

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina

Lic. en Kinesiología y Fisiatría



"Alteraciones en el desarrollo de la percepción en niños de 0 a 12 meses que viven en una comunidad Toba"

Ma. Fernanda Pinasco

Noviembre 2004.

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría



“ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DE LA PERCEPCIÓN EN NIÑOS DE 0 A 12 MESES QUE VIVEN EN UNA COMUNIDAD TOBA”

Autora:

- Ma. Fernanda Pinasco.

Tutor:

- Andrés Cappelletti.

Asesor Metodológico:

- Lic. Andrés Cappelletti

RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito detectar si determinados factores socio-económicos y culturales afectan el neurodesarrollo normal del niño en su primer año de vida.

La misma se realizó en la comunidad toba de la ciudad de Rosario, la cual presenta características culturales propias.

En principio se concurrió al barrio con el propósito de conocer a sus habitantes, familiarizarnos con ellos y con su cultura.

Luego se realizaron entrevistas a las mamás indagando sobre el vínculo familiar, los cuidados del bebé, los antecedentes familiares y personales del mismo; y por último se llevaron a cabo las evaluaciones a los niños, para determinar si existen retrasos o alteraciones en algún campo funcional, haciendo hincapié en la percepción; tomando como referencia las tablas del “Diagnóstico Funcional según el Método de Munich”.

Además se investigó sobre neurodesarrollo normal y sus posibles alteraciones; la cultura Toba y las razones de su migración hacia ésta ciudad.

Basándonos en los datos obtenidos se encontró una respuesta a la problemática planteada inicialmente, pudiendo afirmar que el neurodesarrollo en bebés que viven en la comunidad toba es influenciado por el entorno socio económico y cultural donde crecen y se desarrollan; ya que se detectaron diversas alteraciones en los diferentes campos funcionales.

INDICE

	Pág.
<i>1-Resumen.....</i>	<i>01</i>
<i>2- Introducción.....</i>	<i>03</i>
<i>3- Problemática.....</i>	<i>05</i>
<i>4- Fundamentación.....</i>	<i>07</i>
<i>4.1- Aspectos del desarrollo.....</i>	<i>07</i>
<i>4.2- Influencias sobre el desarrollo.....</i>	<i>08</i>
<i>4.3- Resultados deficientes en niños pobres.....</i>	<i>10</i>
<i>4.4- Desarrollo psicomotor.....</i>	<i>11</i>
<i>4.5- Percepción.....</i>	<i>13</i>
<i>4.6- Desarrollo en el primer año de vida.....</i>	<i>14</i>
<i>4.7- Interpretación sintética de los reflejos y de las reacciones.....</i>	<i>16</i>
<i>4.8- La “normalidad” y el niño.....</i>	<i>18</i>
<i>4.9- Desviación de lo normal.....</i>	<i>19</i>
<i>4.10- Criterios para el reconocimiento temprano de las desviaciones del desarrollo motriz en el período de lactancia según Inge Flehming.....</i>	<i>20</i>
<i>4.11- Fundamentos de un diagnóstico y tratamiento temprano de desarrollo.....</i>	<i>23</i>
<i>4.12- Fundamentos y estructura del “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich”.....</i>	<i>24</i>
<i>4.13- Acerca de la cultura Toba.....</i>	<i>26</i>
<i>5- Objetivos.....</i>	<i>32</i>
<i>6- Métodos y procedimientos.....</i>	<i>33</i>
<i>6.1- Tipo de investigación.....</i>	<i>33</i>

INTRODUCCION

La presente investigación, realizada en una comunidad toba, está orientada a detectar alteraciones en el neurodesarrollo de la percepción en niños de 0 a 12 meses, a través de evaluaciones, entrevistas y observaciones.

Del libro “Desarrollo funcional de las etapas psicomotoras en el 1º año de vida del lactante”, del autor T. Helbruguer, basadas en el método de Munich, se extrajo el modelo de las evaluaciones. Las mismas evalúan la edad del desarrollo mes por mes en los diferentes aspectos; gateo, sedestación, marcha , prehensión, percepción, habla, comprensión del lenguaje y conducta social a través de tablas de desarrollo psicológico del lactante que posibilitan el diagnóstico precoz de diferentes tipos de minusvalidez infantil.

Estas evaluaciones aportan las edades correspondientes a cada uno de los campos funcionales, luego de ser calculadas se traza el perfil del desarrollo en las impresas preparadas para tal fin.

La comunidad toba de Rosario, inmersa en un contexto socio-económico-cultural muy particular permitió la indagación de datos empíricos.

Los habitantes del barrio son aborígenes que originariamente habitaban la zona del Chaco, principalmente.

Al iniciarse en 1982 grandes inundaciones en esa provincia y como consecuencia de la depredación de los bosques, los tobas emigran masivamente a la ciudad de Rosario, engañados políticamente. A la clase dirigente de ese momento no le interesaba asistirlos

ni brindarles posibilidades de desarrollo autónomo. Solucionan la situación con el pago de pasajes hacia otras ciudades, con la promesa de trabajo y una mejor calidad de vida. A pesar de las promesas incumplidas y con el transcurso de los años, los tobas continúan emigrando a esta ciudad, dado que en ella las posibilidades de trabajo son mayores, aunque insuficientes para poder brindarles una comida diaria a sus hijos. Las viviendas son muy precarias y no reúnen las condiciones de higiene básicas; la mayoría consta de una sola habitación; por este motivo las familias viven en un estado de hacinamiento.

Dados sus bajos recursos económicos, los tobas deben salir al mercado laboral a muy temprana edad, lo que no les permite completar sus estudios y así acceder a un trabajo calificado.

Han logrado conservar parcialmente su cultura y transmitirla de generación en generación, adaptándose parcialmente a vivir en una sociedad diferente.

En el presente trabajo tendremos en cuenta la influencia directa que, sobre la aplicación de las evaluaciones basadas en el método de Munich, ejercerán las particularidades que caracterizan a la comunidad toba, esperando que esta investigación nos permita detectar como la interacción entre el contexto socio-económico-ambiental y cultural condiciona la manifestación de enfermedades y alteraciones del neurodesarrollo ligadas a la percepción.

PROBLEMÁTICA

La temática a investigar surgió en el año 2003 cuando en la cátedra de Psicomotricidad y Neurodesarrollo se nos propone realizar a bebés de 0 a 12 meses evaluaciones mediante el “diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich”.

Otro motivo fue que durante el año 2002 realizamos una experiencia de colaboración con la comunidad toba y en ese proceso de interacción logramos un acercamiento a su cultura, su manera de ver la vida, su realidad socio-económica.

Desde el supuesto teórico que plantea que durante el primer año de vida se construyen los mecanismos fundamentales del conocimiento, se establecen la construcción de las primeras palabras y comienza la actividad voluntaria que será cada vez más dominante, se considera prioritaria la estimulación durante este período, ya que ésta actúa tratando de proporcionar al niño aquello que le hace falta para su evolución, actuando sobre los factores de riesgo y teniendo en cuenta el ambiente donde el infante nace y vive con su madre y familia. Este ambiente familiar, cultural y social juega un papel preponderante en el niño en edades tempranas, por lo cual es de esperar que distintos medios sociales y culturales produzcan diferentes logros, lo que incidirían en las posibilidades ulteriores del desarrollo humano.

La libertad corporal es la base para que cada niño desarrolle su control muscular, sus destrezas y la coordinación de sus movimientos, expresarse a través del cuerpo y obtener un esquema corporal normal. Cada función motriz se desarrolla naturalmente siendo la estimulación corporal la que posibilitan el perfeccionamiento de éstas.

A partir de estos antecedentes nos planteamos como problemática: “¿cómo las características socio-económicas ambientales y culturales en que se desarrolla un niño toba influyen en su madurez neurológica y motriz durante el primer año de vida, en el

campo funcional de la percepción? ¿Qué tipo de alteraciones en el neurodesarrollo son los más comunes?

FUNDAMENTACIÓN

T. Hellbrugüe define al crecimiento como “aquello que diferencia fundamentalmente el niño del adulto.(...) es un proceso de la vida orgánica que se presenta con el aumento de la masa corporal. Este aumento de la masa corporal puede ocurrir bien por aumento del número de células o bien por un aumento de su tamaño.”¹

Es evidente que el desarrollo es algo más que el simple crecimiento. El crecimiento va unido a una progresiva diferenciación de todas las células, tejidos, órganos y sistemas.

El desarrollo consiste en dos procesos biológicos fundamentales: crecimiento y diferenciación.

El crecimiento origina e impulsa la diferenciación, sin embargo la diferenciación inhibe el crecimiento. De ésta forma el término de la diferenciación supone el final del crecimiento.

Patricia A. Downie afirma que, “el desarrollo implica tanto crecimiento como maduración. Crecimiento no es sólo incremento de tamaño, sino desarrollo de interconexiones cada vez más complejas dentro del cerebro.”²

Aspectos del desarrollo

Cada período del ciclo vital está influenciado por lo que sucedió antes y afectará lo que esta por acontecer; cada período tiene su propio valor y características particulares; ninguno es más o menos importante que otro.

¹ Hellbrugüe, Teodore, The Development of Circadian Rhymys in infants. Cold Spring Harbor Simposio on quantilogy. Berlin, 1960, vol XXVI. Página 311.

² Downie, Patricia, A., Neurología para fisioterapeutas, cuarta edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2001, Pág. 32.

El desarrollo depende de la historia y del contexto. Cada persona se desarrolla dentro de un conjunto específico de circunstancias o condiciones definidas por el tiempo y el lugar. Los seres humanos influyen y son influenciados por su contexto histórico y social. Ellos no sólo responden a sus ambientes físicos y sociales sino que también interactúan con ellos y los modifican.

A lo largo de la vida, el desarrollo incluye un equilibrio entre el crecimiento y el deterioro. Mientras las personas ganan en un área pueden perder en otra y en grados variables. Los niños crecen principalmente en dirección ascendente tanto en tamaño como en capacidades.

Es flexible o plástico. Plasticidad significa elasticidad en el desempeño. Muchas capacidades tales como la memoria, la fuerza y la resistencia pueden mejorar con el entrenamiento y la práctica.

Influencias sobre el desarrollo

Algunas influencias sobre el desarrollo tienen origen en la herencia: la carga genética recibida de los padres biológicos de una persona. Otras provienen del entorno: el mundo fuera de sí mismo y que comienza en el útero. Las diferencias individuales aumentan a medida que las personas se hacen mayores. Muchos cambios típicos del período de lactancia y la infancia temprana parecen estar ligados a la maduración del cuerpo y del cerebro; el desarrollo de una secuencia natural, genéticamente influenciada, de cambios físicos y patrones del comportamiento, incluyendo la disposición para dominar nuevas habilidades como caminar y hablar.

Desde nuestro origen mismo, nos desarrollamos dentro de un contexto social e histórico. Para un niño, generalmente el contexto inmediato es la familia; pero la familia

a su vez es objeto de las amplias y continuamente variables influencias del barrio, la comunidad y la sociedad.

La condición socioeconómica combina varios factores relacionados, incluyendo la educación y la ocupación. Existen numerosos estudios que relacionan la condición socioeconómica con los procesos del desarrollo (como la interacción verbal de las madres con los hijos) y los resultados del mismo (como la salud y el desempeño cognitivo). Generalmente no es la condición socioeconómica la que afecta estos resultados, sino los factores asociados a ella, como la clase de hogar y barrio en los que residen las personas y la calidad de la atención médica, la educación y otras oportunidades disponibles para ellas. “Los niños pobres, por ejemplo, tienen mayores probabilidades que otros niños de presentar problemas emocionales y del comportamiento y su potencial cognitivo y su desempeño escolar se encuentran aún más afectados.

Recientemente algunos investigadores han comenzado a estudiar cómo la composición del barrio afecta el modo de ser de los niños. Hasta ahora, los factores más influyentes parecen ser el ingreso promedio del vecindario y el capital humano, la presencia de adultos educados y empleados quienes pueden construir la base económica de la comunidad y ofrecer modelos que un niño espere alcanzar”³

Las amenazas al bienestar de los niños se multiplican si, como sucede a menudo, coexisten varios factores de riesgo, es decir, condiciones que aumentan la probabilidad de un resultado negativo. Vivir en un barrio pobre con un gran número de personas desempleadas y que reciben auxilios de la beneficencia disminuye la probabilidad de que exista un respaldo social efectivo.

