



CUIDANDO
EL POTENCIAL
DEL FUTURO



El desarrollo de niños
preescolares en familias pobres del Uruguay

Diseño y armado Lucas Caravia
Impreso en Graphis Ltda. - Juan C. Gómez 1457
D.L. 301.282/96
Montevideo, Uruguay 1996

Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (G. I. E. P.)

Dr. Ricardo BERNARDI
Director

Dra. Laura SCHWARTZMANN
Coordinadora

Dra. Alicia CANETTI

Psicom. Ana CERUTTI

Lic. Oscar ROBA

Psi. Blanca ZUBILLAGA

Colaboradores

Psi. Sandra ROSENBERG

Dra. Natalia TRENCHI

Psi. Patricia DE LA CUESTA

Dra. Selva LUQUE

Editora Científica

Dra. Laura SCHWARTZMANN

Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República

Apoyaron:

Comisión Sectorial de Investigación Científica

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

Instituto Interamericano del Niño

UNICEF

INDICE

Prólogo	8
Prefacio	10
Introducción	12
Capítulo I	
Hipótesis sobre el desarrollo visto desde la perspectiva de la interrelación Niño-Ambiente	
<i>Parte I</i> -Datos de la observación clínica y experimental	15
<i>Parte II</i> -Datos de la epidemiología	24
Capítulo II	
Los sectores pobres del Uruguay	37
Capítulo III	
Metodología de la investigación	45
Capítulo IV	
Desarrollo psicomotor de los niños de 2 a 5 años de los sectores pobres urbanos del Uruguay	59
Capítulo V	
Los niños de la pobreza: factores de riesgo asociados al desarrollo infantil	79

Capítulo VI	
Conclusiones y nuevas hipótesis	99
Reflexiones finales	105
Apartado I	
Algunos resultados y perspectivas en la investigación del desarrollo emocional y el estado nutricional en niños pre-escolares de los sectores pobres del Uruguay urbano	107
Apartado II	
El equipo de salud conversa con los padres	117
Apartado III	
Tablas del desarrollo psicomotor: niños de 2 a 5 años de sectores pobres del Uruguay	147
Apartado IV	
Definición de Variables	157
Apartado V	
Matriz de correlación	169
Bibliografía	181

PROLOGO

Este libro es el fruto de muchos años de trabajo de un grupo de profesionales investigadores de diversas disciplinas con virtudes excepcionales, objetivos claros y un fortísimo compromiso de servicio.

Al haberme beneficiado, junto a mis demás colegas del CLAP, de un contacto cotidiano con las sucesivas instancias de la investigación que nutre este texto, quiero agradecer el enriquecimiento personal e institucional que ha aportado esta relación, a la vez que destacar la trascendencia de este material para comprender los condicionantes del desarrollo infantil y de la vida familiar en los demás países de América Latina y el Caribe.

El estudio que se presenta se basó en una muestra de 858 familias y 1.224 niños de menos de 5 años, que representan a los sectores urbanos pobres del Uruguay en áreas urbanas de prevalencia de pobreza y un grupo de 99 familias y 119 niños no pobres de Montevideo a partir de una encuesta ya realizada por el CLAEH con la inspiración y dirección de Juan Pablo Terra. Es parte de un estudio colaborativo con Argentina y Chile con el fin de investigar las estrategias, prácticas y creencias de alimentación, crianza y desarrollo infantil en el contexto de los estratos pobres auspiciado por UNICEF.

Si bien los objetivos de la investigación son "comprender mejor la naturaleza del daño causado por la pobreza en nuestra niñez (en la evaluación del desarrollo psicomotor, los trastornos emocionales y del comportamiento)" y "mejorar el conocimiento de los factores de riesgo, intentando construir con ellos perfiles que permitan comprender mejor su naturaleza y modo de acción", los autores aportan mucho más que eso. El libro tiene un ordenamiento inteligente de las diferentes teorías que contribuyen a comprender mejor el desarrollo del niño, así como una exhaustiva revisión de la literatura en cada una de las áreas interconexas.

En la búsqueda de nuevas hipótesis que vinculen los resultados de la investigación con la clínica y la psicopatología los autores proponen, con cautela, un perfil de situación de crianza que potencia el riesgo de fracaso en el desarrollo del niño: madre deprimida, padre ausente, familia sin sostén interior y/o violencia doméstica y soporte social inoperante. Estos factores de riesgo de crianza en situaciones de psicopatología de los padres y del conflicto familiar, universales para el daño psíquico, operan en situaciones de pobreza en un microcosmos abrumador, acumulativamente traumático. La sólida fundamentación de esta propuesta, así como el valor asignado a "la palabra /el diálogo /la simbolización", dentro de la relación familiar, son motivo de una extensa documentación y original análisis.

Desde la perspectiva de los servicios de salud este libro replantea las actividades y la oportunidad de intervención para el mejor desarrollo psicomotor del niño. De sus propuestas se desprende la necesidad de actuar sobre la familia, se fundamenta la opción preventiva de mejorar la interacción entre las personas del grupo familiar y así evitar interferencias con el normal desarrollo del niño vs. imponer al niño o a su familia

los comportamientos funcionalmente útiles. Pero los servicios de salud no están preparados para ello, la realidad es compleja y los recursos deben estar acordes. El problema se plantea en: cómo y dónde hacer el cambio para mejorar los servicios.

En una enumeración final de propuestas, los autores señalan la dispersión y falta de coordinación de las organizaciones que prestan servicios, la necesidad de estudios epidemiológicos que permitan la focalización de acciones, la necesidad de capacitación de los recursos comunitarios y de sostén institucional de los que cuidan. Los autores han ido más allá de la descripción y análisis del problema, avanzando en el sentido de la intervención, al elaborar materiales que basados en sus comprobaciones ofrecen al personal de salud un instrumento bipolar que mira al niño y su familia para detectar situaciones de riesgo y actuar sobre ellas a tiempo. Este aporte desde lo psicosocial, que permite comprender al niño en su relación con el entorno ya ha sido incorporado en un material para la formación de recursos humanos para los servicios de salud recientemente editado por CLAP (Materiales para la promoción de salud del niño), apareciendo junto a otras propuestas de actividades de seguimiento integradas (control de crecimiento y desarrollo, detección temprana de déficit sensoriales, inmunizaciones, prevención de accidentes, salud oral, lactancia materna y nutrición infantil, etc.).

El libro convoca a todos a preocuparnos por la maternidad y el maternaje. La función social de maternaje ha sido puesta por muchos autores también en las instituciones, ya sea vicariante de las carencias de la madre biológica o coadyuvante, reorientando los servicios de salud y educación temprana o de cuidado diurno hacia una tarea de promoción y protección de las familias más necesitadas. Señala aun más: "Frente al peso simbólico que significa ocupar un lugar marginal en el contrato social... las políticas sociales hacia la pobreza valgan no solo por la ayuda concreta que ofrezcan sino en función del grado de verdad del gesto simbólico de integración que vehiculicen". Se trata de servicios con compromiso y entrega humana.

La lectura es fácil aun cuando contiene un material de un altísimo nivel científico. Su temática humanística, observando una realidad dramática, se desarrolla ordenadamente, permitiendo un aprendizaje casi guiado de la mano por los investigadores que lo estudiaron. Es atrapante y su primera lectura transmite un planteo positivo, innovador, de cambio, con el cual el lector seguramente se va a sentir comprometido.

José Luis Díaz Rossello
Pediatra

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

PREFACIO

Este libro nace de la confluencia de diversas inquietudes y estímulos.

- Por un lado surge como una necesidad de la docencia universitaria. El trabajo docente y asistencial en centros de salud, tanto hospitalarios como barriales, muestra a diario que no alcanza con abordar los casos a nivel individual, sino que es necesario desarrollar metodologías de estudio que permitan comprender y abordar los problemas a nivel más general.

Estas razones llevaron a constituir dentro del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, un equipo de trabajo, el GIEP (Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales), dedicado al estudio de factores psicosociales que inciden en la salud. El primer tema abordado y del que ha resultado este volumen, ha sido el de los factores de riesgo para el desarrollo infantil en sectores pobres. El GIEP se constituyó inicialmente con especialistas provenientes de distintos campos: Psiquiatría (Drs. R. Bernardi, A. Canetti, L. Schwartzmann, N. Trenchi), Psicología (Psic. P. De la Cuesta, S. Rosenberg, B. Zubillaga), Psicomotricidad (A. Cerutti), Neuropediatría (S. Luque) y Ciencias Sociales (Soc. O. Roba). Las experiencias de los miembros del grupo en trabajo comunitario en sectores de alta prevalencia de pobreza también es variada (centros de salud y policlínicas barriales, hospitales, centros de educación inicial - guarderías y jardines de infantes -, clubes de niños del INAME, programas de asistencia a niños de la calle, escuelas y liceos en zonas de riesgo, etc.). Se buscó que esta experiencia estuviera presente en el momento de discutir los datos. Pero al mismo tiempo se procuró que el análisis estadístico de los mismos se realizara con el mayor rigor posible. En este sentido, el subequipo constituido por Laura Schwartzmann, Alicia Canetti y Oscar Roba, buscó incorporar, para el análisis de los factores de riesgo, técnicas de análisis multivariante que hasta el momento no habían sido empleadas en nuestro medio para la investigación en Salud Mental.

La coordinación del grupo estuvo a cargo de la Prof. Adj. Dra. Laura Schwartzmann, cuya presencia fue esencial para promover estas nuevas técnicas, así como para asegurar la unidad del libro y la dinámica del equipo. La propuesta inicial y la dirección general del proyecto estuvo a cargo de quien suscribe, Prof. Dr. Ricardo Bernardi. A lo largo de casi 9 años el grupo se reunió periódicamente, en encuentros muchas veces abiertos a diversos participantes, cuyo número nos impide mencionar personalmente. Los autores de éste se reconocen deudores de muchas de las ideas manejadas en estos encuentros.

- Una segunda fuente de motivación, provino del deseo de continuar el estudio del desarrollo psíquico de los niños en condición de pobreza, a partir del trabajo realizado por el Arq. Juan Pablo Terra junto con un equipo del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). Como parte de un estudio regional para el Cono Sur (Uruguay, Argentina y Chile), realizado con el apoyo de UNICEF y del IDRC, un grupo de investigadores estuvo trabajando en 1985 y 1986 en un relevamiento sobre las condiciones de desarrollo de los niños de sectores pobres de nuestro país, el cual fue expuesto en publicaciones a las que

hacemos referencia más adelante. Tres de los autores de este libro (Dr. Ricardo Bernardi, Psicom. Ana Cerutti y Soc. Oscar Roba) participamos en aquella investigación y sentimos necesidad de continuarla. Muchas de las variables psicosociales incluídas en aquel estudio, propuestas por el subequipo que se ocupó de los aspectos psicológicos (R. Bernardi, G. Bianco y A. Cerutti), mostraron ser indicadores de valor, cuyo análisis, aunque excedía la finalidad de la investigación original, merecía ser continuado y profundizado.

A estos efectos se firmó un convenio entre la Facultad de Medicina y el CLAEH, el cual permitió que el Departamento de Psicología Médica tuviera acceso al banco de datos de dicha investigación, que es el que sirvió de base al presente informe.

Quienes tuvimos oportunidad de trabajar con él, sentimos la presencia intelectual de Juan Pablo Terra en muchos momentos de este estudio y lamentamos su prematura desaparición. Queremos agradecer al CLAEH por haber puesto sus archivos a nuestra disposición y por haber colaborado en los primeros tramos de esta investigación.

- Nos ha ayudado mucho el discutir resultados parciales en diversos congresos, cursos o encuentros con colegas, educadores y trabajadores sociales, permitiéndonos recoger sugerencias y críticas valiosas, provenientes de distintas disciplinas que comparten con la salud mental la primera línea de fuego frente a estos problemas.

Agradecemos también la ayuda prestada por colegas de otros países y en especial a los Drs. P. L. Sousa y C. Vitorá, de la Universidad de Pelotas y al Dr. J. I. Hayez, de la Universidad de Lovaina.

Cabe señalar el estímulo permanente que significó la participación en diversas publicaciones y actividades del Centro Latinoamericano de Desarrollo Humano (CLAP, OPS-OMS), lo que nos dió también la oportunidad de discutir diversos problemas con los investigadores de dicho Centro y de la OPS y en especial con los Drs. I. Levav, José Luis Díaz Rossello, Miguel Martell, G. Martínez y Ruben Belitzky. Deseamos también señalar el aliento recibido en forma reiterada por el Director del Centro, Dr. Ricardo Schwarz.

Nuestro agradecimiento además al apoyo prestado por la Facultad de Medicina para la constitución y funcionamiento de este equipo y a los integrantes del Departamento de Psicología Médica, quienes de distintas formas acompañaron y apoyaron el trabajo del GIEP.

- Por último y en forma especial, deseamos mencionar la ayuda brindada por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), de la Universidad de la República, sin cuyo apoyo económico esta investigación no hubiera sido posible y a UNICEF, Instituto Interamericano del Niño (OEA) y CLAP, que auspician su publicación.

Prof. Dr. Ricardo Bernardi
Director del Departamento de
Psicología Médica

INTRODUCCION

Para que un niño pueda desarrollarse necesita de un ambiente facilitador del desarrollo. Muchas veces el niño debe enfrentar carencias o perturbaciones específicas, limitadas a un plano determinado. Pero cuando observamos lo que ocurre en las familias en condición de pobreza, encontramos un número importante de niños cuyo desarrollo debe darse en un ambiente caracterizado por la acumulación de condiciones desfavorables. Es bien sabido por los trabajadores sociales y de la salud en esta área, que en la situación de pobreza los factores perturbadores del desarrollo no se restringen exclusivamente a las carencias materiales, sino que éstas se entrelazan con una serie de factores psicosociales de diverso orden que hacen que el ambiente en el cual el niño debe intentar su desarrollo presente un rostro particularmente cruel.

Muchas veces se toma como problema central el de la desnutrición. Esto es simplificar el problema global. El hecho es que los problemas del desarrollo de los niños pobres no son simplemente un reflejo lineal de las carencias alimenticias ni materiales y tampoco están en proporción directa con el nivel de pobreza. Es entonces necesario admitir la complejidad de la cuestión y prestar atención al conjunto de mediaciones que ocurren entre el niño, la familia y el entorno social, indagando los distintos factores psicológicos y sociales que pueden atenuar o agravar los efectos de la pobreza. Pero éste no es un conocimiento inútil. Saber más sobre estos factores posibilita a su vez actuar de forma más eficaz. No alcanza con combatir la pobreza a nivel económico, es preciso también modificar aquellos factores psicosociales que forman parte de ella, multiplican sus efectos y tienden a perpetuarla.

En nuestro estudio partimos de un análisis epidemiológico de datos referentes a la pobreza urbana en el Uruguay (Terra y col. 1989). Nos interesa identificar en el interior de ella aquellos factores que afectan el desarrollo del niño y extraer consecuencias de este conocimiento para poder formular políticas de salud y de educación más eficaces.

Como en toda investigación existe un conjunto de ideas y supuestos que guían la búsqueda. Ellas no consisten solo en las hipótesis específicas que son puestas a prueba, sino también en un entorno más amplio de ideas, que forman el contexto del cual surgen las preguntas de la investigación.

Estas ideas provienen, en el caso de este libro, de dos marcos conceptuales. Por un lado están los conocimientos procedentes del campo de la salud mental acerca del desarrollo psíquico y de los factores familiares y sociales que lo sostienen y eventualmente pueden perturbarlo. Por otro lado está presente el aporte de las ciencias sociales acerca de la situación de pobreza en nuestro país y de las condiciones que ésta impone para el desarrollo del niño y de la familia. Cada uno de estos campos teóricos incluye dentro de sí diferentes posiciones y tradiciones, puntos controversiales y problemas aun sin respuesta.

Hemos intentado -dentro de los límites de lo posible- no excluir escuelas o corrientes de pensamiento que pudieran resultar valiosas para la investigación. Muchas hipótesis sobre el desarrollo provienen del

psicoanálisis, pero hemos buscado también tomar en cuenta el aporte de otras corrientes (el enfoque sistémico, el cognitivo-conductual, la psiquiatría social, etc.) cuando nos parecía necesario. Esto no implica una toma de partido por un eclecticismo irreflexivo. En realidad, en la parte más viva de estas distintas tradiciones y escuelas encontramos un núcleo de problemas comunes, aunque las respuestas a los mismos se expresen a partir de supuestos y lenguajes difíciles de conciliar. Queremos señalar, entre estas preocupaciones comunes, la búsqueda de una respuesta satisfactoria a dos problemas con el que se enfrentan permanentemente todas las ciencias humanas: cómo desarrollar un modelo que articule los fenómenos intrasubjetivos con los intersubjetivos y cómo conciliar la riqueza de la observación clínica de casos individuales con una metodología científica rigurosa y cuyos resultados puedan generalizarse a nivel de poblaciones.

La epidemiología ha buscado desarrollar metodologías que le permitan relacionar los daños a la salud con los problemas que los producen. Hemos buscado apoyarnos en este enfoque para poder discutir mejor las acciones de salud necesarias. La eficacia de estas intervenciones dependerá de la correcta identificación de los factores generadores de los problemas y de una adecuada evaluación de los resultados de los programas emprendidos, que permita incorporar nuevos conocimientos y perfeccionar el modelo.

Muchos de los miembros del GIEP destinamos buena parte de nuestra actividad diaria al trabajo clínico, por lo que adoptar esta perspectiva poblacional nos significa el esfuerzo de pasar de categorías muy atentas a la complejidad y peculiaridad de las situaciones individuales, a otras en las que importa delimitar factores más simples pero cuyo peso a nivel general pueda ser mejor conocido.

El problema tiene un aspecto de desafío, que puede formularse de este modo: cuánta simplificación toleran los modelos clínicos y cuánta complejización aceptan los modelos epidemiológicos.

Afortunadamente es posible detectar corrientes convergentes en este sentido. Dentro del campo de la epidemiología, publicaciones recientes insisten en la necesidad de ir más allá del modelo lineal que relaciona factores estresantes, soporte social y mecanismos de coping (de enfrentamiento), para prestar atención a los procesos interrelacionados y contextos complejos en los que operan estos mecanismos (Haggerty et al, 1994). A su vez en el psicoanálisis y en las psicoterapias en general existe un interés creciente en la investigación empírica, que se expresa no solo en la integración de distintas perspectivas sobre el desarrollo (Osofsky, 1987), sino en el intento de lograr una mejor identificación de los factores de cambio psíquico, a través de investigaciones que relacionan el proceso terapéutico con los resultados obtenidos (P. Forrest Talley et al., 1994).

Como perspectiva teórica se impone pues, prestar atención no solo a cada variable sino también a los efectos que surgen de la interrelación de las mismas. Es necesario también dejar la puerta abierta para que los datos cuantitativos se puedan articular con los estudios cualitativos.

No es menos necesario recordar que estudios de este tipo implican mantener un respeto profundo por quienes tienen que desarrollarse y vivir en la pobreza. Esto no significa inhibirse de participar en la búsqueda

de soluciones, ni una idealización de la pobreza como si fuera una forma de cultura autónoma. Pero sí implica ser muy cuidadoso en cuestionarse sobre la distancia desde la cual el observador mira los problemas y sobre todo en no intervenir desconociendo los dinamismos y capacidades latentes de los protagonistas. Para poner un ejemplo, es mucho más útil buscar los mecanismos internos que a nivel de una familia o un grupo social pueden ayudar a una madre a superar su depresión, que proponer intervenciones en las que el personal de salud la sustituya en la estimulación del niño.

Dado que distintos aspectos del contenido del libro puede tener un interés especial para determinado público, se ha buscado que, dentro de lo posible, los distintos capítulos puedan ser leídos con relativa independencia unos de otros. Cada capítulo fue redactado por los distintos subequipos que trabajaron en la investigación.

El **capítulo I** expone el marco general de ideas sobre el desarrollo psíquico y sobre la relación del niño con su entorno, marco que está implícito en las distintas hipótesis discutidas en los capítulos siguientes.

En la segunda parte reseña algunas de las principales investigaciones epidemiológicas que sirvieron de antecedente a este estudio.

Una presentación general del problema de la pobreza está contenida en el **capítulo II**, con especial referencia a la situación del Uruguay.

El lector encontrará en el **capítulo III** la descripción de la base de datos, aportada por el CLAEH, en la que se basa el presente estudio, así como la metodología e instrumentos utilizados.

El **capítulo IV** contiene la descripción y el análisis del desarrollo psicomotor en los sectores pobres del Uruguay, así como una discusión del concepto de desarrollo psicomotor. El apartado 3 complementa los datos del capítulo, aportando resultados y tablas adicionales con información sobre los resultados de la aplicación del Tepsi en los sectores pobres de nuestro país. Por tratarse de información hasta ahora inexistente, seguramente será de utilidad para quienes trabajan en este campo.

El **capítulo V** estudia los factores de riesgo asociados a los resultados descritos en el capítulo anterior. Se realiza el estudio uno a uno de los factores seguido de un estudio multivariado, a través del cual se intenta llegar a una comprensión de los mecanismos y procesos en juego. Una presentación de las variables utilizadas en el estudio original así como de los puntos de corte utilizados en esta investigación se encontrará en el **apartado 4**. El **apartado 5** incluye los datos de las matrices de correlación y el análisis factorial.

El **capítulo VI** discute las principales conclusiones y propuestas que emanan del estudio presentado.

Por último, el **apartado 1** estudia la presencia de síntomas psiquiátricos en el niño y su relación con los factores sociofamiliares, poniéndose énfasis en los problemas metodológicos en este campo y el **apartado 2** presenta el instrumento bipolar de evaluación niño-familia creado a partir de los resultados.

CAPITULO I

HIPOTESIS SOBRE EL DESARROLLO VISTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INTERRELACION NIÑO - AMBIENTE

PARTE I

DATOS DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA Y EXPERIMENTAL

La presente investigación parte de una primera hipótesis: la pobreza constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo psíquico de los niños.

La pregunta siguiente es: ¿qué factores dentro de la situación de pobreza afectan qué aspectos del desarrollo y cómo lo hacen?

Para evaluar los daños en el desarrollo, como se verá con más detalle más adelante, se eligieron una escala de desarrollo psicomotor y una lista de síntomas emocionales y comportamentales referidos por la madre.

Para evaluar los factores de riesgo se confeccionó una amplia lista de variables (capítulo III y apartado IV) que se suponen pueden indicar situaciones de riesgo para el desarrollo infantil.

El modelo más simple consiste en suponer que la situación de pobreza actúa multiplicando los factores de riesgo que amenazan el desarrollo, a la vez que disminuye los factores de protección capaces de neutralizar estos riesgos.

Este modelo, si bien permitió identificar un número considerable de factores, presenta dificultades cuando se trata de señalar la interrelación de las variables, sus ingredientes activos y su forma de acción.

Por esa razón, en vez de seleccionar un pequeño número de variables y evaluarlas por medio de escalas ya conocidas, preferimos tomar un conjunto más amplio de factores e indagarlos mediante preguntas sencillas, breves y fáciles de aplicar. Confiamos en llegar así a resultados significativos, aunque las preguntas utilizadas tuvieran menor sensibilidad y especificidad que las que ofrecen escalas estandarizadas. El número elevado de variables consideradas permite ganar en la comprensión de la complejidad del contexto configurado por estos factores.

Si nuestra primera hipótesis se refiere al efecto acumulativo de los factores traumáticos, la segunda hipótesis postula que estos factores actúan perturbando una trama compleja de interrelaciones que sirve de soporte al desarrollo del niño y asegura el equilibrio de la familia.

La selección de estas variables se basó en un modelo del desarrollo del niño que toma en cuenta el carácter complejo de los factores en juego y que se expondrá a continuación.

Resulta útil comenzar por las etapas iniciales del desarrollo, dejando para más adelante, por distintas razones (cap. IV) una consideración más detallada de lo correspondiente a la edad de los 2 a 5 años. En primer lugar, esta referencia a los momentos iniciales vuelve más inteligible la de los períodos ulteriores. En segundo lugar, en los últimos 15 años se ha dado una revolución en los conocimientos sobre el desarrollo temprano, que vuelve paradigmáticos muchos de sus aportes. Por último, frente a la complejidad creciente que adquieren los fenómenos del desarrollo a lo largo del tiempo, el referirse a las etapas iniciales ofrece una mayor claridad desde el punto de vista expositivo.

Considerado desde el ángulo unipersonal, el modelo propuesto por Freud (Freud 1916-17) en su esquema de las series complementarias sigue siendo válido.

Este modelo postula un primer conjunto de factores de orden genético y constitucional. A éstos se suman, en segundo término, las experiencias vividas tempranamente, que representan las sucesivas situaciones ambientales que dejan su impronta en la organización psíquica del niño, determinando conjuntamente con los factores constitucionales, su estructuración mental y sus zonas de mayor vulnerabilidad, de la cual dependerá la predisposición individual a enfermar.

Los trastornos aparecen en un tercer momento, cuando a esta predisposición latente se suman circunstancias vitales que sobrepasan la resistencia del individuo, ya sea por su intensidad traumática o por actuar sobre las zonas vulnerables del psiquismo, reforzando de esa manera el papel patógeno de las experiencias tempranas.

Este modelo resulta adecuado para pensar los problemas del desarrollo del niño en términos de psicología unipersonal. Desde tiempo atrás existe la inquietud, en muy diversos autores, por desarrollar modelos que permitan comprender mejor los fenómenos de naturaleza intersubjetiva. Esta preocupación aparece en distintos momentos de la obra de psicoanalistas rioplatenses como Pichon Rivière, Bleger, Berenstein, Puget, etc. Se ha señalado también la necesidad de estudiar el desarrollo en función de las relaciones mutuas, que se dan desde el inicio, entre el genotipo, el fenotipo y aquello que podría ser denominado el tipo ambiental o ambientipo (Sameroff y Emde, 1989).

De hecho, se ha avanzado en la comprensión de la interrelación entre los factores genéticos y ambientales, aunque éste es un tema que, en su mayor parte, permanece aun abierto a la exploración. Dentro de lo ya investigado parece posible afirmar que los factores genéticos determinan en cierta medida el ambiente en que la persona vive, es decir, que llevan dentro de ciertos límites a una cierta "elección" del ambiente. Incluso se ha comprobado que podría existir una cierta predisposición genética a sufrir en la vida situaciones estresantes (Rutter, 1994). Pero al mismo tiempo es posible encontrar la relación inversa: los factores ambientales pueden llevar a que ciertos genes entren en acción o dejen de operar (Emde, 1988). También se sabe que la influencia genética en este campo es limitada, en el caso de los factores psicosociales solo del 10% al 50% de la varianza puede ser explicada genéticamente (Rutter, 1994).

Existe también un marcado interés por el estudio de la reactividad fetal. Si bien es posible comprobar la

sensibilidad del feto a una serie de estímulos, ésta dista de consistir en una reproducción idéntica del estado emocional materno, como la mayoría de las embarazadas tiende a creer. Por el contrario, la observación ecográfica metódica muestra que existe en el feto una reactividad selectiva y modalidades de comportamiento que expresan rasgos temperamentales propios (Piontelli, 1989). En su vida intrauterina el niño desarrolla un equipamiento innato que lo capacita para constituirse luego del nacimiento como un polo sensible y activo en la interacción con la madre. Al mismo tiempo, la madre anticipa en su actividad imaginativa al niño que va a tener, lo que se entrama en su vida familiar y en sus conflictos intra e intersubjetivos.

El nacimiento marca el inicio de un proceso de interrelación creciente entre el niño y el ambiente. Tanto la atención psicoterapéutica conjunta de lactantes y sus madres con distintos tipos de trastornos, como los estudios experimentales de los intercambios entre madre y bebé, permitieron comprender mejor en qué grado y a través de qué mecanismos el desarrollo del niño se da en el marco de un proceso interactivo.

La observación de una lactada en los momentos siguientes al nacimiento puede dejar la impresión de un encuentro armónico entre la madre y el niño o, por el contrario, la sensación penosa de un desencuentro angustioso.

Si acompañamos la observación directa con un registro en video y un microanálisis posterior de los comportamientos mutuos, alcanzamos un nuevo nivel de comprensión (Díaz et al., 1991). Esta comprensión se incrementa si disponemos de datos sobre la situación personal, familiar y social de la madre y de sus memorias sobre su propia infancia. Tenemos entonces la impresión de estar frente a un proceso en marcha, en el que confluyen distintos niveles y áreas.

Veamos estos distintos planos.

- El niño debe disponer, desde el punto de vista neurológico, del equipamiento innato que lo capacite para la interacción. La neurología señala la existencia de distintos estados funcionales normales en el sistema nervioso del recién nacido; entre el llanto y el sueño tienen especial interés los momentos de alerta tranquilo en los que es posible poner de manifiesto estas competencias innatas. Su desarrollo progresivo da lugar a lo que Brazelton (1992) ha llamado la integración primordial: el niño tiene que aprender a controlar sus estados de conciencia y sus sistemas motores y autónomos y permitir o no la recepción de estímulos.

- Para esto necesita que la madre le dé el sostén adecuado. Este sostén o "holding" como lo ha mostrado Winnicott (1958), es a la vez físico y emocional. La madre regula la cantidad de estímulo que permite que el niño pueda procesar la información recibida sin que esto provoque efectos disruptivos (Marty 1980). En ese sentido la madre actúa como "continente" (Bion, 1963) de los estados emocionales, permitiendo que las experiencias vividas puedan transformarse en elementos aptos para ser incluidos en los procesos de pensamiento y no solo en vivencias dolorosas o masivas a las que el niño intenta expulsar de sí al no poder metabolizarlas mentalmente.

La alternancia de movimientos de complementación y coincidencia prefiguran procesos futuros de aproximación empática fusional y diferenciación individualizadora (Bernardi et al., 1980).

- Para que la madre pueda ofrecer sostén necesita ella misma de un mínimo de estabilidad interna y el apoyo de las figuras actuales que la rodean (esposo, padres, etc.), así como de las figuras internas de su

propia historia (que provienen del modo en que interiorizó las experiencias vividas en su infancia). Ambos factores pueden determinar dificultades generales para asumir el rol de madre pero también dificultades específicas ante determinadas circunstancias, que podrán hacer eclosión en distintos momentos del desarrollo.

Si bien la dependencia biológica del niño es la característica más saliente de esta situación, al mismo tiempo a nivel psicológico, la dependencia es mutua debido a la "preocupación materna primaria" (Winnicott, 1958), esto es, al estado de profunda disponibilidad con que se vuelve hacia el recién nacido. La madre se encuentra especialmente vulnerable ante las respuestas de éste y normalmente vive con profundo temor todo lo que pueda afectarlo.

- La indefensión natural del recién nacido lleva a que la madre (o cuidadores), deban asumir las funciones de las que el niño no dispone aun. Pero tampoco le es fácil a la madre saber hasta dónde debe colocarse como portavoz del niño (Aulagnier, 1975) o hasta dónde debe considerarlo como un interlocutor dotado de iniciativa propia (Bernardi et al, 1993; Hoffmann, 1994). Tanto el acelerar como el retrasar la autonomía del niño acarrea riesgos: para el niño, porque tanto la dependencia excesiva como la independencia prematura pueden afectar su maduración, y para la madre, porque ella necesita realizar de forma lenta y tal vez no siempre completa la transición entre la vivencia de unidad narcisista con su hijo y el reconocimiento de él como alguien distinto a ella (lo que en términos psicoanalíticos se denomina la sustitución de investiduras narcisistas por objetales). A medida que el niño crece y expresa voluntad propia, madre e hijo deben aprender a negociar mutuamente. Pero negociación implica aceptar diferenciarse uno del otro y tolerar logros parciales y por lo tanto también aceptar la desidealización mutua y del vínculo. La evidencia disponible sugiere que más que una transformación linear, se da una alternancia entre distintas representaciones del niño con distinto grado de autonomía y diferenciación (Bernardi et al. op. cit.)

- A partir de las ideas de Bowlby, M. Ainsworth investigó el apego a la madre de niños de un año de edad por medio de la "situación extraña". Se le pide a la madre que se ausente un momento, dejando al hijo con una persona extraña y se estudia la actitud del niño hacia la madre cuando ella regresa. Se han señalado así tres tipos de comportamientos básicos: el apego seguro, en el que predomina en el niño una actitud de confianza; un apego evitativo, que lo lleva a rehuir el contacto en ella y un apego resistencial, en el que predomina un comportamiento conflictivo y contradictorio. Zeanah (1992) ha encontrado que estos distintos tipos de apego muestran una asociación estadística con los recuerdos que la madre conserva de su propia relación con sus padres en la infancia. Entre los niños con apego seguro predominan las madres cuya relación con sus padres puede ser catalogada como autónoma. Los hijos con apego evitativo suelen tener madres cuyos recuerdos son distantes o desvalorizados y los niños con apego resistencial muestran madres cuyos recuerdos de la infancia despiertan en ellas el sentimiento de conflictos o preocupaciones no resueltas. Estos estudios tienden a confirmar que las situaciones de conflicto infantil persisten en la edad adulta y tienden a perpetuarse en forma transgeneracional. Podemos decir, confirmando hipótesis psicoanalíticas, que el niño no solo se relaciona con sus padres sino con sus ancestros, tal como han sido internalizados por sus padres. Para decirlo con la expresión introducida por S. Freiberg, nos encontramos con "fantasmas en la nursery".

- La figura del padre interviene de distinta manera en diferentes etapas. Comparte con la madre los cuidados iniciales y es reconocido tempranamente (aunque no tanto como la madre), por el niño. Progresivamente el rol paterno pasa a diferenciarse del materno, ocurriendo esto ya a partir de las primeras experiencias, en

la medida en que se ha comprobado la existencia de diversas modalidades de interacción corporal (por ejemplo, la predominancia de los movimientos fásicos en el padre, frente a los elementos tónicos en la madre). A nivel de la pareja, pasado el primer mes, comienza a actuar lo que se ha llamado la "censura del amante" (Braunschweig, D. y Fain, M. 1975), es decir las modificaciones en la relación madre-hijo introducidas por la vuelta de la pareja a su intimidad y a la actividad sexual. Pero esta situación triangular (que se caracteriza por la exclusión del tercero) solo más tardíamente es asumida por el niño a nivel subjetivo. Sin embargo desde más temprano existen procesos de "triadificación", en los que el niño debe pasar de una interacción dual con la madre o uno de sus cuidadores, a interactuar entre tres con el padre y la madre. Este es un campo cuyo estudio experimental e interdisciplinario recién comienza a sistematizarse (Fivaz-Depeursinge et al., 1994).

- El niño crece en medio del mundo representacional de los padres, mundo que lo antecede y luego lo incluye. Sobre este punto, en los últimos años se han producido aportes sustantivos que han puesto de manifiesto que:

Es preciso distinguir el bebé real, del imaginario (preconsciente) y del fantasmático (inconsciente) (S. Lebovici, 1989), jugando cada uno de ellos su papel en la interacción.

La madre ejerce inevitablemente una violencia primaria sobre el niño, pues su interpretación de los comportamientos, que antecede las posibilidades de expresión del infante, convierten a éste en su "sombra hablada" (Piera Aulagnier, 1975). De un modo más general, se puede decir que la estructuración del psiquismo humano está marcada por el lenguaje (Lacan, 1966).

El bebé es objeto de la proyección o "transferencia" de los objetos internos de los padres que de esa manera convocan los fantasmas familiares.

El mundo interno parental se "materializa" en el niño que adquiere así las características de un objeto interno, una estructura psíquica o una extensión del psiquismo de los padres (Cramer y Palacio Espasa, 1993).

Todo mensaje de los padres incluye "significantes enigmáticos", pues contiene restos inconscientes capaces de ejercer un efecto imprevisible en el niño, por ej., pueden despertar excitación sexual más allá de la intención consciente de los padres (Laplanche 1987).

Tomadas en conjunto, estas investigaciones de las últimas dos décadas han puesto en evidencia el peso de las representaciones parentales que tienden a ser proyectadas en el niño, pudiendo obturar el reconocimiento de lo propio y singular de su identidad. Pero al mismo tiempo estas distintas capas fantasmáticas no son ciertamente algo a eliminar: el niño debe atravesarlas para que su sentido de filiación adquiriera densidad y espesor humano.

- Los estudios clínicos, en especial psicoanalíticos, han puesto de relieve que hacia el niño confluyen sentimientos amorosos, narcisistas y agresivos de los padres. Para los padres cada hijo adquiere un significado particular, según la forma en la que entra en relación con las experiencias infantiles que ellos vivieron, con la imagen que guardan de sus propios padres y con los modelos interiorizados de relación parento-filial. En un círculo más amplio de conexiones, la relación con el hijo está enmarcada por los procesos relacionados con su identidad personal y social y con la manera que tienen de insertarse en la sociedad y ante el mundo y la vida.

- A su vez el niño construye activamente su mundo representacional, en el que juegan un papel

esencial las experiencias de interacción. D. Stern (Stern 1994) ha analizado muy bien los distintos niveles de este desarrollo.

Las experiencias vividas, compuestas de sensaciones, afectos, acciones, motivaciones, etc. confluyen en unidades o "momentos emergentes" que son el soporte de la actividad representacional. Esta última se organiza en esquemas de distinto tipo: sensoriomotores, perceptivos, conceptuales, "argumentos o guiones", configuraciones afectivas y "envolturas protonarrativas". La red de estos esquemas o formatos constituye el "esquema de estar con otro de una cierta manera". Estos "esquemas de estar con" constituyen las unidades subjetivas básicas de la experiencia interpersonal y pueden ser consideradas como el resultado de la generalización de las experiencias de interacción. Pero pueden ser refiguradas o resignificadas a lo largo del desarrollo y cumplir una diferente función, según el contexto en el que aparezcan: fantasías, recuerdos o relatos autobiográficos.

Se trata por tanto de un sistema múltiple de organización psíquica de las experiencias relacionales, abierto a su vez a posibilidades de montaje prácticamente ilimitadas y que sufre también transformaciones de diferente naturaleza, entre ellas, procesos de selección natural del mismo tipo que se ha sugerido que sufren las redes neuronales en el curso de la ontogenia (Edelman, 1987; Stern, 1994).

- ¿Qué ocurre en estos esquemas de "estar-con" si la madre no se relaciona adecuadamente, p. ej., por estar sufriendo una depresión? Numerosa evidencia clínica, experimental y epidemiológica tiende a confirmar que el desarrollo del niño puede afectarse desde etapas muy tempranas. Se ha visto que cuando la madre no responde por estar replegada en sus sentimientos depresivos, el niño puede responder en forma exagerada buscando reanimar a la madre (en forma similar a los rasgos que caracterizan el comportamiento de ciertos adultos) o caer también él en la depresión y abandonar los intentos. Pero también es posible que busque, en otras relaciones, los niveles de estimulación necesarios -en forma eventualmente compulsiva- o, si la madre trata de que su depresión pase desapercibida, aprender a responder con un falso self a una falsa madre en una falsa relación (Stern, 1994).

Estas múltiples eventualidades muestran la complejidad de los procesos en juego y la dificultad de establecer relaciones de causalidad lineal.

- Desde el punto de vista de las emociones en juego, los afectos correspondientes a los estados pico de placer o displacer intenso, tendrían efectos diferentes a los de los estados de base o más modulados. Mientras estos últimos favorecerían una actividad cognitiva discriminadora, los picos afectivos favorecerían la internalización de experiencias con objetos totalmente buenos o totalmente malos, de los cuales es más difícil lograr discriminarse adecuadamente (Kernberg, 1991)

La formación de la identidad personal requiere la integración intrapsíquica de las representaciones de sí mismo -investidas en forma tanto libidinal como agresiva- en una formación cohesiva, proceso que ocurre paralelamente a la integración de las representaciones del objeto -investidas también en forma libidinal y agresiva-. Para Kernberg (1986) la identidad del yo es el resultado de este proceso de integración intrapsíquica, que no se logra adecuadamente en los trastornos graves de la personalidad (p. ej., en los trastornos fronterizos).

- Otro aspecto de los afectos tiene que ver con el ritmo en el que ocurren los acoples y desacoples

en la díada madre-bebé. El niño es sensible desde los primeros momentos a estas pautas temporales o "afectos de vitalidad" ("vitality affects"; Stern, 1984) que forman parte de lo que hemos denominado "configuraciones afectivas." Estas pautas tienen que ver con la modulación del tono vital y ponen sin duda en juego no solo cualidades del tipo de placer-displacer, sino que también forman parte de la matriz en la que se dan los procesos de identificación y diferenciación con el otro. Con el desarrollo del lenguaje estas pautas inicialmente corporales entran en un nuevo nivel de significación.

- Bruner (1991) señala que la adquisición del lenguaje descansa sobre una predisposición prelingüística o protolingüística para el significado, es decir, para una captación de contextos en que ciertos hechos son comprendidos y representados instrumentalmente antes de poder serlo lingüísticamente. El niño aprende participando, se podría decir que siendo él mismo, un enjambre de participaciones en una geografía cultural que sostiene y conforma lo que hace y sin la cual no habría ningún aprendizaje. Por eso es tan importante el papel de los "relatos". Este autor señala el flujo incesante de relatos comprobables en niños de 3 o 4 años, o la riqueza de los soliloquios del segundo año de vida. A través de estos relatos que reflejan su pertenencia social, el niño adquiere un dominio del lenguaje al que jamás llegaría como mero espectador.

A los tres o cuatro meses el niño podría ya diferenciar su self del otro y reconocer su carácter de agente de acciones intencionales. A partir de aquí, una "protoconversación" con la madre sería posible, como lo señala Stern. En nuestro país, la mayoría de las madres no dudan en reconocer muy tempranamente al niño como capaz de "mañas" a través de las cuales el lactante intenta hacer valer su propia voluntad (Bernardi et al, 1993). Pero también es preciso tomar en cuenta que, como lo señala Emde (1993), una muy temprana atribución de intenciones adversas al niño puede estar mostrando en los padres problemas para relacionarse con él.

Las "envolturas protonarrativas" de Stern serían las estructuras subjetivas que permiten coordinar los distintos tipos, formatos o esquemas en los que puede representarse una misma experiencia.

- Por último, es necesario considerar que el significado de los hechos vividos en la infancia puede sufrir transformaciones a lo largo del tiempo. No solo importa lo que a una persona le ocurrió realmente, sino también lo que hace con lo que le ocurrió. Ya en la obra de Freud se pueden encontrar tres modelos complementarios de temporalidad:

a) Un suceso puede permanecer inalterado produciendo efectos a distancia en el tiempo. P. ej., una situación traumática puede revivirse innumerables veces desencadenando angustia, o un duelo puede quedar "enquistado" en un presente interminable y manifestar sus efectos muchos años después. Este es el tipo de relación temporal considerado en las series complementarias mencionadas más arriba.

b) Un suceso (p. ej., la participación en una situación sexual) puede carecer de significado en su momento, pero ser resignificado y adquirir nueva capacidad de producir trastornos a posteriori, en una edad en la que el desarrollo psíquico del niño coloca su recuerdo en un nuevo contexto (Freud, 1918).

c) En tercer lugar tenemos la transformación que los recuerdos pueden sufrir a lo largo del tiempo por efecto del "fantaseo retrospectivo", que atribuye las nuevas significaciones a períodos anteriores del desarrollo. (Freud, 1918)

Estas distintas modalidades explican la paradoja, señalada por Emde (1988), que hace que los sucesos vividos en la infancia puedan ser a la vez lo más modificable y lo más inmodificable. Para insertarse en un mundo social cambiante y contradictorio, el niño necesita poder modificar su forma de unir pasado y futuro, reordenando y transformando sus diferentes recuerdos, fantasías y proyectos, pero conservando a la vez invariante el núcleo de su identidad personal. Tal vez estas transformaciones, que exigen permanencia en medio del cambio, sean la tarea más difícil y vulnerable de la tarea del desarrollo.

- El desarrollo del pensamiento y del lenguaje ocupa un lugar central en estos problemas. En las décadas anteriores se pudo avanzar en la comprensión de los aspectos formales del lenguaje y en los procesos que llevan a la adquisición de la competencia lingüística (p. ej., la teoría de Chomsky). Al mismo tiempo, teorías psicoanalíticas como las de Lacan favorecieron que se prestara atención al papel del lenguaje en la estructuración del sujeto.

Es preciso también señalar aportes que destacan la importancia de la capacidad metafórica como sustento del sistema conceptual mediante el cual pensamos y actuamos (Lakoff, G. & Johnson, M., 1980). Para estos autores las experiencias interactivas son esenciales para nuestra comprensión del mundo: comprendemos en la medida que podemos disponer de metáforas que nos permiten relacionar un tipo de experiencias con otro, articulando entre sí propiedades interaccionales, gestalts experienciales y conceptos metafóricos. Aunque esta postura surge de un campo aparentemente alejado del psicológico (G. Lakoff es lingüista y M. Johnson filósofo) sus ideas guardan una profunda correspondencia con lo que hemos desarrollado a partir de la observación clínica y la experimentación.

Las distintas perspectivas que hemos presentado sostienen que el niño, para poder desarrollarse integralmente, debe encontrar un ambiente que: a) le brinde experiencias relacionales emocionalmente significativas; b) que facilite los procesos de integración de estas experiencias en una identidad personal y social que sea a la vez cohesiva y abierta al cambio; y c) que estimule los procesos de simbolización y refiguración de estas experiencias, dando así pie para el avance en el desarrollo de los procesos de lenguaje y pensamiento.

Intentemos ahora comprender la forma cómo la pobreza puede constituir una condición adversa al desarrollo del niño.

Como primera hipótesis, postulamos que existe un efecto acumulativo de las distintas situaciones traumáticas (Sameroff, 1986). En este caso no importa tanto cuál es la gota que desborda el vaso, como el hecho de que la cantidad que se acumuló previamente, supera la capacidad de respuesta del individuo o grupo social.

Pero junto a este efecto acumulativo, podemos también postular efectos más específicos atribuibles a ciertas carencias o perturbaciones. Esto no quiere decir que necesariamente debamos pensar en modelos de causalidad lineal. A título de analogía, podemos recordar que en sistemas complejos existen puntos de bifurcación en los que variaciones mínimas en las condiciones iniciales pueden producir efectos marcados a distancia (para citar una imagen difundida, el movimiento de las alas de una mariposa en Tokio puede desencadenar una tormenta en Nueva York). En el desarrollo encontramos también puntos sensibles o zonas vulnerables a la acción de ciertos factores. Ellos no anulan los aspectos adaptativos o incluso creativos del

proceso, pero hacen que éste deba reorganizarse en niveles más restringidos en sus posibilidades. Esto explica la falsa oposición presente en ciertas discusiones, entre quienes destacan la capacidad de los sectores pobres de encontrar o crear formas de vida que le permiten la supervivencia en una situación difícil y quienes creemos que es necesario no perder nunca de vista, que ésta se realiza a costa de una restricción más o menos severa de otras potencialidades de desarrollo humano.

Ciertos factores actúan a un nivel muy básico. Tanto la desnutrición, cuando existe, como el mayor riesgo de enfermedades, obligan a que el organismo, limitado en sus posibilidades, deba dirigir sus esfuerzos hacia las tareas de supervivencia. La falta de objetos o de situaciones estimulantes constituye también una carencia de nutrientes específicos para el desarrollo mental.

Pero de modo alguno se puede interpretar los efectos de la pobreza sobre el desarrollo psíquico como el mero efecto de carencias de alimentos o estímulos. Es necesario reconocer factores que actúan de modo más complejo sobre el desarrollo emocional y cognitivo.

Mencionamos el efecto acumulativo de las situaciones traumáticas vividas por el niño y su familia. Pero no se trata de una simple sumatoria, sino también de la forma en que estas experiencias son internalizadas y pasan a ejercer efectos duraderos en el psiquismo. La masividad y reiteración de estas situaciones, hace que ellas sean incorporadas como hechos brutos, sin suficiente metabolización mental o elaboración de respuestas activas. Vimos más arriba la importancia de los procesos de resignificación, metaforización y elaboración de narrativas que refiguren las experiencias vividas. Cuando esto está trabado por lo abrumador de la experiencia vivida, se instalan actitudes de fatalismo o resignación a nivel individual o del grupo familiar, que llevan a que el niño no encuentre eco para su necesidad de refigurar activamente las experiencias dolorosas vividas. Como también dijimos más arriba, las experiencias dolorosas llevan a picos afectivos extremos y emociones violentas, que son difíciles de integrar en una identidad personal y social cohesiva, cuando además falta la trama significativa que dé sentido y proyección social a las experiencias vividas. Esto dificulta la integración de las distintas estructuras de la personalidad, lo que se expresa en problemas con el control de los impulsos y la adquisición de mecanismos maduros para encontrar respuestas útiles frente a las frustraciones.

Es necesario tener en cuenta también que el dolor (psíquico y físico) provocado por las reiteradas privaciones y por el disconfort general, puede desencadenar mecanismos intrapsíquicos activos de negación o de rechazo de las percepciones o representaciones mentales displacenteras y de los procesos de pensamiento que conducen a ellas, lo que tiene efectos empobrecedores sobre el desarrollo intelectual y sobre las cualidades más creativas de la vida interpersonal. En estos procesos encontramos imbricados los mecanismos intra, inter y transobjetivos o macrosociales. No hay que olvidar los efectos simbólicos que la situación de marginación social tiene sobre la estructuración de la subjetividad individual, ratificando desde el orden social, las trabas encontradas desde el interior de la experiencia individual y familiar, para poder ocupar un lugar de sujetos activos en el colectivo social.

Estos mecanismos, reproducidos transgeneracionalmente, tienden a perpetuar los problemas, restringiendo las posibilidades de proyección hacia el futuro y la inserción dinámica en la trama social, aumentando la desmoralización y la depresión. Los procesos de empobrecimiento intra e intersubjetivos se refuerzan entonces mutuamente y el lenguaje se constituye en una zona particularmente vulnerable que refleja estos trastornos a nivel de la capacidad de metaforización y de

elaborar simbólicamente la situación traumática que se está viviendo.

En muchos casos vemos personas o grupos familiares que logran escapar de esta situación y retomar un desarrollo más rico en posibilidades. De ellos se ha hablado como de "resistentes", "positivamente desviados" o "mutantes", para señalar su condición de excepción. Pero aunque no constituyen la regla, muestran que aunque los recursos sean escasos es posible, al menos dentro de ciertos límites, hacer un uso más o menos eficaz de los mismos. Volveremos sobre este tema en el próximo capítulo.

Muchos de los fenómenos que hemos mencionado hasta ahora, son perceptibles en el marco de la investigación clínica o psicoanalítica y son difíciles de traducir en variables que puedan ser puestas de manifiesto en estudios poblacionales. Sin embargo estos fenómenos "moleculares" parecen confluír en ciertos factores más generales, que se expresan a nivel del clima familiar, de la psicopatología de los padres, de prácticas de crianza, de actitudes ante los cambios, etc., que resultan más fáciles de indagar. Ellos permiten aproximarnos a los puntos nodales donde se producen movimientos desorganizativos o reorganizativos de la vida individual y familiar, que determinan el mejor o peor aprovechamiento de los recursos disponibles y que condicionan el desarrollo del niño.

PARTE II

DATOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Durante las últimas décadas ha crecido el interés por comprobar a nivel epidemiológico la relación encontrada en la experiencia clínica entre las condiciones y sucesos desfavorables vividos por el niño y el desarrollo que éste presentaba a nivel cognitivo, emocional, así como también de sus procesos de socialización.

En forma paralela a esta búsqueda han tomado nuevo impulso las políticas de salud, promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tendientes a desarrollar programas comunitarios de promoción y protección de la salud. Estos programas exigen un cambio de mentalidad de los servicios de atención, los cuales deben pasar de la atención centrada en los "casos" individuales a los problemas prevalentes en la comunidad. Esto implica desarrollar acciones preventivas, extender la cobertura, lograr la participación activa de la población en la búsqueda de soluciones, fomentar las coordinaciones intra y extra-sectoriales, pensar los problemas de la salud en relación con los de la educación, vivienda, etc.

Si bien los planes de "Salud para todos en el año 2000", formulados en la Conferencia de la OMS en Alma Ata (1978), se mostraron inalcanzables, sirvieron, no obstante, para alentar los esfuerzos por identificar los sectores de la población más expuestos a sufrir determinados tipos de trastornos, buscar las causas y establecer las acciones o cambios necesarios. La epidemiología, inicialmente volcada al campo de la transmisión de las enfermedades infecciosas, ha ido ampliando sus objetivos y métodos para orientarse hacia este fin, así como también para evaluar la eficacia de las acciones emprendidas.

La noción clínica de "vulnerabilidad" (referida al estado de menor resistencia global o parcial, definitiva o temporaria de un individuo a las noxas) fue acompañada de la noción epidemiológica de "riesgo": la probabilidad de que ocurra un determinado daño en los individuos de una población dada. En el capítulo III será expuesto más extensamente el enfoque de riesgo.

A los factores de riesgo se contraponen los factores de protección o de resistencia, que aumentan la chance de que el individuo salga indemne de la acción de los factores patógenos. Los factores de protección incluyen los recursos propios del individuo (sean de orden cognitivo, emocional, etc.) y los recursos ambientales.

En el campo de la salud mental se prestó atención a aquellos factores psicosociales que podrían constituir factores de riesgo. Por factores psicosociales se entiende aquellos factores que influyen sobre la salud y el bienestar comunitario, a partir de la psicología del individuo y la estructura y función de los grupos sociales. Incluyen características sociales, tales como patrones de interacción entre grupos de pares o grupos ocupacionales; características culturales, tales como formas tradicionales de resolver conflictos; y características psicológicas tales como actitudes, creencias y factores de personalidad. (O. M. S, 1977).

En los últimos quince años, la búsqueda de factores de riesgo permitió alcanzar resultados significativos, que importan para la discusión de los métodos y conclusiones de este estudio. A continuación presentaremos algunas investigaciones que pueden considerarse representativas en ciertas áreas claves, dejando otros aspectos para ser discutidos más adelante, cuando presentemos los resultados de nuestra investigación.

EL ESTUDIO LONGITUDINAL REALIZADO POR WERNER EN KAWAI

Especial relevancia han adquirido los estudios prospectivos o de cohorte, algunos de los cuales han comenzado en la década del 40 o del 50 y ofrecen hoy datos que permiten avanzar hipótesis, no solo descriptivas, sino también de orden causal sobre la relación de las distintas variables.

El estudio longitudinal realizado por E. Werner y col. (1988) en la isla Kawai (Hawai), resulta ejemplar por la forma en la que permite ver el interjuego entre los agentes estresantes por un lado, la vulnerabilidad por otro y los factores de protección, como tercer elemento en juego. Se trata de un estudio de 698 niños nacidos en una de las islas Hawai, a quienes Werner estudió desde la cuarta semana del embarazo hasta los 18 años (edad que se prolongó hasta los 25 años para los grupos de mayor riesgo). Este estudio se extendió desde 1955 hasta 1980, recogiendo datos por medio de entrevistas directas a las distintas fuentes y a partir de los registros disponibles en la comunidad.

Una amplia gama de variables, que se señalan a continuación, fueron estudiadas como factores de riesgo. Se consideró como daño, la falla en las adquisiciones del desarrollo que eran esperables a distintas edades.

Los resultados permiten comprobar que existen una serie de factores que, cuando están presentes, implican un riesgo aumentado para el futuro del niño.

Algunos de estos factores juegan desde el embarazo y son de orden biológico: factores prenatales, (sobre todo malformaciones congénitas) y factores perinatales, aunque éstos, en especial el sufrimiento fetal agudo intraparto moderado o severo, demostró tener importancia solo cuando se sumaba con factores derivados de la pobreza crónica. Este efecto acumulativo de los factores es un hecho que merece ser recordado, teniendo en cuenta nuestro estudio.

Otros factores son de orden psicosocial. Entre estos últimos tienen valor predictivo desde el momento del nacimiento, la psicopatología de los padres y el nivel de educación de la madre, lo que resulta comprensible,

dado que se trata de condiciones que se puede suponer, van a persistir durante toda la infancia del niño.

A lo largo del desarrollo se suman nuevos agentes estresantes. En primer lugar, los que afectan la presencia o la disponibilidad de los padres: pérdidas, existencia de conflicto en la familia, divorcio, nuevo casamiento, sucesos relacionados a los hermanos (nuevos nacimientos o muertes o separaciones en relación a ellos) y otros cambios o pérdidas a nivel del medio ambiente.

Estos agentes estresantes, que se potencian en función de la vulnerabilidad previa, son en cambio disminuidos o atemperados por los llamados factores de protección. Estos tienen que ver con los recursos propios del niño o de su ambiente. Entre los primeros juega el orden de nacimiento, la integridad del sistema nervioso central y una serie de habilidades adaptativas, propias de la psicología de cada niño.

Del lado del ambiente va a influir el que se trate de no más de cuatro hermanos, que exista una adecuada separación entre los nacimientos de por lo menos dos años y la calidad de la relación con la madre. Sobre esto último, E. Werner se muestra impresionado por el peso estadístico que tiene tanto la relación con la madre, como la disponibilidad de otras figuras de cuidado al alcance del niño. También juega un marcado papel el que la madre tenga empleo, así como que se trate de una familia estructurada, con reglas y valores coherentes y por último que el niño disponga de un soporte social ya sea a nivel de los adultos, como de los propios pares y de las instituciones.

