocupante con permiso	5
Ocupante sin permiso	6
Promitente comprador (BHU, otros)	7
Ns/Nc	99

Número de habitaciones utilizadas para dormir (sin contar baño y cocina)

Origen del Agua para Beber y Cocinar:

Red General	1
Pozo surgente (perforado y entubado)	2
Otro (aljibe, arroyo, río, cachimba)	3
Ns/Nc	99

Cómo llega el agua a la vivienda?

Por cañería dentro de la vivienda	1
Por cañería fuera de la vivienda	2
Otros medios	3
Ns/Nc	99

5. INFORMACION DEL / DE LA NIÑ@ BENEFICIARI@

Tiene carné de asistencia:	SI	1
	No	2
	Ns/Nc	99

¿Qué cobertura de Salud tiene el/la Niñ@?

	nº de carné o carpeta
MSP	1
Mutualista	2
Sanidad policial/ Militar	3
BPS	4
Emergencia Móvil	5
No tiene	10
Ns/Nc	99

En caso de problema de Salud ¿dónde se asiste?

	nº de carné o carpeta
MSP	1
Mutualista	2
Sanidad policial/ Militar	3
BPS	4
Emergencia Móvil	5
MSP, Centro de Salud	6
Policlínica Municipal	7
Policlínica Barrial no estatal	8
Otros	9
No tiene	10
Ns/Nc	99

¿Qué tipo de apoyo alimentario recibe?

Nombre del Programa	Dirección
Apoyo del INDA	
PCC	1
PAEC	2
PLOMO	3
AIPP	4
SNC	5
Otros	6
Otros apoyos	7
No tiene	10
Ns/Nc	99

Asist. Alimentaria: PCC, Programa Canasta complemento; PAEC, Apoyo a enfermos crónicos; Plomo; AIPP.

6. Evaluación Nutricional del /de la niñ@

Peso al Nacer (en gramos): _ _ _

Edad Gestacional (en semanas): _ _

¿Tuvo algún control en Salud en los últimos doce meses?

Si	1
No	2
Ns/Nc	99

Fecha del último registro: _ / _ / _

Peso (kg): _ _ Talla (cm): _ _ _

Esquema de vacunación:

Si	1
No	2
Ns/Nc	99

Fecha de vencimiento: _ / _ / _

¿El /la niñ@ ha sido alimentad@ a pecho en la últimas 24 horas?

Si	1
No	2
Ns/Nc	99

(fecha en que se realiza esta pregunta) _ / _ / _

¿Qué alimentos (sólidos o líquidos) o sustancias recibió el/ la niñ@ en las últimas 24 horas, en el hogar y/o centro?

Tipo de alimento	1.Si	2.No	99.Ns/Nc
Leche Materna			
Leche de vaca (fluida o en polvo)			
Leche no pasteurizada			
Jugo o leche en base a soja			
Agua, agua mineral			
Caserosas, refrescos, jugos en polvo			
Alimentos sólidos, semisól., sopas			
Jugos de frutas o verduras			
Té, té de yuyos			
Mate			
Vitaminas u otros medicamento			
Otros			

¿Qué edad tenía el/la niñ@(en meses cumplidos) cuando dejó definitivamente de tomar pecho?

Meses:

7. Evaluación Psicomotriz del / de la Niñ@

Test EEDP

Niños entre 0 y 24 meses

Fecha: / / Edad del/ de la niñ@ (en meses):

Área de desarrollo	Puntaje
Motricidad	
Coordinación	
Lenguaje	
Social	
Global	
Sin dato	97

Test TEPSI

Niños ente 25 y 47 meses

Fecha: / / Edad del/ de la niñ@ (en meses):

Área de desarrollo	Puntaje
Motricidad	
Coordinación	
Lenguaje	
Global	
Sin dato	97

Fecha: / /

Responsable del llenado: _____ Firma: _____

8. Estilos de Vida

En el hogar del / de la niñ@ ¿ el padre y/o madre fuman dentro de la vivienda?

Si	1
No	2
Ns/Nc	99

¿Cuántas porciones de frutas y verduras consumió ayer?

	Porciones
Madre	
Padre	

¿Realiza algún tipo de actividad física, individual o colectiva, en su tiempo libre?

	Madre	Padre
1.Si		
2.No		
99.Ns/Nc		

El padre y/o la madre participan en alguna organización de la comunidad?

Padre

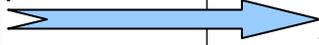
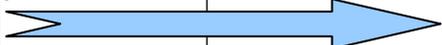
	Barrial	Religiosa	Deportiva	otra
1.Si				
2.No				
99.Ns/Nc				

Madre

	Barrial	Religiosa	Deportiva	otra
1.Si				
2.No				
99.Ns/Nc				

ANEXO N°4

• Cronograma Gantt

	MARZO 2011	DICIEMBRE 2011	FEBRERO 2012	JULIO 2012
Elaboración del protocolo				
Presentación del protocolo a las tutoras				
Ejecución del trabajo final de investigación				
Presentación del trabajo final de investigación				