³ Papalia, Diane, E., Wendkos Olds, Sally, Dustin Feldman, Ruth, Desarrollo Humano, Octava edición. Editorial Mc. Graw Hill, Bogotá, 2001, pág. 18

Resultados deficientes en niños pobres ⁴

Resultado	Riesgo en los niños pobres en comparación con otros niños
<i>Salud</i>	
Muerte en la infancia	1.5 a 3 veces más probable
Detención del crecimiento	2.7 más probable
Deficiencia de hierro en los años preescolares	3 a 4 veces más probable
Sordera parcial o completa	1.5. a 2 veces más probable
Ceguera parcial o completa	1.2 a 1.8 veces más probable
Discapacidades físicas o mentales severas	2 veces más probable
Accidentes fatales	2 a 3 veces más probable
Neumonía	1.6 veces más probable

“Algunas culturas tienen variaciones o subculturas asociadas con ciertos grupos, generalmente grupos étnicos, dentro de una sociedad. Un grupo étnico está compuesto por personas unidas por el ancestro, la raza, la religión, el idioma y/o la nación de origen, los cuales contribuyen a un sentimiento de identidad compartida y actitudes, creencias y valores comunes. La mayoría de los grupos étnicos tienen sus raíces en un mismo territorio, donde ellos o sus antepasados tuvieron una misma cultura, la cual continúa influyendo sobre su forma de vida.” ⁵

⁴ Fuente: Children`s Defense Fund. 1998; de Sherman, 1997; pág. 4.

⁵ Papalia, Diane, E., Wendkos Olds, Sally, Dustin Feldman, Ruth, Op. cit, Pág. 19

Con frecuencia, las personas viven en barrios con otros miembros de su propio grupo étnico, fortaleciendo patrones culturales compartidos. Estos patrones culturales pueden influenciar la composición del hogar, sus recursos económicos y sociales, la manera cómo sus miembros actúan entre sí, los alimentos que consumen, los juegos de sus hijos, el modo cómo aprenden y su desempeño escolar.

Al hacer referencia a las influencias de la etnicidad y la cultura, es importante diferenciar los efectos de los rasgos biológicos compartidos, de la condición socioeconómica (que pueden ser resultado de los prejuicios o de la falta de oportunidades educativas y laborales) y de las actitudes culturales que ayudan a dar forma al desarrollo. El prejuicio y la discriminación que limitan la oportunidad de muchos y otras minorías intensifican los lazos de apoyo mutuo entre familias y comunidades.

Desarrollo psicomotor

Los movimientos del niño, al nacer, tienen ciertas características que desaparecen o evolucionan hasta concretarse en un gesto preciso.

La primera de ellas constituye la precisión de movimientos. Este periodo se caracteriza por la progresiva independencia de más en más afinada de los grupos musculares (el niño va del movimiento difuso y general al movimiento analítico), desarrollándose así la actividad voluntaria, que determinará el paso del movimiento espontáneo al movimiento consciente. La actividad del recién nacido constituye una expresión motriz difusa de carácter global y reflejo; los movimientos son asociados y no aparece ningún signo de dominio de la actividad voluntaria; las manos permanecen fuertemente cerradas, lo cual no permite aún el acto prensor, la cabeza se bambolea y la mirada es vaga.

“La conducta del bebé cambia notablemente a medida que el sistema nervioso se desarrolla; la maduración se efectúa en el plano axial y en sentido descendente, siendo la cabeza la que adquiere dominio más temprana.”⁶

Esta, al erguirse permite la fijación de la mirada y por consiguiente el desarrollo progresivo de la atención, que se encuentra íntimamente vinculada a la capacidad de fijación ocular. El desarrollo de las formas de atención se basa en el progresivo control postural de los ojos, la cabeza y la correcta coordinación del sistema ocular; una integración normal de estos modos de conducta va a permitir el desarrollo de la capacidad de fijación, base de todo aprendizaje progresivo, incluyendo los actos prensores, la coordinación manual y el aprendizaje escolar.

El control primario óculo cefálico se adquiere a las 16 semanas. A partir de ese momento, el desarrollo de la atención estará ligado a la posterior actividad postural, que a su vez, va a fundamentar el perfeccionamiento de las formas progresivas de la coordinación visomotora.

Paralela a esta adquisición se ha desarrollado el temprano dominio de los labios, la lengua y la tonicidad en aumento de los músculos cervicales que ha permitido la erección de la cabeza. El progreso del desarrollo se traduce luego en la madurez de la musculatura de los brazos, las manos y los dedos. A esta altura el dominio motor, el perfeccionamiento en la acomodación ocular y la atención cada vez más sostenida van a permitir las primeras tentativas prensiles.

A los 12 meses las disposiciones posturales que comienzan a perfeccionarse con la marcha, la percepción visual y kinestésica, que van integrando la memoria motora con las innumerables experiencias diarias, la atención más selectiva y el desarrollo del lenguaje que permite una mayor integración socio familiar dan por resultado la conducta armoniosamente desplegada del pequeño ser. Todos estos rasgos no constituyen más

⁶ Costalat, Lila, Psicomotricidad I, la coordinación visomotora y dinámica del niño infradotado, Editorial Losada, Buenos Aires, 1979, Pág. 23

que la manifestación visible de desarrollo bien combinado de las funciones neuropsicomotrices.

“En este primer año de vida que se han producido los cambios más grandes y más rápidos del desarrollo neuromotor y a partir de él y durante el segundo y el tercer año la conducta evoluciona apoyada sobre la base de los controles adquiridos.

La maduración del sistema nervioso se manifiesta a través del perfeccionamiento constante de las funciones ya existentes.”⁷

Percepción

En la literatura psicológica existe una gran falta de claridad respecto a la definición exacta del concepto de “percepción”, Por regla general este término se utiliza como concepto genérico que engloba a varios procesos psico-físicos diferentes.

“Nosotros entendemos por “percepción” en primer lugar la percepción sensorial, la capacidad de formar ideas y la facultad de elaborar conceptos por parte del niño. La percepción no comprende sólo la captación de estímulos sino también su consecuente procesación central”.⁸

“La percepción, que da lugar a conceptos simples, y la capacidad de elaborar conceptos más y más complejos y abstractos, son los últimos eslabones de una cadena que empieza en las terminaciones nerviosas periféricas y termina en los hemisferios cerebrales. Las percepciones son adquiridas por el espíritu a través de los sentidos y no por los sentidos mismos”.⁹

El desarrollo de la percepción tiene lugar siguiendo las leyes de la diferenciación y de la estructuración. Es decir, el niño va desarrollando cada vez más la capacidad de

⁷Costalat, Lila, Op sit., pág. 24

⁸ Hellbrugüe, Theodore, Op sit, pág. 149

⁹ Hellbrugüe, Theodore, Op sit, pág. 149

diferenciar diversas cualidades e intensidades de estímulos, así como la de diferenciar un estímulo del ámbito que lo rodea, y ordenar todo ello en relación con el resto de las percepciones y las experiencias adquiridas hasta entonces. Desde la difusa percepción de estímulos de las primeras semanas, el niño alcanza por una parte una clara capacidad de discriminación de estímulos ópticos, acústicos y táctiles, y por otra parte consigue establecer relaciones entre los estímulos concretos y logra sacar de ello consecuencias para su actuación.

Desarrollo en el primer año de vida

En el niño normal, el desarrollo es un proceso continuo que comprende la visión, audición, control y función motoras y respuestas sociales y emocionales.

Es importante el reconocimiento de que todos los niños se desarrollan de una manera particular, y considerar este desarrollo en su totalidad.

El recién nacido reacciona con aversión a estímulos luminosos y acústicos de extrema intensidad. Al final del primer mes es capaz de seguir con la mirada un objeto sonoro de color fuerte que se desvía hasta 45° de la línea media.

Continuando hacia el final del 2° y 3° mes sigue con la mirada el objeto desviándolo de uno al otro ángulo ocular; reacciona al sonido de un objeto, por ejemplo, una campana fijando la mirada o interrumpiendo el movimiento que estaba haciendo.

Comienza la coordinación oculo-manual.

El niño está muy alerta a los estímulos visuales, con creciente habilidad para fijar y seguir con la mirada. A las 12 semanas sigue una pelota suspendida a 15 o 30 cm de su cara en forma horizontal y en general verticalmente. Se interesa en especial en el rostro humano; responde a la sonrisa de un adulto con una sonrisa.

Es capaz de sujetar un sonajero por pocos momentos cuando se lo coloca en su mano, pero no es capaz de mirarlo, ya llegando al final del 4° mes puede observar el juguete que sostiene en su mano.

Al finalizar el 5° mes, al hacer ruido con un papel, adquiere la capacidad de girar la cabeza para indagar el origen del ruido.

Es capaz de encontrar a la persona afectiva dentro de un grupo de personas; busca juguetes preferidos entre un grupo de juguetes.

Alrededor de la semana 12 a las 28 semanas, se incrementa el conocimiento del ambiente; mueve la cabeza a su alrededor para observar todo lo que entra en su campo visual. Comienza a observar la caída de un juguete dentro de su campo visual pero no fuera de él.

Se observa un incremento de la vocalización, grita y se ríe en voz alta.

Existe un desarrollo de interacción más compleja en relación con el mejoramiento de la función de la mano.

En el 6° mes comienza a recelar de los extraños.

La habilidad visual se desarrolla con rapidez, y es capaz de observar actividades a 3-3,5 cm sosteniendo el interés varios minutos seguidos.

Aumenta el conocimiento del ambiente.

En este mes comienza la “Noción de profundidad”, sigue con la mirada un objeto que se le cae e intenta alcanzarlo, hecho que evoluciona hacia el 7° y 8° mes donde el niño se esfuerza por alcanzar objetos que se encuentran fuera de su alcance, donde forzosamente tiene que cambiar de posición.

Con respecto a la audición y el habla, comienza el desarrollo del conocimiento, respuesta a sonidos significativos, imita, se calma o sonrío ante el sonido de la voz de su madre y vocaliza cuando se le habla, es capaz de mirar el rostro de una persona y balbucearle; continúa mejorando la coordinación oculo-manual, lo cual es muy

importante porque finalizando el 9º mes puede manipular objetos más pequeños; se da cuenta de que hay objetos dentro de una caja y dirige su mano hacia su interior para tomarlo.

Este mes es importante, ya que el niño experimenta diversas formas de movimiento, comienza a desplazarse, gatea y esto le permite investigar el medio que lo rodea, se acerca a objetos que le interesan, los toma, los manipula.

En el mes 10 y 11 arroja intencionalmente los objetos; toca con la yema de sus dedos los detalles de los juguetes.

Hacia la semana 52, emite un balbuceo armonioso: -da-da, sonidos conversacionales.

Le gusta tener a la vista adultos conocidos; se incrementa la complejidad de los juegos, comienza a colocar cubos en una caja y sacarlos, entrega el juguete cuando un adulto se lo pide. Busca los juguetes que no se encuentran a la vista.

Llegando al final de los 12 meses es capaz de arrastrar de una cuerda juguetes que atraen su atención, Señala a las personas conocidas, objetos, juguetes; mejora el conocimiento de que existen “otros”.

Interpretación sintética de los reflejos y de las reacciones

“El factor esencial del desarrollo de la motricidad del lactante es la formación del mecanismo reflejo de las reacciones posturales.”¹⁰

Para esto son necesarias:

- Reacciones de postura y de equilibrio.

¹⁰ Flehmig, Inge, Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1988.,Pág. 37

- Transformación de los movimientos masivos primarios primitivos y sinérgicos en movimientos individuales especializados.
- Formación de un tono muscular de variación gradual para resistir la fuerza de gravedad.

Esto se produce en forma automática y adaptada a las necesidades del momento.

El desarrollo de los mecanismos reflejos requiere cierto tiempo para la adaptación. Los siguientes factores posibilitan esta adaptación.

- Tono postural normal.
- Inervación recíproca normal para:

Las reacciones de postura son:

- Reacción de postura laberíntica sobre la cabeza.
- Reacción de postura del cuello.
- Reacción de postura corporal sobre la cabeza.
- Reacción de postura corporal sobre el cuerpo.
- Reacción de postura óptica.

Las reacciones de equilibrio

La musculatura corporal se adapta constantemente para conservar el equilibrio, lo cual asegura la calidad de la motricidad que fue adquirida por las reacciones de postura.

La transformación de los movimientos masivos primarios primitivos y sinérgicos en movimientos individuales especializados se produce a través de disociación o de emancipación de todas las articulaciones, que a su vez adquieren de este modo la capacidad de actuar en forma separada, lo cual permite manipulaciones mas finas.

Esto solo es posible por el tono muscular de variación y de adaptación constante. Así es como el individuo consigue mantenerse erguido contra la fuerza de gravedad.

La regulación del tono muscular principalmente está dada por el sistema vestibular y sus comunicaciones con los ojos y con el oído.

Ningún sistema psicomotriz posee la importancia que tiene este último, ya que es fundamental para la posición erguida en el espacio, es vital para el ser humano.

“La normalidad” y el niño

“Si nos situamos en un plano observacional y conductista, el niño aparece como una determinada entidad psicofísica.”¹¹

La cuestión de qué es un niño, en qué consiste un niño, conduce a la prehistoria, tomándola no sólo en el sentido que Freud le otorga (primeros años de vida que luego sucunden a la amnesia) sino a la prehistoria en dirección a las generaciones anteriores (padres, abuelos, etc.), la historia de esa familia, su folklore. Para entender a un niño tenemos que retroceder a donde él no estaba aún.