De este conjunto de factores Werner subraya en las etapas iniciales la calidad del vínculo con la madre; el rol del padre en cambio resulta crucial más tarde y Werner pudo ponerlo de manifiesto en forma especial en los niños con dificultades de aprendizaje o en adolescentes embarazadas.

La forma en que el niño reacciona no puede ser dejada de lado: su capacidad para establecer lazos profundos y concretos con el ambiente y con otras personas disponibles y su adaptabilidad frente a las distintas situaciones, demostraron ser variables de gran importancia.

Como conclusiones de su estudio, Werner señala que un momento significativo para realizar intervenciones correctoras está entre el primer y segundo año de vida, dado que en este momento ya están definidos la mayor parte de los predictores del futuro desarrollo. Señala la importancia de lograr que la madre adquiera el sentimiento de poder hacer frente a las dificultades de su propia vida y la del niño.

Otro momento clave parecen ser los tres primeros años de la escuela, donde una ayuda terapéutica de corto plazo puede resultar de enorme valor.

Las dificultades temporarias de los adolescentes, para hacer frente a las situaciones de disturbio emocional, se vieron mejoradas con el apoyo de grupos de pares o de personas jubiladas en servicio a la comunidad. Parece por tanto más sensato apoyar los lazos informales que ya existen con los grupos naturales y con la comunidad, más que introducir nuevas capas de burocracia en los servicios asistenciales.

Este estudio puede considerarse paradigmático en tanto constituye un modelo de investigación epidemiológica. Refuerza las hipótesis surgidas desde la experiencia clínica individual que hemos considerado en el capítulo anterior, logrando para ello seleccionar un grupo de variables que

permiten un abordaje poblacional a la vez que poseen relevancia clínica.

CLIMA FAMILIAR

Pasaremos ahora a considerar los factores de riesgo que operan a nivel de vida de familia apoyándonos en dos trabajos de Graham (1977, 1985).

Estos estudios permiten jerarquizar en primer lugar el peso de las características de la pareja. Ya en el momento de formación de la pareja encontramos factores que van a gravitar luego: la juventud, la pobreza, el bajo control de los impulsos agresivos y las expectativas mutuas inadecuadas. Estos factores van a relacionarse ulteriormente con un clima familiar inadecuado dentro del cual son factores de riesgo para el niño la discordia familiar, las separaciones y divorcios, la ausencia de uno de los padres, el que se trate de madres solteras o uniones inestables y el tamaño de la familia (otros estudios muestran que este último elemento actúa en forma compleja). El ambiente familiar no solo influye sobre los trastornos del niño, sino también en relación a las prácticas de crianza. Sobre esto volveremos más adelante, a partir de los estudios de Rutter.

Resumiendo, las características iniciales de la pareja, el clima familiar predominante y las prácticas de crianza, constituyen un grupo de fenómenos fuertemente relacionados entre sí que van a influir sobre los trastornos del niño ya sea en la esfera conductual o en la emocional.

PSICOPATOLOGIA DE LOS PADRES

La discordia familiar se encuentra a su vez relacionada con los trastornos psiquiátricos de los padres, que es un elemento que gravita en forma directa en los trastornos del niño.

Quinton y Rutter han señalado que los padres con trastornos psiquiátricos tienen un tercio de los hijos que a su vez también presentan problemas psiquiátricos en forma permanente, otro tercio que los muestran en forma transitoria y solo un tercio de los hijos en los que no se ponen de manifiesto dificultades. Destacan también la importancia de conocer no solo cuáles son los mecanismos que determinan los problemas de los dos tercios mencionados en primer lugar, sino también cómo hace el tercio restante de los niños para resistir a las perturbaciones de los padres. Señalan también que el trastorno psiquiátrico de los padres importa en especial en la medida en que determina un trastorno de las relaciones interpersonales en la familia (agresividad o depresión son las causas principales). Aunque la depresión mayor y la esquizofrenia de los padres afecta a los niños, su peso en la población tiene menos importancia que los cuadros depresivos menores, dada la enorme prevalencia de estos últimos. Señalan que por la frecuencia de estas perturbaciones en determinados sectores sociales, debería considerarse a la depresión como una enfermedad social.

El trabajo de Brown y Harris (1978), resulta ejemplar en este sentido por haber puesto de manifiesto una serie de variables que permiten hablar, en ciertos casos, de un origen social de la depresión. Están más expuestas las mujeres que han sufrido pérdidas en su infancia, que tienen más de 3 hijos menores de catorce años, que carecen de una relación de intimidad en su vida y que están sin empleo. La clase social y la situación de pobreza han sido también jerarquizadas (Páez, 1986).

La psicopatología de los padres (y en especial la depresión) se asocia a su vez a discordias en la pareja. Sobre esto los estudios parecerían sugerir dos mecanismos: por un lado la psicopatología de cada padre

incidiría en la elección de pareja, pero también habría fenómenos de "contagio" a lo largo de la convivencia mutua. Trastornos psiquiátricos de los padres y perturbación de la vida familiar confluyen entonces en los trastornos psiquiátricos del hijo (frecuentemente se focaliza en uno de ellos). Esto hace necesario estudiar no solo las variables interfamiliares, o sea lo que diferencia a distintas familias, sino también las variables intrafamiliares o sea lo que determina la diferencia entre los distintos hermanos.

Resulta interesante considerar en este punto el peso de los trastornos mentales leves en la población y los problemas que plantea su atención. Goldberg y Huxley (1980) han estudiado en Gran Bretaña el acceso a los distintos niveles de asistencia para el caso de un adulto que presenta una dificultad de orden psiquiátrica.

Ellos parten de estudios que señalan que la prevalencia anual de los trastornos psiquiátricos en la comunidad, por 1000 habitantes es de 250 personas, o sea que uno de cada cuatro habitantes presenta a lo largo del año algún tipo de problema psíquico. De estas 250 personas, consultan médico 230 refiriendo diversas quejas somáticas imprecisas (cefaleas, cansancio, dolores difusos, trastornos digestivos, etc.). Solo 140 son diagnosticados por el médico de familia como casos de origen emocional, de los cuales son derivados a psiquiatra 17. O sea que apenas un poco más de la mitad de los pacientes con trastorno psiquiátrico que consultan médico son diagnosticados correctamente y pasan a psiquiatra menos de la séptima parte. Un punto clave parece ser entonces la capacitación del médico general para identificar este tipo de trastornos, su formación psicoterapéutica y psicofarmacológica y los criterios de derivación a especialista. Los autores han señalado algunos factores que actúan como filtro que determina que se llegue o no a un diagnóstico correcto, entre los cuales es importante la técnica de la entrevista manejada por el médico. Este sería entonces un punto de ataque para una acción preventiva. Los autores refieren investigaciones que muestran que ya en los primeros tres minutos de entrevista se puede predecir si el médico llegará o no a un diagnóstico correcto según el modo de relación con el paciente.

En nuestro medio el paciente puede recurrir directamente a distintos especialistas en salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, etc) sin pasar previamente por la consulta con un médico general, lo que agrega la necesidad de racionalizar los criterios de prestación de servicios en esta área y de educar a la población a este respecto.

Desde esta perspectiva, los trastornos psicopatológicos de los padres se encuentran en el centro de un conjunto de perturbaciones de la vida familiar y del desarrollo de los niños, estableciéndose entre estos distintos aspectos relaciones complejas en las que parece predominar una forma circular de causalidad.

LA INFANCIA MATERNA

Conviene retomar y complementar los elementos señalados a partir de los datos aportados por otros autores.

D. Quinton y M. Rutter (1985) han demostrado la influencia de sucesos ocurridos en la infancia materna como un factor de riesgo. Tomando madres que fueron institucionalizadas en algún período de su infancia y comparándolas con madres que permanecieron de niñas en contacto con sus padres o que solo tuvieron separaciones transitorias, encontraron diferencias significativas a diferentes niveles. Las madres

institucionalizadas durante su infancia presentaron el doble de trastornos psiquiátricos y tres veces más problemas a nivel de las relaciones de pareja. Frente al embarazo tuvieron muchas más actitudes de rechazo y más actitudes inadecuadas frente al bebé. Un 26%, por ejemplo, no sostenía al bebé al alimentarlo comparado con un 5% en el otro grupo. En forma coincidente, Wolkind (1977) encontró que un grupo de madres cuyos padres se habían separado antes de que cumplieran 16 años tenían diferencias significativas con el grupo testigo, en el tocar a los hijos (p 0.001) y también en el mirarlos (p 0.01) y en hablarles (p 0.03).

Los hijos de las madres institucionalizadas en el estudio de Quinton y Rutter presentaron trastornos de conducta en una proporción mayor del doble, lo mismo que hospitalizaciones o accidentes. Señalan los autores que es importante tener en cuenta que este grupo de madres presentó continuas dificultades, lo que hace pensar que la influencia de la infancia se prolongó en una encadenamiento de sucesos desfavorables: "su vida fue una continua lucha". Con todo, mostraron un mejor desenlace las que conservaron la capacidad de hacer planes sobre el futuro.

Estos datos nos conducen nuevamente al problema de la persistencia de los patrones repetitivos de las situaciones traumáticas vividas en la infancia, así como al de su transmisión transgeneracional.

EFFECTOS EN EL NIÑO

Intentando esquematizar el efecto de los factores expuestos hasta aquí Rutter ha señalado que los trastornos de conducta del niño predominan en las situaciones familiares caracterizadas por la discordia familiar, por la hostilidad o el abandono hacia los niños y a veces por la existencia en los padres de una conducta delictiva. En estos casos, la supervisión de las actividades del niño es deficiente y la disciplina es inconsistente e ineficaz. Las características de los grupos de pares ya sea en el barrio o en la escuela o liceo, tienen también una clara gravitación y puede reforzar los factores familiares señalados.

En los trastornos emocionales, en cambio, se ha visto que tienen mayor influencia las situaciones de estrés agudo que alteran las pautas de interacción familiar, (por ejemplo, duelos, nacimiento de hermanos, internación en el hospital, etc.). También influye la existencia de trastorno mental en los padres, como ya hemos señalado y en especial la depresión de la madre. Otro factor es el orden de nacimiento: el hijo mayor, si bien está más predispuesto a tener logros escolares, está también más expuesto a trastornos neuróticos.

Ciertas conclusiones de Rutter merecen ser señaladas.

En primer lugar la idea de que es más importante la persistencia de los factores patógenos que su acción puntual. **Como corolario nunca es tarde para intervenir, pues los trastornos son modificables.**

En segundo lugar es importante destacar el papel de las interacciones y vínculos, pero no solo en el sentido de una estimulación recibida, en la que el niño es pasivo, sino en el hecho de que pueda estar inserto en experiencias significativas compartidas. **El desarrollo afectivo y cognitivo está favorecido por la actitud activa del niño frente a sus contactos sociales y emocionales, lo que él logra por sí mismo, contando al mismo tiempo con la reciprocidad de los padres y del ambiente.**

En tercer lugar, en cuanto a la aplicación de la disciplina no se trata tanto del tipo de técnica o del grado de severidad, sino fundamentalmente de **la capacidad de los padres para percibir y reconocer las**

desviaciones de conducta y para comunicarse al respecto con el niño, resolviendo eficazmente las situaciones que se plantean.

Richman (1977) ha señalado como hallazgo empírico, que si se tomaba a los niños que presentaban un trastorno psiquiátrico a los 3 años y se quería predecir en qué situación se encontrarían a los 4 años era necesario tomar en cuenta las siguientes variables: a) **disarmonía familiar**, b) **depresión materna**, c) **situación habitacional** y d) **sucesos estresantes en el año anterior**. Estos cuatro elementos, unidos al antecedente de trastornos a los 3 años, permitían la máxima predictibilidad. Vemos que esto es coincidente con lo expuesto.

PREDICCIÓN DEL DESARROLLO INTELECTUAL

Si tomamos en cuenta ahora el campo del desarrollo cognitivo veremos que permite extraer conclusiones similares. H. Bee y col. (1982) realizaron un estudio longitudinal de cuatro años para establecer la capacidad predictiva de varios grupos de variables en relación a los logros intelectuales y de lenguaje durante los años preescolares.

Encontraron que los factores perinatales tenían un potencial predictor extremadamente bajo (en esta categoría incluyeron edad gestacional, peso, talla, circunferencia craneana, índice de APGAR, la presencia de anomalías congénitas menores, la escala de Brazelton y las pautas de sueño-vigilia durante el primer año).

En segundo lugar estudiaron las medidas del desarrollo intelectual y del lenguaje (escala de Bayley, Denver, Mc Carthy y un inventario de desarrollo de la comunicación y el test de lenguaje de Fluharty). Estas escalas tenían un valor predictor muy pobre antes de los 2 años, adquiriendo mayor poder predictivo progresivamente con la edad.

En tercer lugar consideraron lo que llamaron variables ecológicas y de percepción parental (en estas incluyen la educación materna, sucesos vitales estresantes, modo de funcionamiento familiar, soporte social, actitudes positivas de la madre frente al embarazo y test de Broussard). Encontraron que estas variables tenían valor predictivo sobre todo en los niños procedentes de madres de bajo nivel de educación. O sea que cuando la educación materna es baja, el niño se vuelve más vulnerable a los factores mencionados.

En cuarto lugar se estudió la interacción padres-niños y la calidad del vínculo. Para ello utilizaron el inventario Home que describe las pautas de interacción madre-hijo, los hábitos familiares y las pautas de vida descritas por la madre y observadas por entrevistadores. También utilizaron escalas de evaluación de la interacción durante la alimentación y las actividades educativas de los padres hacia el hijo. Encontraron que estas variables tenían desde el inicio un fuerte valor predictor sobre el cociente de desarrollo de los 48 meses.

En suma, vemos que es más seguro predecir el cociente de desarrollo a los 4 años por la cualidad del ambiente familiar que por las medidas biológicas perinatales o por la aplicación de test durante los primeros 24 meses. Esto implica jerarquizar el peso de los factores psicosociales y darle importancia diagnóstica y pronóstica a las observaciones realizadas no solo por el equipo médico psicológico, sino también por los trabajadores sociales o personas entrenadas, que pueden ser de una ayuda invaluable para detectar los grupos en riesgo.

DESARROLLOS RECIENTES EN LA INVESTIGACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

En sus comienzos en la década del 60 los estudios epidemiológicos sobre el papel de los factores psicosociales se basaron en los conceptos de estrés y mecanismos de enfrentamiento ("coping") al estrés. El concepto de estrés es difícil de definir, pero en general se aplica a las situaciones en las que el organismo debe responder a estímulos externos que amenazan su equilibrio y exigen un esfuerzo o sobreesfuerzo a su capacidad de respuesta. Mientras estos estudios estaban interesados específicamente en las fuentes externas de desequilibrio, los estudios clínicos, sobre todo psicodinámicos, prestaron especial atención a los estímulos y conflictos internos.

Rutter (1994) señala la evolución en el estudio del estrés psicosocial. Los primeros trabajos, como los de Holmes y Rahe en 1967 ponían el acento en la magnitud de los cambios vitales provocados por ciertos acontecimientos. En la década siguiente, trabajos como los de Pykel, pusieron énfasis en el carácter subjetivo de los cambios ocurridos, es decir si estos cambios eran deseables o no. Los estudios de Brown y Harris sobre la depresión, mencionados más arriba, ponen de manifiesto la importancia del contexto de la vida del individuo para comprender el papel de un factor determinado. No se puede por tanto estar a la búsqueda de "causas básicas" aisladas, sino que es preciso comprender los mecanismos y procesos relacionados que actúan a lo largo del tiempo.

Reseñando lo que la última década deja como enseñanza para las futuras investigaciones, R. J. Haggerty y L. Shorry (1994) señalan cuatro temas de interés: a) la interrelación de los factores de riesgo y los problemas que producen: es necesario atender a sus mutuas influencias e interrelaciones; b) el tema de las variaciones inter e intraindividuales o generacionales al estrés, muestra la importancia del tema de la resistencia ("resilience"); c) es crítico el examinar los procesos y mecanismos que ligan los múltiples estresores con los diversos resultados; y d) es necesario acompañar estas investigaciones con el diseño y evaluación de intervenciones y programas de prevención.

Aunque desde perspectivas teóricas en muchos aspectos diferentes, es posible señalar ciertos puntos de convergencia entre estos estudios epidemiológicos y la perspectiva clínica señalada en el capítulo anterior. Uno de ellos, es la necesidad de reconocer los contextos específicos en el que actúan los factores de riesgo y la necesidad de reconocer la naturaleza compleja de estos últimos. Para decirlo en imágenes, no alcanza con pensar las intervenciones en la pobreza como si se tratara de la inyección de elementos faltantes, sino como un equilibrio ecológico complejo, al que hay que ayudar a recuperar sus propias potencialidades.

Hemos también mencionado el tema de la resistencia o "resilience". En el momento actual existe interés por los factores que permiten resistir a los factores de riesgo, lo que se expresa por el concepto de "resilience". No es fácil traducir este término, ni reconocerle un significado conceptual preciso y no problemático. Por un lado describe un hecho indiscutible: en ciertas circunstancias, ciertos individuos resultan aparentemente indemnes mientras otros sucumben a las circunstancias desfavorables de su ambiente.

Pero este concepto tiene su lado problemático, en cuanto puede alentar el mito de la invulnerabilidad - como señaló Sameroff no se encuentra "resilience" cuando se acumulan traumas por encima de cierto umbral

- y puede llevar a pasar por alto secuelas poco visibles, detrás de un enfrentamiento aparentemente eficaz. No es raro encontrar en psicoanálisis estados latentes de depresión importante por debajo de adaptaciones en muchos sentidos exitosas. Como señala Garmezy (en Haggerty, 1994) aun es necesaria mucha investigación antes de poder sustanciar el significado de este concepto, pese a su innegable utilidad potencial.

Próximo a este concepto se encuentra el de tampones del estrés (stress buffer): aquellos factores que, inoperantes en condiciones normales, pueden sin embargo amortiguar el efecto de los factores estresantes de riesgo.

Tanto el uso del concepto de "resilience" como el de "factores de moderación" requiere para ser correcto de una adecuada comprensión del contexto, proceso y mediaciones por los cuales actúa (Gopre, S., Eckenro, J. en Haggerty, 1994)

Sujetos aparentemente expuestos al mismo factor, pueden en realidad no estarlo de igual manera ni en el mismo sentido. Un hijo puede estar involucrado de manera muy distintas en el conflicto conyugal. Por esa razón antes de recurrir al concepto de "resilience", es necesario estar seguro de que la acción de los factores es conocida a nivel micro, lo que está lejos de ser el caso corriente en el estado actual de nuestros conocimientos.

El conocimiento de estos factores que atenúan el riesgo es esencial, pues las intervenciones programadas lograrán sin duda un mejor resultado e introducirán menos perturbaciones indeseables, si siguen los caminos naturales encontrados por las comunidades para hacer frente a sus dificultades.

LOS ESCOLARES DE SECTORES POBRES EN URUGUAY

Dos estudios publicados por la CEPAL (G. W. Rama, 1990, 1991) ofrecen una perspectiva valiosa sobre la relación entre procedencia socioeconómica y rendimiento escolar.

- Si bien el analfabetismo es, en Uruguay, un fenómeno en desaparición y la matriculación escolar es completa en la población, la concentración de los estratos de menores ingresos en la escuela pública la enfrenta a un segmento de pobreza material y cultural que sobrepasa su capacidad de actuar como un agente efectivo de igualdad (1990) y para constituirse como un espacio cultural autónomo para promover las capacidades de expresión y pensamiento de los niños.

- El rezago escolar o extraedad (la asistencia a un curso a edades mayores que la prevista) afecta casi exclusivamente a los hogares del cuartil inferior de ingresos (40,6% del decil inferior, para luego disminuir progresivamente) (1990). La repetición refleja las condiciones sociales y culturales de las familias. La múltiple repetición afecta al 25,5% de los hijos de madres con primaria incompleta e ingresos bajos.

- Junto al menor nivel socioeconómico juegan la baja educación materna y la inasistencia a la escuela.

- Existe una tendencia a que las carencias sociales se reproduzcan de padres a hijos. Las madres con baja dotación cultural (no más que primaria) tienen un 62,2% de hijos con un desempeño insuficiente en pruebas de idioma español o matemáticas.

- Paralelamente a este 62,2% que repite la pauta familiar, existe un 37,8% restante que logra resultados

mejores a los previsibles por la situación cultural de la familia. A ellos, el estudio de CEPAL los considera "mutantes", en tanto rompen el mecanismo de transmisión cultural transgeneracional. (Estos casos podrían corresponder al fenómeno de resistencia o "resilience" que venimos de mencionar). Es sin duda del mayor interés el conocimiento de los distintos factores de riesgo, protección o moderación que juegan en este fenómeno.

Las madres con un nivel de instrucción superior al de primaria completa, tienen un 64,1% de hijos con pruebas de suficiencia, contra un 35,9% que no lo logra (a los primeros se los considera "herederos" en tanto mantienen el patrimonio cultural familiar, mientras los segundos son "perdedores", dado que no lo conservan).

- Pese a la importancia de la educación preescolar, su matrícula es baja (37,6% a los cuatro años y 58,9% a los 5 años en todo el país). El problema es mayor porque solo el 22% de las madres de hogares ubicados debajo de la línea de pobreza, hacen uso del preescolar.

El no desarrollo de capacidades de razonamiento y lenguaje puede considerarse un "daño irreversible" que condena a estos niños a la pobreza cultural y material y a reproducir esta situación a su vez con sus hijos, perpetuando el ciclo de marginalidad y exclusión.

INFANCIA Y POBREZA EN URUGUAY

El estudio tal vez más completo sobre los efectos de la pobreza en el desarrollo infantil es el trabajo realizado por J. P. Terra et al. (1989) en el marco del CLAEH, al que nos hemos referido en el Prefacio y del que este estudio puede ser considerado como continuación.

En dicha investigación se incluyeron muchas de las variables mencionadas en este capítulo, junto a otras tales como el medio ambiente y las condiciones de vida, el estado nutricional, la participación en los servicios comunitarios, el tipo de creencias familiares (machismo, tradicionalismo, fatalismo), la fuente de las satisfacciones maternas, el tipo de comunicación con los hijos, etc.

El estudio de Terra y col. agrega a los estudios mencionados más arriba en este capítulo una perspectiva específica de la pobreza en Uruguay. Sus resultados son coincidentes en términos generales, pero ponen de manifiesto en forma más clara la manera en la que los factores de riesgo se concentran en la condición de pobreza y afectan el desarrollo psíquico del niño y su futuro educacional. Muestra con claridad que ciertos factores que en otras realidades sociales se asocian en forma más limitada con trastornos emocionales del niño, en la condición de pobreza comprometen también en forma sustancial el desarrollo cognitivo.

Estos problemas serán abordados en los capítulos siguientes.

NUESTRAS HIPOTESIS

La presente investigación intenta avanzar en relación al estudio mencionado de Terra et al. en dos direcciones.

Por un lado, en la comprensión de la naturaleza del daño, analizando los resultados encontrados tanto en

la evaluación del desarrollo psicomotor, como en relación con los trastornos emocionales y del comportamiento. Respecto al primero intentaremos mostrar que el perfil encontrado no constituye simplemente una variante cultural ("cultura de la pobreza"), sino que implica un fenómeno negativo de entecimiento del desarrollo, que puede conducir a la constitución de déficits difíciles de revertir a nivel de las funciones simbólicas y del lenguaje y que ellas configuran un handicap en relación a cualquier contexto en el que se imagine el desarrollo futuro del niño.

En segundo lugar buscaremos aproximarnos a establecer el peso de los distintos factores de riesgo y estudiaremos sus interrelaciones a través de distintas técnicas de análisis estadístico, de modo de poder comprender mejor su naturaleza y modo de acción. Volviendo a lo dicho anteriormente, los factores a los que nos vamos a referir en adelante (clima familiar, disponibilidad de los padres, psicopatología de los mismos, etc), pueden considerarse como variables de nivel intermedio, situadas entre la consideración de la pobreza como un todo y los microprocesos intra e intersubjetivos a los que nos referimos en el capítulo anterior.

De la exposición que hemos realizado en este capítulo, surge que los factores que estamos considerando son en realidad categorías complejas, que encierran diferentes tipos de "ingredientes activos" interrelacionados entre sí.

Vemos así que las distintas redes de soporte social pueden concebirse como si formaran un sistema concéntrico, en capas de cebolla, que tiende a proteger en su interior los procesos de apego y diferenciación que ocurren entre el niño y su madre. Una parte del self corporal- mental de la madre se diferencia, a modo de placenta psíquica, como zona de contacto e intercambio con las zonas en crecimiento y expansión del self corporal-mental del niño. Esta zona materna disponible para el niño, tiene a su vez que apoyarse en otra parte del self materno, que permanece intransferible y que sirve de estructura interna de sostén, permitiendo que la madre pueda recuperarse para sí misma y para sus otros vínculos. Los trastornos psicopatológicos, p. ej., los propios reclamos arcaicos de la psique materna, o sus necesidades narcisistas u objetales insatisfechas, pueden afectar su disponibilidad hacia el hijo.

Esta primera estructura de sostén, en la que la madre se apoya en sus propios recursos internos, encuentra a su vez apoyo en la relación conyugal y familiar. La madre y el niño necesitan del padre, el cual entra en contacto con el niño no solo directamente, sino también a través de la madre. Esto a su vez remite al modo de funcionamiento familiar. Pero a su vez la familia debe ser comprendida en relación con el lugar - tanto material como simbólico- que ella ocupa en relación al contexto macrosocial y económico y con los procesos de integración o marginación que provienen de este último.

Atendiendo a todo lo expuesto, es, pues, necesario postular que los efectos de la pobreza en el niño, como hemos dicho, no pueden considerarse un simple resultado de la carencia de alimentos o estímulos materiales o intelectuales. Los trastornos del desarrollo están entrelazados con dinamismos complejos que operan a nivel de la vida intra e intersubjetiva de los miembros de las familias pobres.

Nuestra hipótesis es que los factores mencionados en este capítulo y que estudiaremos en la parte central de este libro, tales como clima familiar, disponibilidad parental, psicopatología, etc., permiten poner de manifiesto procesos de carácter progresivo o regresivo, que están actuando en la generación de los daños y eventualmente pueden, en contrapartida, ser modificados para lograr

su prevención. Esta es la razón por la que intentaremos describir con más precisión su perfil y comprender la naturaleza de sus mecanismos de acción.

CAPITULO II

LOS SECTORES POBRES DEL URUGUAY

EN BUSCA DE UNA DEFINICION

Cuando escuchamos o leemos la palabra pobreza, lo primero que nos viene a la mente es la idea de falta de recursos, carencia de dinero. De igual manera suponemos que esa carencia está considerada en relación a lo que de ese monto de recursos pudiera obtenerse en una sociedad dada. Este primer acotamiento del concepto -el referirlo a una sociedad en un momento dado- nos plantea el gran desafío de situar las necesidades de los individuos a partir de las cuales y por debajo de ellas, se consideran pobres.

Siguiendo esta línea de trabajo, se han realizado estudios tratando de establecer las necesidades básicas en cada momento dado. Pero dada la complejidad del tema, se tuvo que relacionar estas necesidades vinculándolas a algún elemento que se considerara esencial para el individuo. Así nace la relación entre las necesidades y el mantenimiento biológico de la persona. Las necesidades básicas serían aquellas esenciales para el mantenimiento de la vida. Lo que muchas veces economistas y sociólogos clásicos han estudiado como lo necesario para el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo, considerando al hombre en su rol social de trabajador.

Profundizando estos estudios surgen las canastas de alimentos básicos que tratan de cuantificar lo necesario para que un individuo se mantenga vivo y se reproduzca. Esta representa lo mínimo necesario, por debajo de lo cual se encontraría en situación de pobreza. Resulta evidente que las canastas pueden variar en mayor o en menor grado según los países y regiones, sus hábitos y costumbres, pero que también podrían alterarse rápidamente según cambien las condiciones sociales y económicas en los países.

Pero aun suponiendo que se puede llegar a acuerdos en relación a la integración de la canasta, nos damos cuenta de que el individuo pobre que hemos encontrado, no se halla en la misma posición en una serie de variables: condición laboral, poder social, instrucción, vivienda, relaciones familiares, cobertura de salud, prácticas y creencias, interacción social, etc., lo cual nos plantea el problema de la multidimensionalidad. Pero si todo este cúmulo de variables conforman la situación de pobreza, ¿en qué situación relativa queda el ingreso? ¿Es la determinante o todas tienen un status similar conformando la cultura de la pobreza? En este sentido los autores y las teorías difieren otorgándole cada uno importancia desigual.

Hay quienes creen que la pobreza es un fenómeno esencialmente económico con repercusiones sociales, culturales y biológicas. Naturalmente, estos autores tratarán de incidir en su modificación alterando el factor económico ya sea por medio del ingreso o la inserción laboral. Otros consideran que es un fenómeno multidimensional, que incluye también lo económico. Por ejemplo, Jean Labbens (1982), siguiendo el planteo weberiano ya establecía que "para ser pobres, es necesario carecer a la vez de fortuna y de ocupación

remunerada (clase), de fuerza social (poder), de audiencia y de respetabilidad (status)".

Pero esta concepción, que sigue dejando fuera aun dimensiones importantes y no las jerarquiza, incorpora una esencial: el poder, que ha sido considerada por algunos como definitoria. Por ejemplo Nicolas Herpin (1993), establece que los pobres son aquellos que, privados de recursos materiales, son obligados a comportarse como excluidos. Distingue así lo económico y el comportamiento diferente de los pobres en su participación social. Hay aquí dos ejes en los que se trabaja la definición, el económico y el poder. Aunque el primero pueda ser una manifestación del segundo, si no analizamos causalidad y los relacionamos entre ambos, en un nivel inferior se encontrarían los pobres. Pero aun cuando pudiéramos establecer una línea demarcatoria, ¿los que están por debajo de ella son todos iguales? Los estudios efectuados parecen indicar lo contrario. Por lo tanto, si la pobreza no es homogénea, es necesario distinguir las diferencias a los efectos de ir conformando tipos, especialmente en relación a los dos ejes mencionados. Existirían aquellos que tienen una carencia en los ingresos y/o patrimonio pero no necesariamente en otras variables, incluyendo -tal vez momentáneamente- cierto poder. De lo que podría establecerse que la duración de las carencias es un elemento muy importante. Un tipo de pobres podrían ser aquellos que tienen carencias de larga data. La pobreza sería una carencia grave en los ingresos y patrimonio de la familia, que se encuentra asociada en un tiempo relativamente prolongado, a una serie de variables.

Tal vez sea más simple y útil distinguir dos nociones. Una asociada casi exclusivamente a la pobreza económica, no siendo imprescindible por lo tanto la presencia de otras variables, aunque puedan existir parcialmente y en un momento dado. La otra sería un fenómeno global, psico-socio-cultural, que abarca también la dimensión económica, pero donde ésta no es determinante. Esta última tiene la virtud de considerar simultáneamente todos los factores que están operando, además del económico. Por lo tanto si se desea alterar tal situación se debe incidir en la totalidad de los mismos. Esto no debe hacer olvidar que la modificación del económico sigue siendo esencial, pues si todos se encuentran presentes, interactuando, no puede pensarse que se pueden alterar el resto de los factores y eliminar la pobreza. De la misma forma que solo alterando el económico, tampoco lo lograríamos. Conviene ajustar más adelante este desarrollo, analizando datos de nuestra realidad.

Las diferentes nociones de pobreza manejadas no se deben confundir con el de marginalidad. "Individuo o grupo marginal es aquel que pertenece a culturas diferentes a sus valores y normas. Esta doble diferencia provoca la anomia y todos los fenómenos que acompañan con frecuencia a la desorganización psíquica y social" (Thinès y Lempereur, 1978). Esta definición nos remite a la diferenciación de valores, a la anomia y a la desorganización social, elementos éstos que no necesariamente se encuentran entre los pobres. Más bien ambos conceptos parecen abarcar grupos humanos diferentes, aunque puedan encontrarse puntos en común. Casos típicos de marginales son los emigrantes, los mestizos y los desclasados, que no necesariamente entrarían en alguna definición de pobreza.

Pero esta síntesis de teorías y autores, así como de búsqueda de una definición que dé cuenta del fenómeno en estudio, se complica considerablemente cuando se lo intenta aplicar a sociedades concretas. Por un lado están quienes piensan que nos encontramos frente a un problema histórico estructural de la sociedad, vinculado estrechamente a la estratificación social. "La situación de quienes no tienen es incomprensible si no se la relaciona con la de los que sí tienen" (Argüello y Franco, 1982). Por otro lado, aquellos que plantean

que se trata de un problema de ajuste de políticas ya sea públicas, sociales o económicas o que la pobreza en definitiva, es un problema de características individuales, actitudinales, que a veces identifican con la cultura de la pobreza. Ambos tratarán de desarrollar indicadores para demostrar sus teorías, aunque es indudable que los segundos tendrán una ventaja considerable en el manejo de los datos ya que el análisis histórico estructural, por lo abarcativo, encuentra dificultades al manipular sus variables. Lo que ocurre entonces es que, si bien se plantea muchas veces un marco teórico histórico-estructural, en el momento de manipular datos, se recurre a aquellos diseñados preferentemente para el análisis de políticas en el campo económico.

Ya sea en un marco u otro, se han trabajado datos acerca de hogares e individuos por debajo de una línea de pobreza, definida empíricamente según el valor de una canasta de bienes. Esta información podrá ser mejorada según la conceptualización de las necesidades básicas insatisfechas, que abarca variables consideradas esenciales, además del ingreso, pero aun estaremos lejos de trabajar con indicadores de la pobreza como un estado global y mucho menos de considerarlos en un marco histórico estructural.

Esta investigación agregó de una manera parcial, la dimensión psico-social de la pobreza; dimensión que en muchas oportunidades se ha planteado como una necesidad de integrarla junto a las otras, pero que se ha efectuado en muy pocas investigaciones empíricas. Decimos parcial porque efectivamente esta dimensión no participó en la diferenciación original de la pobreza efectuada por el primer equipo de investigación. El criterio de delimitación se efectuó considerando una línea de pobreza construida a partir de una canasta específica debido a los compromisos asumidos en una investigación internacional comparativa. Es entonces que un primer esfuerzo de investigación se efectuó en los aspectos económicos, nutricionales y ambientales de la pobreza. Si bien lo psico-social estuvo presente desde el comienzo, no se analizaron en profundidad los factores que intervienen en esa área. De manera que este trabajo completa en parte lo ya efectuado anteriormente, pero no pudo integrarse desde el comienzo en la delimitación de la pobreza en nuestra sociedad. Por lo tanto, si se quiere tener una aproximación cuantitativa al fenómeno, necesariamente tenemos que recurrir a la información secundaria existente en el país, que no incluye lo psico-social. Pero además, aunque el equipo comparte de alguna forma una visión histórico estructural del problema -en el sentido de que las causas de la pobreza latinoamericana se deben buscar en el funcionamiento del capitalismo dependiente, que concentra en una elite el poder, el progreso técnico, el consumo y la inversión- nunca desarrolló una línea de trabajo en este sentido ya que no eran sus objetivos.

De manera que, en el momento de presentar algunas características de la pobreza en el Uruguay, no lo haremos desde el punto de vista histórico estructural, ni incluyendo la dimensión psico-social. Presentaremos algunos datos secundarios que se han recogido sobre el tema, pero que lo encaran exclusivamente desde el punto de vista económico y predominantemente material. De todas formas manejar cierta información, aun parcial, es mejor que no manejar ninguna.

LA POBREZA EN URUGUAY

Para tener una idea aproximada de la importancia de la pobreza en nuestro país resulta conveniente realizar algunas consideraciones previas.

En primer lugar se ha constatado la existencia de una proporción relativamente estable de familias pobres

en sociedades estratificadas socialmente. Esto ha llevado a que muchos autores se refieran a la pobreza como una necesidad social. No nos corresponde aquí analizar este concepto, pero lo cierto es que alrededor de un cuarto o un quinto de la población siempre ha sido definida como pobre. Estamos excluyendo aquí aquellas sociedades que pueden ser consideradas dependientes de otras y donde, naturalmente, la proporción aumenta. Pero el hecho de que esa proporción se mantenga no quiere decir que coincida desde el punto de vista conceptual. Es la sociedad la que está definiendo a esa parte como pobres. En todo caso lo que nos interesa señalar aquí es el hecho de la existencia de una cierta proporción estable de familias, que las sociedades definen como pobres.

En segundo lugar conviene tratar de averiguar cuál es la posición relativa de nuestro país en América Latina. En este sentido recurrimos a una medida recientemente trabajada por Meghnad Desai (1982): la deuda de pobreza, que se construye con la sumatoria de la privación vital de los pobres. Si se considera esa medida per cápita para algunos países de América Latina, observamos que Uruguay (con 3.416 dólares), se encuentra en una posición algo más urgida que Argentina (US\$ 1.792) y Venezuela (US\$ 1.098), siguiéndole en cambio Costa Rica, con un monto muy cercano (US\$ 3.864). Los países con mayor deuda son Brasil (US\$ 21.109), Perú (US\$ 38.132) y Guatemala (US\$ 61.3879). Según el autor, nos encontramos entre el grupo de cuatro países que, reorientando una pequeña parte del PNB, puede llegar a suprimir la pobreza en un futuro cercano.

En tercer lugar trataremos la situación en nuestro país, según los indicadores más ampliamente utilizados: línea de pobreza y necesidades básicas. La primera, que se utilizó para delimitar las familias pobres en la muestra utilizada en este trabajo y que fue construida en base a los hábitos alimenticios relevados en la Encuesta de Gastos e Ingresos de 1982 en Montevideo, ha evolucionado desde un 23% de hogares por debajo de la línea de pobreza en el 1er. semestre de 1984, hasta un 11% en el primer semestre de 1989 (CLAEH - UCA - 1991). Otras mediciones indican, para el año 1993, que el 9.9% de los hogares montevideanos y el 19.4% del interior urbano, corresponden a familias pobres. Estos porcentajes ascienden al 14.6% y 29.2% respectivamente, tomando en cuenta el número de personas.

Según la información relevada por la DGEC en el Censo de Población y Vivienda de 1985, ésta seleccionó un conjunto de necesidades básicas -tipo de vivienda, hacinamiento, abastecimiento de agua, tipo de sistema de eliminación de excretas, acceso al sistema educativo y capacidad de subsistencia- a los efectos de estimar el número de hogares que no las alcanzaban. Dicha cifra fue del 22.3% para todo el país.

Recientemente, en un trabajo efectuado por la Cooperación Técnica OPP/BID se ha analizado la evolución de los hogares con necesidades básicas insatisfechas -NBI- medida a través de Encuestas Continuas de Hogares. Las cifras que se obtuvieron -con los mismos indicadores que la DGEC y la misma metodología- para 1992 son de 6.3% para Montevideo y 11.7% para el interior urbano. Esta reducción se ha efectuado debido a un aumento de la capacidad de subsistencia, la asistencia escolar y especialmente el abastecimiento de agua potable en el interior del país. Pero los autores proponen una modificación de los indicadores que, luego de hacer los cálculos correspondientes para 1992, otorga un 16,5% de hogares NBI en Montevideo y 25.4% de hogares NBI en el interior urbano.

Como puede observarse, las cifras difieren según el indicador utilizado y el momento estudiado. Pero si esto podría ser aceptable al utilizar diferentes indicadores, no debería ocurrir cuando se utiliza el mismo, salvo por diferencias en el fenómeno. He aquí el problema. ¿Cuál es la verdadera importancia de la pobreza en

nuestro país? ¿Cómo ha evolucionado? Dependerá de los indicadores utilizados. Pero la validez y fiabilidad de los mismos ha sido bastante cuestionada. Así, por ejemplo, se han efectuado varias críticas sobre las limitaciones de la línea de pobreza, en los últimos años. Si se analiza como ha evolucionado para Uruguay, nos encontraríamos con diferencias que hacen dudar de su confiabilidad. Es que no se ha considerado el cambio de hábitos de consumo y la incidencia de la inflación, que en el caso de la canasta calculada para 1982, es muy sensible al atraso cambiario de ese año y a una estructura de gastos en que los bienes extranjeros pesaban de una forma que no siempre se mantuvo.

El índice de NBI no escapa a las críticas. Ya sea porque utiliza indicadores que no discriminan o porque no incluye algunos considerados fundamentales. En el caso del estudio de la Cooperación Técnica OPP/BID, los autores consideraron necesario construir un nuevo índice ajustando el umbral crítico de dos indicadores (asistencia escolar y subsistencia del hogar) y agregando un tercero sobre cobertura de atención en salud. Lamentablemente el trabajo no analiza la evolución del nuevo índice creado.

No es ésta la ocasión para analizar en profundidad los problemas que plantean los diversos indicadores de pobreza. En todo caso su problemática nos señala aun más la distancia que hay entre los mismos y el fenómeno estudiado. Por lo tanto parece apresurado establecer un aumento o una reducción con los indicadores actualmente disponibles. Afirmar que la pobreza se ha reducido a partir del descenso de solamente algunos indicadores y especialmente el suministro de agua por cañería, es reducir el fenómeno a sus indicadores. Existen numerosos ejemplos de casos donde a pesar de solucionarse algunos problemas materiales relacionados con el confort de la vivienda, las familias continuaron siendo pobres y aun rechazando esas mejoras. Incluso desde el punto de vista meramente estadístico, si se cambiara de indicador, tal reducción no se habría producido. Por ejemplo, si se utilizaran los indicadores que utiliza el INDEC de Argentina, no habría ocurrido tal reducción. Simplemente porque no se incluye la disponibilidad de agua potable. Otro estudio (Buchelli, M., 1993), realizado en base al análisis de la distribución del ingreso durante la década de los ochenta, establece que los indicadores de pobreza no presentaron importantes variaciones.

Por lo tanto parece claro que no hay que confundir el indicador con el fenómeno y en el caso de la pobreza aun no se ha construido un indicador que dé cuenta adecuadamente de todos los aspectos de la misma. Alicia Melgar (1994) establecía que los métodos tradicionales de análisis y metodologías conocidas no bastan hoy para explicar cabalmente la evolución de un fenómeno tan complejo como la pobreza y son sumamente insuficientes como auxiliares para el diseño de políticas sociales focalizadas. En este camino está trabajando un equipo de investigadores de la Facultad de Ciencias Sociales y esta investigación aportará elementos para su elaboración.

El propio trabajo de la Cooperación Técnica OPP/BID nos ofrece otros elementos que nos resultan interesantes para caracterizar la pobreza en Uruguay. Así por ejemplo se establece que los hogares con NBI se están concentrando en los quintiles de más bajos ingresos, que está aumentando el número de hogares extendidos y que aumenta significativamente la categoría otros arreglos familiares de trabajo, que no incluyen solamente al jefe del hogar y su pareja. Por lo tanto, si bien no podemos establecer exactamente la evolución del fenómeno, estos datos indicarían que nos encontramos ante una mayor diferenciación de los hogares con NBI y a un aumento de la segmentación social.

De todas formas, los datos sobre privación vital de los pobres y de hogares por debajo de la línea de pobreza

o con necesidades básicas insatisfechas, que nos sirven como una aproximación cuantitativa a la pobreza en el Uruguay, deben ser complementados con otros dos indicadores que nos pueden resultar aun más interesantes a los efectos de caracterizar el fenómeno. El primero lo menciona Juan Pablo Terra (1994), estableciendo que a pesar de que solamente alrededor del 23% de los hogares son pobres, el 41% de los niños urbanos uruguayos nacen y se crían en condiciones de pobreza, según las Encuestas Continuas de Hogares. En el reciente trabajo de Alicia Melgar (1994) se calculaba que en 1993, el 27.7% de los menores de 14 años en Montevideo y el 47.2% en el interior urbano, viven debajo de la línea de pobreza. A su vez "la proporción de niños en el quintil de hogares más pobres se ha incrementado en el último decenio pasando del 40.7% en 1983 al 43.8% en 1993 en Montevideo y del 38.2% al 48.3% en el interior" Esto nos estaría indicando la importancia del problema en la niñez uruguaya.

El segundo indicador se refiere a la heterogeneidad de la pobreza, que ya la hemos analizado desde el punto de vista conceptual. Ahora corresponde manejar información sobre nuestro país. Ya sea Terra (1989) o Kaztman (1989) analizan el problema con diferentes fuentes. Mientras el primero aplica la técnica de conformar clusters a la muestra trabajada por el CLAEH, el segundo trabaja las categorías resultantes del cruce entre ingresos y presencia de carencias críticas en las Encuestas Continuas de Hogares de Montevideo. Terra analiza cinco grupos: el más numeroso, casi la mitad de los casos, muy próximo al promedio, otro, uniformemente mejor que el anterior y los otros tres, marcadamente peores y diferenciados significativamente según la localización. Al caracterizar los grupos se observa una diferenciación en los ingresos, en la vivienda, en la instrucción y en el vínculo de pareja, entre otras variables. Pero estos grupos no pueden ser perfectamente delimitados conceptualmente ya que son una construcción empírica. A lo sumo, inician el camino para su posterior construcción. Kaztman en cambio, a partir de sus variables, los delimita con datos de las Encuestas Continuas de Hogares. Los datos aquí cuantifican su construcción conceptual, apareciendo más nítidos los grupos, pero conociéndose menos su existencia empírica, si se incorporaran nuevas variables como en los clusters. De todas formas, a nuestros efectos, su análisis resulta sumamente interesante ya que distingue tres grupos: los hogares en situación de pobreza crónica, alrededor de un 7%, los hogares en situación de pobreza reciente, entre un 10 y un 13%, y aquellos con carencias inerciales (los que tienen ingresos iguales o superiores a la línea de pobreza pero presentan al menos una carencia crítica), alrededor de un 3.5%.

Lo esencial de ambos análisis es que introducen, al menos en una primera instancia, la diferenciación entre pobres crónicos y pobres recientes. Los primeros serían consecuencia de la estructura social y cultural. Los segundos, resultados de políticas económicas, recesiones o cambios en el mercado de trabajo, estando afectados especialmente en el ingreso. Naturalmente éstas podrían ser familias en un proceso de movilidad social descendente.

Si volvemos a lo planteado inicialmente acerca de la definición de pobreza y las medidas de intervención para su erradicación, podríamos establecer que es imprescindible un enfoque global del problema, que abarque tanto aspectos económicos, sociales, psicológicos y culturales en el caso de los pobres crónicos. En tanto que en el caso de los pobres recientes parecería ser más un problema de ingreso, aunque no habría que descuidar los otros factores, dado que no podemos precisar la rapidez con que actúan. Parece claro que intervenir solamente en el ingreso o en la inserción laboral de las familias del primer grupo, no va a alterar en gran medida su situación, lo que nos lleva a pensar que no se trata solamente de intervenir, en el sentido de introducir algo desde el exterior, difícil de hacerlo por otra parte en áreas como la psicológica o la cultural,

sino de realizar un proceso con esas familias en el cual ellas mismas puedan ser protagonistas.

De la información presentada podemos deducir que, si bien el volumen de familias pobres en nuestro país no alcanza las altas proporciones de otros países de América Latina, sí afecta sensiblemente a nuestros niños ya que las familias pobres son las que más procrean. Por lo tanto parece necesario desarrollar o perfeccionar algunas formas de intervención que atiendan el problema. Esta investigación procura, desde el ángulo psico-social, presentar algunas posibles líneas de trabajo.

CAPITULO III

METODOLOGIA
DE LA INVESTIGACION

ESTRUCTURA MUESTRAL

LA MUESTRA ORIGINAL

El GIEP realiza esta investigación a partir de una encuesta ya realizada por Terra y col. (1989), como parte de un estudio colaborativo con Argentina y Chile, auspiciado por UNICEF. Dicha encuesta se diseñó con el fin de investigar las estrategias, prácticas y creencias de alimentación, crianza y desarrollo infantil en el contexto de los estratos pobres. El estudio se basó en una muestra de **858** familias y **1.224** niños, que representan a los sectores urbanos pobres del Uruguay con niños de menos de 5 años en áreas urbanas de prevalencia de pobreza (25.685 hogares con 36.145 niños) y un grupo de **99** familias y **119** niños no pobres de Montevideo, considerado como control.

Esta muestra, estrictamente aleatoria, se designa a lo largo del trabajo como Sectores Pobres. Se trata de una muestra estratificada, por conglomerados de diferentes tamaños, con muestreo proporcional al tamaño. Los estratos corresponden a la estructura geográfica del universo que se supone altamente correlacionada con los fenómenos sociales. Los estratos definidos fueron cinco:

1) Las áreas urbanas de Montevideo donde la pobreza es prevalente -según los criterios que se especificarán a posteriori- exceptuando los llamados cantegriles. Este estrato, numéricamente muy importante, es designado a lo largo del trabajo como Montevideo General.

2) Los cantegriles (áreas de ocupación ilegal de la tierra, carentes de trazado urbano, que en Montevideo constituyen una proporción muy menor de los barrios pobres, pero que cualitativamente son muy diferentes). Al momento del estudio se contaba con un relevamiento reciente y, consiguientemente, con un registro estratificado que permitió extraer una muestra específica muy precisa.

3) El residuo para completar el Area Metropolitana, compuesto por barrios de prevalencia de pobreza en poblaciones satélites situados fuera de los límites del departamento de Montevideo. Se trata de un conjunto muy heterogéneo con problemas de pobreza agudos, pero no muy apto para ser profundizado a través de la metodología de este estudio. En consecuencia se le consideró aquí no tanto un estrato para ser estudiado en sí mismo, sino un complemento para totalizar resultados para el Area Metropolitana.

4) Los barrios de prevalencia de pobreza de las ciudades capitales de departamentos. Son ciudades entre 10.000 y 80.000 habitantes. Este estrato es designado en el trabajo como Capitales.

5) Los barrios de prevalencia de pobreza de una franja de ciudades intermedias, con poblaciones entre 900 y 5.000 habitantes que complementan la representación de la población urbana del Interior en las muestras de hogares de la Dirección General de Estadística y Censos. Este estrato es designado en el trabajo como No Capitales.

Con excepción de los Cantegriles, las muestras se extrajeron de la muestra de segmentos censales utilizados por la Encuesta Continua de Hogares de la DGEC. Para cada segmento se obtuvo el número de hogares, de personas, de menores de 14 años, el ingreso promedio por hogar y el ingreso promedio por adulto equivalente. Con este último valor se separó aquellos que quedaban bajo la línea de pobreza y se calculó el tamaño del universo. Los segmentos de prevalencia de pobreza formaron en Montevideo la lista de base para extraer aleatoriamente la muestra de unidades muestrales primarias y en el Interior pasaron directamente a integrar la muestra ya que las unidades muestrales primarias fueron las ciudades. En todos los casos, el número de entrevistas a realizar dentro de cada ciudad, segmento o cantegril, fue previamente determinado para mantener la distribución porcentual que los hogares pobres presentaban en el universo correspondiente. La muestra se diseñó teniendo en cuenta el total de hogares pobres estimado previamente y estimado el descarte de viviendas a realizar por no tener niños de 0 a 4 años o por superar la línea de pobreza (por más detalles acerca de la muestra ver J. P. Terra y col.)

El estudio de las áreas urbanas de prevalencia de pobreza mostró que en Montevideo ellas son siempre periféricas. Al mismo tiempo quedaba en evidencia que las formas agudas de tugurización típicas del casco antiguo de la ciudad, escaparían a la Muestra de Sectores Pobres. Esto llevó a Terra y col. a proyectar una muestra de hogares pobres extraída de las áreas antiguas (Tugurios), que permitiera al menos un estudio cualitativo del fenómeno. En el presente estudio este grupo fue excluido del análisis.

La necesidad de contar con un término de comparación y con criterios objetivos para determinar los efectos atribuibles a la pobreza así como la importancia de situar convenientemente la relación entre población pobre y no pobres, llevó a Terra y col. a la decisión de estudiar un grupo de hogares no pobres centrado, no en una elite de alto nivel, sino en estratos desahogados económicamente de los que componen una clase media voluminosa en la sociedad uruguaya. A ese fin se constituyó una muestra de hogares, con ingresos superiores a la línea de pobreza, extraídos de áreas urbanas de Montevideo cuyo nivel promedio era de 2.5 la línea de pobreza. Teniendo en cuenta que se trataba de una muestra pequeña, que no permitiría estudiar subgrupos dentro de ella, no se pretendió que cuantitativamente mantuviera una representatividad estricta de los diversos estratos no pobres. La muestra de hogares no pobres se designa en este trabajo como Sectores no Pobres

LA MUESTRA DEL GIEP

De los datos del estudio de corte transversal de la investigación de Terra y col. se seleccionó una muestra constituida por 634 niños de 2 a 5 años: 575 corresponden a sectores pobres, de los cuales 310 son mujeres (53.9%) y 265 son varones (46.1%) y 59 a un grupo de sectores no pobres. Se excluyeron: mellizos, niños con déficit sensorial, parálisis cerebral, retardo mental severo y los que no lograron relacionarse adecuadamente con el examinador presentando conductas de oposiciónismo o retraimiento notorio.

Se eligió este período de edad por ser crítico en el desarrollo de acuerdo con la bibliografía. Es a partir de los dos años que se observa un deterioro mayor en el desarrollo, aumentando el valor predictivo de los tests

de desarrollo psicomotor. Además, los estudios y programas de salud dirigidos a este grupo de riesgo son escasos en el Uruguay.

CONCEPTOS OPERATIVOS BÁSICOS

Hogar pobre: Es aquel hogar cuyos ingresos familiares se hallan por debajo de la línea de pobreza. Esta se define, según una metodología desarrollada por Altimir en CEPAL, como el doble del costo de una canasta alimenticia básica. Esto presupone que, en los estratos más pobres, el costo de la alimentación alcanza la mitad del ingreso total.

Area de prevalencia de pobreza: Son aquellos segmentos censales en los cuales el promedio de ingreso familiar por adulto equivalente se encuentra situado por debajo de la línea de pobreza. El concepto de adulto equivalente considera adultos a los que tienen 14 años o más y medio adulto a los que tienen menos de esa edad.

Familia: Es el grupo compuesto por la madre, sus hijos y demás integrantes del hogar relacionados con ellos.

Vivienda: Es cualquier albergue, fijo o móvil, separado e independiente, que ha sido construido o transformado para alojar personas en forma permanente o temporaria.

Hogar particular: Es la persona o grupo de personas (parientes o no) que habitan bajo un mismo techo y, al menos para su alimentación, dependen de un fondo común.

2. ENFOQUE DE RIESGO

Se sabe que la pobreza es en sí misma un factor de riesgo fundamental denominado "duro" por la dificultad de modificación. El concepto de pobreza global es útil porque delimita un grupo poblacional que plantea problemas sociopolíticos, éticos y económicos.

En el Capítulo II se señala que la pobreza no es exclusivamente la pobreza económica sino un fenómeno global, psico-socio-cultural, que abarca también la dimensión económica, sin que ésta sea determinante. Diversos estudios han demostrado que la situación de pobreza interviene en forma compleja con otros factores relacionados al desarrollo infantil. La presencia de un solo factor no da cuenta del conjunto del problema y la interacción de los factores tiende a tener un resultado aditivo. Esta interacción genera heterogeneidades dentro de la pobreza, existiendo grupos diferentes, entre ellos, algunos con mayores problemas.

Se justificaría entonces profundizar el análisis de la pobreza de modo de identificar los fenómenos que están jugando en esa complejidad. Esto permitiría la implementación de programas que actuando sobre la totalidad de los factores implicados, especialmente sobre los más "blandos", contribuyera a modificar en algún grado sus efectos, en este caso, sobre el desarrollo psicomotor de los niños.

Uno de los modelos metodológicos adecuados a estos fines es el **Enfoque de Riesgo** (OPS-OMS, 1986). Este es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias o comunidades basado en el concepto de "riesgo". El riesgo se define como la probabilidad que tiene un individuo o grupo de

individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud. El enfoque de riesgo (ver tabla 1) se basa en la observación de que no todas las personas, familias o comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que en algunos, esta probabilidad es mayor que para otros. Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, centrando los programas en aquellos grupos que más lo necesitan. Para garantizar la captación de estos grupos con mayor riesgo, se requiere ampliar la cobertura contando con los instrumentos adecuados para su identificación, implementados en los servicios de salud.

Bajo estas premisas, el **Enfoque de Riesgo** es una herramienta fundamental:

- 1) Permite la identificación de sectores más vulnerables de la población.
- 2) Explora las causas de las variaciones en la frecuencia de los problemas entre diferentes grupos, identificando situaciones que puedan contribuir al aumento de éstas (factores de riesgo) y que, de modificarse, podrían interrumpir o atenuar la cadena de producción de un problema o daño a la salud.
- 3) Su profundización permite, incluso, aproximarse a modelos explicativos de los problemas que den cuenta de las complejas interacciones que se ponen en juego en la génesis de los mismos.

