

¡Bienvenido, lector!

El material que tiene entre sus manos surge de la convergencia entre una rica y prolongada experiencia de trabajo profesional con familias en localidades del Área Metropolitana de Buenos Aires¹, y de la tarea desarrollada en el campo del Desarrollo Infantil, por más de una década, desde la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (DINASAMI) y el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) del Ministerio de Salud de la Nación.

Está dirigido a los equipos de salud, particularmente quienes se desempeñan en el Primer Nivel de Atención, con el enfoque preventivo dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Esto incluye a los médicos pediatras, generalistas, médicos de familia, psicólogos, psicopedagogos, enfermeras, obstétricas, asistentes sociales, y todo aquel miembro del equipo que, en contacto con las familias, acepte escuchar sus inquietudes, descubrir sus dificultades y ayudarlas en la crianza de los niños.

Desde un concepto más amplio es también un material valioso para los equipos de salud que se desempeñan en los hospitales, ya que la mirada sobre el desarrollo infantil se extiende a los diferentes ámbitos en que se encuentra el niño desde su concepción, nacimiento, crianza, e incluso su eventual internación. Son muchas las propuestas y los cambios operativos que pueden implementar las instituciones cuando se identifican las necesidades de los niños en las diferentes etapas y circunstancias de su vida.

Supone, en consecuencia, una clara toma de postura por un concepto integral de salud –en este caso, salud del niño– que la define, más allá de la ausencia de enfermedad o dolencia, como el estado de completo bienestar físico, mental y social.

Creemos que el valor de este trabajo radica en los siguientes aspectos:

- Establece una propuesta innovadora respecto de la forma de acompañar a los padres en el proceso de crianza, puesto que valora las competencias y potencialidades de los niños y sus familias.
- Propone una estrategia concreta de trabajo para el equipo de salud, fácil de implementar: no requiere de costos ni infraestructura específica.
- Prepara a los padres –o a los adultos en función de crianza– para reconocer, afrontar y acompañar los sucesivos momentos del desarrollo de sus hijos.
- Crea en los adultos el hábito de la observación, los capacita para la elección de objetos, juguetes, y para la organización del lugar donde el niño desplegará sus actividades durante el tiempo de vigilia, creando y transformando sus condiciones de vida y optimizando sus recursos.
- Jerarquiza en su función de crianza a los padres y a los adultos que cuidan del niño. Sitúa a la familia ya no como “matriz exclusiva”, sino como integrante de una comunidad que, inmersa en una realidad socio política, tiene un devenir histórico.

Está integrado por cinco fascículos, un soporte de video² y un instrumento de observación sistemática que permite registrar los indicadores, realizar el seguimiento y valorar el proceso de desarrollo de cada niño.

El primero de estos fascículos contiene una síntesis del marco teórico que sustenta la concepción del desarrollo infantil que proponemos.

Además:

- sugiere herramientas y modalidades para la observación de los niños y su interacción con la familia;
- aporta criterios para la **valoración** de lo observado; y
- propone estrategias para la **intervención**, a fin de favorecer el proceso del desarrollo de cada niño en particular.

Los otros cuatro fascículos describen los ejes del desarrollo infantil para ser trabajados con los equipos de salud a fin de favorecer el desarrollo integral de los niños:

- **Interacciones**, el valor de lo cotidiano en la organización subjetiva.
- El **desarrollo motor y postural** autónomo.
- El desarrollo de **la inteligencia, la manipulación y la atención**.
- Los **factores del entorno** que favorecen u obstaculizan el desarrollo infantil.

Sobre cada uno de estos temas encontrará un breve desarrollo teórico para profundizarlo y una serie de referencias que lo relacionan con las escenas registradas en video.

Por último se registran escenas de una experiencia en un Centro de Salud donde se trabaja con la perspectiva de la promoción del desarrollo infantil, mostrando modalidades operativas posibles en la Sala de Espera. Además se observa una propuesta de organización del centro, donde se pone en evidencia el trabajo en equipo con el personal del centro de salud, la utilización de los registros y la programación de la atención.

1. Trabajos desarrollados por la Dra. Liliana González y la Lic. Adriana García en los Centros de Salud “San Roque” y “Alberdi”, ubicados en el Municipio de José C. Paz, provincia de Buenos Aires y en “Ansares” (consultorios especializados en desarrollo infantil) ubicado en la localidad de Caseros de la misma provincia.

2. Se trata de la edición profesional de tomas originales no escenificadas, realizadas con equipos no profesionales, por los mismos integrantes del equipo de salud que trabajó con las familias. La muy pequeña merma de calidad técnica que esto implicó en algunos casos, queda ampliamente compensada por la invaluable captura de imágenes precisas, surgidas de la realidad de nuestras familias.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR DESARROLLO INFANTIL?

A lo largo del tiempo, se han hecho muchos intentos por describir y definir el desarrollo de los niños. Para el abordaje del presente trabajo adoptaremos la **concepción dialéctica**, que entiende el desarrollo del niño como **un proceso complejo en el que convergen e interactúan factores biológicos, medio-ambientales, históricos y sociales**¹.

Este proceso está en constante movimiento. Sin embargo, no es una sucesión lineal: presenta **avances y retrocesos, continuidades – discontinuidades y anticipaciones funcionales**. El pasaje de un estadio a otro implica y pone de manifiesto una organización diferente respecto a la alcanzada en la etapa anterior.

La mirada que propone esta concepción considera al niño en su calidad de **sujeto de derecho, sensible y competente**, con capacidad para establecer un intercambio social efectivo desde el comienzo mismo de su vida.

La perspectiva dialéctica reconoce que el bebé ya dispone, al momento de su nacimiento, de **una estructura biológica funcional completamente desarrollada**, organizada en **sistemas complejos de adaptación y control**².

Por otra parte, esta concepción contempla al niño como un **integrante del espacio concreto en el que vive, crece y se desarrolla**: su familia, su hogar, el barrio, las instituciones, las relaciones interpersonales. Por eso lo reconoce como condicionado por su ámbito geográfico, político, económico, cultural y social, con el que **interactúa**, al que **se adapta** y al que **modifica activamente**.

Con el **objetivo** expreso y concreto de **intervenir** en el proceso de desarrollo, esta perspectiva propone estrategias

CONCEPCIÓN DIALÉCTICA DEL DESARROLLO INFANTIL

- Desplaza la idea del desarrollo como un proceso universal, lineal, acumulativo, con una secuencia invariable, cuyo único factor de progreso reside en la maduración del sistema nervioso.
- Se opone al enfoque que considera al bebé como un organismo aislado, incompetente y pasivo.
- Destaca la iniciativa del bebé, su competencia para reconocer y elegir al adulto que mejor satisface sus necesidades, así como su capacidad para suscitar respuestas e influenciar a las personas que lo cuidan.

tendientes a **transformar o crear las condiciones de vida** consideradas **necesarias para el desarrollo de las potencialidades** de cada individuo.

Junto a los padres y las familias, los miembros del equipo de salud desempeñan un papel clave en la orientación de estas intervenciones.

Esta forma de trabajo supone una nueva manera de observar el desarrollo infantil, ya no con una finalidad puramente diagnóstica, sino con el propósito de **acompañar al niño y a su familia** en el desarrollo de sus capacidades. Propone además **valorar y escuchar a los padres**, integrándolos como responsables conscientes y activos en la crianza. Por último, permite **monitorear la implementación de los cambios** sugeridos y **continuar trabajando** sobre aquellos que aún no pudieron ser llevados a la práctica.

Las teorías e investigaciones que presentamos a lo largo de este trabajo servirán para conformar **el marco de referencia que guiará la observación, la valoración y la intervención**.

1. El marco de referencia que sustenta el presente trabajo son: **Teoría de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor** de Myrtha Chokler; **Teoría del desarrollo de la Motricidad Global** de Emmi Pikler; **Escala de Desarrollo** del Instituto Pikler Lóczy; **Teoría del apego** de John Bowlby; **Leyes funcionales** de Henri Wallon; **Teoría de las actitudes** de Henri Wallon; **Handing y Holding** (Sostén) de Donald Winnicott; **Estados de conciencia**, Brazelton, B y Cramer, B.
2. Cáceres, Lidia. 1999. Docente de la cátedra de neurología en las carreras de Psicomotricidad y ATDI. FUNDARI. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza-Argentina. Jefa del Servicio de Neurología Infantil del Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas". Provincia de Buenos Aires, Argentina.

LOS ORGANIZADORES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Un organizador es un “ordenador, promotor, planificador. Que tiene especial aptitud para instituir, estructurar, constituir, instaurar, establecer o reformar una cosa sujetando a reglas el número, orden armonía y dependencia de las partes que la componen”³.

A partir de esa definición, se entiende el desarrollo “... como un proceso de transformaciones internas que se operan en el sujeto para la satisfacción progresiva de sus necesidades, se concreta a través de intercambios múltiples con el medio, que según Henri Wallon es un medio físico y humano, constituyendo ambos el medio natural del hombre”⁴.