Cada persona es una creación única, en la cual intervienen la herencia, el grupo familiar, el nivel económico y la cultura. El período histórico en que nace una persona, el lugar geográfico en el que crece y el azar o destino también participan en su cualidad de único más allá de lo que podemos detallar aquí.

Es necesario comprender por qué un niño puede hacer ciertas cosas en determinado momento, por que puede rodar, incorporarse, sentarse, gatear, pararse y caminar solo en ciertos estadios de maduración y desarrollo.

El niño promedio, por supuesto, es inventado. Ninguno se adapta al modelo normativo y todos varían en mayor o menor grado respecto de él. Las pautas promedio se presentan porque suministran un resumen conveniente para conocer el desarrollo humano.

Al emplear todo tipo de pautas sabemos que existe un cierto margen de imprecisión.

¹¹ Rodulfo, Ricardo, El niño y el significante, Editorial Paidós Psicología profunda, Buenos Aires 1999, Pág. 17.

Por esta razón en el “ Diagnóstico Funcional de Desarrollo según el método de Munich” no se establecen para el primer año de vida como es corriente unos valores medios o unos tipos medios de conducta que sirvan como norma. Por el contrario, se parte de unas normas mínimas de conducta. Cada uno de los modelos de conducta se ordena para cada mes de edad de tal forma que el 90% de los niños explorados lo han cumplido. Los datos orientativos se basan en esta ordenación de modelos de conducta típicos para una determinada edad cronológica.

Entendemos por conducta mínima aquella que se observa en el 90% de los niños explorados de una determinada edad. Este procedimiento tiene la ventaja de que todos aquellos cuya conducta corresponde al 90% de nuestra muestra pueden considerarse como normales. Sólo son considerados “ anormales” o “casos límite” el restante 10%.

Desviación de lo normal

Según D. W. Winnicott, se entiende por niño normal “ cuando el desarrollo del niño se aproxima al término medio teniendo en cuenta su edad. Un niño normal puede emplear todos o cualquiera de los recursos provistos por la naturaleza como defensa frente a la ansiedad y el conflicto intolerable. Los recursos empleados (en la salud) se relacionan con el tipo de ayuda disponible. La anormalidad se exhibe en una limitación y una rigidez en la capacidad del niño para utilizar recursos, y en una relativa falta de relación entre los recursos y en la que cabe esperar en cuanto a ayuda”.¹²

“Los signos tempranos de cierta desviación de lo “normal” en recién nacidos y lactantes no son reconocidos, o sólo lo son cuando ya es tarde. Para el reconocimiento temprano y para la interpretación correcta de los signos discretos de un niño con un leve retraso

¹² Winnicott, D. W., Conozca a su niño, Editorial Praidós, Barcelona, 1994, Pág. 155

motor se requiere una experiencia muy especial que sólo puede ser adquirida con el lactante y no a través del estudio bibliográfico por más minucioso que éste sea.”¹³

Pero no se trata primordialmente de reconocer un signo aislado, sino de conocer el significado de la importancia de la jerarquía de éstos en su totalidad.

Estos signos pueden desaparecer en forma espontánea y luego se desarrollan de manera normal, aunque con cierta torpeza y dificultad para ejecutar movimientos selectivos más finos junto con problemas de la percepción que se descubren en la edad escolar. Muchos casos leves dan la impresión de ser físicamente normales o casi normales en la primera infancia, aunque sólo con cierto retardo del desarrollo. Las actividades motoras anormales se evidencian cuando el niño acrecienta su actividad, es decir, intenta sentarse, usar sus brazos y sus manos, traccionar para sentarse o caminar venciendo sus dificultades físicas.

Criterios para el reconocimiento temprano de las desviaciones del desarrollo motriz en el período de la lactancia según Inge Flehmig¹⁴

- *Cambios de la postura o del tono muscular.* Cuando se observa al niño, en decúbito dorsal, éste se encuentra en flexión superior a lo normal, de tal modo que la cabeza y los pies pueden estar levantados, o bien, predomina la extensión y el niño permanece en una posición de opistótonos. Cuando prevalece la flexión los movimientos a otra posición sólo pueden realizarse en bloque. Cuando predomina la extensión es muy difícil intentar la rotación. En esta posición los hombros se hallan retropulsionados, los miembros superiores se encuentran en posición de pronación, las manos forman un puño y los pulgares están flexionados y en aducción. En

¹³ Bobath, Bertha y Karel, Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1999, Pág 13

¹⁴ Flehmig, Inge, Op. cit; pág. 50-53

cambio, cuando predomina la posición flexionada es muy difícil o imposible levantar y girar la cabeza desde el decúbito ventral.

- *Defecto o ausencia de reacciones de enderezamiento.* Sólo la reacción de enderezamiento del cuello aparece en el recién nacido. A partir del tercer mes de vida desaparece y es reemplazada por las reacciones de postura de la cabeza sobre el cuerpo y por las reacciones de cuerpo sobre cuerpo como condición previa para una rotación orgánica entre la cabeza y el tronco, así como también las extremidades. La ausencia de la reacción de enderezamiento del cuello en el lactante durante la rotación pasiva de la cabeza daría la impresión de rotación libre de la cabeza con respecto al tronco y sería la expresión de un estado de hipotonía. En cambio en el lactante de tres meses de vida la rotación en bloque de todo el tronco en lugar de la rotación libre de la cabeza significa la existencia de un estado de hipertonía.
- *Defecto o ausencia de reacciones de equilibrio.* Se debe examinar el equilibrio en posición de decúbito (ventral y dorsal), sedestación, en posición cuadrúpeda, de pie y durante la marcha. Deben observarse muy bien los movimientos musculares antagónicos que realiza el lactante normal para mantener el equilibrio. La ausencia de éstos movimientos en las etapas correspondientes puede ser tanto un signo de un estado de hipotonía con mayor o menor flacidez de todos los grupos musculares, así como también la consecuencia de un aumento del tono muscular que no es automáticamente reversible. Al controlar el equilibrio también debe prestarse atención al comportamiento del niño, en los niños demasiados miedosos o que no manifiestan ningún tipo de temor debe sospecharse un trastorno del sistema vestibular.
- *Persistencia de modelos tónicos de postura que impiden la coordinación de los movimientos.* Los modelos tónicos de postura presentes en el lactante ante ciertas

influencias deben ir desapareciendo hacia el quinto o sexto mes de vida dado que su existencia impediría la coordinación de los movimientos cada vez más libres.

- *Asimetría de la postura que exceden la dimensión fisiológica determinada por la dominancia cerebral.* Las asimetrías de la postura producidas por el reflejo tónico cervical asimétrico son sospechosas cuando después de cada cambio de posición del niño nuevamente se adoptan de inmediato en forma constante y prácticamente sin interrupción. En cambio las asimetrías causadas por dominancia cerebral (lateralidad del niño, posición preferida) se interrumpen con el movimiento pasivo y sólo se adoptan nuevamente cuando ya no se distrae al niño de otro modo.
- *Retardo del desarrollo de todas las capacidades o de capacidades parciales.* A partir del segundo mes de vida se puede sospechar de un retraso en el desarrollo, si un niño de ésta edad no emite sonido, no reacciona a objetos que le son mostrados, o que no sonríe cuando se lo estimula. La ausencia de reacciones parciales es más importante, por ejemplo, un niño que sigue con la mirada un objeto más allá de la línea media pero que no muestra ningún tipo de reacción, mímica o similar.
- *Sospecha de trastornos de la percepción en la esfera visual, auditiva, táctil y cinestésica por integración sensorial deficiente.* Estos trastornos de percepción pueden reconocerse muy temprano en los primeros meses de vida con los correspondientes elementos auxiliares y con una muy buena capacidad de observación.
- *Mirada distante.* No existe contacto a través de la mirada.
- *Reacciones supersensibles al contacto al cambio de posición en el espacio, hipertonía casi siempre asimétrica o adinamia por falta de sensibilidad en músculos, articulaciones y tendones.*

Es importante destacar que los síntomas aislados no deben ser tomados como indicadores de trastornos cerebrales de la motricidad o de una lesión encefálica. Un

signo aislado no puede ser la expresión de un hecho tan complejo, sólo tiene la importancia de una advertencia que debe fomentar un control evolutivo, el cual ha de continuarse hasta eliminar todas las dudas.

Fundamentos de un diagnóstico y tratamiento temprano del desarrollo

Según Gerhard Heese: “...la educación temprana es de vital importancia para la calidad del desarrollo cerebral, que se presenta - para su elaboración -, en calidad de estímulos promotores del desarrollo durante el primer año de vida (y aún en los dos siguientes, es decir, en los tres primeros años) . Si la oferta de estímulos y aprendizajes es variada y abundante se podrá contar con una situación de desarrollo favorable para el establecimiento de sinapsis.”¹⁵

Todas las áreas del desarrollo están interrelacionadas, el aumento de la movilidad física afecta el conocimiento que un bebé tiene del mundo, durante la lactancia es prácticamente imposible separar el desarrollo motor del desarrollo intelectual del lactante; durante los primeros 18 meses depende de la capacidad de moverse normalmente.

“Hoy en día sabemos que cualquier desviación del desarrollo motor en los periodos iniciales o finales de la lactancia puede conducir a algún defecto de la motricidad o que por el contrario, una buena estimulación proveniente del medio ambiente produce la evolución favorable de la calidad del desarrollo motor.”¹⁶

¹⁵ Heese, Gerhard, La estimulación temprana en el niño discapacitado, Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires; 1996; pág. 25.

¹⁶ Anriquez, María V., Vuoto, Cecilia, Retraso leve del desarrollo psicomotor del niño sin riesgo biológico establecido en el primer año de vida y su relación con el saber de los padres, Universidad Abiera Interamericana, Rosario, 2003, Pág. 17,18

Resulta evidente que las mayores oportunidades de actuación se darán antes y durante el tiempo en que las conexiones neuronales se instalan de acuerdo con las necesidades dadas por los estímulos ambientales. Ello ocurre hasta el cuarto a quinto año de vida.

Estas leyes evolutivas condicionan que el diagnóstico del desarrollo tenga su máxima importancia en las primeras etapas de la vida.

Un medio ambiente con estímulos y aprendizajes adecuados y oportunos, es de vital importancia para la calidad de desarrollo cerebral en los tres primeros años de vida.

Si esta oferta es variada y abundante se logrará una situación de desarrollo favorable para el establecimiento de sinapsis. Una de las características de la especie humana es la inmadurez del recién nacido, tanto desde su punto de vista biológico como desde el psicológico. El recién nacido tiene ante sí un largo período de desarrollo físico, psíquico y social para poder alcanzar todas sus potencialidades. Este desarrollo se sustenta en la maduración de las estructuras cerebrales durante los primeros años de vida. Es un hecho conocido que la mielogénesis se desarrolla en los primeros tres años y que durante éste período se establecen múltiples conexiones neuronales a nivel dendrítico y se seleccionan aquellos que permiten un mejor funcionalismo, destruyéndose los de peor calidad. El sistema nervioso central del niño es por lo tanto un órgano dotado de un “programa” genético y por todo un conjunto de influencias externas, interacciones con los padres, estímulos sensoriales ambientales, alimentación, enfermedades, etc.

Fundamentos y estructura del “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich”

El procedimiento exploratorio que utilizamos para medir el grado de desarrollo de determinados campos funcionales en los lactantes del barrio Toba se denomina: “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich” y su confección está

basada en las “Tablas de desarrollo fisiológico del lactante” de *Hellbrügge y Pechstein*. En éstas tablas se han buscado modelos de conducta para los diversos meses y se han ordenado como típicos de acuerdo con numerosos trabajos aparecidos en la literatura internacional sobre desarrollo psicomotor del lactante y en test para lactantes y párvulos. Las tablas fueron completadas mediante modelos de conducta para las diversas funciones obtenidos a partir de estudios cronobilógicos así como de amplios estudios de lactantes en hogares, instituciones y hogares infantiles.

A pesar de que en las “Tablas de desarrollo fisiológico del lactante” de *Hellbrügge y Pechstein* se reúnen prácticamente todas las experiencias internacionales útiles para un diagnóstico precoz de las distintas funciones psicomotoras en el lactante, parecía necesaria una reelaboración de las mismas. Así surge un sistema de diagnóstico precoz al que se denominó: “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich”. Este sistema es el resultado de una permanente colaboración entre pediatras y psicólogos infantiles en el “ Kinderzentrum de Munich” (clínica de pediatría social) basada no solamente en la experiencia con lactantes y párvulos sanos sino también en la experiencia con miles de lactantes afectados a diversos tipos de minusvalidez y de trastornos del desarrollo.

El desarrollo del niño, ya desde la lactancia, se presenta como algo tan diferenciado y con tan numerosos aspectos que tiene poco sentido pretender una valoración global. Con el objeto de tener una visión aproximada del desarrollo, prácticamente todos los investigadores especializados están de acuerdo en seleccionar de todo el conjunto del desarrollo algunos campos funcionales aparentemente esenciales, caracterizarlos y describir modificaciones que van experimentando a lo largo del tiempo.