TABLA 1
EL ENFOQUE DE RIESGO: FUNDAMENTOS Y EFECTOS

FUNDAMENTOS DEL ENFOQUE DE RIESGO	SE LOGRA MAYOR IMPACTO AL CONTROLAR PREFERENTEMENTE LOS PROBLEMAS MAS IMPORTANTES:
NO TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD TIENEN LA MISMA IMPORTANCIA	-FRECUENCIA -MODIFICABILIDAD -GRAVEDAD DEL SUFRIMIENTO
NO TODA LA POBLACION TIENE LOS MISMOS PROBLEMAS	RECURSOS DISPONIBLES EN LOS SUBGRUPOS MAS AFECTADOS
NO TODOS INDIVIDUOS TIENEN EL MISMO RIESGO DE DAÑO	CONCENTRANDO ESFUERZOS EN LOS INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO

OPS-OMS

DEFINICIÓN DEL DAÑO

El concepto de riesgo va indisolublemente unido al criterio de daño, que es el problema central: una consecuencia o resultado, cuyo comportamiento en la población, variabilidad y modificabilidad quiere estudiarse y eventualmente cambiarse.

Es importante definir cuál es el daño para el cual se busca un factor o un grupo de factores de riesgo. La diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no es siempre clara. En la realidad existe una cadena de hechos, donde un problema está relacionado con otros anteriores, o a la inversa, donde un daño precedente conduce a un daño subsecuente. Por lo tanto, al realizar un estudio epidemiológico empleando el enfoque de riesgo, debe prestarse especial atención a la definición de cuáles son los factores de riesgo y daños que se quiere estudiar (variables independientes y dependiente respectivamente). Por ejemplo, en este trabajo se considera daño a los problemas en el desarrollo psicomotor, pero este problema es a su vez un factor de riesgo para trastornos del aprendizaje.

Existen criterios que ayudan a priorizar los problemas o daños a la salud que se pretenden abordar cuando se trabaja a nivel poblacional.

TABLA 2
CRITERIOS PARA ESTABLECER PRIORIDADES DE LOS PROBLEMAS (IDENTIFICACION DEL DAÑO)

MAGNITUD

Los problemas más comunes tienen mayor prioridad.

GRAVEDAD

Los problemas más severos son prioritarios.

MODIFICABILIDAD

Los problemas de más fácil prevención deben tenerse en cuenta antes que los de difícil modificabilidad.

INTERES LOCAL

Es necesario respetar y considerar los intereses, prioridades y preferencias de la comunidad.

TENDENCIA

Los problemas con tendencia creciente deberían prevalecer sobre los que se mantienen estáticos y éstos sobre los que disminuyen con el tiempo.

DEFINICIÓN DE FACTOR DE RIESGO

Un factor de riesgo es toda situación o característica que aumenta las probabilidades del individuo o del grupo de sufrir un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores y su importancia está determinada por el hecho de que son observables o identificables antes de la ocurrencia del evento que predicen.

-Un factor de riesgo es **indicador** cuando su asociación con el daño, sin ser causal, permite

reconocer parte de la cadena causal de los daños.

-Un factor de riesgo es **causal** si está directamente relacionado con los procesos patogénicos que conducen al daño y si cumple con una serie de requisitos: a) fuerza de asociación, b) especificidad de la asociación, c) asociación temporal (que el factor preceda al daño), d) consistencia de la asociación (que las asociaciones sean observadas en otros estudios) y e) credibilidad (que los mecanismos de la asociación puedan ser explicados)

SELECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Para que una característica pueda ser seleccionada como factor de riesgo, debe cumplir con una serie de requisitos :

1) **Posibilidad de ser identificado.** Los factores de riesgo deben ser de fácil detección por parte de quien los va a identificar.

2) **Posibilidad de ser controlado.** Se deben seleccionar aquellos factores de riesgo sobre los que se puede actuar, suprimiéndolos, reduciéndolos, o, en los casos en que son inmodificables, controlando sus efectos.

3) **Frecuencia.** Es necesario realizar una discriminación entre las acciones a nivel poblacional y aquellas a nivel individual. Los factores con alta frecuencia serán seleccionados para intervenir a nivel de poblaciones ; en cambio, la selección de individuos con alto riesgo, tiene por objeto concentrar en una minoría con más necesidad el máximo de recursos.

4) **Fuerza de asociación con el daño.** La presencia del factor deberá asociarse con un incremento significativo de la probabilidad de padecer el daño. Para este objetivo es útil el cálculo del riesgo relativo (RR), que mide la mayor probabilidad para un daño dado, en las personas expuestas al factor de riesgo, comparado con el de las que no lo están (Riesgo ligado a un factor).

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

Riesgo ligado a un factor.

Es el estudio de la asociación de cada factor de riesgo en forma individual con el daño definido en el modelo.

El estimador más ajustado es el cálculo del riesgo relativo (RR). El riesgo relativo mide la diferencia por cociente entre la probabilidad de padecer el daño que tienen los expuestos al factor de riesgo y la de los no expuestos.

Si no hay asociación entre la exposición al factor y el daño, el RR es igual a 1. Un RR mayor a 1 sugiere un incremento del daño con la exposición

TABLA 3
CALCULO DEL RIESGO RELATIVO

		DAÑO		
		+	-	
R I E S G O	+	a	b	a+b
	-	c	d	c+d

$$R.R. = \frac{p1}{p2} = \frac{a}{c+d}$$

donde

a= población con daño expuesta al factor de riesgo

b= población sin daño expuesta al factor de riesgo

c= población con daño no expuesta al factor de riesgo

d= población sin daño no expuesta al factor de riesgo

Este valor solo puede calcularse en estudios longitudinales, en los cuales es posible obtener la incidencia del daño (número de casos nuevos durante un período determinado). En este caso se parte de una población con y sin el factor estudiado y se observa en quiénes va presentándose el problema a lo largo del tiempo.

Otro estimador aproximado del RR es el Odd's Ratio (OR), que sobrestima el valor del RR, pero que puede ser usado en todo tipo de estudios (corte, casos-control, etc.). Para evaluar la significación estadística de un valor de RR u OR se calcula el intervalo de confianza. El intervalo de confianza indica los límites dentro de los cuales se halla el RR o el OR verdadero.

Si el valor 1 no está incluido en este intervalo, se podrá suponer, con una probabilidad de 95%, que el factor estudiado está asociado al daño.

RIESGO LIGADO A VARIOS FACTORES

El examen de cada variable independiente da una idea preliminar de la importancia de cada variable. La importancia relativa de todas las variables exige ser analizada simultáneamente por alguna técnica de análisis multivariado, lo que se conoce en el enfoque de riesgo como estudio de riesgo ligado a varios factores. Esto permite, además, elaborar modelos que expliquen la posible interacción entre las variables seleccionadas.

En nuestro caso trabajamos con la regresión logística, técnica estadística multivariada utilizada para predecir una variable dependiente binaria a partir de una serie de variables independientes. En particular se eligió trabajar con la opción "forward stepwise". Las variables independientes especificadas en la lista de variables son analizadas una por una a los efectos de entrar en el modelo. La variable con significación menor a 0.05 entra en el mismo. Además, las variables que se encuentran en el modelo en cada paso, son analizadas, según la razón de probabilidad, a los efectos de considerar su permanencia en el mismo. La variable con la

probabilidad más grande que la especificada (0.10) es removida y el modelo reestimado. Cuando no hay más variables que satisfagan el criterio de remoción, las variables que no se encuentran en el modelo son evaluadas para su eventual incorporación al mismo.

En la última etapa alcanzada, se analizan las variables retenidas, su peso en el modelo y la capacidad de éste para clasificar correctamente a nuestra población.

ALGUNAS CONSIDERACIONES DEL ENFOQUE DE RIESGO APLICADO A NUESTRA INVESTIGACION

DEFINICIÓN DEL DAÑO

Como ya expresamos, en nuestro estudio, se consideró daño las alteraciones en el desarrollo psicomotor. En los párrafos siguientes, realizamos una revisión de los instrumentos de medida del desarrollo psicomotor en América Latina, el Test usado en la investigación de Terra y col., así como la redefinición de los puntajes utilizada para estudiar los factores de riesgo en esta investigación.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN AMÉRICA LATINA PARA EVALUAR EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

Se consideran instrumentos diversas formas de medición tales como escalas o pruebas de desarrollo, cuestionarios y cartillas o "carnets" de crecimiento y desarrollo. (Atkin, 1989).

Los instrumentos son diseñados para cumplir uno o varios propósitos.

- **Descripción/Diagnóstico.** Proporcionan una descripción relativamente amplia del funcionamiento del niño, dando información suficiente sobre sus fortalezas y debilidades de manera que permiten elaborar, en caso necesario, un programa terapéutico individualizado.

Ejemplos

- Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) Chile 0 a 2 años.
- Escala de Desarrollo de Hebisa Marinho (EDHM) Brasil-0 a 6 años.

- **Detección/Tamizaje.** Identifican aquellos niños que están en riesgo o que ya presentan problemas en su desarrollo. Están diseñados para diferenciar a los individuos o a las poblaciones en dos o máximo tres categorías. Permiten detectar a los niños aparentemente normales, quienes podrían beneficiarse con una intervención preventiva, o en caso necesario ser referidos para una evaluación más completa. Dicha información, a nivel de la comunidad, puede proporcionar datos importantes en relación a la frecuencia y distribución de los problemas del desarrollo. La obtención de los mismos mediante la utilización de instrumentos más complejos a nivel masivo sería poco práctica y de mayor costo.

Ejemplos

- Pautas del desarrollo del niño durante los seis primeros años de vida (Inst. del Desarrollo Infantil, Colombia).
- Ficha Individual de Observação do Desenvolvimento (Versión corta del EDHM, Brasil).
- Escala del Desarrollo, antes Escala Simplificada del Desarrollo Cognoscitivo. (INCYTAS-DIF México).
- Hoja gráfica de Desarrollo (Inst. Nal. de Perinatología - Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco, DIF, México).
- Escala de Tamizaje del Desarrollo, Denver (ETDD), EEUU. Se utiliza en toda América Latina.
- ETDD - Versión Modificada por el CLAP - Uruguay (no estandarizada)
- Versión corta de la EDIN: UNICEF Costa Rica (UCR) y Ministerio de Salud Mental de Costa Rica (MS). UNICEF Guatemala (UG).
- T.E.P.S.I. (Hauessler y Marchant, 1985).

- **Monitoreo Periódico.** Evalúan cambios a lo largo del tiempo en el niño, en la familia, en la comunidad, región o país. Pueden funcionar como instrumentos de descripción-diagnóstico o tamizaje- detección, pero la principal diferencia es que permiten la comparación del estado del niño, en diversos momentos de su desarrollo.

Ejemplos

- Los carnets de crecimiento y desarrollo (CLAP-OPS) que se utilizan en la consulta pediátrica en diez países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú, Venezuela, Uruguay).
- Entrevista de tamizaje de diez preguntas (International Study of Severe Childhood Disability).
- Entrevista de tamizaje de 12 preguntas de Gensini y Gavito.

- **Evaluación de los Programas de Salud** Los instrumentos planteados anteriormente y otros relacionados con el desarrollo psicosocial del niño y con la interacción en el medio ambiente familiar, pueden ser utilizados para evaluar el impacto de los programas de Salud.

Los instrumentos darán cuenta de las dimensiones del desarrollo que pretenden evaluar los autores de acuerdo a los objetivos y a sus referencias teóricas. De lo antedicho depende la selección de los indicadores (directos y o indirectos).

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (T.E.P.S.I.)

de Hauessler y Marchant, 1985

Este instrumento fue elaborado y estandarizado en Chile con una muestra de 540 niños de Santiago y Valparaíso. Los niños de la muestra fueron seleccionados de 82 Jardines pertenecientes por cantidades iguales: a ambos sexos, a seis grupos de edad y a tres niveles sociales alto, medio y bajo.

Fueron descartados los mellizos, los que presentaban impedimentos físicos, retardo mental o desnutrición en 2° y 3° grado y los que no lograron relacionarse adecuadamente por timidez excesiva o dependencia afectiva.

Diseñado como prueba de detección y tamizaje para evaluar el desarrollo psicomotor entre 2 y 5 años, consta de 52 ítems distribuidos en 3 áreas de desarrollo cada uno de los cuales constituye un subtest:

Subtest motricidad. Consta de 12 ítems, mide movimiento y control del cuerpo o partes del cuerpo, en un acto breve o largo o en una secuencia de acciones; también evalúa equilibrio.

Subtest de coordinación. Consta de 16 ítems que miden básicamente destreza manual y requisitos grafomotrices en situaciones variadas donde incide el control y la coordinación de movimientos finos en la manipulación de objetos y también factores perceptivos y representacionales.

Subtest de lenguaje. Consta de 24 ítems y mide expresión y comprensión del lenguaje; capacidad de comprender y ejecutar ciertas órdenes, conceptos básicos, vocabulario, capacidad de describir y verbalizar situaciones.

El rendimiento del niño es registrado en un protocolo standard. Los puntajes obtenidos se transforman en puntajes T, en referencias a tablas especiales para cada grupo de edad y para cada subtest así como para el puntaje total. La interpretación de los mismos se efectúa en términos de desviaciones estándar en relación al promedio: se consideran "normales" los puntajes T iguales o superiores a 40, de "riesgo" entre 30 y 39 y "retrasos" los inferiores a 30.

Cubre varias áreas de desarrollo, permitiendo identificarlas por separado, de tal manera que se puedan señalar las fortalezas y debilidades proporcionando un perfil de funcionamiento y no solo un puntaje global; ya se mencionó que no incluye el área socioemocional. Su manual de instrucciones es claro y el material sencillo.

Se evaluó su consistencia interna y su validez de consistencia, no contándose con datos sobre su validez predictiva concurrente.

No está estandarizado para el Uruguay pero fue utilizado en la investigación de Terra y colaboradores ("Los niños pobres en el Uruguay actual, condiciones de vida, desnutrición y retraso psicomotor", 1989), siendo éste nuestro banco de datos debido a:

- que la forma de presentación de los resultados facilita la combinación de éstos con las de otras evaluaciones, posibilitando un diagnóstico interdisciplinario.
- que incluye indicaciones claras en cuanto a la interpretación de los resultados. Todos los técnicos que aplicaron este instrumento pasan en su capacitación por el Test de concordancia interjuez, la cual permite asegurar la confiabilidad de sus resultados.
- que bajo la supervisión de las autoras del test, se modificaron las expresiones idiomáticas que son de uso común en Chile por las correspondientes utilizadas en el Uruguay.
- que los valores de la población de referencia (Chile) se distribuyen, en torno a la media respectiva

según una curva normal, encontrándose un 14% en riesgo y un 2.5% en retraso.

En el grupo no pobre (Terra y colaboradores) se registra 13.3% de riesgo y 1.7% en retraso, lo que significa que la distribución es ligeramente mejor, pero muy semejante a la de la población de referencia (no siendo las diferencias de la media y el desvío estándar entre ambas poblaciones estadísticamente significativas).

Esto le da un significado claro a la población de referencia y confirma la validez, para Uruguay, de las escalas y puntajes utilizados. Comparar con la población de referencia chilena es prácticamente equivalente a comparar con los no pobres de Montevideo (apartado 3, tabla 1).

La aplicación del test se realizó en el domicilio del niño con encuestadores suficientemente preparados que pasaron por la concordancia interjuez.

Según los puntajes obtenidos en el test, la población se clasificó en 3 categorías:

- normalidad (entre menos 1 y más un desvío estándar en relación a la media de la población de referencia para el test).
- riesgo (entre menos 1 y menos 2 desvíos estándar).
- retraso (más de 2 desvíos estándar a la izquierda de la media de referencia).
- Se realizó un análisis descriptivo de los resultados de los tests en cada una de las áreas, según condición socio-económica, sexo y edad

Se aplicó el test estadístico X^2 para estudiar la significancia estadística de las diferencias entre grupos.

- Se estudiaron los 52 ítems del TEPSI por condición socio-económica considerando:

- 1) El comportamiento de cada ítem por rangos de edad y percentílicos (p.25 y p.75).
- 2) El comportamiento de ambas poblaciones (pobre y no pobre) teniendo en cuenta el percentil 75 como edad de referencia y comparando por medio del test de Z, los logros de adquisición de cada conducta.
- 3) La relación que guardan entre sí aquellas conductas de cada área del test que presentan diferencias significativas en la edad de adquisición en sectores pobres en relación a los no pobres, a través del test de X^2 .

CRITERIO DE DAÑO UTILIZADO PARA ESTUDIAR FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

A los efectos de aumentar la sensibilidad del test TEPSI con un criterio clínico-epidemiológico, se redefine el criterio de daño para estudiar factores de riesgo.

Sensibilidad es la capacidad de un instrumento de reconocer los verdaderos positivos. Una prueba es sensible cuando identifica una gran proporción de los niños con problemas. Una prueba poco sensible pero muy específica solo identifica debidamente una parte de los niños con problemas. Lo ideal es una prueba que identifique a todos o casi todos los niños con problemas y no incluya niños normales en la categoría de riesgo. En nuestro caso, se decidió aumentar la capacidad de captación de casos por el instrumento, apoyados en la experiencia clínica y en los datos poblacionales que indican que entre un 60 y 70% de los escolares de sectores pobres fracasan en las pruebas de razonamiento y lenguaje (Rama, 1992).

En nuestra redefinición del criterio a partir del TEPSI, se adoptaron las siguientes categorías (ver curva de distribución normal):

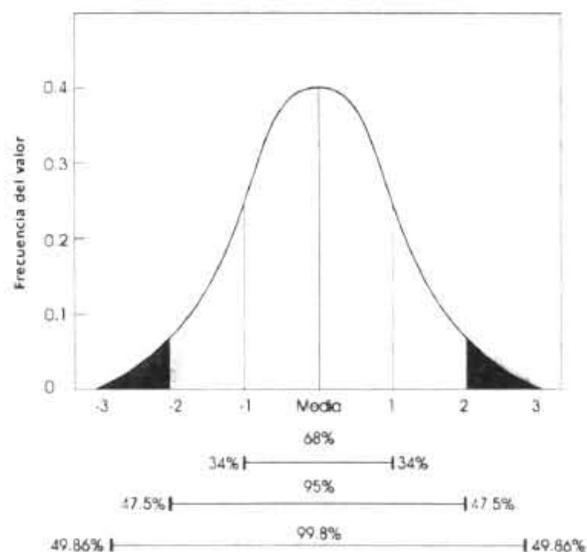
Normalidad. Se consideran normales aquellos casos en que, en todas las áreas del test, los puntajes se encuentran dentro del rango correspondiente a más-menos un desvío estandar (± 1 DS) respecto al valor central de la media.

Daño Leve. Aquellos casos en que los puntajes de una o dos de las áreas del test están comprendidos entre menos 1 y menos 2 desvíos estandar respecto del valor central de la media.

Daño Franco. Aquellos casos en que las tres áreas se encuentran comprendidas entre menos 1 y menos 2 desvíos estandar o que 1 o las 3 áreas estén en menos 2 desvíos estandar respecto del valor central de la media.

Daño leve y daño franco se asociaron en una sola categoría.

TABLA 4
CURVA DE DISTRIBUCION NORMAL
Proporción de la población entre medidas de desviación estándar



Tomado de: Manual de Enfoque de Riesgo OPS-OMS

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

SELECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

En base a los criterios de prevalencia, fuerza de asociación (según estudios previos y referencias

bibliográficas) y modificabilidad mencionadas anteriormente, se seleccionaron 97 variables de las existentes en el banco de datos del CLAEH como posibles factores de riesgo, que se agruparon en 4 áreas (ver apartado 4).

- 1) área socioeconómica y soporte social
- 2) área familiar (morfología, clima familiar, creencias y prácticas de crianza)
- 3) disponibilidad parental
- 4) características propias del niño.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO

Para conocer la distribución de las variables estudiadas en la población pobre y no pobre, se estudió la prevalencia de cada una de ellas en ambos grupos.

Para comparar ambos grupos, se analizó la significación de las diferencias mediante la prueba de X^2 . El grupo no pobre no fue utilizado en el análisis de factores de riesgo. Es necesario señalar que el grupo no pobre (control) se caracterizó por responder a la encuesta de acuerdo a los valores sociales prevalentes, lo que llevó al equipo investigador a pensar que la prevalencia de factores de riesgo, en este sector de la población, podría ser mayor que la informada en la encuesta.

Cabe mencionar también, que en la presentación de los resultados del análisis descriptivo, solo se incluye parcialmente la discusión de los mismos, por no constituir este aspecto del estudio nuestro principal foco de interés. La discusión en profundidad se realiza en el desarrollo de los resultados del análisis de riesgo.

ANÁLISIS DE RIESGO LIGADO A UN FACTOR

Se estudió la asociación entre cada una de las variables seleccionadas, considerada como posible factor de riesgo y el daño en el desarrollo psicomotor.

El daño se midió a través de la aplicación del test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) y su definición operativa ya fue discutida en un párrafo anterior.

Para operacionalizar los factores de riesgo, las variables seleccionadas fueron dicotomizadas (riesgo presente y riesgo ausente). Aquellas variables que no eran originalmente dicotómicas, fueron dicotomizadas a partir de un punto de corte, definido específicamente para este estudio. (apartado 4) De esta manera, de acuerdo a la exposición de la población al factor de riesgo, ésta quedó dividida para cada variable en dos grupos (expuestos y no expuestos).

Los datos así obtenidos se distribuyen en tablas de contingencia de dos por dos, o de doble entrada, para calcular el riesgo. Como estimador del riesgo se empleó el Odds ratio con su respectivo intervalo de confianza.

Para entender qué es lo que hay por detrás de las variables que, en el análisis ligado a un factor, aparecen como indicadores de riesgo, se estudió la asociación de cada una de ellas con el resto de las variables psicosociales incluidas en esta investigación mediante una matriz de correlación (apartado 5).

Se intentó ver si, entre los indicadores de riesgo, era posible identificar grupos con características comunes y a su vez independientes de los restantes. Con este objetivo se realizó un análisis factorial. El análisis de los

factores obtenidos no aseguró un grado suficiente de independencia entre los mismos, dando cuenta seguramente de la fuerte interrelación de los distintos factores de riesgo en la situación de pobreza.

RIESGO LIGADO A VARIOS FACTORES.

Mediante la técnica de análisis multivariado, denominada regresión logística, se analizaron las variables que asociaron significativamente en el análisis de riesgo ligado a un factor.

Se obtuvo así un perfil de la importancia relativa de estas variables para clasificar a la población, destacándose aquellas que contribuían a un mayor porcentaje de diagnóstico.

Esto permitió esbozar hipótesis acerca de los mecanismos de acción de los fenómenos psicosociales en la pobreza.

CAPITULO IV

DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE LOS SECTORES POBRES URBANOS DEL URUGUAY

INTRODUCCION

DESARROLLO DEL NIÑO Y POBREZA: ANTECEDENTES HISTORICOS

Crecimiento, maduración y desarrollo, están estrechamente ligados y se influyen mutuamente aunque para su estudio se definen separadamente.

Crecimiento es el proceso cuantitativo correspondiente a lo físico somático y al crecimiento de tejidos y órganos.

Maduración es el perfeccionamiento de estructuras y funciones.

Ambos procesos (crecimiento y maduración) posibilitan el desarrollo físico.

Se considera desarrollo al conjunto de fenómenos que posibilitan la transformación progresiva del ser humano, desde la concepción a la edad adulta. Es un proceso complejo, dinámico e interactivo muy extendido en el tiempo, donde las características propias del niño y su entorno interactúan en forma recíproca.

Sabemos que hay momentos claves en la evolución del desarrollo y que los riesgos se acentúan cuanto más lejos nos situamos del nacimiento del niño. Esto es parcialmente cierto ya que es riesgoso y paralizante decir que todo está jugado a los 8 días, o a los 3 años o a los 6 años. Por otra parte, esto no toma en cuenta los resultados obtenidos en la educación continua, los esfuerzos de promoción social y fundamentalmente la estimulación y rehabilitación temprana. (Mancieux - Deschamps, 1990).

Ha sido largo el proceso seguido hasta la fecha para que la comunidad científica termine aceptando, sin reservas, que lo que se hereda no son características de la personalidad o de la inteligencia ya desarrolladas, sino solo disposiciones y potencialidades.

Parafraseando al Dr. Herman Montenegro podemos plantear como hitos históricos en el proceso científico los siguientes:

El comienzo en Europa después de la Segunda Guerra Mundial del concepto de **deprivación psicológica**, a partir de la constatación en instituciones asilares donde, a pesar de incorporarse mejoras higiénicas y aplicarse los avances del conocimiento médico, los niños continuaban presentando menor vitalidad, una

mayor vulnerabilidad a las enfermedades y como constante un retraso en el desarrollo psicomotor.

En la década del 30-40 surgen las primeras explicaciones sobre la influencia del medio ambiente en el desarrollo:

En los estudios de la Escuela de Viena de Bühler se demostró, con una metodología adecuada, que los factores psicológicos son los responsables de esta desventaja y que los mismos se determinan por las condiciones ambientales en las que el niño se desarrolla.

En 1938 aparecen las primeras publicaciones, luego conocidas bajo el nombre de "Los estudios de Iowa" donde (Skeels, Skodak, Dye, Welman, Williams y Updegar) demostraron que los niños internados en asilos que presentaban cocientes de desarrollo bajos mejoraban al egresar tempranamente de las instituciones y ser transferidos a ambientes ricos en estímulos afectivos y cognitivos.

Los estudios de Newman y col. (1937) sobre la influencia del medio ambiente en los cocientes intelectuales de gemelos idénticos criados en medios diferentes; los trabajos de Spitz (1954) sobre el rol de la madre en el primer año de vida; los de Bowlby (1951) sobre el apego; de la OMS (1962) sobre la privación y de Bloom (1964); contribuyeron al avance en el conocimiento científico sobre la importancia de los factores ambientales tempranos que influyen en el desarrollo.

Durante estos años comienzan a aparecer las primeras evidencias de que la privación psicológica no solo afecta a los niños internados en orfanatos o asilos sino también a los que se crían en condiciones de pobreza.

Investigaciones desarrolladas en diferentes países y culturas demostraron que en medios desfavorecidos, marginales, con problemas raciales y/o culturales, existe un porcentaje elevado de niños con retraso en el desarrollo psicomotor respecto a otros sectores de la población. A partir del segundo año de vida estas diferencias son más significativas. Los varones están más afectados que las niñas, en una relación de 2 a 1. (Honzik, 1957; Brunet, 1956, 1958; Bailey, 1965; Golden y Birns, 1968; Bailey y Scheaefer, 1969; Rodríguez, 1974; White, 1975; Brunet y Lezine, 1979; Rodríguez y Lira, 1976; Avayu y otros, 1978; Lira y Rodríguez, 1979; Bralicy Rodríguez, 1981; Riquelme, 1982; Haeussler y Marchant, 1982; Milicic y Schmidt, 1980; Lira y Galvez, 1985; Victoria y col., 1988 y Frankerbourg, 1990).

Durante mucho tiempo se planteó que las alteraciones en el desarrollo eran consecuencia directa de la situación de pobreza, atribuyéndosele un rol causal a la desnutrición.

El conocimiento acumulado permite aseverar que es solo la desnutrición de tercer grado que afecta al feto en el tercer trimestre de embarazo o durante el primer año de vida, la que produce un déficit intelectual relativamente irrecuperable (Richardson y col., 1975).

Por otra parte los estudios realizados por Craviotto (1977), demostraron que al integrar niños que se estaban recuperando de desnutrición calórico-proteica severa a programas de estimulación, sus cocientes de desarrollo mejoraban significativamente, en comparación con los de otros niños desnutridos. La suplementación nutricional solo permite la recuperación ponderal, pero no garantiza efectos significativos sobre el desarrollo neuropsíquico (Pollit, 1978).

Conjuntamente con estos hallazgos ya se habían comenzado a implementar programas orientados a

contrarrestar los efectos de la privación que sufren los niños de bajo nivel socioeconómico, por ejemplo, en 1965 se inició el primer programa en EE. UU., llamado "Head Star". Pero, la mayoría de los programas que se llevaron a cabo en EE. UU. y Latinoamérica, estaban orientados fundamentalmente a la detección y prevención secundaria o terciaria de niños con handicaps múltiples que nacen con algún daño cerebral de origen biológico y/o genético. Entre otros, el programa de Estimulación Temprana del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE), los de J. Nascimento en Venezuela y los de Eloísa Etchegoyen de Lorenzo en el Uruguay.

En la década del 70 aparecen con mayor fuerza los programas dirigidos a niños en riesgo psicosocial en América Latina. En el Uruguay surgen experiencias dentro del programa Materno Infantil y de Salud Mental del M. S. P. en coordinación con el M. E. C., el I. I. N. y el CLAP. La experiencia del grupo chileno CEDEP fue pionera.

Durante mucho tiempo se consideró que el niño recibía pasivamente los estímulos que su madre le brindaba, como un proceso unidireccional. Actualmente se comprobó que el niño ejerce un rol activo desde el primer día, retroalimentando la actitud y conductas maternas (Bell, 1968; Osofsky, 1971; Stern, 1974; Biller, 1975; Klaus y Kennel, 1978; Bernardi y col., 1982; Stern 1985 y Díaz Rossello y col. 1989) Todos estos trabajos muestran la importancia de la interacción temprana en el vínculo madre-hijo y la necesidad de reconocer que el niño también es agente de su propio desarrollo. Ambos (madre - niño) son a la vez estimulados y estimuladores, sin dejar de reconocer el papel fundamental del medio ambiente que puede obstaculizar o facilitar su desarrollo. Estos aspectos fueron presentados con más detalle en los capítulos iniciales.

Como también hemos dicho ya, a medida que se profundiza en el conocimiento humano se jerarquiza la importancia del rol del padre y demás miembros de la familia en el desarrollo del niño.

A continuación intentaremos ampliar algunos aspectos de nuestras hipótesis iniciales.

DESARROLLO PSICOMOTOR Y MEDIO AMBIENTE

El desarrollo neuropsíquico engloba lo que habitualmente, por razones didácticas y prácticas, se divide en: desarrollo psicomotor; sensorio-motor; social y afectivo. Es el proceso a través del cual se ponen en acción los diferentes mecanismos de la vida intelectual y de relación. Avanza a través de fases sucesivas cualitativamente diferentes, que si bien comportan factores comunes, también reflejan ciertas irregularidades y enormes diferencias interindividuales que hacen a la personalidad de cada individuo.

En esta investigación se evalúa el desarrollo psicomotor. Siguiendo a Lucille Atkins y col. (1987) se define el desarrollo psicomotor como el 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. Abarca las funciones de la inteligencia y la 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.

Concordamos con la Dra. Rebollo (1993) que con el término psicomotor se jerarquiza el concepto de la estrecha e indisoluble relación de todas las funciones del sistema nervioso. A través de la motricidad, incluyendo la fásica (movimientos corporales o expresión del lenguaje) y la tónica (actitudes y mímicas), es

la única forma en que puede expresarse la conducta (o sea todo lo que sucede en el sistema nervioso incluyendo las funciones psíquicas superiores) en los primeros años.

Las alteraciones del desarrollo pueden ser por causa genética o ambiental (biológica, psicológica y socio-económica-cultural). Clínicamente se define como retardo del desarrollo psicomotor, cuando no se cumplen las pautas consideradas como normales. Se presenta aislado o acompañado de síntomas y signos que ponen de manifiesto diversas alteraciones: neurológicas, endócrinas, sensoriales (principalmente visual y auditiva) y de patología psiquiátrica (Rebollo, 1993).

Cuando se dice que el estado del desarrollo psicomotor de un niño en un momento dado no es fruto del azar ni únicamente producto de factores genéticos, es útil recordar la frase de Winnicott "un niño, eso no existe" y a Ortega y Gasset "yo soy yo y mis circunstancias" en la que se condensa la idea de que el niño no existe aislado, sino que es, en referencia a un contexto humano y a un ambiente témporo-espacial dado.

Desde este punto de vista, el desarrollo que un niño puede alcanzar va a estar influido por variables que provengan de ese contexto y de ese medio familiar. Se acepta que el desarrollo psicomotor del niño no está solamente ligado a la maduración del cerebro sino que "depende también de un régimen alimenticio adecuado, de condiciones de vida apropiadas, de vivienda, de higiene y por encima de todo, de un clima afectivo cálido" (Gasnier, 1983). De esto se desprende que hay niños más vulnerables que otros en cuanto al proceso de desarrollo, puesto que viven en condiciones sociales y familiares más difíciles.

La noción clínica de vulnerabilidad supone un estado definitivo o temporario de un orden biológico o psicosocial que implica una menor resistencia a las noxas o agresiones.

Si la serie de factores etiológicos más importante en el desarrollo psicomotor está representada por las interacciones precoces entre niños y adultos, la presencia de factores psicosociales de riesgo influirá en aquéllas deteriorando los vínculos y exponiendo a los niños a una situación de vulnerabilidad respecto al desarrollo psicomotor.

Esto coincide con Sameroff (1986), quien plantea que el status socioeconómico es una variable de síntesis que incorpora un conjunto de factores de riesgo que ejercen influencias, tanto independientes como interaccionales, sobre otras variables tales como características familiares y sucesos vitales estresantes que interfieren con la capacidad familiar de proveer un contexto nutritivo al niño.

Si estos factores psicosociales de riesgo a los que el niño está expuesto son continuos y persistentes, la potencial reversibilidad del retraso en el desarrollo psicomotor por causas ambientales, estará muy comprometida.

La experiencia cotidiana de los miembros del equipo despertó a la vez ciertas convicciones e interrogantes que llevan a profundizar en las características del desarrollo psicomotor de los niños de sectores pobres del Uruguay, lo que motiva la presente investigación.

Como convicción se impuso que, en condiciones de pobreza, existen factores que pesan negativamente en el desarrollo psicomotor del niño. El medio ambiente es gris y aplastante, las familias están expuestas a la resolución cotidiana de situaciones de urgencia, producto de la exclusión social que pone en juego su sobrevivencia.

Una respuesta simple a la presencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor en estas poblaciones, sería

afirmar que esto es consecuencia directa de las condiciones económicas, como ya señaláramos en el capítulo II. La pobreza, fenómeno social y universal es producida por los sistemas económicos, políticos e ideológicos por lo que es incuestionable la injusticia social en el origen y mantenimiento de este problema. Pero, no hay una pobreza, sino varias, con diferentes estilos y especificidades. Por lo tanto, pretender dar respuesta a alguno de los aspectos en juego resulta insuficiente para revertir la pobreza y sus consecuencias. Pensamos que el problema de estos niños debe ser encarado globalmente sin juicios preestablecidos o etiquetas, evitando la multiplicación de intervenciones, la incoordinación de acciones, la inadecuación de las soluciones que desafortunadamente, aun persisten en las acciones médico-educativo-sociales, que se realizan sobre estos sectores de población.

Para ello, es necesario responder algunos interrogantes: ¿Cuál es el grado de compromiso del desarrollo psicomotor en estos niños? ¿Con qué criterio evaluarlo? ¿Qué factores condicionan a esta población? Solo las dos primeras preguntas serán evaluadas en este capítulo, quedando la última para el siguiente.

INTERROGANTES ACERCA DE LA PERTINENCIA DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN ESTAS POBLACIONES

En el taller sobre los instrumentos y procedimientos de evaluación del desarrollo infantil (Brasilia, 1989) R. Myers señala que "a pesar de que se han desarrollado varios instrumentos en América Latina y de que constantemente se habla de la necesidad que sean culturalmente adecuados, aun persiste el dominio de instrumentos importados de EEUU y Europa".

Subyacente a cada instrumento de evaluación hay siempre una conceptualización de desarrollo infantil y de los factores que lo afectan. Frecuentemente, esta fundamentación conceptual no se hace explícita ni está sujeta a un análisis crítico. Frente a la pregunta: ¿Es válido utilizar un mismo instrumento para evaluar poblaciones pobres y no pobres en nuestra sociedad?, la intención de responderla supone iniciar una polémica teórica y metodológica donde muchas de las interrogantes aun hoy no tienen una respuesta. Los lineamientos a seguir dependerán del nivel de análisis que se realice y de la concepción de desarrollo, de sociedad y de ciencia que se considere. No es nuestro objetivo abrir esta polémica pero sí hacer ciertas puntualizaciones.

Autores como Ferreira (1979) y Goodnow (1986), a partir de sus investigaciones, sostienen que las diferencias encontradas en el desarrollo de niños pobres y no pobres no deberían explicarse como un déficit en sí mismo, sino como maneras particulares en la utilización de los sistemas simbólicos, así como de una forma de interacción social propia. Rechazan así, la validez metodológica de las investigaciones que utilizan un mismo instrumento para ambas poblaciones.

Sin embargo, es necesario atender a Haeussler (1982) quien dice que los niños de alto riesgo ambiental, que sufren cotidianamente los efectos de la pobreza, tienen tarde o temprano diferencias en sus rendimientos en relación a los de los medios más favorecidos. Reducir estas diferencias a los artificios metodológicos o suprimirlas en nombre de las teorías, no resuelve el problema. Bajo el pretexto que los pobres tienen una cultura distinta, "cultura de la pobreza" y que las diferencias observadas se deben a las características de los instrumentos utilizados, se puede quedar inhabilitado y llevar incluso a no actuar concreta y seriamente en favor de las necesidades poblacionales.

No se debe olvidar que los niños marginados viven en la misma sociedad que el resto, miran la misma televisión, están sometidos a la misma publicidad y están integrados a un mismo sistema educativo. La pobreza no es un estado de hecho y es éticamente inaceptable considerarla en términos de identidad social y cultural, por lo que se debe revocar la expresión "cultura de la pobreza" (Martin, 1993).

Por lo tanto, pensamos que es necesario centrar nuestros esfuerzos en profundizar conocimientos respecto a estos niños a efectos de instrumentarnos y poder realizar intervenciones que los tengan en cuenta como actores sociales, respetando y realzando sus valores y costumbres, redundando en beneficio de estas poblaciones.

Nuestra opción coincidente con Haeussler, fue pues, evaluar a todos los niños con el mismo instrumento. En el capítulo III se realizó una revisión de los instrumentos utilizados en América Latina, así como la descripción del Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI- Haeussler y Marchant 1985) usado en esta investigación.

PRESENTACION DE LA INVESTIGACION

En la investigación de Terra y col. (CLAEH-UNICEF) se detectaron alteraciones en el desarrollo psicomotor y emocional en niños de 0 a 5 años de sectores pobres urbanos. Mientras que en sectores no pobres el desarrollo psicomotor evaluado por test diferenciales de 0 a 2 años (EEDP) y de 2 a 5 años (TEPSI) el 85% de la población se ubica en la categoría de normalidad, el 13,3% en riesgo y el 1,7% en retraso; en los sectores pobres la proporción es 67,3%, 24,3% y 8,4% respectivamente. Esta diferencia se acentúa más si se considera el grupo etáreo de 2 a 5. El deterioro es mayor con el aumento de la edad. Respecto al sexo, las diferencias son significativas a favor de las niñas.

Estos cuestionamientos nos llevan a profundizar en las características del desarrollo psicomotor de los niños de sectores pobres del Uruguay de 2 a 5 años, lo que motiva la presente investigación.

A modo de síntesis señalaremos algunas características de este período del desarrollo infantil. A partir de los dos años comienza el desarrollo de la identidad e independencia adquiriendo un lugar dentro de su familia. Es capaz de simbolizar en sus juegos situaciones cotidianas e intenta unir palabras para expresar sus ideas. Adquiere equilibrio y coordinación en actividades motoras complejas: caminar, saltar, correr, trepar. Hacia los cuatro-cinco años se da un mayor apogeo del equilibrio motor y un mayor desarrollo de los logros adquiridos.

En cuanto al lenguaje puede escuchar a los otros y en su proceso de socialización pregunta el "porqué" de cada cosa. Es capaz de compartir juegos, le gusta colaborar en tareas, tiene mayor iniciativa y demanda la atención de sus padres. Al final de esta etapa comienza a interesarse por aprender a leer y escribir.

A partir de la bibliografía consultada sabemos que un alto porcentaje de niños presentan diferencias en su desarrollo psicomotor, creciendo en distintos ambientes. En condiciones de pobreza nos planteamos que:

- la presencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños de sectores pobres de nuestro país, daría cuenta de probables fallas a nivel de la capacidad de la representación (representar sucesos por acciones mediante imágenes, palabras o con otros símbolos).

- las alteraciones no serían solamente atribuibles a características propias del niño, sino que estarían fundamentalmente condicionadas por la presencia de factores psicosociales de riesgo, en que se encuentran

inmersos estos niños.

A la hora de leer los resultados hay que tener en cuenta que:

a) se está evaluando parcialmente, un aspecto de un fenómeno complejo como es el desarrollo a través de una sola prueba.

b) en una concepción dinámica del desarrollo la evaluación que se realiza da cuenta del desarrollo psicomotor de un niño, en un momento dado, estado que no es casual, ni fijo, ni inmutable.

Como corolario de estos planteos, creemos que las interpretaciones de los datos estadísticos deben hacerse con prudencia.

La metodología utilizada fue explicada en el capítulo III.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

DESARROLLO PSICOMOTOR SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA POR AREAS DEL TEPSI

TABLA 1

	SECT. POBRES			SECT. NO POBRES		
	COORD.	LENG.	MOTRIC.	COORD.	LENG.	MOTRIC.
NORMAL	69.6%	54.5%	84.8%	83.9%	89.3%	87.5%
RIESGO	24.8%	32.5%	11.2%	14.3%	10.7%	10.7%
RETRASO	5.5%	13.0%	4.0%	1.8%	0.0%	1.8%

N = 634

En el análisis del desarrollo psicomotor por áreas del TEPSI se constata que, en los sectores pobres la mayor prevalencia de niños en riesgo y retraso abarca el área del lenguaje y en menor proporción el área de coordinación. Sin embargo, en el área de motricidad las prevalencias en las categorías de riesgo y retraso se aproximan a las esperadas a nivel poblacional. En los sectores no pobres, no hay diferencias significativas en el comportamiento de las tres áreas.

DESARROLLO PSICOMOTOR POR AREA Y LOCALIZACION EN LOS NIÑOS DE SECTORES POBRES URBANOS

Del análisis del área de coordinación por localización se destaca que la zona de Cantegriles es el sector poblacional que presenta mayor prevalencia de retraso en esta área (11.5%) y Montevideo Gral. el de menor prevalencia (2.6%) (apartado 3, tabla II).

Respecto al área del lenguaje se observa que en Montevideo Gral. y Cantegriles la prevalencia de riesgo y retraso supera el 50% de la población estudiada. El sector con mayor prevalencia de retraso se ubica en población satélite (apartado 3, tabla III).

En el área de motricidad, los sectores que presentan mayor prevalencia de retraso son Satélites y Capitales del Interior (apartado 3, tabla IV).

Las diferencias encontradas en el comportamiento de las áreas de coordinación, motricidad y lenguaje en los distintos sectores poblacionales (Montevideo Gral., cantegriles, satélites, capitales del interior y ciudades no capitales del interior) en que se dividió la muestra, no son estadísticamente significativos.

Dados estos resultados y los objetivos de esta investigación se seguirá trabajando con lo que denominaremos Sectores Pobres (que comprende la agrupación de las diferentes localizaciones) y Sectores No Pobres (grupo-control).

DESARROLLO PSICOMOTOR POR AREAS Y POR SEXO EN SECTORES POBRES

TABLA 2

AREAS

CATEGORIAS	COORDINACION		LENGUAJE		MOTRICIDAD	
	VARONES	NIÑAS	VARONES	NIÑAS	VARONES	NIÑAS
NORMAL	62.1%	77.9%	49.8%	59.5%	82.4%	87.1%
RIESGO	30.4%	18.9%	33.9%	30.4%	12.8%	9.9%
RETRASO	7.5%	3.2%	16.3%	10.1%	4.8%	3.0%

p=.000

p=.02

p=n/s

Cr=.17

Cr=.11

Cr=.06

N: Varones 309

Niñas 271

Estos resultados muestran que en el área de coordinación, la prevalencia de varones en las categorías de riesgo y retraso es dos veces mayor que en las niñas. Esta diferencia se mantiene en el área del lenguaje pero con una menor fuerza de asociación. En el área de motricidad según sexo no se encuentran diferencias significativas.

DESARROLLO PSICOMOTOR POR AREA Y EDAD EN SECTORES POBRES

TABLA 3

AREA COORDINACION SEGUN EDAD

CATEGORIAS	EDAD (años - meses - días)		
	2.0.0-3.0.0	3.0.1-4.0.0	4.0.1-5.0.0
NORMALIDAD	69.0%	71.1%	67.9%
RIESGO	29.3%	22.7%	23.5%
RETRASO	1.7%	6.2%	8.6%

p=.03 Cr=.10

TABLA 4

AREA LENGUAJE SEGUN EDAD

CATEGORIAS	EDAD (años - meses - días)		
	2.0.0-3.0.0	3.0.1-4.0.0	4.0.1-5.0.0
NORMALIDAD	55.4%	58.1%	48.5%
RIESGO	44.6%	23.8%	29.9%
RETRASO	0.0%	18.1%	21.6%

p=.0000 Cr=.2

En las áreas de coordinación y lenguaje la mayor prevalencia de riesgo se observa en el grupo de 2 a 3 años mientras que la mayor prevalencia de retraso corresponde al grupo de 4 a 5 años. Si bien el presente no es un estudio longitudinal, se perfila una tendencia en aumento del retraso en relación con la edad, a expensas de la disminución de la prevalencia en la categoría de riesgo, lo que hablaría del deterioro progresivo.

TABLA 5

AREA MOTRICIDAD SEGUN EDAD

CATEGORIAS	EDAD		
	(años - meses - días)		
	2.0.0-3.0.0	3.0.1-4.0.0	4.0.1-5.0.0
NORMALIDAD	85.4%	81.2%	87.9%
RIESGO	14.0%	12.6%	7.3%
RETRASO	0.6%	6.2%	4.8%

p=.01 Cr=.10

Impacta la prevalencia de retraso en el período de edad que comprende 3.0.1 - 4.0.0. Sin embargo en relación al riesgo se observa una tendencia a disminuir con la edad, no observándose la tendencia al deterioro progresivo, señalada en las áreas de coordinación y lenguaje.

ANÁLISIS DE LA HOMOGENEIDAD O HETEROGENEIDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN SECTORES POBRES URBANOS DEL URUGUAY

Consideramos que tienen un desarrollo psicomotor **homogéneo** los casos cuyos puntajes en las tres áreas TEPSE corresponden a la categoría de normalidad, riesgo o retraso.

La **heterogeneidad** en el desarrollo psicomotor comprende aquellos casos cuyos puntajes en las tres áreas corresponden a categorías distintas.

Respecto a estos criterios se comportan las tres áreas del desarrollo psicomotor en forma homogénea en 51% de la población, distribuidos de la siguiente manera:

- 43% en la categoría de normalidad
- 8% en la categoría de riesgo y/o retraso.

En forma heterogénea se comporta un 49%, del cual 30.8% tiene un área por debajo del criterio de normalidad con la siguiente distribución:

- 19.8% área del lenguaje.
- 7.5% área de coordinación
- 3.5% área de motricidad

El 18.2% tiene dos áreas por debajo del criterio de normalidad:

- 13.7% lenguaje y coordinación
- 3.7% lenguaje y motricidad
- 0.8% coordinación y motricidad

LOGRO DE CONDUCTAS DEL TEPSE POR AREA Y NIVEL SOCIOECONOMICO SEGUN RANGOS PERCENTILICOS (25 y 75)

Se considera la adquisición de los ítems del TEPSE, en el rango percentílico 75. Se compara según condición socioeconómica, la edad de adquisición de los mismos. Cuando se comparan las edades de adquisición de los ítems del TEPSE se considera grupo control a la población de referencia de Chile (apartado 3, tablas V a XIII).

En sectores pobres se observa que:

- un 10% de los ítems se adquieren **antes** que en los no pobres.
- un 42% se adquieren en **igual** edad para ambos grupos.
- un 48% **presentan un retraso estadísticamente significativo respecto a los no pobres.**

DIFERENCIAS EN LA EDAD DE ADQUISICIÓN DE ÍTEMS POR ÁREAS DEL TEPSE SEGUN CONDICIÓN SOCIOECONOMICA

En sectores pobres:

- en el área de **coordinación**, el ítem "**ordena por tamaño**", se adquiere antes que en los no pobres ($p > 0.05$). No se presentan diferencias significativas en la edad de adquisición de los ítems relacionados a la **coordinación óculo-manual**, aspectos de la **praxia del vestir** y de la **praxia constructiva** (construcciones con cubos y copias de línea, recta y cruz) (apartado 3, tabla VIII).

- en el área del **lenguaje**, los ítems que se adquieren antes que en los no pobres son: "**reconoce largocorto**" ($p = 0.05$), "**describe escenas**" ($p > 0.05$) y "**define palabras**" ($p = 0.05$). No se presentan diferencias significativas en aquellos ítems que miden categorías de **tamaño**, **cantidad** y **espacio** y aspectos vinculados con su **filiación**. (apartado 3, tabla IX).

- en el área de **motricidad**, el ítem **lanza una pelota** se adquiere antes que en los no pobres. ($p = 0.05$)

No se presentan diferencias significativas en los ítems que se relacionan con coordinación y equilibrio. El ítem "**se para en un pie**" sin apoyo un segundo o más se logra después que en los no pobres ($p > 0.05$). (apartado 3, tabla X).

- Los ítems del TEPSE con retraso en su adquisición (48%) corresponden:

- 33,0% :área del lenguaje
- 13,0% :área de coordinación
- 02,0% :área de motricidad

- en la adquisición de los ítems por áreas, según sexo, en sectores pobres, se observan diferencias a favor de las niñas. Las mismas son significativas en los ítems: "copia un círculo" y "dibujo de la figura humana" del área de coordinación y en los ítems "conoce el nombre de sus padres" y "da respuestas coherentes a situaciones planteadas" del área del lenguaje. Estos ítems son los que explican el peor desempeño de los varones en estas áreas.

RELACIÓN ENTRE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA Y AREA DE LENGUAJE

Observando estos datos, se estudia la relación entre el desempeño del área del lenguaje y los ítems más tardíamente adquiridos en el área de coordinación (copia de figuras y dibujo de la figura humana) en sectores pobres respecto a los no pobres.

TABLA 6

RELACION ENTRE ADQUISICION DEL ÍTEM 15 C* Y EL AREA DEL LENGUAJE SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA

LENGUAJE	SECT. POBRES		SECT. NO POBRES	
	NO ADQ.	ADQUIRIDO	NO ADQ.	ADQUIRIDO
NORMALIDAD	29.3%	54.3%	50.0%	90.9%
RIESGO	14.5%	34.6%	50.0%	9.1%
RETRASO	56.3%	11.1%	0.0%	0.0%

N= 176

N= 25

p=.0000

p=. 6

Cr=.46

Cr=.34

* Dibujo de 3 o + partes de la figura humana del área de coordinación.

TABLA 7

RELACION ENTRE ADQUISICION DEL ÍTEM 14 C* Y EL AREA DE LENGUAJE SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA

LENGUAJE	SECT. POBRES		SECT. NO POBRES	
	NO ADQUI.	ADQUIRIDO	NO ADQUI.	ADQUIRIDO
NORMALIDAD	38.7%	60.5%	0.0%	95.5%
RIESGO	27.1%	33.4%	100.0%	4.5%
RETRASO	34.2%	6.1%	0.0%	0.0%

N= 176

N= 25

p=.0000

p=.0003

Cr=.34

Cr=.79

* Dibuja 6 o + partes de la figura humana del área de coordinación.

Estas tablas muestran una asociación significativa entre el dibujo de la figura humana y el área del lenguaje en sectores pobres y no pobres. En sectores pobres los niños que no adquirieron el dibujo de la figura humana (P= 75), en ambos ítems, tienen más retraso en el área del lenguaje. Esta relación se invierte en el grupo que logra el ítem, en los que aumenta la normalidad y el riesgo a expensas del retraso.

No incluimos la tabla del ítem 13 C (Dib. 9 o más partes de la fig. hum.) por no ser relevante la comparación entre ambos grupos, dada la poca producción lograda en sectores pobres. Igualmente se mantiene la asociación anteriormente mencionada.

La adquisición de los ítems de copias de figuras del área de coordinación en relación al área del lenguaje presenta un comportamiento similar a lo interno de cada uno de los grupos (pobres - no pobres). En sectores pobres la no adquisición de los ítems se asocia con un aumento en la categoría de retraso a expensas de la disminución del riesgo. Este fenómeno en la adquisición de los ítems se da en forma inversa.

En los sectores no pobres, la no adquisición de los ítems se asocia con un aumento en la categoría de riesgo a expensas de la normalidad. Esta asociación es estadísticamente significativa. (apartado 3, tablas XI a XIII).

Es importante aclarar que tanto en sectores pobres como no pobres no se logra el rango percentílico 75 en los ítems copia del triángulo y del cuadrado razón por la cual se utiliza para este análisis las prevalencias obtenidas en el último tramo de edad.

DESARROLLO PSICOMOTOR SEGUN CRITERIO DE DAÑO AMPLIADO

Se analizan los resultados de daño leve y franco, según el criterio ampliado (capítulo III), con el objetivo de captar más niños.

El estudio del desarrollo psicomotor según el criterio de daño ampliado por localización, sexo y edad, muestra que los resultados obtenidos son similares a los que surgen del análisis en base a las categorías originales del test, salvo que aumenta el número de niños con daño en el desarrollo (apartado 3, tablas XIV a XVI), llegando a 57,7% del total de niños estudiados.

DISCUSION

DE LOS RESULTADOS SURGE QUE SON LAS ÁREAS DEL LENGUAJE Y COORDINACIÓN LAS QUE EXPLICAN EL DESFAJAJE EN EL DESEMPEÑO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ENTRE SECTORES POBRES Y NO POBRES

En relación al área del lenguaje hay algunos autores que atribuyen estas diferencias a factores individuales del desarrollo mientras que la mayoría se basa en las fallas de la interacción del niño con un entorno rico en comunicaciones verbales.

Mitzl (1980) habla de la incidencia que tiene en el lenguaje la estimulación verbal en cuanto a cantidad y calidad de estilos de interacción dados en el hogar.

En América Latina, estudios chilenos (CEDEP, 1989) señalan la incidencia de la familia en la adquisición del lenguaje. En experiencias con familias en condiciones de pobreza se observó que tanto los padres como los hijos presentaban una notoria limitación en el lenguaje, un vocabulario restringido con escaso lenguaje abstracto y categórico. En medios desfavorecidos "la motivación está solo condicionada por hechos cotidianos contingentes, sin una proyección real hacia el futuro. Todo ello reduce la motivación e información en el niño y limita las posibilidades alternativas del comportamiento." (Monckeberg, 1990).

En una investigación realizada en Brasil (Victoria y col., 1988) obtienen resultados similares al presente estudio respecto al área de coordinación. El mejor desempeño en esta área de los niños de sectores no pobres lo atribuyen a las mayores oportunidades que tienen para su ejercitación, al manipular habitualmente juegos de armar y de encastrar y a la valoración que sus familias le otorgan a todas estas actividades lúdicas ya que las consideran educativas.

Sin embargo no podemos dejar de reconocer cómo los niños disfrutaban al jugar con elementos del ambiente (piedritas, cajitas, etc.) atractivos y sustitutivos de juguetes prefabricados, que posibilitan el desarrollo de la coordinación. Estos elementos están al alcance de todos los niños, inclusive los niños de sectores pobres.

Consideramos que sería una explicación muy simplista atribuir el desfasaje de las áreas de coordinación y lenguaje entre ambas poblaciones a características propias del niño y/o a la falta de estimulación externa exclusivamente.

Como veremos en el capítulo siguiente el comportamiento en estas áreas (lenguaje y coordinación) se explica por el interjuego de aspectos individuales del niño y fallas en la calidad de la interacción niño-familia.

NO HAY DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL ÁREA DE MOTRICIDAD SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y SEXO

En el área de motricidad los dos grupos tienen un comportamiento similar. A partir de los datos podría inferirse que esta área es menos dependiente de factores ambientales. Es necesario destacar que el instrumento utilizado mide el equipamiento motor de base (equilibrio, coordinación), lo que nos lleva a plantear que no hay diferencias en el equipamiento motor entre ambas poblaciones. Cabe señalar que en niños de diferentes medios socioculturales con un buen equipamiento motor se han observado diferencias cualitativas en la utilización del movimiento en el aspecto relacional, en detrimento de los niños de bajo nivel socioeconómico.

HAY DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS A FAVOR DE LAS NIÑAS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR. LA MAYOR VULNERABILIDAD DE LOS VARONES SE MANIFIESTA PRINCIPALMENTE POR EL ÁREA DE COORDINACIÓN

Todas las investigaciones que estudian el desarrollo durante la primera infancia en diferentes medios socioculturales coinciden en las diferencias de sexo, favorables a las niñas en una relación 2 a 1 respecto a los varones. Se intentó obtener respuestas desde lo sociocultural a esta interrogante con estudios en culturas de origen árabe, africano e israelita. Se descarta que este fenómeno se explique solo por lo cultural, puesto que en las poblaciones árabes, la mujer tiene un lugar menos valorado que el hombre e igual se sigue manteniendo esta diferencia. Rempelin (1965) señala que durante la primera infancia, las niñas aventajan en su desarrollo entre 3 a 4 meses, promedio, a los varones. Esta ventaja, los varones la van superando por las presiones culturales que se ejercen en la diferenciación conductual de los sexos. Hurlock (1976) sostiene que ya desde el jardín de infantes aparecen diferencias en las habilidades motoras a favor de los varones. En cambio las niñas aventajan a los varones en habilidades de motricidad fina como resultado de la estimulación recibida.