La Teoría de los **organizadores del desarrollo psicomotor**⁴ ofrece un marco para comprender, analizar e intervenir en la dinámica del proceso de desarrollo humano. Los “organizadores” son cinco ejes que se comportan cada uno como una unidad, interactúan entre sí, y en su conjunto con el medio. Son ellos: • **la comunicación**, • **el apego**, • **la exploración y la apropiación del mundo externo**, • **el equilibrio y el control progresivo del cuerpo**; y • **el orden simbólico**.

El siguiente gráfico, fue creado por la Dra. Myrtha Chokler para ilustrar el comportamiento de este sistema⁵:



COMUNICACIÓN

Wallon expuso⁶ su concepción de la motricidad como una función dual: como **medio de expresión** y como **medio de accionar en el mundo físico**. Señalando, que el niño hace uso de la función expresiva mucho antes que de la función ejecutora de la motricidad. Estos elementos, de **carácter tónico-postural-motor-gestual**, impregnados de necesidad y de emoción serán el nexo de una **dinámica de interacción** en la que bebé y adulto, se complementan y adaptan mutuamente.

Al comienzo de la vida el bebé es dominado por lo visceral y lo propioceptivo. Las necesidades vitales provocan diferentes emociones que elevan el tono muscular. La tensión que se

acumula, si la necesidad no es adecuadamente satisfecha, se manifiesta a través del llanto, la risa o sacudidas de los miembros, conductas que cumplen inicialmente con la función de descarga, regulación y reorganización del tono muscular y que progresivamente, a partir de la significación del adulto que lo cuida, se transformarán en elementos de comunicación de las necesidades.

Así, lo que originalmente fue una necesidad biológica se transforma en una señal que ajustándose paulatinamente, adquiere la cualidad de **señal de comunicación** al hacerse “**dirigida hacia un otro**” y organiza un “sistema primario de comunicación” que es preludio del lenguaje.

3. Chokler, Myrtha (1988). Los organizadores del desarrollo psicomotor, Argentina, ediciones cinco, 218 p.

4. Chokler, Myrtha (1988). Los organizadores del desarrollo psicomotor, Argentina, ediciones cinco, 218 p.

5. Chokler, M. (1994). **Psicomotricidad Operativa**. Argentina. Artículo publicado en Revista La Hamaca. Pág 26.

6. Les origines du caractère (Wallon 1934) - L'évolution Psychologique de l'enfant (Wallon 1941) - De l'acte à la pensée (Wallon 1942)

La comunicación

“es el producto de las interacciones semantizadas que parten de las actitudes emocionales generando sistemas de señales, recíprocamente significantes, desde el diálogo tónico-postural, proxémico, cinético, contacto, mirada, mímica y gesto se construye el camino de la expresión al código y al lenguaje”.

Myrtha Chokler,

Psicomotricidad Operativa.
En Revista la Hamaca 1994,
Año 3 N° 7 p 29.

UNA SEÑAL DIRIGIDA A OTRO

Un niño pequeño se inquieta en su cuna, emite algunos quejidos que cesan al reacomodarse.

Al cabo de un tiempo, sus movimientos se vuelven más enérgicos... sus ojos abiertos buscan y el quejido se transforma en llanto.

Un rostro se asoma, lo mira, le habla con voz suave... trata de comprender lo que lo inquieta: ¿Qué le pasará? ¿Le dolerá algo? Lo toma entre los brazos y el bebé voltea su rostro hacia el pecho.

–Tienes hambre –significa la madre– ya han pasado un par de horas, puede ser que tengas ganas de comer...

EL VÍNCULO DE APEGO

Si bien el proceso de apego comienza en la madre durante el embarazo, progresa y se transforma durante el parto y los días siguientes. A lo largo de las actividades cotidianas (alimentación, baño, cambio de pañales...) madre-hijo van formando una relación en la cual el bebé es un sujeto activo que promueve en la madre (o en la figura de apego), la proximidad y el contacto. En esta dinámica de las interacciones se organiza la conducta de apego del niño/adulto.

“La conducta de apego, es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo, claramente identificado, al que se

considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo”⁷.

La *“reacción ante extraños”* que aparece en los bebés entre los 6 y 8 meses de vida es una de las manifestaciones de la conducta que acabamos de presentar. Es claramente observable por el pediatra en el consultorio y por el personal de enfermería ante una práctica que, frente a un intento de contacto y de acercamiento, el pequeño se aleja y se aferra al cuerpo de la madre. (Muchas veces estas conductas son censuradas y significadas de diferentes maneras: *“–No sé que le pasa, se ha vuelto antipática”*, *“–Cuando era más chiquito era más dado, les sonreía a todos, ahora no quiere saber nada...”*, *“–Vamos, anda con la señora, no seas así”*.)

El vínculo de apego

“sistema de interacciones primarias entre el niño y el adulto, constituye la trama de apuntalamientos externos”.

Myrtha Chokler,

Psicomotricidad Operativa.
En Revista la Hamaca 1994,
Año 3 N° 7 p 28.

EL PAPEL DE SOSTENER

La forma en que los padres tratan al niño, el tono suave que emplean cuando le hablan, la manipulación segura pero calma de su cuerpo durante los cuidados, la manera en que lo comprenden en sus múltiples necesidades, le permiten al niño sentirse cuidado y emocionalmente sostenido o no.

Estas manifestaciones no son privativas de los primeros años: están presentes a lo largo de toda la vida, puesto que son parte de la naturaleza humana. Ante situaciones adversas o amenazantes –peligro o enfermedad–, el comportamiento de apego se activa promoviendo el acercamiento o la búsqueda de la persona en quien se confía, aquella que es capaz de sostener, consolar, cuidar, proteger.

El adulto que cuida y atiende a un niño pequeño debe ser “sensible y accesible” para poder conformarse como la “la figura de apego”, es decir, alguien que pueda comprender y satisfacer las necesidades que lo angustian y desequilibran, para que el niño pueda identificarlo y buscarlo.

Las modalidades afectivas que vive el niño en su entorno familiar construyen las matrices relacionales con las que **establecerá sus lazos afectivos, con pares o adultos. A partir de la seguridad afectiva que tiene, el niño podrá conocer el mundo, explorarlo, transformarlo, aprender...**

LA EXPLORACIÓN Y LA APROPIACIÓN DEL MUNDO EXTERNO

Las conductas exploratorias provienen de un impulso de conocimiento innato (impulso epistémico) que todos los

seres humanos presentan con las diferencias propias de la singularidad. No obstante, esta capacidad puede desarrollarse o ser inhibida por el entorno y estar condicionada por la significación cultural.

La exploración y apropiación del mundo externo

“...emerge de la necesidad esencial de adaptación y del impulso epistémico permitiendo la internalización, reconstrucción y representación cada vez más acabada, compleja y simbólica de las formas y leyes de existencia y funcionamiento de las cosas”

“La exploración y apropiación de su propio cuerpo, del cuerpo de otro en el espacio, del mundo de los objetos..., atravesada por la cultura y la crianza, conforman “las matrices de aprendizaje”.

Myrtha Chokler,

Psicomotricidad Operativa.
En Revista la Hamaca 1994, Año 3 N° 7 p 28.

7. Bowlby, J. (1995). **Una base segura**. Barcelona, Buenos Aires, México. Paidós, P. 40.



REF. 1

A medida que el bebé descubre y explora las posibilidades de acción de su propio cuerpo, aprenderá las leyes de la física invistiendo el espacio.

La actitud de quienes ejercen la función de crianza es de suma importancia. A menudo las acciones que realiza el niño son desestimadas. No obstante, la observación compartida con los padres ayuda a descubrir en su conducta las acciones inteligentes que él realiza y sus actitudes de cuestionamiento ante un fenómeno físico. (Un ejemplo de esto se puede observar cuando el niño deja caer diferentes objetos y los sigue con la mirada, tratando de entender lo que sucede).

Sin embargo, el niño sólo podrá aventurarse en estas experiencias si cuenta con un adulto de referencia y si existe cierta estabilidad en los espacios que habita.

A medida que cobra interés por el entorno y los objetos que hay en él, y puede desplazarse, se volverá cada vez más

activo y, si bien necesita la presencia del adulto, podrá ir distanciándose progresivamente de él, al desarrollar acciones cada vez más autónomas.

EL EQUILIBRIO Y EL CONTROL PROGRESIVO DEL CUERPO

El estado de equilibrio físico, con su consecuente sensación de estabilidad corporal, proviene de una “construcción dinámica”. La dirección de los movimientos implicados para realizar una acción, pone en relación una serie de factores: el ajuste de la velocidad de las partes del cuerpo en movimiento, el tono y la fuerza de la masa muscular y la modificación de los puntos de apoyo. *“Muchos de los movimientos impulsivos, involuntarios y aparentemente sin sentido del recién nacido... son en realidad, expresión de un intento de reequilibración desencadenado ante la sensación de caída”*⁸.