El “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich” utiliza una división diferenciada que considera los siguientes ocho campos funcionales:

- gateo: como medida del desarrollo de la reptación y del gateo,

- sedestación: como medida del desarrollo de la capacidad de sentarse,
- marcha: como medida del desarrollo de la bipedestación y la marcha,
- prehensión: como medida del desarrollo de la prehensión manual,
- percepción: como medida del desarrollo de la capacidad de percepción y comprensión,
- habla: como medida del desarrollo de la expresión vocal y del habla,
- comprensión del lenguaje: como medida del desarrollo de la comprensión del lenguaje hablado,
- conducta social: como medida del desarrollo de la conducta social.

En el “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich” se renuncia conscientemente al cálculo de una “edad global del desarrollo” o de “un cociente de desarrollo”. Un cociente global de desarrollo no serviría para obtener datos diagnósticos diferenciales, y por lo tanto tampoco aprovecharía como punto de partida para actitudes terapéuticas.

Acerca de la cultura Toba

Cada persona se desarrolla dentro de un conjunto específico de circunstancias o condiciones definidas por el tiempo, el lugar y la cultura; influyen y son influenciados por su contexto histórico y social. Ellos no sólo responden a sus ambientes físicos y sociales sino que también interactúan con ellos y los modifican. El desarrollo de cada ser humano depende de la historia y del contexto.

“La cosmovisión toba es muy compleja y comprende su vida social y económica, la educación, salud y sus creencias.”¹⁷

¹⁷ Sánchez, Orlando, Los Tobas, cultura, tradiciones y leyendas, Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1986, Pág. 13

El matrimonio es la base de la organización social de la nación toba, constituida por varias tribus que hablan en un solo idioma.

El levirato es una ley estricta en cada grupo, también el matrimonio intertribal está permitido pero en ese caso el matrimonio joven está obligado a cambiar de residencia, hogar del padre o de la madre o del tío más cercano. La monogamia es una ley estricta, la poligamia está regulada por acuerdo mutuo de hermanas o madre con su hija, cuando el marido reúne la condición para mantener sus mujeres. El adulterio y el divorcio no están permitidos; el hombre y la mujer que transgreden la ley matrimonial son castigados y condenados por el damnificado o traicionado, con hechizos y brujerías; hasta los hijos sufren el desprecio por ser considerados sin padre ni madre; por lo tanto los abuelos están obligados a asumir la crianza, protección y educación de los hijos desamparados.

En Chaco, el gobierno de los grupos es compartido por las personas mayores con familias numerosas, con no menos de 80 a 100 miembros; cada una de ellas dispondrá de una región por la cual podrá desplazarse libremente en tareas de cacería o recolección. Cualquier agresión o insulto, robo de mujeres, divorcio o muerte de un familiar, que muchas veces provoca las guerras de las tribus aliadas, siempre requiere el consejo de las personas mayores.

Las tribus generalmente viven en las pampas, dentro del monte, y en la proximidad de los ríos o esteros.

Tradicionalmente la vivienda era sumamente sencilla, hecha con ramas de árboles, o pieles de animales, pues generalmente no tenían un lugar fijo por ser seminómades. Hacían un cerco de ramas de árboles o de troncos para protegerse de algunos animales depredadores, como el puma.

Cuando fallece uno de sus integrantes el grupo respeta la paz, los familiares del fallecido se pintan sus rostros y la viuda corta su cabellera como señal de pena, y como

primera medida destruye todos los utensillos propiedad del fallecido, hasta prende fuego a la vivienda para ahuyentar el espíritu del muerto. La sepultura la hacen en forma colectiva. Cuando la muerte es causada por animales feroces o algún enemigo, siempre da lugar a la venganza para castigar al culpable.

El nombre de la fiesta más grande del año es Naimatac, donde cada individuo está invitado a traer un poco de miel para llenar un recipiente. Una vez fermentada la miel, el encargado comienza a invitar a todos. En esta festividad es común poner nombre a los niños, de acuerdo al nombre tradicional de sus antepasados

Es costumbre también realizar la fiesta de iniciación de la pubertad cuando a una de sus hijas le llega su primer período. Esto motiva una fiesta colectiva. Cada uno de los integrantes trae miel y a la señorita le proporcionan la miel agria.

Mientras dure la fiesta la madre debe buscar una mujer de la comunidad de contextura robusta y muy buena tanto en sentido físico como espiritual. Esta mujer subirá sobre la joven, echada boca abajo, y caminará sobre su cuerpo. Con ésta acción se busca que la joven adquiera robustez y participe de la cordura de la mujer que la masajea.

A la joven la mantienen encerrada en una choza mientras dure su primer período. La madre es la encargada de preparar la comida de su hija con todos los utensillos nuevos de cocina, nunca usados, preparados exclusivamente para ella, los que una vez terminado su período son guardados y serán usados durante cada nuevo período hasta su matrimonio.

Durante esos días le prohíben comer la carne de animales y sólo puede alimentarse de raíces y frutas. Sólo puede ocuparse y entrenarse en telares y tejidos de chaguar, redes, ponchos o fabricar hilos de cactus y lana. No debe tocar agua ni tampoco los utensillos de la familia, ni los arcos ni las flechas para no quitar el poder a la caza.

El padre en esos días no debe intentar cazar o pescar porque no obtendrá nada.

La vida económica es siempre compartida, porque generalmente la pesca y la caza se realizan en forma conjunta, el código de los tobas es compartir el alimento para la subsistencia de todos los integrantes. La persona que cumple muy bien este código siempre es elogiada y apreciada; en cambio la persona que es mezquina es odiada por su grupo.

La alimentación se basa en la carne de los animales silvestres que habitan en el monte chaqueño: montatú, mulita, ciervo, tapir, avestruz, etc. Estos están clasificados en dos categorías: buenos y malos, limpios e inmundos. Los frutos que se comen son: mistol, chañar, tala, algarrobo, chauchas y porotos de ciertos árboles, chaguar, variedad de raíces y cogollos de palmas y palmito, papa, batata, etc. Además se come huevos y miel en abundancia. La elaboración de las bebidas se obtiene mediante la harina de las chauchas del algarrobo y miel fermentada, que motivan las fiestas colectivas en agradecimiento a la naturaleza por la cosecha,

La educación fundamental del hijo varón está siempre a cargo del padre, mientras que la hija está a cargo de la madre. En el proceso de embarazo, la mujer se cuida de ciertos alimentos (carne de animales) que están considerados inmundos y prohibidos de comer, para evitar el daño a la vida en gestación, durante su desarrollo físico y mental denominado “Naugaxashit”. La palabra se traduce de diferentes maneras: poder que toma dominio sobre el ser en desarrollo, que causa el lunar, epilepsia, ceguera, mudez, ojos torcidos, etc. Desde el nacimiento del niño hasta cumplir dos años es considerado “ñaao chigoxuo” -“recién nacido”-. El padre se encarga de enseñar al hijo la práctica de la caza y la pesca hasta la adolescencia. Luego sigue con la práctica ritual, dominio del lenguaje, especialización para asumir la responsabilidad, acto religioso y político.

La madre es la encargada de la educación de la hija en el manejo de las artes domésticas, tejedurías y recolección de frutas. De tal manera que la hija está muy apegada a la madre y a la abuela que son sus instructoras directas.

Y cuando los padres consideran que los hijos están en condiciones para independizarse, ellos buscan quien será su consuegro. Entrevistan a los posibles consuegros, esta entrevista es secreta para evitar las consecuencias de una posible negativa del joven o la joven, pero en especial son los padres del joven o de la candidata quienes dan el consentimiento del casamiento y deciden quien de los dos se trasladará a vivir con la otra pareja, teniendo en cuenta cual de los dos requiere más apoyo económico.

Sólo cuando ven que el matrimonio se consolida, según ciertos indicadores (entre los más importantes, cuando la mujer queda embarazada) se realiza la ceremonia llamada “naimatac” que consiste en preparar la aloja. Se invita a toda la comunidad, los más ancianos refieren a todos que esos jóvenes se han unido en matrimonio y a los contrayentes le dan consejos, públicamente, para su comportamiento. Prácticamente ponen a toda la comunidad como testigo y por eso en caso de separación se originan grandes disgustos entre familias.

Una mujer capacitada realiza un tatuaje sobre la frente (o sobre la nariz o mejilla) de la joven con dibujos propios y distintivos de su grupo, utilizando la espina del cardo.

La salud de la comunidad depende en gran parte de la asistencia del médico propio, llamado “pio’oxonaq”. Desde tiempo inmemorial la profesión del médico propio de la comunidad se la concibe como un llamado que lleva a poner en práctica los dotes naturales, desarrollados instintivamente y asistidos por una fuerza espiritual.

Los médicos son requeridos en trances difíciles de dolencias y enfermedades de cuerpo, como así también en problemas de comportamiento o de relación entre personas o comunidad.

Aún perduran aspectos de una peculiar cosmovisión que integra toda una realidad en tres estratos, donde debe coincidir la armonía de los que constituyen:

- 1) Los seres sobre la tierra (plantas, animales y hombre)

- 2) Niveles inferiores, por debajo de la superficie de la tierra y del agua (animales inferiores que habitan en ella)
- 3) Seres superiores en lo alto de los cielos (en medio de vientos, nubes y tormentas)

Los médicos utilizan el ritual “personal y exclusivo”: cánticos, gestos, súplicas, etc.

Las curaciones son realizadas en su casa; algunos alojan a los pacientes, con tratamientos complejos y prolongados.

La fe propia de los tobas siempre estuvo basada en creencias totémicas y “celestiales”, transmisión de los conocimientos fundamentales a través de formas orales; todo esto constituye una estructura cultural compleja, armónica, coherente y real. Las oraciones están relacionadas a la actividad del hombre con la naturaleza. Y por encima de todas las cosas creadas creen en la existencia de un ser muy superior, llamada “Qar’ot.”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Indagar como influye el ambiente socio- económico y cultural en el desarrollo psicomotriz de la percepción en niños de 0 a 12 meses que viven en una comunidad Toba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar el campo funcional de la percepción en niños de 0 a 12 meses que viven en una comunidad Toba.

Tipo de investigación

El estudio realizado se llevó a cabo siguiendo la organización de un diseño de campo de tipo cualitativo, utilizando entrevistas abiertas y evaluaciones a bebés de 0 a 12 meses tomando como referencia las tablas del Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich.

Area y sujeto de estudio

La presente tesis se desarrollo en la Comunidad Toba de la ciudad de Rosario, ubicada en el Barrio Empalme Graneros a la altura de Avenida Génova al 2500, durante el período comprendido entre el 21 de abril al 26 de agosto del año 2004.

Comenzamos realizando una entrevista a la doctora a cargo del área de pediatría del Centro de Salud Juana Azurduy para obtener los primeros datos a cerca de la población a evaluar.

Luego realizamos una entrevista a los primeros pobladores del barrio, en la cual nos brindaron información acerca de sus orígenes, historia, cultura, su forma de vivir y sus expectativas.

Esta investigación se basó en evaluaciones del neurodesarrollo en bebés que habitan en el barrio toba y que se encontraban en el primer año de vida. Para llevar a cabo dichas evaluaciones concurrimos al domicilio particular de cada familia, ya que consideramos mejor para la observación y evaluación que el niño se encuentre en su ámbito familiar y cotidiano, dándonos así más datos sobre las condiciones de vida en la cual crece y se desarrolla el bebé.

Efectuamos 20 evaluaciones mediante el “**Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich.**” A partir de éstas se obtuvo el perfil del desarrollo para cada niño.

Para obtener mayor información se complementó los datos obtenidos en las evaluaciones con entrevistas estructuradas a los padres del bebé. Estas hacen referencia a datos personales del lactante, ámbito familiar, alimentación, sueño, higiene, juego, motricidad, embarazo, parto, enfermedades de la madre o del bebé.

A continuación mostramos el modelo de entrevista utilizado, el impreso para la valoración y el cuadro para la anotación del perfil de desarrollo.

Condiciones para la realización y valoración de las evaluaciones¹⁸

Para obtener de una exploración datos fiables y lo más objetivos posibles es importante por una parte tener en cuenta la actitud que adopta el niño, y por otra mantener constantes las condiciones de exploración.

Para la práctica del “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich” se necesita realizar las exploraciones en unas circunstancias determinadas.

Durante la exploración el lactante debe permanecer despierto. La somnolencia, el cansancio, el llanto o el hambre influyen en los resultados de las exploraciones.

El momento óptimo para la exploración es alrededor de una a dos horas después de la toma de alimento. Durante esta fase las probabilidades de que el niño se encuentre satisfecho, despierto y con posibilidades de concentrarse son máximas.

Hay que cuidar que el ambiente en el que se realizan las exploraciones sea tranquilo, sin circunstancias molestas. Además hay que procurar mantener al lactante en condiciones moderadas de iluminación o calefacción.