Diversos estudios señalan la existencia de un trato diferencial desde el nacimiento en la relación adulto-niño dependiendo del sexo. (Parke, 1981). Las madres les sonríen y hablan más significativamente a los bebés cuando son niñas que cuando son varones (Thoman, 1972) e imitan las verbalizaciones de ellas con mayor frecuencia (Moss, 1967). Investigadores del desarrollo han demostrado que las diferencias maduracionales se dan desde el nacimiento. Si bien al varón recién nacido se lo ve con mayor fuerza física y vigor muscular (Hutt, 1966), la velocidad de su crecimiento va detrás de la de las niñas (caminar, hablar, dentición). El varón muestra mayor desorganización e inestabilidad afectiva durante los primeros meses de vida así como demora más tiempo en regular sus ritmos. (Haviland y Malatesta, 1981). Las niñas verbalizan con mayor frecuencia y presentan conductas más notorias de seguimiento, de contactarse con sus madres (Levis y Messer, 1972). Olesker (1988) plantea que resulta indudable que los factores maduracionales de cada bebé influyen sobre su propia experiencia y la relación con su madre, atravesando la trama afectiva y sociocultural de este vínculo. Aun en el caso de sostén similar dado por la madre se han encontrado diferencias comportamentales en ambos sexos.

Estos aportes desde diferentes marcos teóricos nos llevan a pensar que evidentemente el desarrollo del

varón es más vulnerable. Entonces, ¿cómo se explica que a nivel poblacional no aparezcan diferencias en sectores no pobres?

Las diferencias en el desarrollo psicomotor entre sexos debidas a factores psicosociales, son estadísticamente significativas a partir de los 2 años en la investigación de Bralic y col., 1989. Estos autores postulan que las niñas obtienen mejor rendimiento que los varones a partir de esta edad debido a la aparición del lenguaje; como consecuencia de la tendencia materna a estimular particularmente en ellas esta área del desarrollo. Otras investigaciones sobre el área del lenguaje también plantean resultados mejores para las niñas. (Silva, 1988; Moore 1990).

En nuestra investigación la diferencia por sexo en el desarrollo psicomotor se da en primer lugar por los resultados del área de coordinación seguida por el área del lenguaje. Un análisis a lo interno del test mostró que las diferencias a favor de las niñas se deben a los ítems que evalúan la representación del esquema corporal ("dibujo de la figura humana"), "copia del círculo" y a los dos ítems del área del lenguaje que miden la posibilidad de resolver situaciones cotidianas (12 L) y el "conocimiento del nombre de sus padres" (11 L). Estos 5 ítems que dan cuenta del peor desempeño de los varones, nos harían descartar los argumentos que explican las diferencias de sexo por una mayor ejercitación de la coordinación en las niñas. (ej. participan más en las tareas hogareñas). En el intento de buscar una explicación y considerando los aspectos comunes que ponen en juego estos ítems nos preguntamos: ¿qué lugar ocupan los varones en la familia? ¿cómo es el vínculo con sus padres? y en consecuencia ¿cómo se va construyendo su identidad?.

Responder a esta pregunta requiere un estudio pormenorizado de los factores psicosociales de riesgo familiares respecto al desarrollo psicomotor en varones y niñas, generando apertura a otras investigaciones, por lo que la retomaremos en el capítulo siguiente.

SI BIEN ESTE NO ES UN ESTUDIO LONGITUDINAL, SURGE DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS QUE A MEDIDA QUE LA EDAD AVANZA AUMENTA LA PREVALENCIA DE RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Coinciden con este hallazgo las primeras investigaciones realizadas en la década del 70, que muestran que a partir de los 15 a 18 meses de vida, las tasas del déficit en el desarrollo psicomotor en sectores pobres duplican las observadas antes de estas edades. (Rodríguez y Lira, 1976; Lira y Rodríguez, 1979). Lira y Galvez (1985) confirman un incremento alarmante de las tasas de riesgo y retraso en el segundo año de vida en sectores pobres.

Esto nos lleva a plantearnos varias interrogantes:

a) ¿Es un problema de la insuficiencia de los instrumentos utilizados para medir el desarrollo antes de los 24 meses?

Las posturas varían. Bee (1982), expresa que antes de este período de edad el desarrollo es muy variable. Los instrumentos son sensibles a partir de los dos años a efectos de poder realizar predicciones en el niño. Antes de esta edad son más predictoras las variables psicosociales. En la elaboración de la pauta breve del E. D. P., (Lira, 1992) se encuentra que a partir de los 15 meses, los tests de tamizaje tienen una especificidad y sensibilidad adecuada para detectar retrasos en el desarrollo psicomotor.

b) ¿Podemos considerar los dos años como un período crítico de las funciones evaluadas por los test? Bee (1982) en el trabajo mencionado en el capítulo 1 establece entre los 24 y 36 meses el período crítico para el desarrollo.

Bralic y col. (1989) constatan que el porcentaje de niños con cociente de desarrollo normal desciende paulatinamente con la edad, observándose un punto crítico a partir de los dos años.

c) ¿Qué fenómenos podrían explicar este período crítico de los 2 años?. Hay autores que lo atribuyen principalmente a la función del lenguaje que se alcanza en esta edad y que se ha descrito en poblaciones más pobres con características particulares como: vocabulario restringido, preeminencia de la comunicación funcional sobre la analítica o reflexiva, gramática alterada, etc. (Bralic, 1989).

d) La presente investigación sugiere un deterioro progresivo con la edad. ¿Es la asociación edad, desarrollo y nivel socioeconómico producto del efecto acumulativo de experiencias deprivadoras que se reflejan posteriormente en los cocientes de desarrollo?

Rutter (1980) plantea que los niños tienen la capacidad de compensar aquellos aspectos más vulnerables de su desarrollo, fundamentalmente en los primeros años de vida. Pringle, afirma que los factores psicosociales tienen que ser continuos y persistentes para que se altere el desarrollo.

e) ¿El deterioro del desarrollo con la edad tiene valor predictivo?

Silva (1980) en un estudio longitudinal de 937 niños pobres entre los 3 y 5 años sobre el lenguaje, inteligencia y coordinación, encontró una asociación entre trastornos del lenguaje y nivel intelectual en un 75% de los casos. Demostró que las alteraciones encontradas en niños a los 3 años persistían a los 5 años. Frankerbourg (1990) realizó un estudio del desarrollo de preescolares de diferentes clases sociales y grupos etarios y obtuvo un 78% con fallas en el desarrollo inicial que presentaron luego dificultades en el aprendizaje escolar.

La posibilidad de reversibilidad de una alteración en el desarrollo psicomotor estará muy comprometida dependiendo de la continuidad y persistencia de los factores psicosociales de riesgo a que está expuesto ese niño.

SE DETECTA UN PERFIL PROPIO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS DE SECTORES POBRES URBANOS DEL URUGUAY QUE MUESTRA QUE EL FENÓMENO INICIAL SERÍA UNA INHIBICIÓN DE LA CAPACIDAD DE REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA Y DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

Esta hipótesis se fundamenta en el análisis detallado de los ítems de las áreas del lenguaje y coordinación puesto que las mismas son las más comprometidas a nivel del desarrollo global, en sectores pobres.

Coincidimos con las opiniones que sostienen que el TEPSI es un test específico de desarrollo psicomotor y que el área del lenguaje que lo comprende, no evalúa la función del lenguaje en sí, sino el desarrollo del niño a través del lenguaje; tanto en la expresión (verbalizaciones) como en la comprensión. Respecto a la comprensión la explora principalmente a nivel de lo que Bruner denomina "estadio mostrativo" (señalar el objeto o situación de referencia).

Los ítems del área del lenguaje que los niños de sectores pobres adquieren antes son: " describe escenas";

" define palabras" y " reconoce largo-corto". Los que adquieren a igual edad o con una diferencia no significativa con los sectores no pobres son: "reconoce grande-chico", "reconoce más-menos", "comprende preposiciones" (detrás-sobre-bajo). Aquellos que presentan un atraso en su edad de adquisición son: " nombra fig. geom.", " señala fig. geom.", " nombra colores", " señala colores", " verbaliza acciones"; " nombra animales", " objetos", " características de los objetos"; " conoce la utilidad de los objetos"; " da respuestas coherentes a situaciones"; " razona por analogías"; " reconoce absurdos"; " discrimina pesado y liviano"; " identifica su sexo"; " conoce el nombre de sus padres".

Las múltiples variables que se ponen en juego en el área del lenguaje dificultan un análisis preciso a pesar del "déficit" global que presenta esta área dentro del desarrollo.

Resulta sorprendente y contradictorio el buen desempeño logrado por los niños de sectores pobres en los ítems: define palabras y describe escenas, en relación al retraso en la adquisición de los ítems que miden principalmente vocabulario. Estos logros se pueden explicar parcialmente por la amplitud en la posibilidad de respuestas que permite el instrumento y porque se le solicita al niño una descripción, un reconocimiento y no una definición en sí. Al remitir estas respuestas a la utilidad del objeto, "para qué", se puede decir que habría un desprendimiento del nivel simbólico al estar la utilización del lenguaje en estrecha relación con la acción. Como manifiesta Sara Paín (1985) "desde el punto de vista de la elaboración inteligente se trata de una respuesta por asimilación del término a una acción práctica, que no excede sino por la presencia de la palabra el nivel lógico correspondiente".

Por otra parte, en aquellos ítems donde se evalúa fundamentalmente vocabulario, los sectores pobres presentan un retraso estadísticamente significativo en la edad de adquisición en relación a los no pobres. Corresponde aclarar que el material que se le presenta al niño se basa en objetos, imágenes de animales de la vida cotidiana. Al parecer estaría comprometido el aspecto lexical del lenguaje. En este sentido nos planteamos que a la pobreza de vocabulario puede sumársela imposibilidad de descentrarse del contexto de la acción. En consonancia con esto, se desempeñan mejor en los ítems donde la tarea requiere una dependencia mayor de la percepción y acción concreta, como los que implican reconocimiento de categorías. La excepción es el ítem que discrimina pesado-liviano, que presenta un retraso en su adquisición y utiliza mayormente aspectos táctiles, mientras que los otros ponen en juego la percepción visual y la acción, sin exigir respuestas verbales.

Bruner, (1984) expresa: "el desarrollo del lenguaje en el hombre no solo avanza hacia su liberación del contexto y de la acción que lo acompaña, también libera la atención del hablante de su entorno inmediato, dirigiéndola más a lo que se dice que a lo que se habla o se ve". Si lo relacionamos con las alteraciones del área del lenguaje en esta investigación, podemos pensar que la dificultad se reflejaría ante la imposibilidad de desprenderse de la experiencia de la acción y del contexto en que se utiliza el lenguaje. Quizás, esta dificultad de los niños pobres para descontextualizarse también explica el retraso en la adquisición de los ítems: nombrar y señalar colores, nombrar y señalar figuras geométricas, puesto que en éstos particularmente está en juego la conceptualización como proceso que requiere una abstracción de la acción del mundo de los objetos. Respecto a los colores se destaca que no solo no los denominan sino que no los señalan, ni pueden asociar ese color con otros objetos cotidianos de igual color.

Otros ítems del área del lenguaje con retraso en su adquisición son: identifica su sexo, conoce el nombre

de sus padres y da respuestas coherentes a situaciones planteadas, que miden la comprensión de situaciones sociales. El eje común podría ser la relación con el otro, lo que nos lleva a preguntarnos cómo construyen estos niños su identidad y acceden al proceso de socialización.

En el área de coordinación, los niños de sectores pobres no presentan retraso en la adquisición de los ítems que ponen en juego la coordinación óculo-manual, la praxia del vestir y la praxia constructiva (construcción con cubos, copia de la línea recta y la cruz). En cambio **presentan retraso en la adquisición de aquellos ítems que implican aspectos de la praxia constructiva (copia del círculo, cuadrado y triángulo) y en la representación del esquema corporal (dibujo de figura humana).**

Al hacer un análisis cualitativo de todos los dibujos de la muestra, se constata que el enlentecimiento en la evolución del dibujo de la figura humana se da a expensas de la persistencia en el grupo pobre de conductas que corresponden a edades anteriores respecto del grupo no pobre. Mientras que los no pobres alcanzan el dibujo de la figura humana (6 partes), **los pobres continúan realizando garabatos o esbozos de representación.**

De acuerdo a Piaget, (1967) la adquisición del lenguaje así como el dibujo de la figura humana reflejan la emergente capacidad del niño para un pensamiento representacional.

Siguiendo a Gibelló (1984), la imagen mental como el dibujo es una búsqueda continua de correspondencia entre el modelo exterior y su copia, donde ambos no se limitan a una lectura perceptiva con reproducción pura y simple de los datos perceptivos-espaciales.

Si se tiene en cuenta la génesis del desarrollo del dibujo de la figura humana se debe tener presente la relación del individuo con su esquema corporal, su entorno y lo social como componente intrínseco de la función representativa.

Para Vanesa Moore (1990) la copia de figuras y el dibujo de la figura humana son actividades interactivas por naturaleza. Estas se verían afectadas por el no deseo de participación del niño debido a fallas en la interacción con los adultos y la no participación en las tareas restringe las oportunidades de desarrollar las funciones.

Todo lo expuesto nos lleva a plantear **un enlentecimiento en la capacidad de representación simbólica y de interacción social en los niños de sectores pobres.** Relacionando el análisis de los ítems que presentan retraso en la adquisición del área del lenguaje y coordinación con los resultados obtenidos en el desarrollo por edad, **nos inclinamos a postular una inhibición en estas capacidades, potencialmente reversible si se modifica el entorno.** De lo contrario se generarían alteraciones permanentes en el desarrollo. Dichas alteraciones no serían solamente atribuibles a características propias del niño, sino que estarían, fundamentalmente, condicionadas por la presencia de factores psicosociales de riesgo.

CONCLUSIONES

- La carencia material por sí misma no es la única variable explicativa de las alteraciones en el desarrollo psicomotor ya que no todos los niños de sectores pobres presentan alteraciones en su desarrollo.

- Comúnmente se cree que muchos de estos problemas se explican por falta de estímulos materiales y/o

que la baja performance en los tests de estos niños pueden deberse al no contacto con "materiales didácticos". A través de otra investigación local -representativa de niños de sectores pobres con asistencia mayor de 1 año a servicios preescolares- se ha constatado que, a pesar de intervenciones focalizadas sobre aspectos nutricionales y educativos, las alteraciones en el desarrollo psicomotor siguen persistiendo. (Cerutti y col. CLAEH, 1989) Si bien la pobreza puede estimular ciertas habilidades para la supervivencia, predominan claramente los factores deficitarios y su transmisión transgeneracional.

- Las alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños de sectores pobres se vinculan a una inhibición en la capacidad de representación simbólica y de interacción social, dándoles un perfil propio. Estos datos son coherentes con las hipótesis que hemos manejado.

Desde que el niño nace, su cuerpo participa como sujeto, herramienta y objeto de la experimentación, experiencia imprescindible que posibilita la síntesis del esquema corporal creando un puente permanente entre el período sensorio-motor y el de la representación. Esto depende de la calidad de la interacción con los padres siendo también importante en este vínculo el papel que los mismos le asignen al cuerpo del hijo para el logro de la estabilidad de su futura identidad. Paralelamente el niño a través de la observación y exploración activa de su entorno crea su propio aprendizaje. Durante el desarrollo su capacidad para jugar sufre importantes transformaciones que promueven y reflejan niveles en las capacidades cognoscitivas, motoras y sociales. El juego facilita la transición a niveles más elevados de desarrollo cognoscitivo. Las fallas a nivel de la simbolización nos conduce a la interrogante: ¿qué acontece con el juego de estos niños?, ¿qué tipo de juegos realizan?. Concordamos con Bruner (1984) cuando plantea que el juego que está controlado por el propio jugador, le proporciona a éste la primera y más importante oportunidad de pensar, de hablar e incluso de ser él mismo. Para ello necesita un adulto presente, que le asegure un ambiente estable, que sintonice con el niño. En el desarrollo cultural del niño toda función aparece dos veces, primero entre personas -interpsicológica- y después en el interior del propio niño -intrapicológica-. Todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos" (Vygotsky, 1986).

En condiciones de pobreza el costo para desarrollarse es muy alto, por estar expuestos permanentemente al riesgo de la inhibición y/o deterioro de las potencialidades que comenzarían a manifestarse a partir de la edad preescolar.

Esto requiere una intervención temprana, sin desconocer que la pobreza es una realidad social que implica combatirla con las personas involucradas. Nos preguntamos si la situación de exclusión social que viven los padres no les permite tener confianza en sus múltiples capacidades, conduciéndolos a estimular poco a sus hijos en la exploración y experimentación de la autonomía (alimentación, lenguaje, espacio, vida social, etc.) ¿Es posible que este sentimiento de incompetencia se les trasmite en lo cotidiano a sus hijos ?

Si tomamos en cuenta solo los déficits cognitivos surge la idea de reforzar los aspectos educativos, lo que sin duda es necesario pero no alcanza.

Las alteraciones en el desarrollo de muchos de estos niños nos enfrentan al dilema - ¿Llenar las "faltas"? Esto podría ser inabarcable, o ¿abordarlas desde los propios actores, posibilitándoles las vías para que busquen la significación que ellos mismos les dan a sus comportamientos, a sus vidas?.

De acuerdo a este marco, el producto del niño solo puede ser interpretado considerando la transacción

entre el contenido del comportamiento del niño y el contexto en que ese comportamiento se manifiesta. Por lo tanto, el estudio de estos resultados requiere del análisis complementario de los factores psicosociales de la familia y de los factores transgeneracionales, lo cual es objeto de análisis en los capítulos siguientes.

CAPITULO V

LOS NIÑOS DE LA POBREZA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO INFANTIL

Este capítulo está dirigido a presentar los resultados del estudio de los fenómenos psicosociales asociados al desarrollo infantil en condiciones de pobreza. Dicho análisis se realizó utilizando el enfoque de riesgo, cuyas características generales fueron descriptas en el capítulo III.

LA SITUACION SOCIOECONOMICA Y LOS SOPORTES SOCIALES: EL AGUJERO EN LA RED

ALGUNAS GENERALIDADES SOBRE LOS ASPECTOS MACRO SOCIALES DE LA POBREZA

El estudio de los hogares pobres con niños de 2 a 5 años muestra claramente la falla en los sistemas de apoyo externo en la mayoría de la población, comparado con los sectores no pobres (ver *tabla 1*).

Dentro del grupo de pobreza, la mayoría de los niños viven en condiciones de extrema pobreza o de indigencia. Cerca de la mitad se encuentra en condiciones de hacinamiento y casi el 70% habita en viviendas muy deficitarias, con escaso equipamiento.

Las variables que reflejan el nivel socioeconómico deficitario están en su mayoría ausentes, como era esperable, en el grupo no pobre. Sin embargo, en ambos grupos, más de la mitad de los niños pertenecen a familias que refieren una movilidad social negativa, es decir que se encontraban mejor 5 años antes.

Casi la totalidad de los niños de los sectores pobres no concurren al preescolar, mientras que en el sector no pobre solo la cuarta parte de los niños no hacen uso de este soporte institucional.

Existe menos soporte social para la crianza de los hijos en el sector pobre. En los casos en que se recibe ayuda la frecuencia de madres satisfechas con la calidad de la ayuda recibida es algo mayor que en el sector no pobre sin que la diferencia llegue a ser estadísticamente significativa.

La falta de contacto social del niño con pares y/o adultos es mucho más frecuente en los niños de los grupos de pobreza.

En suma, además de las carencias generadas directamente por la pobreza económica, la forma en que las familias pobres perciben su inserción en la trama social está caracterizada por una mayor desconfianza (menos ayuda para criar a sus hijos y prescindencia de recursos educativos externos de

apoyo) y aislamiento (mayor aislamiento social de los niños). La mayoría de las familias no parecen percibir en las relaciones sociales una fuente de gratificación o valorización. Los límites que separan al grupo familiar del contexto extra familiar son poco permeables. Este fenómeno ha sido ya descrito por investigadores nacionales e internacionales y es particularmente marcado en sectores marginados.

TABLA 1
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y SOPORTE SOCIAL

FACTOR DE RIESGO	N	Pobre		p
		%	%	
No uso preescolar	304	86.8	23.2	.0000
No ayuda en la crianza	637	46.51	9.6	.0001
Mala calidad de ayuda	353	15.9	20	NS
Aislamiento social niño	639	14.9	1.8	.0097
Madres que no trabajan	639	67.3	26.8	.0000
Si trabaja: doméstica	229	50	0	.0000
Madres solteras	636	22.6	1.8	.0003
Movilidad social negativa	638	56	57	NS
Hacinamiento	639	46.2	0	.0000
Promiscuidad	638	16.8	0	.0013
Vivienda mal equipada	559	66.7	0	.00
Vivienda deteriorada	609	36.8	0	.0000
No aseo -orden hogar	606	20.4	1.8	.0009
No heladera	639	54.2	0	.0000

EL MACRO CONTEXTO Y SU REPERCUSIÓN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Al estudiar cómo repercuten estas condiciones socioeconómicas y de soporte social sobre el desarrollo infantil en sectores de pobreza (tabla 2), diez variables se asociaron con las frecuencias más altas de trastornos en el desarrollo psicomotor, dentro de límites de confianza significativos. Los valores de OR más altos corresponden a dos fenómenos que reflejan, más que el ingreso, un estilo de vida y de convivencia. Mientras los niveles de pobreza, medidos por el ingreso, muestran muy baja asociación con el desarrollo psicomotor (excepto en situaciones de indigencia), la promiscuidad y la falta de aseo y orden en el hogar resultan ser fenómenos de alta asociación con los trastornos en el desarrollo

Tabla 2
FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR INFANTIL:
ÁREA SOCIOECONÓMICA

FACTOR DE RIESGO	N	OR	I. C.*
Promiscuidad	579	3.14	1.84-5.39
Falta de aseo y orden vivienda	580	2.77	1.70-4.55
No uso preescolar	245	2.77	1.21-6.40
Empleo materno en servicio doméstico	184	2.44	1.29-4.62
Vivienda deteriorada	550	1.99	1.37-2.91
Hacinamiento	579	1.66	1.17-2.35
Vivienda con insuficiencias graves	507	1.53	1.03-2.26
Pobreza extrema o indigencia.	579	1.53	1.08-2.16
Madre soltera	576	1.53	1.10-2.15
No heladera	580	1.5	1.06-2.12

*Intervalo de Confianza

El fenómeno de la **promiscuidad** (>1.5 personas por cama), que se asocia a colecho del niño con los padres o con la madre sola, no solo involucra la falta del espacio real sino que traduce interferencias en las posibilidades de un desarrollo de la experiencia del cuerpo propio y de discriminación del yo corporal, que probablemente tenga consecuencias en el proceso de autonomización, en el desarrollo psicosexual y de las representaciones mentales. En efecto, la matriz de correlación (apartado 5) revela la asociación de la promiscuidad no solo con variables socio-económicas (bajo ingreso por adulto equivalente, condiciones de vivienda deficitarias, empleo en servicio doméstico) sino con fenómenos relacionados con la dinámica familiar y disponibilidad parental (alteraciones en el clima familiar, depresión materna, pobreza en la respuesta materna ante las preguntas del niño, colecho).

Por su parte la **falta de aseo y orden de la vivienda** también mostró ser, tal como se desprende de la matriz de correlación, un indicador asociado con otros fenómenos de la dinámica familiar. Se relacionó con una alteración general del clima familiar en que la familia es percibida en forma negativa, el padre está ausente como fuente de satisfacción, hay una relación de pareja conflictiva y aparecen situaciones psicopatológicas en los padres (depresión materna), que interfieren en la disponibilidad parental y que se acompañan de prácticas de crianza punitivas y/o negligentes. Estos datos sugieren que la alteración en el aseo y orden del hogar, refleja entonces, más que condicionantes económicas, la situación emocional y las características culturales del núcleo familiar. El orden de la vivienda traduce un orden interno y la posibilidad de asignar un lugar a los objetos, a sí mismo y a los demás que en este caso estarían afectados.

Igualmente se destaca como indicador de riesgo el **no uso de servicios preescolares**, situación que merece un análisis especial, considerando los factores implicados. Si bien un porcentaje significativo de las familias pobres no cuenta con este recurso institucional, nuestros datos corresponden a madres que, aun teniendo el

recurso disponible, no hacen uso de él, aduciendo razones que reflejan una desconfianza hacia este tipo de soporte, tales como "nadie lo cuida mejor que yo", "el padre no quiere que vaya", etc. Nuestros resultados apoyan la tesis del beneficio en el desarrollo que brinda la asistencia a los servicios preescolares en los niños de sectores pobres, pero la calidad de éstos es un factor a tener en cuenta. Estudios recientes en nuestro país (Cerruti y col., 1989) han mostrado que algunos servicios de atención brindados a los niños y familias de sectores pobres no necesariamente mejoran la situación de desarrollo infantil; el número de niños excede ampliamente la capacidad de los educadores (no siempre con una formación idónea para los problemas que tendrán que enfrentar) y existen problemas de infraestructura y una carencia de soportes institucionales adecuados para los educadores. Esto llevaría a reproducir la situación de fatalismo y desesperanza, frustración y agresión, características de los hogares de donde provienen estos niños (Terra y col. 1989).

Finalmente, otro factor que aparece asociado fuertemente a problemas en el desarrollo psicomotor y que merece atención es el **trabajo materno en servicio doméstico**. Tal como analizaremos más adelante, existen múltiples estudios acerca del efecto del trabajo materno en el desarrollo del niño; sin embargo son escasas las investigaciones en que se presta atención al **tipo** de trabajo realizado por la madre. Osborn señala que la madre que está en un trabajo de gran demanda física, puede estar agotada al final de la jornada laboral y por lo tanto menos disponible para satisfacer las demandas de su niño. Por el contrario, un trabajo estimulante, puede aumentar la autoestima materna y enriquecer la relación madre-hijo (Brown y Harris, 1987; Werner, 1985). En la muestra de sectores pobres de nuestro estudio, el trabajo predominante fue de gran demanda física y escasa gratificación y en un 50% ubicado en servicio doméstico. Además del efecto directo no gratificante que pueda tener este tipo de empleo, parecería que las consecuencias negativas de esta condición laboral en el desarrollo se potencian cuando la madre no dispone de soportes o recursos alternativos confiables mientras trabaja o por cuya falta debe precisamente trabajar.

En nuestro estudio la condición de empleada doméstica, de acuerdo a la matriz de correlación, aparece altamente asociado con variables de la vivienda que, como vimos anteriormente, reflejan más el vínculo con el hábitat que la propia situación de pobreza económica (promiscuidad, conservación y aseo y orden de la vivienda). También se relaciona con la situación de madre soltera y/o madre sin pareja, con ausencia de una relación adecuada con el niño; con un bajo nivel de satisfacciones de la madre tanto en relación a sus propias realizaciones como con su pareja, con una falta de control compartido por ambos padres en la crianza del niño y prácticas de crianza punitivas en la adquisición de hábitos (alimentación, control de esfínteres, etc.).

De acuerdo a estos resultados, las madres que trabajan en servicio doméstico, constituyen un bajo porcentaje de la población (aproximadamente un 16%). En su mayoría salen a trabajar porque no tienen pareja, estando al frente de sus hogares y aunque no necesariamente tienen un menor nivel económico, es el sector que aparece con más carencias socio-familiares y un nivel mayor de desmoralización (espera poco de sí misma y del hombre). Se da entonces la paradoja que estas mujeres, que ayudan a mantener en orden la vivienda y el cuidado de los hijos de sus empleadores tienen dificultades para mantener el orden de sus propias vidas (hogar, atención a los hijos, realizaciones personales, etc)

En el análisis de todos estos factores se destaca, en última instancia, la importancia de la presencia de un soporte social adecuado, entendido éste como el grado de apoyo emocional, material e informacional que la persona encuentra en su inserción en la red social (Páez y col., 1986). En especial, aparece como altamente

relevante si la madre y/o los agentes de crianza disponen de suficientes vínculos de intimidad y confianza y si encuentran en ellos afecto, valoración y cuidado. La autoestima depende fuertemente del sentimiento de ser deseado y ser a su vez buscado y querido por aquellas personas significativas. Este fenómeno también ejerce desde lo social un soporte importante. Así como el sujeto ha de ser deseado por la familia, en ésta debería circular el sentimiento de ser deseada por el conjunto social.

Las familias que en nuestro estudio aparecen como más vulnerables a problemas en el desarrollo exhiben, por el contrario, un perfil de aislamiento y prescindencia de las ayudas recibidas desde las organizaciones sociales (instituciones educativas) o desde los vínculos personales familiares (pareja). En ese sentido las personas que más necesitarían apoyo de los demás son quienes se muestran menos seguras y menos confiadas para poder buscarlo. Este círculo vicioso podría estar en la base del fatalismo y de la reproducción del aislamiento, sin olvidar el papel marginador que a veces cumplen las propias instituciones.

LA SITUACION FAMILIAR: LOS VACIOS AL INTERIOR DE LA FAMILIA

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN SITUACIÓN DE POBREZA

Al observar la morfología y el clima familiar en la pobreza surgen problemas que revelan fallas en los sistemas de apoyo intrafamiliar. Estos fenómenos pueden dificultar el papel nutricional y estimulador de la autonomía que la familia debería tener como matriz del desarrollo psicossocial de sus miembros (Minuchin, 1977). (tabla 3).

En relación a la **morfología familiar**, la mayoría de las familias de sectores pobres y no pobres son nucleares completas, es decir que tienen a ambos padres biológicos o sustitutos conviviendo con sus hijos. Si bien es cierto que cerca de la cuarta parte de los niños pobres son hijos de **madres solteras**, la mayoría de ellas viven con su pareja (padre biológico o sustituto). En cambio, la condición de madre soltera es poco frecuente en el grupo no pobre. **Los grupos uniparentales (madre sola)** son, igualmente, algo más frecuentes (sin ser significativa la diferencia) en los grupos de pobreza.

En los casos de **ausencia de padre** en las familias pobres, la causa más frecuente es la separación.

Las familias numerosas (más de 5 personas) predominan en el grupo pobre.

En cuanto a la calidad del vínculo de pareja, son más las mujeres que perciben el vínculo con su pareja como peor que otras parejas en los grupos pobres, siendo las diferencias entre ambos grupos estadísticamente significativas.

El **clima familiar** aparece más frecuentemente perturbado en los sectores pobres. Tanto **las discusiones violentas de palabra o físicas** como la **percepción familiar negativa** en relación a otras familias y la **pobreza en la comunicación entre los miembros con escasa participación activa de los niños**, son fenómenos más prevalentes en los sectores carenciados.

En relación a **las creencias y prácticas de crianza**, en los sectores pobres predomina la creencia que tanto la información sobre la sexualidad (nacimientos) como sobre la muerte debe limitarse u ofrecerse tardíamente

al niño. En cambio, en el grupo no pobre la dificultad en el manejo de la información está más centrada en el tema de la muerte que en la sexualidad.

Un alto porcentaje de la población pobre posee **creencias de contenido machista** que establecen normas y aspiraciones diferenciales entre el varón y la niña (el varón debe ser educado para mandar y tiene mayor libertad; la niña debe educarse para el sacrificio, la casa y la dependencia). En contraste, en el grupo no pobre, solo en el 4% de los casos **se reconoce** que los niños se desarrollan en un ambiente con creencias que discriminan ambos sexos. Exceptuando la consideración de que el varón debe gozar de mayor libertad que la hija mujer, cuya frecuencia es mayor.

En los dos grupos es muy alta la frecuencia del **control punitivo (que se rete, amenace, prive de algo o castigue físicamente al niño) como primera forma de respuesta parental ante la desobediencia del hijo**, siendo más habitual en los sectores pobres. En cambio las peleas entre los hijos son más toleradas por los padres de ambos sectores. Frente a las peleas, el control punitivo aparece recién cuando han fracasado otras vías de establecimiento de límites.

En ambos grupos existe **dificultad para tolerar la expresión de rabia** por parte del niño siendo sin embargo significativamente mayor en las familias pobres. En estos sectores existe además menor capacidad de negociación frente a las fallas del niño en el control de esfínteres y con menor frecuencia, en las conductas alimenticias, apareciendo respuestas agresivas por parte de los adultos cuando el niño no logra dominar el control esfinteriano o rechaza el alimento.

Las madres de la mayoría de los niños de sectores pobres manifiestan ser **sobreprotectoras y tener dificultades para separarse de sus hijos (70%)**, existiendo **colecho** con los padres casi en el 30% de los niños de este grupo.

Es importante señalar, en relación a estos resultados descriptivos, que en los sectores no pobres las respuestas estén probablemente sesgadas por lo que socialmente se espera y es valorado como adecuado. Este ocultamiento de algunos fenómenos estaría entonces acentuando las diferencias de comportamiento que ciertas variables muestran en cada uno de los grupos (pobres y no pobres).

En suma, en los sectores **carenciados las relaciones familiares conflictivas aparecen con más frecuencia que en otros grupos sociales y los desacuerdos conducen a formas violentas de resolución**. Las prácticas de crianza están **hegemonizadas por un fuerte contenido discriminatorio entre niñas y varones y hay una mayor dificultad para establecer vías de negociación entre los adultos y el niño que favorezcan su autonomía**.

TABLA 3
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

	N	Pobre %	No Pobre%	p
Familia numerosa	639	66.8	39.3	.0001
Familia madre sola	639	5.9	3.6	NS
Conflicto marital	543	14.7	3.8	.04
Padre ausente del hogar	639	26.2	8.9	.0056
Pareja inestable	546	7.2	3.8	NS
Imagen negativa padre	637	37.1	3.6	.0000
Familia disruptiva	634	11.4	0	.01
No participación niño interacción familiar	634	30	7.1	.0004
Discusiones violentas	635	6.8	0	NS
Inf. inadecuada sobre el nacimiento	637	76	18	.0000
Inf. inadecuada o tardía sobre la muerte	636	21.7	1.9	.05
Creencias machistas				
Niñas: sacrificio	637	56.4	3.6	.0000
Dependencia	638	44.9	3.6	.0000
Mujer: para la casa	638	62.8	3.6	.0000
Varón: mandar	637	53.1	3.6	.0000
Libertad	639	51.6	14.3	.0000
Control punitivo frente a				
Miedos del niño	529	3.7	0	NS
Rabia	577	52.7	24.1	.0001
Alimentación	546	28.7	11.5	.05
Control esfínteres	412	55.2	32	.03
Restricción contacto con obj. del entorno	637	52.9	21.4	.0000
Punición peleas	606	49.4	20.4	.0001
Punición desobediencia	608	91.3	65.5	.0000
Colecho	637	26.2	1.8	.0001

LAS DIFICULTADES FAMILIARES Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

De todas las variables familiares mencionadas, 9 aumentaron (Tabla 4) la probabilidad de trastornos en el desarrollo psicomotor, 3 de las cuales corresponden a interacción familiar, 1 a morfología familiar y las 5 restantes a creencias y prácticas de crianza. Las **discusiones violentas** en la familia, **la información**

inadecuada o tardía acerca del nacimiento, **las familias numerosas** y **el control punitivo de la desobediencia** mostraron las asociaciones más altas de acuerdo a los valores de OR.

Nuestro estudio es coincidente con otras investigaciones ya citadas (Rutter, Graham, Osborn) que señalan el papel de **ladiscordia familiar** en los trastornos del desarrollo y del comportamiento del niño. Si bien Rutter insiste en la importancia de la violencia familiar en el desarrollo de conductas agresivas, señala también que esta situación influye menos en el desarrollo cognitivo. Sin embargo nuestros resultados muestran la influencia de la violencia sobre ambos aspectos, sugiriendo que en la situación de pobreza una atmósfera afectivamente tensa y hostil en la familia no facilita condiciones adecuadas para el desarrollo, además de proveer modelos familiares de respuestas agresivas.

En las **familias numerosas** el fenómeno se potenciaría. Rutter y Madge (1980) encontraron que la familia numerosa se relaciona con la presencia de retardo mental y dificultades de aprendizaje o fracaso escolar en el niño. Esta relación se vuelve apreciable cuando existen 4 o más niños en la misma familia. Douglas y Ross (1988, cit. en Dubowitz y col.) reportaron que en familias numerosas las destrezas verbales se afectan más que las no verbales y esto, si bien se ve en todas las clases sociales, se asocia particularmente a la pobreza y al hacinamiento. La subestimulación por menor tiempo de dedicación de los padres ha sido planteada como una hipótesis explicativa de esta asociación.

TABLA 4

FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR INFANTIL: ÁREA FAMILIAR

FACTOR	N	OR	I. C.
Discusiones violentas	576	3. 81	1. 90-4. 05
Inf. distorsionada del nacimiento	577	2. 71	1. 80-4. 10
Familias numerosas	245	2. 18	1. 51-3. 15
Punición de desobediencia	549	2. 05	1. 07-3. 93
Mala relación familiar	574	1. 89	1. 05-3. 41
Escasa comunicación familiar que excluye niño	574	1. 73	1. 18-2. 56
Creencias machistas:			
Varón educado para mandar.	578	1. 68	1. 20-2. 36
Mujer educada para lacasa.	578	1. 54	1. 08-2. 19
Niña educada para sacrificio.	578	1. 53	1. 09-2. 16

A diferencia de otros autores no encontramos en nuestra muestra una clara asociación entre familias uniparentales y problemas en el desarrollo. Esto es así, seguramente, porque en nuestro país las madres solas cuentan con la ayuda de otros miembros de la familia de origen, en particular los padres, que actuarían como medios alternativos de soporte social (funcionando como familia extendida a pesar de no compartir el mismo techo). Estos hallazgos coincidirían con estudios que señalan un papel de protección de la familia extendida cuando las condiciones socioeconómicas son precarias (Naomar de Almeida, 1984). Es bueno señalar en este punto la diferencia entre la condición de familia nuclear numerosa (más de 4 hijos en la misma familia) y la

de familia extensa o extendida (familia en la que coexisten más de dos generaciones -extensa vertical- o en la que se mantienen lazos de cosanguinidad en sentido horizontal-extensa horizontal).

Los problemas en la comunicación familiar aparecen como fenómenos relevantes en nuestra muestra. Estos resultados son coincidentes con trabajos (Van Goor - Lambo et al. 1990) que relacionan la comunicación familiar distorsionada como factor de riesgo cuando se presenta a través de la existencia frecuente de discusiones violentas, fracaso en usar la comunicación para resolver problemas y ocultamiento al niño de información clave para su normal desarrollo (un buen indicador de este fenómeno parece ser la **información distorsionada sobre el nacimiento**).

En cuanto al efecto de **la exclusión del niño de la participación activa en la comunicación familiar**, coincidimos con Tizard y col. (1972) que subrayan la importancia de que los padres hagan cosas junto con el niño. Lo que beneficiaría al niño es una ayuda de sus cuidadores que le posibilite el aprender a hacer las cosas por sí mismo. Las experiencias con el niño deben tener un significado para él y requieren, por lo tanto, de su participación activa. Queremos reforzar la importancia de esta afirmación y su consecuencia en las políticas de promoción del desarrollo infantil. No es la mera estimulación la que ayuda al desarrollo del niño, sino que esa estimulación debe darse en un contexto afectivo significativo (como se señaló en el cap. IV). De ahí que las políticas que solo enfatizan la estimulación (ponerle colores al niño, ejercicios mecánicos de copiar, imitar, repetir palabras) no son efectivas por sí solas.

Asimismo, la importancia de los estilos de crianza, señalada por diversos investigadores ya citados en el cap. II (Rutter, Graham, O. M. S) aparece a través de la relación entre **prácticas punitivas**, en particular **frente a la desobediencia** y los trastornos en el desarrollo. Estos estilos estarían señalando las dificultades de estas familias para encontrar mecanismos de acuerdo y de establecimiento de límites adecuados. En un trabajo anterior (Bernardi y col., 1992), encontramos que la puesta de límites a través del castigo era particularmente frecuente en madres adolescentes, probablemente porque en esta etapa la madre también atraviesa conflictos de dependencia-independencia. Es importante destacar, como fenómeno global de la sociedad uruguaya, el alto número de respuestas que avalan las prácticas punitivas frente a la desobediencia, también en los sectores no pobres. Si bien no conocemos datos de cómo se da este fenómeno en otros países, esto implicaría una dificultad de nuestra población en su capacidad de negociación, que a su vez se vincularía a la dificultad frente a los cambios y a las interferencias en el proceso de reconocimiento del niño como un otro separado.

Un aspecto sobre el que existe escasa literatura y que se destaca en nuestro estudio es la importancia de las **prácticas machistas de crianza**. Dada la extensión en América Latina de estos conceptos, parecería un punto de interés para incluir en programas de educación para la salud.

Las creencias machistas se relacionan entre sí y parecen configurar un perfil familiar que jerarquiza el rol autoritario del varón y un rol pasivo y doméstico para la mujer. Contrariamente a lo que esperábamos, estas creencias parecen afectar más negativamente al hijo varón en su desarrollo. Estas características aparecen, en nuestro estudio, asociadas con una baja instrucción materna y con prácticas de crianza que no son concordantes, particularmente en el caso del varón, generando situaciones de confusión. Mientras se cree que el varón debe ser educado para mandar, se reprime severamente la desobediencia y la imagen del padre en el hogar tiende a ser devaluada o ignorada por la madre, lo que dificulta el proceso de identificación. El niño, que supuestamente será alguien que "debe mandar", enfrenteado a una práctica punitiva y con una imagen

paterna negativa o con un autoritarismo descalificado, queda atrapado en un doble mensaje que seguramente deja como única vía el pasaje al acto. El varón, en estas condiciones, es una especie de tigre de papel que emplea la agresión incontrolada, negadora de una autoafirmación real, en lugar de desarrollar la capacidad de simbolización y la utilización del lenguaje como vía de resolver conflictos. El niño, a su vez, es marginado de actividades en el hogar que podrían estimular sus funciones de coordinación. Algunos de estos fenómenos podrían vincularse al mayor impacto negativo de lo psicosocial en el desarrollo psicomotor del varón.

De acuerdo al análisis individual de las variables, por tanto, se destacaría el papel que juegan en la afectación del desarrollo las familias nucleares numerosas, sin soporte social, los problemas en la comunicación familiar (ya sea por el uso de la violencia o por el ocultamiento de información clave), así como las creencias discriminatorias en la educación de niñas y varones con prácticas de crianza incongruentes.

LA DISPONIBILIDAD PARENTAL ASEDIADA

CARACTERÍSTICAS DE LA DISPONIBILIDAD PARENTAL EN LA POBREZA

La disponibilidad parental implica la capacidad de ambos progenitores de estar física, cognitiva y emocionalmente presentes para el establecimiento de un vínculo mutuamente satisfactorio con el niño. Diversos factores pueden alterar esta disponibilidad y ellos son analizados descriptivamente en este apartado (tabla 5). Posteriormente se discute su posibilidad de ser factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en condiciones de pobreza.

A diferencia de lo que ocurre en los sectores medios, en donde un alto porcentaje de las madres trabajan, en las familias pobres la madre está generalmente presente en el hogar. La mayoría de las madres que trabajan, en ambos grupos, lo hace al menos parcialmente, fuera del hogar. Sin embargo, mientras **las horas diarias de ausencia por motivos laborales** son más altas en los sectores no pobres, la frecuencia de madres que **trabajan toda la semana, incluyendo los domingos**, es mayor en los sectores de pobreza (las madres están menos horas fuera pero más días por semana).

Casi un tercio de las madres de sectores pobres no han completado el nivel primario de educación, mientras que esto solo sucede en el 2% de las madres no pobres.

En ambos grupos, la mayoría de las madres consideran que **las satisfacciones de una mujer, provienen en gran medida de los hijos**. Casi la mitad de las madres del grupo pobre no esperan satisfacciones provenientes del hombre. El 37% de las mujeres del sector pobre **no valorizan el lugar del padre**, hablando de él en forma negativa frente a los hijos. A esto se agrega la ausencia física del padre en casi la cuarta parte de los casos (por muerte, separación, trabajo) y la muy escasa frecuencia de visitas del padre separado. A su vez cuando el padre ausente visita a sus hijos, se observa que en el grupo pobre un alto porcentaje no participa en las tareas de alimentación y vestido del niño, no pasea con el niño y, con menor frecuencia, no dialoga con él, ejerce un rol punitivo y no juega con su hijo. (De acuerdo a la opinión materna).

Cuando el padre biológico vive con el niño, en su mayoría participa en la crianza, pero en porcentaje significativamente menor en el grupo de pobreza.

La madre reporta falta de comunicación verbal entre el padre y el hijo en más del 10% de los niños. En ambos grupos es baja la frecuencia de casos en que el padre juega con el niño. En cambio es alta la frecuencia con que se le atribuye al padre un rol punitivo. Llama la atención el alto porcentaje de casos en que los padres, según la opinión materna, pesan poco en las decisiones sobre la crianza del hijo, siendo este fenómeno significativamente mayor en los sectores pobres.

La falta de expectativas en relación a lo que la madre puede obtener de sí misma es más frecuente en la pobreza.

Si bien en los dos grupos la mayoría de las madres poseen una **buena o muy buena autoimagen materna**, las madres que se evalúan negativamente en su rol materno predominan en el sector no pobre. Este hallazgo, más que ser un indicador de la dificultad de las mujeres de clase media para desempeñar su función como madre, pondría en evidencia una autoestima más sólida en sectores medios que permite a la mujer cuestionar su rol materno sin experimentar un derrumbe narcisista, menor funcionamiento del todo o nada y menor uso de mecanismos primitivos.

En las familias pobres, **la psicopatología parental (depresión materna, alcoholismo)** es referido con mayor frecuencia que en los sectores menos carenciados. La baja o nula prevalencia en relación al alcoholismo probablemente se deban a un ocultamiento del fenómeno.

En relación **al consumo de psicofármacos**, la ingesta de antidepresivos aparece con mayor frecuencia en la pobreza sin que la diferencia resulte significativa. El consumo de ansiolíticos es más frecuente que el de antidepresivos en ambos grupos, triplicándolo en la pobreza y siendo seis veces mayor en los grupos no pobres. Es probable que aquí también exista un ocultamiento de este consumo.

Finalmente, en cerca de dos quintas partes de los niños pobres se observaron signos de **negligencia y maltrato familiar**.

En suma, en las familias con carencias económicas se destaca el hallazgo de un funcionamiento **matriarcal de las familias, con un lugar paterno excluido**. Este fenómeno se refleja en la **escasa participación del padre en la toma de decisiones sobre la crianza y en el hecho de no jugar un papel importante como fuente de satisfacción para la mujer, cuyas expectativas de gratificación provienen en esencia de la maternidad**. Estos elementos apuntarían a una **madre frágil que se defiende a través de una hipervalorización de sus únicas posesiones: su lugar como madre y sus propios hijos**. Estos datos podrían a su vez relacionarse con la tendencia al aislamiento y la prescindencia de otros soportes en la medida en que ninguno de ellos es capaz de suplir lo que la madre considera que puede ofrecer a su hijo. Los recursos extrafamiliares podrían en esa medida constituir una amenaza de perder este lugar tan jerarquizado. Tal como veremos más adelante, esta hipervalorización podría operar sin embargo como un **factor protector en la medida en que sostiene la autoestima debilitada desde las otras relaciones**.

TABLA 5
DISPONIBILIDAD PARENTAL

FACTOR	N	Pobre %	No-pobre%	p
Baja escolaridad materna	637	29	1.8	.0000
Si trabaja: empleo materno fuera del hogar	208	74.6	93	.0161
Si trabaja: más 8hs/día	636	7.4	16.1	.04
No satisfacción en rol materno	635	12.9	21.4	NS
No satisf. materna con logros personales	636	21.4	10.7	NS
No satisfacciones maternas del hombre	637	49.7	12.5	.0000
No satisfacción del hijo	638	7.9	5.4	NS
Depresión materna	638	28.4	17.9	NS
Antidepressivos	628	4.8	1.9	NS
Ansiofíticos	605	15	13.2	NS
Alcoholismo	612	12.2	0	.009
Falta de resp. maternas a preguntas del hijo	614	6.6	0	NS
Padre separado no visita	156	73	60	NS
No participación padre en la crianza	546	12.9	1.9	.03
No ayuda del padre en activ. de alimentación y vestir	482	26	31.4	NS
No actividades de juego padre-hijo	480	4.6	3.9	NS
No comunicación verbal padre-hijo	482	11.3	11.8	NS
Rol paterno punitivo	482	70.9	82.4	NS
No peso padre en decisiones	638	74.6	42.9	.0000

LAS DIFICULTADES EN LA DISPONIBILIDAD PARENTAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

De las variables seleccionadas para evaluar la disponibilidad parental (Apartado 4), 10 resultaron estar asociadas con una mayor frecuencia de trastornos en el desarrollo psicomotor. La ausencia de diálogo con el niño cuando el padre que no convive en el hogar visita a sus hijos, la ausencia materna por trabajo fuera de la casa, la observación de signos de negligencia hacia el niño, la ausencia o escasez de respuestas verbales de la madre frente a las preguntas del hijo, la consideración de que el hijo no constituye una fuente de satisfacción son las situaciones con mayor fuerza asociativa. Le siguen en importancia la baja escolaridad materna (primaria incompleta), depresión materna, la falta de salidas del hijo con el padre cuando éste no convive en el hogar, la baja expectativa de satisfacción en sus autorrealizaciones y la imagen negativa del padre en el discurso materno.

TABLA 6
FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR INFANTIL: DISPONIBILIDAD PARENTAL

FACTORES	N	OR	I. C.
Falta de resp. materna a preguntas del hijo	555	2.944	1. 25-7. 15
Padre ausente con escaso dialogo con el hijo	64	14	2.62-99. 29
Madre trabaja fuera	464	6.06	2. 50-15. 06
Signos de negligencia	578	3.784	2. 21-6. 52
Prisión paterna	581	2.7	1. 10-7. 10
No satisfacción materna del hijo		2.314	1. 12-4. 83
Primaria incompleta	578	2.184	1. 47-3. 26
Depresión materna	576	1.94	1. 30-2. 88
Padre ausente: no pasea con el hijo	64	1.694	1. 05-2. 71
Falta de autorrealizaciones maternas	574	1.674	1. 08-2. 58
Mala imagen del padre en discurso materno	574	1.624	1. 13-2. 33

Un factor de riesgo, claramente patógeno aunque ocurre en un grupo pequeño, es la **ausencia paterna, generalmente por separación, asociada a la falta de una comunicación adecuada con el niño cuando lo visita**. La matriz de correlación (Apartado 5) muestra que en este grupo las madres, en su mayoría, han debido salir a trabajar como empleadas domésticas, no se sienten conformes con sus logros personales, siguen viviendo en un clima familiar negativo y no se sienten apoyadas para la crianza. Estas madres no pueden hacerse cargo del cuidado adecuado de sus hijos (signos de negligencia en el niño), ni de su vivienda (falta de aseo y orden en el hogar).

Parecería pues que en este grupo, está interferida la disponibilidad parental en su conjunto. Ni el padre ni la madre pueden cumplir con su rol y la imagen general de conflicto y desesperanza afecta severamente el desarrollo infantil.

Se podría hipotetizar, que estos resultados pueden estar reflejando, por un lado, la influencia que tiene en el desarrollo infantil el vínculo directo del padre con el niño y por otro su efecto facilitador de la separación madre-hijo. Varios autores han subrayado la importancia del padre como fuente de soporte moral y emocional para la madre. Winnicott señala, también, el valor progresivo de las relaciones del padre con su hijo. Existen evidencias crecientes sobre la existencia de una interacción padre-hijo desde etapas tempranas de la vida del niño. Greenberg y Morris (1974) observaron que la respuesta emocional del padre ante el recién nacido es al menos comparable a la de la madre. Según Lamb (1976), los niños responden individualmente a sus padres a partir de los 7 meses y tal vez antes. La relación padre-hijo, al menos en las familias con ambos padres presentes, difiere sustancialmente de la de la madre con el niño: aun en el juego por ejemplo ambos progenitores se comportan de forma diferente y complementaria (Bau y Louis, 1974; Lamb 1977).

Por otra parte, el padre juega un papel esencial en el proceso de autonomía ayudando a promover la separación madre-hijo. El riesgo de la ausencia de la función paterna ha sido ampliamente reportado en la literatura por autores que trabajan en terapia familiar con psicóticos.

Otro factor que genera interferencias en el desarrollo psicomotor es que la madre **trabaje fuera de su casa** independientemente del tiempo que disponga para ello.

El tema del trabajo materno, como vimos anteriormente, ha sido analizado en la literatura, con puntos de vista controvertidos. Mientras Brown y Harris señalan que el trabajo a jornada completa o parcial parece proteger a las mujeres de la depresión, otros investigadores opinan que la condición laboral puede afectar el estado emocional de la madre y resentir las prácticas de cuidado del niño (Hoffman - cit. en Osborn). Brunner y Pringe (cit. en Dubovitz y col. 1988), por su parte, consideran que el trabajo ayuda a la madre y perjudica al niño, en tanto Rutter (1980) afirma que el empleo materno no parece tener consecuencias significativas sobre el niño.

En nuestra investigación, la condición laboral más frecuente fue la de **empleada doméstica**. Este tipo de trabajo no resultaría estimulante y/o creativo, a lo cual se agrega el dato ya señalado de la relación entre la condición de empleada doméstica y la ausencia de figuras de crianzas sustitutivas que sean satisfactorias para la madre. Estos hallazgos reforzarían la idea de Farel (cit. en Osborn, 1985) en el sentido de que la no resolución del conflicto entre el deseo de la madre de trabajar y su responsabilidad materna trae consecuencias a la madre y al niño. Las empleadas domésticas trabajan por necesidad y muestran un grado importante de insatisfacción laboral, lo que incide en su autoestima.

Un grupo importante castiga severamente en sus niños la aparición de rabia, quizás por su propia rabia proyectada que aparece allí donde no se corre el riesgo de perder el empleo.

El problema del **maltrato y la negligencia familiar hacia el niño**, a la vez que aparece en nuestro estudio como un factor de riesgo, es la síntesis de la interacción de otros fenómenos ya señalados que se potencian mutuamente en condiciones de pobreza. En un trabajo anterior presentado por el GIEP (1993) a partir de estos mismos datos, se reportó la asociación entre la evidencia de signos de maltrato físico o negligencia intrafamiliar con factores ambientales, fundamentalmente carencia de un soporte social adecuado y alteraciones en el clima familiar caracterizadas por la existencia de desajustes maritales o familias uniparentales. La negligencia se asocia también con prácticas de crianza y conductas que evidencian el desorden, el castigo de la rabia así como prácticas machistas que avalan la violencia (el hombre debe mandar, padre presente punitivo, alcoholismo violento).

En cuarto lugar aparece **la falta de respuesta materna a preguntas del niño**, relacionada fundamentalmente con el área del lenguaje. Esta situación correspondería, de acuerdo a la matriz de correlación (apartado 5), a un grupo de familias con mayor pobreza económica, con escaso uso de la palabra como vehiculizadora de las relaciones, pensamientos y sentimientos entre los miembros del grupo familiar y con madres que no experimentan el vínculo con sus hijos como una fuente importante de gratificación.

El niño pequeño necesita normas y valores que le hagan su mundo predecible. Cuando las madres no "explican" el medio ambiente de una manera suficientemente clara y fracasan para responder oportunamente, el desarrollo del lenguaje del niño se afecta, independientemente de que hablemos de una madre deprimida

o bien de una que no sabe responder de un modo mejor (bajo nivel de instrucción, trabajo fuera que disminuye la tolerancia). Un incipiente sistema cognoscitivo no puede admitir mucha inconsistencia. Para ello es fundamental una co-operación entre madre e hijo en la que el patrón de interacción sea perfectamente claro y predecible. Será mucho más difícil para un pequeño adquirir un dominio adecuado del lenguaje si la distracción de la madre le hace responder a su solicitud de una manera tardía e impropia.

La falta de expectativas de satisfacción materna en relación a los hijos, aparece como otro factor de riesgo en el desarrollo psicomotor. Anteriormente se había señalado que la hipervalorización de la función materna y de los hijos constituía un rasgo predominante en sectores de pobreza, constituyéndose en una de las pocas fuentes de las cuales la mujer esperaba gratificaciones y que podía ser un mecanismo defensivo. Si bien este fenómeno puede ser exagerado y en desmedro de otros logros, nuestros resultados sugieren que esta sobrevaloración funcionaría en estas condiciones como un mecanismo de protección para el niño en la medida en que nutre la autoestima materna y mejora su disponibilidad emocional.