REF. 3



REF. 2

El equilibrio y el control progresivo del cuerpo

“son construcciones en su origen genéticamente programadas para las funciones antigravitatorias. Relacionado con las posturas los desplazamientos y las praxias”. “...es base del sentimiento de seguridad personal, de armonía y libertad, afirma la disponibilidad para el acto...”

Myrtha Chokler,

Psicomotricidad Operativa.
En Revista la Hamaca 1994,
Año 3 N° 7 p 29.

Un niño que es sentado en una sillita o en un “bebesit” antes de haber logrado esta posición por sus propios medios, estará expuesto a innumerables sensaciones de pérdida de equilibrio que para compensarla reaccionará elevando, asimétricamente, el tono muscular.

Esta reacción le producirá dolor debido a las crispaciones musculares y se traducirá en un cuerpo rígido e inmóvil; la energía del niño estará invertida en evitar caer y no estará disponible para la relación ni le permitirá prestar atención e interesarse por el entorno.

Esto nos lleva a reflexionar acerca de **la importancia de la superficie** sobre la que se apoya el cuerpo de un niño recién nacido y **la postura** en que se lo coloca. Puesto que en este momento no cuenta con el tono ni la fuerza muscular para sostener su cuerpo en los planos oblicuo y vertical, la superficie **debe ser firme y respetar el plano horizontal**, es decir en **decúbito dorsal**, postura en la cual el cuerpo del niño tiene más puntos de apoyo.

Existe además una estrecha relación entre la sensación corporal de estabilidad y bienestar, el equilibrio emocional y la disponibilidad corporal para el movimiento, la exploración y el aprendizaje. Tanto la habilidad, la armonía de los movimientos y la sensación de competencia, como la torpeza, los

movimientos incoordinados y la inseguridad, se organizan a partir de una historia postural, que se ha ido conformando en relación con el movimiento del cuerpo en el espacio, a los objetos y a los adultos que ejercen las funciones de cuidados y protección.

EL ORDEN SIMBÓLICO

Las distintas prácticas de crianza y la persona sobre la cual recaerá esta función se transmiten culturalmente, en particular como “costumbres” dentro del grupo familiar. Será necesario conocerlas para poder respetar y comprender la dinámica familiar y relacional dentro de la cual se desarrolla la vida cotidiana del niño.



REF. 4

El orden simbólico

“...constituido por el conjunto de representaciones sociales jurídicas, económicas y culturales que, inscriptas en el psiquismo a través de las relaciones familiares e institucionales, operan eficazmente determinando la conducta y los roles individuales o grupales”.

Myrtha Chokler,

Psicomotricidad Operativa. En Revista la Hamaca 1994, Año 3 N° 7 p 29.

La cultura de la crianza también está influida por “lo que se usa” o “lo que está de moda” poniendo en juego deseos o fantasías de los padres y familiares, mitos que forman parte

de las representaciones sociales de la época, incluyendo así al niño y la familia en un grupo humano de pertenencia que lo vincula a una comunidad específica.

8. Ajuriaguerra, J (1999) Artículo publicado en la Hamaca N° 10 Editor responsable Fundari.



REF. 5

Nuestra intervención como equipo de salud, en el acompañamiento de las familias durante la crianza de los niños pequeños, debe tener presente que las modificaciones y transformaciones, de aquellas prácticas que no son adecuadas ya

sea porque ponen en riesgo la salud del niño o por que obstaculizan los procesos de desarrollo armónico, llevan tiempo y requieren de un exhaustivo trabajo en equipo.

FACTORES DE DESARROLLO

Wallon plantea que el huevo ya contiene, **en estado potencial**, las estructuras biológicas del futuro organismo. Sin embargo, aún dentro del medio materno, el embrión se verá afectado por factores del entorno. Por eso, su desarrollo orgánico sólo depende de la salud de la mujer sino también de factores ambientales.

Superados los riesgos del período de gestación, **la indemnidad del organismo al nacer no basta para garantizar un desarrollo saludable**. Ciertas adquisiciones sólo pueden alcanzarse si concurren circunstancias ambientales particulares que facilitan

su expresión cuando los procesos orgánico-funcionales han alcanzado el estado de maduración e integración funcional necesarios.

Definiremos al **factor** como cualquier elemento de naturaleza biológica o material, relacional, fenómeno ambiental o circunstancial **que incida en el proceso de desarrollo**.

En el desarrollo del niño se implican y condicionan mutuamente tanto **factores internos** de tipo biológico, madurativos, funcionales y psicológicos, como **factores externos** de índole relacional, social, cultural, económicos, geográficos, etc.

Dice Wallon:

El medio aporta instrumentos, técnicas, intrínsecamente vinculados al quehacer cotidiano en el que se hallan entramados elementos culturales, elementos que hacen a la necesidad y al desempeño de las actividades de la vida cotidiana.

El niño se apropiará progresivamente de ellos. Es lo que llamaremos aprendizaje...

A su vez, dentro de cada uno de estos factores, diferenciamos las siguientes categorías:

a. Factores facilitadores del desarrollo (FFD): son aquellos que promueven el despliegue de potencialidades, facilitan el proceso de adaptación a las circunstancias concretas y permiten la manifestación de la capacidad de interactuar con los sujetos.

b. Factores obstaculizadores del desarrollo (FOD): son aquellos que desorganizan o inhiben el despliegue de las potencialidades y los procesos de organización funcional pudiendo causar alteraciones en el desarrollo.

c. Factores perturbadores del desarrollo (FPD): son aquellos que provocan un impacto altamente traumático sobre el desarrollo del ser humano.

d. Factores de riesgo para el desarrollo (FRD): son todas aquellas situaciones, hechos o condiciones propias del niño o de su entorno que aumentan la probabilidad de desarrollar desajustes psicosociales, alteraciones en el proceso de desarrollo, promover accidentes o contraer enfermedades.

Esta clasificación nos permitirá aproximarnos a un diagnóstico situacional para analizar las condiciones reales de existencia y cómo interactúan en la dinámica del proceso de desarrollo.

Abordaremos el estudio de las condiciones reales de existencia sobre la base de tres ejes fundamentales:

1. El basamento biológico.
2. La relación dialéctica del niño con el medio en el que vive.

3. Las relaciones que constituyen la subjetividad.

1 - BASAMENTO BIOLÓGICO DEL PROCESO DE DESARROLLO

Entendemos al **desarrollo, la maduración y el crecimiento** como procesos íntimamente relacionados entre sí, conformando un sistema organizador de la unidad biológica genéticamente determinada y ambientalmente condicionada.

Si bien el crecimiento se refiere a los aspectos físicos cuantitativos –relacionados con el aumento tanto en número como en tamaño celular–, los procesos madurativos de **integración y diferenciación** originan cambios cualitativos que otorgan la especificidad funcional a estructuras y sistemas cada vez más complejos.

Brazelton y Cramer⁹ descubren una extraordinaria capacidad de los bebés para interactuar temprana y efectivamente con los adultos. Señalan que la descripción del recién nacido como un ser aislado y neurológicamente “insuficiente”, posiblemente se deba al desconocimiento de lo que ellos denominaron **“estados de conciencia”**.

Describieron seis estados, caracterizados por movimientos corporales y variaciones en la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como otros cambios conductuales consistentes en la modulación de la respuesta a los estímulos del medio. Según el niño se encuentre en un estado o en otro, el estímulo resultará apropiado o inapropiado, porque la disponibilidad y la capacidad para responder e interactuar con el ambiente es diferente en cada uno de estos estados.

La mielinización de las fibras y haces del sistema nervioso se produce a diferentes edades y se admite que hay correlación entre el comienzo de la función y el momento de adquirir el nervio su vaina de mielina. En la vida intrauterina se mielinizan los haces sensitivos, mientras que los haces de la vía piramidal (motricidad voluntaria) completarán su mielinización en la vida postnatal, proceso que no concluye hasta alrededor del año y medio, dos años.

Rodríguez, R. – Ashkar, E. (1983).
Fisiología humana. Buenos Aires, Argentina.
López librero editores, p. 361

CONVERGENCIA Y OCLUSIÓN

Sherrington postuló los principios de convergencia y oclusión para referirse a los efectos provocados por estímulos que se suman o los que sobrepasan el umbral, respectivamente.

El principio de convergencia postula que si llegan estímulos de carácter subliminal por distintas vías aferentes, actúan conjuntamente alcanzando el umbral necesario para producir una respuesta. Por el contrario, el principio de oclusión, postula que los estímulos que sobrepasen el umbral y se superponen dentro de una zona de descarga, producen una respuesta de menor intensidad.

FUNCIONES DEL SUEÑO

Las teorías acerca de la función del sueño parecen coincidir respecto a la importancia, fundamentalmente del sueño activo o MOR, en la organización cerebral.