¹⁸ Hellbrugüe, Teodore, Op. Cit. Pág. 322

En la mayoría de las ocasiones algunos de los requisitos anteriormente descritos no pudieron ser respetados adecuadamente, dada las características del barrio y los pobladores.

También el explorador ha de cumplir determinadas exigencias. Debe estar tranquilo, no trabajar con premuras de tiempo, sus movimientos serán suaves y controlados, sus manos estarán calientes.

La exploración del bebé debe hacerse en presencia de su madre o de una persona de su confianza. Los diversos campos funcionales son examinados mediante detenidas observaciones y, cuando sea necesario, mediante la provocación de las correspondientes reacciones. En este sentido suele ser aconsejable que la madre participe activamente en las maniobras exploratorias.

Para la realización del “Diagnóstico funcional del desarrollo según el método de Munich” necesitamos un material estandarizado: una campanita, un sonajero rojo, un aro de color, fichas circulares de plástico pequeñas y de diversos colores, una muñeca, una cajita, un auto con cuerda.

Documentación y valoración de los resultados

Para la valoración de los hallazgos se dispone de unos impresos donde se registran los resultados de cada una de las pruebas.

Antes de la exploración hay que anotar la edad exacta del niño.

La exploración ha de comenzar con pruebas que corresponden como mínimo a un mes por debajo de la edad cronológica. Si después de las primeras observaciones da la impresión de que el niño presenta un considerable retraso, se deberá pasar a las pruebas correspondientes a edades más bajas.

Una vez calculadas las edades correspondientes a cada uno de los campos funcionales se trata el perfil del desarrollo en los impresos especialmente preparados para ello.

Algunas observaciones

Se evaluaron las reacciones de control postural normal reacciones de enderezamiento, de equilibrio, y de protección

Estos datos se incluyeron en la anamnesis. Se evaluaron las reacciones de enderezamiento cervical con el niño en decúbito prono, se observó si elevaba la cabeza, si la rotaba hacia un lado y las reacciones de enderezamiento laberínticas evaluadas en decúbito prono y sentada. Para ésta última sentábamos al bebé y lo inclinábamos lateralmente observando si la cabeza se acomodaba en el espacio, con los ojos y la boca en la línea del horizonte y la nariz vertical.

Las reacciones de cuerpo sobre cuerpo, se evaluaron con el niño en decúbito prono o supino, y se evaluó si giraba la cabeza y luego la cintura escapular, seguida de la cintura pélvica o viceversa, cambiando de posiciones.

Las reacciones de protección anterior, posterior y laterales se evaluaron con el niño en sedestación, mostrándole juguetes en el lugar que queríamos que se incline, observábamos si al inclinarse hacia delante, a los costados o al girar hacia atrás estiraba sus brazos hacia el lugar correspondiente para no caerse.

En la reacción de paracaídas tomábamos al niño del vientre y lo levantábamos, para luego descenderlo horizontalmente hacia e piso y observar si estiraba los brazos hacia abajo o adelante para protegerse

En las reacciones de equilibrio se evaluó si el niño podía permanecer sin caerse en diferentes posiciones: sentado, arrodillado, parado y en la marcha.

Se evaluaron por trimestre

Primer trimestre

- Reacción de enderezamiento cervical
- Reacción de enderezamiento laberíntica

Segundo trimestre

- Reacción de enderezamiento cervical
- Reacción de enderezamiento laberíntica
- Reacción de cuerpo sobre cuerpo
- Reacción de protección anterior
- Equilibrio en sentado

Tercer trimestre

- Reacción de enderezamiento cervical
- Reacción de enderezamiento laberíntica
- Reacción de cuerpo sobre cuerpo
- Reacción de protección anterior
- Reacción de protección lateral
- Equilibrio en sentado
- Equilibrio en arrodillado

Cuarto trimestre

- Reacción de enderezamiento cervical
- Reacción de enderezamiento laberíntica
- Reacción de cuerpo sobre cuerpo

- Reacción de protección anterior
- Reacción de protección lateral
- Reacción de equilibrio posterior
- Equilibrio en sentado
- Equilibrio en arrodillado
- Equilibrio en parado
- Equilibrio en marcha

Entrevista y relatos

Los “ Tobas” pertenecen a un gran grupo de pueblos indígenas denominados “guaycurúes”. Originalmente habitaban una extensa región del Norte Argentino: la zona conocida como “Chaco”. Los Tobas eran un grupo nómada, que como tal vivía de la caza, de la pesca y la recolección; habían adoptado algunos elementos culturales más avanzados, tales como la cerámica, el tejido con fibras vegetales y la cestería.

A partir de 1880 comenzó la ocupación sistemática de los territorios indígenas por parte del gobierno Nacional. En el Chaco esta campaña se extendió hasta 1919. Sus territorios ancestrales de caza se convirtieron en inmensos latifundios dedicados a la explotación maderera.

Con grandes dificultades, los Tobas se adaptaron a una nueva situación mucho más opresiva. Muy pocos trabajaron en la industria maderera: en su cosmovisión los árboles de quebracho eran sagrados, y gran parte de sus discordias con el blanco tuvieron en su origen la depredación del bosque.

Otros pudieron continuar pescando. Eventualmente, podían vender sus artesanías, también realizaban tareas domésticas o rurales; pero fue a partir de la orientación de la región chaqueña hacia la producción algodonera, cuando tuvieron mejores posibilidades de subsistencia.

Al no haber alternativas económicas, la única posibilidad era la emigración, la cual sólo podía ser hacia el Sur, hacia las regiones más ricas y desarrolladas de la “Pampa Húmeda”.

A la clase política que gobernaba el Chaco no le interesaba asistir a los Tobas ni brindarles posibilidades de desarrollo autónomo. El problema se resolvió de una manera

mucho más simple y económica: pagándoles el pasaje a todos los que quisieran irse hacia el Sur.

A pie, en ómnibus, en camiones, en trenes de carga, y también en vagones para ganado, arrendados para tal efecto por los gobernantes chaqueños, llegaron los indios a las grandes ciudades del Sur.

En 1968, llegan las primeras familias Tobas a Rosario; y en 1984 se produjo una migración masiva. Esta nueva realidad engendra una actitud de fuerte ambivalencia que se desplaza de un extremo en el que se asume con orgullo la pertenencia a la etnia, hacia otro extremo en el que se manifiesta una negación de la misma a través de una evidente vergüenza cultural.

“...yo sé que algunos pobladores llegaron en el año '80, '81. Porque tengo parientes lejanos y decían que acá en Rosario es bueno, porque te dan cosas cuando salís, la señora cuando sale a pedir le dan cosas; eso que le dan de a poco a poco se ganan porque todo lo que no tenían antes allá en el Chaco acá tenían...”¹⁹

Las migraciones chaqueñas hacia las ciudades de Rosario y Buenos Aires, han aumentado en las dos últimas décadas.

La crisis de la economía regional, fundamentalmente la industria algodonera y las persistentes inundaciones, acentúan la tendencia del despoblamiento de la provincia del Chaco.

El principal motivo por el cual vinieron:

“...es por necesidad, es porque no tienen algo de oficio, de albañil, de peón, necesidad de conocer primero a ver cual es la mejor forma de subsistir...”

¹⁹ En adelante los relatos de los vecinos del barrio Toba se transcribirán en letra cursiva y entre comillas.

“...Me contaban que dicen que acá en Rosario hay vida, no es como en el Chaco, que cuando no hay cosecha no podés conseguir trabajo, no podés tener plata; pero acá es distinto, acá podés salir, podés juntar cartón, con tal de no robar. Entonces se está mucho mejor...”

“...Uno viene para conocer si es verdad lo que dicen...”

Sin embargo las ciudades de Rosario y Buenos Aires se encuentran incapaces de satisfacer las expectativas de empleo, provocando una nueva migración hacia los lugares de procedencia en los que la imposibilidad de subsistencia impulsa el retorno a la ciudad. De esta manera se gesta un ciclo de “ir y venir”, que reproduce la falta de trabajo y engendra una grave tensión psíquica.

Al indagar si volverían a su lugar de origen, ellos relataron:

“...yo sí me iría, pero eso uno a veces tiene que pensar primero, porque uno ya se instala acá y tiene familia...”

“...no sé, porque yo si tuviera trabajo en el Chaco, me dicen acá hay trabajo para vos, me voy con toda mi familia, en realidad los hijos nacieron acá, ya están crecidos para llevarlos allá sin trabajo es lo mismo que llevarlos otra vez a sufrir y lo mejor es quedarse y no conocer el sufrimiento que podría haber, lo que les puede suceder a ellos, lo que me pasó a mí, cuando era chico, las ganas de progresar que tuve y ellos acá tienen posibilidad más o menos; pero de volver sí, siempre está...”

“...no, porque ya sufrimos mucho, es decir, hay días que no comíamos, pero la gente aguantó.”

La gente a veces comía nada más yerba, lo que tiene, porque donde hay yerba ahí se junta la gente.

Acá si la gente no come un día, al otro día consigue un trabajito y tienen, sino a veces allá tenemos que salir a mariscar, porque allá hay vida para mariscar, podés pescar en el río y si tenés un arma podés comer carne porque allá hay monte, monte fuerte; la caza no está tanto prohibido...”

“...si vamos a ir allá llevamos los chicos, ya están acostumbrados para comer lo que comen ustedes y si los llevamos, tenemos que mariscar otra vez y hay partes que los chicos no comen, y ahí van a sufrir...”

El hecho de que los Tobas eligieran la ciudad de Rosario, como uno de los principales lugares de asentamiento, se debe principalmente a dos razones: en principio, se trata de la gran ciudad más cercana a la región chaqueña, y posee una estructura social lo suficientemente abierta como para no rechazar frontalmente a los recién llegados. En otros pueblos y ciudades no se les permitió asentarse o, directamente se los expulsó embarcándolos de nuevo hacia el Chaco.

“...Alguien vino en el año '70 o '75 a Rosario, y ese fue el motivo que se fue dando la historia de Rosario. De Rosario cuando te vas encontrás cosas que nunca las ves, no importa si no te conocen, te pueden ayudar igual; eso en Chaco no pasaba, en el Chaco hay que sufrir para tener el pan en el día...”

Si bien este grupo logró en gran medida integrarse al resto de la población, no por eso perdió su identidad étnica, ni su relación con su lugar de origen. Los lazos de parentesco son muy firmes entre las poblaciones indias. Esto se debe a que originariamente en las

sociedades aborígenes sin estado, todo el sistema político de control social y de redistribución económica tenía como base la estructura parental. Las redes familiares entre los Tobas de Rosario y los del Chaco permanecieron vigentes y, en los momentos de catástrofe económica, actuaron como redes de solidaridad social elemental.

“...yo vengo de Castels, me vine acá , en Rosario porque estaban mis parientes. En el año '96 vine y estuve como dos meses y empecé a trabajar, de muy pibe, y cuando me fui allá, no sé, ya era como que me acostumbré de estar acá en Rosario porque cada fin de semana tengo algo de plata. Desde que fui allá casi no tengo, tengo pero poco. Después vine, después me quedé y me gustó. La gente aunque no te conozca, pero te conoce que sos toba y te ayuda. Una vez me ayudaron, una señora me llamó y me dio ropa.

Después me hallé, me hallé y recién en el 2000 me hice el cambio de domicilio, me costó pero me hice el cambio de domicilio. Yo ahora estoy acá, pero mi familia está en el Chaco.

La mayoría de los que están acá tienen su familia en Chaco...”

“Se han conformado tres grandes asentamientos de aborígenes Tobas en diferentes barrios de la ciudad de Rosario: Villa Banana (37 flías.); Cerrito (90 flías.) y Empalme Graneros (760 flías), uno de los más pobres, allí se instaló el núcleo principal de los Tobas. Este está situado entre las arterias más importantes de la zona noroeste, a la altura de la avenida Génova al 2.500.”²⁰

La lógica de los asentamientos responde a un sistema de lealtades y parentesco.

Hace varios años que se ha organizado un movimiento vecinal para expulsar a los Tobas del barrio. Los vecinos de la villa exageran las malas condiciones de salud de los

²⁰ Lenton, Diana; Slavisky, Leonor; Bigot, Margot; La Problemática indígena, Editorial Centro editor de América Latina; Buenos Aires, 1992. Página 84.

Tobas, los ven como un foco de enfermedad infecto contagiosa. Existe discriminación por temor al contagio del cólera.

“Las enfermedades más difundidas son el mal de chagas, tuberculosis, desnutrición, parásitos y venéreas.”²¹

Las causas mas frecuentes por las que consultan los tobas en el Centro de Salud en general son infecciones respiratorias, resfríos, gripe, neumonía y tuberculosis; y las causas por las que consultan las mamás por sus bebés son diarrea, infecciones de piel, infecciones respiratoria, broncoespamos, que en otras condiciones de vida pasarían con una nebulización y que muchas veces terminan internados porque hace más frío dentro de la vivienda que fuera de ella.

Aquí, los Tobas pudieron acceder a algún grado de asistencia médica en los hospitales públicos; sus hijos pueden obtener una comida diaria en los comedores escolares; y también pueden acceder a una ración de comida otorgada por el gobierno municipal. Actualmente cuentan con un centro de salud de funcionamiento constante.