Otro factor de riesgo es el **bajo nivel de instrucción materna**. Cuando a las fallas en la disponibilidad emocional de la madre se agregan dificultades cognitivas que impiden la captación de mensajes desde el niño y desde los soportes de información, la repercusión en el niño se evidencia tanto en el desarrollo como en el crecimiento. En la población estudiada la baja escolaridad de la madre se asoció con una concepción machista en las pautas educacionales y un mal manejo de las necesidades infantiles de información sobre la sexualidad.

Como hemos visto, Werner señala el bajo nivel de instrucción materna como uno de los predictores claves de dificultades de ajuste en la madre y en el desarrollo del niño.

En relación a **la depresión y la falta de expectativas en relación a sí misma (baja autoestima)**, nuestros hallazgos coinciden con numerosos trabajos que hacen hincapié en el peso de la desmoralización, la desesperanza, el desamparo aprendido y la psicopatología materna sobre el desarrollo del niño (capítulo I). La desmoralización niega a la madre la disponibilidad en relación a sí misma y para otras relaciones cercanas. De este modo el ajuste madre-hijo se alteraría reflejándose, entre otros fenómenos, a través de la negligencia hacia el niño y de problemas en el desarrollo psicomotor fundamentalmente en el área del lenguaje. El trastorno emocional de la madre puede provocar frustraciones inapropiadas o a destiempo y dificultad para permitir un grado de dependencia suficiente como para que la madre pueda identificar las necesidades del niño. Todo esto podría interferir en el desarrollo normal de las funciones mentales y corporales. Como compensación a las dificultades maternas, la actitud hacia el hijo puede moverse entre la sobreprotección o el rechazo que disminuye la intensidad de la cercanía que la maternidad exige. La hostilidad y la intolerancia materna, en tal situación, pueden ser una especie de medida de protección para no sentirse avasallada por la necesidad de dependencia de los hijos. En la población estudiada la depresión materna se asoció (Apartado 5) con la falta de expectativas de satisfacción provenientes del hombre, la percepción por parte de la mujer de una inadecuada calidad de la ayuda recibida con poca participación del padre en la crianza, malas relaciones de pareja y un clima familiar violento, un mayor consumo de antidepresivos y mayor frecuencia de alcoholismo pacífico.

Aunque la prevalencia de la depresión no difiere significativamente entre los grupos pobres y no pobres, el impacto en el desarrollo infantil no es el mismo en ambos grupos (en sectores medios la depresión no se asocia a problemas en el desarrollo infantil). Este hallazgo daría cuenta de la importancia de los soportes alternativos como atenuantes del efecto de la depresión materna en el niño (pareja, sustituto materno, acceso

a tratamientos, etc).

La descalificación del rol del padre desde el discurso de la madre constituye un factor de riesgo adicional en sectores de pobreza. En estos casos el padre aparece desde el discurso materno, como punitivo (amenaza a los hijos con castigos provenientes del padre), excluido ("no habla de él") o desvalorizado (la madre les dice a sus hijos que no sean como su padre). Este fenómeno se observó con mayor frecuencia en aquellas familias en las que el padre está ausente del hogar o en las que la comunicación familiar es pobre o se da en forma violenta. Este indicador podría estar reflejando, al igual que otras variables relacionadas con la figura paterna, la repercusión sobre el desarrollo infantil de los problemas de pareja y de la ausencia de una imagen positiva de identificación.

En suma, los niños con trastornos en el desarrollo, parecen tener madres con grandes carencias emocionales y con relaciones conflictivas que hacen que el hombre no pueda jugar un papel de sostén ni en relación a la madre, ni directamente con los hijos. En estos casos la madre no puede establecer una relación madre-hijo valorizada desde el comienzo, o no logra reconocerlo como un otro distinto. Esto se refleja, entre otras cosas, en las características abandonicas del vínculo ("si no eres parte de mí entonces no existes") cuando el niño comienza a autonomizarse o en las dificultades en el apego (madres que no pueden identificar y responder a las necesidades del niño).

Se podría hipotetizar que estas mujeres, formadas bajo la hegemonía de creencias machistas, tienen una imagen real del hombre muy negativa y una imagen ideal muy valorizada, que hace que ningún hombre sea capaz de alcanzarla. Parecería que la pareja real queda excluida y descalificada incluso antes de constituirse. Es posible que en la elección de la pareja, la mujer ponga en juego mecanismos por los cuales tiende a reproducir imágenes parentales negativas. Por otra parte, del lado del hombre, el rol social asignado por las creencias machistas lo excluye, reproduciendo la secuencia en las próximas generaciones.

De esta forma ni la madre, desmoralizada y sin apoyo, ni el padre, que no participa en la crianza tendiendo a mostrar su fragilidad a través de actuaciones, estarían disponibles para el acompañamiento del hijo en su crecimiento.

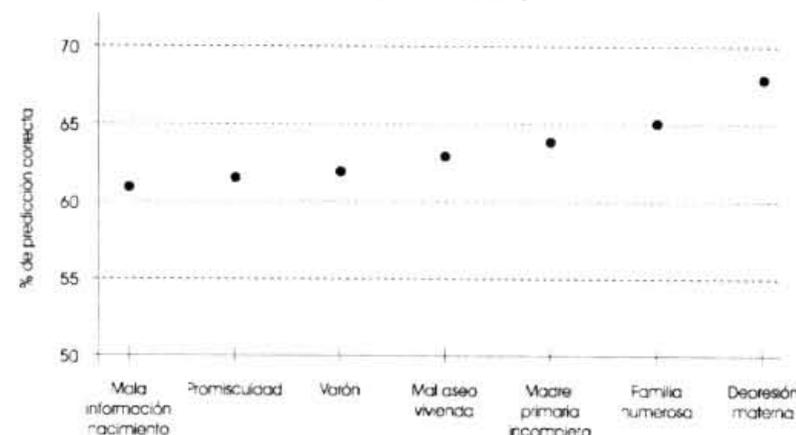
HACIA UN PERFIL DE VULNERABILIDAD

Hasta este punto, hemos presentado y discutido los resultados del análisis de las relaciones entre los factores de riesgo y el desarrollo psicomotor en forma individual y a través de las matrices de correlación. Partimos del supuesto de que la mayoría de estas variables no actúan aisladamente sino que se conectan a través de una compleja red de interacciones que exige un tratamiento más profundo mediante técnicas multivariadas.

El análisis multivariado, realizado a través de la regresión logística, constituye un procedimiento complejo pero fundamental tratándose de variables psicosociales. Sus resultados son orientadores, aunque no definitivos, en la descripción de un perfil de las familias de sectores pobres con niños con problemas en el desarrollo. Las variables que fueron retenidas por este tratamiento estadístico son coincidentes, en su mayoría, con aquellas que mostraron tener mayor peso como factores de riesgo cuando fueron analizadas individualmente: **información distorsionada sobre el nacimiento, promiscuidad, la condición de varón, la falta de aseo**

y orden de la vivienda, la baja escolaridad materna y la depresión materna. En las variables introducidas a la regresión no se incluyó la falta de diálogo con el niño cuando el padre ausente lo visita. La importancia de este factor fue señalada a través de un OR alto en el análisis de riesgo asociado a un factor. Sin embargo la inclusión de este factor en el análisis multivariado hubiera reducido la población considerada a aquellas familias en que el padre separado ve al hijo (11%).

PORCENTAJE DE PREDICCIÓN CORRECTA AL ADICIONAR VARIABLES EN EL MODELO (REGRESION LOGISTICA)



Aunque la mayoría de las variables retenidas por la regresión logística ya fueron consideradas en las secciones precedentes, nos interesaría ampliar la discusión en relación a aquellas situaciones que ocuparon los primeros lugares en este procedimiento.

LAS DIFICULTADES EN LA SIMBOLIZACION, LA FALTA DE ESPACIOS Y DE LIMITES

La primera variable retenida fue la **información distorsionada acerca del nacimiento de los niños**, tras de la cual hemos detectado diversos factores asociados (carencia de información, ocultamiento a los niños de información clave para su desarrollo) que ponen en evidencia las distorsiones en la comunicación familiar. En particular, esta variable constituiría un indicador de la dificultad para abordar verbalmente el tema de la sexualidad, con mayor tendencia al acto que a la simbolización. Esto coincidiría, además, con el perfil de alteraciones en el desarrollo infantil que revela una afectación de la capacidad de simbolización.

Este supuesto se relaciona con el segundo factor retenido por la regresión que es **la promiscuidad** que, vale la pena destacarlo, no es solo corolario del hacinamiento sino que estaría más vinculada a la indiferenciación de espacios y personas, evidenciadora del aglutinamiento familiar. Mientras la sexualidad circula (hijos que duermen con padres, hermanos, otros familiares; participación directa o indirecta en la actividad sexual de los adultos), de la sexualidad no se puede hablar. Estas consideraciones, por supuesto, no descartan el peso de la promiscuidad como indicador de malas condiciones económicas.

LA VULNERABILIDAD DEL HIJO VARON

La tercer variable retenida es la **condición de varón**, reafirmando los hallazgos sobre la asociación entre sexo masculino y peor desarrollo psicomotor, analizada en otro capítulo. En efecto, el análisis al interior de los tests muestra que las niñas están significativamente mejor que los varones. Al respecto puede haber diversas explicaciones. Algunos autores, como Rutter (1980), señalan que mientras el varón es más vulnerable en la infancia (problemas en el desarrollo y trastornos de conducta), las mujeres manifiestan sus trastornos emocionales en la adolescencia. Otros autores hablan de una mayor vulnerabilidad biológica del varón (capítulo IV). Werne (1985), señala que las diferencias en la susceptibilidad bio-psico-social cambian con el tiempo y con las diferentes demandas cognitivas y sociales de la infancia y adolescencia. Sin embargo, a los 18 años, son más las mujeres que logran superar exitosamente los riesgos reproductivos, la pobreza crónica o el conflicto familiar.

Sería interesante discutir, en el marco de los hallazgos anteriormente descriptos, qué pasa a lo largo de la vida con esta vulnerabilidad del varón y si ésta se relaciona con características de un vínculo madre-hijo distinto según el sexo del hijo en condiciones de pobreza.

Este interés llevó al grupo a estudiar qué ocurría con los indicadores de riesgo cuando se analizaban separadamente por sexos, lo que se llevó a cabo a través del análisis factorial y el análisis multivariado (regresión lineal).

Las variables de más peso en **el caso del varón** se relacionaron con el trabajo materno y la ausencia paterna o la existencia de dificultades en la relación padre-hijo luego de la separación (llegando para el pequeño grupo en que se dan todas estas condiciones a una explicación del 90% de la varianza). Cuando la madre trabaja fuera de la casa se observa una afectación global del desarrollo. El soporte social es bajo, con una ayuda insuficiente o ausente tanto desde personas como de instituciones de la comunidad. El rol parental no se puede cumplir adecuadamente. El padre, cuando está presente, no participa en la crianza o lo hace exclusivamente desde un rol punitivo. La madre tiene una baja disponibilidad física con alto ausentismo del hogar pero fundamentalmente una disponibilidad emocional interferida. Esta baja disponibilidad emocional está dada por la ausencia total de gratificaciones en relación a sí misma, a su pareja, a su rol como madre y con una imagen negativa de su familia. Todo esto configura un cuadro de carencia total de sostenes internos y externos que traen como consecuencia actitudes de negligencia hacia su hábitat y frente al hijo que crece, con una baja tolerancia a las expresiones de autonomía del niño reflejada en dificultades del niño en sus vínculos con el entorno. Cuando el ámbito laboral es el del servicio doméstico esta situación se agrava, existiendo un peor nivel socioeconómico. La no participación del padre se ve incrementada o bien porque éste no está presente, o bien por un mayor índice de psicopatología (alcoholismo, conductas delictivas), que condicionan una mayor desprotección de la mujer y del niño. La otra condición de riesgo para el varón es el bajo nivel de instrucción materna, que se relaciona con pobreza y un mayor porcentaje de madres solas. Cuando a la no disponibilidad emocional de la madre se agregan dificultades cognitivas que impiden la captación de mensajes desde el niño y desde los soportes de información del afuera, la repercusión sobre el niño se evidencia tanto en el desarrollo como en la nutrición. **Es la ausencia de soporte nutritivo desde lo más esencialmente biológico hasta lo psicoafectivo.**

En el caso de la niña, las situaciones que parecen estar obstaculizando el desarrollo psicomotor tienen

una menor capacidad explicativa que en el caso del varón, sugiriendo o bien una mayor complejidad del fenómeno, o bien una menor vulnerabilidad a los fenómenos psicosociales estudiados. En las familias de niñas con afectación del desarrollo, los conflictos en la relación de pareja con una percepción negativa de la familia como sostén se traducen en una madre deprimida con una actitud abandonada del hogar y de la hija mujer. A esto se agrega la dificultad para abordar el manejo de la información sexual estrechamente ligado a concepciones machistas que desvalorizan el papel de la mujer, reforzando las carencias en la estructura interna de sostén y las dificultades para valorizar el vínculo madre-hija.

Si bien entonces, en el desarrollo psicomotor de niñas y varones aparecen asociados fenómenos que reflejan las dificultades de la mujer en acceder a relaciones nutricias tanto en relación a su pareja como a su hijo, en el caso del varón el papel fundamental se relaciona con la ausencia de la figura masculina disponible para desempeñar la función de corte o separación entre la madre y el hijo. Los problemas en el desarrollo psicomotor en los varones se presentarían en familias donde la madre carece de otras fuentes de gratificación procedente de sus propios logros o de su relación de pareja, lo cual probablemente fija su libido en ese hijo no como un objeto separado y discriminado sino como una parte, tal vez la más valiosa de sí misma. En otras palabras los problemas en el desarrollo en el varón se presentan en el marco de un vínculo dual madre-hijo, en el cual la voz del padre no tiene posibilidades de ser escuchada. En la niña en cambio, los problemas psicomotrices parecen estar vinculados a situaciones familiares disruptivas, en donde los puntos de vista de la madre y del padre están presentes, pero entran en conflicto violento sin posibilidades de negociación por la vía del lenguaje.

Queda por explicar porqué en el caso del varón estas características de los vínculos familiares desembocan en una alteración del desarrollo y/o en trastornos conductuales con más frecuencia que en la niña.

En sectores de pobreza, podrían hipotetizarse diversos mecanismos en respuesta a esta interrogante

1) El varón sólo es considerado por la madre como parte de sí misma y no como objeto discriminado, lo que haría que los intercambios lingüísticos fueran más pobres. La función materna implica capacidad de sostén y amparo. Para cumplir esta función, la madre necesita, ella misma, haber sido deseada y sentirse apoyada por un pareja que introduce un orden diferente a este vínculo dual madre-hijo. Esto señala la posibilidad de la diferenciación y el paso a la exogamia. La introducción de un tercero en esa relación dual abre la posibilidad de pensar el mundo como diferente de uno y con una existencia real independiente, lo que es básico para acceder al pensamiento simbólico.

2) El peso de las creencias machistas harían del varón una especie de rey zángano, carente de tareas en el hogar, "poco útil". Esta doble representación (creencias machistas del hombre como figura de autoridad vs. figura masculina excluida por la madre y autoexcluyéndose de las decisiones) da lugar a una gran ambivalencia en el vínculo y a una construcción de significados sobre una base frágil, insegura, poco consistente.

3) Las áreas que se retraen más en el varón (coordinación y lenguaje) son las áreas menos valoradas familiarmente. Los procesos activos de exploración y construcción del espacio significativo y el desarrollo del lenguaje quedarían así activamente inhibidos. En efecto, en el imaginario social de estos sectores la curiosidad, la actividad y el cuestionamiento son descalificados temidos y sancionados.

4) Estas tres hipótesis finalmente se entroncarían con un cuarto supuesto el varón tiene un desarrollo natural biológico más lento que la niña.

En síntesis, los factores psicosociales de riesgo dan cuenta, ante todo, de las fallas esenciales en la disponibilidad de ambos progenitores para intercambios activos y placenteros con el niño. La madre, aparentemente "dueña y señora" del hogar, es una figura frágil, agobiada por sus situaciones frente a las que se siente que no tiene control, muchas veces deprimida, insatisfecha con sus propios logros y sin una pareja gratificante, con pocos contactos sociales. El padre es una figura ausente ya sea por prescindencia o debilidad real (no se hace cargo de compartir las decisiones de la casa), o porque la madre, que tiene como única posesión gratificante a sus hijos, evita que éste ocupe ese lugar. Por otra parte, el rol social asignado al hombre desde el machismo, no permite en él la expresión de sentimientos de pena, preocupación ("los hombres no lloran") facilitándose la expresión de los afectos a través de acting outs (conductas violentas, alcoholismo), que enrarecen el clima familiar. El lugar asignado al hombre parecería ser el de "barrera protectora" entre la familia y el medio ambiente extrafamiliar. En este sentido, las conductas violentas hacia afuera pueden resultar protectores en medios vividos como altamente hostiles, pero en la medida en que se dirigen también hacia dentro, con discusiones violentas o maltrato, hacen caer aun más su lugar en la familia.

La suma de ambas fragilidades (la de la madre y la del padre) impide la comunicación franca y abierta entre padres e hijos, el acceso a un lenguaje simbólico más abstracto (juegos conjuntos, disfrutar cosas juntos y un contacto corporal más narcisizante y no erotizante), lo que seguramente incide en el desarrollo psicomotor de los niños, en particular de los varones.

De esta manera, el análisis de las relaciones entre los factores y el Desarrollo Psicomotor (DPM) así como el estudio de las matrices de correlación entre los distintos factores de riesgo muestra un perfil donde el elemento destacado es la "falta", el "agujero". Este se da tanto en la red externa, social, que abre al espacio de lo trans-subjetivo, donde se destaca la falta de soportes sociales de las familias en riesgo, como en el terreno intersubjetivo (intrafamiliar y parental) que condicionan un peor enfrentamiento. Diríamos pues que en las condiciones ya límites creadas por la pobreza, el soporte social, el clima familiar, la calidad de los vínculos de pareja establecen el punto demarcatorio entre " los que se afectan y los que resisten".

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y NUEVAS HIPOTESIS

Los resultados encontrados permiten sacar ciertas conclusiones, extraer de ellas algunas consecuencias prácticas y formular nuevas hipótesis para la investigación.

Los niños de 2 a 5 años de los sectores pobres, en particular los varones, presentan mayores índices de retraso que sus pares de los sectores no pobres en el desarrollo psicomotor (en el área de la coordinación y del lenguaje) y de trastornos del comportamiento.

Aunque serían deseables estudios longitudinales y pruebas que permitieran conocer mejor la naturaleza cualitativa de los trastornos, **todo sugiere que muchos de los niños de los sectores pobres comienzan muy tempranamente un camino de retraso en el desarrollo del lenguaje y pensamiento simbólico que se prolongará en el fracaso escolar y en dificultades para la integración cultural y social a la comunidad nacional.**

Según CEPAL (Rama, 1991), el 25% de escolares del nivel inferior socioeconómico presentan múltiple repetición y el 62.2% de los hijos de madres con bajo nivel de instrucción muestran insuficiencia en las pruebas de lenguaje y razonamiento. Estos datos de la etapa escolar pueden compararse con los datos que hemos presentado anteriormente: 8.4% de los preescolares de sectores pobres presentan retraso de acuerdo a los criterios del Tepsi (a los que se suma un 24.3% en zona de riesgo para dicho test). Este 32.7% pasa a ser un 57% cuando se emplea el criterio de daño definido en esta investigación. Los cortes etarios muestran que estos trastornos aumentan con la edad, lo que hace previsible el fracaso escolar.

Estos resultados no pueden ser vistos como el solo efecto de variables únicas, como ser la pobreza económica o la educación materna. Aunque estas variables tengan un cierto peso, forman parte de un conjunto más amplio de factores interrelacionados que están afectados en la situación de pobreza.

El análisis estadístico multivariado muestra que estos factores están en la situación de pobreza, fuertemente interrelacionados. La interpretación de estas interrelaciones obliga a considerar varias interrogantes que llevan a nuevas hipótesis.

Como hemos visto el análisis factorial confirma la complejidad de estos fenómenos y la dificultad para identificar grupos de variables claramente relacionados entre sí (factores) e independientes del resto. Si bien la regresión logística selecciona algunos indicadores que llegan a explicar casi el 70% de los resultados en el desarrollo psicomotor, queda claro por las matrices de correlación, que estos fenómenos están estrechamente relacionados con otras situaciones que hemos intentado resumir en el perfil que describimos.

¿Qué grado de analogía existe entre este conjunto de variables asociadas al retraso psicomotor en la pobreza y las configuraciones encontradas en la clínica?

De acuerdo a nuestros datos, el perfil psicosocial de estas familias estaría caracterizado por:

- una madre deprimida o desmoralizada frente a las múltiples privaciones cotidianas, incapaz de encontrar satisfacciones con su pareja y desesperanzada de lograrlas por sí misma, que busca, en el caso del hijo varón, una relación fusional que permita reequilibrar su narcisismo. Esta relación fusional deja poco espacio para el reconocimiento y estímulo de las características y posibilidades propias del hijo.
- por un padre triplemente ausente: por sus insuficiencias en el cumplimiento de la función paterna frente al hijo, por la poca que su esposa espera del vínculo de pareja y/o por la imagen desvalorizada que el discurso de ella transmite al hijo.
- por una relación de la familia vivida como poco sostenedora, con ambos progenitores frágiles a la vez que rígidos, con un predominio de vínculos hostiles y violentos contextualizada en una falta de espacios físicos y vinculares. A ello se agregan las grandes dificultades en el uso de la palabra como vehículo de comunicación, de negociación y resolución de conflictos
- una relación con un macrocontexto social no habilitante, en la que los soportes sociales no operan como recursos que provean valorización y apoyo

Aunque no podemos pretender que la nuestra sea la única interpretación válida de los datos está sin embargo fuertemente apoyada en ellos

Resulta interesante cotejar estos datos con hallazgos clínicos.

En nuestro medio se ha señalado que la psicoterapia de pacientes "marginales" muestra un cuadro clínico compatible, en algunos aspectos, con el señalado. (Ferrando, 1983, Giorgi, 1983).

De modo similar muchos de nuestros hallazgos pueden también relacionarse con otras descripciones clínicas.

Por ejemplo, existe una similitud entre la relación de nuestros varones con su madre y las descripciones clínicas de las dificultades de separación-individuación en pacientes con trastornos severos de la personalidad o tendencia a la depresión (Mahler, 1975, Kernberg, 1991).

La terapia familiar sistémica ha mostrado la presencia de una estructura prototípica en las drogadicciones en las que se ve una fuerte ligazón entre el hijo y uno de los progenitores mientras que el otro es más punitivo, distante y/o ausente (Duncan, 1980). Así mismo Bowen (1960) plantea que los miembros de familias con un psicótico carecen de diferenciación y están atrapados en un campo emocional común, con escasez de interacción verbal.

Encontramos también similitudes con la indefensión adquirida descrita por Seligman (1975).

Existen pues, analogías significativas con los hallazgos de la psicopatología clínica. Esta analogía se dirige más que nada a aspectos nucleares o básicos comunes a múltiples trastornos psicopatológicos incluyendo dificultades en el desarrollo cognitivo y/o conductuales en niños procedentes de cualquier estrato social: madres con dificultades de apego y diferenciación, padres ausentes, familias en que predomina lo no

dicho, vínculos distorsionados, duelos no elaborados, pseudoadaptaciones, pérdida de la creatividad. Lo que encontramos es una suerte de "vía final común" que también subyace, como trasfondo, de la neurosis o los trastornos más severos de la personalidad.

En este punto cabe una reflexión metodológica: no es de extrañar que hayamos encontrado variables similares a las que muestra la clínica, porque ella formó parte del marco del cual surgieron nuestras hipótesis. Pero si bien esto explica por qué podemos no haber encontrado otras dimensiones -por la razón de que no fueron incluidas en la investigación- no por ello pierde valor el hecho de que hayan sido confirmadas muchas de las que sí fueron investigadas.

¿Están los fenómenos incluidos en este perfil familiar en relación causal con el retraso psicomotor?

Podemos afirmar que el retraso psicomotor se da en el contexto de este perfil. Para afirmar una conexión causal harían falta estudios longitudinales y la comparación con datos de otras poblaciones.

Sin embargo podemos avanzar en la formulación de hipótesis sobre los "ingredientes activos" a través de los cuales ciertos componentes de este "síndrome" podrían afectar el desarrollo del niño, estableciendo hipótesis sobre los mecanismos y las mediaciones que permitan explicitar el modelo teórico a ser testeado en futuras indagaciones.

¿Qué es lo que hace que este perfil se asocie con un retraso psicomotor tan masivo en sectores pobres?

¿Cómo es posible explicar que encontremos el mismo perfil en la base del retraso psicomotor que hemos descrito en niños pobres y en la infancia de personas con trastornos psicopatológicos variados pertenecientes a sectores acomodados de Uruguay, Francia o Estados Unidos?

Recordemos que el retraso psicomotor de estos niños forma parte de una compleja afectación del desarrollo en el que no solo ocurren déficits instrumentales sino también dificultades en el control interno de los impulsos y de las competencias sociales que dificultan su interrelación con las instituciones sociales existentes: escuelas, comedores, etc. al mismo tiempo que están obligados a dirigir sus energías a la sobrevivencia en medios difíciles.

Esta comprensión de los hechos nos orienta hacia ciertas dimensiones en las que debemos buscar las diferencias entre lo que ocurre en sectores pobres y no pobres expuestos al mismo perfil de base. El hecho de que los datos provengan de fuentes muy distintas y no hayan sido comprobados en investigaciones con instrumentos similares, no quita valor a la pregunta en el nivel de formulación de hipótesis en el que nos estamos moviendo.

Una primera explicación sería que hemos identificado una serie de factores de riesgo relacionados con la psicopatología de los padres y con el conflicto familiar que son universalmente patógenos. Lo que variaría son los factores de protección, que en los estratos socioculturales más elevados harían que no se afectara de igual manera el desarrollo neuropsíquico y la capacidad de socialización: educación de los padres, riqueza del entorno.

Pero cabe una segunda observación: en los sectores pobres el peso de las situaciones estresantes crónicas

De acuerdo a nuestros datos, el perfil psicosocial de estas familias estaría caracterizado por:

- una madre deprimida o desmoralizada frente a las múltiples privaciones cotidianas, incapaz de encontrar satisfacciones con su pareja y desesperanzada de lograrlas por sí misma, que busca, en el caso del hijo varón, una relación fusional que permita reequilibrar su narcisismo. Esta relación fusional deja poco espacio para el reconocimiento y estímulo de las características y posibilidades propias del hijo.
- por un padre triplemente ausente: por sus insuficiencias en el cumplimiento de la función paterna frente al hijo, por la poca que su esposa espera del vínculo de pareja y/o por la imagen desvalorizada que el discurso de ella transmite al hijo.
- por una relación de la familia vivida como poco sostenedora, con ambos progenitores frágiles a la vez que rígidos, con un predominio de vínculos hostiles y violentos contextualizada en una falta de espacios físicos y vinculares. A ello se agregan las grandes dificultades en el uso de la palabra como vehículo de comunicación, de negociación y resolución de conflictos
- una relación con un macrocontexto social no habilitante, en la que los soportes sociales no operan como recursos que provean valorización y apoyo

Aunque no podemos pretender que la nuestra sea la única interpretación válida de los datos está sin embargo fuertemente apoyada en ellos

Resulta interesante cotejar estos datos con hallazgos clínicos.

En nuestro medio se ha señalado que la psicoterapia de pacientes "marginales" muestra un cuadro clínico compatible, en algunos aspectos, con el señalado. (Ferrando, 1983, Giorgi, 1983).

De modo similar muchos de nuestros hallazgos pueden también relacionarse con otras descripciones clínicas.

Por ejemplo, existe una similitud entre la relación de nuestros varones con su madre y las descripciones clínicas de las dificultades de separación-individuación en pacientes con trastornos severos de la personalidad o tendencia a la depresión (Mahler, 1975, Kernberg, 1991).

La terapia familiar sistémica ha mostrado la presencia de una estructura prototípica en las drogadicciones en las que se ve una fuerte ligazón entre el hijo y uno de los progenitores mientras que el otro es más punitivo, distante y/o ausente (Duncan, 1980). Así mismo Bowen (1960) plantea que los miembros de familias con un psicótico carecen de diferenciación y están atrapados en un campo emocional común, con escasez de interacción verbal.

Encontramos también similitudes con la indefensión adquirida descrita por Seligman (1975).

Existen pues, analogías significativas con los hallazgos de la psicopatología clínica. Esta analogía se dirige más que nada a aspectos nucleares o básicos comunes a múltiples trastornos psicopatológicos incluyendo dificultades en el desarrollo cognitivo y/o conductuales en niños procedentes de cualquier estrato social: madres con dificultades de apego y diferenciación, padres ausentes, familias en que predomina lo no

dicho, vínculos distorsionados, duelos no elaborados, pseudoadaptaciones, pérdida de la creatividad. Lo que encontramos es una suerte de "vía final común" que también subyace, como trasfondo, de la neurosis o los trastornos más severos de la personalidad.

En este punto cabe una reflexión metodológica: no es de extrañar que hayamos encontrado variables similares a las que muestra la clínica, porque ella formó parte del marco del cual surgieron nuestras hipótesis. Pero si bien esto explica por qué podemos no haber encontrado otras dimensiones -por la razón de que no fueron incluidas en la investigación- no por ello pierde valor el hecho de que hayan sido confirmadas muchas de las que sí fueron investigadas.

¿Están los fenómenos incluidos en este perfil familiar en relación causal con el retraso psicomotor?

Podemos afirmar que el retraso psicomotor se da en el contexto de este perfil. Para afirmar una conexión causal harían falta estudios longitudinales y la comparación con datos de otras poblaciones.

Sin embargo podemos avanzar en la formulación de hipótesis sobre los "ingredientes activos" a través de los cuales ciertos componentes de este "síndrome" podrían afectar el desarrollo del niño, estableciendo hipótesis sobre los mecanismos y las mediaciones que permitan explicitar el modelo teórico a ser testeado en futuras indagaciones.

¿Qué es lo que hace que este perfil se asocie con un retraso psicomotor tan masivo en sectores pobres?

¿Cómo es posible explicar que encontremos el mismo perfil en la base del retraso psicomotor que hemos descrito en niños pobres y en la infancia de personas con trastornos psicopatológicos variados pertenecientes a sectores acomodados de Uruguay, Francia o Estados Unidos?

Recordemos que el retraso psicomotor de estos niños forma parte de una compleja afectación del desarrollo en el que no solo ocurren déficits instrumentales sino también dificultades en el control interno de los impulsos y de las competencias sociales que dificultan su interrelación con las instituciones sociales existentes: escuelas, comedores, etc. al mismo tiempo que están obligados a dirigir sus energías a la sobrevivencia en medios difíciles.

Esta comprensión de los hechos nos orienta hacia ciertas dimensiones en las que debemos buscar las diferencias entre lo que ocurre en sectores pobres y no pobres expuestos al mismo perfil de base. El hecho de que los datos provengan de fuentes muy distintas y no hayan sido comprobados en investigaciones con instrumentos similares, no quita valor a la pregunta en el nivel de formulación de hipótesis en el que nos estamos moviendo.

Una primera explicación sería que hemos identificado una serie de factores de riesgo relacionados con la psicopatología de los padres y con el conflicto familiar que son universalmente patógenos. Lo que variaría son los factores de protección, que en los estratos socioculturales más elevados harían que no se afectara de igual manera el desarrollo neuropsíquico y la capacidad de socialización: educación de los padres, riqueza del entorno.

Pero cabe una segunda observación: en los sectores pobres el peso de las situaciones estresantes crónicas

Existen en nuestro medio recursos disponibles que, sin embargo, no están bien utilizados. La dispersión y la falta de coordinación de las organizaciones dirigidas al trabajo con la infancia, la falta de estudios epidemiológicos serios que permitan identificar los factores de riesgo prevalentes en las distintas áreas, como base para la creación de políticas adecuadas a la realidad local, la inexistencia de instrumentos de captación eficaces que permitan delimitar adecuadamente los grupos más vulnerables y las fallas en los sistemas de capacitación de los recursos comunitarios así como de sostén técnico que eviten el desgaste del personal, constituyen a nuestro criterio, algunas de las fallas en las políticas sociales que comprometen su eficacia.

La mayoría de las políticas sociales y de salud, además, han apuntado a dar respuestas parciales en lugar de orientarse con un enfoque preventivo global que promueva aquellos aspectos en los que se sustenta esencialmente el desarrollo individual y social. Estos aspectos no son privativos del sector salud y debiera priorizarse la articulación con otros sectores igualmente involucrados (vivienda, educación, economía, etc.)

Por otra parte, si bien la necesidad de privilegiar los aspectos preventivos en la comunidad han sido reconocidos en la mayoría de los documentos y declaraciones de organismos internacionales y nacionales, no parece existir una relación entre estas declaraciones y la asignación de recursos, la selección de los técnicos y la jerarquización académica de este campo.

Existe una tendencia a considerar que las tareas comunitarias pueden ser desarrolladas por personal poco calificado, rápidamente entrenado y mal remunerado. La importancia de los problemas [identificados y la complejidad de su abordaje demuestra precisamente lo contrario. A ello se agrega que la realidad muestra cómo, de no actuar adecuada y oportunamente frente a los problemas psicosociales que inciden en el desarrollo en sectores de pobreza, se pone en riesgo el potencial de futuro del país, máxime considerando que es en estos sectores que se reproduce fundamentalmente la población

Parece claro, entonces, que los programas de salud dirigidos a mejorar el desarrollo infantil deberían apoyarse en políticas integrales orientadas hacia las familias. La estimulación del potencial de desarrollo de la familia sumado al fortalecimiento de sus redes de soporte social permitirán procesos de integración y de adaptación progresiva más saludables.

Como se deduce de nuestros datos, los programas deben centrarse en las interacciones y reforzar los vínculos entre el niño y sus "otros" significativos. El foco no debería ser la enseñanza al niño o a su familia de comportamientos funcionalmente útiles ni de actividades específicas con juguetes. Destacamos la importancia de abordar los aspectos interactivos en los programas de estimulación temprana. El niño incorpora los significados en contextos afectivos significativos. De nada serviría que una madre deprimida, incapaz de responder a los estímulos del niño, le ofreciese móviles de colores. En este caso el esfuerzo debería dirigirse a apoyar a esa madre y a la pareja parental.

Un primer punto en las intervenciones es fortalecer la autoestima de los cuidadores y recuperar su capacidad de disfrute. Un ejemplo de posibles acciones en esta línea, lo constituye la experiencia de talleres de psicomotricidad con adultos realizada en la guardería del CCZ 5 de la IMM (Psicom. Ana Cerutti, comunicación al grupo). Estas actividades se basan en experiencias corporales lúdicas placenteras, en las que se abre a los padres un espacio de juegos propio que se articula con otros de juego compartido con sus hijos. Con este tipo de intervenciones se rescata, por un lado, el derecho a tener momentos propios de disfrute, que

incidan positivamente en la autoestima y que son pasos previos necesarios para contribuir a encuentros placenteros con los hijos. Por otro lado, este tipo de experiencias habilita la comunicación verbal de las experiencias de vida, en especial aquellas mediadas por el cuerpo, lo que permite una revalorización a través del juego, de los aspectos vinculares implicados en lo tónico, postural, sensorial, gestual y verbal. Es necesario tener cuidado que este tipo de experiencias no quede reducido a encuentros recreativos "entretenidos" y se pierdan de vista los fundamentos y objetivos que persiguen.

Otro aspecto esencial es el papel de los técnicos como puente o soporte para el surgimiento de aspectos relevantes de la cultura propia de cada grupo que les da a los cuidadores y al niño continuidad e inserción en el mundo en que viven y les permite a su vez transmitir narraciones afectivamente significativas, por estar apoyadas en sus propias vivencias (canciones de cuna, juegos infantiles de tradición en el contexto, narraciones habituales de transmisión oral, ritmos y melodías cotidianas). Acciones de este tipo son desarrolladas en el Programa de Atención Integral dirigido al binomio hijo-madre adolescente que la Facultad de Medicina y el Instituto de Enfermería realizan en el área de Salud de Jardines del Hipódromo, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública. Este planteo se opone a aquellas políticas que, lejos de desarrollar los potenciales sanos de la familia apoyándose en su propia historia, intentan sustituirla.

Las intervenciones mencionadas son tentativas de respuesta, acordes a nuestras hipótesis, que requieren ser ajustadas, complementadas y evaluadas.

Cualquiera de estas intervenciones debe necesariamente darse en el marco de equipos interdisciplinarios e intersectoriales sólidamente formados, con objetivos coherentemente compartidos y estrechamente ligados con la comunidad en la que se insertan.

Por otra parte, la existencia de instrumentos bipolares de evaluación niño-familia permitiría a su vez desarrollar estas políticas preventivas. Detectar precózmente problemas en la familia contribuiría a evitar la aparición de los trastornos en el niño. Nuestro grupo ha trabajado con esta orientación en un trabajo ya publicado que incluye una guía de valoración psicosocial bipolar niño-familia y pautas de estimulación del desarrollo infantil orientadas a la prevención o a la detección y abordaje precoz de las dificultades (CLAP/OPS, 1994 - Apartado 2).

Los datos presentados en este trabajo intentan contribuir a la construcción de políticas sociales y de salud que se refieran a la realidad específica de nuestro país y que apunten a entender y actuar sobre los mecanismos particulares por los que cada cultura genera y reproduce la marginación de un sector de la misma.

REFLEXIONES FINALES

Los niños constituyen el potencial esencial de un país; no solo por su valor intrínseco, sino también porque la fortaleza y oportunidades de un país dependen, en gran medida, de la forma cómo su población se desarrolla y llega a la edad adulta. No es menos cierto que este potencial es vulnerable y que en la actualidad estamos en mejores condiciones de conocer y actuar frente a los factores que lo amenazan.

La pobreza, tomada globalmente, constituye el principal riesgo para el desarrollo infantil. Su acción se multiplica, además, porque afecta a sectores en los que el crecimiento demográfico es más intenso: el

número de niños en condición de pobreza sobrepasa largamente al de adultos y sus efectos abarcan todas las áreas del desarrollo, somático, psíquico y social.

Hemos trabajado sobre datos que muestran estos trastornos del desarrollo en niños con una edad de 2 a 5 años. Hemos también señalado, en los capítulos iniciales, que el desarrollo del niño comienza desde antes, desde la gestación y, desde la historia familiar, si miramos desde el ángulo de los padres. Sin embargo, la edad preescolar presenta características y posibilidades de intervención propias, que justifican tomarla como objeto de estudio especial. Basta pensar su gravitación en el futuro escolar del niño.

Nos hemos centrado en dos de los daños prevalentes: el que se da a nivel del desarrollo cognitivo y el que afecta los aspectos conductuales y emotivos. Hemos encontrado que estos daños están entrelazados con la vida familiar y con la relación del niño con sus padres.

Los mecanismos por los que la pobreza afecta el desarrollo psicomotor afectivo y social de los niños recorren un camino complejo. En primer lugar está la acumulación de situaciones carenciales y traumáticas. Ella hace probablemente que una serie de disfunciones en la vida familiar o en la relación de crianza adquiera un valor especial. Cada uno de estos factores no ejerce solamente el efecto patógeno que le es propio, sino que por su masividad, que sobrepasa la capacidad de respuesta de la persona, pasa a producir efectos que en otras circunstancias no se darían. Esto explica que estos factores en los sectores pobres se asocien con el retraso psicomotor de una forma que no ocurre en los sectores medios. No se trata pues, de paliar carencias simples, sino de restituir en primer lugar dinanismos complejos perturbados.

No se trata de cambiar la pobreza solo en su aspecto económico, lo que es esencial. Es necesario abordar el problema globalmente e integrar a los sectores pobres en los procesos de cambio. Para ello, parece necesario **salvar el potencial** constituido por los niños e incidir en su desempeño en la educación escolar y en su destino futuro.

A los dos años el niño, con un dominio cada vez mayor de la motilidad y del lenguaje, adquiere una mayor autonomía, a la vez que se debilitan las formas de contacto corporal proximal con la madre. No es raro que la madre se vuelque a nuevos hijos y que la pareja sufra ante las nuevas exigencias a las que debe hacer frente en una situación de carencia. Esto constituye un riesgo especial para este período etario.

¿QUÉ HACER FRENTE A ESTA SITUACIÓN?

Es necesario salvar un doble potencial: el de los niños, cuya capacidad de resistencia debe ser apoyada y el de las familias, en las que encontramos la lucha entre dinanismos progresivos y desorganizativos. Es más útil ayudar a la familia a que pueda ayudar a su hijo, que suplantarla en lo que ella misma puede hacer.

Esta estrategia bipolar, necesita un diagnóstico preciso de los puntos críticos que deciden el desarrollo del binomio niño-familia, así como de formas de intervención que se apoyen en este doble potencial de desarrollo.

El desafío pues es el de poder descubrir los movimientos organizativos espontáneos que se dan en los sectores pobres y que tienden a contrarrestar el deterioro creado por la condición de pobreza. No solo descubrirlos sino también poder ofrecerles elementos útiles que estimulen y fortalezcan su acción. Creemos que el estudio presentado resulta esperanzador en la medida en que junto a los factores "duros" o difíciles de modificar creados por la pobreza existen factores y dinanismos actuantes sobre los que es posible apoyar una participación más activa de la sociedad global.

APARTADO I

ALGUNOS RESULTADOS Y PERSPECTIVAS EN LA INVESTIGACION DEL DESARROLLO EMOCIONAL Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS PREESCOLARES DE LOS SECTORES POBRES DEL URUGUAY URBANO

El estudio original de Terra y col. (1989) incluyó también la evaluación de la percepción materna de síntomas emocionales y la valoración del estado nutricional en los niños.

La percepción materna fue inicialmente incluida en el análisis de nuestro trabajo, encontrando dificultades para su valoración, por lo cual transcribimos las tendencias generales respecto a los resultados y un resumen de los problemas metodológicos hallados que sirvan como base para planificar futuras investigaciones.

El estado nutricional no fue incluido en este estudio, por haber sido suficientemente desarrollado en el estudio arriba citado. De todos modos al final del capítulo presentamos un resumen de resultados, ideas e interrogantes a partir de los mismos, que puedan ser la base de futuras investigaciones.

PERCEPCION MATERNA DE SINTOMAS EN SUS HIJOS DE 0 A 5 AÑOS

Dra. Natalia Trenchi

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este apartado se referirá al análisis de los resultados de la última parte de la encuesta del CLAEH, en la cual las madres respondían sobre la presencia o ausencia de determinados síntomas en sus hijos. (Tomo III, Publicación Estrategias)

En primer lugar, señalaremos que más que a conclusiones, los resultados de la encuesta nos llevaron a reflexionar sobre los problemas metodológicos vinculados a la evaluación de signos y síntomas en los niños.

Los trastornos del desarrollo psicológico se expresan a través de signos (directamente observables por un examinador) y síntomas (percibidos por el individuo y no necesariamente observados por un tercero). Unos y otros, son considerados expresiones patológicas en tanto exceden los parámetros esperados para la etapa evolutiva, el sexo y la cultura. No hay entonces una frontera lineal, rígida e inamovible entre lo normal y lo patológico. En epidemiología, donde el objetivo es proveer información sobre la prevalencia y distribución de la salud y/o la enfermedad de una población, esta característica de la expresión psicológica plantea una de las dificultades centrales: dónde ubicar la línea que separe a los niños en dos grupos, uno de normales y otro de patológicos.

Un primer problema, entonces, es el de la **definición de "caso"**, particularmente dificultosa en un período del desarrollo tan dinámico. En los últimos años se hicieron grandes avances en relación a la taxonomía: los nuevos sistemas tienen un enfoque descriptivo (DSM, ICD), que si bien es perfectible, tiene la gran ventaja de ser testable. (Costello, 1990) Aun acordando en estos criterios de definición de "caso", cabe preguntarse

qué relación guarda desde un punto de vista clínico un "caso" detectado en la comunidad con un "caso" que llega a la consulta. ¿Presentan el mismo tipo de desorden unos y otros? ¿Qué tipo de fenómeno gatilla la consulta?

Cabría preguntarse asimismo qué repercusión tiene el desorden en el funcionamiento global de ese niño. Costello (1990) recomienda no basarse únicamente en un diagnóstico de la sintomatología presente, sino también de los niveles de disfunción en áreas importantes de la vida del niño: el hogar, la escuela, la relación con sus pares. Brandenburg (1990) aconseja agregar a la comprobación de un desorden, su severidad, la necesidad percibida de tratamiento y la concordancia de síntomas reportados por varios informantes.

Un segundo problema, es que no todos los observadores del ambiente del niño valoran su conducta como problemática o perciben el problema con la misma intensidad. Es así que en relación al **informante**, existen desacuerdos entre padres y médicos (Jenkins, Bax y Hart, 1980) e incluso entre ambos padres (Ferguson, Partika y Lester, 1974; Speer, 1970). Las valoraciones del comportamiento del niño realizadas por padres y maestros suelen mostrar acuerdos mínimos (Campbell, Schleifer y Weiss, 1978; Rutter, Tizard y Whitnore, 1970; Sandberg y col, 1980; Schleifer, Weiss, Cohen, Elman, Cvejic y Kruger, 1975; Shepherd y col, 1971). Numerosos trabajos se refieren a este punto, resultando particularmente esclarecedor el estudio realizado por M. Rutter (1966), en el cual padres y maestros aplicaban instrumentos de screening sobre una misma población de niños. Padres y maestros seleccionaban a una proporción semejante de niños "con problemas", pero la coincidencia entre ambos era solamente del 7%; padres y maestros elegían diferentes niños como "casos". En una segunda fase de la investigación, estos niños eran sometidos a un proceso diagnóstico psiquiátrico clínico. Como resultado el 50% de los seleccionados por los padres y el 50% de los seleccionados por los maestros fueron finalmente diagnosticados como "caso". De los niños seleccionados por ambos informantes, un 75% fue confirmado como "caso". El screening efectuado por padres resultó igualmente efectivo que el realizado por maestros en términos de verdaderos positivos versus falsos positivos. En relación a los falsos negativos encontró que aun un screening que utilizara a ambos informantes, dejaría niños "caso" sin detectar (Rutter et al, 1970; Graham and Rutter, 1973), aunque la información obtenida de varios informantes a nivel poblacional optimiza los esfuerzos de ubicación de casos y la especificidad de la estimación de la prevalencia (Brandenburg, 1990). Esta discrepancia de reportes se ha atribuido a diferentes mecanismos:

- La conducta infantil tiene mucho de situacional, por lo que es diferente en un lugar y otro. Este fenómeno parecería aun más notorio en las clases más bajas (Glidewell y Swallow, 1981).

- El nivel de tolerancia, o umbral de percepción de una conducta es variable. Los psiquiatras de niños, por ejemplo parecen tener más tolerancia y un umbral más alto para el comportamiento anormal, por lo que subsecuentemente puntúan menos severamente los signos que como lo hacen otros grupos de observadores. También influyen en el umbral de percepción otros factores como los años de experiencia (a más años más tolerancia) y la situación específica (una misma conducta es vivida como más o menos patológica de acuerdo al lugar donde se manifiesta; la clase, el consultorio, la sala de juegos) (Kelleher, 1974; Copeland, 1977; Wing, 1977)

En la práctica diaria, la situación más frecuente es la de tener al padre o madre como informante. Esta misma modalidad fue la utilizada para recabar los datos que nos proponemos analizar en este trabajo, por lo que resulta importante tener en cuenta los inconvenientes eventuales que podemos esperar. Beitchman (1985)

destaca los siguientes rasgos del reporte parental:

- **sobre-reporte** del desorden referido: ligado a una determinada conflictiva se magnifica o distorsiona la conducta de un integrante de la fratría (chivo expiatorio). Sandberg, Wieselberg y Schaffer (1980) describieron una asociación entre la valoración de las conductas problemáticas del niño y la existencia de trastorno psiquiátrico en la madre. Richman (1977) en un estudio sobre problemas de conducta en niños de tres años encontró una alta asociación entre conductas problemáticas y depresión de la madre, problemas en la pareja parental y estrés intenso.

- **subreporte**, o minimización de los síntomas, situación frecuente en el reporte de la conducta de los hermanos de niños "caso clínico". (Speer, 1971)

En resumen, como señala Shepard (1968), la percepción de la conducta se filtra y varía para que tenga sentido en relación al entorno; tanto lo que se percibe como lo que se omite está fundamentalmente determinado por las expectativas del observador. Y tener esto presente nos parece fundamental para evaluar adecuadamente los datos a los que nos vamos a referir.

NUESTRO MATERIAL

El material que nos proponemos analizar proviene, casi exclusivamente, del reporte materno. Sobre una lista de 16 "conductas-problema", las madres respondieron si esa conducta estaba o no presente en su niño. Se interrogó sobre la presencia de trastornos del sueño (sueño inquieto, terrores nocturnos), de la esfera alimentaria (apetito disminuido o aumentado, pica, mericismo y rumiación), disruptivos (inquietud, trastornos en la expresión de la agresividad) y otros (tartamudez, succión del pulgar, dolores abdominales recurrentes, dificultades en la separación). Es importante aclarar que para que el signo "inquietud" fuera marcado como presente, al reporte materno de inquietud debía agregarse la comprobación de dicha conducta por el observador.

El reporte materno nos habla de su capacidad de percepción de determinadas conductas de su hijo, sin que tengamos datos sobre su intensidad, frecuencia, duración, relación con eventos vitales, grado de disfuncionalidad que genera, así como tampoco contamos con el diagnóstico clínico efectuado por el especialista. Lo que tenemos no son datos sobre la prevalencia de desórdenes psiquiátricos clasificados nosográficamente, sino la prevalencia de fenómenos menos delimitados, más inespecíficos pero que de todos modos tienen valor actual y pronóstico. M. Schwartz (1981) nos habla del concepto de "desajuste clínico" (clinical maladjustment), que consideramos puede ser análogo a nuestros resultados: "A pesar de su carácter inclusivo y de su falta de especificidad, el concepto de desajuste clínico ha sido usado con frecuencia por quienes diseñan las políticas de salud pública para evaluar la necesidad de servicios de salud mental (Glidewell y Swallow, 1968). A pesar de que el concepto tiene un valor limitado para decidir los tipos de servicio necesarios, provee una información global del tamaño del problema, es decir, del número de niños que necesitan ayuda." En todo caso, queremos destacar la importancia de la percepción materna en la determinación posterior de conductas y que este aporte ya habla de dificultades en el vínculo, lo que implica que la necesidad de ayuda ha de dirigirse al niño y su familia (madre y/o padre y hermanos).

Nuestra muestra es de niños preescolares. ¿Qué capacidad predictiva tienen los trastornos a esta edad? Los primeros estudios longitudinales de poblaciones no clínicas (Mac Farlane y col, 1954) sugerían que la mayoría

de los síntomas de los niños pequeños eran fenómenos transitorios del desarrollo. Sin embargo, estudios más recientes, llegan a otras conclusiones. Dos estudios de seguimiento sobre muestras no clínicas de prescolares sugieren que los patrones de conducta de estos niños persistían durante los primeros años escolares, (Halverson y Waldrop, 1976; Kohn, 1977). Stevenson y col. (1985), coinciden en que los problemas psiquiátricos no tratados en los prescolares frecuentemente tienden a persistir por lo menos en los años de la escuela primaria. La capacidad predictiva sería más poderosa para algún tipo de sintomatología, como la agresividad y la hiperactividad, como veremos al referirnos a los trastornos disruptivos.

RESULTADOS

PREVALENCIA GLOBAL SEGUN PERCEPCION MATERNA

TABLA 1

SINTOMAS Y SIGNOS	POBRES	NO POBRES.	p
Terrores nocturnos	18%	11%	n/s.
Tartamudez	8%	5, 5%	n/s.
Hiperactividad	53%	37%	p<0,05.
Succión del pulgar	30%	23%	n/s.
Agresividad c/ objetos	30%	20%	n/s.
Heteroagresividad	39%	21%	p<0,05.
No se defiende.	25%	16%	n/s.

En la tabla 1, vemos que el reporte de frecuencias en ambos grupos es mayor al esperado si los trastornos fueran realmente entidades nosográficas, o si nos guiamos por el índice de consultas psiquiátricas que se realizan para niños de esta edad. Cuando se estudian grandes poblaciones infantiles, se encuentran habitualmente conductas sintomáticas en niños prescolares que no han sido llevados a consultar por ellas. (Kohn, 1977; McFarlane y col, 1970; Rolf y col, 1976) Asimismo las prevalencias estimadas pueden parecer tan altas, debido a no valorar su frecuencia, su intensidad ni su duración, dentro de un contexto social y evolutivo (Rutter y col, 1970)

Entre ambos grupos vemos una mayor frecuencia de reporte materno de "signos" en el grupo de pobres. Rutter (1985) describe cómo los trastornos psicológicos en la infancia y la adolescencia están generalmente asociados a la clase social, asociación que se fortalece cuando a la desventaja social, se le suman otras desventajas como disfunciones familiares.

Aparece una diferencia estadísticamente significativa en los síntomas de inquietud y heteroagresividad con personas entre el grupo de pobres y de no pobres.

La inquietud ocupa el primer lugar por su frecuencia tanto en el grupo de pobres como en el de no pobres, con cifras de prevalencia realmente elevadas

Este alto reporte estaría denunciando probablemente la baja tolerancia materna, o su dificultad para relacionarse con el hijo y hacerle un lugar en medio de las dificultades vitales cotidianas donde un niño molesta

más que enriquece. En cualquier caso este alto reporte de inquietud nos ofrece un dato de que la relación entre esa madre y ese hijo no es satisfactoria, que no se ha logrado el ajuste madre-hijo. Nos sentimos habilitados a pensar que estos niños son inquietos; o que de tanto ser vividos como tales, lo serán. En el grupo de pobres, este signo es seguido en frecuencia por heteroagresividad con objetos y con personas.

En un trabajo realizado en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Pereyra Rossell (Ascer y cols, inédito, oct. 1991), donde se analizan los motivos de consulta de la población asistida, se encontró que los trastornos de conducta ocupaban el primer lugar en frecuencias (33, 7%), seguido por dificultades en el aprendizaje (26, 5%). De la población que consultó el 7% correspondió a niños de 3 años y el 4% a niños entre 4 y 5 años. Si bien las conductas aisladas no determinan la existencia de un trastorno, aparecen con frecuencia en esta población ciertas conductas consideradas como significativas desde el punto de vista psiquiátrico.

Desde el punto de vista cualitativo, nos interesó buscar agrupaciones de signos que puedan interferir con el correcto funcionamiento adaptativo del niño y que puedan ser consideradas con mayor valor patológico.

Demostraron asociarse las siguientes agrupaciones de signos:

- sueño agitado con terrores nocturnos.
- anorexia con mericismo-rumiación.
- inquietud con heteroagresividad con objetos y con personas.

Los trastornos del sueño en la infancia pueden representar fenómenos transitorios insignificantes, pueden relacionarse con alteraciones psicológicas o físicas, pueden estar asociadas con fases específicas del desarrollo, o pueden aparecer como síntomas de enfermedades psiquiátricas.

Los trastornos en la alimentación son habitualmente una queja frecuente en las madres, cuyo significado puede ir desde un trastorno en la relación, o en los hábitos, hasta una enfermedad severa física o psíquica. Destacamos además la importancia cultural de la alimentación, su rol en la interacción social. En la etapa preescolar se esperan menos trastornos que en la lactancia y la adolescencia, pero cuando aparecen, suelen ser un indicador de problemas más severos dentro de la familia.

La asociación de inquietud con heteroagresividad con objetos y con personas no sorprende, sino que viene a confirmar la comprobación clínica de que generalmente estos síntomas van juntos. Más aun, en esta etapa etaria es esperable cierto grado de inquietud normal y también que la interacción con pares y con objetos tenga un matiz que un observador puede catalogar como agresiva. Esta asociación nos dice entonces que además de ser de reporte tan frecuente en esta población de prescolares pobres, estos signos se agrupan, sumando sus efectos sobre el entorno, interfiriendo en las relaciones interpersonales, en el proceso de socialización y de aprendizaje.

La frecuencia de reporte materno de inquietud y heteroagresividad fue muy alta.

En la etapa comprendida entre los 2 años y 2 años y 5 meses ya se reporta una frecuencia del 18% para heteroagresividad.

El pico se observa a los tres años (20 y 24% en el primer y segundo semestre), donde luego baja hasta 14% en el último semestre del cuarto año. (p=. 0334). Muy tempranamente las madres interpretan como agresivas

las conductas de sus hijos. Esto puede estar relacionado como se hipotetizó en el capítulo V, con las dificultades maternas para tolerar la autonomía de sus hijos.