Los hallazgos fisiológicos parecen revelar que el sueño cumple tres funciones principales: **conservar la energía; organizar la información e intervenir en el proceso de memoria-aprendizaje.**

Las desviaciones en los patrones de sueño-vigilia, así como la aparición de los llamados “trastornos del sueño”¹⁰, pueden ser indicadores importantes para orientar

el diagnóstico de un déficit neurológicos, de problemas funcionales o de alteraciones provocadas por factores externos al individuo.

En el período prenatal existe preponderancia de las regulaciones intra-orgánicas debido a que, en cierto modo, los estímulos externos son *filtrados* por el cuerpo materno. Luego del nacimiento, los estímulos del medio ambiente impactarán directamente sobre el niño provocando una **respuesta** o una **reacción**, según el umbral y el estado de conciencia en el que se encuentre.

EL SUEÑO, ESTADO ACTIVO.

El dormir es considerado, paradójicamente, **un estado activo de la mente.**

El **sueño** es un proceso dinámico en el que la actividad cerebral se pone de manifiesto a través de variaciones cardíacas, respiratorias y del tono muscular caracterizando cada tipo de sueño. Estas variaciones se deben a que, durante el sueño, se establecen circuitos neuronales que completan su función antes de ser utilizadas por el organismo.

El proceso **sueño-vigilia** está bajo el control del hipotálamo y del tallo cerebral, estructuras que se encuentran bien desarrolladas al momento del nacimiento. No obstante, en la vida postnatal el desarrollo del cerebro comienza a verse influenciado por factores externos.

La **respuesta** es una conducta organizada, adaptada al estímulo y producto de la integración funcional en un estado de conciencia que le permite al niño estar disponible para la acción y la interacción.

La **reacción**, en cambio, es una conducta de tipo subcortical y refleja determinada por la intensidad del estímulo, su velocidad y el estado de conciencia en que se encuentra el individuo.

Se llama **umbral** al valor al que debe llegar un estímulo para producir una sensación.

Se denominan **subumbrales** o **subliminales**, a los estímulos que no llegan a provocar una actividad nerviosa.

Por otra parte, Brazelton y Cramer describen un estado en apariencia “similar” al sueño profundo que denominaron **“habituación”**¹¹.

El bebé parece “dormido” frente al exceso de estímulos provenientes del exterior. Se lo observa tenso, con los miembros flexionados y se sobresalta fácilmente.

Esta respuesta protectora pone de manifiesto las capacidades innatas del bebé para autoprotgerse y sugiere una activa regulación y control de los estados de conciencia en el período neonatal.

La observación de esta conducta debería hacernos reflexionar y llevarnos a modificar el entorno para **que el niño no deba**

apelar a este recurso que si bien lo protege, también lo *aisla e impide una interacción operativa con el medio.*

El estado de habituación puede provocarse por estímulos auditivos, visuales y táctiles.

“Parecen estar manteniendo activamente el control sobre su medio, en lugar de relajarse y dormir”. (Brazelton, 1993).

La **energía** que en condiciones saludables, dispone para la organización del sistema nervioso, el crecimiento físico, el mantenimiento de sus sistemas vitales y la interacción con el mundo, debe utilizarla **para mantener activo este sistema de protección.**

9. Brazelton, B. y Cramer, B. **La relación más temprana.** Buenos Aires, Paidós, 1993.

10. Temores y terrores nocturnos, pesadillas, enuresis, insomnio, hipersomnia, etc.

11. Brazelton y Cramer (1993). **La relación más temprana.** Madrid, ed. Paidós, p 113.

En los niños nacidos prematuramente y en aquellos cuyo sistema nervioso presenta alguna lesión, la capacidad para habituarse no es tan eficaz, por lo que resulta absolutamente necesario un mayor control de los estímulos por parte de los adultos.

ESTADOS DE CONCIENCIA

—Brazelton y Cramer—

- 1. Sueño profundo:** en este estado, el bebé es relativamente inaccesible a los estímulos provenientes del exterior. Los ojos se encuentran firmemente cerrados, y la respiración es profunda y regular. No se observa actividad motriz. En los bebés nacidos tras una gestación sin dificultades, los ciclos de este estado suelen durar alrededor de cuatro horas. Los bebés nacidos prematuros presentan ciclos menos definidos. Su aparición en bebés prematuros y niños con alguna patología es un indicio de maduración del sistema nervioso.
- 2. Sueño activo:** en este estado el bebé se muestra más vulnerable a los estímulos del medio exterior. Pueden observarse movimientos de los ojos, por lo que también es denominado sueño MOR (“movimiento ocular rápido”). La respiración es irregular, superficial y rápida. Se observan pequeñas sacudidas corporales, estiramientos y contorsiones. En el rostro se observan movimientos faciales como muecas, sonrisas, crispaciones, movimientos de la boca, succiones, entrecejo fruncido.
- 3. Estado intermedio o de somnolencia:** En este estado es probable que los estímulos lo lleven a un estado de mayor alerta. Los ojos se abren y cierran; pueden estar entreabiertos o totalmente abiertos, pero con aspecto de obnubilación. La respiración es regular, pero algo más rápida y superficial que la observada en el sueño profundo.
- 4. Estado de alerta, despierto:** los estímulos provocarán respuestas predecibles. Sus ojos se ven “resplandecientes”. Es el estado por excelencia para la interacción y las actividades. En las primeras dos semanas de vida, este estado tendrá una corta duración; pero, a partir de la tercera semana puede llegar a 20 ó 30 minutos y se irá prolongado paulatinamente.
- 5. Estado de alerta pero inquieto:** es un estado de transición hacia el llanto, en el que los estímulos externos pueden calmarlo o inquietarlo aún más. Es el caso del niño que se calma al recibir el alimento, al ser tomado en brazos o acariciado; es decir, cuando la necesidad encuentra su satisfacción. Sin embargo, si esta necesidad no es debidamente satisfecha, aunque el estímulo sea utilizado para “distraerlo”, el niño volverá a inquietarse pasando finalmente al llanto.
- 6. El llanto:** es consecuencia de una necesidad y cumple, entre otras, con la finalidad de atraer la atención de la persona que lo cuida. Los padres y los cuidadores atentos y disponibles, suelen distinguir el llanto que es consecuencia de un dolor, del hambre, de alguna molestia o de la necesidad de moverse o jugar.

LA MADURACIÓN DE LOS CENTROS CORTICALES

A partir de los dos meses y medio, o tres, entran en acción los centros corticales que cumplen **un rol inhibitor de la conducta refleja**.

Esto se manifiesta en la **disminución de los movimientos no-organizados y en la aparición de los primeros intentos de movimientos voluntarios**, principalmente el de las manos en relación con la vista (mirarse y jugar con las manos o tomar objetos) o ponerse de costado.

LA DIRECCIÓN DEL PROCESO MADURATIVO DEL SISTEMA NERVIOSO

Esta maduración se efectúa conforme a dos conocidas leyes embriológicas, denominadas cefalocaudal y proximodistal. La primera de ellas afirma que el niño controlará primeramente la musculatura más próxima al polo cefálico y que, progresivamente, este control se extenderá al polo caudal. Así el niño tendrá primeramente dominio sobre el movimiento de la cabeza y de sus miembros superiores y, posteriormente, sobre el tronco y los miembros inferiores. La segunda de estas leyes sostiene que, en el nivel de los miembros, el control se ejercerá antes sobre las zonas más cercanas a la médula, y más tarde sobre las extremidades de los miembros.

LA DINÁMICA DEL PROCESO DE DESARROLLO

Wallon describe tres leyes que rigen la dinámica del proceso desarrollo.

Ley de Anticipación Funcional: se refiere a aquellas *manifestaciones que desaparecen luego de haberse revelado una o varias veces durante un corto período*.

Wallon, le atribuye esta anticipación a factores fundamentalmente internos, más que a circunstancias favorables externas.

Es muy común observar que los niños den algunos pasos y que abandonen esa manifestación por un tiempo, antes de comenzar a utilizar la marcha como forma de desplazamiento.

Ley de Preponderancia Funcional: El comportamiento en cada edad está caracterizado por un **modo de relación privilegiada** que el niño establece con el medio. Un tipo de actividad que en ese momento se muestra como **preponderante** y que será reemplazada por otro tipo de conducta en el estadio siguiente.



No obstante, sólo se trata de comportamientos que dominan la actividad del niño en forma temporaria mientras continúan desarrollándose otros en un segundo plano. Estos momentos, así caracterizados, definen estadios de desarrollo que **no están asociados a la edad del niño** sino a la actividad que en cada uno de los estadios se muestra como preponderante.

Ley de Alternancia Funcional: Con un ritmo bifásico de **alternancia funcional**, se alternan estadios destinados a la construcción del yo (*estado centrípeto*) con otros destinados al establecimiento de las relaciones con el exterior y a la exploración del medio (*estado centrífugo*).

Esta exploración, que al comienzo es preponderantemente sensorio-motriz, se irá haciendo cada vez más abstracta por la apropiación, por parte del niño, de las mediaciones simbólicas (fundamentalmente, el lenguaje, la imitación, el dibujo y el juego simbólico).