“Los Tobas poseen creencias y actitudes diferentes respecto al proceso salud/enfermedad.

El uso de vegetales y prácticas ancestrales controlan enfermedades de todo tipo, desde disturbios emocionales hasta dolores de muela.

Los individuos mayores de 30 años tienden a rechazar la medicina blanca que se practica en los centros de salud.

Los menores de 30 años, especialmente mujeres embarazadas, utilizan con mas asiduidad los servicios sanitarios, a sí mismo tienden a la interrupción del tratamiento y a la no toma de medicamentos recetados aún cuando estos son gratuitos.”²²

²¹ Lenton, Diana; Slavisky, Leonor; Bigot, Margot, Op. cit. Página 85.

²² Lenton, Diana; Slavisky, Leonor; Bigot, Margot, Op. cit. Página 86.

“...nosotros tenemos una preocupación porque la gente que recién llega a la comunidad toba suma los problemas de comunicación, de desconocimiento de la ciudad, diferencias culturales que hacen que se acerquen mas tardíamente y nosotros vemos que son los que llegan más tarde al consultorio con sus problemas de salud y en peor estado; en general esa es una preocupación que tenemos y que venimos trabajando a lo largo de todo el año, de que los que llegan, llegan para internarse, entonces decimos, algo está pasando antes, que nos parece que estamos muy cerca pero que no alcanza...” (medica del Centro de Salud Juana Azurduy)

“...El cumplimiento del tratamiento, es variable. Hay algunos que hace más tiempo que están acá que sí tienen adhesión al tratamiento y otros que no cumplen; la gama se abre como un abanico, pueden estar los que no cumplen porque no entendieron, porque creen que les va a hacer peor o porque no lo creen importante. Eso está en cada persona y a veces nos enteramos y a veces no. A veces creemos que se curaron porque hicieron el tratamiento y no lo hicieron. Pero en el caso de la tuberculosis es otra cosa, porque con tuberculosis más las condiciones de vida que tiene es más difícil que se curen sólo. Las condiciones de vida de acá tiran mucho para atrás, la humedad, el frío, la falta de alimentación...” (médica del Centro de Salud Juana Azurduy)

La interacción entre Tobas y agentes sanitarios está mediatizada por una suerte de barrera cultural.

La relación existente entre la comunidad toba y el Centro de Salud es muy difícil de definirla como una cosa única, hay matices entre los habitantes que hace muchos años que están, que ya conocen la modalidad de trabajo en el Centro de Salud, cómo ingresar, con quien hablar; y por otro lado los tobas que, debido a su gran timidez, no preguntan.

“...a veces nos hemos dado cuenta que han pasado horas sentados, no han preguntado y se van. Cuando uno hace algún taller se enojan porque no los atendieron y cuando uno empieza a preguntar más, ¿ con quien hablaron? O ¿qué le dijeron?, contestan que fue eso, que en el código de ellos fue suficiente para que alguien por lo menos le pregunte. Hace tres años dijimos, vamos a poner numeritos, claro no saben leer, así sepan leer y tengan el número, si otro se les adelantó les da mucha vergüenza decir; a veces nos han referido que les parece que el otro puede tener algo peor; todas estas maneras diferentes de entender la vida, la urgencia de los problemas de salud y esto hace que se llegue más tarde a nosotros, al Centro de Salud...” (medica del Centro de Salud Juana Azurduy)

Existe la preocupación en los profesionales del centro de Salud acerca de que entienden los tobas por el concepto de daño, dónde concurren antes de ir a ver al médico, que enfermedades cura el piogonaq y que enfermedades consideran que curan los médicos. Todas estas variables son las que se ponen en juego.

“...nos propusimos un día a la semana recorrer el barrio con un médico diferente. Todos los que salimos hace tiempo que nos conocen, lo que nos sigue llamando la atención, esto de diferentes códigos, diferentes maneras; conversan con nosotros, uno pregunta si hay algún enfermo que no esté siendo atendido; cuando uno ya se está llendo, después de media hora de charla dicen: Ya que está, el fulano no anda bien. Y está muy mal, en general ha sido gente que terminamos internando con cuadros muy graves.

Uno se pregunta que pasará que no se toman esto cómo urgente cómo para venir a decimos tal pariente está mal, aunque no lo traigan, pero aunque sea que avisen...”
(médica del Centro de Salud Juana Azurduy)

“... Los obstáculos y dificultades que encontramos para y durante la atención médica son en general, el tema del idioma, es un obstáculo muy importante, puede ser una consulta en la que digan: sí, sí, y en realidad poco se entendió. Otra dificultad es cómo se entienden las prioridades, por ejemplo, un tratamiento puede ser importante hasta que se tiene que salir a changear todas las mañanas, y quizás justo el bebé está mejor, entonces el tratamiento que suponía venir acá todos los días a tomar la medicación hace que se abandone en éstos casos...” (médica del Centro de Salud Juana Azurduy)

“...La enfermedad viene de distintas formas. Con el medicamento casero uno podía defenderse. Pero hacer eso es difícil, porque usted sabe que los doctores no tienen alcance en los conocimientos esos. Uno, para empezar, desde el punto de vista que nosotros vemos siempre es el ojeo, ellos no lo entienden. El empacho tampoco. La pata de cabra tampoco, no saben nada de eso. Pero el indio sí conoce.”²³

“Defendiendo la salud también, defendiendo también la tenencia de la tierra. La educación es el único medio donde se va a aprender la dieta que se debe tomar acá en Rosario. Se modifica nuestra alimentación, perdimos la dieta natural y por eso tal defasaje físico de los tobas, desnutridos, las enfermedades nuevas del blanco nos contagiaron, hicieron desastre. Acá y en el chaco. Porque se cerraban las tierras donde se iba a pescar, se iban a cazar, se iban a conseguir miel. Se corto porque se deslinda la propiedad privada de los terratenientes. Los ríos están también privados. Acá la carne esta en conserva, todo es conserva.

La televisión da recetas que son económicas, dice. Pero no es así. Es muy cara, no tenemos acceso.

²³ Achilli, Elena, Sánchez, Silvina, La vida social de los tobas, Ediciones AMSAFE, Santa Fe, 1997.

Bueno en el tiempo de las frutas, yo por ahí saco de acá del comedor (se refiere al comedor de la escuela).²⁴

“...Si hay una diferencia cultural a mí me parece que es obligación del sistema e salud contemplarla; pero yo no le estaría cargando todas las tintas a eso, creo que también hay parte del sistema de salud que hasta nosotros mismos armamos, la institución con la lógica nuestra, horarios y turnos...” (médica del Centro de Salud Juana Azurduy)

Una de las características más notorias de estas familias Tobas es la autoconciencia de un común origen histórico y un mismo acervo cultural.

Existe entre ellos verdadera inquietud por transmitir la lengua QOM a sus hijos y nietos. La lengua Toba se mantiene como medio de comunicación y de expresión intraétnico y constituye uno de los valores fundamentales caracterizado como símbolo identificadorio.

“... hasta ahora, nosotros, yo para mí lo que costumbre allá siempre a la mañana hacemos fuego, algunos lo siguen haciendo, y otros ya no; empezaron a usar estufas, cocina.

Yo para mí tengo vergüenza porque hay gente en la comunidad que no habla la idioma nuestro, que se olvida la idioma nuestro, pero el paraguayo, el correntino nunca deja su idioma, pero acá hay gente que se olvida todo...”

“...sí, hablamos en nuestro idioma, a veces se habla la castilla, pero poco, pero mejor así nunca se olvidan de eso; porque hay gente, los que vienen de afuera, por ejemplo, no sé alguna visita a lo mejor...”

²⁴ Achilli, Elena, Sánchez, Silvina, Op.cit.

“...sí, algunos, la mayoría, los nuevos digamos ya hablan la “castilla”. Ahora los padres, sí...”

“...antes cuando yo era chico no entendía nada, porque allá hay gente criolla, pero yo soy arisco a eso, yo digo la verdad. Ahora ya cambió mi vida, ahora estoy hablando castellano, gracias a Dios, no es mucho, pero por lo menos entiendo algo, no es como antes que la gente me preguntaba, no sé lo que están hablando, no entiendo; ahora gracias a Dios me cambió todo. Mi hijo habla castellano, cuando viene el tío, habla la idioma nuestro.

Por supuesto que las costumbres no se olvidan, por ahí cambia la persona; por ejemplo, yo cuando estoy con mi familia, a veces hablamos, pero cuando hay gente que viene de otro barrio, hablamos castellano...”

En Rosario, aunque existe un número considerable de Tobas en edad escolar, no hay un programa educativo especial que contemple la lengua- cultura Toba.

La inserción en las escuelas de los barrios aledaños a los asentamientos es doblemente dificultosa, a la falta de adecuación de la enseñanza se agrega la acentuada discriminación de los habitantes de estos barrios hacia los Tobas.

La tuberculosis, el peligro de bajar el nivel de la escuela, las condiciones de presencia e higiene muchas les imposibilitó ingreso a las mismas.

Trabajo, Discriminación y aculturación

Al llegar a los tobas no les fue fácil en este medio diferente. Comenzaron a sentir los efectos de la marginación y el rechazo al indio por parte del entorno social circundante: críticas constantes adjudicándoles responsabilidades absurdas, cómo ser los causantes de las inundaciones de la zona (Empalmes Graneros), desmanes, malvivir; asociándolos a basurales, enfermedades y mugres.

Los primeros en llegar recurrieron en alguna medida a la mendicidad; otro recurso de subsistencia fue y es la venta de artesanías: cerámica, cestería y algunos textiles.

Algunos de los inmigrantes Tobas trabajan temporariamente en la construcción o empleos de servicios; pero la mayoría se dedica a changas y recolección de cartones y botellas.

“...Allá en el Chaco, si conseguís un trabajito tenés que dormir ahí; hay que trabajar una semana de lunes a viernes y recién ahí te volvés a tu casa.

Allá cuando hay elección el candidato trae mercadería a todos pero cuando termina, cuando se gana el intendente, ya está se olvidó todo; promete que cuando si ganamos, hay trabajo pero cuando se va se olvidan todo, y nosotros tenemos que volver a pescar, tenemos que volver al monte. Por eso este es el problema del Chaco. Por eso la gente vienen todos.

Acá por lo menos tenés una changa medio día y podés comprar.

Allá si vos trabajas en obraje o en aserradero y ganás algo te dan un papelito, tomá vos cobraste, tomá y andá al almacén gastá todo, no te dá plata, te dan órdenes. Si vos querés comprar zapatillas o ropa, no te dá plata, te dan órdenes. Tenemos que gastar todo en mercadería.

Acá si vos tenés un trabajito, como trabajar en la construcción de Lunes a Viernes, si vos ganás, te dá plata. Por eso la gente se queda acá...”

Los trabajadores Tobas no cumplen con los requisitos considerados “ indispensables” para los empleadores: certificados escolares, cartas de recomendación, constancias de experiencias previas, afiliación al sindicato, etc. A esto se le suma el alto índice de analfabetismo existente entre ellos.

Resultados

Durante cinco meses asistimos al Barrio Empalme Graneros, ubicado en Génova al 2500 para la realización del trabajo de campo.

Nuestra primera visita fue en abril del 2004. En primera instancia tratamos de buscar la manera de familiarizarnos con la comunidad. Nos dirigimos hacia la casa de una familia conocida, a quienes le comentamos sobre nuestro proyecto y les pedimos su colaboración, ellos se mostraron interesados y con muy buena predisposición, haciendo posible un encuentro con los primeros pobladores del barrio. Esto fue el punto de partida para nuestras próximas visitas al barrio.

Convocamos a los primeros pobladores para realizarle una serie de preguntas acerca de su cultura, su pasado en el Chaco, su presente en Rosario, de los motivos de su migración, y sus expectativas de vida. Esta charla nos permitió profundizar nuestro conocimiento sobre esta desconocida comunidad.

Los integrantes del barrio nos informaron que para la asistencia médica concurrían preferentemente al Centro de salud Juana Azurduy. En el mismo solicitamos una entrevista con la médica encargada del servicio quien nos brindó información sobre la relación existente entre el Centro y la comunidad Toba, así cómo también sobre la situación de salud de la población y específicamente de los niños.

Toda esta información nos permitió poder ver una misma realidad desde dos puntos de vista diferentes, quedando en evidencia la disparidad cultural.

El próximo paso de nuestro trabajo fue comenzar con las evaluaciones a los bebés realizando visitas domiciliarias, en las cuales nos presentábamos informándoles quienes éramos, que pretendíamos hacer y por qué; iniciando de esta manera una interrelación

con la mamá, necesaria para llevar a cabo las correspondientes evaluaciones y entrevistas.