Está ya bien demostrada la capacidad predictiva de este tipo de sintomatología. Dos estudios sobre poblaciones no clínicas de preescolares sugieren que la agresividad y la hiperactividad se asociaban a un funcionamiento cognitivo más pobre durante la escuela. (Halverson y Waldrop, 1976; Kohn, 1977). Investigadores como Gersten y col. (1976); Milich y Loney, 1979; Rutter y col. 1970; Weiss y col. 1978, indican que los trastornos como la hiperactividad, los trastornos de conducta y el bajo rendimiento escolar asociado, tienden a persistir y ser precursores de trastornos en la edad adulta. Comparados con controles normales, los niños hiperactivos tenían CI más bajos luego de dos años (Halverson y Waldrop, 1976), autoestima más baja y más conducta escolar disruptiva luego de tres años (Campbell et al, 1977), mayor frecuencia de fracaso académico luego de cinco años (Minde et al, 1971) y dificultades de aprendizaje persistentes luego de siete años (Huessy y Cohen, 1976). Por este motivo llama la atención la escasez de asociaciones con el Desarrollo Psicomotor (DPM) en nuestro estudio, lo que seguramente habla de las dificultades en la recolección de datos.

TRASTORNOS DISRUPTIVOS Y FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

La alta frecuencia de trastornos disruptivos, (asociación de inquietud y agresividad con personas o con objetos) así como su posible impacto posterior, nos llevó a analizar la asociación entre estos y los factores de riesgo psicosocial relevados en nuestra investigación.

Los factores psicosociales pueden tener efecto causal y/o de mantenimiento en relación a estos síntomas. Las variables psicosociales que asociaron significativamente con trastornos disruptivos corresponden a las áreas de clima familiar y disponibilidad parental.

En relación al CLIMA FAMILIAR:

TABLA 2
CLIMA FAMILIAR

Factores de riesgo	p
prácticas punitivas	< 0,05
mala calidad del vínculo de pareja	< 0,05
discusiones violentas	< 0,05
mala relación familiar	< 0,05

1 - El 82% de los niños expuestos a **prácticas punitivas** e intrusivas en los hábitos de alimentación presentaban trastornos disruptivos, contra un 18% de los no expuestos.

Autores como Campbell (1973), Humphries (1978), Mash y Johnston (1982), han investigado los estilos de disciplina en los padres de los niños hiperactivos, coincidiendo en que, en líneas generales, estos padres tendían a ser más intrusivos, controladores y desaprobadores (sobre todo en las tareas estructuradas) que los

padres de niños normales de la misma edad. Sin embargo, Humphries (1978) encontró que este estilo parental mejoraba considerablemente cuando la conducta del niño mejoraba (por medicación, por ejemplo), lo que parece indicar que el estilo parental podría ser una consecuencia más que una causa de la conducta del niño.

Las experiencias tempranas tienen un efecto perdurable y especialmente poderoso en el desarrollo psicológico y por lo tanto en la conducta del ser humano. Existe convincente evidencia de que el maltrato precoz en los niños se asocia con el desarrollo de conductas agresivas maladaptativas (Cicchetti y Carlson, 1989). Mientras que la privación emocional extrema en los lactantes lleva a depresión y aun a la muerte (Bowlby, 1969, 1975; Spitz, 1946), menores grados de negligencia han sido asociados con dificultades interaccionales con los pares y conducta agresiva (Mueller y Silverman, 1989) Pueden discutirse los mecanismos mediante los cuales esto sucede, pero el hecho es que el maltrato afecta cada uno de los aspectos del desarrollo: cognitivo, emocional y fisiológico.

Farrington (1978) también encontró que las prácticas de disciplina que implican castigo físico son un antecedente frecuente de la conducta agresiva extrema. Así mismo Patterson (1977) demostró que el castigo agresivo de la conducta violenta tiende a perpetuarse.

2 -Los resultados que encontramos en relación a la **mala calidad del vínculo de pareja**, son muy semejantes a los señalados para estilos de disciplina y crianza. Más del 80% de los niños expuestos al riesgo, presentan trastornos disruptivos.

3 -El 88% de los niños expuestos a la existencia de **discusiones violentas** en su hogar presentaron trastornos disruptivos.

4 -El 87% de los niños expuestos a una **mala relación entre los miembros de la familia** presentaron el trastorno.

En relación al área de disponibilidad parental:

TABLA 3
DISPONIBILIDAD PARENTAL

Factores de riesgo	P
depresión materna	< 0,05
signos de abandono en el niño	< 0,05
bajas satisfacciones del hombre	< 0,05
baja instrucción materna	< 0,05
decisiones no compartidas	< 0,05

1 - El 80% de los niños cuyas madres se consideraron con **depresión** fueron reportados como con trastornos disruptivos.

2 -El 87% de los niños en los cuales el encuestador observó **signos de abandono** fueron reportados como

presentando el trastorno.

3- Aquellas madres que tienen bajas expectativas de recibir **satisfacciones del hombre** reportaron al 74% de sus hijos como teniendo inquietud y agresividad. De todos los niños con este trastorno, el 53% estuvo expuesto al riesgo.

4 - El 79% de los niños cuyas madres tenían **baja instrucción materna** fueron considerados por ellas inquietos y agresivos.

5- De aquellos niños en cuyos hogares el **peso en las decisiones** recae o solo en el padre o solo en la madre, u otro agente de crianza, el 74% fueron reportados como problemáticos.

La **depresión** materna ha sido largamente considerada como un estresante mayor para los hijos pequeños y sus efectos han sido bien descriptos (Beardslee et al., 1983; Cantwell, 1983; Coghil et al., 1986; Cox et al., 1987; Cytryn et al., 1984, 1986; Gershon et al., 1982; Murray, 1988; Puckering, 1989). Los hallazgos sugieren que estos niños exhiben una amplia gama de trastornos: mientras que algunos parecen deprimidos, otros muestran trastornos de conducta o hiperactividad. Un hallazgo importante es el aportado por Richman quien observa que el 58% de los niños de 3 años aun tenían el trastorno a los 8 años de edad, aun cuando la depresión materna había remitido.

Mash y Johnston (1983) demostraron por otra parte, que tener un hijo con estas dificultades afecta la confianza en el propio desempeño como padre o madre y se acompaña de un aumento en el reporte de estrés, aislamiento social, depresión, culpabilización. Las madres de niños considerados hiperactivos relatan la interacción con sus hijos como más estresante y menos gratificante (Patterson, 1980; Barkley, 1981).

Estos hallazgos fueron corroborados por Beck et al. Claramente puede verse que ésta no es la mejor situación para ejercer el parentaje y esto va a influir en el desarrollo del niño. A su vez, la conducta desadaptada del niño afecta el bienestar emocional de los padres, lo que reverbera generando círculos automantenidos por interacciones negativas, estrés y sentido de fracaso para todos. Este mismo mecanismo puede reproducirse a nivel escolar, con las nefastas consecuencias que se sumarán a los trastornos preexistentes, condicionando un resultado cada vez más sombrío.

En casos de niños que viven en **circunstancias crónicamente estresantes y multiproblemáticas**, al observador se le vuelve muy difícil considerar cuando los síntomas reflejan la expresión de un estado de ansiedad o depresión subyacente, un problema en el parentaje y la socialización, un problema biológico genéticamente determinado, o más probablemente alguna interacción entre todos estos factores.

DESARROLLO PONDO ESTATURAL Y NUTRICION

El estudio realizado por el CLAEH (Terra y col. 1989) encontró una mayor prevalencia de desnutrición en la población infantil de sectores pobres.

TABLA 4

ESTADO NUTRICIONAL	Pobres	No Pobres
Eutróficos	45%	74%
Desnutridos comp.	48%	20%
Desnutridos descomp.	7%	6%

La desnutrición se asoció fundamentalmente con algunas características psicosociales, llamando la atención que son pocas las variables de alimentación que presentan asociación significativas con estado nutricional.

Existe, por tanto necesidad de estudiar estas fallas en el crecimiento como fenómenos bio-psico-sociales. Además de la falta de alimentos, existen otras vías por las que se llega a la desnutrición. El comer es una función biológica estrechamente ligada a la supervivencia, con un enorme significado cultural y emocional. El alimentar y el comer son actividades primordiales del complejo proceso de formación del vínculo entre la madre y su hijo desde las primeras etapas. El alimento es interpretado por ambos como representante del amor y el comer o no comer alimentar o no alimentar es muchas veces, sucedáneo del amar o no amar. Es por eso que la desnutrición puede, en algunos casos, ser un indicador de dificultades en el vínculo. Cuando ello ocurre, para revertir la situación de desnutrición las acciones no podrán limitarse a proveer los alimentos necesarios sino que también deberán dirigirse a detectar y actuar sobre estos disturbios.

En todo caso, los resultados señalados están mostrando la necesidad de investigar con mayor profundidad las llamadas "fallas no orgánicas de crecimiento" (non-organic failure to thrive).

APARTADO II**" EL EQUIPO DE SALUD
CONVERSA CON LOS PADRES "
PROMUEVE EL CUIDADO DEL NIÑO,
ESTIMULA LOS VINCULOS
Y LA COMUNICACION ENTRE PADRES E HIJOS**

Del libro: ... *Desarrollo del niño de 0 a 5 años de GIEP. Editado por Roca Viva, 1993.*

INTRODUCCION

La familia es el ambiente básico donde el niño nace, crece y se desarrolla. Para el despliegue de las potencialidades y capacidades del niño, es fundamental que los padres y otros integrantes de la familia puedan brindarle un contexto afectivo a través del cual transite las experiencias de la vida cotidiana.

Durante los primeros años empiezan a desarrollarse capacidades y habilidades intelectuales, motoras, emocionales y sociales del niño, que son determinantes para los logros que le aseguren su bienestar psicosocial futuro. La hiper o hipo estimulación pueden comprometer el desarrollo.

Muchas veces los padres sufren altibajos en su estado anímico y se sienten atemorizados ante la tremenda responsabilidad que implica un hijo. El lugar y la palabra del pediatra acerca del desarrollo, son imprescindibles y muy valorados por ellos, ayudándolos en el cuidado de su hijo, aliviándolos y haciéndolos sentir más seguros en su rol de padres.

Cada uno de los padres precisa un tiempo para conocer a su hijo y adaptarse a este nuevo rol, así como cada bebe precisa un tiempo para conocer a sus padres. El bebe es un ser humano dependiente que tiene sus necesidades propias. Lo importante es ir encontrando las vías que permitan a cada madre, padre y a su hijo interactuar y estimularse placenteramente.

El material que se presenta a continuación no debe ser usado como recetario. Son orientaciones generales que el equipo de salud adaptará en cada situación, reflexionando e intercambiando con los padres en cada consulta, ayudándoles a descubrir qué es lo mejor para sus hijos.

Teniendo presente que durante los primeros años de vida se producen muchos cambios en el desarrollo se subdividió el primer año de vida cada 3 meses, el segundo año cada 6 meses y el resto hasta los 6 años, cada 12 meses.

En cada etapa se destacan las acciones cotidianas a través de las cuales pasan los logros en el desarrollo

del niño. Estas son: alimentación, higiene, sueño, expresión por el lenguaje, expresión motriz y acuerdo mutuo. Esta última implica la actitud de negociación que debería darse entre padres e hijos, apoyándose en el aspecto clave del desarrollo en ese momento.

Elegimos un lenguaje no técnico accesible a los padres. Es frecuente que entre técnicos usemos un lenguaje que luego hay que traducir frente a cada caso. Hemos preferido transmitir aquí estas indicaciones en un lenguaje comprensible para todos.

0 - 3 MESES

ALIMENTACION

El amamantamiento si es vivido con placer posibilita las bases para un crecimiento y desarrollo adecuado. El acariciarlo, mirarlo y hablarle al bebe, favorece el encuentro madre-hijo.

Tranquilizar y dar confianza a la madre. Las mamadas cada " 3 horas " duran un tiempo. Poco a poco esta situación se regularizará y ambos podrán descansar más.

HIGIENE

Al cambiarlo de ropa o bañarlo, jugar con él, cantarle, hablarle, tocarlo, dejarlo que se mueva libremente; le permite conocerse y que lo conozcan, fortaleciendo la relación entre padres y bebe.

SUEÑO

Duerme la mayor parte del tiempo y los padres deben descubrir cuántas horas necesita dormir el bebe. Acostumbrarlo a dormir con los ruidos habituales de la casa, en su propia cuna y de ser posible en su habitación.

Recordar que las canciones de cuna lo ayudan a conciliar el sueño y sentirse más seguro.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

El bebe habla con sus gritos y sonidos; con el llanto expresa lo que siente (hambre, dolor, indigestión, soledad, enojo, miedo, ganas de ser abrazado, cansancio, incomodidad o simplemente deseo de ejercitar sus pulmones). Necesita que los padres aprendan a distinguir sus llantos para poder calmarlo.

Comprende aunque no hable y es necesario explicarle lo que pasa, llamarlo por su nombre e imitar sus sonidos para estimular su lenguaje.

EXPRESION MOTRIZ

Mantenerlo con ropa cómoda en posiciones diferentes que le permitan moverse con todo su cuerpo. Así descubre su entorno y fortalece sus músculos.

Colgar al alcance de su vista objetos de colores (ni pesados ni peligrosos) que lo atraigan y estimulen a fijar su mirada e ir reconociendo objetos y personas.

La boca cumple una doble función: biológica y placentera. Con ella conoce el mundo que lo rodea, expresando sus sentimientos de amor-odio. Necesita meterse todas las cosas en su boca, chuparlas y morderlas. La succión del pezón, su dedo o chupete lo ayuda a la separación con su madre y a disminuir la tensión, relajarse y dormir.

ACUERDO MUTUO

La comunicación que nace entre la madre y el bebe es un lenguaje que supone demandas y respuestas.

Ni autoritarismo ni ser esclavos del bebe; ni cuidados excesivos ni insuficientes. Abordar con la madre el reintegro a su trabajo, hablando de la situación, respetándola, para que ambos (madre-bebe) puedan irse adaptando a la separación

3 - 6 MESES

ALIMENTACION

Ser pacientes con la adaptación del bebe a la cuchara y a los nuevos gustos de los alimentos semi-sólidos. Prestar atención a sus señales de disgusto o saciedad y no forzarlo. El bebe tiene que poder regular por sí mismo cuánto y qué comer. Es importante que la madre esté disponible, si no se siente bien es preferible que solicite ayuda.

Es conveniente que el destete sea gradual y progresivo.

HIGIENE

Antes del baño es un buen momento para que el niño haga ejercicios. Su primer juguete es su cuerpo, dejarlo sin ropa, patear, tomarse los pies, mirarse, tocarse; lo que le permite reconocerse, " sentirse a sí mismo " y estimular su motricidad.

Al bañarlo dejarlo disfrutar con el agua, lo distiende y le permite ir conociendo otras sensaciones corporales.

SUEÑO

Los llantos durante la noche no son siempre por enfermedad o hambre, pueden expresar la angustia de separarse de quien los cuida, pues aún no tienen conciencia de que esa ausencia es momentánea.

Dormirse sintiendo voces cerca, ruidos que le son familiares, tranquiliza al bebe y lo hace sentir más seguro. La música suave, luz tenue, canciones lo ayudan a conciliar el sueño.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

Jugar con el bebe es una forma de hablarle, a la que él responde con una variedad de sonidos (laleos, gritos).

Escucharlo con atención e imitarlo jugando lo estimula a hablar y lo ayuda a tener confianza.

Aprende el significado de la palabras al mostrarle y nombrarle los objetos y personas que lo rodean.

Cuando la madre se va a trabajar, lo tranquiliza y favorece el reencuentro si se despide y explica lo que sucede.

EXPRESION MOTRIZ

El bebe necesita moverse libremente cambiándolo de posiciones (sentarlo con almohadones, acostarlo boca-abajo) para desarrollar su equilibrio, coordinación y la confianza en sí mismo.

Los juegos corporales con los padres, (balanceo, caballito, avioncito)son un medio de comunicación con el bebe. Le permite irse diferenciando de las personas y canalizar su energía.

Los mejores "juguetes"son las personas y objetos sencillos de la casa. Para que se relacione y conozca su entorno, hay que permitirle chuparlos, tocarlos y agarrarlos.

ACUERDO MUTUO

"Dejarlo llorar siempre" no le forma la "personalidad", podría incluso aumentar su inseguridad y angustia.

Pensar que cada vez que el bebe llora se lo debe levantar en brazos, es tan absurdo como creer que el hecho de levantarlo significa "consentirlo", "crearle mañas".

El niño en la noche llora, ceder a la tentación de llevarlo a la cama paterna, crea un hábito que perjudica su desarrollo emocional y el vínculo con sus padres.

6 - 9 MESES

ALIMENTACION

El bebe es más independiente, disfruta tomando con sus manos la comida, intenta manejar la cuchara, ensuciándose, único camino para aprender.

El presenciar la preparación de la comida (sentir los olores, ver los colores, tocar y escuchar el nombre de los diferentes vegetales y frutas), lo estimula y le permite sentirse integrante de su familia.

HIGIENE

Al cambiarlo, bañarlo, jugar con él; tocarlo, nombrándole las partes de su cuerpo, así aprenderá a querer, cuidar y conocer los limites de su cuerpo.

Permitirle jugar en el agua con objetos (tacitas de plástico, esponjas) estimula el área cognitiva. Cuidar que no sean muy pequeños pues se los puede tragar.

SUEÑO

Muchos bebes para dormirse necesitan sentirse acompañados por un objeto (pañuelo, trapito, o juguete preferido), esto los ayuda a tolerar el proceso de separación de la persona que los cuida, posibilitándoles

dormir bien. Por lo tanto, aunque el objeto esté muy sucio y/o deteriorado no cambiarlo, ni tirarlo, hasta que el niño lo haga por sí mismo.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

El bebe produce sonidos, emite sílabas como si estuviera conversando. Escucharlo y responderle, jugando con sonidos y distintos tonos de voz.

Las rimas, cuentos y canciones sencillas acompañadas con movimiento también lo ayudan a prepararse para hablar. Jugar frente al espejo lo estimula a conocer su rostro y emitir sonidos.

EXPRESION MOTRIZ

Jugar con el bebe, es ayudarlo a desarrollarse. Alternar la cuna o sillita con momentos en el suelo: ayudarlo a sentarse solo, arrastrarse, gatear. No todos gatean, algunos reptan o se desplazan de costado.

Aprende a pararse sosteniéndose de las piernas de las personas y de los muebles. Cuidar que éstos sean firmes, seguros y sin puntas filosas. Al principio puede pararse solo pero necesitará ayuda para sentarse.

Ofrecerle variedad de objetos y posiciones, jugar a imitar gestos (fruncir la nariz, aplaudir, tortitas, etc.), favorece el desarrollo cognitivo y social. Jugar a taparse el rostro o los objetos le enseña que las personas y objetos no desaparecen cuando no las ve.

ACUERDO MUTUO

Un equilibrio debe buscarse para cada día y para cada niño. Al bebe le atrae más tocar, que comer. Ser permisivo, sin castigar, enseñándole las conductas que no pueden ser realizadas (por ejemplo: no se tira puré en la cara de mamá).

9 - 12 MESES

ALIMENTACION

Durante la comida, que participe de la mesa familiar hablándole, jugando con sus dedos (el del huevito)así como dejarlo comer con las manos(pequeños trozos de pan, frutas), utilizar la cuchara y la taza o vaso con sorbito. Estimula su motricidad, autonomía, afirmando su personalidad.

Conviene poner de a poco la comida o el líquido en el plato o vaso, para que no la tire toda. El bebe ya expresa sus preferencias y rechazos por los alimentos. Tenerlo presente, puede evitar disgustos y prevenir trastornos en la alimentación.

HIGIENE

Continuar con lo planteado para la etapa anterior, al bañarlo o cambiarlo. Dejarlo mayor tiempo sin o con poca ropa, permitiéndole pedalear, patinear, darse vuelta, tocarse los genitales y pies, nombrándole simultáneamente las acciones que realiza.

Para jugar y desplazarse por la casa necesita estar con ropa ligera y que pueda ensuciarse. Esto favorece

su motricidad, el conocimiento de su cuerpo y su lenguaje.

Aún no es tiempo de sacarle los pañales, no ha alcanzado la maduración necesaria para este aprendizaje. Exponerlo a esta situación puede dañarlo emocionalmente y retrasar su adquisición más tarde.

SUEÑO

Para poder dormirse el bebe necesita, que lo calmen con canciones de cuna, música suave, luz tenue. Que se establezca un horario al acostarse y permitirle que lo acompañe su objeto o juguete preferido. Como se mueve mucho, observar si intenta pasar por arriba de los barrotes de la cuna. Si logra hacerlo, para evitar accidentes es mejor bajarlos y colocar un colchón en el suelo o usar una cama común.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

Enseñarle a dar besos, abrazar, es una manera de que aprenda a comunicar y expresar sus sentimientos.

Aprobar y reconocerle sus logros lo ayuda a ir diferenciando lo que está bien de lo que no y le da confianza en sí mismo.

Nombrarle los objetos siempre con la misma palabra, sin hablarle en forma aniñada y darle órdenes sencillas (dame, toma) lo ayudan a familiarizarse con los sonidos, asociando las palabras con lo observado y a comprender el contexto en que se dan.

Jugar a soplar velas, pompas de jabón, para estimular la motricidad buco-linguo-facial.

EXPRESION MOTRIZ

Tirar, soltar cosas es su pasatiempo favorito, no lo hace para molestar, quiere descubrir qué le pasa a las cosas que tira y espera que alguien se las alcance. Tratar de no dejar cerca objetos peligrosos o valiosos. Este juego del toma-dame favorece su coordinación y le permite experimentar que puede perder y recuperar lo que ama. Los juegos de imitación (tareas del hogar, por ej.) le enseñan a realizar cosas jugando y a identificarse con los adultos, desarrollando su imaginación, socialización e inteligencia. Enseñarle a dar pasitos, sin forzarlo y apurarlo. No es conveniente usar andador porque le permite moverse pero no lo impulsa a caminar. El corral es útil pero su abuso restringe el área de movimiento. Al bebe que no se lo deja mover o explorar se le está impidiendo su desarrollo, socialización y crecimiento.

ACUERDO MUTUO

Momento difícil de vivir, el del "niño toca-todo". ¿Cómo ponerle límites sin frenar su progreso?. El niño a través del tono de voz y palabras de quien lo cuida, descubre que hay objetos que no puede tocar. No se trata solo de sacar los objetos, sino de la presencia del adulto que con su mirada, calor de sus brazos y palabras lo guía hacia lo que puede y no puede hacer.

12 - 18 MESES

ALIMENTACION

No preocuparse si disminuye el apetito del niño; a veces se interesa más por explorar el mundo que lo rodea que por comer. Reconocer su autonomía ofreciéndole variedad de alimentos, en pequeñas cantidades en el plato y tratar que utilice la cuchara. Permitirle compartir la mesa familiar sin pretender enseñarle buenos modales. Está aprendiendo a comer solo y aun no posee un dominio motriz. Contribuye al apetito del niño el evitar caramelos, pan, galletitas antes de las comidas. Tolerar sus enojos al negárselos y tampoco ofrecérselos en momentos de "rabieta" para calmarlos o para que no moleste a la madre. Estas actitudes lo confunden y no lo ayudan a entender qué se espera de él.

HIGIENE

Durante el baño, dejarlo jugar en el agua, chapotear, salpicar, sentir y oír el agua, llenar y vaciar recipientes.

Así se divierte, ejercita su motricidad y experimenta juegos que responden a necesidades de su etapa de desarrollo (llenar-vaciar, prepararse para el control de esfínteres).

Permitirle que colabore cuando se lo viste o desviste, lo incentiva a hacer cosas por sí mismo.

SUEÑO

Conviene establecer claramente sus horarios de siestas y sueño nocturno, ahora que permanece más tiempo despierto. La no existencia de una rutina dificulta el clima familiar y la conciliación del sueño en el niño.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

Aunque no entienda todo, hablarle mucho para que asocie las palabras con hechos cotidianos. Reforzar sus primeras palabras (sonidos con significado específico) repitiéndolas en relación a lo que nombran ya que suelen usar la misma palabra para distintas cosas.

Nombrar los sentimientos (tristeza y alegría) que los padres perciben en él, lo ayuda a reconocer sus propios sentimientos o expresiones. Darle órdenes sencillas como "trae tus zapatos", "dame la pelota" lo estimula a cooperar con los adultos y aprender a entender y responder a lo que le piden.

EXPRESION MOTRIZ

Los logros se dan en torno a la marcha autónoma y son decisivos en el proceso de autonomía del niño.

Primero se desplaza sosteniéndose de los muebles, luego cruza el espacio entre ellos, hasta que comprende que puede caminar solo. Conviene que los papás estén cerca del niño posibilitando estas experiencias sin apurarlo, cuidándolo de situaciones peligrosas. Animarlo a trepar, subir y bajar escaleras, jugar a esconderse, a que lo corren y lo alcanzan, para fomentar la agilidad, el desarrollo del equilibrio, la coordinación y su autoestima.

Darle cubos, objetos pequeños y recipientes que pueda apilar, llenar y vaciar para estimular el desarrollo de destrezas físicas así como de estructuras de pensamiento.

Prefiere jugar solo aunque es bueno que pueda estar con otro niño al lado, si bien juegan a cosas distintas.

ACUERDO MUTUO

Cada familia tiene que prepararse para la "explosión motriz" del niño estableciendo límites claros sobre lo que le permitirá o no. Ahora los objetos están más a su alcance y hay que asegurarse de que no esté expuesto a situaciones de peligro. No se trata de castigarlo o decirle todo el tiempo "atención", ni tampoco de sacarle todos los obstáculos, ni dejarlo hacer lo que quiera, sino de mostrarle y enseñarle los peligros. Debe aprender a resolver por sí mismo esas situaciones. Tratar de que los padres no vivan las caídas del niño con angustia e inquietud, pues se corre el riesgo de que sea un niño temeroso, que disminuya su interés por explorar.

18 - 24 MESES

ALIMENTACION

No insistir con los buenos modales o que coma todo, es importante que intente comer solo. Hay niños con más apetito que otros. A través de las actitudes: de comer mucho o no comer nada, se pueden manifestar carencias afectivas.

Cuando la mamá está preparando la comida en la cocina, haciendo masa, darle un poco de harina y agua, mostrándole cómo se juntan y amasan. No asustarse si se la lleva a la boca o se la come.

HIGIENE

Comienza el aprendizaje del control de esfínteres, lo que significa que el niño está pronto a nivel madurativo y social para regularse por sí mismo y responder a un pedido de los padres. Se necesita mucha paciencia, no apurarlo, ni castigarlo pues disminuye la confianza en sí mismo y retrasa su adquisición.

Verbalizarle cuando se está haciendo "pis" y cuando él sea capaz de avisar, sacarle los pañales definitivamente. Este aprendizaje se relaciona con su necesidad de jugar y ensuciarse con arena, barro, plastilina y decir malas palabras.

Expresa a través del juego y del lenguaje, lo que antes hacía sólo a nivel corporal.

Manifiesta un gran deseo de hacer las cosas por sí mismo, por lo que conviene comenzar con la enseñanza de hábitos: sacarse alguna ropa, lavarse y secarse manos y cara, cepillarse los dientes, sonarse la nariz y al ser bañado enjabonarse.

SUEÑO

A partir de esta edad y hasta los 6 años, aparecen las pesadillas, los sueños de angustia. A muchos niños les cuesta irse a dormir, siendo un momento de gran inquietud. Necesitan que se les cuente un cuento, dejarles la luz encendida y acompañarlos un rato.

Cuando su motricidad le permite subir y bajar de una cama baja no necesita ya barandas protectoras. Esto da al niño libertad de movimientos, para pedir ayuda si la necesita. Un niño que camina durante el día no debería sentirse limitado durante la noche.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

Escucharlo y prestarle atención a sus intentos de hablar. Corregirlo y exigirle todo el tiempo un lenguaje perfecto retrasa su adquisición. Hablarle correctamente y acostumbrarlo a que pida las cosas por medio de palabras y no de gestos.

Fomentar la expresión tanto de sentimientos positivos (alegría, ternura) como negativos (rabia, celos) para contribuir al equilibrio emocional del niño. Ayudarlo a expresar sus sentimientos, sin ridiculizarlo o reprenderlo por hacerlo.

Al participar de las actividades de la casa, nombrarle los objetos y sus características: color, forma, tamaño, etc.

Jugar con él, cantar, bailar, contarle cuentos sencillos, imitar el sonido de los animales.

EXPRESION MOTRIZ

Realizar juegos corporales acompañados de canciones. Darles diferentes materiales: hojas, hojas de diarios para que garabatee, raye, rasgue revistas viejas para pasar hojas, cajas o cubos para hacer torres.

Permitirle compartir actividades con la mamá o el papá, como lavar la ropa, usar alguna herramienta.

Ofrecerle juguetes para tirar y arrastrar y lugares para trepar y bajar. Uno de sus juegos favoritos es darle juguetes a un adulto, para luego pedírselos. Jugar a las escondidas lo ayuda a sentirse una persona distinta de los demás.

ACUERDO MUTUO

Son frecuentes las crisis de rabia violenta, sin razón aparente. Responden a necesidades del niño que no controla internamente y las expresa en forma impulsiva y explosiva. Son "males necesarios" para el desarrollo emocional del niño, que en esos momentos necesita a un adulto que lo acompañe y abraze manifestándole su cariño. El niño se asusta tanto si lo dejan solo con sus rabiets, como si sus padres se enojan o se angustian frente a ellas; es necesario poner límites firmes pero no violentos. Cuando rompe sus juguetes o cosas de los adultos, más importante que castigarlo es ayudarlo a repararlo.

2 - 3 AÑOS

ALIMENTACION

Incentivarlo a compartir la mesa familiar y usar por sí mismo la cuchara y el vaso favorece su socialización. Es un buen momento para dejar la mamadera y el chupete.

HIGIENE

No preocuparse si durante el día algunas veces no controla el orinar. Esto no puede ser un impedimento para ingresar al jardín, ni motivo para volverle a poner los pañales.

Dejar que se vista y desvista solo, favorece su confianza y desarrolla su personalidad.

SUEÑO

No todos los niños duermen la misma cantidad de horas. Imponer una rutina al niño particularmente si las horas de la noche o mañana son los momentos de encuentro con los padres. Esto tranquiliza a padres e hijos y le permite al niño saber cuándo tiene que abandonar sus juegos y dar por terminado el día, disminuyendo rabietas y atenuando la separación.

Frecuentemente manifiestan temor a dormir solos, se angustian y despiertan de noche llamando a los padres, debido a los malos sueños o pesadillas. Necesitan que los padres se acerquen y los acompañen hasta que se tranquilicen sin llevarlos a la cama de ellos. El niño tiene su lugar en la casa, su propia cama en su habitación y no respetar esto lo perjudica en su desarrollo emocional.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

Verbalizar al niño cómo se sienten los adultos y reconocer qué es lo que generan sus conductas. Fomentar los sentimientos positivos y permitirle expresar los negativos (rabia, celos). Esto le enseña a distinguir sentimientos y emociones, disminuir tensiones y estimula el desarrollo emocional y verbal.

Interesarse por sus preguntas, respondiéndole claramente, contarle cuentos, cantar con él, enseñarle poesías sencillas; para desarrollar el interés por aprender, la imaginación, creatividad y el lenguaje.

Pedirle y respetar su opinión sobre sus gustos en la comida, paseos y solicitarle su colaboración en tareas simples de la casa mediante órdenes sencillas. Esto le hace sentir con un lugar propio en la familia y le afirma su personalidad.

Estimular la capacidad de observación del niño, con imágenes, libros, identificando las partes de su cuerpo, comparando tamaños (pequeño, grande), posiciones (abajo, arriba).

EXPRESION MOTRIZ

Fomentar actividades donde pueda moverse y jugar: disfrazarse, imitar animales y personas, cantar y bailar, cocinar con masa, lavar ropa.

Favorecer el juego con otros, teniendo en cuenta que aún no comparte y se necesitan varios materiales para cada niño (crayola, cajas, lápiz, papel de diarios, cubos y pelotas).

Etiquetarlo como "rabioso" cuando escupe, muerde, tira del pelo, dice "no", no lo ayuda, por el contrario, le impide fortalecer su imagen. Frente a estas expresiones de agresividad, el niño necesita padres capaces de comprenderlo y ayudarlo a cambiar. Las respuestas de rechazo, agresión o angustia que no permite actuar, no le permiten al niño ni disminuir su agresividad ni comprender que le sucede. Por parte de los padres se

requiere convicción al aplicar límites (claros y firmes) y que los mantengan ya que al niño le lleva tiempo conocerlos y aceptarlos.

ACUERDO MUTUO

Al poner límites los padres deben acordar y mantenerse coherentes en lo planteado frente al niño. Estimular a que resuelvan entre sí las peleas de hermanos o pares, interviniendo si hace falta, sin parcialidad. Esto le permite ir diferenciando lo que está bien de lo que está mal.

Muchos padres se sienten mal cuando sus hijos no dan señales de entender o no dan muestras de cariño al padre que habitualmente pone los límites. Sucede que el niño intenta oponerse a dichos límites, así como también manifiesta interés en imitarlo y obedecerlo.

3 - 4 AÑOS:**ALIMENTACION**

Para que se consoliden sus hábitos de autonomía, dejarlo comer solo con cuchara y tenedor aunque no lo haga del todo bien y demore más.

HIGIENE

Permitirle elegir u opinar cuando se viste o desviste le da la posibilidad de desarrollar iniciativas y reforzar actitudes espontáneas de cooperación. Esto no significa dejarlo hacer siempre lo que quiere. Incentivarlo a desabrochar y abrochar botones fáciles.

No alarmarse o castigar al niño si espontáneamente se muestra desnudo o intenta mirar a otros; necesita investigar las diferencias de sexos. Ser tolerantes con su curiosidad sexual lo ayudará a transitar mejor esta etapa de descubrimiento y llegar con menos dificultades al desarrollo de su sexualidad adulta. No se trata ni de promover estas conductas ni de pasarlas por alto si las mismas son reiteradas en el tiempo.

SUEÑO

Una vez que ha adquirido el control diurno al orinar, acostumbrarlo a que también lo haga por la noche, sacándole los pañales.

Suelen manifestarse miedos : a los lugares oscuros, a irse a dormir, a las "pesadillas", que reflejan conflictos internos propios de la edad. Hay que tratar de comprenderlos, respetarlos y verbalizarle que estos miedos les pasan a casi todos los niños y que con el tiempo se le irán. Estar atentos a situaciones cotidianas que puedan aumentarlos.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

Su lenguaje en esta edad le permite entender y realizar preguntas Estimularlo a que cuente sus experiencias o historias inventadas y comentarlas con él, así como imágenes de libros, cuentos, historias y fotos de la familia. Todo esto le enriquece su vocabulario. Leerle los cuentos tantas veces como el niño pida. En sus

narraciones por momentos confunde fantasía con realidad, necesita buscar el equilibrio entre lo que siente y piensa y lo que conoce de los demás.

Reconocer al niño el derecho a sentir rabia, celos y miedos, verbalizar lo que él va sintiendo sin ridiculizarlo, castigarlo o disminuirlo por sus expresiones. Esto le permitirá ser más espontáneo, auténtico, seguro y evitará probables trastornos del carácter.

EXPRESION MOTRIZ

Explorar lo que lo rodea con los adultos y también favorecer que juegue solo, experimente y resuelva problemas por sí mismo, para ayudarlo a incrementar su espíritu científico.

Conviene también que juegue con otros niños aunque no puedan colaborar entre ellos, para estimular su socialización.

Necesita que los padres le den oportunidades para actuar y mostrarle que se confía en él, lo cual va desarrollando su independencia e iniciativa.

Fomentar la cooperación del niño en las tareas de la casa o cuando realiza compras, sin obligarlo, lo ayuda a sentir que es una persona capaz de hacer y dar cosas a los demás. A menudo suele oponerse a los adultos en un intento de diferenciarse de los otros. Continuar sus movimientos de brazos y piernas, estimulando la participación en juegos de pelota, rondas, bailes, andar en triciclo, trepar, etc.

Para precisar sus movimientos manuales, darle papel para recortar, garabatear, cubos para construir torres y puentes.

Jugar a imitar a mamás y papás, doctores y maestros, le permite conocer y comprender como se comportan los adultos. Jugar también le permite aceptar situaciones difíciles de la realidad como la muerte, modificándolas por un rato.

ACUERDO MUTUO

La mayoría de los niños ya asisten al jardín de infantes y es necesario buscar un equilibrio entre las actividades que realiza en el jardín y las de la casa. Si en la casa no tiene límites, se le deja hacer cualquier cosa, le va a costar adaptarse a las normas de la educadora y de sus pares, perjudicando su socialización e integración al grupo. Los padres que en la casa lo estimulan con actividades didácticas en exceso, no le permiten tener momentos para descansar, permitirle jugar y poner en práctica por sí mismo lo aprendido en el jardín.

Si bien la televisión contribuye al desarrollo de la comprensión y la imaginación infantil, cuando se transforma en un entretenimiento constante, será difícil que el niño se concentre en otras actividades que compiten con aquella. Conviene regular el tiempo y programas que mira y comentarlos con él.

4 - 5 AÑOS

ALIMENTACION

Continuar apoyando que coma solo, que utilice los utensilios y sostenga la taza o vaso con una mano sola, compartiendo la mesa familiar, poniendo o recogiendo cosas de la mesa.

HIGIENE

Promover que se bañe, vista, desvista y se lave los dientes solo, aunque no lo haga del todo bien.

Empiezan los primeros indicios de pudor y manejo de privacidad, siendo un buen momento para cuidar más la intimidad del niño por parte de los adultos. No es conveniente que padres y hermanos se bañen juntos o estén desnudos por la casa.

Siguiendo con la exploración de su cuerpo, el niño, puede tener conductas masturbatorias con sus genitales. No reprimirlo, ni castigarlo si son ocasionales o breves, de lo contrario consultar.

En esta etapa desde el punto de vista emocional no son aconsejables las intervenciones quirúrgicas ya que predomina una valoración de sus genitales y estas situaciones suelen reactivar angustias ante la posibilidad real o fantaseada de dañarlos o perderlos.

SUEÑO

Si bien reclama menos a los padres, a la hora de dormir, para sentirse más tranquilo durante la noche y enfrentar los miedos y malos sueños, puede necesitar que lo acompañen narrándole cuentos al acostarse.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

El interés por conocer y relacionarse con los adultos, lo lleva a hacer muchas preguntas, es la etapa de los "porqué" buscando la relación entre las cosas que ocurren.

Es importante conversar, escucharlo y responderle en forma sincera, así obtiene confianza en los adultos, para seguir preguntando. Esto también se aplica a temas difíciles de responder para los adultos, como la sexualidad, las enfermedades y la muerte. Responderle en forma sencilla y no explicando más de lo que el niño quiere saber, sin adelantarse a sus preguntas.

EXPRESION MOTRIZ

El mayor dominio motriz alcanzado le da confianza en sí mismo, disfrutando al trasladar y guardar objetos.

Incentivarlo a jugar usando la imaginación, con máscaras, ropa de los adultos donde imita a las personas que lo rodean, de los cuentos, televisión, etc.

Estimularlo a reconocer etiquetas, letreros y señales de tránsito de la calle cuando salen de paseo.

Al poner límites, no utilizar amenazas, chantajes o penitencias diferidas (no ver TV por una semana) ya que no ayudan a que se aprenda la norma y suelen ser fuente de resentimientos. Conviene que en el momento

de mal comportamiento del niño, se establezca claramente cuál va a ser la actitud de los padres y que el niño perciba el disgusto, tristeza y enojo de los padres y sus motivos.

ACUERDO MUTUO

Como el niño aún no tiene una definición excluyente de su identidad sexual, tiende a imitar aspectos de la mamá y el papá en forma alternada. Si bien ocurre que tanto varones como niñas se identifican predominantemente con las características del papa de su propio sexo, también necesitan imitar conductas del sexo opuesto. Por ello los papás tienen que comprender y permitirles que jueguen niños y niñas tanto a juegos varoniles como femeninos. Si los padres son un "buen espejo" el niño descubre mejor quién es él, sintiendo que es distinto que los demás aunque tenga cosas en común. Asimismo es común que jueguen entre ellos a "los doctores" para reconocer y explorar sus genitales y familiarizarse con sus diferencias.

Los papás no tienen que asustarse o angustiarse por esto, prohibiendo estos juegos o haciendo como que no los ven, puesto que son juegos necesarios y normales, siempre que no los repitan insistentemente o impidan que deseen jugar a otra cosa.

También suelen jugar o manifestar su deseo de casarse con el papá del sexo opuesto, queriendo estar todo el tiempo con él o verle los genitales. Este deseo está expresando fantasías propias de esta edad que no conviene responder con malestar o enojo pero sí decirle en forma afectuosa y clara que a los adultos también les pasó y que encontrará su pareja fuera de la casa.

5 - 6 AÑOS

ALIMENTACION

Ha adquirido un mejor comportamiento en la mesa, comiendo sin derramar comida ni manchar y una mayor habilidad manual que le permite comenzar a utilizar el cuchillo.

HIGIENE

Respetar sus gustos personales en la ropa, juegos, su privacidad al vestirse o bañarse solos, puesto que comienzan a mostrar pudor y vergüenza y no quieren ser vistos, especialmente por los padres o personas de sexo diferente.

SUEÑO

Tratar de mantener una rutina en los horarios de ir a la cama y horas de descanso. La siesta ya no es indispensable a esta edad. Permitirle que se acueste sin ayuda de los adultos y que duerma solo en su cuarto o compartido por sus hermanos.

EXPRESION POR EL LENGUAJE

Prestar atención y apoyarlo en la pronunciación de las palabras, vocabulario y construcción de sus frases que luego incidirán en el aprendizaje de la lecto-escritura.

Entender que a veces prefiera complacer más a sus amigos y maestros que a sus padres, pues amplió sus intereses fuera de la familia. Compartir con niños de su edad y otros adultos, lo ayuda a buscar explicaciones a las cosas que suceden en su entorno, pues su pensamiento se alimenta con el ejercicio del lenguaje. Aún no se maneja bien con el tiempo, no comprendiendo cuánto "falta para..."

EXPRESION MOTRIZ

Es importante que comparta sus juegos con otros niños, que participe de juegos de equipo (fútbol, por ej.) que le faciliten un mayor dominio de su cuerpo, la plasticidad y agilidad en sus movimientos. Los deportes le permiten ir aprendiendo las reglas y turnos y a tolerar que no siempre se gana. Esto lo prepara para su vida futura de convivencia y relacionamiento con otras personas.

Invitarlo a realizar actividades al aire libre, para conocer el mundo que lo rodea, explorando la naturaleza, su barrio.

Estimularlo para que aprenda a atarse los cordones.

ACUERDO MUTUO

La rivalidad y los celos suelen estar muy presentes en las relaciones entre hermanos, dando lugar a peleas y agresiones. Frente a la presencia de los padres se incrementan estos sentimientos. Es conveniente estar atentos, no indiferentes pero tratando de no mostrar preferencia por ninguno, estimulándolos a resolver sus problemas entre ellos. Intervenir solamente cuando es imprescindible y sin hacer reproches. Luego conversar individualmente respecto a las situaciones que generan esa agresión o violencia, favoreciendo otras conductas menos violentas que eviten los riesgos de estos enfrentamientos.

INSTRUMENTO GIEP EVALUACION BIPOLAR NIÑO-FAMILIA

VALORACION DEL DESARROLLO

Esta guía apunta a difundir en el equipo de salud las adquisiciones más significativas esperables para un niño de 0 a 6 años en los distintos momentos por los que atraviesa su desarrollo, así como los signos de alerta en cada período, con el objetivo de prevenir y/o actuar tempranamente cuando se presentan alteraciones en el desarrollo del niño.

Los períodos seleccionados siguen el plan de visitas del sistema informático del niño (S.I.N.).

La selección de las conductas adquiridas se basó fundamentalmente en: La Pauta Breve del EEDP (Lira, 1992). La evolución esquemática de las conductas (pancarta CLAP) y la selección de ítems de mayor significación para el desarrollo realizado por el GIEP (Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Médica, 1992).

El uso de esta guía debe ser un apoyo más con el que cuenta el equipo de salud, complementando la exploración del desarrollo que pueda realizarse a través de la observación directa y se articula con la utilización de la pancarta y la guía de valoración básica de los factores psicosociales de riesgo y la guía sobre «El equipo de salud conversa con los padres».

PERFIL DEL NIÑO DE 0-3 MESES

Aparecen las primeras conductas de interacción. Comienza a conocer el mundo que lo rodea a través de su cuerpo: boca, ojos, oídos y piel. Duerme solo en su cuna y si es posible en su cuarto.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

Tracciona hasta sentarse

Boca abajo levanta la cabeza 45°.

Sigue con la mirada objetos móviles

Mira el rostro del otro.

Llora, ríe

Emite sonidos

COMIENZA A

Mantener erguida y firme la cabeza

Buscar con la mirada la fuente del sonido

Sonreír espontáneamente

ANTICIPAR

Que se sentará con apoyo (almohadones)

Que sostendrá un objeto que se le coloca en su mano y buscará llevárselo a la boca
Que ampliará los vínculos con otros (abuelos, padre, hermanos, etc.)

ALERTA

Ausencia de 1 o más conductas adquiridas a los 3 meses

Reflejo de succión débil

Dificultad en la alimentación

Letargo o insomnio

Irritable (imposibilidad de calmarlo)

PERFIL DEL NIÑO DE 3 A 6 MESES

Comienza el reconocimiento de su cuerpo y a desarrollar la coordinación óculo manual y audio-visual.
Responde a estímulos emitiendo sílabas.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

Sostiene perfectamente su cabeza

Mueve la cabeza y los ojos en busca del sonido (hacer sonar una campanilla aprox. a 30 cm. de cada lado sin que el niño la vea)

Sonríe, ríe en respuesta a los juegos que los adultos le hacen.

Gira la cabeza siguiendo un objeto que se desplaza lentamente a la altura de los ojos del niño, a 60 cm. aprox.

COMIENZA A

Mantenerse sentado con apoyo

Boca abajo levanta el tronco y la cabeza apoyándose en manos y antebrazos.

Intenta la prensión de objetos

Emite sonidos: da, da; ma, ma.

ANTICIPAR

Que se sentará solo sin apoyo

Que se cambiará de posición por sí solo

Que tomará los objetos

Que se llevará los objetos o partes de su cuerpo a la boca.

Que responderá con movimientos corporales al escuchar su nombre.

Que reaccionará ante caras o lugares extraños

ALERTA

Ausencia de una o más conductas adquiridas a los 4 meses.

Dificultad en la alimentación y/o sueño.

Ausencia de sonrisa social

Insensible al dolor

Irritable (Actividad y llanto en exceso)

Pasividad excesiva

PERFIL DEL NIÑO DE 6 A 9 MESES

Aparece la prensión voluntaria. Ha fortalecido músculos del cuello, hombros y espalda. Imita gestos, actitudes y sonidos de los adultos y percibe que los objetos permanecen aun cuando están fuera de su vista momentáneamente. Reconoce a los miembros de su familia.

Distingue los rostros, es muy sensible a los desconocidos y llora porque extraña. Por este motivo, en el examen médico es aconsejable mantener al bebe sobre las rodillas de la madre y no mirarlo a los ojos.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

Se sienta solo

Acostado se cambia de posición solo

Mantiene un objeto en cada mano

Balbucea

COMIENZA A

Intentar pararse con apoyo

Buscar objetos que se le ocultan a su vista

Reaccionar frente a la presencia de personas desconocidas

Utilizar consonantes (da, gu, ajo.)

ANTICIPAR

Que se parará solo con apoyo.

Que gateará o desplazará por la casa

Que imitará juegos con las manos (tortitas)

Que buscará tirar los objetos para que otro se los alcance.

Que intentará comer solo con las manos.

ALERTA

Ausencia de una o más conductas adquiridas a los 6 meses

Dificultad en el sueño y/o alimentación

Movimientos rígidos

Pasividad en exceso

Llorisquee, gime todo el tiempo

PERFIL DEL NIÑO DE 9 MESES

Comienza el proceso de socialización e individuación. Vocaliza tratando de imitar lo que le hablan, entiende gestos, palabras. Imita voluntariamente acciones simples. Domina la prensión voluntaria. Fortalece los músculos de la deambulación.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

Se para solo apoyado en muebles

Agarra pequeños objetos con movimiento de rastrillo

Encuentra un objeto que se le esconde frente a su vista.

Come solo, galletas, pan, etc.

Utiliza sílabas (da, da, ma, agu)

COMIENZA A

Manifestar un gran interés por explorar: tocar, tirar, chupar objetos

Gesticular o vocalizar tratando de imitar lo que le dicen (gesto de "adiós")

Agarra un objeto en cada mano

ANTICIPAR

Que caminará con apoyo

Que usará vaso, taza e intentará jugar con la cuchara en las comidas

Que utilizará la prensión en pinza fina (oposición índice-pulgar)

Que dirá alguna palabra (mamá, papá, agua) y se detendrá a la orden del NO

ALERTA

Ausencia de 1 o más conductas adquiridas a los 9 meses

Dificultades notorias en la alimentación y/o sueño

Indiferencia ante la presencia de extraños

No manifiesta interés por objetos o personas que lo rodean (no extiende brazos, no pide "upa", no imita)

Irritabilidad. Llorisquee todo el tiempo

Pasividad en exceso

PERFIL DEL NIÑO DE 12 MESES

Empieza a hacer algunas cosas solo: a caminar, colocar objetos dentro de una caja y arrastrar objetos. Emite sonidos, repite palabras y señala con gestos lo que desea. Etapa de interacción social y afectiva donde aprende pautas de convivencia familiar.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

- Camina algunos pasos tomado de la mano del adulto
- Junta las manos en la línea media (aplaude)
- Preñión en pinza fina (opone índice-pulgar)
- Pronuncia 2 o 3 palabras simples (papá, mamá)
- Responde con la acción a órdenes verbales simples

COMIENZA A

- Jugar solo
- Introducir objetos pequeños en recipientes grandes (piedritas, cubos en taza)
- Construir torres
- Manifiesta su agresividad más claramente a través de rabietas, enojos.

ANTICIPAR

- Que caminará solo
- Que comerá solo con cuchara aunque derrame
- Que aumentará su vocabulario
- Que señalará con gestos aquello que quiere
- Que garabateará

ALERTA

- Ausencia de 1 o más conductas adquiridas a los 12 meses
- Falta de interés por: desplazarse, juguetes nuevos y el entorno.
- Apego excesivo con las personas que lo rodean
- Sumiso. "Demasiado bueno"
- Dificultades notorias en la alimentación y/o sueño.
- Llora frecuentemente, sin motivo aparente.

PERFIL DEL NIÑO DE 18 MESES

Etapa de incorporación a la familia, comenzando el desarrollo de su identidad. Emite frases simples y acata órdenes sencillas. Mejora el equilibrio y la coordinación para las actividades motoras. Adquiere destrezas manuales más complejas.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

- Camina solo
- Patea una pelota
- Bebe líquidos en vaso o taza

- Construye torres de 2 o más cubos
- Cumple órdenes sencillas (señala partes de su cuerpo)
- Repite 3 palabras que conoce a pedido del adulto
- Es capaz de señalar con el dedo lo que quiere acompañándolo de vocalizaciones
- Garabatea espontáneamente

COMIENZA A

- Correr
- Subir escaleras con ayuda
- Saltar
- Sacarse alguna ropa
- Ayudar en tareas simples de la casa
- Unir 2 palabras

ANTICIPAR

- Que comenzará a controlar esfínteres
- Que aprenderá hábitos de higiene (lavarse y secarse la manos)
- Que jugará con otros niños

ALERTA

- Ausencia de una o más conductas adquiridas a los 18 meses
- Dificultades notorias en la alimentación y/o sueño.
- Enfermedades frecuentes
- Pasividad, falta de iniciativa
- Ausencia de juego
- Insensible al dolor (golpes, caídas)
- Rabietas en exceso con llanto contenido
- Temores acentuados o poco habituales

PERFIL DEL NIÑO DE 2 AÑOS

Se desarrolla su identidad e independencia, adquiriendo un lugar dentro de la familia. Disfruta al colaborar con los adultos en tareas sencillas. Es capaz de simbolizar en sus juegos situaciones cotidianas. Intenta unir palabras para expresar sus ideas. Adquiere equilibrio y coordinación en actividades motoras complejas: caminar, saltar, correr, trepar.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

- Se para en un pie con ayuda
- Construye torres de 4 cubos

Garabatea

Frente a 4 objetos conocidos es capaz de nombrar uno

Usa cuchara

COMIENZA

Subir escaleras

Jugar en paralelo(individualmente frente a otro niño)

Lanzar la pelota

Trepar

Adquirir hábitos: lavarse y secarse manos y cara, ayudar a desvestirse y controlar esfínteres.

ANTICIPAR

Que andará en triciclo

Que comerá solo (empezará a usar tenedor)

Que colaborará en ponerse alguna ropa

Que se interesará y preguntará por su entorno

ALERTA

La ausencia de una o más conductas adquiridas a los 2 años.

Dificultades notorias en la alimentación y/o sueño.

Enfermedades frecuentes (ej. alergias)

Demasiado sumiso, dependiente. Pasivo

Falta de interés por lo que lo rodea (personas y objetos)

Agresivo en exceso

Temores acentuados o poco habituales

Ausencia de lenguaje verbal

PERFIL DEL NIÑO DE 3 AÑOS

Es sociable, conversador, pregunta por todo incorporando día a día nuevas palabras. Le gustan juegos de representación de personas y situaciones cotidianas. Manifiesta placer por actividades con agua, arena, plastilina, masa; dibujar y que le narren cuentos. Comienza a ser más independiente y tomar conciencia de los otros.

Domina la marcha y actividades motoras más complejas:corre, salta, trepa.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

Se para en 1 pie sin apoyo un seg. o más

Construye una torre de 5 o más cubos

Come solo utilizando la cuchara sin derramar

Nombra al menos 5 objetos conocidos

Se saca alguna ropa solo, se lava y seca manos y cara

COMIENZA

Jugar con otros

Desabotonar, desatar cordones

Usar verbos, construir frases

Cumplir órdenes complejas

Dibujar redondeles, líneas, figura humana

Esperar su turno

Decir su nombre, edad o sexo

ANTICIPAR

Que cantará canciones, contará cuentos e historias sencillas

ALERTA

La ausencia de una o más conductas adquiridas a los 3 años

Dificultades notorias en la alimentación y/o sueño

Enfermedades frecuentes(atención excesiva por parte de los padres)

Dificultad para relacionarse:inhibición, timidez, pasividad, agresividad e impulsividad en exceso. Ausencia de juego o juego repetitivo.

Masturbación compulsiva (gran parte del tiempo)

Ausencia de lenguaje verbal

PERFIL DEL NIÑO DE 4 AÑOS

Adquiere nuevos logros. desarrolla su independencia y perfecciona su autonomía. Es el apogeo del equilibrio motor con un mayor dominio de la rotación de muñeca y antebrazo.

Su expresión verbal es más imaginativa, conversa e interesa por todo preguntando el "por qué" de cada cosa. Escucha a los otros y es capaz de compartir juegos.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

Construye una torre de 8 o más cubos

Copia el círculo

Copia de línea recta

Dibuja 3 o más partes de la figura humana

Da respuestas coherentes a situaciones planteadas (qué hacer cuando se tiene hambre)

Salta 20 cms. con los pies juntos

Controla esfínteres

Comparte juegos

COMIENZA

Hacer nudos y moñas

Dominar el uso del tenedor

Andar en bicicleta con rueditas

Recortar con tijera

Memorizar canciones, cuentos sencillos

Desvestirse y vestirse con poca ayuda

Bañarse solo

Afirmar su personalidad, resistiéndose a la autoridad de los adultos

Hacer muchas preguntas ("por qué")

ANTICIPAR

Que se bañará, se vestirá y desvestirá solo y sin dificultades.

Que utilizará tiempos verbales y plurales correctamente.

Que usará el cuchillo.

ALERTA

La ausencia de una o más de las conductas adquiridas.

Dificultades en el sueño y/o la alimentación.

Enfermedades frecuentes.

Dificultad para relacionarse: inadaptación al jardín, miedos persistentes y generalizados, ausencia de juego, juegos repetitivos, impulsividad, pasividad, hiperactividad, inhibición, agresividad en exceso.

PERFIL DEL NIÑO DE 5 AÑOS

Tiene iniciativas para ayudar pero necesita la aprobación de sus padres. Intenta llamar la atención de sus padres, sentir que lo aman y aceptan como es. Comienza a interesarse por aprender a escribir y leer. Se siente que es grande.

CONDUCTAS ADQUIRIDAS

Se para en un pie sin apoyo 5 seg. o más.

Salta en un pie 3 o más veces sin apoyo.

Copia una cruz

Dibuja seis o más partes de la figura humana

Conoce el nombre de sus padres

Nombra y señala colores primarios.

Usa correctamente tiempos verbales y plurales.

COMIENZA

Trepar a los árboles, muros, juegos de equilibrio.

Atarse los cordones

Usar el cuchillo sin dificultad.

Hacer mandados sencillos

Inventar juegos y cambiar las reglas durante el juego.

Disfrutar del juego compartido con otros niños.

ANTICIPAR

La entrada a la Escuela.

ALERTA

La ausencia de una o más conductas adquiridas.

Dificultades en la alimentación, sueño y/o control de esfínteres.