Ley de Integración Funcional: Cada vez que un estadio es superado, se produce una subordinación del sistema prece-

dente al nuevo sistema. Las actividades más primitivas son progresivamente dominadas por las actividades más recientes, integrándose a partir de la base que brindan las posibilidades preexistentes. La nueva conducta toma el lugar de las antiguas formas de comportamiento, aunque *no suprimiéndolas* sino **reorganizándolas**.

REACCIONES CIRCULARES

En las primeras semanas de vida existe una observable preponderancia del tono flexor en los músculos de las extremidades. Cuando está “despierto”, es posible observar el ejercicio de ciertos movimientos denominados por Baldwin **reacciones circulares**, a partir de las cuales los músculos extensores irán aumentando su tono y fuerza a la vez que los flexores ceden en su contracción.

Piaget, concibe al reflejo como una totalidad organizada, cuya característica es la de conservarse funcionando a través de la repetición. Sobre la base de los esquemas reflejos de succión, prensión, visión, audición y marcha van a constituirse los **esquemas motores**.

En las reacciones circulares **primarias** las acciones recaen **sobre el propio cuerpo** y en las **secundarias** sobre los objetos.

La **reacción circular** es un ejercicio funcional adquirido que prolonga el ejercicio reflejo. Tiene por efecto mantener no sólo ese mecanismo hereditario sino, fundamentalmente integrarlo a un conjunto de acciones nuevas, producto de estos ejercicios.

Consiste **en recobrar y repetir los gestos que fueron realizados por azar y suscitaron una sensación interesante para el niño**. Las reacciones circulares primarias (RCP), características del estadio que va desde el primer mes de vida a los 4 meses aproximadamente, se organizan en **esquemas sensorio-motores primarios**.

Es así como, desde esta perspectiva, se considera que **los reflejos no desaparecen sino que se integran** a los esquemas que darán origen a movimientos cada vez más complejos y precisos. El reflejo de prensión y el de marcha son claros ejemplos de ello.

Algo similar sucederá con la exploración de los objetos. Repiten con ellos determinadas acciones, como frotar, golpear, sacudir, etc. Desarrollando lo que Piaget denominó **reacciones circulares secundarias (RCS)**.

El conocimiento de las reacciones circulares, de sus características y de la diferencia en relación con las conductas estereotipadas¹², resulta fundamental a los efectos de no interrumpir procesos que son *promotores de una organización neuronal, de la atención y del desarrollo del esquema corporal*.

Sobre la base de estos esquemas se configurará la **inteligencia práctica o sensorio-motriz**, que representa una nueva capacidad como la de “*planear o proyectar*” una acción. Esta inteligencia pone de manifiesto la comprensión de ciertas relaciones temporo-espaciales percibidas a partir de la acción del sujeto a través de los mecanismos de asimilación y acomodación.

Resulta imprescindible saber acompañar estos procesos **respetando las conductas preponderantes y sus alternancias**. A través **de un ambiente humano informado y disponible es posible organizar un entorno material que promueva y facilite la integración funcional y la expresión de las capacidades del niño para interactuar y accionar con su entorno**.

¹². Las conductas estereotipadas, características en el autismo, consisten en la repetición persistente de palabras o movimientos sin sentido. Son movimientos realizados con alguna zona en particular del cuerpo –por ejemplo el vaivén del tronco– en sentido antero-posterior o con algún objeto cuya característica suele ser, por lo general, la dureza. En estos movimientos no es posible observar un proyecto de acción, como tampoco la noción de proceso. Se repiten indefinidamente iguales.

2- RELACIÓN DIALÉCTICA DEL NIÑO CON EL AMBIENTE

FACTORES DEL ENTORNO

Si aceptamos la influencia de factores externos sobre el proceso de desarrollo, nos queda por delante una difícil pero apasionante tarea respecto a la identificación de aquellos indi-

cadore que nos permitan caracterizar las **condiciones reales de existencia** y proponer, en consecuencia **“estrategias de intervención operativa”**¹³ con el propósito fundamental de optimizar las condiciones de vida.

La ecología del desarrollo humano de Bronfenbrenner, comprende el estudio de la acomodación mutua entre el ser humano y los entornos en los que vive y se desarrolla y cómo este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los diferentes entornos y contextos más grandes en los que éstos están incluidos.

Tomaremos el enfoque de Bronfenbrenner para definir los diferentes entornos que influyen sobre el proceso del desarrollo.

Este autor alude a estos entornos con el término **“ambiente ecológico”**, al que concibe como un conjunto de estructuras seriadas cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente.

- En el **nivel más interno**, al que denominó **microsistema**, está el entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo.

Lo que caracteriza a este nivel es la interacción directa con el niño. Por ejemplo, el lugar y las personas con las que vive, la institución educativa, el consultorio de un profesional, etc.¹⁴

- En un **segundo nivel** encontramos el **mesosistema**, constituido por las relaciones que se establecen entre los diferentes entornos con los que el niño interactúa cotidianamente. Así la comunicación entre la familia y las personas que cuidan al niño es de suma importancia para su desarrollo. Por ejemplo, es fundamental informar a la familia respecto al estado de salud, alimentación, descanso y actividad del niño, mientras ella estuvo ausente. En este segundo nivel se encuentran las relaciones que establecen los profesionales del centro de salud u hospitales y la calidad de información que ellas brindan a la familia.

- Un **tercer nivel**, el **exosistema** se refiere a entornos que no interactúan directamente con la persona en desarrollo, pero ejercen influencia sobre ella. Por ejemplo, las experiencias que viven los adultos en función de crianza respecto de sus propias situaciones personales y/o laborales.

- Por último, un **cuarto nivel** denominado macrosistema, evoca la hipótesis de que el desarrollo de la persona se ve profundamente afectado por hechos que ocurren en entornos en los que la persona ni siquiera está presente.

Este nivel, el más externo de los tres, comprende todos aquellos factores que determinan las condiciones del exo, meso y microsistema.

En conclusión, el ambiente definido como importante para el desarrollo del niño, no se limita a un único entorno inmediato, sino que **abarca las interconexiones entre los diferentes**

entornos y las influencias externas que proyectan los entornos más amplios sobre los más cercanos a los individuos.

3- RELACIONES QUE CONSTITUYEN LA SUBJETIVIDAD

La conciencia de sí, la conciencia del otro y la conciencia del mundo externo, se construyen a partir de las relaciones concretas en el mundo material y, especialmente, con los otros seres humanos.

Sabemos a partir de la teoría Walloniana, que existe un doble determinismo en el acceso a la diferenciación. El primero lo atribuye al medio social y cultural, como mediador de las prácticas macro y micro sociales, el segundo se refiere al medio humano en el que se constituyen las relaciones interindividuales.

El acceso a lo simbólico, particularmente al lenguaje, así como el desarrollo de la motricidad, la adquisición de la bipedestación y la marcha, surgen en el proceso de diferenciación, separación e individuación a partir de la alternancia entre la presencia y la ausencia de “un otro”. Desde la perspectiva que aquí abordamos, el comportamiento individual surge de las formas de vida colectiva y no a la inversa¹⁵.

El sujeto no es un reflejo pasivo del medio en el que vive, ni un espíritu previo al contacto con su entorno; la subjetividad surge en el marco de las relaciones.

Tanto la concepción de Wallon como la de Vygotski están indisolublemente unidas a la idea de la **génesis histórico-cultural de las funciones psicológicas superiores**. Estas funciones no son un requisito para la comunicación, sino la consecuencia misma de esta comunicación y de la operación con signos.

La transformación **de un proceso interpersonal en uno intrapersonal** resulta de una prolongada serie de sucesos evolutivos.

Las funciones psicológicas superiores¹⁶ no tienen sólo un origen natural sino que tienen fundamentalmente una historia social. El desarrollo de la subjetividad echa sus raíces en el espacio exterior, en la relación con los objetos y las personas, en las condiciones objetivas de la vida social.

13. Operativo: lo que obra y hace su efecto (Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, 1992).

14. Ponemos énfasis en este aspecto debido a que una gran cantidad de niños menores de tres años, son cuidados por personas que no son los padres (abuelos, tíos, personal contratado, etc.), en el marco de su hogar o en instituciones.

15. La Psicología tradicional intenta comprender el comportamiento social como derivado del comportamiento individual.

16. Atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje.

“Un niño de cuatro años de edad que subsistió en condiciones de vida de extrema carencia, fue hallado circunstancialmente por un agente comunitario (manzanera) quien al pasar frente a una casilla sumamente precaria, escucha ruidos, gritos y, según sus propias palabras: –“algo que se mueve, al principio me impresionó como un animalito... al poner más atención me doy cuenta que es un chico. Me acerco y veo que está muy sucio, continuamente se pasaba sus excrementos por la cara y bebía su propia orina”.