En muchas oportunidades, cuando se encontraba presente el padre, se negaban a darnos la posibilidad de realizar nuestra actividad, por una normal desconfianza y susceptibilidad por promesas anteriormente incumplidas.²⁵

Según el análisis de las entrevistas realizadas a los padres hemos constatado que de los 20 bebés evaluados, 17 nacieron en la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario. De los tres restantes, uno nació en el Hospital Provincial Centenario, otro en el Hospital Eva Perón de la localidad de Baigorria y sólo uno en el Chaco. Todos los nacimientos fueron a término, a excepción de 5 bebés que nacieron a los 8 meses de gestación y sólo uno a los 7 meses.

Todas las familias visitadas están conformadas por: mamá, papá e hijos; la mayoría de los bebés tienen como promedio entre cuatro y cinco hermanos; solamente en un caso nos encontramos con una madre de 14 años soltera que vivía con sus padres, y que no había constituido su propia familia.

Las madres, tiene generalmente entre 15 y 25 años, ellas no trabajan fuera de sus casas, ya que permanecen en su hogar al cuidado de sus hijos; y sólo algunas los llevan a mendigar por las calles de Rosario.

La mayoría de los papás consigue el alimento diario para su familia mediante changas, recolectando cartones y botellas de vidrio. Cuatro de los padres visitados son beneficiarios del Plan Jefe de Hogar y sólo dos tienen un empleo.

En cuanto a la educación, sólo cuatro padres terminaron la escuela primaria; y con respecto a sus hijos todos los que están en edad escolar asisten al colegio; a excepción de dos de una misma familia que no concurren.

²⁵ Los pobladores nos relataron que con frecuencia llegan al barrio personas con diferentes intereses personales, políticos, institucionales, etc. prometiéndoles algún tipo de ayuda que generalmente no llegan a cumplirse.

Con respecto a la alimentación de los bebés, 9 toman pecho exclusivo y 10 pecho y biberón, varias veces al día. Las madres, generalmente, amamantan a sus hijos hasta después del año de vida, ya que, muchas veces, este es el único alimento que tienen para ofrecerle. Sólo uno de los bebés se alimenta con biberón exclusivamente debido a que a la madre se le diagnosticó una enfermedad, la cual no recuerda cual es. Además, a partir de los 7 meses, aproximadamente, se les comienza a dar alimentos semisólidos y sólidos, en forma infrecuente, sólo cuando disponen de ellos.

Los bebés son alimentados principalmente por su madre, la cual adopta la posición de sedestación con su hijo upa. Estos tienen un buen apetito y no presentan problemas de succión, deglución, masticación o babeo; excepto en un solo bebé detectamos problemas de succión. Ninguno de ellos usa chupete, pero la mayoría succiona su pulgar u otros objetos.

Las viviendas de estas familias son muy precarias, principalmente fabricadas con chapas y cartones; constan generalmente de dos habitaciones y no tienen baño. No cuentan con instalaciones eléctricas, de gas, ni de agua. Utilizan garrafas o realizan fogones para cocinar y para mantenerse cálidos durante el invierno. La luz eléctrica la consiguen conectándose de los cables aledaños; y el agua es recolectada de una canilla cercana y la mantienen en baldes. La familia duerme en una misma habitación y los padres comparten la cama con el bebé, y en algunos casos también con sus hermanos.

La higiene del bebé la realiza la mamá; bañándolo dentro de un fuentón generalmente 1 vez por semana.

Los bebés pasan la mayor parte del tiempo con su mamá y hermanos; el padre tiene poca participación en la crianza de su hijo. La mayoría de los niños juega con sus hermanos y al no disponer de recursos, sus juguetes son objetos que se encuentran en su hogar. Los padres generalmente no participan del juego con sus hijos, recibiendo poca estimulación por parte de ellos.

Durante el día, el bebé se encuentra dentro del cochecito, cajón o cuna; ésto no les permite desarrollar sus capacidades funcionales correspondientes a su edad ya que tienen limitada su libertad de movimiento corporal.

Se evaluaron las reacciones de equilibrio, de enderezamiento y de protección de acuerdo a la edad cronológica de cada bebé; y se detectaron, de un total de 4 bebés evaluados, 2 bebés que no presentaban las reacciones de enderezamiento cervical ni laberínticas, y otro que no presentaba sólo la reacción de enderezamiento cervical. Con respecto a la reacción de enderezamiento cuerpo sobre cuerpo observamos que en 5 bebés está ausente, de un total de 16 bebés evaluados. Al evaluar las reacciones de protección encontramos que, de 16 bebés evaluados en 3 está ausente la reacción de protección anterior; de 13 bebés evaluados en 4 está ausente la reacción de protección lateral; de 4 bebés evaluados en 2 está ausente la reacción de protección posterior. Los resultados de la evaluación de las reacciones de equilibrio muestran que 6 bebés tienen ausente el equilibrio en sedestación de un total de 16; de 13 bebés, 8 no presentan equilibrio arrodillado; y un solo bebé de 4 evaluados tiene ausente la reacción de equilibrio en bipedestación.

Todas las mamás encuestadas refieren haberse realizado los estudios correspondientes durante el embarazo, tuvieron un parto normal y sin complicaciones. Ninguna de ellas consumió fármacos durante el embarazo, ni se le diagnosticó ninguna enfermedad. Del total de los bebés evaluados, 11 sufrieron de alguna patología respiratoria como: TBC, neumonía, bronquiolitis, broncoespasmo. Uno de ellos padeció ictericia; y todos los mencionados fueron internados por estos motivos; y algunos en más de una oportunidad.

Todos fueron vacunados y recibieron los estudios correspondientes al nacer.

Según los datos obtenidos de las 20 evaluaciones realizadas se detectaron alteraciones del neurodesarrollo en diferentes campos funcionales en la totalidad de los bebés evaluados.

Haciendo referencia a la edad del gateo, observamos que 11 bebés presentan retraso, de los cuales 4 tienen una alteración muy marcada en este campo.

En la edad de la sedestación encontramos 4 niños con alteración, pero sólo 2 de ellos tienen una edad de desarrollo muy inferior a la correspondiente.

Detectamos 10 bebés con retraso en el desarrollo de la marcha, pero sólo 4 presentan una alteración demasiado acentuada.

Basándonos en estas 20 evaluaciones realizadas descubrimos 15 casos con alteraciones en el desarrollo de la percepción, donde 7 de ellas presentan alteraciones muy importantes refiriendo edades muy por debajo de lo “normal”, según las evaluaciones utilizadas para tal fin.

Encontramos que, un bebé de 3 meses de edad que debería seguir con la mirada objetos que se desvíen de la línea media, interesarse por diferentes sonidos interrumpiendo sus movimientos o fijando la mirada, sólo se limita a seguir el objeto desviado a 45° de la línea media, perteneciendo así a una edad de 1 mes; similar es el caso de otro niño de 5 meses, que tampoco se interesa por sus juguetes, no reacciona ante estímulos sonoros, comportándose como un niño de 3 meses.

Existen 3 casos de edades entre 7 y 8 meses que refieren edades de 5 y 6 meses ya que en esta etapa deberían interesarse por alcanzar los objetos que se van fuera de su alcance, seguirlos con la mirada, buscarlos.

Un bebé de 9 meses que tendría que comenzar a jugar poniendo y sacando objetos que se encuentran adentro de otros objetos como, cubos, baldes, importante para el desarrollo de las nociones espacio- temporales ”adentro/afuera”; “arriba/abajo”, sin embargo se encuentra en una edad muy inferior de 6 meses.

Por último detectamos el caso de un niño de 10 meses con un atraso del desarrollo de la percepción de 2 meses, quedando relegado a una edad de 8 meses, donde recién está comenzando a buscar objetos que se alejan quedando fuera del alcance de su mano, comienza a descubrir la noción de profundidad, la cual empieza a aparecer a los 6 meses de edad aproximadamente. No se interesa por los detalles de los objetos con los que juega, perjudicando así el desarrollo de la motricidad fina.

Otro dato importante extraído como resultado de las evaluaciones, es que en la mayoría de los casos, los niños no participan del momento del baño, no juegan con el agua, no participan del acto de vestirse, lo cual se relaciona estrechamente con la falta de movilidad y libertad de movimiento, ya que ninguno de ellos es colocado por sus padres boca abajo o en el suelo por miedo por parte de ellos a algún accidente, inhibiendo así la posibilidad de que el niño descubra y experimente diversas formas de movimiento; estos niños permanecen la mayor parte del tiempo “upa” o en el cochecito. Sólo 4 de los 7 niños con alteraciones importantes en la percepción debieron ser internados durante una semana aproximadamente por enfermedades respiratorias, 2 de ellos por Bronquiolitis, uno por Neumonía, otro por bajo peso y el último por Ictericia. Con respecto a la vacunación solamente 3 de estos niños recibieron las vacunas correspondientes y necesarias.

Con respecto a la edad de la prensión, 11 niños evaluados tienen un retraso en el desarrollo de este campo funcional, y en 7 de los casos este es muy marcado

En la edad del habla observamos 14 bebés con retraso.

La edad de compresión del lenguaje sólo evalúa niños de entre 10 y 12 meses, por lo tanto fueron evaluados 4 bebés, de los cuales en sólo 1 se detectó alteración en este campo funcional.

Solo 8 de los bebés evaluados presentaron alteraciones en la edad social.

CONCLUSIÓN

Consideramos que la importancia de esta tesis radica en la posibilidad de contribuir a la detección de los factores causantes de retrasos leves del desarrollo psicomotor de niños tobas que se encuentren entre los 0 y 12 meses de vida, y especialmente como un intento de relacionar factores socioculturales específicos con alteraciones en el neurodesarrollo.

Al finalizar el trabajo de investigación y en base al análisis de los datos obtenidos se encontró una respuesta a la problemática planteada inicialmente, pudiendo afirmar de ésta manera que el neurodesarrollo en bebés que viven en la comunidad toba es influenciado por el entorno socio económico y cultural donde crecen y se desarrollan.

Este manifiesta una pobreza estructural que afecta el desarrollo de la población infantil.

El empobrecimiento de esta comunidad se inició en la provincia de origen (Chaco)

donde el avance de los terratenientes sobre sus tierras y ríos comenzó a impedirles el acceso a la alimentación natural propia de su cultura en base a productos de la tierra, la pesca y la miel. Su llegada a la ciudad de Rosario no mejoró las condiciones de vida y alimentación, aunque algunos de ellos expresan *“que acá por lo menos con changas o pidiendo, logamos traer algo para comer”* dado que el hacinamiento, la falta de

higiene, las característica de las viviendas, problemas sanitarios, de salud y educación

provocaron cambios en sus hábitos como por ejemplo la alimentación natural por

conservas, el espacio abierto y extenso por el hacinamiento, el reconocimiento e

integración a una comunidad común al padecimiento de la discriminación, del manejo

de códigos culturales comunes, transmitidos de generación a generación e incorporarse

a otro mundo cultural donde los símbolos, signos y lenguajes que muchas veces son

incomprensibles.

El sistema de salud al que acceden no acompaña sus propias necesidades. No existen programas educativos que contemplen su lengua y su cultura, agravado porque los Tobas poseen creencias y actitudes respecto del proceso salud / enfermedad diferentes de la que se tienen en la cultura de los efectores de la salud de esta sociedad.

Si bien las mujeres acuden por ellas o sus niños a los Centros de Salud, cuando padecen de alguna enfermedad, suelen interrumpir el tratamiento aunque cuenten gratuitamente con los medicamentos. Presentan dificultades para comunicarse con el resto de la sociedad y la sociedad para comunicarse con ellos, por lo general son retraídos.

Sobre la base de las evaluaciones realizadas a 20 niños entre 0 y 12 meses de vida, consideramos que las alteraciones en el neurodesarrollo en los diferentes campos funcionales se deben a diferentes factores que describiremos a continuación.

Lo que más llamó nuestra atención fue la especial relación entre padres e hijos, común en su entorno socio-cultural. Por ejemplo, durante las caminatas y las visitas realizadas en el barrio era raro ver padres jugando con sus hijos o hablándoles.

¿ No será que el instrumento de evaluación (Diagnóstico funcional según el Método de Munich) es un instrumento forjado en condiciones socioculturales diversas y que pretende aplicarlos a culturas diferentes, además de mostrar el etnocentrismo característico de las sociedades industriales avanzadas, tiende a considerar el neurodesarrollo vinculado a condiciones estructuralmente biológicas?

Con respecto a los resultados obtenidos, en 15 bebés se encontraron alteraciones en la percepción, en un solo bebé se detectó alteración de la comprensión del lenguaje, y 8 niños presentaban retraso en la edad social.

Durante la mayor parte del tiempo, el niño permanecía en un cajón, cochecito o upa limitando de esta forma la capacidad de explorar el medio que lo rodea, de experimentar diferentes formas de movimiento, sin poder ampliar su campo visual, retrasando el

desarrollo de sus capacidades funcionales como el rolido, sedestación, bipedestación y marcha acorde a su edad.