Dificultad para relacionarse: impulsividad, pasividad, hiperactividad, inhibición, ausencia de juego, agresividad en exceso, miedos persistentes y generalizados, no manifiesta culpa, fantaseo en exceso (confunde fantasía y realidad), tendencia persistente y notoria a exhibirse o a mirar a otros.

Uso selectivo del lenguaje.

VALORACION PSICOSOCIAL

Dado que el desarrollo del niño está en estrecha relación con el entorno o ámbito de crianza, se recomienda abordar sistemáticamente determinados aspectos psicosociales. Esto implica valorar fenómenos de la relación madre-hijo, de las relaciones familiares, de los estilos de crianza, y dar lineamientos en ese sentido.

Es importante destacar que estas pautas no deben ser tomadas como mandatos rígidos, sino como guías que orienten la exploración y la acción, permitiendo al equipo de salud la necesaria flexibilidad que la tarea exige.

La recolección de información se enriquece si se busca la oportunidad de observar directamente, o a través de otros miembros del equipo, la interacción en situaciones cotidianas (domicilio, salas de espera, etc.).

Para que el niño reciba los cuidados adecuados, es necesario atender la situación de quienes lo cuidan.

AJUSTE MADRE-HIJO

OBJETIVOS	PREGUNTAS SUGERIDAS	INDICADORES DE RIESGO	RECOMENDACIONES
<p>PODER ENTENDERSE</p> <p>a) Investigar el grado de entendimiento entre la madre y el niño, a través de la entrevista y de la observación.</p> <p>b) Posibilitar la expresión de inquietudes parentales en relación al niño.</p>	<p>a) ¿Cómo se las arregla con su bebé-niño? ¿Es fácil de calmar, de consolar? Por ej. ¿Piensa que llora más que otros bebés-niños? ¿Siente que lo comprende?</p> <p>b) ¿Tiene alguna preocupación especial respecto a su bebé-niño?</p>	<p>a) La madre no responde a las necesidades del niño y le ofrece de menos o de más. hiperestimulación hipoestimulación negligencia: cuidados insuficientes, la madre no percibe riesgos evidentes</p> <p>b) Existencia de preocupaciones exageradas y/o no realistas</p>	<p>a) Vigilar el desarrollo; intervenir si fuese necesario Explorar los ítems siguientes Reforzar el soporte social Si aparece negligencia dar intervención a la Asistente Social y efectuar visita domiciliaria</p> <p>b) Permitir que la madre exprese sus preocupaciones brindándole respuestas claras</p>
<p>PODER COMPARTIR</p> <p>a) Identificar el grado de satisfacción de expectativas parentales; el hijo como fuente de gratificaciones/frustraciones.</p> <p>b) Identificar el autoconcepto de competencia materna.</p> <p>c) Identificar la capacidad de disfrute conjunto.</p>	<p>a) ¿El bebé-niño es como Ud. se imaginaba que iba a ser?</p> <p>b) ¿Cómo se siente Ud. como madre?</p> <p>c) ¿Qué cosas hace con su niño? Además de cambiarlo y alimentarlo, ¿qué otras actividades comparten? ¿Juegan?</p>	<p>a) Franca discrepancia entre la expectativa y la realidad. Ej.: sexo opuesto al deseado, malformaciones, déficits, etc.</p> <p>b) Percepción materna de incompetencia para su función</p> <p>c) La interacción se reduce exclusivamente a cuidados físicos el hijo es vivido como una carga y/o no produce satisfacción</p>	<p>Explorar la situación emocional de la madre. Ver disponibilidad parental-madre</p> <p>Reforzar el soporte social</p> <p>Vigilar el desarrollo e intervenir si fuese necesario</p>
<p>PODER DIFERENCIARSE</p> <p>a) Identificar las prácticas de crianza: capacidad de negociación entre la madre y el niño frente a conflictos cotidianos.</p> <p>b) Investigar la capacidad parental de poner límites adecuados</p> <p>c) Identificar la capacidad materna para permitir la separación individual del niño.</p>	<p>a) Qué hace Ud. cuando su hijo: no quiere comer desobedece (Interrogar áreas según edad del niño)</p> <p>b) ¿El niño siempre-nunca sale con la suya?</p> <p>c) ¿Cuándo cree Ud. que su hijo es capaz de desear cosas distintas a las que Ud. desea?</p>	<p>a) Existencia de prácticas de crianza: intrusivas (no reconoce lo que el niño puede por sí solo) inconsistentes (cambiantes según las personas y el momento) exigencias excesivas (le pide más de lo que puede) punitivas hostiles (maltrato)</p> <p>b) Límites insuficientes o excesivos</p>	<p>Frente a la detección de prácticas de crianza inadecuadas: explorar situación emocional de la madre vigilar el desarrollo brindar información sobre el valor favorecedor de la autonomía que tienen algunas conductas que las madres suelen interpretar como desafíos ("mañas") orientar en relación a la importancia de encontrar vías de negociación que favorezcan la interacción y propendan a una puesta de límites adecuada</p> <p>En caso de negligencia o maltrato: asistente social y derivación a técnicos especializados</p>

DISPONIBILIDAD PARENTAL

OBJETIVOS	PREGUNTAS SUGERIDAS	INDICADORES DE RIESGO	RECOMENDACIONES
<p>MADRE</p> <p>a) Identificar la situación emocional materna</p>	<p>¿Cómo se siente de ánimo?</p> <p>¿Está satisfecha con su vida?</p> <p>¿Hay algo que la preocupa especialmente?</p>	<p>“Mal momento anímico” que obstaculice la relación con el niño</p> <p>Depresión menor (desánimo habitual, sentimiento de valer poco, irritabilidad, sentimiento de soledad, dificultad para realizar tareas habituales)</p> <p>Depresión mayor (incapacidad total de experimentar placer aún en situaciones que lo producían previamente, ideación suicida).</p> <p>Otras patologías psiquiátricas (Psicosis, Retardo Mental, alcoholismo, drogadicción, etc.)</p>	<p>Vigilar el desarrollo del niño</p> <p>Apoyar y continental a la madre</p> <p>Evolución</p> <p>Derivación psiquiátrica</p>
<p>PADRE</p> <p>a) Investigar disponibilidad física y emocional del padre o sustituto</p> <p>b) Explorar si la actitud materna es facilitadora o de interferencia en la relación del padre con el hijo.</p>	<p>¿Qué actividades comparte el papá con el niño? ¿Juega? ¿Lo alimenta? ¿Lo cambia/ayuda a vestir? ¿A Ud. le gusta?</p> <p>¿El padre ayuda a la crianza?</p> <p>¿Ud. deja que él ayude?</p> <p>¿Siente que es suficiente la ayuda?</p>	<p>Padre ausente física o psíquicamente</p> <p>Falta de participación paterna en la crianza y en la interacción</p> <p>Madre que no permite o que interfiere en la relación padre-hijo</p> <p>Patología psiquiátrica (alcoholismo, drogadicción, retardo, etc.)</p>	<p>Promover la participación del padre en la crianza y en la interacción (información sobre la importancia del rol paterno-real o sustituto- en el desarrollo)</p> <p>Inclusión del padre en los encuentros cuando sea posible</p>

FAMILIA Y SOPORTE SOCIAL

OBJETIVOS	PREGUNTAS SUGERIDAS	INDICADORES DE RIESGO	RECOMENDACIONES
<p>a) Identificar la composición familiar actual y los soportes.</p>	<p>a) ¿Quiénes más viven con el niño?</p> <p>¿Cuenta con la ayuda de familiares o allegados si usted lo necesita?</p> <p>¿Quiénes?</p>	<p>a) Familia uniparental (madre o padre solo) con soporte social ausente o inadecuado</p>	<p>a) Evaluar repercusiones en el desarrollo del niño y en el clima familiar. Si las hubiera: reforzar el soporte participación del Asistente Social</p> <p>estimular durante el encuentro la participación activa de la madre, especialmente en casos de soportes sociales inadecuados (ej.: abuela u otro familiar reemplaza a la madre estando ésta presente)</p>
<p>b) Explorar el funcionamiento familiar: soporte afectivo autonomía comunicación</p>	<p>b) ¿La familia comparte actividades?</p> <p>¿Pueden resolver problemas juntos?</p> <p>¿Cada uno de los miembros tiene actividades propias?</p> <p>¿Tiene la pareja tiempo para estar sola?</p> <p>¿Cómo se llevan?</p> <p>¿Se acostumbra conversar entre los miembros?</p> <p>¿Hay muchas discusiones que terminan en gritos o peleas físicas?</p>	<p>b) Familia con dificultades para mantener espacios que aseguren que cada uno encuentre su lugar y cumpla con el rol de padre, esposo, hijo, etc.</p> <p>Familias con mala relación (insatisfactoria)</p> <p>Violencia familiar</p>	<p>b) Sugerencias sobre importancia de mantener un adecuado equilibrio entre las distintas funciones familiares.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>En caso de violencia familiar: asistente social y/o derivación a técnicos especializados</p> </div>
<p>c) Averiguar condiciones de vida: sucesos vitales estresantes y soporte social</p> <p>1) Detectar sucesos vitales estresantes (cambios que exigen reajustes) agudos, fundamentalmente aquellos vividos como negativos.</p> <p>2) Detectar sucesos vitales estresantes crónicos</p> <p>3) Detectar en qué medida la familia está relacionada con redes de apoyo material, emocional e informacional</p>	<p>1) ¿Ha habido algún cambio reciente en su vida personal o familiar? (por ejemplo: separación, muerte, nacimiento, pérdida de empleo, mudanza, etc.)</p> <p>2) Interrogar y observar las condiciones socio-económicas y ambientales (ingresos, vivienda, etc.)</p> <p>3) ¿Tiene personas o lugares con los que pueda contar frente a dificultades?</p> <p>¿Está vinculada/o o participa de algún grupo en el que se sienta cómoda/o?</p>	<p>1) Presencia de sucesos agudos en el área personal, familiar y/o económico-familiar que obstaculicen el potencial sostenedor de la familia</p> <p>2) Pobreza extrema</p> <p>3) Carencia de vínculos suficientes de intimidad y confianza</p> <p>Carencia de recursos materiales e informacionales para enfrentar situaciones nuevas o negativas</p>	<p>1) Reforzar el soporte social. Evaluar el impacto en el niño Valorar participación del Asistente Social y/o derivación a técnicos especializados, según intensidad y duración del impacto del suceso.</p> <p>2) Participación de asistente social y visita domiciliaria. Reforzar el soporte social</p> <p>3) Incorporar la relación técnico-familia como recurso de sostén</p> <p>Reforzar el soporte social Participación del Asistente Social</p> <p>Conexión con organizaciones de la zona</p>

APARTADO III

TABLAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR NIÑOS DE 2-5 AÑOS DE SECTORES POBRES DEL URUGUAY

TABLA I
DISTRIBUCION POR EDAD EN POBLACION ESTUDIADA Y DE REFERENCIA

EDAD	POBLACION ESTUDIADA		POB. REFERENCIA
	Sect. pobres	Sect. no pobres	Santiago-Chile
2.0.0-2.6.0	93 16%	8 14.0%	90 16.7%
2.6.1-3.0.0	86 15%	7 12.0%	90 16.7%
3.0.1-3.6.0	107 19%	8 14.0%	90 16.7%
3.6.1-4.0.0	112 19%	9 16.0%	90 16.7%
4.0.1-4.6.0	84 15%	12 20.0%	90 16.7%
4.6.1-5.0.0	93 16%	14 24.0%	90 16.7%
TOTAL	575 100%	59 100.0%	540 100.0%

DESARROLLO PSICOMOTOR POR AREA Y LOCALIZACION EN LOS NIÑOS DE SECTORES POBRES URBANOS

TABLA II
AREA COORDINACION

CATEGORIAS	LOCALIZACION				
	MG	C	S	CI	NCI
NORMAL	70.7%	64.5%	63.9%	69.9%	67.2%
RIESGO	26.7%	24.1%	29.6%	23.0%	23.2%
RETRASO	2.6%	11.5%	6.5%	7.1%	9.6%

p=.34

Cr=.08

MG -Montevideo General

C -Cantegriles

S -Satélites

CI -Capitales del Interior

NCI -No Capitales del Interior

**TABLA III
AREA LENGUAJE**

CATEGORIAS	LOCALIZACION				
	MG	C	S	CI	NCI
NORMAL	45.9%	45.9%	59.6%	61.2%	64.7%
RIESGO	39.4%	35.8%	19.8%	28.5%	21.3%
RETRASO	14.7%	18.3%	20.5%	10.3%	14.1%

p=.01

Cr =.12

**TABLA IV
AREA MOTRICIDAD**

CATEGORIAS	LOCALIZACION				
	MG	C	S	CI	NCI
NORMAL	87.3%	83.9%	86.9%	81.6%	82.2%
RIESGO	10.0%	12.6%	7.0%	13.1%	14.2%
RETRASO	2.7%	3.5%	6.0%	5.3%	3.6%

p=.75

Cr =.06

**EDAD DE LOGRO DE CONDUCTAS DEL TEPsi POR AREA Y NIVEL SOCIOECONOMICO
SEGUN RANGOS PERCENTILICOS (25 Y 75)**

**TABLA V
AREA COORDINACION**

DESCRIPCION	POBRES		NO POBRES	
	p:25	p:75	p:25	p:75
1C Trasl. agua de l vaso a otro sin derramar	*	2.6-3.0	*	2.6-3.0
2C Construye un puente con 3 cubos	2.6-3.0	3.6-4.0	2.6-3.0	3.0-3.6
3C Construye una torre de 8 o más cubos	2.0-2.6	3.0-3.6	2.0-2.6	3.0-3.6
4C Desabotona	2.0-2.6	3.0-3.6	2.0-2.6	2.6-3.0
5C Abotona	2.6-3.0	3.0-3.6	2.6-3.0	3.0-3.6
6C Enhebra una aguja	2.6-3.0	3.6-4.0	2.6-3.0	3.6-4.0
7C Desata cordones	*	2.6-3.0	*	2.0-2.6

sigue »

8C Copia una línea recta	3.0-3.6	4.0-4.6	2.0-2.6	4.0-4.6
9C Copia un círculo	3.6-4.0	##	3.6-4.0	4.6-5.0
10C Copia una cruz	3.6-4.0	#	3.6-4.0	4.6-5.0
11C Copia un triángulo	#	##	4.6-5.0	##
12C Copia un cuadrado	#	##	4.6-5.0	##
13C Dibuja 9 o más partes de la figura humana	#	##	4.6-5.0	##
14C Dibuja 6 o más partes de la figura humana	4.0-4.6	##	3.6-4.0	4.6-5.0
15C Dibuja 3 o más partes de la figura humana	3.0-3.6	4.6-5.0	3.0-3.6	3.6-4.0
16C Ordena por tamaño	3.6-4.0	##	3.6-4.0	4.6-5.0

percentil 25 no logrado

* percentil 25 logrado antes del grupo etario 2.0-2.6

percentil 75 no logrado

**TABLA VI
AREA LENGUAJE**

DESCRIPCION	POBRES		NO POBRES	
	P:25	P:75	P:25	P:75
1L Reconoce grande-chico	2.6-3.0	4.0-4.6	2.0-2.6	3.6-4.0
2L Reconoce más-menos	3.0-3.6	4.6-5.0	3.0-3.6	4.6-5.0
3L Nombra animales	2.6-3.0	4.6-5.0	2.0-2.6	3.0-3.6
4L Nombra objetos	2.6-3.0	3.6-4.0	2.0-2.6	2.6-3.0
5L Reconoce largo-corto	2.6-3.0	4.6-5.0	2.6-3.0	##
6L Verbaliza acciones	4.0-4.6	##	2.6-3.0	4.0-4.6
7L Conoce la utilidad de objetos	2.6-3.0	3.6-4.0	2.6-3.0	3.0-3.6
8L Discrimina pesado-liviano	2.0-2.6	3.6-4.0	2.0-2.6	3.0-3.6
9L Verbaliza su nombre y apellido	2.6-3.0	##	2.6-3.0	4.0-4.6
10L Identifica su sexo	2.0-2.6	3.0-3.6	2.0-2.6	2.6-3.0
11L Conoce el nombre de sus padres	2.6-3.0	4.0-4.6	2.6-3.0	4.0-4.6
12L Da resp. coherentes a situaciones planteadas	2.6-3.0	3.6-4.0	2.6-3.0	3.6-4.0
13L Comprende preposiciones	2.6-3.0	3.0-3.6	2.6-3.0	3.0-3.6
14L Razona por analogías opuestas	3.0-3.6	4.6-5.0	2.6-3.0	3.6-4.0
15L Nombra colores	4.6-5.0	##	2.6-3.0	4.6-5.0
16L Señala colores	3.6-4.0	##	2.6-3.0	4.0-4.6

sigue »

17L Nombra figuras geométricas	#	##	3.0-3.6	4.6-5.0
18L Señala figuras geométricas	3.6-4.0	##	2.6-3.0	4.6-5.0
19L Describe escenas	3.0-3.6	4.6-5.0	3.0-3.6	##
20L Reconoce absurdos	4.0-4.6	##	2.6-3.0	##
21L Usa plurales	2.6-3.0	4.0-4.6	2.0-2.6	3.0-3.6
22L Reconoce antes-después	4.6-5.0	##	3.6-4.0	##
23L Define palabras	3.0-3.6	4.0-4.6	3.0-3.6	##
24L Nombra características de objetos	4.6-5.0	##	3.6-4.0	##

* percentil 25 logrado antes del grupo etario 2.0-2.6
 # percentil 25 no logrado
 ## percentil 75 no logrado

**TABLA VII
 AREA MOTRICIDAD**

DESCRIPCION	POBRES		NO POBRES	
	P:25	P:75	P:25	P:75
1M Salta con 2 pies juntos en el mismo lugar	2.0-2.6	3.0-3.6	2.0-2.6	3.0-3.6
2M Camina 10 pasos con un vaso lleno de agua	2.0-2.6	2.6-3.0	2.0-2.6	3.0-3.6
3M Lanza una pelota en una dir. determinada	*	2.0-2.6	*	3.6-4.0
4M Se para en 1 pie sin apoyo 10 segs. o más	4.0-4.6	##	3.6-4.0	##
5M Se para en 1 pie sin apoyo 5 segs. o más	2.6-3.0	4.0-4.6	2.6-3.0	4.0-4.6
6M Se para en un pie sin apoyo 1 seg. o más	2.0-2.6	3.6-4.0	*	2.6-3.0
7M Camina en punta de pie 6 o más pasos	2.0-2.6	3.0-3.6	2.6-3.0	3.6-4.0
8M Salta 20 cms. con los pies juntos	2.6-3.0	3.6-4.0	2.6-3.0	3.6-4.0
9M Salta en un pie 3 o más veces sin apoyo	3.0-3.6	4.0-4.6	3.0-3.6	4.0-4.6
10M Toma una pelota	3.0-3.6	##	3.6-4.0	##
11M Camina hacia adelante tocando punta-talón	4.0-4.6	##	3.6-4.0	##
12M Camina hacia atrás tocando punta-talón	4.6-5.0	##	4.6-5.0	##

* percentil 25 logrado antes del grupo etario 2.0-2.6
 # percentil 25 no logrado
 ## percentil 75 no logrado

SIGNIFICACION DE LAS DIFERENCIAS SEGUN ADQUISICION DE LOS ÍTEMS DEL TEPSI EN SECTORES POBRES - NO POBRES

**TABLA VIII
 AREA COORDINACION**

DESCRIPCION	SECT. POBRES		SECT. NO POBRES		p
	EDAD	%	EDAD	%	
1C Trasl. agua de un vaso a otro sin derramar	2.6-3.0	82.9	2.6-3.0	80.0	0.00
2C Construye un puente con 3 cubos	3.6-4.0	80.5	3.0-3.6	80.0	0.00
3C Construye una torre de 8 o más cubos	3.0-3.6	84.8	3.0-3.6	75.6	0.00
4C Desabotona	3.0-3.6	93.2	2.6-3.0	82.2	0.00
5C Abotona	3.0-3.6	79.2	3.0-3.6	85.6	0.00
6C Enhebra una aguja	3.6-4.0	75.0	3.6-4.0	84.4	0.00
7C Desata cordones	2.6-3.0	82.7	2.0-2.6	80.0	0.05
8C Copia una linea recta	4.0-4.6	80.3	4.0-4.6	76.7	0.00
9C Copia un círculo	4.6-5.0	43.0	4.6-5.0	74.0	>0.05
10C Copia una cruz	4.6-5.0	64.4	4.6-5.0	75.0	0.00
11C Copia un triángulo	4.6-5.0	14.5	4.6-5.0	34.4	>0.05
12C Copia un cuadrado	4.6-5.0	18.1	4.6-5.0	33.3	>0.05
13C Dibuja 9 o más partes de una figura humana	4.6-5.0	14.8	4.6-5.0	41.0	>0.05
14C Dibuja 6 o más partes de una figura humana	4.6-5.0	51.5	4.6-5.0	81.1	>0.05
15C Dibuja 3 o más partes de una figura humana	4.6-5.0	83.4	3.6-4.0	78.9	>0.05
16C Ordena por tamaño	4.6-5.0	63.0	4.6-5.0	41.0	>0.05

**TABLA IX
 AREA LENGUAJE**

DESCRIPCION	POBRES		NO POBRES		p
	EDAD	%	EDAD	%	
1L Reconoce grande-chico	4.0-4.6	85.6	3.6-4.0	84.4	0.00
2L Reconoce más-menos	4.6-5.0	74.1	4.6-5.0	83.3	0.00
3L Nombra animales	4.6-5.0	84.2	3.0-3.6	77.8	>0.05
4L Nombra objetos	3.6-4.0	82.8	2.6-3.0	76.7	>0.05
5L Reconoce largo-corto	4.6-5.0	77.0	4.6-5.0	61.0	0.05
6L Verbaliza acciones	4.6-5.0	50.8	4.0-4.6	80.0	>0.05

sigue »

7L Conoce la utilidad de objetos	3.6-4.0	77.6	3.0-3.6	87.6	0.05
8L Discrimina pesado-liviano	3.6-4.0	80.9	3.0-3.6	88.9	0.05
9L Verbaliza su nombre y apellido	4.6-5.0	67.1	4.0-4.6	76.0	0.00
10L Identifica su sexo	3.0-3.6	81.4	2.6-3.0	78.9	0.05
11 L Conoce el nombre de sus padres	4.0-4.6	79.1	3.6-4.0	80.0	0.05
12L Da resp. coherentes a situaciones planteadas	3.6-4.0	75.2	3.6-4.0	88.9	0.05
13L Comprende preposiciones	3.0-3.6	78.4	3.6-4.0	82.2	0.00
14L Razona analogías opuestas	4.6-5.0	75.6	3.6-4.0	81.0	>0.05
15 L Nombra colores	4.6-5.0	31.5	4.6-5.0	82.2	>0.05
16 L Señala colores	4.6-5.0	48.4	4.0-4.6	80.0	>0.05
17 L Nombra fig. geométricas	4.6-5.0	13.3	4.6-5.0	76.7	>0.05
18 L Señala fig. geométricas	4.6-5.0	40.9	4.0-4.6	87.8	>0.05
19L Describe escenas	4.6-5.0	89.0	4.6-5.0	48.9	>0.05
20L Reconoce absurdos	4.6-5.0	40.5	4.6-5.0	72.0	>0.05
21L Usa plurales	4.0-4.6	75.4	3.0-3.6	83.3	0.05
22L Reconoce antes-después	4.6-5.0	36.0	4.6-5.0	61.0	>0.05
23L Define palabras	4.0-4.6	76.4	4.6-5.0	64.0	0.05
24L Nombra características de objetos	4.6-5.0	42.0	4.6-5.0	65.0	0.05

TABLA X
AREA MOTRICIDAD

DESCRIPCION	POBRES		NO POBRES		p
	EDAD	%	EDAD	%	
1M Salta con 2 pies juntos	3.0-3.6	83.9	3.0-3.6	78.9	0.00
2M Camina 10 pasos con un vaso de agua	2.6-3.0	82.4	3.0-3.6	84.4	0.00
3M Lanza una pelota en una dir. determinada	2.0-2.6	90.0	3.0-3.6	84.4	0.05
4M Se para en 1 pie sin apoyo 10 segs. o más	4.6-5.0	63.1	4.6-5.0	60.0	0.00
5M Se para en 1 pie sin apoyo 5 segs. o más	4.0-4.6	76.6	4.0-4.6	75.6	0.00
6M Se para en un pie sin apoyo 1 seg. o más	3.0-3.6	88.3	2.6-3.0	88.9	>0.05
7M Camina en punta de pie 6 o más pasos	3.0-3.6	82.0	3.6-4.0	76.7	0.00
8M Salta 20 cms. con los pies juntos	3.6-4.0	79.1	3.6-4.0	78.9	0.00
9M Salta en un pie 3 o más veces sin apoyo	4.0-4.6	80.3	4.6-5.0	88.9	0.00
10M Toma una pelota	4.6-5.0	50.6	4.6-5.0	67.8	0.05
11M Camina hacia adelante tocando punta-talón	4.6-5.0	63.2	4.6-5.0	65.6	0.00
12M Camina hacia atrás tocando punta-talón	4.6-5.0	26.1	4.6-5.0	27.8	0.00

TABLA XI
ADQUISICION SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA DEL ÍTEM 10 C *
EN RELACION AL AREA DEL LENGUAJE.

CATEGORIAS	POBRES		NO POBRES	
	NO ADQ.	ADQUIRIDO	NO ADQ.	ADQUIRIDO
NORMALIDAD	47.8%	49.1%	71.4%	94.1%
RIESGO	20.5%	38.0%	28.6%	5.9%
RETRASO	31.7%	12.9%	0.0%	0.0%

p = .002

p = ns

Cr = .25

Cr = .31

N= 176

N= 25

* Copia una cruz del área de Coordinación

TABLA XII
ADQUISICION SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA DEL ÍTEM 9 C *
EN RELACION AL AREA DEL LENGUAJE

CATEGORIAS	POBRES		NO POBRES	
	NO ADQ.	ADQUIRIDO	NO ADQ.	ADQUIRIDO
NORMALIDAD	53.1%	40.9%	75.0%	100.0%
RIESGO	23.6%	40.3%	25.0%	0.0%
RETRASO	23.4%	18.8%	0.0%	0.0%

p= .06

p = ns

Cr = .17

Cr = .37

N= 176

N= 25

* Copia un círculo del área de Coordinación

TABLA XIII
ADQUISICION SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA DEL ÍTEM I2 C *
EN RELACION AL AREA DEL LENGUAJE

CATEGORIAS	POBRES		NO POBRES	
	NO ADQ.	ADQUIRIDO	NO ADQ.	ADQUIRIDO
NORMALIDAD	47.8%	49.1%	71.4%	94.1%
RIESGO	20.5%	38.0%	28.6%	5.9%
RETRASO	31.7%	12.9%	0.0%	0.0%

p= .002

p= ns

Cr= .25

Cr= .31

N= 176

N= 25

* Copia un cuadrado del área de Coordinación

TABLA XIV
DESCRIPCION DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO
SEGUN CRITERIO AMPLIADO

	POBRES (por localización)					NO POBRES
	MG	C	S	CI	NCI	
NORMAL	38.0%	40.1%	46.8%	46.9%	51.5%	71.4%
DAÑO LEVE	42.7%	31.2%	23.1%	36.0%	26.4%	26.8%
DAÑO FRANCO	19.3%	23.7%	30.1%	17.1%	22.1%	1.8%

p=.006

Cr = .15

N= 634

MG -Montevideo General

C -Cantegriles

S -Satélites

CI -Capitales del Interior

NCI -No Capitales del Interior

TABLA XV
DESARROLLO PSICOMOTOR POR CRITERIO DE DAÑO Y POR SEXO
SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA

	POBRES		NO POBRES	
	VARONES	NIÑAS	VARONES	NIÑAS
NORMAL	36.3%	51.1%	71.9%	70.8%
DAÑO LEVE	41.2%	32.5%	28.1%	25.0%
DAÑO FRANCO	22.5%	16.4%	0.0%	4.2%*

p=.001

p= ns

Cr=.15

Cr= .15

N= 580

N= 54

* Corresponde a un solo caso.

TABLA XVI
DESARROLLO PSICOMOTOR POR CRITERIO DE DAÑO Y POR EDAD
EN LOS SECTORES POBRES URBANOS DEL URUGUAY

	EDAD (años-meses-días)					
	2.00-2.60	2.61-3.00	3.01-3.60	3.61-4.00	4.01-4.60	4.61-5.00
NORMAL	51.1%	45.2%	56.0%	33.1%	36.7%	36.3%
DAÑO LEVE	38.3%	42.1%	33.8%	37.4%	35.5%	36.6%
DAÑO FRANCO	10.6%	12.7%	10.2%	29.5%	27.8%	27.3%

p=.0002

Cr=.16

N= 580

APARTADO IV**DEFINICION DE VARIABLES POR AREAS
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES****I AREA SOCIAL****AREA SOCIO-ECONOMICA Y SOPORTE SOCIAL****a) Ingresos Cond. laboral:**

- 1.- Ingreso en rel. con línea de pobreza
- 2.- Condición laboral del padre
- 3.- Condición laboral entrevistada
- 4.- Categoría socioprofesional de la entrevistada
- 5.- Estado civil

b) Vivienda:

- 6.- Hacinamiento
- 7.- Promiscuidad
- 8.- Ocupación de la vivienda (hacinamiento más promiscuidad)
- 9.- Nivel de la vivienda
- 10.- Conservación de la vivienda
- 11.- Equipamiento
- 12.- Aseo de la vivienda
- 13.- Otras piezas

AREA SOCIAL COMUNITARIA

- 1.- Uso de servicios preescolares
- 2.- Ayuda en la crianza
- 3.- Calidad de la ayuda
- 4.- Aislamiento social del niño

II AREA FAMILIAR**MORFOLOGIA FAMILIAR**

- 1.- Número de personas (familia numerosa)

2.- Familia uniparental

3.- Existencia de pareja en el hogar

4.- Parentesco de la pareja con el niño

5.- Presencia del padre biológico

CLIMA FAMILIAR**-En la pareja:**

6.- Relación de la pareja

7.- Estabilidad de la pareja

-En la familia:

8.- Imagen materna de la relación familiar

9.- Calidad de la relación familiar

10.- Interacción familiar y participación activa del niño

11.- Discusiones violentas

CREENCIAS Y PRACTICAS DE CRIANZA

12.- Información sobre sexualidad

13.- Información sobre la muerte

Machismo (doble norma)

14.- Niñas para el sacrificio

15.- Varón para mandar

16.- Varones con más libertad

17.- Niñas-dependencia

18.- Mujer para la casa

Otras prácticas

19.- Valor del juego

20.- Colecho con padres

Reacciones agresivas frente a:

- 21.- Expresión de sentimientos
 - 22.- Expresión de rabia
 - 23.- Negativa a comer
 - 24.- Control de los esfínteres
 - 25.- Manipulación de objetos
 - 26.- Control de peleas (lo más frecuente)
 - 27.- Control de peleas (lo siguiente)
 - 28.- Control de desobediencia (lo más frecuente)
 - 29.- Control de desobediencia (lo siguiente)
- Sobreprotección
- 30.- Sentimientos maternos frente al juego
 - 31.- Sentimientos maternos frente a la separación del niño
 - 32.- Actitud materna en la entrevista
- SUCESOS VITALES ESTRESANTES
- 33.- Prisión de algún miembro
 - 34.- Internación del niño en el último año
 - 35.- Situación familiar 5 años antes
 - 36.- Mudanzas

III DISPONIBILIDAD PARENTAL

DISPONIBILIDAD MATERNA

- 1.- Edad de la madre
 - 2.- Estado civil de la madre
 - 3.- Instrucción materna
- DISPONIBILIDAD FISICA DE LA MADRE
- 4.- Tiempo de trabajo materno
 - 5.- Lugar de trabajo materno
 - 6.- Horas diarias de ausencia materna por trabajos
 - 7.- Ausencia materna del hogar
 - 8.- Tiempo de trabajo

FACTORES EMOCIONALES DE LA DISPONIBILIDAD MATERNA

- 9.- Autoimagen materna

- 10.- Grado de satisfacción madre-autorealizaciones
 - 11.- Grado de satisfacción Madre-Hombre
 - 12.- Grado de satisfacción madre-hijos
 - 13.- Calidad del vínculo según la imagen del padre en el discurso de la entrevistada
- PSICOPATOLOGIA PARENTAL
- 14.- Depresión materna
 - 15.- Ingesta de ansiolíticos
 - 16.- Internación psiquiátrica
 - 17.- Alcoholismo pacífico
 - 18.- Alcoholismo violento
 - 19.- Fugas

20.- Institucionalización (internación en el Consejo) DIFICULTAD EN LA CAPACIDAD PERCEPTIVA MATERNA

- 21.- Actitud materna frente a las preguntas
- 22.- Valoración del lenguaje
- 23.- Abandono del niño

DISPONIBILIDAD PATERNA

24 - Padre biológico ausente DISPONIBILIDAD FISICA DEL PADRE AUSENTE

- 25.- Padre biológico ausente del hogar
- 26.- Visitas del padre ausente

DISPONIBILIDAD EMOCIONAL DEL PADRE

- 27.- Rol físico del padre ausente
- 28.- Rol lúdico del padre ausente
- 29.- Rol interpersonal del padre ausente

- 30.- Paseos con el padre ausente
- 31.- Rol punitivo del padre ausente

PADRE O SUSTITUTO PRESENTE EN EL HOGAR

- 32.- Rol participativo del padre o sustituto
- 33.- Rol interpersonal del padre o sustituto presente
- 34.- Rol lúdico del padre o sustituto presente
- 35.- Rol interpersonal del padre o sustituto presente

- 36.- Rol punitivo del padre o sustituto presente
- 37.- Peso en las decisiones

IV- CARACTERISTICAS PROPIAS DEL NIÑO

- 1.- Sexo del niño
- 2.- Estado nutricional del niño

- 3.- Peso al nacer
- 4.- Actitud del niño frente al entrevistador
- 5.- Distancia afectiva del niño

DESCRIPCION DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y DICOTOMIZACION EN RIESGO Y NO RIESGO A PARTIR DE LA ENCUESTA DEL CLAEH

AREA SOCIAL COMUNITARIA

1. Uso de servicios preescolares. Si la madre trabaja, ¿alguno de los hijos asiste a guardería o jardín?

- Riesgo: • No.
No riesgo: • Sí.

2. Ayuda en la crianza. ¿Hay alguien que la ayuda frecuentemente en la crianza de los niños?

- 1er. criterio
Riesgo: • Nadie.
No riesgo: • Esposo/compañero.
• Hijos varones.

- Hijas mujeres.
• Abuela materna.
• Abuelos del niño.
• Parientes o moradores.
• Vecinos.
• Cuidadora paga.

2do. criterio

- Riesgo: • Hijos varones.
• Hijas mujeres.
No riesgo: • Abuela materna.
• Esposo/compañero.
• Abuelos del niño.
• Parientes o moradores.
• Vecinos.
• Cuidadora paga.

- Excluye: • Nadie.

3. Calidad de la ayuda. La ayuda es:

- Riesgo: • Insuficiente.
No riesgo: • Suficiente.
Excluye: • No la ayuda nadie.
• En realidad lo cría.

4. Aislamiento social del niño. ¿Cuántas veces a la semana está el niño con otras personas?

- Riesgo: • Nunca.
No riesgo: • 3 o más veces.
• 1-2 veces/semana.
• Menos de 1 vez/semana.

AREA SOCIO-ECONOMICA

INGRESOS-CONDICIÓN LABORAL

5. Ingreso en relación con línea de pobreza.

6. Condición laboral del padre.

- Riesgo: • Labores de la casa.
• Estudiante.
• Jubilado/pensionista.
• Rentista.
• Otro inactivo.
• Desocupado.
• Busca trabajo por primera vez.
No riesgo: • Con trabajo estable.
• Con trabajo inestable.

- Riesgo: • Igual a la pregunta 6.

- No riesgo: • Igual a la pregunta 6.
- 8. Categoría socioprofesional de la entrevistada.**
- Riesgo: • Empleada doméstica.
- No riesgo: • Categorías superiores.
- Artesanos.
 - Pequeños comerciantes.
 - Pequeños agricultores.
 - Rentista.
 - Empleado privado.
 - Funcionario público.
 - Obrero calificado privado.
 - Obrero calificado público.
 - FF.AA. y policía.
 - Obrero agrícola.
 - Trabajador urbano.
 - Categoría no bien definida.

9. Estado civil

- Riesgo: • Soltera.

10. VIVIENDA.

11. Hacinamiento. N° personas/piezas usadas para dormir.

- Riesgo: • 3 o más.
- No riesgo: • <3.

12. Promiscuidad. N° personas/N° de camas de la vivienda.

- Riesgo: • 1,5 o más.
- No riesgo: • <1,5.

13. Ocupación de la vivienda. Relaciona hacinamiento y promiscuidad.

- Riesgo: • Hacinamiento + promiscuidad.
- No riesgo: • Sin ambos.
- Excluye: • Hacinamiento solo.
- Promiscuidad solo.

14. Nivel de la vivienda.

- Riesgo: • Con deficiencias grandes.
- Con deficiencias importantes.
- No riesgo: • Sin deficiencias registradas.

15. Conservación de la vivienda. Item de observación.

- Riesgo: • Deteriorada.
- No riesgo: • En proceso de deterioro.
- Bien conservada.

16. Equipamiento: heladera. ¿Tiene Ud. heladera en funcionamiento?

- Riesgo: • No.
- No riesgo: • Sí.

17. Aseo de la vivienda. Item de observación.

- Riesgo: • Sucia y desordenada.
- No riesgo: • Aseada y arreglada.
- Aseada.

18. Otras piezas. Piezas usadas para dormir/total de piezas de la vivienda.

- Riesgo: • Ninguna pieza.
- Una pieza.
- No riesgo: • 2 o más piezas.

AREA FAMILIAR**A. MORFOLOGÍA FAMILIAR**

19. Número de personas (familia numerosa).

- Riesgo: • 5 o más personas.
- No riesgo: • Menos de 5 personas.

20. Familia uniparental.

- Riesgo: • Nuclear de madre sola.
- No riesgo: • Nuclear completa.
- Extensa.

21. Existencia de pareja en el hogar. ¿Cuál es el vínculo de la pareja? (entre la madre o sustituta y el padre o sustituto).

- Riesgo: • No forman pareja.
- No riesgo: • Casados.
- Unión libre.

22. Parentesco de la pareja con el niño. ¿Cuál es el parentesco de la pareja con el niño?

- Riesgo: • Ninguno de los dos son padres biológicos.
- No riesgo: • Ambos son padres biológicos.
- La madre sí, el padre no.
 - El padre sí, la madre no.
- Excluye: • No forman pareja.

23. Presencia del padre biológico. El padre del niño, ¿vive en la casa?

- Riesgo: • No.
- No riesgo: • Sí.

B. CLIMA FAMILIAR**EN LA PAREJA**

24. Relación de la pareja.

¿Cómo se lleva Ud. con su pareja?

- Riesgo: • Hay muchas discrepancias, muchos conflictos.
- No riesgo: • Están generalmente de acuerdo.
- No hay mayores problemas, pero tampoco mucha unión ni comunicación.

25. Estabilidad de la pareja.

La pareja ¿ha cambiado en vida del niño?

- Riesgo: • Una vez.
- Más de una vez.
- No riesgo: • No.
- Excluye: • No forman pareja.

EN LA FAMILIA

26. Imagen materna de la relación familiar.

Sra., ¿cómo se llevan en general los miembros de la familia?

- Riesgo: • Cada uno hace lo suyo, sin demasiada unión.
- Peor que otras familias.
- No riesgo: • Mejor que otras familias.
- Con discusiones como cualquier familia.

27. Calidad de la relación familiar.

Se basa en la imagen materna de las relaciones y la calidad del vínculo de pareja.

- Riesgo: • Neutra.
- Disarmónica.
 - Mixta.
- No riesgo: • Armónica.
- Excluye: • No forman pareja.

28. Interacción familiar y participación activa del niño. Cuando hay varias personas en la casa, ¿qué es lo más frecuente?

- Riesgo: • Nunca están juntos.

- Que estén mirando TV sin hablar.
- Que estén mirando TV y no dejen hablar a los niños.
- Que los mayores charlen y no dejen participar a los niños.
- Otros.

- No riesgo: • Que estén mirando TV y comenten.
- Que mientras realizan alguna actividad (juego de cartas) comenten cosas que les pasaron durante el día.
 - Que todos cuenten cosas, opinen o pregunten.

29. Discusiones violentas.

¿Hay discusiones en casa todas las semanas?

- Riesgo: • Sí, de romper cosas.
- Sí, de tomarse a golpes entre adultos.
 - Sí, de pegar a los niños sin motivo.
 - Sí, de palabras fuertes.
- No riesgo: • No hay discusiones violentas.

C. CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE CRIANZA

30. Información sobre sexualidad.

¿Cuándo cree Ud. que es conveniente decirle la verdad al niño sobre cómo nacen los niños?

- Riesgo: • Después de los 6 años.
- Después de los 13 años.
 - Que lo averigüe cuando sea grande.
 - Otros.
- No riesgo: • Cuando lo pregunta.

31. Información sobre la muerte. Cuando muere una persona cercana, ¿qué piensa Ud. que es lo mejor?

- Riesgo: • No mencionar el tema.
- Decirle que se fue de viaje.
 - Otros.
- No riesgo: • Decirle que se fue al cielo (si es coherente con la creencia familiar).
- Si lo pregunta, explicarle.
 - Explicarle lo que es la muerte.

MACHISMO (DOBLE NORMA)

Sra., ¿está Ud. de acuerdo con estas frases?

32. Niñas para el sacrificio.

A las niñas hay que educarlas para mayores sacrificios.

Riesgo: • Sí.
No riesgo: • No.

33. Varón para mandar. A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa.

Riesgo: • Sí.
No riesgo: • No.

34. Varones con más libertad. ¿A los varones se les puede dar más libertad que a las niñas?

Riesgo: • Sí.
No riesgo: • No.

35. Niñas-dependencia.

A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno.

Riesgo: • Sí.
No riesgo: • No.

36. Mujer para la casa. A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa.

Riesgo: • Sí.
No riesgo: • No.

OTRAS PRÁCTICAS

37. Valor del juego.

¿Para qué cree Ud. que le sirve el juego al niño?

Riesgo: • Para nada.
• Para que no molesten.
• Otros.
No riesgo: • Para entretenerse.
• Para aprender cosas, conocer el medio.

38. Colecho con padres. Si constató que los niños no tienen cama, ¿con quién duermen?

Riesgo: • Duermen al lado de la madre.
• Duermen al lado del padre.
• Duermen en medio de la pareja.
No riesgo: • Tienen cama propia.
• Comparten la cama con sus hermanos.
• Comparten la cama con otros familiares.
• Comparten la cama con otros no familiares.

REACCIONES AGRESIVAS FRENTE A:

39. Expresión de sentimientos. ¿Qué hace Ud. cuando el niño está asustado o con miedo?

Riesgo: • Lo deja tranquilo, no interviene.
• Lo ridiculiza, se burla.
• Le grita, lo amenaza, lo reta.
• Le pega.
• Lo obliga físicamente.
No riesgo: • Le explica, le muestra.
• Lo distrae.
• Le devuelve algún apoyo afectivo (no verbal).

40. Expresión de rabia.

¿Qué hace Ud. cuando el niño está con rabia?

Riesgo: • Lo deja tranquilo, no interviene.
• Lo ridiculiza, se burla.
• Le grita, le pega, lo amenaza.
• Lo pone en penitencia.
No riesgo: • Lo conversa.
• Le hace mimos.
• Lo distrae.

41. Negativa a comer. ¿Qué hace Ud. cuando el/los niño/s no quiere/n comer?

Riesgo: • Intenta que coma, presionándolo, lo reta o amenaza.
• Lo obliga físicamente.
• Le pega aunque desista de obligarlo.
No riesgo: • Le permite que coma lo que quiera.
• Le da otra cosa.
• Intenta que coma, entreteniéndolo, estimulándolo.

42. Control de esfínteres.

Cuando ... se hace (se moja), ¿qué hace Ud.?

Riesgo: • Le pega.
• Lo castiga.
• Lo ridiculiza.
No riesgo: • No le da importancia, lo cambia de ropa.
• Le hace que se seque y le cambia la ropa.
Excluye: • No se aplica, es muy chico aún.

43. Manipulación de objetos.

¿Qué cosas deja Ud. que tome para jugar?

Riesgo: • Objetos propios con restricciones.
• Se le permiten sólo los objetos propios.
No riesgo: • Se le permite manipular algunos objetos del ambiente.
• El niño puede manipular la mayoría de los objetos a su alcance.

44. Control de peleas. ¿Qué hace Ud. cuando los niños se pelean? (lo más frecuente).

Riesgo: • Les grita.
• Los reta, los amenaza.
• Los priva de algo.
• Les pega.
• Aplica castigo físico intenso.
No riesgo: • Les habla.
• Los separa.
• Los deja solos.

45. Control de peleas. ¿Qué hace Ud. cuando los niños se pelean? (lo siguiente).

Riesgo: • Idem pregunta 42.
No riesgo: • Idem pregunta 42.

46. Control de desobediencia. ¿Qué hace Ud. cuando los niños desobedecen? (lo más frecuente).

Riesgo: • Idem pregunta 42.
No riesgo: • Les habla.
• Los deja hablar.

47. Control de desobediencia. ¿Qué hace Ud. cuando los niños desobedecen? (lo siguiente).

Riesgo: • Idem pregunta 42.
No riesgo: • Idem pregunta 46.

SOBREPROTECCIÓN

48. Sentimientos frente al juego.

Cuando los niños están jugando, ¿Ud. cómo se siente?

Riesgo: • Ud. está generalmente preocupada y pendiente de que no se lastimen.
• Le preocupa más que no desordenen ni rompan cosas o juguetes.
• No le importa nada mientras estén entretenidos y no molesten.

No riesgo: • Está tranquila y atenta para intervenir en caso que se necesite.

49. Sentimientos frente a la separación.

¿Cómo se siente Ud. cuando tiene que salir por más de una hora y tiene que dejar a su hijo?

Riesgo: • No sale o lo lleva con usted.
• Preocupada porque Ud. es nerviosa o porque es mejor si está con Ud.
• Preocupada porque el niño se queda llorando o está enojado a la vuelta.
• Tranquila porque el niño tiene que aprender a quedarse solo aunque llore o se enoje.
No riesgo: • Preocupada porque hay problemas y el niño no queda bien cuidado.
• Tranquila porque el niño lo toma bien y está bien cuidado.

50. Actitud materna en la entrevista.

Actitud de la madre frente al test.

Riesgo: • Reticente.
• Insiste para que rinda.
No riesgo: • Lo deja solo.
• Colabora, pero deja que haga lo que pueda.

SUCESOS VITALES ESTRESANTES

51. Prisión de algún miembro. ¿Hay alguien en la familia que haya estado preso en Miguelete o Punta Carretas o en otra cárcel del interior?

Riesgo: • Padre.
• Madre.
• Padre y madre.
• Otros.

No riesgo: • Ninguno.

52. Internación del niño en el último año. ¿Alguno de los niños estuvo internado en el último año?

Riesgo: • Sí.
No riesgo: • No.

53. Situación familiar 5 años antes.

Si compara la situación actual de su familia ahora y la de hace 5 años, Ud. considera que antes:

Riesgo: • Estaban mucho mejor que ahora.

- Estaban mejor que ahora.
- No riesgo: • Estaban igual que ahora.
- Estaban peor que ahora.
- Estaban mucho peor que ahora.

54. Mudanzas. ¿Cuánto tiempo hace que Ud. vive aquí (en años)?

- Riesgo: • Menos que la edad del niño.
- No riesgo: • > que la edad del niño.
- Siempre aquí.

DISPONIBILIDAD MATERNA

55. Edad de la madre.

- Riesgo: • Menor de 20 años.
- No riesgo: • 20 o más años.

56. Estado civil de la madre.

- Riesgo: • Soltera.
- No riesgo: • Casada.
- Viuda.
- Divorciada.

57. Instrucción materna. Último año aprobado.

- Riesgo: • Sin instrucción.
- Hasta Primaria incompleta.
- No riesgo: • Primaria completa o más.

DISPONIBILIDAD FÍSICA DE LA MADRE.

58. Tiempo de trabajo materno. ¿Cuánto tiempo trabaja?

- Riesgo: • Toda la semana, incluso domingos.
- No riesgo: • 5 o 6 días.
- 3 o 4 días.
- 2 días o menos.

Excluye: • No trabaja.

59. Lugar de trabajo materno. ¿Dónde trabaja?

- Riesgo: • Fuera de casa.
- En ambas.

No riesgo: • En casa.

Excluye: • No trabaja.

60. Horas diarias de ausencia materna por trabajo.

Si Ud. trabaja fuera de la casa.

- Riesgo: • Está más de 8 horas ausente.
- No riesgo: • De 4 a 8 horas.
- Menos de 4 horas.

Excluye: • No trabaja o trabaja en la casa.

61. Ausencia materna del hogar. Relaciona tiempo de trabajo y horas diarias de ausencia por trabajo.

- Riesgo: • Ausencia media alta.
- Ausencia alta.
- Ausencia total.

- No riesgo: • No trabaja.
- Trabaja en la casa.
- Ausencia baja.
- Ausencia media baja.

FACTORES EMOCIONALES DE LA DISPONIBILIDAD MATERNA.

62. Autoimagen materna. ¿Cómo cree Ud. que se desempeña como madre?

- Riesgo: • Regular.
- Mal.
- No riesgo: • Muy bien.
- Bien.

63. Grado de satisfacción madre-autorealizaciones.

Las satisfacciones que una mujer puede esperar de la vida provienen en gran medida de lo que ella haga por sí misma.

- Riesgo: • Poco o nada.
- No riesgo: • Mucho.

64. Grado de satisfacción madre-hombre. Las satisfacciones que una mujer puede esperar de la vida provienen en gran medida del hombre.

- Riesgo: • Poco o nada.
- No riesgo: • Mucho.

65. Grado de satisfacción madre-hijos. Las satisfacciones que una mujer puede esperar de la vida provienen en gran medida de los hijos.

- Riesgo: • Poco o nada.
- No riesgo: • Mucho.

66. Calidad del vínculo según la imagen del padre en el discurso de la entrevistada. Cuando Ud. le habla a los niños del padre, generalmente ¿cómo les habla?

- Riesgo: • No les habla.
- Les dice que no sean como él.
- Los amenaza.
- Les comenta cosas que a él no le

- gustan.
- No riesgo: • Les habla en general.
- Se lo pone de ejemplo.

PSICOPATOLOGÍA PARENTAL

67. Depresión materna. ¿Ud. siente que está deprimida, que perdió el gusto por la vida, bajoneada, sin ánimo, que todo le cuesta?

- Riesgo: • Muy a menudo.
- Siempre.
- No riesgo: • Nunca.
- Casi nunca.
- A veces.

68. Ingesta de ansiolíticos. ¿Hay alguien en la familia que esté tomando remedios para los nervios?

69. Ingesta de antidepresivos.

¿Hay alguien en la familia que esté tomando remedios para levantar el ánimo?

70. Internación psiquiátrica.

¿Hay alguien en la familia que haya estado internado en un hospital por razones psiquiátricas?

71. Alcoholismo pacífico. ¿Hay alguien en la familia que se emborrache (al menos una vez por semana)?

72. Alcoholismo violento. ¿Hay alguien en la familia que se emborrache y agrede a la familia?

73. Fugas.

¿Hay alguien en la familia que se haya ido de la casa por largo tiempo, sin aviso o porque lo echaron?

74. Institucionalización (internación en el INAME). ¿Hay alguien en la familia que haya estado internado en Hogares del INAME?

Para las preguntas 68 a 74 la dicotomización es:

- Riesgo: • Padre.
- Madre.
- Ambos.
- No riesgo: • Ninguno.
- Excluye: • Otros.

DIFICULTAD EN LA CAPACIDAD PERCEPTIVA MATERNA.

75. Actitud materna frente a las preguntas.

¿Qué hace Ud. cuando ... hace preguntas o pide explicaciones?

- Riesgo: • No hay respuesta en el intento de comunicación.
- No ha observado intentos de comunicación en el niño.
- Pone atención pero su respuesta es pasiva, con escasa respuesta verbal.
- No riesgo: • Hay respuesta activa (lo imita, le habla, responde preguntas, da información).

76. Valoración del lenguaje.

¿Qué piensa Ud. sobre hablarle al niño?

- Riesgo: • No sirve porque no entiende.
- No riesgo: • No sirve porque no entiende, pero igual le habla.
- Sirve porque va aprendiendo a hablar.
- Sirve porque va entendiendo razones.
- Sirve porque se va estableciendo un vínculo.

77. Abandono del niño. Item de observación.

- Riesgo: • Niño maltratado o golpeado (hematomas, cicatrices, quemaduras, etc.)
- Niño sucio o con olor.
- Mucha diferencia entre el aseo y prolijidad de la entrevistada con respecto al aseo y prolijidad del/de los niño/s.
- No riesgo: • Ausencia de indicadores de abandono.

DISPONIBILIDAD DEL PADRE

PADRE BIOLÓGICO AUSENTE

DISPONIBILIDAD FÍSICA DE PADRE AUSENTE

78. Padre biológico ausente del hogar.

Si el padre no vive en casa, ¿por qué?

- Riesgo: • Murió.
- Por separación.
- Por vivir lejos por su trabajo.
- Por haber emigrado.
- Por estar internado

por enfermedad o prisión.

No riesgo: • Vive en la casa.

79. Visitas del padre ausente. Si el padre biológico no vive en la casa, ¿con qué frecuencia ve a los niños?

Riesgo: • Nunca.
• Una vez por año o menos.
• Cada 6 meses.
• Cada 3 meses.
• Una vez por mes.

No riesgo: • Cada 15 días.
• Una vez por semana.
• Dos o más veces por semana.

Excluye: • Vive en casa.

DISPONIBILIDAD EMOCIONAL DEL PADRE AUSENTE.

SI EL PADRE LOS VE, CUANDO ESTÁ CON LOS NIÑOS, ¿QUÉ ES LO QUE HACE HABITUALMENTE?

80. Rol físico del padre ausente.

Los viste o los alimenta.

81. Rol lúdico del padre ausente. Juega con él.

82. Rol interpersonal del padre ausente.

Le cuenta cosas, le habla, le enseña cosas.

83. Paseos con el padre ausente. Lo saca a pasear.

Para las preguntas 81 a 84 la dicotomización es:

Riesgo: • No.

No riesgo: • Sí.

Excluye: • Nunca los ve o vive en la casa.

84. Rol punitivo del padre ausente.

Lo castiga, lo reprende, lo pone en penitencia.

Riesgo: • Sí.

No riesgo: • No.

PADRE O SUSTITUTO PRESENTE EN EL HOGAR

85. Rol participativo del padre o sustituto. ¿El padre o sustituto interviene en la crianza del niño?

Riesgo: • Nunca.
• Casi nunca.

No riesgo: • A veces.
• Bastante seguido.
• Siempre que puede.

Excluye: • No hay sustituto o no vive en la casa.

¿EN QUÉ INTERVIENE EL PADRE?

86. Rol interpersonal del padre o sustituto presente.

Lo alimenta, lo viste.

87. Rol lúdico del padre o sustituto presente.

Juega con él.

88. Rol interpersonal del padre o sustituto presente.

Le habla, le cuenta cosas, le enseña cosas.

La dicotomización para las preguntas 86 a 88 es:

Riesgo: • No.

No riesgo: • Sí.

Excluye: • No interviene o no hay sustituto o no vive en la casa.

89. Rol punitivo del padre o sustituto presente.

Lo pone en penitencia, lo castiga, lo reprende.

Riesgo: • Sí.

No riesgo: • No.

90. Peso en las decisiones. ¿Quién influye más en las decisiones referentes a los niños?

Riesgo: • Madre sola.

• Padre solo.

• Otro agente de crianza.

No riesgo: • Madre y padre de acuerdo.

• A veces uno, a veces otro, según el caso.

CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL NIÑO

91. Sexo del niño.

Riesgo: • Varón.

No riesgo: • Niña.

92. Estado nutricional del niño.

Relaciona peso/talla y talla/edad.

Riesgo: • Desnutrido descompensado.

• Desnutrido compensado.

No riesgo: • Eutrófico.

93. Peso al nacer.

Riesgo: • < 2.500 gr.

No riesgo: • > 2.500 gr.

94. Actitud del niño frente al entrevistador.

Item de observación.

Riesgo: • Con dificultades (angustiado, temeroso, deprimido,

triste, retraído, desconfiado, reservado, indiferente, sin motivación, maniaco, invasor, acaparador).

No riesgo: • Sin dificultades (tranquilo, buen ánimo, sociable, colaborador).

95. Distancia afectiva del niño. Item de observación.

Riesgo: • Con dificultades (desconfiado, reservado).

No riesgo: • Sin dificultades (sociable, colaborador).