Consternada, intenta hablar con los vecinos, preguntando acerca de lo que acababa de descubrir, pero... “nadie quería hablar mucho del tema, algunos de ellos comentaban que por las noches se escuchaban gemidos y chillidos; que a veces se escapaba trepándose por las chapas y entonces ellos volvían a arrojarlo adentro, ya que sino rompía las bolsas de basura en búsqueda de comida. También sacaba las etiquetas de las botellas para comerlas. Se sabía que vivía con el padre, un hombre alcohólico y violento que desaparecía días enteros dejándolo solo. La madre del niño había muerto tras una larga enfermedad, hacía aproximadamente, dos años.”

La manzanera, se pone en contacto con el padre del niño ofreciéndole hacerse cargo de la crianza, quien le responde que lo va a pensar, dos días más tarde, se presenta con el niño en su domicilio pidiéndole que lo bautice. Así es como ella se convierte en la madrina de Darío.

Después de la primera consulta médica, el niño eliminó 32 parásitos (*Tenia saginata*). Los parámetros de Talla/Peso/Perímetro cefálico, se hallaban entre los percentiles 10/25. Se tomó la edad dentaria, para establecer la edad cronológica, ya que no se hallaron otros datos (lugar y fecha de nacimiento). Fue atendido en el Servicio de Atención Temprana y Psicomotricidad, en el Centro de Salud “Alberdi” Municipio de José C. Paz. Prov. de Bs. As. (1999)”.

El “eslabón” que conecta las funciones biológicas y las formas más complejas de la conciencia no reside en el propio individuo, sino en las formas de relación históricamente determinadas de la vida social.

*“Dado que el “yo” es social desde el comienzo, no existe individuo psíquico con anterioridad a las relaciones sociales que lo constituyen”*¹⁷.

METODOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

Observar, valorar, intervenir

LA OBSERVACIÓN

Observar significa centrar la atención sobre un objeto o situación para identificar sus características. Es el punto de partida para **conocer, valorar e intervenir** en el proceso de desarrollo del niño. Permite **recoger, en forma sistemática y no intrusiva, datos acerca de las condiciones concretas de existencia**, que resultan significativos en el marco de un sistema de referencia determinado.

Realizada **en conjunto con los padres o adultos que cuidan del**

niño, proporciona elementos para el acompañamiento, la intervención y el apuntalamiento a la función de crianza. Por otro lado, le permite al profesional comprender cuál es la imagen que el padre o la madre tienen de su hijo para ayudarlos, en consecuencia *a ver al niño real*, con sus capacidades y sus dificultades.

La observación puede realizarse en forma **grupal** (por ejemplo, en la sala de espera, en presencia de varios padres, en el curso de una reunión convocada para ello), o **individual** durante la consulta pediátrica.

LA OBSERVACIÓN DE BEBÉS

Se pueden programar conforme a ciertos indicadores observados durante la consulta pediátrica en el centro de salud, tomando en cuenta la edad cronológica de los niños o su estadio de desarrollo. Se sugiere tomar para su organización franjas etáreas trimestrales. Por ejemplo, bebés de 1 a 3 meses, de 3 a 6, de 6 a 9 y de 9 a 12 meses de edad.

Durante estos encuentros, son observados niños de diferente nivel de desarrollo, lo que permite compartir saberes respecto a las modalidades de crianza, proponer algunos cambios considerados beneficiosos para su desarrollo y analizar junto a los padres las posibilidades y dificultades concretas para su implementación.

Con esta modalidad los padres asisten tranquilos, sin el sentimiento de angustia que acompaña a la enfermedad. En consecuencia, este espacio se transforma en una ocasión esperada y muy valorada, a la que ellos mismos llegan a invitar a otros padres o miembros de su familia. Se muestran disponibles para recibir información, escuchar consejos e implementar algunos cambios sugeridos. Intercambian sus experiencias como padres, manifiestan sus dudas o temores, preguntan y, muchas veces, son ellos quienes proporcionan las respuestas a las preguntas planteadas, pudiendo resolver más ajustadamente las situaciones conflictivas.

La **observación de bebés**, realizada en forma grupal demuestra una gran utilidad ya que otorga al médico un tiempo con el que habitualmente no cuenta en la consulta individual. Al mismo tiempo, proporciona al profesional un conocimiento derivado de la práctica misma de la observación. La calidad y la gran variedad de movimientos que un bebé tan pequeño es capaz de realizar, sin necesidad de que se le enseñe, jamás dejaron de asombrarnos y esperamos que así suceda con los lectores y observadores de este material.

17. Clanet, C.; Laterrasse, C.; Vergnaud, G. **Dossier Wallon-Piaget**. (1974). Argentina. Granica p. 17.

Los padres son grandes observadores y se muestran disponibles para recibir información y apoyo, si se crean las condiciones para ello.

La **Práctica de la observación**, requiere de la descripción de **“indicadores”** a través de los cuales se **“hacen visibles”** los procesos psicológicos, orgánico-funcionales y ciertos aspectos transgeneracionales, culturales y de los entornos que ejercen su influencia en el proceso de desarrollo.

DISPOSITIVO PARA LA OBSERVACIÓN

Para la observación ¹⁸ del desarrollo motor y de la inteligencia conviene disponer de un espacio en el piso, preparado con objetos para la manipulación y el juego, sobre algún material que pueda higienizarse y aisle al niño de las bajas temperatura, durante los meses de frío ¹⁹.

Para la observación de las interacciones sugerimos disponer un lugar en la sala de espera o en el consultorio a fin de realizar el cambiado (de ropa o pañales) o para que la madre alimente a su bebé. Estas observaciones se realizan en situaciones espontáneas de actividad del niño o interacción con el adulto que lo acompaña o lo cuida.

TÉCNICAS INTERACTIVAS DE OBSERVACIÓN

Las técnicas interactivas se caracterizan por la participación activa del observador con los sujetos o situaciones a observar. Son las siguientes:

Observación participante: Se caracteriza por la presencia, participación e interacción del observador con los sujetos en el marco del entorno observado. A partir de las situaciones creadas para la observación de bebés y el diálogo con los adultos en función de crianza, se obtiene información que puede ser analizada en forma conjunta con ellos o en interconsulta con otros profesionales.

Entrevista semi-estructurada: Se diseña con el objetivo de obtener información que no puede observarse directamente. Se realizan mediante preguntas que funcionan como “disparadoras” de relatos que revelan la situación de vida del niño. Por ejemplo: *¿Dónde duerme el niño? ¿Con qué juega cuando está en la casa? ¿Quiénes cuidan al niño cuando los padres trabajan?*

Estas entrevistas son altamente reveladoras de la situación de vida en tanto se realicen sin prejuicios y sin juzgamien-

tos, ya que de no ser así, cuando los padres comprenden lo que esperamos de ellos, responderán aquello que queremos escuchar si no están dispuestos a realizar las modificaciones sugeridas.

Entrevista en profundidad: Consiste en *encuentros con las personas vinculadas a la crianza del niño*, con el propósito de obtener información acerca de la situación de vida del niño para elaborar un **diagnóstico situacional**, una **hipótesis** o un **supuesto**, a partir del cual **organizar estrategias de intervención**. Estas entrevistas se caracterizan por ser no estructuradas, no estandarizadas y abiertas.

Tres tipos de entrevistas nos proveen sus respectivos recursos:

1. Registros narrativos: presenta la visión particular que el sujeto tiene de su vida, en sus propias palabras. Se trata de comprender qué experiencias destacadas de los padres o de la historia familiar, inciden en la relación actual con sus hijos.

2. El segundo tipo se dirige a obtener información acerca de **acontecimientos y actividades** que no pueden observarse directamente ²⁰.

3. Entrevistas grupales permiten realizar un cuadro más amplio de escenarios o situaciones. Pueden ser utilizadas en grupos familiares, de padres o cuidadoras y docentes ²¹.

TÉCNICAS NO INTERACTIVAS DE OBSERVACIÓN

La **observación no participante** es aquella en la que el observador se mantiene externo a la situación sin interactuar con las personas que observa. Permite registrar y seguir la continuidad de las acciones y los acontecimientos, desviando la intervención ²² a otro momento en el que la persona se encuentre disponible para ello. Es de gran utilidad para el estudio de los entornos y, muy particularmente, para la observación de las interacciones.

Las **crónicas de observación** consisten en un pequeño y ágil relato de sucesos y acontecimientos directamente observables, que resultan significativos a los ojos del observador. En estas crónicas se consignan tanto indicadores positivos de evolución, como indicadores de alarma y de riesgo.

Entre las técnicas no interactivas de observación se cuentan también el **análisis de documentos** (historias clínicas, legajos, etc.); **el análisis de videos, fotografías**, etc.

¹⁸. Es necesario señalar que las actitudes de los sujetos se ven modificadas por la presencia del observador. Por lo tanto, resulta imprescindible que el observador adquiera la actitud que menos perturbe el escenario a observar, ya que de no ser así, observará la consecuencia de su propia presencia y de sus modalidades de intervención.