Debido a la pobreza que caracteriza a éstas familias, los bebés no tienen gran variedad de objetos a su alcance para jugar y explorar condición necesaria para el desarrollo kinésico dada la atención selectiva propia de los niños de esta edad. Además sus juguetes son objetos que se encuentran en su hogar, lo cual no permite un desarrollo coincidente con la escala propuesta, de la prensión fina, ni experimentar diferentes tamaños, texturas y formas. Por este motivo, de los niños evaluados se encontraron 11 con alteraciones en la prehensión.

Otra característica notoria es que las madres, debido a costumbres específicas de su tradición no colocan a sus hijos decúbito prono durante su período vigil, refiriendo miedo a una posible asfixia, esto retrasa la capacidad del niño de lograr el control cefálico, una adecuada fuerza en tronco y miembros superiores, adoptar diferentes posiciones, descubrir el medio circundante y adquirir tempranamente las reacciones de equilibrio que le van a permitir lograr la postura en bipedestación y marcha. Al realizar las evaluaciones, detectamos 10 bebés que presentaban alteraciones en el campo funcional de la marcha, 4 en la sedestación y 11 en el gateo.

La mala alimentación, la precariedad de sus viviendas, el hacinamiento, la poca disponibilidad de recursos para adquirir los medicamentos necesarios, y sumado a esto, la falta de constancia en el tratamiento de las enfermedades, predispone a los niños a permanecer mucho tiempo enfermos, y en muchos casos llegar a la internación; generando así otro factor determinante en el retraso del desarrollo normal del bebé. Todos estos factores, como puede apreciarse, corresponden más que a rasgos culturales específicos a una condición económica de indigencia. Del total de los bebés evaluados, 11 sufrieron alguna patología respiratoria como: TBC, neumonía, bronquiolitis, broncoespasmo y todos debieron ser internados.

El bajo nivel de escolaridad de las madres, en la mayoría de los casos analfabetas, junto a las condiciones económicas y a hábitos de crianza transmitidos de generaciones anteriores, la falta de políticas educativas limitan el acceso a fuentes de conocimientos que les brindaría información sobre los cuidados necesarios del bebé durante sus primeros meses de vida. De los padres encuestados sólo 4 terminaron la escuela primaria; y en cuanto a sus hijos, la mayoría de los que están en edad escolar asisten al colegio.

De acuerdo a estas evaluaciones y específicamente hablando sobre la percepción, encontramos que, 15 de los niños evaluados poseen alteraciones en este campo funcional; asimismo 7 de ellos posee edades muy inferiores. Basándonos en dichas evaluaciones podemos afirmar que se debe en muchos casos, a la falta o poca estimulación por parte de los padres.

La edad promedio de las madres es entre 17 y 30 años y la de los padres es entre 23 y 39 años; ninguno ha podido estudiar más allá de 1° grado, ya que debieron salir a trabajar desde muy temprana edad solos o con sus padres; actualmente trabajan todo el día fuera o en sus casas, lo cual no les permite crear un momento de juego, donde puedan hablarle al niño, jugar con él y así ayudar al desarrollo de la audición y de la comprensión del lenguaje. Este es un punto muy importante para estimular el habla; por medio del diálogo el niño comienza a desarrollar el conocimiento, responder a sonidos significativos, como calmarse o reír ante el sonido de la voz de su madre; esto ayudaría a vocalizar al niño, imitar sonidos, sílabas, gritos, risas.

En 12 de las 15 evaluaciones con alteración en la percepción, los niños pasan la mayor parte del tiempo en un cajón o cochecito; uno refirió tener al niño upa, donde no tienen acceso al mundo circundante, sin la posibilidad de descubrir nuevas formas de movimiento, de alcanzar, sostener y manipular diferentes objetos y experimentar diversas texturas, objetos, tamaños; de poder crear un juego o interactuar con otros

niños o personas que lo rodeen. Desde allí sólo pueden ver el espacio que tienen delante de ellos y limitarse a los mínimos movimientos que le permite el cajón o cochecito.

Dado el bajo recurso económico de las familias tobas, son escasos los niños que cuentan con algún tipo de juguete, perjudicando de esta manera la manipulación, prehensión y con ella la visión, retrasando su interacción, la cual se vuelve cada vez más compleja en relación con el mejoramiento de la función de la mano.

Cabe destacar que, en esta tesis hacemos referencia a alteraciones leves del desarrollo, o sea, alteraciones modificables, reversibles, de alguna o algunas áreas del mismo, que no implican trastornos severos en el futuro.

Por los factores anteriormente descritos, el esquema corporal no puede establecerse correctamente, limitando las posibilidades de experimentación en un interactuar recíproco, retrasando (siempre con respecto a la escala utilizada), el primer proceso de aprendizaje que se realiza a través de los sentidos y los actos motores, modelando de cierta forma específica aspectos de la subjetividad y la inteligencia, que se basa en un proceso de adaptación en contacto con la realidad, en su doble función de asimilación y acomodación el que con una buena estimulación del medio ambiente a través de una oferta variada y abundante produce la evolución favorable de la calidad del desarrollo motor.

Es importante destacar la importancia que cobró en nosotras la realización de la presente investigación, ya que con el tiempo nos dimos cuenta que además de alcanzar los objetivos planteados, estaba generando un vínculo con cada familia visitada, enriqueciéndonos sobre su historia y su cultura.

BIBLIOGRAFIA

- Achilli, Elena; Sánchez, Silvana; La vida social de los tobas; Ediciones Amsafe; Santa Fe; 1997.
- Anriquez, Victoria, Vuoto, Cecilia; Retraso leve del desarrollo psicomotor del niño sin riesgo biológico establecido en el primer año de vida y su relación con el saber de los padres; Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2003.
- Batrichevich, M. Jimena, Fernández, Cintia, Factores que predisponen algunos comportamientos familiares que retrasan el neurodesarrollo, durante el primer año de vida, en niños sin riesgo biológico; Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2003.
- Bobath, Bertha y Karel; Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral; Editorial Médica Panamerica, Buenos Aires, 1999.
- Bobath, Karel; Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral; segunda edición, Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires, 2001.
- Costalat, Lila; Psicomotricidad I, la coordinación visomotora del niño infradotado; Editorial Losada, Buenos Aires, 1979.
- - Coste, Jean-Claude; La Psicomotricidad; Editorial Huemol S.A.; Buenos Aires, 1978.

- Defontaine; Manual de reeducación psicomotriz; Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 1875.
- De Pino, Liliana; Dalostto, Flavio; Las escuelas bilingües toba y mocoví; Ediciones Ansafe; Santa Fe; 1996.
- Downie, Patricia, A.; Neurología para fisioterapeutas; cuarta edición; Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires; 2001.
- Flehmig, Inge; Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones; Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1988
- Heese, Gerhard; La estimulación temprana en el niño discapacitado; Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires; 1996
- Hellbrugüe, Theodore, The Development of Circadian Rhymns in infants. Cold Spring. Harbor Simposio on quantilogy. Berlin, 1960, vol XXVI.
- Lenton, Diana; Slavisky, Leonor; Bigot, Margot; La Problemática indígena; Editorial Centro editor de América Latina; Buenos Aires, 1992.
- López, Olga, Desarrollo psicomotor del niño; primera edición, Editorial Médica Panamericana, Santa Fe, 1997
- Muñoz, Leticia; Arte Indigena actual; Ediciones Búsqueda; Buenos Aires; 1980.

- Papalia, Diane, E., Wendkos Olds, Sally, Dustin Feldman, Ruth; Desarrollo Humano; octavo edición, Editorial Mc. Graw Hill, Bogotá, 2001.
- Pivetta, Biviana; Migración a Rosario y memoria Toba; Editorial UNR, Rosario; 1999.
- Rodulfo, Ricardo; El niño y el significante; Editorial Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires, 1999.
- Roy, E.; Atención pediátrica primaria: evaluación del desarrollo y efectos de la estimulación temprana del niño son durante el primer año de vida; Editorial pediátrica, Buenos Aires, 1995
- Sánchez, Orlando; Los Tobas, cultura, tradiciones y leyendas; Ediciones Búsqueda.; Buenos Aires; 1986.
- Winnicott, D. W., Conozca a su niño; Editorial Paidós, Barcelona, 1994.

ANEXOS

ANAMNESIS

DIAGNOSTICO FUNCIONAL DEL DESARROLLO PARA LA DETENCIÓN PRECOZ DE LAS DESVIACIONES

Nº de evaluación:

1- Datos Personales

Fecha:

Nombre y apellido:

Edad cronológica:

Edad gestacional:

Institución donde nació:

Pediatra:

APGAR:

Observaciones:

2- **Ambito familiar**

	Edad	Educación	Ocupación
Mamá			
Papá			
Hermanos			
Otros			

Observaciones:

3- **A.V.D.**

a) Alimentación

Pecho exclusivo: SÍ – NO Pecho y biberón: SÍ – NO Biberón exclusivo: SÍ –

NO

Dónde lo alimenta: cama – mesa – sillón – upa – otros

Quien le da el alimento: mamá – papá – hermanos - tíos – abuelos – otros.

Posiciones en que le da el pecho: acostada – sentada– parada.

Frecuencia en que le da el pecho: cada 3 – 4 – 5 – 6 – 7 –8 horas por día

Causas del destete: no tenía más leche- el bebé no quería – la mama no quería- enfermedad o medicamento de la madre - otros:

Usa chupete: SÍ – NO *Cuando:* siempre – a veces – para dormir- cuando juega

Succión del pulgar u otros objetos: SÍ – NO *Cuando:* siempre - a veces -para dormir

Tipo de alimento: líquido – semilíquido – semisólido – sólido

Alimentación: independiente – dependiente – asistido

Le permite jugar mientras se alimenta: SÍ – NO *Tiene el plato a la vista:* SÍ –
NO

Usa la mano: SÍ –NO *Usa utensilios:* SÍ –NO

Problemas en: succión, deglución, masticación, mascación, babeo, ahogos. Otros

Apetitos: Bueno – Malo

Observaciones:

b) Sueño

- *Cohabitación: SÍ – NO* *¿Por qué?*
- *Co-lecho: SI – NO* *¿Por qué?*
- *Dónde duerme:* cama, cuna, moisés, otros:
- *Con quién duerme:* mamá, papá, hermanos, tíos, abuelos, otros:
- *Observaciones:*

c) Higiene

- *Quien lo baña:* mamá, papá, hermanos, tíos, abuelos, otros:
- *Con quién se baña:* _mamá, papá, otros:
- *Frecuencia:* _ 1x día – 3 x semana – 2 x semana – 1 x semana

- *Lugar:* Bañera, Fuentón, Pileta, Ducha, otro:

- *Participa el baño:* SÍ – NO *Juega en el agua:* SÍ – NO

- *Control de esfínteres:* SÍ – NO

- *Observaciones:*

d) Juego

- *Con que juega:*

- *Con quién juega:* mamá, papá, amigos, hermanos, tíos, abuelos, otros:

- *Con quien pasa la mayor parte del tiempo:*

- *Observaciones:*

e) Vestido/Desvestido

- *Participa:* SÍ- NO

- *Dónde se viste:* cambiador, mesa, cama, regazo, otro:

- *En que posición:* supino, sentado, parado, otro:

- *Observaciones:*

4) Motricidad

a)- Reacciones de enderezamiento

- *Cervical:* Presente – Ausente – Alterada

- *Laberíntica:* Presente – Ausente – Alterada

- *Cuerpo sobre cuerpo:* Presente – Ausente - Alterada

b)- Reacción de Protección

- *Anterior:* Presente – Ausente – Alterada

- *Laterales:* Presente – Ausente – Alterada

- *Posteriores:* Presente – Ausente – Alterada
- *Paracaídas:* Presente – Ausente – Alterada

c)- Reacción de Equilibrio

- *Sentado:* Presente – Ausente – Alterada
- *Arrodillado:* Presente – Ausente – Alterada
- *Parado:* Presente – Ausente – Alterada
- *Marcha:* Presente – Ausente - Alterada

d)- Movimientos transicionales

- *¿Encuentra al bebé en una posición diferente a la cual lo dejó? SÍ – NO*
- *Dónde está el niño durante el día: piso, cochecito, cuna, bebesit, corralito, andador, upa, otro lugar:*
- *¿Para al bebé en algún momento? SÍ – NO*
- *¿ Lo coloca al bebé durante el día boca abajo para que juegue o permanezca en esta posición? SÍ - NO*
- *Observaciones:*

- ¿ Se realizó controles durante el embarazo? SÍ – NO

- ¿Cuántos?

- ¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo? SÍ – NO

- ¿Cuál?

- ¿Tuvo alguna complicación durante el parto? SÍ – NO

- ¿Cuál?

- ¿Sufre de alguna enfermedad? SÍ – NO Cuál:

- ¿Toma actualmente algún medicamento? SÍ – NO Cuál:

- ¿Tomó algún medicamento durante el embarazo? SÍ – NO Cuál:

- ¿Sufrió el bebé de alguna enfermedad desde su nacimiento hasta la fecha? SÍ – NO

- ¿Cuál?

- ¿Recibió el bebé los estudios y las vacunas correspondientes? SÍ – NO

- Observaciones.