APARTADO V

MATRIZ DE CORRELACION

FACTORES COMUNES A DISTINTAS ÁREAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Se seleccionaron todas aquellas variables que en la matriz de correlación obtuvieron un $R \geq .19$ y una $p < .05$. Para establecer las correlaciones se emplearon las variables dicotomizadas en riesgo presente (0) y riesgo ausente (1).

1) Hacinamiento más promiscuidad: Se relaciona, además de coordinación, lenguaje y total, con ingresos por debajo de 1/4 de la línea de pobreza (0.21), empleada doméstica (.20); hacinamiento (1.00), promiscuidad (.49), insuficiencias de la vivienda (.32); mala conservación de vivienda (.33); no tenencia de heladera (.46); observación de falta de aseo y orden (.24); familia numerosa (.33). Correlaciona también con lugar de trabajo materno fuera, o fuera y dentro del hogar (.26); desnutrición (.23); signos de abandono (.21); ingreso por adulto equivalente insuficiente (0.20); colecho (.41) y relación talla/edad inadecuada (.28)

En suma, aparece una asociación con variables que reflejan: 1) condición de pobreza y características de vivienda 2) características del trabajo materno (empleada doméstica, trabajo fuera o fuera y dentro de la casa) y 3) condiciones del niño en cuanto al estado nutricional y abandono (la observación de malas condiciones de aseo y orden de la vivienda podría relacionarse más con esta última condición que con la situación de pobreza).

2) Padre que no convive con el hijo: diálogo padre-hijo: Se asocia con coordinación, lenguaje y puntaje total del test, empleada doméstica (.67); promiscuidad (.21); deficiencias de la vivienda (.26); mala conservación de la vivienda (.29); observación de falta de aseo y orden en la vivienda (.25); relación disruptiva entre miembros de la familia (.23); información distorsionada de la sexualidad (.25); trabajo materno fuera, o dentro y fuera de la casa (.41); falta de expectativas maternas con autorrealizaciones (.21); padre no convive; falta de paseos (.34); signos de abandono (.39); ingreso por adulto equivalente insuficiente (.35); mala calidad de la ayuda recibida (.38); pobre contacto social (-.22); mala calidad del vínculo de pareja (.42); sentimientos de indiferencia frente al juego del niño (-.21); alcoholismo pacífico (.35).

En suma, nuevamente encontramos asociación con variables distribuidas en varias áreas: 1) condición de pobreza (vivienda e ingreso); 2) clima familiar (rol entre miembros, vínculo de pareja); características maternas (condiciones de trabajo, baja autosatisfacción y percepción negativa de la ayuda recibida); 3) características del padre en relación a ausencia de paseos cuando el padre biológico no convive y existencia de alcoholismo pacífico. 4) prácticas y creencias: información tardía o ausente sobre sexualidad. Existe una relación negativa entre la valoración del juego y el contacto social del niño con la existencia de un contacto interpersonal cuando el padre biológico no convive con el niño y 5) condición de abandono del niño.

3) Signos de abandono del niño: Se relaciona con lenguaje y puntaje total. En menor grado con coordinación. Se relaciona también con ocupación de la vivienda (.21); deficiencias de vivienda (.21); mala conservación de vivienda (.23); falta de aseo y orden de la vivienda (.28); mala relación entre miembros de la familia (.25); discusiones violentas (.26); ausencia de diálogo padre-hijo del padre que no convive (.39); mala calidad del vínculo de pareja (.21); control agresivo de peleas (1.00); lugar de trabajo materno fuera (.21)

En resumen, la condición de abandono parece relacionarse más que con variables que reflejan la situación de pobreza, con factores que evidencian aspectos de la organización familiar y de estilos de vida: 1) problemas de organización en torno a la vivienda (ocupación, conservación, nivel, aseo y orden); 2) clima familiar alterado (mala relación entre miembros, discusiones violentas, mala calidad vínculo de pareja, ausencia de rol interpersonal cuando el padre no convive); 3) prácticas punitivas frente a las peleas (todos los niños con signos de abandono son reprimidos punitivamente ante peleas); y 4) condición laboral fuera dentro y fuera de la casa.

FACTORES ESPECÍFICOS POR ÁREA

Todas las variables asociadas con coordinación aparecen también relacionadas con lenguaje. Sin embargo en esta última área aparecen algunas variables específicas que no se relacionan ni con coordinación ni con motricidad.

1) Trabajo fuera, o fuera y dentro de la casa: Se relaciona con baja asistencia al preescolar (.22); empleada doméstica (.55); promiscuidad (.23); hacinamiento más promiscuidad (.26); pobre aseo y orden de la vivienda (.24); mala autopercepción de la familia (.20); pobre comunicación familiar (.21); discusiones violentas (.19); poca autosatisfacción materna (.19); ausencia de rol interpersonal cuando el padre no convive (.41); signos de abandono en el niño (.21); alta ausencia materna del hogar (.36) y (.56); poca satisfacción materna en relación al hombre (.34); rol punitivo del padre cuando éste convive con el niño (.28).

Se observa una alteración en el clima familiar con repercusiones en las prácticas de crianza, especialmente en relación al rol paterno y en la disponibilidad afectiva de la madre en relación a una baja gratificación (de sí misma y de su pareja). Existe además una baja disponibilidad física por un alto ausentismo materno del hogar.; con falta de uso de recursos de apoyo social (preescolar); incapacidad para hacer frente a sus tareas hogareñas (abandono del niño y de la vivienda).

2) Empleada doméstica: Se asocia con padre inactivo (.22); madre soltera (.23); promiscuidad (.20); ocupación (.20); conservación de vivienda (.19); aseo y orden (.23); Número de personas en la vivienda (.20); lugar de trabajo (.55); autorrealizaciones maternas (.30); rol interpersonal del padre que no convive (.67); actitud del niño (.21); ausencia de pareja en el hogar (.30); ausencia de padre en el hogar (.23); prácticas punitivas frente al control de esfínteres (.24); peso de un solo agente de crianza (padre, madre u otro) en las decisiones referentes al niño (.21); escasa satisfacción de la madre en la relación con el hombre (.26)

1) La condición de empleada doméstica, al igual que la condición de abandono aparece relacionada con variables de la vivienda que reflejan más el vínculo con el hábitat que la propia situación de pobreza. 2) Un grupo de ellas parece corresponder a mujeres solteras y/o sin pareja, con ausencia de una relación adecuada del padre con el niño. 3) Existe relación con un bajo nivel de satisfacción tanto con las autorrealizaciones como con la pareja. 4) Hay relación con una falta de control compartido en la crianza del niño, con un ejercicio

punitivo sólo en el área de control esfinteriano (adquisición de hábitos). 5) un grupo de hijos de empleadas domésticas presentaron dificultades en la relación con el entrevistador (angustia, depresión, indiferencia, etc.)

3) Información sobre nacimiento: Se relaciona con la creencia de que las niñas deben ser educadas para el sacrificio (.31); que a los varones hay que educarlos para mandar en su casa (.29); que a las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa (.41); nivel bajo de instrucción materna (.20); ausencia de rol interpersonal cuando el padre no convive (.25); padre que no pasea con el hijo cuando no convive con él (.22).

En resumen, las prácticas inadecuadas en la información sobre sexualidad se relacionan con un contexto de prácticas machistas de crianza, bajo nivel de instrucción materna y pobre relación del padre con el niño cuando aquel no convive en el hogar.

4) Baja instrucción materna: Se asocia con padre inactivo (.26); información distorsionada sobre el nacimiento (.20); creencia de que el varón debe ser educado para mandar en su casa (.21) y que la mujer debe ser educada para quedarse en su casa (.25). La pobre escolaridad materna se encuentra relacionada fundamentalmente con una concepción machista en las pautas educacionales y un mal manejo de las necesidades infantiles en el área de la información sobre la sexualidad.

En suma, dentro de las variables específicamente relacionadas con trastornos de lenguaje parecen apreciarse dos grupos: un primero vinculado de madres con baja disponibilidad física y emocional, que corresponde al grupo de madres que trabajan, una parte de éstas como empleadas domésticas, algunas solteras, con alto ausentismo del hogar, pobre gratificación de sí mismas y del hombre, con conflictos en el clima familiar (pobre comunicación, discusiones) y con parejas que cuando están ausentes no tienen un buen contacto interpersonal con el niño. Un segundo grupo parecería tener más relación con un nivel de instrucción materna escaso, el cual a su vez se relacionaría con prácticas machistas de educación, que jerarquizan el rol autoritario del varón y el rol pasivo y doméstico de la mujer.

FACTORES PSICOSOCIALES Y DESARROLLO PSICOMOTOR SEGUN SEXOS

Son varios los motivos que nos conducen a un análisis de las correlaciones entre los factores psicosociales según el sexo. En primer lugar, la observación de que existen diferencias en el desarrollo psicomotor entre niñas y varones que no pueden ser atribuidas al azar. Por otro lado, las referencias bibliográficas que hablan de una mayor vulnerabilidad masculina a las condiciones psicosociales en esta etapa inicial de la vida.

VARONES	R		
COORDINACION		padre no convive rol interp.	.48
lenguaje	.53	actitud frente al entrevistador	.21
motricidad	.41	MOTRICIDAD	
puntaje total	.71	coordinación	.41
padre inactivo	.21	lenguaje	.37
lugar de trabajo	.28	puntaje total	.65
empleada doméstica	.21	TOTAL	
varones-mandar	.21	coordinación	.71
baja escolaridad materna	.22	lenguaje	.83
padre no convive: r. interp.	.55	motricidad	.65
LENGUAJE		padre inactivo	.21
coordinación	.53	lugar de trabajo	.26
motricidad	.37	empleada doméstica	.32
puntaje total	.83	baja instrucción materna	.24
lugar de trabajo	.41	padre no convive rol interp.	.49
empleada doméstica	.36	actitud frente al entrevistador	.21
instrucción materna	.20	promiscuidad	.20
		N° de personas	.21

A. FACTORES COMUNES A LAS AREAS DE COORDINACION Y LENGUAJE

1) Lugar de trabajo: Se relaciona con falta de uso de servicios preescolares (.38); trabajo como empleada doméstica (.53); madre soltera (-.21); promiscuidad (.22); ocupación de la vivienda (.22); aseo y orden de la vivienda (.34); mala percepción familiar (.21); ausencia de autosatisfacciones (.19); padre que no convive rol interpersonal (.49); signos de abandono del niño (.31); actitud del niño frente al entrevistador (.27); distancia afectiva (.23); insuficiente calidad de la ayuda (.26); peor situación que 5 años antes (.20); prácticas punitivas frente a la expresión de rabia (.27); ausencia alta del hogar (.47); mala imagen como madre (.21); libido madre-hombre (.27); no participación del padre en la crianza cuando convive con el niño (.25); rol punitivo del padre cuando convive en la casa.

En el varón, un grupo grande de madres que trabajan fuera o dentro y fuera (más de la mitad) trabajan en el servicio doméstico, siendo mayor el número de madres solteras que trabajan solo dentro de la casa. La imagen que la mujer posee de su familia se encuentra alterada en sentido negativo. Hay una baja disponibilidad física (hs de ausencia) y emocional (escasas satisfacciones de sí misma, del hombre y como madre), que traen como consecuencia un abandono del niño y de su hogar.

Aparece poca tolerancia materna a la expresión de rabia y un rol punitivo del padre en los casos en que éste está presente en la casa. Los apoyos de la madre para el maternaje aparecen limitados (baja participación

del padre, valoración de la ayuda como insuficiente y una baja utilización del preescolar). Se observa una tendencia a que los hijos de estas madres muestren un comportamiento alterado frente al test manifestándose como niños angustiados, temerosos, deprimidos, desconfiados, etc reflejando una dificultad en la relación con extraños. Se observa una ausencia de espacio físico individual para dormir, lo que puede ser un indicador de dificultades en la autonomía de los miembros de la familia.

2) Empleada doméstica: Se asocia con padre inactivo (.27); ocupación de la vivienda (.21); conservación de la vivienda (.27); falta de aseo y orden (.35); mala percepción familiar (.31); lugar de trabajo (.53); ausencia de autosatisfacciones (.34); ausencia del rol interpersonal del padre cuando no convive (.71); signos de abandono (.24); actitud del niño (.28); distancia afectiva (.26); prisión (.22); ingreso por adulto equivalente (.31); mala calidad de la ayuda (.33); madre sola (.34); ausencia de padre en el hogar (.23); práctica punitiva frente a la expresión de rabia (.24); ausencia de peso paterno en las decisiones (.26); ausencia paterna (.23); autoimagen negativa como madre (.20); poca satisfacción del hombre (.28); alcoholismo pacífico (.25); ausencia de participación cuando el padre convive (.32).

Se observa una relación entre la condición de empleada doméstica y una baja disponibilidad emocional de la madre (pobre gratificación como madre, de sí misma y de su pareja), con una baja tolerancia frente a la expresión infantil de la rabia. Un grupo de éstas son madre solas, sin pareja. Hay una percepción insuficiente de la ayuda en la crianza tanto en relación al padre como hacia agentes extrafamiliares. El padre aparece como una figura ausente, a veces físicamente y otras como partícipe de la crianza (poco peso en las decisiones, pobre participación en la educación cuando está presente en el hogar), aportando factores que interfieren con el clima familiar (alcoholismo, prisión). En estas condiciones, la imagen de la familia es negativa y hay una repercusión en una menor atención hacia el niño y el hogar. El niño, al igual que en la variable anterior, muestra una dificultad en el vínculo con extraños (durante la entrevista). En el varón (no así en el grupo total), la condición de empleada doméstica se relaciona con un bajo nivel de ingreso.

3) Instrucción materna: Se relaciona con nivel de pobreza (.21); ingreso por adulto equivalente (.22); N° de personas (.20); información distorsionada de la sexualidad (.24); ausencia del padre (.20); disminución de la talla en relación a la edad (.19).

La escasa escolaridad de la madre, se relaciona en el varón, con un bajo nivel socioeconómico, una dificultad materna para satisfacer las necesidades infantiles de información sobre la sexualidad. Hay una relación con ausencia paterna del hogar. En el niño se observa una repercusión en el desarrollo nutricional.

4) Falta de rol interpersonal cuando el padre no convive: Se asocia con inadecuada información sobre sexualidad (.33), lugar de trabajo materno fuera, y fuera y dentro de la casa (.49); baja autosatisfacción materna (.33); padre que pasea con los niños cuando no convive con ellos (.27); desnutrición (.40); empleada doméstica (.71).

La falta de un buen vínculo paterno-filial, en caso de padres que no viven en el hogar (en su mayoría por separación) sería particularmente evidente en aquellas familias en que la madre desarrolla actividades de empleada doméstica, con labores fuera del hogar y con escasas expectativas maternas en relación a sí misma. Se relaciona asimismo con una inadecuado manejo de la información sexual frente al niño. Un grupo de estas familias corresponderían a niños desnutridos.

B. FACTORES ESPECIFICOS SEGUN AREAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

1) **COORDINACION: Creencia de que el varón debe ser educado para mandar:** Se asocia a información distorsionada sobre sexualidad (.30); creencia de que la mujer debe ser educada para el sacrificio (.47) y que la mujer debe permanecer en la casa (.51) y con padre que pasea con el niño cuando no convive en el hogar (.27).

La consideración de que el varón debe ser educado para un rol de autoridad en la familia se relaciona, en el niño, con otras concepciones machistas que presumen un rol femenino pasivo, sumiso, sacrificado dirigido a resolver las tareas hogareñas. Estas circunstancias aparecen afectando especialmente el área de la coordinación, lo que podría estar hablando de una jerarquización, en la crianza del varón, de aspectos más conductuales que cognitivos en contra de una mayor estimulación de la niña en habilidades psicomotoras finas. Estos valores educativos se asocian, además, a un ocultamiento o distorsión de la información sexual requerida por el niño.

2) **LENGUAJE: Actitud no colaboradora del niño:** Se relaciona con empleada doméstica (.28); trabajo materno fuera o dentro y fuera (.25); ausencia de paseos con el niño cuando el padre no convive (.32) y distancia afectiva (.83).

La mayoría de los niños que muestran un comportamiento alterado durante la entrevista, se mantienen también suspicaces frente a la figura del extraño representada por el entrevistador. Un grupo de estos niños correspondería a hijos de empleadas doméstica que, trabajan, al menos durante algunas horas, fuera de su casa. Cuando el padre no vive con su pareja, éste no participa de las salidas recreativas del niño.

NIÑAS	R
COORDINACION	
lenguaje	.50
motricidad	.34
total	.72
tenencia de heladera	.22
aseo y orden	.20
mala autoimagen familiar	.27
inf. distorsionada sobre nac.	.22
signos de abandono en el niño	.20
mala calidad vínculo pareja	.23
LENGUAJE	
coordinación	.50
motricidad	.35
total	.87
padre inactivo	.22

prom. y hacinamiento	.20
mala autoimagen familiar	.23
poca comunicación familiar	.23
información distors. sobre nac.	.30
trabajo fuera	.36
signos de abandono	.35
mala calidad vínculo pareja	.22
rol punitivo del padre	.21

MOTRICIDAD

coordinación	.34
lenguaje	.35
total	.62
actitud del niño	.22
distancia afectiva	.20

TOTAL

coordinación	.73
lenguaje	.87
motricidad	.62
padre inactivo	.21
mala autoimagen familiar	.26
información inadecuada nac.	.29
trabajo fuera	.21
signos de abandono	.30
actitud del niño	.20
mala calidad vínculo pareja	.24
control punitivo de peleas	.20
rel. talla/edad	.23

A. FACTORES COMUNES A DIFERENTES AREAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Lenguaje y coordinación

1) **Relación familiar poco sostenedora:** Se relaciona negativamente con empleada doméstica (-.20); falta de aseo y orden de la vivienda (.21) depresión (.48); ausencia de diálogo padre-hijo del padre que no convive (.47); ausencia de paseos de padre que no convive (.28); signos de abandono en el niño (.29); discusiones violentas (.37); mala calidad vínculo de pareja (.60); inestabilidad de la pareja (.19); familia disarmónica (.28); control punitivo de peleas (.22); ingesta de ansiolíticos (.29); toma de anti-depresivos (.25); alcoholismo

pacífico (.20).

La autopercepción negativa de la familia se vincula, en la niña, al grupo de madres que trabajan en actividades que no corresponden al servicio doméstico, con problemas importantes en la relación entre los miembros, caracterizada por un clima hostil (discusiones violentas), disarmonía conyugal con inestabilidad de la pareja, asociada a psicopatología parental (depresión y alcoholismo) y un control punitivo de las peleas entre los niños que, en el marco de la hostilidad familiar, se vuelve un doble mensaje potencialmente desorganizador.

2) Información distorsionada sobre el nacimiento de los niños: Se relaciona con promiscuidad (.21); imagen paterna negativa (.21); pobre comunicación familiar y participación del niño (.23); idea de que la niña debe ser educada para el sacrificio (.40); el varón para mandar (.26); la mujer para la casa (.44); y signos de abandono en el niño (.22).

La dificultad para el manejo de la información sexual, en las familias de hijas mujeres, se asocia a una concepción machista de la educación, que pone más énfasis en el papel femenino sumiso de la mujer que en el rol masculino de autoridad. Hay, a la vez, una relación con una imagen paterna negativa por parte de la madre. El niño participa poco en la comunicación familiar y hay hacia él una actitud abandonada.

3) Signos de abandono: Se relaciona con mala conservación de la vivienda (.19); falta de aseo y orden (.21); imagen del padre negativa (.22); mala autoimagen familiar (.29); información inadecuada sobre el nacimiento de los niños (.22); depresión materna (.24); padre ausente sin diálogo con el hijo (.36) y padre ausente que no pasea con el niño.

La observación de un estado de abandono en el niño se asocia con madres que poseen una imagen negativa de su pareja o de su grupo familiar. Un grupo de las madres abandonadas son mujeres deprimidas (que a su vez podrían corresponder a las que tienen una percepción familiar desvalorizada) o que han descuidado la atención hacia su propio hogar. Cuando el padre está ausente de la casa, existe una tendencia a la falta de vínculos entre éste y el niño.

4) Mala Calidad del vínculo de pareja: Se asocia con aseo y orden (.27); imagen negativa del padre (.29); percepción negativa de la familia (.60); discusiones violentas (.42); depresión (.57); abandono de los niños (.39); ingresos por adulto equivalente insuficiente (-.18); inestabilidad de la pareja (.28); familia disarmónica (.32); más de 8 hs. de ausencia diaria (.18); mala autoimagen materna (.24); poca gratificación materna en relación al hombre (.37); ingesta de ansiolíticos (.25); toma de antidepresivos (.36); alcoholismo pacífico (.42).

La mala calidad del vínculo de pareja se asocia con una alteración general del clima familiar, en que la familia es percibida en forma negativa, la interacción es violenta, el padre aparece como fuente de discordia o está ausente como fuente de satisfacción y hay una relación de pareja inestable. Aparecen situaciones psicopatológicas en los padres (depresión materna, alcoholismo pacífico) que interfieren en la disponibilidad parental, evidenciándose en signos de abandono del niño. Las familias en las que la madre tiene un alto ausentismo físico del hogar por motivos laborales, se observa una tendencia a la afectación del vínculo de pareja.

B. FACTORES ESPECIFICOS SEGUN AREAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR

Coordinación:

1) No tenencia de heladera: Se relaciona con pobreza (.27); hacinamiento (.32); promiscuidad (.32); hacinamiento más promiscuidad (.46); deficiencias de la vivienda (.35); mala conservación de la vivienda (.27); actitud materna negligente frente a las preguntas del niño (.25); padre que no convive y no pasea (.32); actitud distorsionada del niño durante la entrevista (.19); ingresos inferiores (.30); Inestabilidad del vínculo de pareja (.19); colecho (.31); poca satisfacción materna en relación al hombre (.25) y disminución de la talla en relación en la edad (.26)

La tenencia de heladera se asocia estrechamente con variables que reflejan la condición socioeconómica, tanto en lo relacionado con los ingresos como con las condiciones de la vivienda (especialmente hacinamiento, promiscuidad y deficiencias graves). Aparece una relación menor con el estado de conservación que podría vincularse a otras condicionantes no económicas. Hay una tendencia a la disarmonía conyugal, con pocas expectativas maternas de la pareja. El vínculo del padre, cuando éste no convive con la niña, es escaso. En este marco, existe una repercusión sobre las condiciones nutricionales de la niña.

2) Falta de aseo y orden de la vivienda: Se asocia con hacinamiento (.20); hacinamiento más promiscuidad (.31); mala conservación de la vivienda (.25); mala autoimagen familiar (.21); prácticas machistas mujer casa (.19); depresión materna (.18); ausencia de rol interpersonal del padre que no convive (.38) y de paseos (.48); signos de abandono en la niña (.21); mala calidad del vínculo de pareja (.27); prácticas punitivas frente a la alimentación (.22).

La alteración en el aseo y orden parece reflejar, más que condicionantes económicas, la situación emocional y las características culturales del medio familiar, presentando un perfil similar al descrito en alteraciones del vínculo de pareja. El orden de la vivienda es un reflejo del orden interno y de la posibilidad de asignar un lugar a los objetos, a sí mismo y a los demás.

Lenguaje

1) Imagen negativa del padre en el discurso de la madre: Se asocia con pobre comunicación familiar y participación del niño (.32); creencia de que el hombre debe ser educado para mandar (.20) y signos de abandono en la niña (.22); ausencia de pareja en el hogar (.30); ausencia de padre en el hogar (.20); mala calidad del vínculo de pareja (.29); ausencia del padre (.29); alcoholismo pacífico (.20).

La imagen negativa del padre transmitida por la madre a través de su discurso se relaciona con una relación disarmónica de pareja, cuando ésta existe, o bien con una ausencia de la figura paterna. El papel de autoridad asignado al hombre a nivel de creencias refleja una situación de desesperanza y fatalismo en relación al papel de la mujer. Todo esto podría vincularse con la situación de abandono de la niña en estas condiciones.

2) Interacción familiar: Se relaciona con promiscuidad (.23); conservación deficiente de la vivienda (.20); imagen paterna negativa (.32); discusiones violentas (.39); manejo inadecuado de la información sexual (.23); creencia de que la mujer debe ser educada para permanecer en la casa (.21); lugar de trabajo (.40); libido madre-hijo (.23); actitud pasiva o falta de respuestas ante las preguntas del niño (.28); peso al nacer (.22); actitud punitiva frente al control de esfínteres (.24); alto ausentismo materno por trabajo (.19); alcoholismo

pacífico (.21); ausencia de rol interpersonal del padre que convive (.20).

La comunicación familiar aparece vinculada con una ausencia física de la madre por motivos laborales, además de una distorsión en la comunicación familiar que es insuficiente o inadecuada (hostil) y en la cual el niño no tiene un lugar activo valorizado ni por la madre ni por el padre.

3) Trabajo materno fuera de la casa: Se asocia con empleada doméstica (.55); promiscuidad (.23); ocupación de la vivienda (.30); N° de personas (.29); interacción familiar (.40); mujer casa (.21); depresión (.21); falta de respuesta o respuesta pasiva ante las preguntas (.23); madre inactiva (.22); peor situación familiar que 5 años antes (.20); alto ausentismo materno (.45) y (.65); colecho (.27); libido madre-hombre (.38); rol punitivo del padre que convive (.30); discusiones violentas (.24).

El trabajo materno fuera de la casa trae como consecuencia una afectación de la disponibilidad física de la madre, que parecería, a su vez repercutir en una disposición pobre hacia la comunicación con el niño cuando está presente. Si bien no aparecen dificultades manifiestas en el vínculo de pareja, el hombre no constituye una fuente de satisfacción para la mujer, ejerce un rol parental punitivo y la comunicación familiar se caracteriza por un nivel elevado de tensión.

EN SUMA

Cuando se estudia al conjunto de la población de niños pobres aparecen vinculados al desarrollo indicadores (hacinamiento y promiscuidad; abandono del niño y falta de vínculo interpersonal cuando el padre no convive en el hogar) que reflejan alteraciones en cuatro áreas fundamentales del entorno psicosocial del niño: 1) área socioeconómica 2) organización y relación de la familia con los tiempos y espacios del hogar (número de personas, relación personas/espacio; relación personas/cama), nivel de atención y cuidado de la vivienda); 3) condición laboral de la madre que afectaría el desarrollo a través de una falta de presencia física y una reducción de la disponibilidad emocional de una madre poco satisfecha consigo misma y con su pareja. 4) alteración en la relación familiar caracterizada por disarmonía en el vínculo de pareja, dificultades en la comunicación familiar que se vuelve hostil o bien que no deja un lugar a la participación activa del niño 5) características culturales que obstaculizan el manejo de la información sobre la sexualidad, prohibiéndola o postergándola indefinidamente

En el caso del varón, cuando la madre trabaja se observa una afectación global de todas las esferas. El soporte social es bajo, con una ayuda insuficiente o ausente tanto desde personas como instituciones de la comunidad. El rol parental no se puede cumplir adecuadamente ni desde el padre, que cuando está presente no participa en la crianza o lo hace en forma exclusiva desde un rol punitivo, ni desde la madre, que tiene una baja disponibilidad física por un ausentismo alto del hogar pero fundamentalmente una disponibilidad emocional interferida por la ausencia total de gratificaciones en relación a sí misma, a su pareja, a su rol como madre y con una imagen negativa de su familia. Todo esto configura un cuadro de carencia total de sostenes internos y externos que traen como consecuencia el abandono del niño, del hábitat y una baja tolerancia a las expresiones de autonomía del niño reflejadas en dificultades en sus vínculos con el entorno

Cuando el ámbito laboral es el del servicio doméstico, esta situación se agrava existiendo un peor nivel socioeconómico. La no participación del padre se ve incrementada porque o bien no está presente o bien se

agrega un mayor índice de psicopatología (alcoholismo o conductas delictivas) que condiciona una mayor desprotección de la mujer y del niño.

La otra condición de riesgo es el bajo nivel de instrucción materna que se relaciona con pobreza y un mayor porcentaje de madres solas. Cuando a la no disponibilidad emocional de la madre se agregan dificultades cognitivas que impiden la captación de mensajes desde el niño y desde los soportes de información del afuera, la repercusión sobre el niño se evidencia tanto en el desarrollo como en la nutrición. Es la ausencia de soporte nutritivo desde lo más esencialmente biológico hasta lo psicoafectivo.

En la niña, una imagen negativa del hombre, relación de pareja inestable o disarmónica, un clima familiar hostil y la presencia real de interferencias desde el rol paterno ya sea por la presencia de alcoholismo o por la ausencia total de vínculo con el padre, se traducen en una madre deprimida, sin una estructura interna de sostén que le permita recuperarse para sí misma y para sus otros vínculos personales como apoyo de su disponibilidad para el maternaje. A esto se agrega la dificultad para abordar el manejo de la información, estrechamente ligado a creencias machistas que desvalorizan el papel de la mujer, reforzando las carencias en la estructura interna de sostén y la dificultad para libidinizar a la hija como objeto separado de sí misma.

BIBLIOGRAFIA

- Anders, C.** (1989) Early child development. UNICEF. International Child Development Center. Spedagli degli innocenti. Italia.
- Argüello, O.; Franco, R.** (1982) Pobreza: problemas teóricos y metodológicos. En: Pobreza, necesidades básicas y desarrollo. CEPAL-ILPES-UNICEF. Santiago de Chile.
- Atkin, L. y col.** (1987) Paso a paso. Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. UNICEF. México.
- Atkin, L.** (1990) Análisis de los instrumentos utilizados en América Latina relacionados al desarrollo psicosocial de los niños menores de 6 años. En: Overview of instruments for measuring psychosocial development in Latin América. Regional Workshop on Research on Child Psychosocial Development. OPS-OMS. México.
- Aulagnier, Piera** (1977) La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Amorrortu, Buenos Aires.
- Avayu, S. et als.** (1978) Adaptación del perfil de logros de aprendizaje (LAP-D). Memorias. Escuela de Psicología. Universidad Pontificia Católica de Chile. Chile.
- Bar Din, A.** (1989) La madre deprimida y el niño. Ed. Siglo XXI. México.
- Bau, P. L.; Lewis, M.** (1974) Mothers and fathers, girls and boys attachment behavior in the one year old. Merrill-Palmer Quart, 20.
- Bee, H. L. y col.** (1982). Prediction of IQ and Language skill from perinatal status, child performance, family characteristics, and mother-infant interaction. Child Development, 53.
- Bernardi, R.** (1988) Factores psicosociales de riesgo en la salud mental materno-infantil. Avances recientes. Primeras Jornadas Regionales de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia. APPIA. Asunción, Paraguay.
- Bernardi, R.; Díaz, J. L.; Schkolnik, F.** (1980): Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. Rev. Uruguaya de Psicoanálisis N° 61.
- Bernardi, R.; Cerutti, A.; Herrera, R.; Zas, A.; Zytner, R.** (1993): La Representación del hijo en la mente de la madre. Actas del Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes y Profesiones Afines. Montevideo, Uruguay.
- Bernardi, R.; Bianco, G.; Cerutti, A.** (1987) Sentimientos Depresivos en la Madre y Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 5 años. Publicación Oficial. 7° Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil. Montevideo
- Bernardi, R.; Bianco G.; Cerutti, A.; Schwartzmann, L.** (1988). Depresión Materna, satisfacciones vitales y pobreza: su relación con el desarrollo psicomotor del niño. Publicación Oficial 1er Congreso Latinoamericano de W. A. I. P. A. D. Canela, Brasil.
- Bernardi, R.; Schwartzmann, L.; Canetti, A.; Cerutti, A.; Trenchi, N.; Rosenberg, S.; Luque, S.** (1991) Valoración psicosocial básica durante la atención del niño sano de 0-5 años. En: Sistema Informático del Niño. Publicación Científica del CLAP/OPS/OMS N°1204. Montevideo, Uruguay.
- Bernardi, R.; Schwartzmann, L.; Canetti, A.; Cerutti, A.; Trenchi, N.; Rosenberg, S.** (1992). Adolescent maternity: a risk factor in poverty situations? Inf. Mental Health Journal. Vol 13, N°3.
- Bernardi, R.; Schwartzmann, L.; Canetti, A.; Cerutti, A.; Trenchi, N.; Rosenberg, S.; De Lacuesta, P.; Zubillaga, B.** (1990). Psychosocial risk factors in child development in poor sectors. A national study of urban Uruguay. Publicación Oficial. Congreso Mundial de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Tokio.
- Bernardi, R.; Schwartzmann, L.; Trenchi, N.; Cherro, M.; Canetti, A.; Capezuto, B.; Rosenberg, S.; Schroeder, D.** (1989). Agresividad infantil, trastornos del desarrollo psicomotor y alteraciones del clima familiar en sectores

- pobres. Publicación Oficial XVII Jornadas Uruguayas de Pediatría. Piriápolis, Uruguay.
- Bion, W.** (1963) Elementos del psicoanálisis. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1966.
- Bowen, M.** (1960). A family concept of schizophrenia. En: The Etiology of schizophrenia. D. D. Jackson. Basic Books Inc. New York.
- Bowlby, J.** (1986). Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Morata. Madrid.
- Boynnton, R. et al.** (1990) Manual de Pediatría Ambulatoria. Editorial Salvat. 2a Edición. Boston.
- Bralic, S.; Haeussler, I.** (1982) El desarrollo psíquico del niño de dos a seis años. Doc. 19. Ministerio de Educación. Santiago de Chile.
- Braunschweig, D.; Fain, M.** (1975) La nuit et le jour. Le fil rouge. Presses Universitaires de France, París.
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. G.** (1992) As Primeiras Relações. Livraria Martins Fontes Editora, San Pablo.
- Brown, E. H. ; Harris, T.** (1978) Social Origins of Depression. Tavistock Publications: Londres.
- Bruner, J.** (1988) Desarrollo Cognitivo y Educación. Morata. Madrid.
- Bruner, J.** (1984) Acción, pensamiento y lenguaje. Ed. Alianza. Madrid.
- Bruner, J.** (1991) Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Alianza Editorial, Madrid.
- Bruner, J.** (1991) Actos de significado. Alianza. Madrid.
- Buchelli, M.** (1993) Poverty Status in Montevideo (Uruguay) in the 80's. Doc. 5. Dep. Econ. Fac. C. Soc. Univ. Rep. Montevideo.
- Caputte, A.; Shapiro, B. et al.** (1978) Normal gross motor development: the influence of race, sex and socioeconomic status. *Devel. med. Child Neurol.* 27.
- CEPAL.** (1991) Qué y quiénes aprenden en las escuelas del Uruguay. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Oficina de Montevideo.
- Cerutti, A.; Canetti, A.; Rosenberg, S.; Zubillaga, B.; Roba, O.** Coordinadores: **Bernardi R.; Schwartzmann, L.** (1993) Desarrollo. El niño de 0 a 5 años. Ed. Roca Viva. Montevideo.
- CLAEH-UNICEF** (1989) Los niños pobres en el Uruguay actual: condiciones de vida, desnutrición y retraso psicomotor CLAEH. Serie Investigaciones N° 59 (3 Tomos). Montevideo.
- CLAEH.** Pobreza: Algunos Enfoques. Apuntes Básicos de Capacitación N° 10.
- CLAEH-UCA** (1991) Indicadores básicos del Uruguay. Tomo 3, Montevideo.
- Cogill, S. R.; Caplan, H. L. et al.** (1986) Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Med Journal.* Vol. 292(3).
- Cramer, B.** (1987). A psiquiatria do bebe: uma introdução. En: A dinâmica do bebe. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Cramer, B.** (1977) Problemas théoriques et techniques de la prévention des troubles psychiques chez le jeune enfant. *Medicine et Hygiène.* Ginebra.
- Craviotto, J.** (1979) Cambio educativo intergeneracional en la madre y crecimiento físico del niño. *Bol. Med. Infantil.* Vol. 29, No. 5. Acta 72.
- Craviotto, J.** (1979) Mother Infant relationship prior to the development of clinical severe malnutrition. *Scientific Research Div. IMAN.*
- Craviotto, J.; Licardie, E.** (1972) Environment correlates of severe clinical malnutrition and language development in survivors of kwashiorkum o marasmo. *Scientific Publication PAHO* 281.
- De Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D.** (1987) Introducción al Estudio del niño en su ambiente. En: Manual de Psicopatología del Niño. Cap. 21, 2a Edición. Ed. Masson. París.

- De Almeida, N. y col.** (1985) Relações entre a saúde mental dos pais e a saúde mental das crianças em uma população urbana de Salvador, Bahia. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina.* Vol 31.
- De Almeida, N.** (1984) Family Variables and Child Mental Disorders in a Third World Urban Area (Bahía, Brasil). *Soc. Psychiatry,* 19.
- Departamento de Trabajo y Seguridad Social - Universidad del País Vasco.** (1986) Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Ministerio de Justicia. Ed. Vitoria - Gastiz. España.
- Desai, M.** (1992) Comercio Exterior. Vol. 42. México
- DGEC** (1990) Las necesidades básicas en el Uruguay. Montevideo
- Díaz, J. L.; Guerra, V.; Strauch, M.; Rodríguez, C.; Bernardi, R.** (1991) La madre y su bebé: primeras interacciones. Editorial Roca Viva, Montevideo
- Dubowitz, H. y col.** (1988) Cambios en la familia estadounidense. *Clínicas Pediátricas de Norte América.* Vol. 6.
- Duncan, M.** (1980) La Drogadicción y la Familia. En: Dimensiones de la Terapia Familiar. Andolfi y Zwerling. Paidós Ibérica. Barcelona.
- Egan, D.** (1990) Development examination of infants and preschool children. Oxford. Blackwell Scientific Publications Ltd. Mac Keith Press Philadelphia.
- Emde, R. N.** (1987) Desarrollo terminable e interminable. En *Revista de Psicoanálisis.* Vol. 44, No. 4.
- Emde, R.** (1994) Developing psychoanalytic representations of experience. *Infant Mental Health Journal* Vol. 15, n°1.
- Ferrando, J.** (1983) Psicología del Marginado. Banda Oriental. Montevideo.
- Fivaz-Depeursinge, E.; Bürgin, D.; Corboz- Warnery, A.; Lebovici, S.; Stern, D.; Byng-Hall, J.; Lamour, M.** (1994): The dynamics of interfaces: seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, father and baby. *Infant Mental Health Journal.* Vol 15, No. 1.
- Forrest Talley, P. et al** (1994) Psychotherapy research and practice: Bridging the gap. Basic Books, Harper Collins Publ., Inc., New York.
- Frank, J. D.** (1973). Persuasion and Healing. Schoken Books. Nueva York.
- Frankeburg, W.** (1967) The Denver Development Screening Test. *J. Pediatric.* 71.
- Freud, S.** (1916-17) Conferencias de introducción al psicoanálisis. Amorrortu, XVI
- Freud, S.** (1918) De la historia de una neurosis infantil. Amorrortu XVII.
- García Coll, C.** (1990) Development Outcome of Minority Infants. *Child Development,* 61.
- Gera Van Goor Lambo et al.** (1990) Classification of Abnormal Psychosocial Situations: preliminary report of a revision of a Who Scheme. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol 31, N°2..
- Ghodsian, M.; Zajicek, E.; Wolkind, S.** (1984). A longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems. En *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol 25, N°1.
- Gibello, B.** (1984) L'enfant à l'intelligence troublée. Paidós/Le Centurion. París.
- GIEP** (1989) Dibujo de la Figura Humana: su relación con Desarrollo y Medio Social. Publicación Oficial XVII Jornadas Uruguayas de Pediatría. Piriápolis.
- GIEP** (1989) Agresividad Infantil, Trastornos del Desarrollo Psicomotor y Alteraciones del Clima Familiar en Sectores Pobres. Publicación Oficial XVII Jornadas Uruguayas de Pediatría. Piriápolis.
- Giorgi, V.; Dilacio, G.** (1983) Psicología y Marginalidad

- Social. Comunicación libre. 1er. Congreso sobre Actualización en Técnicas de Evaluación Psicológica. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Glascoc, F. y col.** (1990) A Comparative Review of Developmental Screening Test. *Pediatrics*. Vol. 86, No. 4
- Goldberg, D.; Huxley, P.** (1986) Mental Illness in the Community. Tavistock: Londres.
- Graham, P.** (1977) Environmental influences on psychosocial development. *Int. J. Men. Health*. Vol 6, N°3.
- Graham, S.** (1987) Development of Severely Malnourished children who received psychosocial stimulation: six years follow-up. *Pediatrics*, No. 2.
- Graham, P.** (1979) Epidemiological approaches to child mental health in developing countries. Presentado en: International Conference on aspects of psychiatric problems of childhood and adolescence. París.
- Graham, P.** (1977). Possibilities for prevention. En: *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. Academic Press. London.
- Greenberg, M.; Morris, M.** (1974) Engrosamiento: the new born's impact upon the father. *Am. J. Orthopsychiat*, 44.
- Guedeney, N.** (1989) Les Enfants de Parents Déprimés. *Psychiatrie de l'enfant*, 32, N°1.
- Haeussler, I.; Marchant, T.** (1982) Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años: Estudio de sus características psicométricas. Pontificia Universidad Católica de Chile, Programa de Educación Especial. Santiago de Chile.
- Haeussler, I.; Marchant, T.** (1985) Test de Desarrollo Psicomotor de 2-5 años. TEPSI. Ed. E. Universidad Católica de Chile.
- Haggerty, R.; Sherrod L.; Garmez, N.; Rutter, M.** (Ed.) (1994) Stress, risk and resilience in children and adolescents. Cambridge University Press, Nueva York.
- Hamilton, D.** (1974) Características socioeconómicas y sus relaciones con la situación de la Salud Infantil. Presentado en Congreso Internacional de Pediatría. Argentina.
- Harding, T. W. y col.** (1980) Mental disorders in primary health care. A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*. Vol 10.
- Harwood, L.; Fergusson, D. M.** (1986) Neuroticism, depression and life events: A structural equation model. *Soc. Psychiatry*, 21.
- Herpin, N.** (1993) L'urban underclass chez les sociologues américains: exclusion sociale et pauvreté. *Revue Française de Sociologie XXXIV*.
- Hindley, C. B.; Owen, C. F.** (1977) An analysis of individual patterns of D. Q. and I. Q. curvas from 6 months to 17 years. *British Journal of Psychology* 70.
- Hindley, C. B.; Owen, C. F.** (1977) The extent of individual changes in IQ for ages between 6 months and 17 years in a British longitudinal sample. *J. Child Psychol Psychiat*. Vol. 19.
- Hoffmann, J. M.** (1994) Le rôle de l'initiative dans le développement émotionnel précoce. Organisation du deuxième semestre. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, 1.
- Hornstein, L.; Aulagnier, P.; Pelento, M.; Green, A.; Rother de Hornstein, M.; Bianchi, H.; Dayan, M.; Bosoer, E. (1994) *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires.
- Katzman, R.** (1989) La heterogeneidad de la pobreza: el caso de Montevideo. CEPAL, 37. Santiago de Chile.
- Kernberg, Otto** (1986) Identification and its vicissitudes as observed in psychosis. *Int. J. Psycho- Anal.* 67
- Kernberg, O.** (1991) Some Comments on early development. *Beyond the Symbiotic Orbit: Advances in Separation. Individuation Essays in Honor of Selma Kramer*, M. D. The Analytic Press, Hillsdale, N. J.

- Koupernik, C.** (1974) The Child and his family. Year book of the Int. Assoc. for Child Psychiatry and Allied professions. Vol III.
- Kreisler, L.** (1987) *Le Nouvel Enfant du Desordre Psychosomatique*. Privat. Francia.
- Lacan, J.** (1966) *Escritos I y II*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, 1972.
- Lakoff, G.; Johnson, M.** (1991) *Metáforas de la vida cotidiana*. Ed. Cátedra.
- Lamb, M. E.** (1976) The role of the father in child development Wiley: New York
- Lamb, M.** (1977) Father infant and mother interaction in the first year of life. *Child Dev.*, 48, 6.
- Laplanche, J.** (1987) *Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis. La Seducción Originaria*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Last, V. M.** (1983) *A dictionary of Epidemiology*. Oxford University. Press, New York, Oxford, Toronto.
- Lebovici, S.** (1989) Les liens intergénérationnels (transmission, conflicts). Les interactions fantasmatiques. *Psychopathologie du bébé*. Serge Lebovici y Françoise Weil-Halpern (comp.). Presses Universitaires de France.
- Levi, J.** (1980) *L'éveil au monde*. Edition du Seuil. Paris.
- Licardie, E.; Craviotto, J.** Behavioral responsiveness of survivors of severe malnutrition to cognitive demand. XII-Simposio de la Fundación Sueca de Nutrición.
- Lindahl, E.** (1988) Neonatal risk factors and later neurodevelopment disturbances. *Develop. and Child Neurol.*, 30.
- Lira, I.** (1992) Construcción y evaluación de una técnica de tamizaje de retrasos del Desarrollo Psicomotor. CEDEP. Santiago.
- Lira, I.; Rodríguez, S.** (1976) Desarrollo Psicomotor de Lactantes de Santiago. En S. Rodríguez et al. *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor*. Ed. Galdoc. Santiago.
- Mahler, M. et al.** (1975) El nacimiento psicológico del infante humano Buenos Aires. Ed. Marymar.
- Mancieux Dechamps** (1990) *Le processus du developpement. L'enfant et sa sante*. CH7. París.
- Manzano, J.; Palacio, F.; Knauer, D.** (1984) Problèmes des interventions thérapeutiques en psychiatrie du Nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32.
- Martell, M. y col.** (1990) Fundamentos para el control del crecimiento y desarrollo postnatal. *Rev. Med. Uruguay*, 6-58-69.
- Marty, P.** (1980) *L'ordre psycho-somatique*. Ed. Payot. París., 1985.
- Melgar, A.** (1994) Pobreza y distribución del ingreso: la evolución reciente. Seminario: Indicadores socioeconómicos del Uruguay: de la polémica al análisis. CLAEH. Montevideo
- Miller, F. J. W.; Kolvin, I.; Fells, H.** (1985) Becoming deprived: a cross generation study based on the Newcastle upon Tyne 1000-family survey. En: *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry*. J. Wiley and Sons.
- Minuchin, S.** (1977) *Familias y Terapia Familiar*. Granica. Barcelona.
- Montenegro, H.** (1992) Consideraciones sobre Intervenciones en la Primer Infancia. Documento a Reunión de expertos sobre Promoción del Crecimiento y Desarrollo en las Américas. OPS/OMS. CLAP. Montevideo.
- Moore, V.; Lang, J.** (1990) Copying ability of preschool children with delayed language development. *Development Child Med. and Child Neurol.* 32.
- Nicol, A. R.** (1985) *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry. Practical lessons from research experiences*. John Wiley & Sons Ltd, New York.
- O. M. S.** (1977) Informe del Director General de la O. M. S. a la 52a. sesión del Comité Ejecutivo. *Santé Mentale et Developpe-ment Psychosocial de L'Enfant*. Genève.

- O'Neil, M.; Lancee, W et al. Psychosocial factors and depressive symptoms. *Journal of Mental Disease*. Vol 174, N°1.
- Ogden, T. (1994) *Subjects of Analysis*. Jason Aronson Inc., New Jersey.
- Olesker, W. - Sex differences during early separation - individuation process: implications for gender identity formation. Reporte del autor.
- O.M.S.(1975) *Psychosocial Factors and Health*. Report of The Director General. OMS.
- O.M.S. (1977) *Sante Mentale et développement psychosocial de l'enfant*. Serie de Rapports Techniques N°613. OMS. Geneve.
- OMS (1987) *Recognition and management of children with functional complaints (Psychosocial Problems Ill-defined somatic complaints)*. WHO. South East Asia Regions.
- OMS (1986) *Protocols for the development and field testing of techniques for monitoring physical growth and psychosocial development*. División de Salud Familiar y División de Salud Mental. OMS. Ginebra.
- OMS (1981) *Social Dimensions of Mental Health*. OMS. Geneve
- OMS (1981) *Draft Multiaxial classification and child psychiatry disorders. Axis Five-Associated Abnormal Psychosocial situations*. División de Salud Mental. OMS. Ginebra.
- OMS (1990) *Home Risk Chart*. Division de Salud Mental. OMS. Ginebra.
- OMS (1990) *Parent Interview Schedule: Draft for comment and field testing Psychosocial Axis of the Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders*. Division de Salud Mental. OMS. Ginebra.
- OPP/ BID (1994) *Evolución de la pobreza en el Uruguay*. OPP. Prog. Inversiones Sociales. Montevideo.
- OPS (1986) *Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno- Infantil*. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. OPS/OMS.
- OPS/OMS. (1992) *Plan Regional de Acción para promoción del crecimiento y desarrollo en la América 1992-1995*. Programa de Salud Materno- Infantil/Programa de nutrición. OPS-OMS.
- Osborn, A. F.;Buttler, N. R.; Morris, A. C.(1985) *The social life of Britain's five years old*. Routledge and Kegan Paul Eds. London.
- Osofsky, J. (1987) *Handbook of Infant Development* (2nd Ed.). John Wailey & Sons Inc. New York.
- Páez, D. y col. (1986) *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Fundamentos. Madrid.
- Pain, S. (1985) *La Génesis del Inconsciente: La Función de la Ignorancia II*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Pain, S.(1979) *Estructuras Inconscientes del Pensamiento:La Función de la Ignorancia I*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Parker, S. y col. (1988) *Doble riesgo: Impacto de la pobreza en el desarrollo temprano del niño*. En: Niños en Riesgo: problemas sociales y médicos. Clínicas Pediátricas de Norte América. Vol 6.
- Piaget, J. (1946) *La formación del símbolo en el niño*. Neuchatel, Delachaux Niestlee. París.
- Piaget, J. (1967) *Psicología de la inteligencia*. Psique. Buenos Aires.
- Piontelli, A. (1989) *A study on twins before and after birth*. *International Revue of Psychoanalysis* 16.
- Quinton, D.;Rutter, M. (1985). *Family pathology and child psychiatric disorder: a four year prospective study*. En: *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley and Sons.
- Rebollo, M. A. (1993). *Desarrollo: Definiciones*. Documento Interno M. S. P. a Taller Diagnóstico de Situación sobre Evaluación y Estimulación Temprana del Desarrollo Psicomotor en Niños del Uruguay.

- Richman, N. (1977). *Short term outcome of behaviour problems in three year old children*. En: *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. Academic Press. London.
- Richman, J.; Flaherty, J.(1986) *Childhood Relationships adult coping resources and depression*. *Soc. Sci. Med.* Vol 23, N°7. Aires.
- Rodríguez, S.; Haeussler, M. (1985) *Manual de estimulación del niño preescolar*. Ed. Galdoc. Chile.
- Rutter, M. (1980) *Scientific Foundations of Developmental Psychiatry*. William Heinemann Medical Books Ltd.. London.
- Rutter, M. (1980) *Long term effects oearly experience*. *Devel. Med. Child Neurol.* 22.
- Rutter, Michael (1994) *Stress research: lessons from research on children with chronic disorders*. En: Haggerty et al. (Ed.): *Stress, risk, and resilience in children and adolescents*. Cambridge University Press. Nueva York.
- Sameroff, A. (1986) *Environmental Context of Child Development*. *The Journal of Pediatrics*, 109, No. 1.
- Sameroff, Arnold J.; Emde, Robert (Ed.) (1989) *Relationship Disturbances in Early Childhood. A Developmental Approach*. HarperCollins Publishers. Nueva York.
- Sandler, Joseph (1994) *Fantasy, defense and the representational world*. *Infant Mental Health Journal* Vol. 15, N° 1.
- Santini, H. y col. (1971) *Estudio de la evolución de las praxias en el niño*. *Archivo de Pediatría del Uruguay*. Bol. 42.
- Sartorius, N.; Graham, P. (1984) *Child Mental Health: experience of eight countries*. *WHO. Chronicle*, 38(5):208-211.
- Sartorius, N.(1989) *Cross-Cultural resarch on depression*. *Psychopathology*, 19: supp 2.
- Schaffer, Roy (1992)*Retelling a life*. New York, Harper Collins.
- Schwartzmann, L.; Canetti, A.; Roba, O.; Cerutti, A.; Rosenberg, S.; Bernardi, R. *Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP)*(1993). *Factores Psicosociales de Riesgo asociados a negligencia familiar y su repercusión en el desarrollo de niños de 0 a 5 años en sectores pobres del Uruguay*. Publicación Oficial XIX C Congreso Uruguayo de Pediatría. 1er Simposio Internacional del Niño Abandonado. Montevideo, Uruguay.
- Schwartzmann, L.; Cerutti, A.; Canetti, A.; Zubillaga, B.; Rosenberg, S.; Bernardi, R. (1994) *Desarrollo psicomotor: comportamiento y actitudes./Desarrollo psicomotor: conducta, anticipación y alerta./Valoración psicosocial. Guía para identificar problemas en el binomio niño- familia*. En: *Material de apoyo para la promoción, protección y vigilancia de la salud del niño*. Publicación Científica CLAP N°1304. CLAP/OPS/OMS. Montevideo, Uruguay.
- Seguel, X; Bralic, S.; Edwards, N. (1989) *Mas allá de la sobrevivencia*. CEDEP. UNICEF. Chile.
- Seligman, M.(1975) *Helplessness*. Freeman: San Francisco
- Silva, P. (1980) *The prevalence, stability and significance of developmental language delay en Preschool children*. *Developmental Med. Child. Neurol.* N° 22.
- Stern, D. (1978) *La Primera Relación Madre-Hijo*. Morata. Madrid.
- Stern, D. (1994) *One way to biuld a clinically relevant baby*. *Infant Mental Health Journal* Vol. 15, n° 1, pp. 9-25.
- Terra, J. P. (1988) *Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en los niños*. Cuadernos del CLAEH No. 47.
- Terra y col. (1989) *Los niños pobres en el Uruguay actual: Condiciones de vida, desnutrición y retraso psicomotor (Tomo I, II y III)*. Serie Investigaciones. CLAEH. Montevideo.
- Terra y col. (1989) *Creciendo en condiciones de riesgo. Niños pobres en Uruguay*. CLAEH-UNICEF. Montevideo.
- Thinès, G.;Lempereur, A. (1978) *Diccionario General de Ciencias Humanas*. Catedra:Madrid

- Thorpe, H. ; Werner, E.** (1974) Development Screening of preschool children. A critical review of inventories used in health and educational programs. *Pediatrics*, No. 3.
- Tizard, B. et al.** (1972) Environmental Effects on Language Development: A Study of Young Children in Long-Stay Residential Nurseries. *Child Development*, 43.
- UNESCO-CIDE.** (1976) L'enfant et son développement de la naissance à six ans. París.
- UNICEF.** (1992) El niño de 0 a 6 años. SSA. México.
- UNICEF.** (1979) El niño en América Latina y el Caribe. Informe Sobre la Reunión Especial. Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia. México.
- UNICEF.** (1990) Niños y Mujeres del Uruguay: Compromiso de Todos. Publicación de UNICEF. Uruguay.
- Uriz, N. y col.** (1985) El desarrollo psicológico del niño de 3 a 6 años. Comunidad Foral de Navarra. Departamento de Educación y Cultura. Orientación Psicopedagógica. España.
- Van Goor-Lambo et al.** (1990) Classification of Abnormal Psychosocial Situations: Preliminary Report of a Revision of a WHO Scheme. *J. Child Psychol. Psychiat.* 31, No.2
- Victoria, M.; Victoria, C.; Barros F.** (1990) Cross-cultural Differences in Developmental Rates: A Comparison between British and Brazilian Children. *Child care, health and development*, 16.
- Victoria, C y col.** (1988) Epidemiologia da desigualdade: Un estudio longitudinal de 6.000 crianzas brasileiras. Ed. Hucitec. San Pablo.
- Vigotsky, L.** (1986) El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores. Críticas: Barcelona.
- Wallon, H.; Lurcat, L.** (1957) El dibujo del personaje en el niño. *Journal de Psychologie Normale et pathologique*, No. 3. París.
- Wallon, H.** (1982) L'évolution du dessin d'enfant ayant pour theme l'animal. *Neuropsychiatrie de l'enfance*. No. 30.
- Weissman, M. y col.** (1980) Depressed parents and their children. *AJDC*, Vol 140.
- Werner, E. E.** (1985). Stress and protective Factors in children's lives. En: *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry*. John Willey and Sons: Londres.
- Wertsch y Vigotsky** (1988) La Formación Social de la Mente. Paidós. Barcelona.
- Winnicott, D. W.** (1958) Escritos de pediatría y psicoanálisis (1931-1956). Ed. Laia. Barcelona, 1979.
- Wolkind, S.; Hall, F.; Pawley, S.** (1977). Individual differences in mothering behaviour: a combined epidemiological and observational approach. En: *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. Academic Press: London.
- Wrate, R.; Rooney, H.; Cox, J.** (1985) Postnatal depression and child development. A three year follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 146.
- Zeanah, Charles ; Thomas, Anders** (1987) Subjectivity in Parent-Infant Relationships: A Discussion of Internal Working Models. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 8, No. 3.
- Zeanah, Charles H.** (1992) Subjectivity in parent-infant relationships: contributions from attachment research. En: M. Ammaniti y D. N. Stern (eds.), *Attaccamento e Psicoanalisi*. Roma: Laterza, 1992.