¹⁹. No aconsejamos el uso de alfombras por su difícil limpieza. Ver capítulo Factores del entorno.

²⁰. Hemos señalado la influencia indirecta de los entornos sobre las condiciones de vida de los niños. Por ejemplo, las mudanzas, situaciones de cambio, separación de los padres, muerte de un ser querido o una situación laboral precaria, inquieta a la familia y modifica la disponibilidad para la relación con el niño.

²¹. Realizadas en grupos de una misma comunidad proporcionan información acerca de elementos culturales y modalidades de crianza, que serían difíciles de recabar mediante entrevistas personales.

²². Es importante que el observador mantenga una actitud neutral, controle sus gestos, posturas y domine el impulso a intervenir.

LA VALORACIÓN

Utilizaremos el término “**valoración**”, para referirnos a todas las acciones tendientes a **estimar**:

- **cómo se están organizando los procesos** biológicos, psicológicos, relacionales y
- **cuáles son las condiciones reales de vida** en la que cada niño crece y se desarrolla.

Para la **valoración del proceso de desarrollo del niño**, utilizaremos técnicas e instrumentos cuantitativos y cualitativos. Las técnicas cualitativas dirigen su atención hacia el **modo y la dinámica con la que suceden los acontecimientos** y no solamente a detectar si suceden o no.

Es necesario comprender que los niños que presentan diferencias en su constitución biológica, pueden requerir de tiempos y modalidades diferentes en sus adquisiciones pero, que **todos, sin excepción, tienen sus aspectos saludables**.

Resulta entonces necesario **precisar el criterio de salud** que vamos a utilizar.

La salud entendida **como un valor que se construye**, resulta un **proceso dinámico** que busca constantemente equilibrio entre sus aspectos fisiológicos, psicológicos y relacionales en tanto el sujeto se adapta activamente a las circunstancias del entorno.

Planteamos el concepto de “normalidad” con relación a la salud, a la cultura, a la enfermedad y a la discapacidad.

La evaluación de los niños llamados discapacitados²³ o con alteraciones en su desarrollo, por medio de los estándares de los niños llamados “sanos” o “normales”, a menudo lleva a evaluar aquello que les “falta para llegar a ser normal”, en lugar de valorar aquello para lo cual **es absolutamente capaz** y a partir de lo cual podrá desarrollarse.

Preferimos hablar de **capacidades** sin adjetivos que las califiquen, porque la expresión “capacidades diferentes” remite a un “otro” (normal) que lo sitúa en esa diferencia.

Focalizamos la atención en las **potencialidades de los niños**, a fin de brindarles la oportunidad que se merecen, creando las condiciones necesarias para el desarrollo de sus competencias, encontrando en cada uno de ellos, no “el niño que debería ser...” sino, el niño que realmente es...

Las observaciones conjuntas con los padres, con relación a la discapacidad, ayuda a transitar el doloroso camino de la aceptación, a comprender las dificultades de criar un niño discapacitado, favorece la creación de lazos, la formación de redes de contención social y brinda la posibilidad de una integración desde el comienzo de sus vidas.

QUÉ VALORAMOS

La **valoración** no se realiza con una finalidad diagnóstica –es decir identificar una determinada patología o pesquisar sujetos enfermos– sino con el **objetivo** expreso y concreto de **conocer** al niño y sus condiciones reales de existencia **para intervenir** operando en la realidad, para **transformarla favorablemente**.

Diferentes y múltiples condicionamientos de carácter biológico, ambiental o cultural, determinan el proceso de desarrollo y debido a ellos **muchos niños no responden a la norma o no alcanzan sus logros en el tiempo esperado**.

Los métodos tradicionales de evaluación se basan en la “normalidad estadística”, utilizando con demasiada frecuencia, la media aritmética como punto de referencia. Esta perspectiva pone más atención en la falta, en el error o en la patología que en las capacidades, los logros y las potencialidades de cada sujeto.

Para ello se utilizan *tests*, pruebas prediseñadas que buscan mostrar si el niño *hace o no hace*, si *sabe o no sabe* aquello que *se espera de él según su edad cronológica*. Comparar el rendimiento de cada sujeto en términos de producto, con su grupo de referencia (*norma*) hace perder de vista el proceso, su dinámica y los progresos alcanzados por cada niño, vinculados a su particular historia de vida...

Esto contribuye a la formación de un criterio que identifica lo “normal” con la salud y lo que no entra dentro de la norma, con lo “anormal” como sinónimo de enfermedad”.

REGISTRO, SEGUIMIENTO Y VALORACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL con la Escala de Desarrollo del Instituto Pikler-Löczy²⁴ (EDIPL)*

Existen diversas modalidades de evaluación y valoración del Desarrollo Infantil dependiendo de la finalidad que se persigue.

Uno de ellos es el Screenings, por medio del cual se intenta pesquisar niños en riesgo o con alteración en su Desarrollo en un momento particular o en una población que se presume sana determinada.

Otra modalidad es la que utiliza técnicas cualitativas y cuantitativas con el objetivo de analizar los diferentes variables que operan en el proceso de desarrollo con la finalidad de optimizar las condiciones de vida del grupo humano en el que el niño crece y se desarrolla.

²³. Según la ley 22.431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, “...se considera discapacitada a *“toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”*.”

²⁴. Falk, J. (1997). **Mirar al niño** – La escala de desarrollo del Instituto Pikler (Löczy), Argentina, Ediciones Ariana, 83 p.

* Se utilizará de aquí en adelante la sigla EDIPL para abreviar y agilizar su lectura. Esta sigla está conformada con las iniciales de la denominación Escala de Desarrollo del Instituto Pikler-Löczy.

Dentro de esta segunda modalidad se ubica la **EDIPL** ²⁵ la cual registra las conductas de los niños en situaciones de interacción y actividad espontánea. Resulta un instrumento complementario de la metodología cualitativa que permite el registro de las observaciones, el análisis y la valoración integral del proceso de desarrollo. Ver anexo.

Bajo la **premisa** de *que las posturas y los desplazamientos autónomos, la manipulación y la exploración de objetos, las conductas expresivas y de comunicación, la capacidad de interactuar, sólo se hacen observables en determinadas condiciones, consignamos los siguientes datos:*

El desarrollo motor y postural autónomo

Observamos o preguntamos: • **En qué posición es colocado el niño** por el adulto tanto para dormir como durante el tiempo de vigilia. • **El tipo y cantidad de ropa** que le ponen, a fin de determinar si permite el movimiento libre o lo obstaculiza. • **El espacio físico y el tiempo destinado a la actividad autónoma** del niño.

Se observa al niño en acciones espontáneas. Luego se realiza un análisis de correspondencia entre los datos obtenidos mediante los diferentes recursos metodológicos.

El Desarrollo de la inteligencia, expresado a través de la coordinación óculo-manual, la manipulación de los objetos y el juego.

Observamos cómo es **la manipulación de los objetos** en un espacio de juego preparado con "Objetos pertinentes" ²⁶.

Cuando es posible realizar la observación en condiciones cotidianas, se analiza el tipo de objetos y juguetes que le ofrecen al niño y el lugar físico del que dispone para el despliegue de su actividad. Observamos si se le permite desarrollar las actividades en forma autónoma, o si el adulto estimula al niño tratando de captar su atención, esperando que realice una acción determinada, o si interfiere en la actividad de aquél en los momentos en que ha alcanzado un cierto nivel de concentración.

Desarrollo de la comunicación y el lenguaje a partir de la observación de las iniciativas vocales y la reacción a la palabra y a las acciones del adulto.

Observamos **la capacidad del adulto para significar** las necesidades que manifiesta el niño.

Analizamos también **los recursos que utiliza el adulto para calmar al bebé** en momentos en los que se muestra inquieto o angustiado. Entendemos que una manifestación emocional es señal de una necesidad que debe ser satisfecha adecuadamente,

siendo a partir de estos elementos básicos que se construirá el psiquismo, la personalidad, el vínculo de apego, la comunicación y el lenguaje.

El desarrollo del proceso de adquisición del control de esfínteres.

En este proceso confluyen factores biológico-madurativos, emocionales, psicológicos y culturales. Si bien las principales manifestaciones de este importante suceso se ponen en evidencia entre los 21 y los 36 meses (2º y 3º año de vida), esta adquisición está íntimamente relacionada con el desarrollo del aparato psíquico y los cuidados cotidianos.

Por tal motivo, es fundamental **observar las interacciones, cómo y con quién se organiza el vínculo de apego. La calidad de los cuidados cotidianos, la manipulación del cuerpo del bebé durante el baño, el cambiado de pañales, la significación que el adulto hace** de las evacuaciones del niño, son todos **precursores del control de esfínteres.**

Las interacciones durante los cuidados cotidianos.

El sostén, la mirada, **la manipulación del cuerpo del niño, la posición en la que es colocado para el cambiado, el baño y la alimentación; la posición en la que el adulto se coloca** para esas interacciones; **la disponibilidad del niño y el adulto** para los cuidados; **el grado de participación del niño** en esas acciones; el grado en que **el adulto permite su participación** y la capacidad de ajuste en la respuesta a las necesidades del niño.

Los entornos

El lugar en el que el niño duerme, juega, es alimentado, higienizado. Todo lo relativo a la situación de vida familiar: cuál es el **medio de sustento económico**; **la cantidad de personas** que conviven bajo el mismo techo; **las redes familiares y comunitarias**; **la condición histórico-social.**

Los datos obtenidos en las observaciones servirán de insumo para la elaboración de hipótesis o supuestos, objeto de futuras intervenciones, y para la elección de la temática que se despliega en las observaciones y en la sala de espera.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA EDIPL

La EDIPL permite seguir el proceso de desarrollo durante los tres primeros años de vida.

Está organizada sobre la base de diagramas constituidos por dos escalas uniformes que forman entre sí un ángulo recto.

²⁵. La **EDIPL** fue diseñada sobre la base de un estudio realizado en el Instituto Lóczy a partir de la observación de 150 niños, a lo largo de 10 años. Entre los datos examinados en la investigación del desarrollo motor autónomo se han estudiado aparte los datos de 75 niños prematuros cuyo peso de nacimiento se situó entre 2.001 y 2.500 grs. y los de 44 niños nacidos con 2.000 grs. o menos. Este examen reveló que el desarrollo de estos niños es notablemente más lento que el de los niños nacidos con peso normal.

²⁶. Objetos acordes a las posibilidades de manipulación susceptibles de captar el interés del niño y de brindarle oportunidad de jugar con él y aprender..

La escala horizontal está representada por las edades expresadas en números que designan los meses transcurrido desde el nacimiento del niño. En función del tiempo, en la

escala vertical se muestran las conductas designadas como indicadores de desarrollo.

Los indicadores incluidos en la EDIPL, son conductas constituidas en hábitos que el niño ha adquirido por propia iniciativa en condiciones favorables.

Estos indicadores manifiestan la organización funcional alcanzada, determinada por los factores biológicos en relación con los factores del entorno.

Aunque las edades se presentan como variables, no son éstas en sí mismas las que determinan las diferentes conductas, sino los procesos neurológicos, psicológicos y sociales que fueron organizándose dialécticamente en cada período.

Las conductas, ubicadas en el eje vertical, están organizadas en **cinco áreas** principales –algunas de ellas, en sub-áreas–. Representan las etapas de desarrollo alcanzadas por cada niño y disponen de abajo hacia arriba. (Ver anexo). El rango inferior representa la primera actividad lograda por el niño y el superior la actividad más desarrollada.

A medida que se hacen los registros, en cada área y sub-área se configura un diagrama, de tal modo que en la estructura general pueden observarse **diez diagramas superpuestos enumerados de abajo hacia arriba** ²⁷.

Área 1: Valora el desarrollo motor y postural

- Diagrama 10: Organización de los desplazamientos, en la serie que va de 1 al 14.
- Diagrama 9: Organización de la postura sedente, en la serie que va de la “A” a la “D”.

Área 2: Valora la actitud durante los cuidados.

Lo hace mediante 4 diagramas

- Diagrama 8: Área 2 - Baño y Vestimenta.
- Diagrama 7: Área 2 - Bebida.
- Diagrama 6: Área 2 - Comer.
- Diagrama 5: Área 2 - Masticar.

Área 3: Valora el control de esfínteres

- Diagrama 4.

Área 4: Valora el desarrollo intelectual

- Diagrama 3.

Área 5: Valora el desarrollo de la vocalización y la palabra

- Diagrama 2: Reacción a la palabra del adulto.
- Diagrama 1: Iniciativas vocales.

Sobre la grilla que permite ubicar cada conducta en la vertical de la edad se muestran graficados los centilos ²⁸.

Los centilos están representados por diferentes rayados que permiten identificar **los intervalos de edad en los que los niños alcanzan los diferentes niveles de desarrollo**. El primer rayado, de izquierda a derecha, muestra el intervalo de edad en el que alcanzaron ese nivel entre el 3% y el 25% de los niños, la zona del medio identifica el porcentaje del 25 % al 75 % de los niños que alcanzaron ese nivel de desarrollo y la zona de la derecha las edades en que los alcanzaron entre el 75% y el 97% de los niños.

	13	14	15	16	17	18	21
Camina							

Tomando como ejemplo el indicador “**camina**” puede observarse que los niños que caminan más tempranamente lo hacen entre los 13 y 14 meses, mientras que los que lo hacen más tarde pueden llegar a caminar a los 21 meses.

Los centilos expresan el porcentaje de niños que ya han adquirido ese indicador a determinada edad. En este ejemplo puede observarse que del 3 al 25% de los niños caminan entre los 13 y 14 meses; del 25 al 75%, lo hace entre los 15 y los 18; y el 75 al 97% caminan entre los 18 y 21 meses.

La EDIPL pone en evidencia la dispersión que existe en la adquisición de las diferentes conductas.

CARACTERÍSTICAS DEL MODO DE REGISTRO

El registro en la EDIPL se realiza mediante la observación del comportamiento de los niños en situaciones espontáneas de interacción y de actividad autónoma. No valora conductas reflejas ni comportamientos reactivos. Durante los primeros 18 meses se propone hacer registros mensuales, debido a los

rápidos y múltiples procesos madurativos que se manifiestan en adquisiciones motoras, de comunicación, de manipulación, etc. Luego de esa edad, los registros se realizan cada tres meses.

En el ángulo superior derecho deben consignarse los datos personales, la fecha y el peso de nacimiento.

²⁷. Ver Anexo.

²⁸. Centilos: puntos estimativos de una distribución de frecuencias que ubican un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos.

El registro se consigna cuando el niño tiene el hábito de utilizar ese comportamiento.

Así, las características del modo de registro revelan dos importantes leyes de la dinámica del desarrollo: la ley de *anticipación funcional* y la de *integración funcional*.

Una manifestación que desaparece sin haberse integrado a la organización existente, puede ser una anticipación funcional. Toda nueva conducta requiere de un tiempo de ejercicio hasta que pueda ser asimilada, y finalmente integrada al repertorio de comportamientos.

La modalidad de registro le confiere al instrumento **una particular utilidad al momento de realizar la valoración del proceso de desarrollo de cada niño:**

- Si se realiza una “lectura” en **sentido longitudinal**, permite analizar la **dinámica de cada gráfica** en forma particular.
- Si la lectura se realiza en **sentido transversal**, posibilita la puesta en relación de dos o más áreas, observando **un momento particular en la vida del niño**.
- Observar el **conjunto de las gráficas** permite valorar la **evolución en su totalidad** (dinámica, características, impacto de las intervenciones).

El modo de registro y de análisis de los resultados difiere considerablemente de las evaluaciones mediante tests, encuestas o dibujos.

UN EJEMPLO

El hecho de desplazarse en posición de pie es, sin duda, una de las manifestaciones que todas las escalas evalúan. Sin embargo, existen importantes diferencias en el modo en que la Escala valora “caminar”, en relación con otros enfoques.

Tomaremos para ejemplificar esta diferencia las “Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años”²⁹.

Mientras la EDIPL considera que el niño **“camina”** cuando *“se desplaza caminando la mayor parte del tiempo, por propia iniciativa sin ayuda, ni incitación”*³⁰.

Se espera que esto suceda entre los 13 y los 21 meses.

En las “Guías” los autores consideran que el niño **“camina sólo”** cuando es capaz de dar *“... 5 pasos o más SIN perder el equilibrio y SIN caerse”*³¹.

La edad aproximada de esta pauta, es alrededor de los 11³² y los quince meses.

Al valorar el desarrollo motor mediante la utilización de la EDIPL, **puede dar la ilusión** de que los niños criados a partir de las premisas de movimiento en libertad, **caminan más tarde**, en virtud de que este instrumento sólo consigna las conductas cuando son preponderantes y cuando el niño tiene el hábito de realizarlas.

Por tanto si se considerara en las “Guías” el momento en que el niño ya utiliza el caminar como medio de desplazamiento, es probable que las edades en la que esto suceda sean similares.

En los capítulos correspondientes describiremos las características particulares que asume cada área.

29. Lejarraga, Horacio – Krupitzky, Sara (1996). **Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años**, Argentina, Editado por Lejarraga y Krupitzky, 76 p.

30. Falk, J. (1997). **Mirar al niño** – La escala de desarrollo del Instituto Pikler (Lòczy), Argentina, Ediciones Ariana, p 39 FALK, J. (1997). **Mirar al niño** – La escala de desarrollo del Instituto Pikler (Lòczy), Argentina, Ediciones Ariana, 83 p..

31. Lejarraga, Horacio – Krupitzky, Sara (1996). **Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años**, Argentina, Editado por Lejarraga y Krupitzky, p 43.

32. No puede precisarse la edad debido a la característica de diseño de la planilla en la que se registra.